



福島医発第714号(地)

平成22年 6月26日

各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師 会

会長 松田 峻一良

(公 印 省 略)

特定健康診査・特定保健指導関係書類の送付について

標記の件につきまして、本会より、特定健康診査・後期高齢者健康診査・特定保健指導（以下「特定健康診査等」という。）の登録実施機関長宛に別添のとおり特定健康診査・特定保健指導関係書類を送付いたしましたので、ご連絡申し上げます。

平成22年4月16日付福島医発第169号(地)、平成22年4月30日付福島医発第265号(地)にて通知しておりましたとおり、各保険者と特定健康診査等の委託契約を締結いたしましたが、本会といたしましては、登録実施機関において円滑な特定健康診査等の実施にご活用いただきたく、別添書類を送付した次第であります。

つきましては、貴会におかれましても、本件につきましてご了知いただきますようよろしくお願い申し上げます。

記

【添付書類】

1. 特定健康診査・特定保健指導実施要領等の送付について
2. 特定健康診査実施・特定保健指導実施要領
3. 参考資料
4. 特定健康診査・非特定健康診査用入力票
特定保健指導入力票 記載注意事項

小郡三井医師会より

特定健診担当理事 名取一幸
会長 蒲池 壽



福岡医発第 号(地)
平成22年 6月 日

各登録実施機関長 殿

福岡県医師会
会長 松田 峻一良
(公 印 省 略)

特定健康診査・特定保健指導実施要領等の送付について

平素より特定健康診査・特定保健指導事業につきましてご協力いただき深く感謝申し上げます。

本年度も、健保組合・協会けんぽ・共済組合、福岡県後期高齢者医療広域連合、市町村国保(33保険者)、福岡県医師国民健康保険組合、福岡県歯科医師国民健康保険組合と特定健康診査・福岡県後期高齢者健康診査・特定保健指導(以下「特定健康診査等」という。)の委託契約を締結いたしました。

つきましては、下記のとおり特定健康診査・特定保健指導実施要領等をお送りいたしますので、円滑な特定健康診査等の実施のために、ご活用いただきますようよろしくお願い申し上げます。

なお、

- 1) 今回送付した資料を含め、特定健康診査等の情報は、本会ホームページの会員専用ページより取得・閲覧できます。
- 2) 添付資料「特定健康診査・非特定健康診査用入力票 特定保健指導入力票 記載注意事項」は、本会に特定健康診査等費用の請求事務を委任いただいている登録実施機関用に作成したものでありますが、全登録実施機関にお送りしておりますので、ご了承ください。

(添付資料)

- 「特定健康診査・特定保健指導実施要領」
- 「参考資料」
 - 参考資料1 平成22年度健診等内容表
 - 参考資料2 平成22年度市町村国保特定健康診査委託元保険者一覧表
 - 参考資料3 特定健康診査用入力票 コード一覧
 - 参考資料4 特定保健指導内訳書
- 「特定健康診査・非特定健康診査用入力票 特定保健指導入力票 記載注意事項」

特定健康診査実施要領

(社) 福岡県医師会

1. 特定健診の実施方法

- (1) 医療保険者（市町村国保、政管健保・健保組合・共済組合（以下、「被用者保険」）、福岡県医師国保組合、福岡県歯科医師国保組合、福岡県後期高齢者医療広域連合（以下、「広域連合」）より発行される特定健康診査受診券（広域連合は「健康診査受診券」）と被保険者証にて資格を確認する。なお、特定健康診査受診券は実施医療機関で回収する。
- (2) 受診者が記入した「質問票」を提出してもらう。
- (3) 特定健診項目の「基本的な健診の項目」及び「詳細な健診の項目」を実施する。なお、「詳細な健診の項目」は医師が必要と認めた場合のみ実施する。一人当たり委託料単価は「健診等内容表（別添1）」参照。

「基本的な健診の項目」

- 1) 既往歴の調査（服薬歴及び喫煙習慣の状況に係る調査を含む。）

高血圧症、脂質異常症及び糖尿病の治療に係る薬剤の服用の有無及び喫煙習慣について、確実に聴取すること。

- 2) 自覚症状及び他覚症状の有無の検査

- 3) 身体計測（身長、体重、腹囲、BMI）

【腹囲の検査】

ア 立位、軽呼吸時において、臍の高さで測定すること。

イ 脂肪の蓄積が著明で臍が下方に変位している場合は、肋骨下縁と前上腸骨棘の midpoint の高さで測定すること。

ウ より詳細については、平成19年「国民健康・栄養調査必携（厚生労働省）」や独立行政法人国立健康・栄養研究所のホームページ（※1）において示されているので、これらを参考とすること。

※1 <http://www.nih.go.jp/eiken/chosa/kenkoeiyo.html>

- 4) 血圧測定（収縮期血圧、拡張期血圧）

ア 測定回数は、原則2回とし、その2回の測定値の平均値を用いること。ただし、実施状況に応じて、1回の測定についても可とする。

イ その他、測定方法については、関係団体により手引書（「循環器病予防ハンドブック」（社団法人日本循環器管理研究協議会編）等）が示されているので、これを参考とすること。

- 5) 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）及び肝機能検査（GOT、GPT、 γ -GTP）

ア 原則として、分離剤入りプレイン採血管を用いること。

イ 採血後、採血管は冷蔵又は室温で保存し、12時間以内に遠心分離すること。

ウ 血清は、測定まで冷蔵で保存し、採血から72時間以内に測定

すること。

エ 血中脂質検査の測定方法については、トレーサビリティ（検査測定値について、測定の基準となる標準物質に合わせられることをいう。以下同じ。）のとれた可視吸光光度法、紫外吸光光度法等によること。

オ 肝機能検査の測定方法については、GOT及びGPT検査については、トレーサビリティのとれた紫外吸光光度法等によるとともに、γ-GTP検査については、トレーサビリティのとれた可視吸光光度法等によること。

6) 血糖検査（空腹時血糖、ヘモグロビンA1c）

次のア又はイのいずれかの方法により行うこと。なお、被用者保険及び広域連合については、ヘモグロビンA1cの測定は、空腹時血糖が測定できない場合のみ実施する。

ア 血中グルコースの量の検査

- ① 空腹時血糖であることを明らかにすること。なお、10時間以上食事をしていない場合を空腹時血糖とすること。
- ② 原則として、フッ化ナトリウム入り採血管（血糖検査用採血管）を用いること。
- ③ 採血後、採血管内のフッ化ナトリウムなどを血液に速やかに溶かすこと。
- ④ 混和後、採血管は冷蔵で保管し、採血から6時間以内に測定又は遠心分離することが望ましいが、困難な場合には、採血から12時間以内に測定又は遠心分離すること。
- ⑤ 遠心分離で得られた血漿は、測定まで冷蔵で保存し、採血から72時間以内に測定すること。
- ⑥ 測定方法については、トレーサビリティのとれた電位差法、可視吸光光度法、紫外吸光光度法等によること。

