

# 特定健診・特定保健指導実施要領

◆ はじめに	P1
◆ 『特定健診・特定保健指導』ってなに？	P2
◆ 『特定保健指導』対象者の階層化と支援目的	P3
◆ 『特定保健指導』を受けられない人	P4
◆ 『特定保健指導』の実施費用	P4
◆ 『特定保健指導』に関する個人情報の共同利用について	P4
◆ 『特定保健指導』を受けるには	P5～8
◆ 『特定保健指導』実施のご案内（送付書類一覧）	P9

## 〔添付書類〕

○特定保健指導実施のお知らせ（事業主各位）【参考1】	P10
○特定保健指導実施のお知らせ（特定保健指導対象者の皆様へ）【参考2】	P11
○保健指導対象者基準【参考3】	P12
○健康相談対象者リスト表【参考4】	P13
○生活チェック表【参考5】	P14
○特定保健指導実施にかかるご協力をお願い【参考6】	P15
○～加入員の方への無料健康サポート～ 特定保健指導のご案内【参考7】	P16
○特定保健指導対象者一覧表【参考8】	P17
○特定保健指導実施申込書『事業所用』（派遣指導）【参考9】	P18
○特定保健指導実施申込書『個人用』（個人指導）【参考10】	P19

### お問い合わせ先

東京金属事業健康保険組合 健康管理部

TEL 03-3866-2869（ダイヤルイン） FAX 03-3866-2814

Web サイト <http://www.tokinkenpo.or.jp/>

## ◆ はじめに

特定健診・特定保健指導は、運動・食事・喫煙などに関する不適切な生活習慣が引き金となり、肥満、脂質異常、血糖高値、血圧高値から起こる虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病等の発症・重症化を予防し、医療費を適正化するため、「高齢者の医療の確保に関する法律」に基づき、健康保険組合などの保険者が40歳～74歳の加入員の皆様を対象に、共通に取り組む保健事業です。

この「特定健診・特定保健指導実施要領」には、当組合が実施している「特定健診・特定保健指導」の詳細について記載してあります。加入員の皆様の疾病予防、健康管理にお役立ていただけるよう作成しましたので、有効にご活用いただきますようお願い申し上げます。

### 特定健診受診率・特定保健指導実施率が低いと・・・

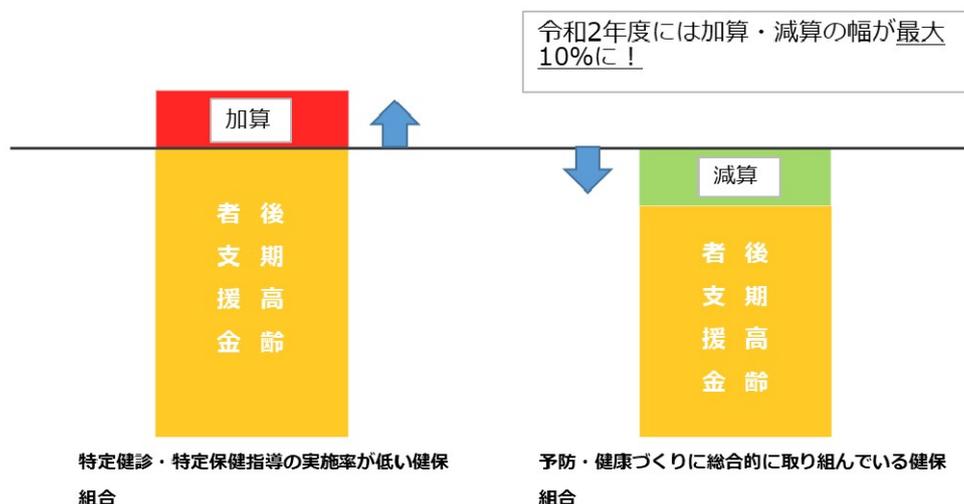
健康保険組合などの保険者は、75歳以上の高齢者の医療費を支えるために「後期高齢者支援金」を国に納めています。

国は、保険者の特定健診・特定保健指導の実施率を向上させるため、実施率の高低により後期高齢者支援金が加算・減算されるインセンティブ制度を設けています。平成30年度からは段階的に加算・減算の率が大きく見直され、令和2年度には最大10%の幅で支援金が加減算されることになりました。

万一、実施率が低下し上限の10%が加算された場合は、当組合の財政への影響は大きく、保険料率の引き上げにも繋がりがねません。反対に、支援金が減算されれば、保健事業の充実などで、加入員の皆様に還元することも可能となります。

特に、特定保健指導実施率の向上には、事業主様のご理解・ご協力が必須と考えておりますので、対象者の方には必ず特定保健指導を受けていただくよう、事業所内での参加勧奨に引き続きご協力くださいますようお願いいたします。

