

令和4年度

札幌市国保特定健診、後期高齢者健診
及び特定保健指導に係る
実施結果データ化業務

業 務 仕 様 書

札 幌 市

1 業務名

札幌市国保特定健診、後期高齢者健診及び特定保健指導に係る実施結果データ化業務

2 業務概要

札幌市国保特定健診（以下「特定健診」という。）、後期高齢者健診、特定保健指導の実施医療機関から送付される実施結果をデータ化し、審査支払機関である北海道国民健康保険団体連合会（以下「国保連」という。）に提出する。

3 業務期間

契約締結日から令和5年3月31日まで

4 データの仕様

- (1) データ化にあたっては、厚生労働省の「令和2年度以降における特定健康診査及び特定保健指導の実施並びに健診実施機関等により作成された記録の取扱いについて」（令和2年3月31日 健発 0331 第7号、保発 0331 第2号）、及び特定健康診査・特定保健指導の電子的な標準様式の仕様に関する資料（平成30年度以降実施分）に記載されたファイル仕様に基づくものとする。
- (2) エラー基準等の仕様は、国保連が定める仕様に基づくものとする。
- (3) 提出する媒体等の仕様は、国保連が定める仕様に基づくものとする。

5 業務の流れ

- (1) 実施医療機関から送付される入力票等（送付箋、結果通知表、質問票、受診券、個人票、利用券）の受領及び添付確認（書類の不足や記入漏れ、誤りがないか等）
- (2) 入力票等に基づくパンチ入力
- (3) エラーのチェック
- (4) エラーデータとなった健診・保健指導実施医療機関への連絡
- (5) エラーデータ分の補正入力及び入力票等の返還
- (6) 正当データのXML形式ファイルの作成
- (7) 正当データの国保連への提出（毎月1回）
- (8) 入力票等の保管、搬送及び廃棄

6 入力票等に基づくパンチ入力及びデータの作成

(1) 入力作業

入力票等に記載された健診・保健指導結果について、パンチ入力を行う。

バリファイ等の方法により、必ず複数でのチェック体制を確保すること。

(2) データ作成

ア 特定健診：該当データにより、別表に基づき保健指導レベル（1 積極的支援、2 動機付け支援、3 なし、4 判定不能）の判定を行ったうえ、国保連への提出データ（健診結果、決済情報）を作成する。

イ 後期高齢者健診：該当データにより、国保連への提出データ（健診結果、決済情報）を作成する。

ウ 特定保健指導：該当データにより、国保連への提出データ（保健指導結果、決済情報）を作成する。

7 実施医療機関から送付される入力票等

(1) 共通

ア 特定健診・後期高齢者健診・特定保健指導 結果送付箋（別紙1）

(2) 特定健診・後期高齢者健診

ア 札幌市健康診査受診結果通知表（別紙2）

イ 札幌市健康診査質問票・札幌市後期高齢者健康診査質問票（別紙3）

ウ 特定健診受診券・後期高齢者健診受診券（別紙4）

(3) 特定保健指導

ア 特定保健指導個人票（別紙5）

イ 特定保健指導利用券（別紙6）

(4) 送付期限

医療機関から入力票等が送付される期限については、業務スケジュール（別紙7）の、「実施医療機関から受託者への送付期限の目安」を参考に、委託者と協議の上決定すること。

8 国保連への電磁的記録の提出

(1) 提出用の電子媒体は、MO、FD 又はCD-R のいずれかとする。

(2) 提出用のデータファイル（国が定める電子的な標準様式によるファイル[XML形式]）は、暗号化・復号化ソフト（社会保険診療報酬支払基金より提供）にて暗号化のうえ、電子媒体に保存する。なお、提出する電子媒体には、国保連が指定するとおり表記すること。

(3) (2)の電子媒体に「特定健診・特定保健指導データにかかる電子媒体送付書」（国保連より提

供)を添付のうえ、持参又は書留等の追跡が可能な搬送方法で提出すること。

(4) 業務スケジュール(別紙7)のとおり、毎月指定された期日までに国保連へ提出すること。

9 入力票等の保管、搬送及び廃棄

(1) 保管

医療機関より送付された入力票等は、受領した日から3か月以上受託者にて保管する。

ただし、業務スケジュール(別紙7)に示す第10期～12期の入力票等は委託者にて保管する。

(2) 搬送

第10期～12期の入力票等は、国保連へ提出後は期別ごとに速やかに、書留等の追跡が可能な方法で委託者へ搬送すること。

なお、搬送に係る費用は受託者が負担すること。

(3) 廃棄

受託者にて保管した入力票等は、令和5年3月31日までに廃棄する。

廃棄方法は溶解処理等、復元不可能な手段を用いること。

10 提出書類

受託者は、毎月の業務完了後、次表に定める書類を本市に提出すること。

提出書類	説明
完了届	役務-第9号様式
件数内訳表	健診実施医療機関ごとの件数の内訳 (様式ア及びイ)
入力票等内訳書	委託者へ郵送する入力票等の内訳(様式任意) ※第10～12期分のみ