イ ヘモグロビンA1c検査

- ① フッ化ナトリウム入り採血管（血糖検査用採血管）又はエチレンジアミン四酢酸（EDTA）入り採血管を用いること。
- ② 採血後、採血管内のフッ化ナトリウムやエチレンジアミン四酢酸（EDTA）等を血液に速やかに溶かすこと。
- ③ 混和後、採血管は、冷蔵で保管すること。
- ④ 採血後、48時間以内に測定すること。
- ⑤ 測定方法については、トレーサビリティのとれた免疫学的方法、高速液体クロマトグラフィー（HPLC）法、酵素法等によること。

7) 尿・腎機能検査（尿糖、尿蛋白、尿潜血、血清尿酸、血清クレアチニン）

ア 原則として、中間尿を採尿すること。

イ 採取後、4時間以内に試験紙法で測定することが望ましいが、困難な場合には、尿検体を専用の容器に移して密栓し、室温で保

存する場合は24時間以内、冷蔵で保存する場合は48時間以内に測定すること。

ウ その他、測定方法及び判定方法については、関係団体により手引書（「循環器病予防ハンドブック」（社団法人日本循環器管理研究協議会編）等）が示されているので、これを参考とすること。

「詳細な健診の項目」

1) 貧血検査（赤血球数、血色素量、ヘマトクリット値）

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について実施する。

ア エチレンジアミン四酢酸（EDTA）入り採血管を用いること。

イ 採血後、採血管内のエチレンジアミン四酢酸（EDTA）を速やかに溶かすこと。

ウ 混和後、室温に保管し、12時間以内に測定すること。

2) 心電図検査

前年度の特定健診の結果等において、①血糖、②脂質、③血圧、④肥満の全ての項目について、下記の判定基準に該当した者について実施する。

ア 安静時の標準12誘導心電図を記録すること。

イ その他、検査方法及び判定基準については、関係団体により手引書（「循環器病予防ハンドブック」（社団法人日本循環器管理研究協議会編）等）が示されているので、これを参考とすること。

3) 眼底検査

前年度の特定健診の結果等において、①血糖、②脂質、③血圧、④肥満の全ての項目について、下記の判定基準に該当した者について実施する。

ア 手持式、額带式、固定式等の電気検眼鏡又は眼底カメラ撮影により実施すること。

イ その他、検査方法及び判定基準については、関係団体により手引書（「循環器病予防ハンドブック」（社団法人日本循環器管理研究協議会編）等）が示されているので、これを参考とすること。

【判定基準】

- ①血糖 空腹時血糖 100 mg/dl 以上又はHbA1c の場合 5.2 % 以上
- ②脂質 中性脂肪 150 mg/dl 以上又はHDL コレステロール 40 mg/dl 未満
- ③血圧 収縮期 130 mmHg 以上又は拡張期 85 mmHg 以上
- ④肥満 腹囲が 85 cm 以上（男性）・90 cm 以上（女性）の者（内臓脂肪面積の測定が出来る場合には、内臓脂肪面積が 100 平方 cm 以上）又は腹囲が 85 cm 未満（男性）・90 cm 未満（女性）の者でBMI が 25 以上の者

2. 健診結果通知

- (1) 「特定健康診査受診結果（以下、「結果表」）」を作成し、1部コピーをして実施医療機関で保管する。なお、医療保険者及び各医師会において別様式の結果表を作成している場合は、それを使用することも可とする。
- (2) 受診者に「結果表」と「健康診査の結果の見方」を用いて、実施医療機関において健診結果の説明と受診した方が自らの健康状態を自覚し生活習慣の重要性に対する関心と理解を深めるために必要な情報を提供する。なお、結果説明に来院しない方については、「結果表」と「健康診査の結果の見方」を郵送する。

3. 健診データの電子化

- (1) 実施医療機関で健診データを電子化し、健診した月の翌月5日までに決済を代行する福岡県国民健康保険団体連合会及び福岡県社会保険診療報酬支払基金（以下、「代行機関」）に請求する。
- (2) 県医師会に電子化及び請求事務代行を委任する場合
 - ① 各郡市医師会を通じて県医師会に電子化・請求事務代行を委任する。
 - ② 「特定健康診査・非特定健康診査用入力票」を県医師会にFAXにて提出。なお、県医師会への毎月の締切は15日とし、県医師会は15日までに提出されたものを翌月5日までに代行機関に請求する。
 - ③ 県医師会は「特定健康診査受診結果表（受診者用）」と「特定健康診査・非特定健康診査用入力票（医療機関控）」を実施医療機関に送付する。

付則

1. この実施要領は、平成20年6月1日より実施する。

改正 平成20年7月1日

特定保健指導実施要領

(社) 福岡県医師会

1. 特定保健指導の実施方法

(1) 利用資格等の確認

協会けんぽ・健保組合・共済組合、福岡県医師国保組合及び福岡県歯科医師国保組合より発行される特定保健指導利用券と被保険者証にて利用資格、対象者へ実施すべき保健指導の内容及び対象者から徴収する窓口負担を確認する。

また、被保険者が特定健康診査を他の実施機関で受診している場合は、健診結果表を提出していただくこと。

なお、特定保健指導利用券は保健指導機関で回収する。

(2) 特定保健指導の実施

1) 動機付け支援

①支援期間及び頻度

原則1回の支援とする。

②支援内容及び支援形態

- i. 対象者が、自らの健康状態、生活習慣の改善すべき点等を自覚し、自ら目標を設定し行動に移すことができる内容とすること。
- ii. 特定健康診査の結果及び食習慣、運動習慣、喫煙習慣、休養習慣その他の生活習慣の状況に関する調査の結果を踏まえ、面接による支援及び実績評価（行動計画の策定の日から6ヵ月以上経過後に行う評価）を行うこと。
- iii. 保健指導の実施にあたっては、最新の知見、情報に基づいた支援材料（学習教材）を使用すること。

