

# 特定保健指導対象者情報の 取得業務について

# 1. 本事業内容(令和6・7年度の実施状況)

本事業は特定保健指導未契約機関に、健診当日(巡回健診は後日)に特定保健指導に該当する対象者(腹囲、BMI、血圧、服薬歴で選定)に対し、特定保健指導の日程調整に必要な情報を書面で取得してもらい、その情報をもとに兵庫支部で後日特定保健指導を実施するものです。

○対象者情報取得業務を実施している機関は現在、76機関(令和7年11月末時点)。

○令和6年度は3,650件の対象者情報を取得(取得率13.9%)。取得者のうち、初回面談実施者は1,173人(実施率32.1%)。

○令和7年度については、令和7年4月～11月までに、76機関で2,523件の確認票を取得。(昨年同期:2430件、3.8%増)

特定保健指導の契約機関は現在、64機関(令和7年度)で、年々増加しています。特定保健指導未契約機関様も、特定保健指導受託の検討をお願いいたします。

対象者情報取得事業  
(特定保健指導未契約機関様)

1件あたり800円(税抜)



特定保健指導事業

1件あたり  
最大**32,000円**(税抜)

# 1. 本事業内容(令和6・7年度の実施状況)

## ○令和8年度の事業実施に向けての課題

特定保健指導未契約の76機関の実施状況(令和7年11月時点)

|   |             |      |
|---|-------------|------|
| ● | 実施できている     | 57機関 |
| ● | 全く実施ができていない | 19機関 |

実施ができていない機関は、対象となる全ての方へ声掛けを行える健診の流れを構築し、確認票を取得するようにしてください。取得状況の改善が見られない場合、引き続き当支部より調査に伺う予定です。

## ○令和8年度の事業実施に向けての変更点

令和7年度までは、特定保健指導未契約機関のみが契約の対象でしたが、令和8年度より、特定保健指導を実施している機関においても、対象者情報取得業務の受託を希望する場合は契約が可能となります。

契約可能な機関

|       |  |
|-------|--|
| 令和7年度 | ・特定保健指導未契約機関                                 |
| 令和8年度 | ・特定保健指導未契約機関<br>・ <b>受託を希望する特定保健指導業務契約機関</b> |

# 1. 本事業内容(令和6・7年度の実施状況)

## 確認票取得に向けてのポイント

### ① 声かけのタイミング

△: 健診終了後精算直前に確認票の説明を実施している。

(問題)対象者は健診が全て終わって帰ろうとする気持ちが強くなっており、記入を断られやすい。

○: 健診途中の待ち時間や腹囲・血圧測定して階層化ができた段階で実施する。  
(工夫)対象者がわかるようカルテの色を変える、ブース等への誘導のため動線を作るといった対策が必要。

### ② 説明の仕方

△: 「特定保健指導は任意ですが、様々な面談方法がありますので、指導を受けられてはいかがでしょうか。方法としては・・・」

○: 「協会けんぽの補助がある生活習慣病予防健診は特定保健指導がセットになっていて、あなたはその対象になったため受けていただく必要がある」という旨の説明を必ず行ってください。

## 2. 確認票・請求書をご提出いただく際の注意点

### (1) 確認票について

#### ① 記号・番号

記号・番号は健診機関がご記入ください。

#### ② 連絡先

連絡先の電話番号をご記入いただくよう、対象者にお伝えください。

※記入漏れの場合はお支払いの対象外となります。電話番号確認のため健診機関へ返戻する場合がありますのでご注意ください。

#### ③ 希望面談方法

「希望面談方法」はご記入時点での希望方法で結構ですので、ご記入いただくようお伝えください。

※「特定保健指導は受けません」等拒否の意思を示している確認票は提出の必要はありません。(この場合、お支払いは発生しません。)

**特定保健指導確認票**

あなたは、協会けんぽの生活習慣病予防健診を受診した結果、生活習慣の改善が必要と判定され、「特定保健指導対象者」に該当されましたので、特定保健指導を受けていただく必要があります。特定保健指導は、保健師・管理栄養士から、生活習慣改善についてのアドバイス（約11,000円～31,000円相当）が無料で受けられるものです。