### ● 支援金の加算・減算のイメージ



## ◆ 『特定健診・特定保健指導』ってなに？

### 『特定健診』とは

これまでの健康診断は、個々の病気の早期発見・早期治療を目的としたものでしたが、特定健診は、心筋梗塞や脳卒中、糖尿病等の生活習慣病の発症や重症化を予防することを目的として行う、メタボリックシンドローム\*1（内臓脂肪症候群）に着目した健診です（40歳～74歳の方が対象）。メタボ健診などとも呼ばれています。

#### ● 『特定健診』検査項目

基本的な検査項目	◇質問票（服薬歴、喫煙歴等） ◇身体計測（身長、体重、BMI、腹囲） ◇血圧測定 ◇理学的検査（身体診察） ◇検尿（尿糖、尿蛋白） ◇血液検査 ・脂質検査（中性脂肪、HDL コレステロール、LDL コレステロール） ・血糖検査（空腹時血糖又は HbA1c） ・肝機能検査（GOT、GPT、γ-GTP）
詳細な検査項目	※一定基準の下、医師が必要と認めた場合に実施 … ◇心電図 ◇眼底検査 ◇貧血検査（赤血球、血色素量、ヘマトクリット値） ◇血清クレアチニン検査

※当組合が実施する健診は、一般健診を除くすべての健診に『特定健診』の検査項目（上記検査項目）が包括されていますので、40歳から74歳までの方が各種健診を受診された場合、『特定健診』も併せて受診したものと見なされます。

※被扶養者の特定健診は、全国約5万か所の契約医療機関において無料で受診いただけます。

（\*1）メタボリックシンドローム…内臓脂肪型肥満に加え、高血圧、高血糖、脂質異常のうち2つ以上の数値に異常がみられる状態をいいます。これらは動脈硬化を促進する危険因子で、一つ一つの異常は軽微でも、複数の異常が集積することにより動脈硬化が進行し、心臓病や脳卒中などの重い疾病を引き起こす危険性が高くなります。

### 『特定保健指導』とは

特定健診の結果から、生活習慣病のリスクに応じて「積極的支援」「動機付け支援」「情報提供」の3段階に分け、各レベルに応じた保健指導を実施します。

積極的支援：生活習慣病の発症リスク「高」…一刻も早く生活習慣の改善が必要。

動機付け支援：生活習慣病の発症リスク「中」…生活習慣の改善が必要。

情報提供：生活習慣病の発症リスク「低」…今のところは問題なし。

特定保健指導では、「積極的支援」「動機付け支援」に該当した人を対象に、保健師、管理栄養士などの専門職が面接を行い、自分の健康状態を正しく把握してもらうとともに、生活習慣（運動習慣、喫煙等）や食生活を見直すためのサポートをします。

## ◆ 『特定保健指導』 対象者の階層化と支援目的

『特定保健指導』実施の対象となる健診には、当組合が実施する次の2方式の健診があります。

「千代田健診センター」：直営健診施設「千代田健診センター」で実施する健診。

「委託健診」：（一社）東京都総合組合保健施設振興協会（以下、東振協）及び健康保険組合連合会（特定健診のみ）に委託して実施する健診。

☆健診の結果から、下記「特定保健指導対象者基準」により『特定保健指導』対象者の判定（階層化）を行います。

### 「特定保健指導対象者基準」

40歳以上～74歳以下の方で

#### ◆腹囲 男性85cm以上、女性90cm以上の方

- |                            |   |        |
|----------------------------|---|--------|
| 下記枠内の①～③のリスクが1つある40才～74才の方 | } | 動機付け支援 |
| 〃 ①～④のリスクが2つ以上ある65才～74才の方  |   |        |
| 〃 ①～④のリスクが2つ以上ある40才～64才の方  | } | 積極的支援  |

#### ◆腹囲 男性85cm未満、女性90cm未満で BMIが25以上の方

- |                            |   |        |
|----------------------------|---|--------|
| 下記枠内の①～③のリスクが1つある40才～74才の方 | } | 動機付け支援 |
| 〃 ①～④のリスクが2つある40才～74才の方    |   |        |
| 〃 ①～④のリスクが3つ以上ある65才～74才の方  |   |        |
| 〃 ①～④のリスクが3つ以上ある40才～64才の方  | } | 積極的支援  |

- |       |       |                        |                      |
|-------|-------|------------------------|----------------------|
| ①血糖検査 | 空腹時血糖 | 100mg/dl以上             | 空腹時以外の場合はHbA1c5.6%以上 |
| ②脂質検査 | 中性脂肪  | 150mg/dl以上又はHDLコレステロール | 40mg/dl未満            |
| ③血圧測定 | 収縮期血圧 | 130mmHg以上              | 拡張期血圧 85mmHg以上       |
| ④質問表  | 喫煙歴あり |                        |                      |