上表に示す書類のほか、本市で必要とするものは、その都度提出すること。

11 請求金額

委託者に請求できる金額については、契約単価に正当データとして国保連に提出した件数を乗じて得た金額とする。

12 想定年間データ化件数

(1) 件数

区分		件数
特定健診		17,000 件
後期高齢者健診		10,000 件
特定保健指導 動機付け支援	初回報告	75 件
	最終報告	75 件
特定保健指導 積極的支援	初回報告	18 件
	最終報告	12 件
計		27,180 件

(2) その他

- ア 詳細健診（医師が検査を必要と認めた場合にのみ行う）実施の割合は、特定健診の 5.2%、年間 884 件を見込む。
- イ 付加健診（希望者のみが行う）実施の割合は、特定健診、後期高齢者健診の 80.8%、年間 21,816 件を見込む。
- ウ 所見欄に記載される割合は、特定健診、後期高齢者健診の 50.4%、年間 13,608 件を見込む。
- エ 特定健診、後期高齢者健診において、入力項目の不備により健診実施機関への確認が必要となる割合は 6.0%、年間 1,620 件を見込む。
- オ 特定保健指導動機付け支援と積極的支援において、入力項目の不備により特定保健指導実施機関への確認が必要となる割合は 6.0%、年間 11 件を見込む。
- カ ヘモグロビン A1c は NGSP 値のみ取扱う。

13 委託者から提供する資料等

委託者から、上記 6 の入力票等見本のほか、実施医療機関向けに配布する「令和 4 年度国民健康保険特定健康診査・後期高齢者健康診査等取扱要領」を契約締結後に提供する。その他業務に必要な資料及び資材は受託者が用意すること。

14 環境に対する配慮

作業全般に渡って、未使用パソコン、プリンタなどの機器の電源切断の励行による節電、使用する用紙の両面印刷による紙の節約、再生紙を積極的に利用するなど、環境に配慮した資源の利用に留意すること。

15 個人情報の保護及びセキュリティ体制

- (1) この業務の遂行にあたり、委託者が開示した資料等、受託者の知り得た情報を第三者に開示または漏洩してはならない。また、そのために必要な措置を講ずること。なお、第三者に開示する必要がある場合は、事前に委託者と協議の上、承認を得ること。
- (2) データの流出及び紛失等がないよう、細心の注意を払い作業を実施すること。
また、搬送の際は、受託者にて誤送、毀損、紛失等が発生しないよう十分な対策を講じ、確実な搬送方法を確保すること。
- (3) データベース作成を行う作業場のセキュリティ対策については、以下のとおりであること。
 - ア 作業場の分割
データ入力を行う場所と業務サーバを設置する場所を分けること。
また、業務サーバを設置する場所は施錠し、入室制限を行うこと。
 - イ 入退管理の徹底
各作業場への入室には、指紋認証などの入室制限を行い、予め登録しているものだけが作業できるようにすること。
 - ウ データ持ち出しの禁止
私物の持ち込みを禁止するとともに、USB 端子の無効化を行い、監視カメラによる記録を行うこと。
 - エ データ保管場所の施錠
受領したデータは、保管庫に入れ施錠すること。また、データを格納している業務サーバについては、鍵付きラックに入れた状態で管理すること。
- (4) 受託者は、本業務の従事者に対し、個人情報の取扱いについて必要な教育及び研修を実施すること。
- (5) 個人情報の取扱いに関して、JISQ15001 規格に基づくプライバシーマークを取得している、又は情報セキュリティマネジメントシステム ISO/IEC27001 (JISQ27001) の認証を受けていること。

16 その他特記事項

- (1) 業務履行に際して、関係法令を遵守のうえ適正に行うこと。
- (2) 作業の実施にあたり、受託者は事故防止に留意し、事故に対する一切の責任を負うこと。
また、万が一事故が発生した場合は速やかに委託者へ報告すること。
- (3) 本業務の遂行にあたっては、委託者と連携を密にして作業を進め、疑義が生じた場合は、委託者、受託者双方が協議をして、これを処理すること。

別表

保健指導レベルの判定について

※ 平成19年12月28日厚生労働省令第157号では、**階層化の基準**を次のように定めています。

ステップ1	内臓脂肪に着目してリスクを判定
・ 腹囲 M $\geq$ 85cm、F $\geq$ 90cm	→(1)
・ 腹囲 M<85cm、F<90cm かつ BMI $\geq$ 25	→(2)

ステップ2	検査結果、質問票より追加リスクをカウント
① 血糖	a 空腹時血糖 100mg/dl 以上または b ヘモグロビンA1c 5.6% 以上 または c 薬剤治療を受けている場合(質問票より) ※血糖について、空腹時血糖とHbA1cの両方を測定している場合は、 空腹時血糖の結果を優先し判定に用いる。
② 脂質	a 中性脂肪 150mg/dl 以上 または b HDLコレステロール 40mg/dl 未満 または c 薬剤治療を受けている場合(質問票より)
③ 血圧	a 収縮期 130mmHg 以上 または b 拡張期 85mmHg 以上 または c 薬剤治療を受けている場合(質問票より)
④ 質問票	喫煙歴あり(①から③のリスクが1つ以上の場合にのみカウント)