③面接による支援の具体的内容

支援形態は、一人当たり20分以上の個別支援、または1グループ（1グループは8名以下）当たり80分以上のグループ支援とする。

具体的に実施すべき内容は以下のとおりとする。

- i. 生活習慣と特定健康診査の結果との関係の理解、生活習慣を振り返ること、メタボリックシンドロームや生活習慣病に関する知識の習得及びそれらが対象者本人の生活に及ぼす影響の認識等から、生活習慣の改善の必要性について説明すること。
- ii. 生活習慣を改善する場合の利点及び改善しない場合の不利益について説明すること。
- iii. 食事、運動等、生活習慣の改善に必要な事項について実践的な指導をすること。
- iv. 対象者の行動目標や実績評価の時期の設定について支援するとともに、生活習慣を改善するために必要な社会資源を紹介し、有効に活用できるように支援すること。
- v. 体重及び腹囲の計測方法について説明すること。
- vi. 対象者に対する面接による指導の下に、行動目標及び行動計画を作成すること。

④実績評価（6ヵ月後の評価）

面接または通信（電話又は電子メール、FAX、手紙等）により行い、評価結果について対象者に提供すること。

具体的に実施すべき内容は次のとおりとする。

- i. 個々の対象者に対する特定保健指導の効果について評価すること。
- ii. 設定した行動目標が達成されているかどうか並びに身体状況及び生活習慣に変化が見られたかどうかについての評価を行うこと。
- iii. 必要に応じて行動計画の策定の日から6ヵ月経過する前に評価時期を設定して対象者が自ら評価するとともに、行動計画の策定の日から6ヵ月以上経過後に医師、保健師又は管理栄養士による評価を行い、評価結果について対象者に提供すること。

2) 積極的支援

①支援期間及び頻度

初回に面接による支援を行うとともに、以後、3ヵ月以上の継続的な支援を行うこと。

②支援内容及び支援形態

- i. 対象者が、自らの健康状態、生活習慣の改善すべき点等を自覚し、生活習慣の改善に向けた自主的な取組を継続して行うことができる内容とすること。
- ii. 特定健康診査の結果及び食習慣、運動習慣、喫煙習慣、休養習慣その他の生活習慣の状況に関する調査の結果を踏まえ、対象者の生活習慣や行動の変化（以下、「行動変容」という。）の状況を把握し、当該年度及び過去の特定健康診査の結果等を踏まえ、対象者が自らの身体状況の変化を理解できるよう促すこと。
- iii. 対象者の健康に関する考え方を受け止め、対象者が考える将来の生活像を明確にした上で、行動変容の必要性を実感できるような働きかけを行い、具体的に実践可能な行動目標を対象者が選択できるよう支援すること。
- iv. 対象者が具体的に実践可能な行動目標について、優先順位を付けながら、対象者と一緒に考え、対象者自身が選択できるよう支援すること。
- v. 医師、保健師又は管理栄養士は、対象者が行動目標を達成するために必要な特定保健指導支援計画を作成し、対象者の生活習慣や行動の変化の状況の把握及びその評価、当該評価に基づいた特定保健指導支援計画の変更等を行うこと。
- vi. 特定保健指導実施者は、対象者が行動を継続できるように定期的に支援すること。
- vii. 積極的支援を終了する時には、積極的支援対象者が生活習慣の改善が図られた後の行動を継続するよう意識付けを行う必要があること。
- viii. 保健指導の実施にあたっては、最新の知見、情報に基づいた支援材料（学習教材）を使用すること。

③面接による支援の具体的内容

一人当たり20分以上の個別支援、または1グループ（1グループは8名以下）当たり80分以上のグループ支援とする。

具体的に実施すべき内容は、動機付け支援と同様とする。

④3ヵ月以上の継続的な支援の具体的内容

ポイント制に基づき、支援Aの方法で160ポイント以上、支援Bの方法で20ポイント以上、合計で180ポイント以上の支援を行うことを最低条件とすること。また、支援Aの方法を支援Bの方法に、又は支援Bの方法を支援Aの方法に代えることはできないこと。

⑤支援A・支援Bの方法

支援A	内容	○対象者の過去の生活習慣及び行動計画の実施状況を踏まえ、対象者の必要性に応じた支援をすること。 ○食事、運動等の生活習慣の改善に必要な事項について実践的な指導をすること。 ○進捗状況に関する評価として、対象者が実践している取組内容及びその結果についての評価を行い、必要があると認めるときは、行動目標及び行動計画の再設定を行うこと。 ○初回時の面接支援の際に作成した行動計画の実施状況について記載したものの提出を受け、それらの記載に基づいて支援を行うこと。	
	支援形態	○個別、グループ、電話、電子メール（電子メール・FAX・手紙等）のいずれか、もしくは組み合わせて行う。	
	ポイント算定要件	個別支援	○5分間を1単位（1単位＝20ポイント） ○支援1回当たり最低10分間以上 ○支援1回当たりの算定上限＝120ポイント（30分以上実施しても120ポイント）
		グループ支援	○10分間を1単位（1単位＝10ポイント） ○支援1回当たり最低40分間以上 ○支援1回当たりの算定上限＝120ポイント（120分以上実施しても120ポイント）
		電話支援	○5分間の会話を1単位（1単位＝15ポイント） ○支援1回当たり最低5分間以上会話 ○支援1回当たりの算定上限＝60ポイント（20分以上会話しても60ポイント）
		電子メール支援	○1往復を1単位（1単位＝40ポイント） ○1往復＝特定保健指導実施者と対象者の間で支援に必要な情報の共有を図ることにより支援を完了したと当該特定保健指導実施者が判断するまで、電子メール・FAX・手紙等を通じて支援に必要な情報のやり取りを行うことをいう。

支援 B	内容	○初回の面接の際に作成した行動計画の実施状況を確認し、行動計画に掲げた取組を維持するために励ましや賞賛を行うものとする。	
	支援形態	○個別、電話、電子メール（電子メール・FAX・手紙等）のいずれか、もしくは組み合わせて行う。	
	ポイント 算定要件	個別支援	○5分間を1単位（1単位＝10ポイント） ○支援1回当たり最低5分間以上 ○支援1回当たりの算定上限＝20ポイント（10分以上実施しても20ポイント）
		電話支援	○5分間の会話を1単位（1単位＝10ポイント） ○支援1回当たり最低5分間以上会話 ○支援1回当たりの算定上限＝20ポイント（10分以上会話しても20ポイント）
		電子メール支援	○1往復を1単位（1単位＝5ポイント） ○1往復＝特定保健指導実施者と対象者の間で支援に必要な情報の共有を図ることにより支援を完了したと当該特定保健指導実施者が判断するまで、電子メール・FAX・手紙等を通じて支援に必要な情報のやり取りを行うことをいう。