### 支援目的

積極的支援：定期的・継続的な支援により、生活習慣改善のための目標達成に向けた行動に取り組み、プログラム終了後にも、その生活が継続できることを目指します。

動機付け支援：対象者が、生活習慣改善のための目標達成に向けた自主的な行動に移り、その生活が継続できることを目指します。

情報提供：年1回の健診受診時に、健診実施医療機関より受診者（全員）に健診結果を通知いたしますので、自分の身体の状態をしっかりと把握して、健康の維持に努めていただきます。

## ◆ 『特定健診』及び『特定保健指導』を受けられない人

資格喪失により加入員ではなくなった方、又は下記「対象外の取り扱いについて」に該当する方は、特定保健指導は受けられません。

### 対象外の取り扱いについて

以下に該当する方は指導対象から除外されます。なお、後から判明した場合は、その時点で指導対象から除外されることとなりますので、当組合へご連絡ください。

#### ●『特定健診』及び『特定保健指導』の対象外となる方

- ・妊産婦（妊娠中又は出産後1年以内の方）
- ・刑事施設、労役場その他これらに準ずる施設に拘禁されている方
- ・海外在住の方
- ・長期入院（6ヶ月以上）されている方
- ・高齢者の医療の確保に関する法律第55条第1項第2号から第5号までに規定する施設（養護老人ホーム、特別養護老人ホーム等）に入所又は入居している方

#### ●『特定保健指導』の対象外となる方

- ・すでに医師の指示を受け、糖尿病、高血圧症、脂質異常症の薬を服用している方

## ◆ 『特定保健指導』の実施費用

特定保健指導の実施費用については、当組合が全額負担します。

（個人が医療機関に出向いて受ける場合の交通費は除く）

## ◆ 『特定保健指導』に関する個人情報の共同利用について

特定保健指導を、専門職が事業所にお伺いして実施する場合や、特定保健指導が実施可能な委託医療機関のご案内をする際に、事前に対象者の個人情報（具体的には対象者の氏名及び特定保健指導支援コース）を事業所にお伝えし、特定保健指導対象者への勧奨及び訪問の日程調整をしていただくために、その情報を共同利用しています。

加入員の皆様の、健康の保持・増進と生活習慣病予防はもとより、事業所の生産性向上やイメージアップにもつながるとされている「健康経営」の推進にも有効なものと考えておりますので、この共同利用と、特定保健指導の実施について、ご理解・ご協力のほどお願い申し上げます。

## ◆ 『特定保健指導』を受けるには

### 支援内容

「積極的支援」・・・保健師、管理栄養士と面接し、生活習慣を改善するための今後の目標や行動計画を立て、3ヶ月以上の継続的支援終了後に、健康状態や生活習慣の確認を行います。

「動機付け支援」・・・保健師、管理栄養士と面接し、生活習慣を改善するための今後の目標や行動計画を立てます。実際に行動に移して、3ヶ月経過後に改善状況を確認します。

「情報提供」・・・健診を受けた方全員に対して、健診結果の見方・活かし方など、生活習慣の見直しや改善に役立つ情報が提供されます。

### 【千代田健診センターで実施する場合】

千代田健診センターで健診を受け、その結果特定保健指導の対象者となった方には、保健師・管理栄養士が健診当日に特定保健指導を実施します。

#### ● 支援の流れ

##### 【積極的支援】

###### ① 面接指導

健診当日、健診終了後に千代田健診センターにて実施します。初回 20 分の面接です。  
実行可能な行動目標と生活習慣改善の計画を対象者とともに作成します。

###### ② 文書支援

3ヶ月間の中で2回、体重・腹囲・生活状況等を文書にて確認させて頂き、保健師、管理栄養士よりメッセージ、パンフレット等を送り支援します。

###### ③ 実施評価

3ヶ月経過後に、千代田健診センターにて血液検査、血圧測定と面接指導を実施し、身体の状態や生活習慣が改善できたかなどを確認します。

##### 【動機付け支援】

###### ① 面接指導

健診当日、健診終了後に千代田健診センターにて実施します。初回 20 分の面接です。  
実行可能な行動目標と生活習慣改善の計画を対象者とともに作成します。

###### ② 実施評価

3ヶ月経過後に、体重・腹囲・生活状況等が改善できたかなどを文書にて確認します。

## 【委託健診を受け、当組合の保健指導担当者が事業所を訪問し実施する場合】

① 特定保健指導の対象となった人がいる場合は、対象者数・事業所所在地を検討したうえで、当組合から事業所のご担当者に電話にて連絡をします。ご担当者と相談のうえ、当組合保健指導担当職員の訪問日時を決定します。

② 当組合から特定保健指導実施のお知らせ等案内文書送付（P10～P14 参照）

③ 案内文書の日時に保健指導担当職員が事業所を訪問します。  
※短時間での面談となりますので、前もって対象者の方に「生活チェック表」をお渡しいただき、ご記入のうえ当日ご持参いただくようお願いします。