ステップ3	ステップ1、2から保健指導レベルをグループ分け
(1)の場合	①～④リスクのうち 追加リスクが 2以上の対象者は 積極的支援レベル (下記※) 1の対象者は 動機付け支援レベル 0の対象者は 情報提供レベル とする。
(2)の場合	①～④のリスクのうち 追加リスクが 3以上の対象者は 積極的支援レベル (下記※) 1または2の対象者は 動機付け支援レベル 0の対象者は 情報提供レベル とする。

ステップ4
○ 服薬中の者については、医療保険者による特定保健指導の対象としない。 ○ 前期高齢者(65歳以上75歳未満)については、積極的支援の対象となった場合でも動機付け支援とする。

※健診受診年度が平成30年度以降で、札幌市国保健康推進担当課での階層化作業において積極的支援レベルに該当した者のうち、前年度も積極的支援レベルに該当し かつ積極的支援を終了した人で、腹囲及び体重の値が前年度の特定健康診査の結果に比べ改善(基準あり)している人は、保健指導区分を「動機付け支援相当」とする。
(但し、初回相談早期実施及び分層実施する者を除く。)

令和4年度用

札幌市

特定健診・後期高齢者健診・特定保健指導 結果送付箋

令和 年 月実施分

※特定健診、後期高齢者健診、特定保健指導はそれぞれ別に綴る。該当する区分に○を付ける

特定健診等機関コード									
医療機関名									
担当者氏名					電話番号				
住所 〒 区									

今回送付件数	件	健診結果表	枚	質 問 票	枚	保健指導個人票	件
--------	---	-------	---	-------	---	---------	---

《特定健診・後期高齢者健診》

内 訳			実 施 費 用			自 己 負 担 額								差引請求額
			件 数	委託単価	金 額	特 定 健 診				後期高齢者健診				
						徴収(件)	単 価	金 額	免除(件)	徴収(件)	単 価	金 額	免除(件)	
①基本健診				8,646円	円		1,200円	円			500円	円		円
②付加健診				1,661円	円		500円	円			500円	円		円
(同時に貧血または心電図を詳細健診として実施した場合は②には計上せず、③と④で集計してください)														
③詳細健診	1 貧 血			231円	円									円
	2 心電図			1,430円	円									円
	眼底	提携あり		6,534円	円									円
		自ら実施		1,232円	円									円
④詳細健診と付加健診を同時に実施した場合の調整	詳細健診で貧血+心電図実施			0円	円									円
	詳細健診で貧血実施			1,430円	円		500円	円						円
	詳細健診で心電図実施			231円	円									円
合 計					円			円				円		円

※付加健診を受診しない場合(詳細健診なしの場合は①のみ、詳細健診ありの場合は①と③)
※付加健診を受診する場合(詳細健診なしの場合は①と②、詳細健診ありの場合は①と②と③と④)
※件数についても“たて計”を記入

《特定保健指導》

内 訳		施設利用型			初回面接分割実施型			訪問型			運動施設利用型		
		件数	委託単価	金 額	件数	委託単価	金 額	件数	委託単価	金 額	件数	委託単価	金 額
動機付け支援	初 回		8,610円	円		9,235円	円		12,658円	円			
	実績評価		2,153円	円		2,309円	円		3,165円	円			
積極的支援	初 回		11,218円	円		11,530円	円		15,266円	円		12,628円	円
	実績評価		16,826円	円		17,295円	円		22,898円	円		18,942円	円
途 中 終 了				円			円			円			円
合 計				円			円			円			円

※件数についても“たて計”を記入
※途中終了については件数と合計金額を記入し、詳細は個人記録票に記入

[illegible]

(参考) 詳細な健診の実施条件・判定基準

【貧血検査】
貧血の既往症を有する方または視診等で貧血が疑われる方

【心電図検査】
当該年度の健診結果等において、収縮期血圧 140mmHg 以上もしくは拡張期血圧 90mmHg 以上または閾値等で不整脈が疑われる方

【眼底検査】
当該年度の健診結果等において、血圧または血糖が、次の基準に該当した方

- ①血圧 収縮期血圧 140mmHg 以上または拡張期血圧 90mmHg 以上
- ②血糖 空腹時血糖値が 126mg/dl 以上、HbA1c（NGSP 値）6.5% 以上または随時血糖値が 126mg/dl 以上

	基本健診のみ	基本健診＋付加健診	基本健診＋詳細健診	基本＋付加＋詳細
国保特定健診	①のみ	①＋②の合計	①＋③の合計	①＋②＋③＋④の合計
後期高齢者健診	①のみ	①＋②の合計	×	×
生保・支援給付世帯健診	①のみ	×	①＋③の合計 (75歳未満のみ)	×

