

健康づくり責任者
総務責任者一所属部署上長

ブリヂストン健康保険組合

2026（令和 8）年度 健診事後措置（受診勧奨事業）へのご協力のお願い

平素より、ブリヂストン健康保険組合の運営に格別のご協力を賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、当組合では健康づくり施策の一環として「事後措置・保健指導」に重点的に取り組んでおります。特に事後措置は、生活習慣病の予防に不可欠であり、心筋梗塞や脳梗塞、人工透析など重大な疾患の発症防止に大きく寄与するものです。

つきましては、下記の通り詳細をご案内いたしますが、**対象の方は原則として受診をお願いしております**ので、趣旨ご理解の上、ご協力賜りますようお願い申し上げます。

記

1. ハイリスク者受診勧奨プログラム

項目	内容
プログラム概要	健診で血圧や血糖値が非常に高い方（治療中断者を含む）に対し、保健指導と受診案内を行うプログラム。心筋梗塞や脳卒中など重篤な疾患の予防を目的としています。
対象者 (数値基準)	以下の数値基準のいずれかに該当し、医療機関を受診されていない方、および治療中断中の方 ■ 血圧：①収縮期血圧が 180 mm Hg 以上 ②拡張期血圧 110 mm Hg 以上 ■ 血糖：HbA1c が 8.0%以上
依頼事項	(1) 健康づくり責任者宛に「受診確認票」をセコムで送付しますので、所属長と連携し、対象者への受診案内と配慮をお願いします。 (2) 対象者へ「対象者向けファイル」を送付いただき、受診状況と連絡先（電話番号）を「受診確認票」に記入し、健保へセコムにて返却してください（ 納期：2 週間以内 ）。返却が遅れる場合はご連絡ください。未返却の場合は都度ご連絡します。必ずご本人につながる連絡先を記載してください。 (3) 受診確認票で「受診済」の方には健保保健師から連絡し、「未受診」の方には SOMPO ヘルスサポート(株)の健康相談員より電話で保健指導・受診勧奨を行います。受診勧奨後も未受診の場合は、健康づくり責任者に情報共有し、対応をご相談させていただきます。 (4) 当プログラム後も医療機関の受診確認が取れない場合や一時中断となった場合は、健保から貴職宛にご連絡いたしますので、ご本人へのフォロー等をお願いいたします。
資料	(1) 対象者の受診確認票（ 要返送 ） (2) 対象者向けファイル（ZIP ファイル：①ハイリスク者受診勧奨チラシ、②プログラムのご利用にあたって）

2. 受診勧奨プログラム

項目	内容
プログラム概要	健診で生活習慣病のリスクがあるにもかかわらず受診していない方へ、Pep Up から受診を勧める通知を送るプログラム。早期受診により生活習慣病の悪化防止を目的としています。

対象者 (数値基準)	Pep Up にご登録されている方のうち、以下の数値基準のいずれかに該当し、医療機関を受診されていない方 ■ 血圧：①収縮期血圧 160mmHg 以上 ②拡張期血圧 100mmHg 以上 ■ 血糖：①空腹時血糖 126 mg /dl 以上 ② HbA1c (NGSP) 6.5 %以上 ■ 脂質：①LDL コレステロール 180mg/dl 以上 ②中性脂肪 500mg/dl 以上
依頼事項	当プログラムにおいて、事業所の皆様のご対応は不要です。

3. 血糖値改善プログラム

項目	内容
プログラム概要	糖尿病が重症化するリスクが高い方を対象に、専門資格を持つ健康相談員が日常生活の支援を行うプログラム。糖尿病性腎症による人工透析への移行を防ぎ、健康維持を目的としています。 ※医療機関で治療中の場合も、主治医の指導に沿って実施します。 ※本プログラムは厚生労働省の「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」に準拠しています。
対象者 (数値基準)	以下の数値基準に該当し、医療機関に受診されていない方、あるいは受診中でも病状のコントロールが悪い方 (透析者、血管シャント造設者は除く) ■ 血糖：①空腹時血糖 126mg/dl (随時血糖 200mg/dl 以上) ②HbA1c6.5%以上 ■ 腎機能：A か B のどちらかに該当 A：eGFR15～60ml/分/1.73 m²未満のうち、年間 5ml/分/1.73 m²以上低下 B：eGFR 15～45ml/分/1.73 m²未満
依頼事項	(1) 健康づくり責任者へセコムで「血糖値改善対象者連絡先リスト」を送付します。対象者には「対象者向けファイル」を送付し、面談当日までに「ヒアリングシート」を記入するよう案内してください。 (2) 対象者の連絡先（電話番号またはメールアドレス）を連絡先リストに記載の上、セコムで健保まで返却してください（納期：1 週間以内）。返却が遅れる場合はご連絡ください。 (3) 対象者の連絡先へ SOMPO ヘルスサポート社の相談員が保健指導・受診勧奨の電話を行います。 (4) プログラム未参加や途中中断者がいた場合は、健保から随時ご連絡しますので、勧奨の声掛けをお願いします。
資料	(1) 血糖値改善対象者連絡先リスト（要返送） (2) 対象者向けファイル（ZIP ファイル：①血糖値改善プログラムチラシ、②ヒアリングシート、③プログラムのご利用にあたって）

◆ 本件問い合わせ先

ブリヂストン健康保険組合 野坂（natsumi.nosaka@bridgestone.com）

小川（kayo.ogawa1@bridgestone.com）

以上