### ● 支援の流れ

#### 【積極的支援】

##### ① 面接指導

当組合の保健師、管理栄養士が事業所を訪問し、初回 20 分の面接を行います。  
実行可能な行動目標と生活習慣改善の計画を対象者とともに作成します。

##### ② 文書支援

3ヶ月間の中で 2 回、体重・腹囲・生活状況等を文書にて確認させて頂き、保健師、管理栄養士よりメッセージ、パンフレット等を送り支援します。

##### ③ 実施評価

3ヶ月経過後に再度訪問、面接指導を実施し、身体の状態や生活習慣の改善ができたかなどを確認します。

#### 【動機付け支援】

##### ① 面接・指導

当組合の保健師、管理栄養士が事業所を訪問し、初回 20 分の面接を行います。  
実行可能な行動目標と生活習慣改善の計画を対象者とともに作成します。

##### ② 文書支援

当組合の保健師、管理栄養士よりメッセージ、パンフレット等を送り、文書による支援を 1 回行います。

##### ③ 実施評価

3ヶ月経過後に、体重・腹囲・生活状況等が改善できたかなどを文書にて確認します。

## 【委託健診を受け、保健指導実施医療機関の保健指導員が実施する場合】

特定保健指導の対象者数や事業所所在地等により、当組合の保健指導員が訪問できない場合は、東振協に委託して保健指導を行います。

当組合から事業主あてに文書でご案内しますので、事業所ご担当者にて取りまとめのうえ、当組合にお申込みください。日程については特定保健指導を担当する医療機関から、事業所のご担当者へご連絡します。

対象者（希望者）が複数名の場合は、保健指導実施医療機関の指導員が事業所を訪問します（**派遣指導**）。

対象者（希望者）が1名又は個人単位の場合は、最寄りの保健指導実施医療機関へ出向いて保健指導を受けていただくことになります（**個人指導**）。※この場合の医療機関までの交通費については自己負担となります。



### 『派遣指導』を受けるには

① 当組合から特定保健指導実施にかかるご協力をお願い等案内文書送付（P15～P19 参照）

② 事業所から当組合へ、特定保健指導対象者一覧表及び特定保健指導実施申込書『事業所用』に必要事項を記入のうえ、郵送にてお申込みください。（P17・18 参照）

③ 当組合にて申込書を取りまとめ、東振協保健指導支援センターへ送付します。

④ 東振協保健指導支援センターにて、保健指導実施医療機関を選定します。

⑤ 保健指導実施医療機関から事業所担当者様へ連絡しますので、具体的な日程等の調整を行ってください。

⑥ 東振協保健指導支援センターから特定保健指導対象者の名前が入った特定保健指導支援カードが送付されますので、対象となられた方へお渡しください。当日はこれを持参し保健指導をお受けください。

### 書類の取り扱いについて

※特定保健指導実施申込書『事業所用』（派遣指導）につきましては、実施希望者数2名以上に限ります。

※特定保健指導対象者一覧表については、資格喪失した方・保健指導を受けられない方（P4「対象外の取り扱いについて」に該当された方）は二重線で抹消してください。

## 『個人指導』を受けるには

- ① 当組合から特定保健指導実施にかかるご協力をお願い等案内文書送付（P15～P19 参照）
- ② 事業所又は特定保健指導対象者から当組合へ、特定保健指導実施申込書『個人用』に、実施希望医療機関などの必要事項を記入のうえ、郵送にてお申込みください。（P19 参照）
- ③ 当組合にて申込書を取りまとめ、東振協保健指導支援センターへ送付します。
- ④ 東振協保健指導支援センターにて、保健指導実施医療機関を決定します。
- ⑤ 保健指導実施医療機関から事業所担当者様へ連絡しますので、具体的な日程等の調整を行ってください。
- ⑥ 東振協保健指導支援センターから特定保健指導対象者の名前が入った特定保健指導支援カードが送付されますので、対象となられた方へお渡しください。当日はこれを持参し保健指導をお受けください。

### 保健指導委託機関の決定方法

申込書に実施希望医療機関の記入がない場合、次の優先順位により保健指導委託機関を決定します。

- (1) 健康診断を実施した医療機関
- (2) 健康診断を実施した医療機関に委託することができない場合は、特定保健指導対象者住所の近隣の委託機関



## ◆ 『特定保健指導』実施のご案内（送付書類一覧）

### 「ご案内」送付書類

特定保健指導を実施するに当たり、以下の書類を事業主あてに送付します。

#### 【当組合の保健指導員が実施する場合】

- 特定保健指導実施のお知らせ（事業主各位）【参考 1】…………… P10
- 特定保健指導実施のお知らせ（特定保健指導対象者の皆様へ）【参考 2】…………… P11
- 保健指導対象者基準【参考 3】…………… P12
- 健康相談対象者リスト表【参考 4】…………… P13
- 生活チェック表【参考 5】…………… P14