契約単価区分	契約単価
① 基本健診	☐ 8,646円
② 付加健診 同時に有医または有医と併健診として実施した場合にチェックしなさい	☐ 1,661円
③ 詳細健診	☐ 1 貧 血 ☐ 231円 ☐ 2 心 電 図 ☐ 1,430円 ☐ 3a 眼 底 (視膜あり) ☐ 6,534円 ☐ 3b 眼 底 (自実施) ☐ 1,232円
④ 詳細健診と付加健診を同時に実施した際の調整	☐ 詳細健診で費用+心電図実施 ☐ 0円 ☐ 詳細健診で費用+眼底検査実施 ☐ 1,430円 ☐ 詳細健診で費用+心電図実施 ☐ 231円
単価 (合計)	円

☐ 異常なし ☐ 要観察 ☐ 要生活習慣改善 ☐ 要医療 ☐ 治療継続 [必ずどこかにチェック]	
医師の診断 (その他) [100 字以内]	

☐ 基準該当 [必ずどこかにチェック]
☐ 予備群該当
☐ 非該当
☐ 判定不能
 [保健指導レベルは事務代行機関で設定]

窓口負担区分	窓口負担額
① 基本健診	
A 特定健診（徴収）	☐ 1,200円
B 後期高齢（徴収）	☐ 500円
C 免 除	☐ 0円
② 付加健診	☐ 500円
窓口負担額（合計）	円

0	1	1							
健診実施機関名・電話番号									

健診実施機関名・電話番号

健診を実施した医師の氏名

札幌市健康診査 質問票

(入力票)

氏名	生年月日 明治・大正・昭和 年 月 日 (歳)
----	--------------------------

※受診者控え(一番下の用紙)の裏面にある注意事項をご確認のうえ受診してください。

この検査前に最後に飲食(水やお茶以外)されたのはいつですか	前日・本日 午前・午後 時 分 ころ
-------------------------------	--------------------

医師の判断・治療のもとで服薬中のものを指す。(わからない場合は、主治医にご確認ください。)

No.	質 問 項 目	回答欄(該当する番号を必ず1つ○で囲んでください)
1	現在、血圧を下げる薬を飲んでいますか。	1 はい 2 いいえ
2	現在、インスリン注射をしているか又は血糖を下げる薬を飲んでいますか。	1 はい 2 いいえ
3	現在、コレステロールや中性脂肪を下げる薬を飲んでいますか。	1 はい 2 いいえ
4	医師から、脳卒中(脳出血、脳梗塞等)にかかっていると言われたり、治療を受けたことがありますか。	1 はい 2 いいえ
5	医師から、心臓病(狭心症、心筋梗塞等)にかかっていると言われたり、治療を受けたことがありますか。	1 はい 2 いいえ
6	医師から、慢性腎臓病や腎不全にかかっていると言われたり、治療(人工透析)を受けていますか。	1 はい 2 いいえ
7	医師から、貧血と言われたことがありますか。	1 はい 2 いいえ
8	現在、たばこを習慣的に吸っていますか。(「現在、習慣的に喫煙している者」とは、「合計100本以上、又は6か月以上吸っている者」であり、最近1か月間も吸っている者)	1 はい 2 いいえ
9	20歳の時の体重から10kg以上増加していますか。	1 はい 2 いいえ
10	1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2回以上、1年以上行っていますか。	1 はい 2 いいえ
11	日常生活において歩行や家事、庭仕事などの生活活動を1日1時間以上行っていますか。	1 はい 2 いいえ
12	ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速いですか。	1 はい 2 いいえ
13	食事をかんで食べる時の状態はどれにあてはまりますか。	1 なんでもかんで食べることができる 2 歯や歯ぐき、かみあわせなど気になる部分があり、かみにくいことがある 3 ほとんどかめない
14	人と比較して食べる速度が速いですか。	1 速い 2 ふつう 3 遅い
15	就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ありますか。	1 はい 2 いいえ
16	朝昼夕の3食以外に間食や甘い飲み物をとることがありますか。	1 毎日 2 時々 3 ほとんど摂取しない
17	朝食を抜くことが週に3回以上ありますか。	1 はい 2 いいえ
18	お酒を飲みますか。	1 毎日 2 時々 3 ほとんど飲まない・飲めない
19	No.18で1又は2に○をつけた方にお尋ねします。清酒に換算して1日あたりの飲酒量をお答えください。 清酒1合(180ml)の目安:ピール中瓶1本(500ml)、焼酎25度(110ml)、ウイスキーダブル1杯(60ml)、ワイン2杯(240ml)	1 1合未満 2 1～2合未満 3 2～3合未満 4 3合以上
20	睡眠で休養が十分とれていますか。	1 はい 2 いいえ
21	健康のために運動や食生活等の生活習慣の改善をしてみようと思いますか。	1 改善するつもりはない 2 改善するつもりである(概ね6か月以内) 3 近いうちに(概ね1か月以内)改善するつもりであり、少しずつ始めている。 4 既に改善に取り組んでいる(6か月未満)。 5 既に改善に取り組んでいる(6か月以上)。