⑥ポイント算定留意点

- i. 同日に複数の支援を行った場合は、いずれか1つの支援のみをポイントの算定対象とすること。また、同日に同一の支援を複数回行った場合であっても、ポイントの算定対象となるのは1回の支援のみであること。
- ii. 特定保健指導と直接関係のない情報（次回の支援の約束や雑談等、特定保健指導の実施と直接かかわりがない情報をいう。）のやり取りはポイントの算定対象としないこと。
- iii. 電話支援又は電子メール支援を行うに当たり、行動計画の作成及び提出を依頼するための電話又は電子メール等によるやり取りは、ポイントの算定対象としないこと。

⑦実績評価（6ヵ月後の評価）

- i. 実績評価は、個々の対象者に対する特定保健指導の効果について評価するものであること。
- ii. 設定した行動目標が達成されているかどうか並びに身体状況及び生活習慣に変化が見られたかどうかについての評価を行うこと。
- iii. 必要に応じて行動計画の策定の日から6ヵ月経過する前に評価時期を設定して対象者が自ら評価するとともに、行動計画の策定の日から6ヵ月以上経過後に医師、保健師又は管理栄養士による評価を行い、評価結果について対象者に提供すること。

- iv. 実績評価は、面接又は通信を利用し、対象者に提供すること。
- v. 実績評価は、継続的な支援の最終回とともに実施しても構わないこと。

(3) 特定保健指導の実施者

1) 保健指導の実施者とその範囲

	保健指導事業 の統括者	動機付け支援	積極的支援
		初回面接、計画作成、評価	3ヵ月以上の 継続的な支援
医師	◎常勤	◎	◎
保健師	◎常勤	◎	◎
管理栄養士	◎常勤	◎	◎
看護師（一定の 保健指導の実 務経験のある 者）※平成 24 年度まで		◎	◎
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 る者※ 1			◎

※ 1 福岡県医師会が開催した「福岡県医師会食生活改善指導担当者研修（30時間）」を修了した看護師・准看護師も含む。

(4) 終了時評価

初回時の面接から6ヵ月経過後に、行動変容の状況等の終了時評価を実施し、完了とする。ただし、利用者（対象者）から評価結果データが得られないために終了時評価が完了できない場合は、利用者への度重なる督促を実施し、その実施記録を以って完了とする。

(5) 途中終了（脱退・資格喪失等）の取扱

1) 途中で脱落した場合

実施予定日に利用がない等の状態で、最終利用日から未利用のまま2ヵ月を経過した時点で、保健指導機関から医療保険者及び利用者（対象者）に脱落者として認定する旨（脱落認定）を通知（FAXでのやり取りが望ましい）すること（認定通知は別紙1参照）。脱落認定の通知後2週間以内に利用者（対象者）から再開依頼がない限り、自動的に脱落・終了と確定し、保健指導機関から医療保険者に確定した旨（脱落確定）を通知する（確定通知は別紙2参照）と同時に、医療保険者に終了時請求を行う。

なお、脱落確定日以降に誤って指導を行い、医療保険者へ利用分を請求しても、医療保険者は支払う義務はないので留意すること。

2) 退職等により医療保険者が替わる（資格喪失する）場合

資格喪失となることが明らかとなった時点で、医療保険者より保健指導機関および利用者(対象者)に資格喪失による利用停止が通知される。保健指導機関は通知時点までの利用分のうち、未請求分について請求を行う。

なお、通知日以降に誤って指導を行い、医療保険者へ利用分を請求しても、医療保険者は支払う義務はないので留意すること。

2. 指導データの電子化

- (1) 保健指導機関は、初回時面接終了後及び実績評価（計画策定日から6ヵ月以上経過後に行う評価）終了後に、指導データを電子化し、翌月5日までに決済を代行する福岡県国民健康保険団体連合会及び福岡県社会保険診療報酬支払基金（以下、「代行機関」）に請求する。
- (2) 県医師会に電子化及び請求事務代行を委任する場合
 - ①各郡市医師会を通じて県医師会に電子化・請求事務代行を委任する。
ただし、既に特定健診の電子化・請求代行を委任している保健指導機関は再度の委任は不要。
 - ②「特定保健指導入力票（初回時請求用・実績評価時請求用）」を県医師会にFAXにて提出。なお、県医師会への毎月の締切は15日とし、県医師会は15日までに提出されたものを翌月5日までに代行機関に請求する。

付則

- 1. この実施要領は、平成20年12月1日より実施する。

参 考 資 料

平成22年度 健 診 等 内 容 表

区分	内容	市 町 村 国 保 福 岡 県 医 師 国 保 福岡県歯科医師国保	協会けんぽ・健保組合・共済組合 福岡県後期高齢者医療広域連合 全国国民健康保険組合 7 保険者
基本的な健診の項目	既往歴の調査 (服薬歴及び喫煙習慣の状況に係る調査を含む)	○	○
	自覚症状及び他覚症状の検査	○	○
	身体計測 身長、体重、腹囲、BMI	○	○(※2)
	血圧測定	収縮期血圧	○
		拡張期血圧	○
	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	○
	肝機能検査	GOT	○
		GPT	○
		γ-GTP	○
	血糖検査	空腹時血糖	○
		ヘモグロビンA1c	○
	尿・腎機能検査	糖	○
		蛋白	○
		尿潜血	×
		尿酸	×
		クレアチニン	×
	一人当たり委託料単価(消費税込)		8,000円
			7,500円
詳細な健診の項目	貧血検査 (231円) ※1	赤血球数	○
		血色素量	○
		ヘマトクリット値	○
	心電図検査(1,365円)※1		○
	眼底検査(片眼・588円)※1		○

※1 貧血検査、心電図検査、眼底検査の()内は一人当たりの単価(消費税込)