下記の同意事項をご確認いただき、太枠の事項をご記入のうえご提出くださいますよう、お願い申し上げます。

後日、協会けんぽ又は委託先より、特定保健指導の実施に関する連絡及び説明がございます。

同意事項

私は、特定保健指導の実施にあたり、日程調整に必要な下記の情報を、健診機関から協会けんぽ兵庫支部に直接提出することに同意します。

|  |  |          |         |
|--|--|----------|---------|
| 受診健診機関名  |  | 健診受診年月日  | R . . . |
| 記号・番号<br><small>※ 健診機関担当者記載欄</small>                 | 支店コード  | 生年月日     | S . . . |
| フリガナ   | 氏名   | 勤務先事業所名称 |         |
| 連絡先  | <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 携帯 ( )<br><small>※ できるだけ日中に記入してください。電話番号もご記入ください。</small>  |          |         |
| 連絡を取る際の希望時間帯   | <input type="checkbox"/> 午前 (9:00～12:00) <input type="checkbox"/> 昼 (12:00～13:00)<br><input type="checkbox"/> 午後 (13:00～17:00) <input type="checkbox"/> その他 ( : ~ : )  |          |         |
| 希望面談方法<br><small>裏面をご覧いただき、ご希望の面談方法をお選びください。</small> | <input type="checkbox"/> 勤務先で面談 (土日祝をご希望の場合は、保健指導専門機関に業務委託します)<br><small>(所在地: _____)</small><br><small>※ 後日、お勤めの事業所担当者様を通じて、日程調整させていただきます。</small><br><input type="checkbox"/> オンライン面談<br><input type="checkbox"/> 協会けんぽ兵庫支部で面談 (平日9:00～16:00) <input type="checkbox"/> 他の支部を希望 ( ) 支部<br><input type="checkbox"/> ラグストア・調剤薬局で面談 (以下よりご選択ください)<br><input type="checkbox"/> スギ薬局 <input type="checkbox"/> ホワイト薬局<br><small>(平日・土日祝: 10:00～21:00) (平日・土: 時間は各店舗の営業時間に準じます)</small><br>【希望店舗】 ( ) 店<br>【希望曜日等】 ( ) 曜日・( ) 時頃<br><input type="checkbox"/> ライザップで面談 (平日: 9:00～20:00、土: 9:00～18:00)<br><b>【必須】</b> (メールアドレス: _____ @ _____)<br><small>※ オンライン面談となります。後日、懶ライザップよりメールが届きます。</small> |          |         |

ご記入いただいた情報は、特定保健指導に係る事務処理や特定の個人が識別されることのない方法での統計を実施するときに限り使用いたします。

## 2. 確認票・請求書をご提出いただく際の注意点

### (2) 階層化区分の再確認

#### ・ 健診当日基準表

※ BMIの確認まで、困難な場合はBMIの省略を認める。

|     |                                 |
|-----|---------------------------------|
| 年齢  | 40歳以上74歳未満                      |
| 腹囲  | 男性85cm以上・女性90cm以上 または BMI25以上   |
| 血圧  | 収縮期130mmHg以上 または 拡張期85mmHg以上    |
| 服薬歴 | 「血圧」または「血糖」または「脂質」に関する薬を服用していない |

#### ・ 巡回健診等で後日取得となった場合の基準表

① 次のいずれにも該当

|     |                                 |
|-----|---------------------------------|
| 年齢  | 40歳以上74歳未満                      |
| 腹囲  | 男性85cm以上・女性90cm以上 または BMI25以上   |
| 服薬歴 | 「血圧」または「血糖」または「脂質」に関する薬を服用していない |

② ①に該当し、次のいずれかひとつでも該当

|    |  |
|----|--|
| 血圧 | 収縮期130mmHg以上 または 拡張期85mmHg以上                             |
| 脂質 | 空腹時中性脂肪150mg/dl以上・随時中性脂肪175mg/dl または HDLコレステロール40mg/dl未満 |
| 血糖 | 空腹時血糖100mg/dl以上<br>( 空腹時血糖が測れない場合はHbA1c(NGSP値)5.6%以上 )   |

## 2. 確認票・請求書をご提出いただく際の注意点

### (3) 「3月分」の請求について

3月分の請求につきましては、生活習慣病予防健診結果データの提出前に支払い処理を行わなければならない都合上、「**腹囲又はBMI・血圧・服薬歴**」の項目を記載の上、ご請求いただきますよう、お願いいたします。

令和8年3月分の提出締切は、**令和8年4月3日(金)**です。(期日を過ぎてご提出いただいた請求については、お支払いすることができない場合がございますので、ご注意ください。)

※この際、返戻中の請求書も速やかに再提出ください。

### ★ 3月請求分用の請求内訳書兼報告書は、以下の様式でご提出ください ★

別添様式2-2

#### 特定保健指導対象者情報の取得業務 請求内訳書 兼 報告書 (3月請求分専用)

実施年月日(取引年月日)  
自 令和 年 月 日  
至 令和 年 月 日

必ず健診結果をご記入のうえ  
ご提出ください。

| 健康保険被保険者証 |    |    | 氏名 | 性別  | 生年月日  | 健診実施年月日 | 健診結果         |             |             |          |
|-----------|----|----|----|-----|-------|---------|--------------|-------------|-------------|----------|
| 支部記号      | 記号 | 番号 |    |     |       |         | 腹囲(cm)またはBMI | 収縮期血圧(mmHg) | 拡張期血圧(mmHg) | 服薬歴(有・無) |
|           |    |    |    | 男・女 | S . . | R . .   |              |             |             |          |
|           |    |    |    | 男・女 | S . . | R . .   |              |             |             |          |