氏名	生年月日 明治・大正・昭和 年 月 日 (歳)
----	--------------------------

※受診者控え(一番下の用紙)の裏面にある注意事項をご確認のうえ受診してください。

この検査前に最後に飲食(水やお茶以外)されたのはいつですか	前日・本日 午前・午後 時 分 ころ
-------------------------------	--------------------

No.	質 問 項 目	回答欄(該当する番号を必ず1つ○で囲んでください)
1	あなたの現在の健康状態はいかがですか。	1 よい 2 まあよい 3 ふつう 4 あまりよくない 5 よくない
2	毎日の生活に満足していますか。	1 満足 2 やや満足 3 やや不満 4 不満
3	1日3食きちんと食べていますか。	1 はい 2 いいえ
4	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか。 ※さきいか、たくあんなど	1 はい 2 いいえ
5	お茶や汁物等でむせることがありますか。	1 はい 2 いいえ
6	6か月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか。	1 はい 2 いいえ
7	以前に比べて歩く速度が遅くなってきたと思いますか。	1 はい 2 いいえ
8	この1年間に転んだことがありますか。	1 はい 2 いいえ
9	ウォーキング等の運動を週に1回以上していますか。	1 はい 2 いいえ
10	周りの人から「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあると言われていませんか。	1 はい 2 いいえ
11	今日が何月何日かわからない時がありますか。	1 はい 2 いいえ
12	あなたはたばこを吸いますか。	1 吸っている 2 吸っていない 3 やめた
13	週に1回以上は外出していますか。	1 はい 2 いいえ
14	ふだんから家族や友人との付き合いがありますか。	1 はい 2 いいえ
15	体調が悪いときに、身近に相談できる人がいますか。	1 はい 2 いいえ

特定健診(国保)受診券

令和 4年度		とくとく健診受診券 (特定健診)		年 月 日	
受診券整理番号					
氏 名					
生 年 月 日 年 月 日 性別					
有 効 期 限 年 月 日					
令和4年4月1日以降使用できます。					
窓口での自己負担額					
健診内容		実施医療機関		住民集団健診	
基本健診					
付加健診(希望制)					
付加健診項目 (基本健診と同時に受診)		心電図検査、貧血検査、白血球数			
詳細健診項目(※)		心電図検査、貧血検査、眼底検査			
※詳細項目は、一定の条件に合致し、医師が必要と認めた場合のみ実施し、自己負担額は無料です。					
00010017					
札幌市中央区南一条西三丁目					
札幌市(国民健康保険)					
Tel. 211-2687					
支払代行機関 北海道国民健康保険団体連合会					
札幌市内に限り有効					

修正記入欄

ミシン目から切り取り、折ってご利用ください。

後期高齢者健診受診券

令和 4年度		後期高齢者健診受診券		年 月 日	
受診券整理番号					
氏 名					
生 年 月 日 年 月 日 性別					
有 効 期 限 年 月 日					
令和4年4月1日以降使用できます。					
窓口での自己負担額					
健診内容		実施医療機関		住民集団健診	
後期高齢者健診					
付加健診(希望制)					
付加健診項目 (後期高齢者健診と 同時に受診)		心電図検査、貧血検査、白血球数			
当科健診に使用する目的で受診券の発行・再発行はできません。					
39011002					
札幌市中央区南一条西三丁目					
札幌市					
Tel. 211-2687					
支払代行機関 北海道国民健康保険団体連合会					
札幌市内に限り有効					

修正記入欄

ミシン目から切り取り、折ってご利用ください。

後期高齢者健診を受診される皆さんへ

- ◎ 健診にはこの受診券と「被保険者証」(または「被保険者資格証明書」)が必要ですので必ずご持参ください。
- ◎ 健診の前日は、アルコールの摂取や激しい運動は控えましょう。
- ◎ 午前中に健診を受診する場合は、できるだけ朝食をとらないでください。
- ◎ 午後に健診を受診する場合は、軽めの朝食をとり、健診までの飲食物(水は摂取可)は控えましょう。

3面に「後期高齢者健診受診上の注意事項」がありますのでご覧ください。

実施機関名

実施機関コード

(様式 C)

特定保健指導個人票 (動機付け支援・動機付け支援相当ー動機付け支援)

1 対象者情報

利用券番号	フリガナ	姓	名
	氏名		

利用券有効期限	令和 年 月 日	性別	男・女	生年月日	昭和 年 月 日	年齢	歳
支援コース	施設型・訪問型	住所	〒 区	電話番号			

2 担当者

担当者名	医師・保健師・管理栄養士・看護師
------	------------------

3 行動目標・行動計画

目標値		行動目標	行動計画
腹囲	cm		
体重	kg		
血圧	/ mmHg		
1日の削減目標エネルギー量	kcal		
運動による削減エネルギー量	kcal		
食事による削減エネルギー量	kcal		

