

要治療者に対する 受診勧奨業務について

1. 令和8年度の要治療者への受診勧奨業務について

事業概要

健診結果で「要治療者」に該当した対象者に対し、健康意識の高い健診直後に文書・口頭・電話を通して受診勧奨を行うことで、確実に受診へつなげて重症化を予防することを目的とした事業です。

〈勧奨対象基準値〉

区分	収縮期血圧	拡張期血圧	空腹時血糖	HbA1c	LDLコレステロール
A 重症域受診勧奨対象者	180mmHg以上	110mmHg以上	160mg/dl以上	8.0%以上	
B 受診勧奨対象者	160mmHg以上 180mmHg未満	100mmHg以上 110mmHg未満	126mg/dl以上 160mg/dl未満	6.5%以上 8.0%未満	180mg/dl以上

〈実施方法〉

※口頭勧奨については、受診予定時期の決定の有無で単価が異なります。

受診予定時期が聞き取れた
→2000円

受診時期が聞き取れなかった・
検討中・拒否
→700円

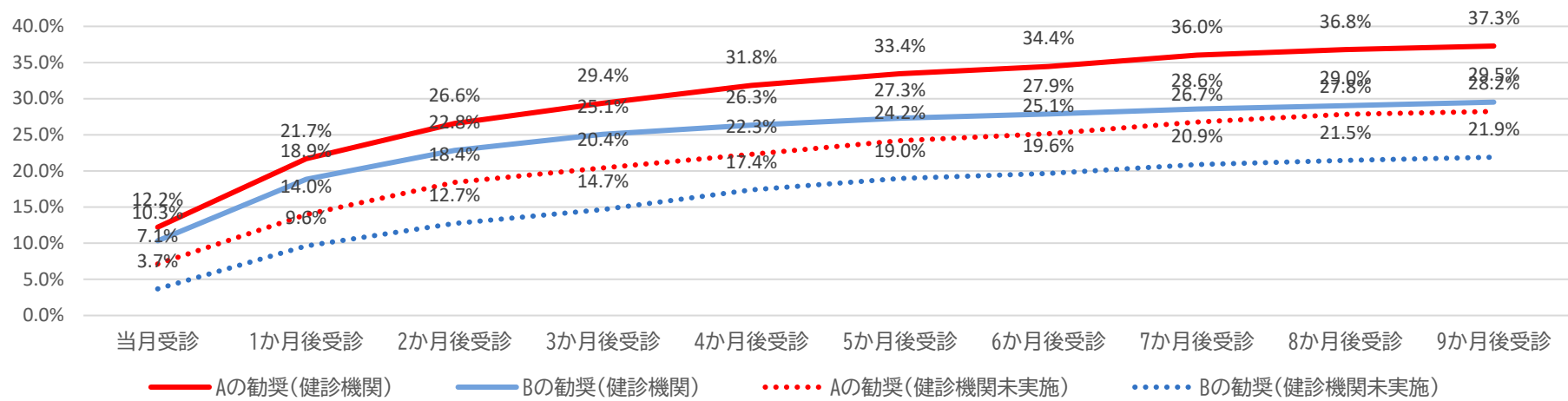
対象者 区分	方法		文書勧奨	口頭勧奨		電話勧奨	単価 (税抜価格)
					受診予定 時期の決定		
A対象者	①	文書勧奨かつ電話勧奨	○	-	-	○	2,000円
	②	文書勧奨かつ口頭勧奨	○	○	○	-	2,000円
	③	文書勧奨かつ口頭勧奨かつ電話勧奨	○	○	×	○	2,000円
	④	文書勧奨かつ口頭勧奨	○	○	×	-	700円
	⑤	文書勧奨のみ (電話・口頭が実施できない場合のみ)	○	-	-	-	700円
	⑥	電話勧奨のみ (文書が実施できない場合のみ)	-	-	-	○	700円
B対象者	⑦	文書勧奨	○	-	-	-	700円
	⑧	電話勧奨	-	-	-	○	700円

○:必須 -:実施が必須ではない ×:受診予定時期が聞き取れなかった、検討中、拒否

1. 令和8年度の要治療者への受診勧奨業務について

実施状況

要治療者における受診率推移（積み上げ）※令和6年4月～令和6年11月健診受診者



※ A対象者、B対象者共に健診機関様より受診勧奨を行っていただいたことで、受診率が高くなっています。

対象者区分と 勧奨方法 ()内は実施件数	健診受診月受診率	1か月後受診率	2か月後受診率	3か月後受診率	勧奨実施後6か月 以内の受診率
A文書と電話 (269件)	15.19%	10.13%	9.49%	0.63%	37.34%
A文書のみ (1,800件)	12.88%	9.78%	4.65%	2.97%	35.40%
A文書と口頭 (642件)	8.71%	8.47%	4.00%	3.29%	30.35%
B文書のみ (16,998件)	10.37%	8.50%	3.97%	2.16%	27.80%