#### 【東振協に委託して実施する場合】

- 特定保健指導実施にかかるご協力のお願い【参考 6】…………… P15
- ～加入員の方への無料健康サポート～ 特定保健指導のご案内【参考 7】…………… P16
- 特定保健指導対象者一覧表【参考 8】…………… P17
- 特定保健指導実施申込書『事業所用』（派遣指導）【参考 9】…………… P18
- 特定保健指導実施申込書『個人用』（個人指導）【参考 10】…………… P19

『特定保健指導』の「ご案内」が送付されましたら、健康相談対象者リスト表（P13 参照）、又は特定保健指導対象者一覧表（P17 参照）をご確認いただき、対象者への『特定保健指導』の実施について、ご協力いただきますよう、お願いします。



事務連絡  
令和〇年〇月〇日

事業主 各位

東京金属事業健康保険組合

## 特定保健指導実施のお知らせ

拝啓 時下、益々ご清祥のこととお喜び申し上げます。平素は当組合の健康管理事業につきまして、ご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、平成20年4月から、40歳以上の方を対象に「メタボリックシンドローム」の予防に着目した特定健診がスタートし、当組合では、その健診結果に基づき、日常生活に改善が必要とされる方を対象とした特定保健指導を実施しております。

特定保健指導は、保健師、管理栄養士などの専門スタッフが対象者と面接を行い、生活習慣（喫煙・運動不足等）や食生活（食事内容等）を見直すための行動目標と計画を作成、実行していただき、3ヶ月経過後に改善状況を確認させていただくものです。

今年度、貴事業所の健診を実施した結果、別紙「健康相談対象者」の方が特定保健指導の対象となりました。

つきましては、下記日時に保健指導の担当職員が貴事業所を訪問させていただきますので、ご多忙中まことに恐縮ですが、社員の方の健康改善のためにも、個人面談が可能となりますよう、格別のご高配を賜りますようお願い申し上げます。

また、短時間での面談となりますので、前もって対象者の方に同封の「生活チェック表」をお渡しいただき、ご記入のうえ当日ご持参いただくよう、重ねてお願い申し上げます。

敬具

### 記

1. 日 時 令和〇年〇月〇日 〇:〇～
2. 対象者氏名 別紙「健康相談対象者」のとおり
3. 面談予定者 〇名 保健指導員 〇名
4. 選定基準 別紙「令和〇年度 保健指導対象者基準」参照
5. 配布文書 ①特定保健指導実施のお知らせ  
(必要事項をご記入のうえコピーしてお使いください。)  
②「生活チェック表」  
※①②については、対象者の方に配布願います。

(お問い合わせ) 東京金属事業健康保険組合 健康管理部 〇〇  
Tel 03-3866-2869

令和〇年〇月〇日

特定保健指導対象者の皆様へ

東京金属事業健康保険組合

### 特定保健指導実施のお知らせ

組合員の皆様には、益々ご健勝のこととお喜び申し上げます。

さて、当組合では、40 歳以上の方を対象とした特定健診（腹囲・血圧・血糖値・脂質等）の検査結果により、メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）の疑いがある方に、生活習慣病予防を目的とした特定保健指導を実施しています。

今回の健康診断の結果、あなたは特定保健指導の対象者となりました。

現在、自覚症状がない場合も、このまま放っておくと高血圧症や糖尿病などの生活習慣病を引き起こし心疾患・脳血管疾患等の重篤な疾病につながる危険性が高まります。

特定保健指導では、生活習慣病の発症予防と健康的な生活の維持に努めていただくために、専門スタッフが生活習慣（運動習慣、喫煙）、食生活の見直しをサポートいたします。

つきましては、下記日時に保健指導の担当職員がお伺いしますので、業務時間中ご多忙とは存じますが、お渡した「生活チェック表」をご記入のうえ、ご持参くださいますようお願い申し上げます。

#### 記

- |          |                       |
|----------|-----------------------|
| 1. 実 施 日 | 令和〇年〇月〇日（〇）           |
| 2. 時 間   | 午前・午後 _____ 時 _____ 分 |
| 3. 場 所   | 会社内 _____             |

## 令和〇年度 保健指導対象者基準

### 1. 特定保健指導対象者（40歳以上～74歳以下の方）

#### 各検査項目の抽出条件（数値等）

- |        |   |
|--------|---|
| ① 血糖検査 | 空腹時血糖 100mg/dl 以上空腹時以外の場合は HbA1c5.6%以上      |
| ② 脂質検査 | 中性脂肪 150mg/dl 以上<br>又はHDLコレステロール 40mg/dl 未満 |
| ③ 血圧測定 | 収縮期血圧 130mmHg 以上 拡張期血圧 85mmHg 以上            |
| ④ 質問票  | 喫煙歴あり                                       |