4 初回の面接による支援

実施年月日	令和 年 月 日	行動変容ステージ	保健指導実施内容
支援形態	☐ 個別 ☐ グループ	☐ 無関心期:意欲なし ☐ 関心期 :意欲あり(6か月以内) ☐ 準備期 :意欲あり(概ね1か月以内) ☐ 実行期 :取組済み(6か月未満) ☐ 維持期 :取組済み(6か月以上)	☐ 食生活 ☐ 身体活動 ☐ たばこ ☐ ()
実施時間	分		
身体状況	腹囲 cm 体重 kg 血圧 / mmHg		
実施者	医師・保健師・管理栄養士・看護師 ☐ 訪問(自宅、職場)		

5 実績評価

実施年月日		令和	年	月	日	生活習慣改善の状況	保健指導実施内容及び評価		
支援形態		面接: ☐ 個別 ☐ グループ 通信: ☐ 電話 ☐ FAX・手紙				【食生活】 変化なし / 改善 / 悪化 ☐ 食生活 ☐ 身体活動 ☐ たばこ			
身体状況	腹囲	cm				【身体活動】 変化なし / 改善 / 悪化 【たばこ】 吸わない / 禁煙継続 禁煙中断 / 禁煙の意思なし ☐ 訪問(自宅、職場)			
	体重	kg							
	BMI								
	血圧	/ mmHg							
実績評価ができない場合の確認(督促)回数							電話(回)	FAX・手紙送付(回)	その他(回)
実施者(評価実施)						医師・保健師・管理栄養士・看護師			

※対象者から評価データが得られないために実績評価が完了できない場合は確認(督促)回数を記入。その場合、実施年月日は最終の確認を行った日付とする。

6 行動目標・行動計画の再設定

	目標値	行動目標	行動計画
腹囲	cm		
体重	kg		
血圧	/ mmHg		
1日の削減エネルギー量	kcal		
運動による削減エネルギー量	kcal		
食事による削減エネルギー量	kcal		

7 終了

終了	☐ 完了	令和 年 月 日 理由:
	☐ 資格喪失	
	☐ 途中脱落	

実施機関名

実施機関コード

(様式 D)

特定保健指導個人票

(積極的支援・動機付け支援相当－積極的支援)

1 対象者情報

利用券番号

フリガナ

姓

名

氏名

令和

年

月

日

性別

男・女

生年月日

昭和

年

月

日

年齢

歳

支援コース

施設型・訪問型・運動型

住所

〒

2 担当者

担当者名

保健師・管理栄養士・その他

3 支援計画

支援予定日

年

月

日

年

月

日

年

月

日

年

月

日

支援の種類

初回の面接による支援

☐ 積極的関与タイプ

☐ 積極的関与タイプ

☐ 積極的関与タイプ

☐ 積極的関与タイプ

☐ 励ましタイプ

☐ 励ましタイプ

☐ 励ましタイプ

☐ 励ましタイプ

実績評価

支援形態

☐ 個別

☐ グループ

面接:☐ 個別 ☐ グループ

通信:☐ 電話 ☐ FAX・手紙

☐ 個別

☐ グループ

面接:☐ 個別 ☐ グループ

通信:☐ 電話 ☐ FAX・手紙

面
接

面
接

面
接:☐ 個別 ☐ グループ

通信:☐ 電話 ☐ FAX・手紙

面
接:☐ 個別 ☐ グループ

通信:☐ 電話 ☐ FAX・手紙

総実施時間(往復回数)

分

分(回)

分(回)

分(回)

分(回)

分(回)

※総実施時間(往復回数)の欄は、個別、グループ、電話は時間(分)数を、FAX、手紙は1往復を1回として回数を記入。

4 行動目標・行動計画

目標値

腹囲

cm

体重

kg

血圧

/

mmHg

1日の削減目標エネルギー量

kcal

運動による削減エネルギー量

kcal

食事による削減エネルギー量

kcal

行動目標

行動計画

5 初回の面接による支援

実施年月日	令和 年 月 日	保健指導実施内容	
支援形態	☐ 個別 ☐ グループ	☐ 食生活 ☐ 身体活動 ☐ たばこ	
実施時間	分	☐ ()	
身体状況	腹囲 cm		
	体重 kg		
	血圧 / mmHg		
行動変容 ステージ	☐ 無関心期:意志なし ☐ 関心期 :意志あり(6か月以内) ☐ 準備期 :意志あり(概ね1か月以内) ☐ 実行期 :取組済み(6か月未満) ☐ 維持期 :取組済み(6か月以上)	☐ 訪問(自宅、職場)	
実施者	医師・保健師・管理栄養士・看護師		

6-① 支援A(積極的関与タイプ) ☐ 中間評価

実施年月日	令和 年 月 日	生活習慣改善の状況	保健指導実施内容及び評価
支援形態	面接: ☐ 個別 ☐ グループ 通信: ☐ 電話 ☐ FAX・手紙	【食生活】 変化なし / 改善 / 悪化 【身体活動】 変化なし / 改善 / 悪化 【たばこ】 吸わない / 禁煙継続 禁煙中絶 / 禁煙の意思なし	☐ 食生活 ☐ 身体活動 ☐ たばこ ☐ ()
実施時間	分(回)		
支援ポイント	ポイント		
身体状況	腹囲 cm		
	体重 kg		
	BMI		
	血圧 / mmHg		
実施者(評価実施)	医師・保健師・管理栄養士・看護師		