2. 令和8年度の内容変更点

HbA1c基準値について

〈令和7年度基準値〉

区分	収縮期血圧	拡張期血圧	空腹時血糖	HbA1c	LDLコレステロール
A 重症域受診勧奨対象者	180mmHg以上	110mmHg以上	160mg/dl以上	<u>8.4%以上</u>	
B 受診勧奨対象者	160mmHg以上 180mmHg未満	100mmHg以上 110mmHg未満	126mg/dl以上 160mg/dl未満	<u>6.5%以上</u> <u>8.4%未満</u>	180mg/dl 以上



〈令和8年度基準値〉

区分	収縮期血圧	拡張期血圧	空腹時血糖	HbA1c	LDLコレステロール
A 重症域受診勧奨対象者	180mmHg以上	110mmHg以上	160mg/dl以上	<u>8.0%以上</u>	180mg/dl 以上
B 受診勧奨対象者	160mmHg以上 180mmHg未満	100mmHg以上 110mmHg未満	126mg/dl以上 160mg/dl未満	<u>6.5%以上</u> <u>8.0%未満</u>	

2. 令和8年度の内容変更点

文書勧奨について

〈協会様式の文言変更〉

- ・令和8年度の様式のものをお使いください

下記に留意した文書を健診結果送付時に封入すること

①いつ受診すべきかを明示する

(例：1か月以内に速やかに受診してください)

②紹介先医療機関を明示する

③受診勧奨該当項目を明示する

(例：血糖)

紹介状（診療情報提供書）形式の文書でも
本人へ勧奨する文言を別紙で
通知するようにしてください。

機密性 2

参考

文書勧奨
書式 a

氏名 様
受診日：令和 年 月 日
受診 No. :

令和 年 月 日
医療法人社団 ○○
健診センター長 ○○

令和8年度 健康診断結果について

今回の検査数値は、医療機関に受診が必要な数値です。

1か月以内を目安に
速やかに受診してください。

正常域
経過観察
要再検査
要精密検査
要治療
危険
心筋梗塞、
脳梗塞、透析、失明

※本状が届いた際に既に受診済みの際はご容赦ください

①【健康診断結果内容】

検査項目	判定区分	検査項目	判定区分	検査項目	判定区分
血圧		血糖		脂質(LDL)	

※判定区分 C:要再検査 D:要精密検査・治療

健康診断結果を持参のうえ、上記判定区分に記載がある項目について
かかりつけ医や内科・循環器内科がある医療機関をご受診ください。

②【医療機関のご受診予定】 メモとしてご活用ください。

受診予定日 : 月 日 ()

受診先医療機関名 :

医療機関のご紹介
受診先がお決まりでない場合は、下記への受診をご検討ください。
○○病院
診療可能曜日:
電話予約先:

<提携医療機関がある場合>

<提携医療機関がない場合>
内科・循環器内科のある医療機
関、かかりつけ医 等の表現

3. 令和8年度 勧奨方法について

口頭勧奨について

注意点①【具体的な勧奨をお願いいたします】

口頭勧奨の受診率向上のため、受診日程や受診先を決めるなど、より具体的な勧奨をお願いします。

例 × 「血糖値が高かったので再検査受けてください」
「はい」

- 「血糖値が〇〇と基準値を上回っています。糖尿病を発症するリスクが高いため、再検査や治療を受けてください。1か月以内が望ましいですが、いつごろご受診できそうですか」
「〇日ごろなら行けそう」
「〇月〇日ですね。どちらの病院受けられますか。・・・」