上記①～③で服薬している方は除きます。

#### ◆腹囲 男性 85cm 以上、女性 90cm 以上の方

- ・動機付け支援
  - ①～③のリスクが 1 つある 40 才～74 才の方
  - ①～④のリスクが 2 つ以上ある 65 才～74 才の方
- ・積極的支援
  - ①～④のリスクが 2 つ以上ある 40 才～64 才の方

#### ◆腹囲 男性 85cm 未満、女性 90cm 未満で BMI が 25 以上の方

- ・動機付け支援
  - ①～③のリスクが 1 つある 40 才～74 才の方
  - ①～④のリスクが 2 つある 40 才～74 才の方
  - ①～④のリスクが 3 つ以上ある 65 才～74 才の方
- ・積極的支援
  - ①～④のリスクが 3 つ以上ある 40 才～64 才の方

### 2. 生活改善が必要と思われる有所見者

### 3. 上記 1. 2 以外で相談を希望される方

## ＜健康相談対象者＞

事業所番号            ○○○○

事業所名             ○○○○○(株)    御中

所在地(訪問先)    千代田区岩本町 1-11-11

訪問日                令和○年○月○日(○)

対象者                ○名

	番号	氏名(敬称略)
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		

面接の順番はお任せいたします。

※当日不在の方面接できない方が事前に確定している場合又は上記所在地(訪問先)に誤りがある場合はお手集ですが必ずご連絡いただきますようお願いいたします。

# 生活アンケート表

このシートは、海をイメージして作りました。あなたはどのあたりを泳いでいますか？  
毎日が理想的な生活でなくても、波打ちざわをスイスイ泳ぐ生活が健康維持に大切なことです。

1. 平日の生活行動をご記入ください。(起床↑ 就寝↓ 食事△ 間食▲ 出勤・帰宅◎) 記入は文字でも記号でもよいです。

氏名 \_\_\_\_\_ 様

(時間) 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24

生活行動記入欄

2. 日常生活についておたずねします。下記①～⑯の質問の該当する箇所を○で囲んでください。

① 朝食は？ 毎日 食べる	② 朝食は？ 毎日 食べる	③ 夕食の量は？ 概半分目	④ 1日の野菜量は？ 5皿以上 1皿の目安	⑤ 揚げ物の摂取量は？ 月に1～2回程度	⑥ 1日の飲み物は？ 水分補給は水やお茶、砂糖無しのコーヒーや紅茶等	⑦ 間食(菓子等)は？ 食べない	⑧ アルコールは？ 飲まない	⑨ 通勤と仕事で歩く時間は？ 9000歩(90分)以上	⑩ 運動習慣は？ 定期的にしている	⑪ たばこは？ やめた 吸わない	⑫ ストレスは？ 感じない
⑬ 朝食は？ 時々 食べる	⑭ 朝食は？ 時々 食べる	⑮ 夕食の量は？ 時々 満腹	⑯ 1日の野菜量は？ 2～4皿	⑰ 揚げ物の摂取量は？ 月に3～5回程度	⑱ 1日の飲み物は？ 砂糖タイプやカロリーゼロ等 1日( )ml程度	⑲ 間食(菓子等)は？ 週に2～3回 食べる	⑳ アルコールは？ 週に1合程度	㉑ 通勤と仕事で歩く時間は？ 3000～9000歩(30～90分)未満	㉒ 運動習慣は？ 不定期だがやっている	㉓ たばこは？ やめたいがやめられない ( )本/日	㉔ ストレスは？ 少し感じるが自分なりに解消できている
⑳ 朝食は？ 食べない	㉑ 朝食は？ 食べない	㉒ 夕食の量は？ いつも 精進	㉓ 1日の野菜量は？ 0～1皿	㉔ 揚げ物の摂取量は？ 月に6回以上	㉕ 1日の飲み物は？ スポーツドリンク 缶コーヒー ジュース 栄養ドリンク その他 1日( )ml程度	㉖ 間食(菓子等)は？ ほぼ毎日 食べる	㉗ アルコールは？ 1日 2合以上	㉘ 通勤と仕事で歩く時間は？ 9000歩(90分)未満	㉙ 運動習慣は？ やっていない	㉚ たばこは？ やめたくない ( )本/日	㉛ ストレスは？ かなり 感じている
㉜ 朝食は？ 時間がなくておなかがすいていない	㉝ 朝食は？ 時間がなくておなかがすいていない	㉞ 夕食の量は？ いつも 精進	㉟ 1日の野菜量は？ 0～1皿	㊱ 揚げ物の摂取量は？ 月に6回以上	㊲ 1日の飲み物は？ スポーツドリンク 缶コーヒー ジュース 栄養ドリンク その他 1日( )ml程度	㊳ 間食(菓子等)は？ ほぼ毎日 食べる	㊴ アルコールは？ 1日 2合以上	㊵ 通勤と仕事で歩く時間は？ 9000歩(90分)未満	㊶ 運動習慣は？ やっていない	㊷ たばこは？ やめたくない ( )本/日	㊸ ストレスは？ かなり 感じている