※実施時間の欄は、個別、グループ、電話は時間(分)数を、FAX、手紙は1往復を1回として回数を記入。

6-② 支援A(積極的関与タイプ) ☐ 中間評価

実施年月日	令和 年 月 日	生活習慣改善の状況	保健指導実施内容及び評価
支援形態	面接: ☐ 個別 ☐ グループ 通信: ☐ 電話 ☐ FAX・手紙	【食生活】 変化なし / 改善 / 悪化 【身体活動】 変化なし / 改善 / 悪化 【たばこ】 吸わない / 禁煙継続 禁煙中断 / 禁煙の意思なし	☐ 食生活 ☐ 身体活動 ☐ たばこ ☐ ()
実施時間	分(回)		
支援ポイント	ポイント		
身体状況	腹囲 cm 体重 kg BMI 血圧 / mmHg		☐ 訪問(自宅、職場)
実施者(評価実施)	医師・保健師・管理栄養士・看護師		

※実施時間の欄は、個別、グループ、電話は時間(分)数を、FAX、手紙は1往復を1回として回数を記入。

7 行動目標・行動計画の変更【目標を変更した場合に記入】

	目標値	行動目標	変更年月日	年 月 日
腹囲	cm		行動計画	
体重	kg			
血圧	mmHg			
1日の削減目標エネルギー量	kcal			
運動による削減エネルギー量	kcal			
食事による削減エネルギー量	kcal			

8 支援B(励ましタイプ)

実施年月日	令和 年 月 日	令和 年 月 日
支援形態	面接: ☐ 個別 ☐ グループ/ 通信: ☐ 電話 ☐ FAX・手紙 分 (回)	面接: ☐ 個別 ☐ グループ/ 通信: ☐ 電話 ☐ FAX・手紙 分 (回)
実施時間		
支援ポイント	ポイント	ポイント
備考		
実施者	医師・保健師・管理栄養士・看護師	医師・保健師・管理栄養士・看護師

※実施時間の欄は、個別、グループ、電話は時間(分)数を、FAX、手紙は1往復を1回として回数を記入。

9 実績評価 □支援Aと同時実施 □実績評価のみ実施

実施年月日	令和 年 月 日	生活習慣改善の状況	保健指導実施内容及び評価	
支援形態	面接: □個別 □グループ	【食生活】	□ 食生活	□ 身体活動
	通信: □電話 □FAX・手紙	変化なし / 改善 / 悪化	□ (	□ たばこ)
実施時間(支援A)	分(回)	【身体活動】		
支援ポイント(支援A)	ポイント	変化なし / 改善 / 悪化		
身体状況	腹囲	cm		
	体重	kg		
	BMI			
	血圧	/ mmHg		
実績評価ができない場合の確認(督促)回数		電話 (回)	FAX・手紙送付 (回)	その他 (回)
実施者(評価実施)		医師・保健師・管理栄養士・看護師		

※実施時間の欄は、個別、グループ、電話は時間(分)数を、FAX、手紙は1往復を1回として回数を記入。

※対象者から評価データが得られないために実績評価が完了できない場合の確認(督促)回数を記入。実施年月日は最終の確認を行った日付とする。

10 支援ポイント

支援A	支援B	合計
ポイント	ポイント	ポイント
11 終了		
□ 完了		
□ 資格喪失		
□ 途中脱落		
理由:		
令和 年 月 日		

決済情報請求区分

↓ 実施した支援欄に☑印をつける。途中脱落については金額を記入

契約単価区分		契約単価
初回	1 施設利用型	□ 11,218円
	2 初回面接分割型	□ 11,530円
	3 訪問型	□ 15,266円
	4 運動施設利用型	□ 12,628円
評価	1 施設利用型	□ 16,826円
	2 初回面接分割型	□ 17,295円
	3 訪問型	□ 22,898円
	4 運動施設利用型	□ 18,942円
途中脱落	1 施設利用型	□ 28,044円 × 0.5 × 実施ポイント/計画 上ポイント = 円
	2 初回面接分割型	□ 28,825円 × 0.5 × 実施ポイント/計画 上ポイント = 円
	3 訪問型	□ 38,164円 × 0.5 × 実施ポイント/計画 上ポイント = 円
	4 運動施設利用型	□ 31,570円 × 0.5 × 実施ポイント/計画 上ポイント = 円