※2 福岡県後期高齢者医療広域連合の被保険者については、腹囲計測は実施しない。

平成22年度 市町村国保特定健康診査委託元保険者一覧表

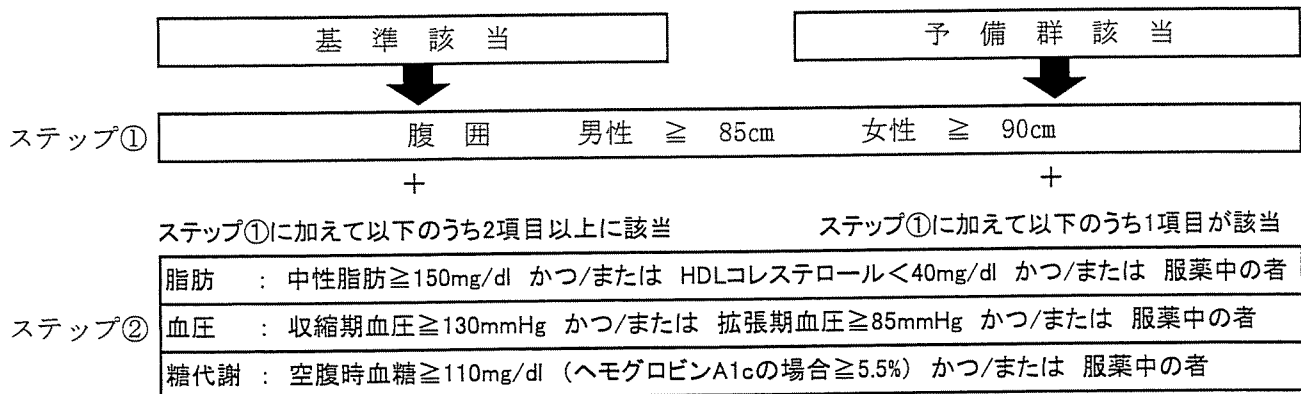
保険者 番号	委託元保険者名	郵便番号	所在地	電話番号
00400036	大牟田市	836-8666	福岡県大牟田市有明町 2 丁目 3 番地	0944-41-2606
00400044	久留米市	830-8520	福岡県久留米市城南町 15 番地 3	0942-30-9331
00400051	直方市	822-8501	福岡県直方市殿町 7 番 1 号	0949-25-2113
00400085	柳川市	832-8601	福岡県柳川市本町 87 番地 1	0944-77-8506
00400119	八女市	834-8585	福岡県八女市本町 647 番地	0943-23-1201
00400127	筑後市	833-8601	福岡県筑後市大字山ノ井 898 番地	0942-53-4111
00400135	大川市	831-8601	福岡県大川市大字酒見 256 番地-1	0944-86-8450
00400150	豊前市	828-8501	福岡県豊前市大字吉木 955 番地	0979-82-1111
00400168	中間市	809-8501	福岡県中間市中間一丁目 1 番 1 号	093-246-6246
00400184	筑紫野市	818-8686	福岡県筑紫野市二日市西 1 丁目 1 番 1 号	092-923-1111
00400192	春日市	816-8501	福岡県春日市原町 3 丁目 1 番地 5	092-584-1111
00400200	大野城市	816-8510	福岡県大野城市曙町 2 丁目 2 番 1 号	092-501-2211
00400226	太宰府市	818-0198	福岡県太宰府市観世音寺一丁目 1 番 1 号	092-921-2121
00400242	うきは市	839-1393	福岡県うきは市吉井町新治 316 番地	0943-75-3111
00400259	宮若市	823-0011	福岡県宮若市宮田 29 番地 1	0949-32-4004
00400283	みやま市	835-8601	福岡県みやま市瀬高町小川 5 番地	0944-63-6111

保険者 番号	委託元保険者名	郵便番号	所在地	電話番号
00400291	糸島市	819-1192	福岡県糸島市前原西 1 丁目 1 番 1 号	092-823-1111
00400523	那珂川町	811-1292	福岡県筑紫郡那珂川町西隈 1 丁目 1 番 1 号	092-953-2211
00400549	宇美町	811-2192	福岡県糟屋郡宇美町宇美 5 丁目 1 番 1 号	092-932-1111
00400556	篠栗町	811-2492	福岡県糟屋郡篠栗町大字篠栗 4855 番地の 5	092-947-1111
00400598	古賀市	811-3192	福岡県古賀市駅東 1 丁目 1 番 1 号	092-942-1111
00400671	芦屋町	807-0198	福岡県遠賀郡芦屋町幸町 2 番 20 号	093-223-0881
00400689	水巻町	807-8501	福岡県遠賀郡水巻町頃末北 1 丁目 1 番 1 号	093-201-4321
00400697	岡垣町	811-4233	福岡県遠賀郡岡垣町野間 1 丁目 1 番 1 号	093-282-1211
00400705	遠賀町	811-4392	福岡県遠賀郡遠賀町大字今古賀 513 番地	093-293-1234
00400713	小竹町	820-1192	福岡県鞍手郡小竹町大字勝野 3349 番地	09496-2-1224
00400721	鞍手町	807-1392	福岡県鞍手郡鞍手町大字中山 3705 番地	0949-42-2111
00400986	大木町	830-0416	福岡県三潞郡大木町大字八町牟田 255 の 1	0944-32-1013
00401034	広川町	834-0115	福岡県八女郡広川町大字新代 1804 番地 1	0943-32-1111
00401257	吉富町	871-8585	福岡県築上郡吉富町大字広津 226-1	0979-24-1123
00401299	筑前町	838-0298	福岡県朝倉郡筑前町篠隈 373 番地	0946-42-3111
00401315	上毛町	871-0992	福岡県築上郡上毛町大字垂水 1321 番地 1	0979-72-3111
00401323	築上町	829-0392	福岡県築上郡築上町大字椎田 891 番地 2	0930-56-0300

特定健康診査用入力票 コード一覧

診 察		
その他の既往歴		他覚症状
01	高血圧	01 眼瞼結膜蒼白 (+)
02	低血圧	02 浮腫：眼瞼 (+)
03	不整脈	03 肝臓肥大 (+)
04	高脂質血症	04 浮腫：下腿 (+)
05	高尿酸血症	05 心音不純
06	腎不全以外の腎疾患	06 不整脈あり
07	糖尿病	
08	肝臓病	
09	胃・十二指腸潰瘍	
10	うつ	
11	骨粗鬆症	
自覚症状		
01	胸部圧迫痛	
02	心悸亢進・動悸	
03	息切れ	
04	不眠	
05	肩こり・腰痛	
06	手足のしびれ感	
07	目眩・立眩み	
08	頭痛・耳鳴り	
09	いつも調子が悪い	
10	腹が張っている	
11	下痢	
12	便秘	
13	下痢と便秘	
14	痔の傾向	