## 【参考 6】

事 務 連 絡  
令 和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

事 業 主 各 位

東京金属事業健康保険組合

### 特定保健指導実施にかかるご協力をお願い

拝啓 時下、益々ご清祥のこととお喜び申し上げます。平素は当組合の健康管理事業につきまして、ご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、当組合では 40 歳以上の方を対象に「メタボリックシンドローム」に着目した特定健診の結果、日常生活に改善が必要とされる方を対象に特定保健指導を実施しております。

特定保健指導は、保健師、管理栄養士の専門スタッフが対象者と面接を行い、生活習慣（喫煙・運動不足等）や食生活（食事内容等）を見直すための行動目標と計画を作成、実行していただき、6 ヶ月後の改善状況を確認させていただくものです。面接実施につきましては、委託機関が貴事業所に伺って実施させていただきます。

特定保健指導に該当している状態（危険因子を持っている状態）を放置した場合、心疾患、脳血管疾患等の発症リスクが高くなるといわれております。

今年度、貴事業所の健診を実施した結果、別紙「保健指導対象者一覧表」の方が特定保健指導の対象となりました。社員の方の健康増進のため、お手数ですが同封のご案内文書を対象者に配布いただきますとともに、特定保健指導の実施については是非ともご高配を賜りますようお願い申し上げます。

また、お申し込み等の取りまとめにつきましても併せてお願い申し上げます。

敬具

- ◆ 対象者が 2 名以上の場合は、別紙の「特定保健指導実施申込書」、1 名のみ(※)の場合は、「特定保健指導実施申込書」（個人用、院内実施）にて下記申し込み先まで郵送にてお申し込みください。

申込締切日 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 (○)

- ◆ 指導費用は無料です。
- ◆ 辞退される場合につきましても、お手数ですが下記の組合担当者までご連絡をいただきますようお願い申し上げます。

※ 対象者が 1 名のみ場合は、最寄りの委託機関へお出かけのうえ特定保健指導を受けていただくこととなりますので、予めご了承ください（交通費は自己負担となります）。

※ すでに令和○年度の特定保健指導を継続中の方は、現在実施中の保健指導が終了した以降に、令和○年度の保健指導を開始させていただきます。

#### 【お申し込み・お問い合わせ先】

〒101-0032 東京都千代田区岩本町 1-11-11  
東京金属事業健康保険組合 健康管理部 ○○  
電話 03-3866-2869 (ダイヤル)

特定保健指導対象者 各位

東京金属事業健康保険組合

～ 加入員の方への無料健康サポート ～

## 特定保健指導のご案内

当組合では、40歳以上の方を対象とした特定健診の結果、腹囲、血圧、血糖値、脂質等の検査結果により、**メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）**の疑いがある方に、生活習慣病予防を目的とした特定保健指導を実施しています。

今回受診された健診の結果、**あなたは特定保健指導の対象者となりました。**

現在、自覚症状がない方も、このまま放っておくと高血圧症や糖尿病などの生活習慣病を引き起こし、**心疾患・脳血管疾患等の重篤な疾病につながる危険性(※1)が高まります。**

特定保健指導では、生活習慣病の発症予防と健康的な生活の維持に努めていただくために、**専門スタッフがあなたのライフスタイルに合わせた方法で、生活習慣（運動習慣、喫煙）、食生活の見直しをサポートします。**指導を受けていただくための費用は無料ですので、是非、お申し込みいただきますよう下記のとおりご案内いたします。

この機会にご自分の体と向き合う時間を作ってみませんか？

1. お申し込み方法 事業所ご担当者にて取りまとめのうえお申し込みいただきます。



対象の方が事業所内に複数名いる場合とお一人の場合(※2)で取り扱いが異なりますので、ご注意ください。

2. 指導費用 **無料**

※1 内臓脂肪・血圧・血糖値・脂質の内、2つ以上の危険因子があると、心疾患、脳血管疾患等のリスクが高くなるといわれています。

※2

- 対象者がお一人の場合、最寄りの委託医療機関へお出向きいただいたうえ、特定保健指導を受けていただくこととなりますので、予めご了承ください。
- すでに令和〇年度の特定保健指導を継続中の方は、現在実施中の保健指導が終了した以降に、令和〇年度の保健指導を開始させていただきます。
- お手数ですが、ご事情等により保健指導を受けられない場合も、ご連絡をいただきますようお願いいたします。

【お申し込み・お問い合わせ先】

〒101-0032 東京都千代田区岩本町 1-11-11  
東京金属事業健康保険組合 健康管理部 ○○  
電話 03-3866-2869 (ダイヤル)



特定保健指導対象者一覧表 (参考)

( 1/ 1)

抽出 No : . . . . .