※参考 ポイント算定及び要件

支援の種類	支援形態	1 単位のポイント	最低限の介入量	ポイントの算定上限	合計180ポイント以上
支援A 積極的関与 タイプ	個別支援A	5 分	10 分	120	160 ポイント以上
	グループ支援A	10 分	40 分	120	
	電話A	5 分	5 分	60	
	FAX・手紙A	1 往復	1 往復	1 往復	
支援B 励まし タイプ	個別支援B	5 分	5 分	20	
	電話B	5 分	5 分	20	
	FAX・手紙B	1 往復	1 往復	1 往復	

特定保健指導利用券イメージ図

(オモテ)

特定保健指導をご利用いただくための「利用券」をお送りします。

利用の際の留意事項については、裏面をご覧ください。

宛名

様

札幌市 ○○○課

電話代表 ×××—××××

○○○○様の健診結果

受診日 令和○○年○○月○○日

基本的な健診	*	検査値
身長		cm
体重 (BMI)		kg(○○)
腹囲		cm
血圧		/ mmHg
血液検査 中性脂肪		mg/dl
LDLコレステロール		mg/dl
HDLコレステロール		mg/dl
空腹時血糖		mg/dl
ヘモグロビンA1c		%
GOT		U/l
GPT		U/l
γ-GYP		U/l
尿検査 尿たん白		— +
尿糖		— +
眼底検査		KW:H:S
心電図		所見 有 無
血液検査 血色素		g/dl
赤血球		万/mm ³
ヘマトクリット値		%
血清クレアチニン		mg/dl
eGFR		ml/ min/1.73m ²
血清尿酸		mg/dl
白血球		μl

(ウラ)

特定保健指導利用券

令和 年 月 日

利用券整理番号

特定健診診査受診券整理番号

特定保健指導区分	00支援	自己負担	0円
実施施設	名称	別紙から選択してください	
	住所	***	
	電話番号	***	

保険者

公

質問票の結果

質問項目	回答
1.血圧を下げる薬を服用	
2.インスリン注射又は血糖を下げる薬を服用	
3.コレステロールを下げる薬を服用	
4.医師から脳卒中の指摘又は治療歴	
5.医師から心臓病の指摘又は治療歴	
6.医師から慢性腎不全の指摘又は治療歴	
7.医師から貧血の指摘	
8.習慣的な喫煙	
9.20歳時体重から10kg以上増加	
10.1回30分以上の運動を週2回以上1年以上実施	
11.日常の歩行等の身体活動1日1時間以上	
12.ほぼ.同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速い	
13.食事をかんで食べる時の状態	
14.人と比べて食べる速度が速い	
15.就寝2時間以内の夕食が週3回以上	
16.朝昼夕の3食以外に間食が週3回以上	
17.朝食を抜くことが週3回以上	
18.飲酒頻度	
19.飲酒量	
20.睡眠で休養が十分とれている	
21.生活習慣の改善	

業務スケジュール

期別	健診を実施した月	実施医療機関から受託者への送付期限の目安	受託者が国保連へ送付する期限
第 1 期分	令和 4 年 3 月健診分	令和 4 年 4 月 15 日（金）	令和 4 年 5 月 6 日（金）
第 2 期分	4 月健診分	5 月 16 日（月）	6 月 6 日（月）
第 3 期分	5 月健診分	6 月 15 日（水）	7 月 5 日（火）
第 4 期分	6 月健診分	7 月 15 日（金）	8 月 5 日（金）
第 5 期分	7 月健診分	8 月 15 日（月）	9 月 5 日（月）
第 6 期分	8 月健診分	9 月 15 日（木）	10 月 5 日（水）
第 7 期分	9 月健診分	10 月 17 日（月）	11 月 7 日（月）
第 8 期分	10 月健診分	11 月 15 日（火）	12 月 5 日（月）
第 9 期分	11 月健診分	12 月 15 日（木）	令和 5 年 1 月 5 日（木）
第 10 期分	12 月健診分	令和 5 年 1 月 16 日（月）	2 月 6 日（月）
第 11 期分	令和 5 年 1 月健診分	2 月 15 日（水）	3 月 6 日（月）
第 12 期分	2 月健診分	3 月 15 日（水）	3 月 31 日（金）

完了届

年 月 日

(あて先) 札幌市長

住 所
商号又は名称
職 ・ 氏 名 印

名 称

上記役務は、 年 月 日に完了したのでお届けします。
(なお、完了した役務の内容は、作業日誌等にて逐次報告したとおりです。)

備考 札幌市競争入札参加資格者（物品・役務）は、電子メールによる提出（押印不要）を可とする。送信先等の提出方法は札幌市の指示に従うこと。

.....（以下、札幌市使用欄）.....

受付	年 月 日	完了を確認した職員	印
----	-------	-----------	---

課 長	係 長	係

年 月 日上記のとおり完了届の提出があったので、この役務の履行検査に係る検査員及び立会人については次の者に命じ、 年 月 日に検査を実施してよろしいか。

検査員 職 氏 名

立会人 職 氏 名

札幌市国保特定保健指導に係る実施結果データ化業務
件数内訳表

特定保健指導 実施機関名	動機づけ支援			積極的支援			計
	初回	終回	途中脱落	初回	終回	途中脱落	
計							