注意点②【受診予定時期の決定を促してください】

文書勧奨かつ口頭勧奨の受診率向上のため、上記のような会話の中で受診予定時期の決定をお願いします。

聞き取った受診予定時期を報告書に記載いただけた場合のみ税抜2000円をお支払いします。

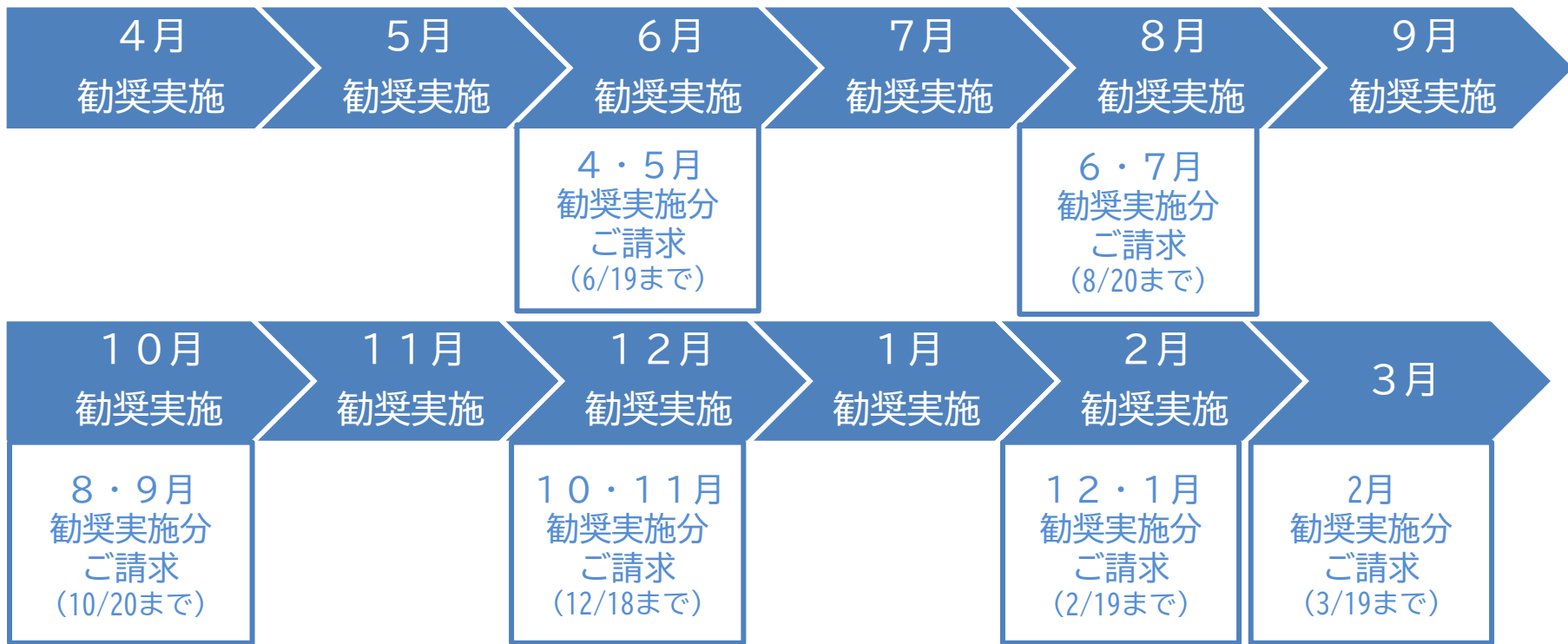
対象者 区分	方法		文書勧奨	口頭勧奨		電話勧奨	単価 (税抜価格)
					受診予定 時期の決定		
A対象者	①	文書勧奨かつ電話勧奨	○	-	-	○	2,000円
	②	文書勧奨かつ口頭勧奨	○	○	○	-	2,000円
	③	文書勧奨かつ口頭勧奨かつ電話勧奨	○	○	×	○	2,000円
	④	文書勧奨かつ口頭勧奨	○	○	×	-	700円
	⑤	文書勧奨のみ (電話・口頭が実施できない場合のみ)	○	-	-	-	700円
	⑥	電話勧奨のみ (文書が実施できない場合のみ)	-	-	-	○	700円
B対象者	⑦	文書勧奨	○	-	-	-	700円
	⑧	電話勧奨	-	-	-	○	700円

○:必須 -:実施が必須ではない ×:受診予定時期が聞き取れなかった、検討中、拒否

4. 令和8年度留意点（要治療者への受診勧奨）

① 対象者のうち、**通院中の者、問診において血圧・血糖・脂質に関する服薬が一項目でもありと回答した者**は支払い対象外となります。

② 請求回数は**2か月に1度**となっております（年度末を除く）。
例）4・5月に勧奨を行った分→6月19日までにまとめてご請求
6・7月に勧奨を行った分→8月20日までにまとめてご請求



4. 令和8年度留意点（要治療者への受診勧奨）とその他注意点

③

実施報告書

- ・口頭勧奨については、受診予定時期を記載してください。

例）「〇月〇日」「今月中に」「二週間以内に」

その他注意点

令和8年2月分の報告書と請求書の提出締切は、

令和8年3月19日必着となっております。

来年度もよろしくお願いいたします。