医師判断：メタボリックシンドローム判定



特定健康診査用入力票 コード一覧

心電図検査所見

コード	ミネソタ コード	検査所見名
01	1-1	異常Q波
02	1-2	境界域Q波
03	1-2-8	R波の増高不良
04	1-2-9	境界域Q波
05	2-1-1	左軸偏位
06	2-1-2	左軸偏位
07	2-1-3	軽度な左軸偏位
08	2-2	高度な右軸偏位
09	2-3	右軸偏位
10	2-4	S1、S2、S3パターン
11	3-1	高電位
12	3-2	右室肥大
13	3-3	左室肥大の疑い
14	4-1	ST-T異常
15	4-2	軽度ST-T異常
16	4-3	ST低下
17	4-3-1	軽度ST-T異常の疑い
18	4-3-2	軽度ST-T異常の疑い
19	4-4-1	軽度ST-T異常の疑い
20	4-5	軽度ST-T異常の疑い
21	5-1	ST-T異常
22	5-2-1	陰性T
23	5-2-2	陰性T
24	5-3	平低T
25	5-4	平低T
26	5-5	平低T
27	5-6	陽性T(V1)
28	6-1	完全房室ブロック
29	6-2-1	房室ブロックⅡ度(モビッツ)
30	6-2-2	房室ブロックⅡ度(2:1)
31	6-2-3	房室ブロックⅡ度(ウエンケバッハ)
32	6-3	PR延長
33	6-3-2	房室ブロックⅠ度
34	6-4	WPW症候群
35	6-4-2	WPW症候群の疑い
36	6-5	PR短縮
37	6-8	人工ペースメーカー調律
38	7-1	完全左脚ブロック
39	7-2	完全右脚ブロック
40	7-3	不完全右脚ブロック
41	7-4	心室内伝導障害
42	7-5	RSRパターン
43	8-1-1	上室期外収縮
44	8-1-2	心室期外収縮
45	8-1-3	上室三段脈
46	8-1-4	心室三段脈

コード	ミネソタ コード	検査所見名
47	8-1-5	上室二段脈
48	8-1-6	心室二段脈
49	8-1-7	上室期外収縮(頻発)
50	8-1-8	心室期外収縮(頻発)
51	8-2-1	心室頻拍
52	8-2-2	心室期外収縮ショートラン
53	8-2-3	心室期外収縮二連発
54	8-3-1	心房粗動
55	8-3-2	心房細動
56	8-4-1	上室頻拍
57	8-4-2	上室期外収縮ショートラン
58	8-4-3	上室期外収縮二連発
59	8-5	心室調律
60	8-6-1	房室接合部調律
61	8-6-2	左房調律の疑い
62	8-6-3	房室接合部調律
63	8-6-4	房室解離
64	8-7-1	高度な頻脈
65	8-7-2	頻脈
66	8-7-3	洞頻脈
67	8-8-1	高度な徐脈
68	8-8-2	徐脈
69	8-8-3	洞徐脈
70	8-9-1	洞不整脈
71	8-9-2	洞房ブロック
72	8-9-4	補充収縮
73	8-9-9	確定できない不整脈
74	9-1-1	低電位差(四肢誘導)
75	9-1-2	低電位差(胸部誘導)
76	9-2	ST上昇
77	9-2-1	ST上昇
78	9-2-2	軽度なST上昇
79	9-3-1	右房拡大
80	9-3-2	左房拡大
81	9-4-1	反時計回転
82	9-4-2	時計回転
83	9-5	高いT波
84	9-6-1	右胸心
85	9-6-2	電極付け間違い
86	9-7-1	QT延長
87	9-7-2	QT短縮
88	9-7-3	軽度なQT延長
89	9-8-3	記録不良
90	9-8-4	記録不良
91	9-8-8	記録不良

特定保健指導内訳書

区 分		1人当たり 委託料単価 (消費税含む)	支 払 条 件			
			支払時期	福岡県医師国保組合	福岡県歯科医師国保組合	協会けんぽ・健保組合・共済組合
特 定 保 健 指 導	動機付け支援	10,815円	面接による 支援終了後	左記金額の8/10を支払	左記金額の3/10が自己負担、5/10を保険者から支払	左記金額より自己負担額を差し引いた金額の8/10を支払
			実績評価 終了後	残る2/10を支払	残る2/10を支払	残る2/10を支払
	積極的支援	28,665円	初回時面接 による支援 終了後	左記金額の4/10を支払	左記金額の3/10が自己負担、1/10を保険者から支払	左記金額より自己負担額を差し引いた金額の4/10を支払
			実績評価 終了後	残る6/10(内訳としては3ヶ月以上の継続的な支援が5/10、実績評価が1/10)を支払	残る6/10(内訳としては3ヶ月以上の継続的な支援が5/10、実績評価が1/10)を支払	残る6/10(内訳としては3ヶ月以上の継続的な支援が5/10、実績評価が1/10)を支払
			3ヶ月以上の 継続的な支援 実施中に脱落 等により終了 した場合	左記金額の5/10に実施済みポイント数の割合を乗じた金額を支払	左記金額の5/10に実施済みポイント数の割合を乗じた金額を支払	左記金額より自己負担額を差し引いた金額の5/10に実施済みポイント数の割合を乗じた金額を支払

※特定保健指導の各回の支払額が分割比率の関係で小数点以下の端数が生じる場合は、四捨五入により1円単位とする。

特定健康診査・非特定健康診査用入力票

特定保健指導入力票

記載注意事項

特定健康診査・非特定健康診査用入力票 記載注意事項

特定健康診査・非特定健康診査用入力票

健診実施機関名

機関番号											医師の氏名											
受診者 カナ氏名											生年月日	昭和								性別	1:男 2:女	
健診 年月日	20				月				日													
① 質問票	服薬(血圧)		既往歴(脳血管)		既往歴(腎臓)		既往歴(糖尿病)		飲酒の希望		その他の既往歴											
	1:服薬あり 2:服薬なし		1:はい 2:いいえ		1:はい 2:いいえ		1:はい 2:いいえ		1:はい 2:いいえ		診察 自覚症状											
	1:服薬あり 2:服薬なし		1:はい 2:いいえ		1:はい 2:いいえ		1:はい 2:いいえ		1:はい 2:いいえ		他覚症状											
② 診察	服薬(脂質)		既往歴(腎不全・人工透析)		飲酒																	
	1:服薬あり 2:服薬なし		1:はい 2:いいえ		1:毎日 2:時々 3:ほとんど飲まない																	
	1:服薬あり 2:服薬なし		1:はい 2:いいえ		1:毎日 2:時々 3:ほとんど飲まない																	
③ 身体計測	身長(cm)		体重(kg)		腹囲測定法		収縮時血圧(mmHg)		拡張時血圧(mmHg)		血中脂質											
	1:実測 2:自己測定 3:自己申告		1:空腹時(食後10h以上) 2:随時(食後10h未満)		1:1回目 2:2回目 3:その他(平均値等)		1:空腹時(食後10h以上) 2:随時(食後10h未満)		1:空腹時(食後10h以上) 2:随時(食後10h未満)		HDLコレステロール(mg/dl)											
	1:空腹時(食後10h以上) 2:随時(食後10h未満)		1:空腹時(食後10h以上) 2:随時(食後10h未満)		1:空腹時(食後10h以上) 2:随時(食後10h未満)		1:空腹時(食後10h以上) 2:随時(食後10h未満)		1:空腹時(食後10h以上) 2:随時(食後10h未満)		LDLコレステロール(mg/dl)											
④ 血糖	空腹時血糖(mg/dl)		ヘモグロビンA1c(%)																			
	1:空腹時(食後10h以上) 2:随時(食後10h未満)		1:空腹時(食後10h以上) 2:随時(食後10h未満)																			
	1:空腹時(食後10h以上) 2:随時(食後10h未満)		1:空腹時(食後10h以上) 2:随時(食後10h未満)																			
⑤ 医師判断	血圧		血糖		血中脂質		肝機能		メタボリックシンドローム判定													
	1:正常 2:異常		1:正常 2:異常		1:正常 2:異常		1:正常 2:異常		1:基準該当 2:予備群該当 3:要観察 4:治療中 5:要医療													
	1:正常 2:異常		1:正常 2:異常		1:正常 2:異常		1:正常 2:異常		1:基準該当 2:予備群該当 3:要観察 4:治療中 5:要医療													
⑥ 貧血	赤血球数(万/mm ³)		血色素量(g/dl)		ヘマトクリット値(%)																	
	1:正常 2:異常		1:正常 2:異常		1:正常 2:異常																	
	1:正常 2:異常		1:正常 2:異常		1:正常 2:異常																	
⑦ 心電図	心電図		眼底																			
	1:正常 2:異常		1:正常 2:異常																			
	1:正常 2:異常		1:正常 2:異常																			
⑧ 特定健診	尿潜血		血清クレアチニン(mg/dl)		血清尿酸(mg/dl)																	
	1:- 2:± 3:+		1:- 2:± 3:+		1:- 2:± 3:+																	
	1:- 2:± 3:+		1:- 2:± 3:+		1:- 2:± 3:+																	
⑨ 受診券・受診者	受診券番号		受診券有効期限		保険者番号																	
	20		月		日																	
	20		月		日																	
⑩ 特定健診決済情報	被保険者証等記号		番号																			
	1:負担なし 2:定額負担 3:定率負担 4:保険者負担上限		1:負担なし 2:定額負担 3:定率負担 4:保険者負担上限																			
	1:負担なし 2:定額負担 3:定率負担 4:保険者負担上限		1:負担なし 2:定額負担 3:定率負担 4:保険者負担上限																			
⑪ 特定健診決済情報	委託料率額区分		代行機関(提出先)																			
	1:個別健診 2:集団健診		1:国保連合会 2:支払基金 3:その他																			
	1:個別健診 2:集団健診		1:国保連合会 2:支払基金 3:その他																			

(全般)

判別しづらい文字・数字が見受けられます。ご記入の際はご注意ください。

【例】

カタカナ:「アとマ」「クとワ」「シとツ」「ソとリ」「ユとコ」 数字:「6と0」

① 質問票

受診者にお書きいただいた質問票(問診票)をもとにご記入ください。

※「飲酒」「保健指導の希望」欄の記入漏れが特に多く見受けられますので、ご注意ください。

② 診察

「特定健康診査入力票コード一覧」(参考資料3)に掲載されている症状に該当しない症状はご記入の必要はございません。

③ 腹囲・腹囲測定法

福岡県後期高齢者医療広域連合(保険者番号:39400007)の受診者には実施する必要はございません。

④ 血圧

血圧の「測定回数」欄の記入漏れにご注意ください。

⑤ 血糖

【市町村国保(33保険者)・福岡県医師国民健康保険組合・福岡県歯科医師国民健康保険組合の受診者の場合】
空腹時血糖、ヘモグロビンA1c、両方実施してください。

【協会けんぽ・共済組合・健康保険組合・福岡県後期高齢者医療広域連合の受診者の場合】

空腹時血糖が実施できなかった場合、または、食後10h未満の「随時」として実施した際は、ヘモグロビンA1cを併せて実施してください。

⑥ 医師判断(メタボリックシンドローム判定)

メタボリックシンドローム判定基準(参考資料3)をもとに判定してください。

※誤って判定された場合は、本会で訂正しております。

⑦ 詳細な健診の項目(貧血・心電図・眼底)

貧血、心電図、眼底、各検査の「今回実施する理由(1:質問票、2:診察)」欄のみを記入され、他が記入されていない記入漏れが多く見受けられますので、ご注意ください。
心電図および眼底検査は、前年度結果が一定の条件(※特定健康診査実施要領P3を参照)に該当していることを確認のうえ、実施してください。

⑧ 詳細な健診の項目(心電図/所見)

「1:異常所見あり」の場合は、「判定区分」「具体的な所見」をご記入ください。「2:異常所見なし」の場合は、「判定区分」「具体的な所見」は、ご記入いただく必要はございません。

⑨ 非特定健診(尿潜血・血清クレアチニン・血清尿酸)

【市町村国保(33保険者)・福岡県医師国民健康保険組合・福岡県歯科医師国民健康保険組合の受診者の場合】
全ての項目を実施してください。

【協会けんぽ・共済組合・健康保険組合・福岡県後期高齢者医療広域連合の受診者の場合】

実施する必要はございません。

⑩ 受診券・受診者

受診者が持つて来られた受診券と被保険者証の情報をもとにご記入ください。

※1 年度がかわる時期に実施した際は、特に、「受診券有効期限」欄の記入にご注意ください。

※2 「保険者番号」と「被保険者証等記号」「番号」の書き間違いが多く見受けられますので、記入の際はご注意ください。

⑪ 特定健診決済情報

受診者が持つて来られた受診券をご確認のうえ、ご記入ください。

特定保健指導入力票 記載注意事項(1)

特定保健指導入力票(初回時)

動機付け支援・積極的支援

①

利用券＋基本情報	カナ氏名											保険者番号							
	生年月日	昭和		年		月		日	性別	☐ 1:男 ☐ 2:女	郵便番号								
	利用券番号											利用券有効期限	20		年		月		日
	特定健康診査受診券番号											実施機関番号							
	被保険者証等記号											実施機関名							
	被保険者証等番号											提出先代行機関	☐ 1:国保連合会 ☐ 2:支払基金						
行動変容ステージ	☐ 1:意思なし ☐ 2:意思あり(0ヶ月以内) ☐ 3:意思あり(近いうち) ☐ 4:取組み済(0ヶ月未満) ☐ 5:取組み済(0ヶ月以上)										支援レベル	☐ 1:積極的支援 ☐ 2:動機付け支援							

②

利用券情報	窓口負担区分	☐ 1:負担なし ☐ 2:定額負担 ☐ 3:定率負担 ☐ 4:保険者負担上限				請求情報	単価					円	支払割合			%
	窓口負担額						円	算定金額					円			
	窓口負担率						%	窓口負担徴収	☐ 1:初回全額徴収							
	保険者負担上限						円	窓口負担金額					円			
							請求金額					円				

④

初回面接情報	実施時点の確認 ☐ 1:開始時												
	実施年月日	20		年		月		日	目標収縮期血圧			mmHg	
	支援形態	☐ 1:個別支援 ☐ 2:グループ支援								目標拡張期血圧			mmHg
	実施時間			分	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	
	実施者	☐ 1:医師 ☐ 2:保健師 ☐ 3:管理栄養士 ☐ 4:その他								一日の食事による目標エネルギー量			kcal
	目標腹囲			cm	継続支援予定期間:積極的支援のみ			week					
目標体重			kg										

⑤

継続的支援計画情報	支援A														
	個別A			回			分			pt	支援A合計	pt (160pt以上)			
	グループ			回			分			pt					
	電話A			回			分			pt					
	メールA			回			分			pt					
	支援B										支援B合計	pt (20pt以上)			
	個別B			回			分			pt					
	電話B			回			分			pt					
	メールB			回			分			pt					
	合計												回		

① 利用券＋基本情報

利用者が持って来られた利用券と被保険者証等の情報をもとにご記入ください。
※1 「特定健康診査受診券番号」は実施機関で保管している特定健康診査受診券、健診結果表、または、利用者がお持ちになられた健診結果表でご確認のうえ、ご記入ください。

※2 行動変容ステージとは、行動変容に対する準備段階のことで、初回面接時に該当するステージを5つのステージから選択し記入してください。

② 利用券情報

利用者が持って来られた利用券の情報をもとにご記入ください。

③ 請求情報

各保険者によって請求金額の設定がことなりますので、「特定保健指導内訳書」(参考資料4)をご参照のうえ、ご記入ください。

④ 初回面接情報

「積極的支援」、「動機付け支援」いずれの支援レベルであっても、初回面接時に作成した支援計画をもとにご記入ください。

⑤ 継続的支援計画情報

①利用券＋基本情報の「支援レベル」で「1:積極的支援」に該当する場合は、初回面接時に作成した支援計画をもとにご記入ください。

特定保健指導入力票 記載注意事項(2)

特定保健指導入力票(実績評価時)

(その1) 動機付け支援・積極的支援

①

利用券 + 基本 情報	カナ氏名		保険者番号	
	生年月日 昭和 年 月 日 性別 1:男 2:女		実施機関番号	
	利用券番号		実施機関名	
	被保険者証等記号		被保険者証等番号	

②

利用券 情報	窓口負担区分 1:負担なし 3:定率負担 2:定額負担 4:保険者負担上限	請求 情報	単価 円	支払割合 %
	窓口負担額 円		算定金額 円	
	窓口負担率 %		窓口負担徴収 1:初回全額徴収	
	保険者負担上限 円		窓口負担金額 円	
			請求金額 円	

① 利用券+基本情報

利用者が持って来られた利用券と被保険者証の情報をもとにご記入ください。

② 利用券情報

利用者が持って来られた利用券の情報をもとにご記入ください。

③ 請求情報

各保険者によって請求金額の設定がことなりますので、「特定保健指導内訳書」(参考資料4)をご参照のうえ、ご記入ください。

④ 最終評価実施情報

支援6ヶ月以上経過後の実績評価時の情報をもとに、ご記入ください。

実施時点の確認 1:実績評価時 2:途中終了(資格喪失、脱落等) 3:その他

④

最終 評価 実施 情報	実施年月日 20 年 月 日	評価時の収縮期血圧 mmHg
	支援形態 1:個別支援 2:グループ支援 3:電話 4:メール	評価時の拡張期血圧 mmHg
	評価不能時の確認回数 回	喫煙改善 1:禁煙継続 2:非継続 3:非喫煙 4:禁煙意思なし
	実施者 1:医師 2:保健師 3:管理栄養士 4:その他	身体活動改善 0:変化なし 1:改善 2:悪化
	評価時の腹囲 cm	食生活改善 0:変化なし 1:改善 2:悪化
	評価時の体重 kg	

特定保健指導入力票 記載注意事項(3)

特定保健指導入力票(実績評価時)

(その2) 積極的支援のみ

① 中間評価実施情報

実施年月日 20 年 月 日	評価時の収縮期血圧 mmHg
支援形態 1:個別支援 2:グループ支援 3:電話 4:メール	評価時の拡張期血圧 mmHg
実施時間 分	喫煙改善 1:禁煙継続 2:非継続 3:非喫煙 4:禁煙意思なし
実施者 1:医師 2:保健師 3:管理栄養士 4:その他	身体活動改善 0:変化なし 1:改善 2:悪化
評価時の腹囲 cm	食生活改善 0:変化なし 1:改善 2:悪化
評価時の体重 kg	

② 継続的支援実施結果情報

支援A			
個別A 回	分	pt	支援A合計 pt (160pt以上)
グループ 回	分	pt	
電話A 回	分	pt	
メールA 回		pt	
支援B			
個別B 回	分	pt	支援B合計 pt (20pt以上)
電話B 回	分	pt	
メールB 回		pt	
合計			
回		pt	
実施上の継続支援の終了日 20 年 月 日			
		禁煙指導の回数 回	

支援レベル「積極的支援」に該当する場合にのみに記入が必要です。

① 中間評価実施情報

中間評価時の情報をもとにご記入ください。

※①中間評価実施情報は②継続的支援実施結果情報の「支援A」の1つとしてお考えください。

② 継続的支援実施結果情報

【支援A】

①「中間評価実施情報」は支援Aに含まれますので、この各欄には①「中間評価実施情報」の時間(分)とポイント(pt)を除いたものを計上してください。

【合計／回】

①「中間評価実施情報」の回数(1回)を足して計上してください。

【合計／pt】

①「中間評価実施情報」のポイント(pt)を足して計上してください。