事業所 No : . . . . .

健康保険組合名 (13-278) 東京金属事業健康保険組合

事業所名 (. . . .) (株) . . . . .

対象者抽出期間 令和〇年〇月〇日～令和〇年〇月〇日 医療機関コード ( - )

対象者抽出数 〇名 作成日 : 令和〇年〇月〇日

被保険者証番号	氏名	続柄	性別	生年月日	年齢	健診コース	1次健診日	階層化区分
. . . . .	. . . . .	.	.	. . . . .	. .	. .	. . . . .	. . . . .
. . . . .	. . . . .	.	.	. . . . .	. .	. .	. . . . .	. . . . .
. . . . .	. . . . .	.	.	. . . . .	. .	. .	. . . . .	. . . . .

\* 資格喪失した方及び保健指導を受けられない方は、二重線で抹消してください。

(THS-130)

特定保健指導実施申込書

申込日 年 月 日

作成日 令和〇年〇月〇日

健保コード		組合名	東京金属事業	健康保険組合
保健指導を実施する事業所の	記号			
	名称 (営業所名等も)			
	所在地	〒		
	電話番号	FAX		
	ご担当者名	(部署名)		
実施希望者数 ※2名以上に限る	名	※個別面接1名20分以上・グループ面接80分以上(8名以下)の実施となります。		
実施希望(可能)日	A. 右記以外の日 なら可	(ご都合の悪い日、曜日、期間「例:第1週、上旬など」)		
	※A、Bのいずれかに「○」をした上 ご記入ください。	B. 右記のいずれか の日を希望 (希望にそえない場合は、調整 させていただくこともあります。)	※申込日から、3週間以上先の日付をお書きください。 第1希望 令和 年 月 日 (曜日) 第2希望 令和 年 月 日 (曜日) 第3希望 令和 年 月 日 (曜日)	
実施希望 (可能)時間	1. 午前、午後どちらも可 ( 御社の就業時間 ) 2. 午前のみ ( 時 分 ~ ) 3. 午後のみ 4. 全日			
実施場所 (会場)				
交通機関	電車 線 行き 駅下車 ①徒歩 分、②タクシー 分 ③ バス ④ その他 ( )			
(事業所付近略図)※別紙添付でも結構です。				

※この申込書に、「特定保健指導対象者一覧表」を必ず添付してください。

委託機関記入欄	※下記の内容が決まりましたら、実施予定日の10日前までに、一般社団法人 東京都総合組合保健施設振興協会 (東横館) 保健指導支援センターにFAX(03-5611-3259)をようお願いしします。		
委託機関名	(担当者名)		
保健指導 予定日時	令和 年 月 日 ( ) 時 分 ~ 時 分		
保健指導者名	[ 医師・保健師 管理栄養士・看護師 いずれかに「○」をしてください ]	指導者数	延べ 名

※申込者が1名の場合はこの用紙を作成してください。また、対象者が2名以上の場合は、コピーしてお使いください。

特定保健指導実施申込書(個人用、院内実施)

申込日 令和 年 月 日

申込者記入欄 (必ずご本人がご記入ください)	健康保険組合名	東京金属事業健康保険組合 多摩支部			
	被保険者証の	記号		番号	
	事業所名称 (営業所名等も)				
	お申込者の	フリガナ		本人、家族 の別	本人・家族
		お名前			
		生年月日	昭和 年 月 日	性別	男性・女性
	実施希望委託機関	コード	委託機関名		
		1. 東振協HP『特定保健指導委託機関一覧』からお選びください。 <a href="http://www.toshinkyo.or.jp">http://www.toshinkyo.or.jp</a> → アクセス → 特定保健指導 → 契約委託機関一覧 2. 特にご希望のない場合は、下記の連絡先住所の近くを選定させていただきます。 ※ 健診を受けた契約医療機関が保健指導を実施している場合は原則として優先 書類を送付いたします。下記の1～3に○をつけ、その住所をご記入ください。			
	連絡先	1. 事業所	〒		
		2. 自宅			
3. 出向先		(3.出向先名称: )			
日中連絡可能な番号をできれば2つご記入ください		最寄駅	線 駅		
	1. 携帯	—	車	あり・なし	
	2. 会社	—			
	3. 自宅	—			
実施希望日	第1希望日 令和 年 月 日( ) 午前・午後 第2希望日 令和 年 月 日( ) 午前・午後 その他 月の 初旬・中旬・下旬 午前・午後 ※ご希望に添えない場合は、調整させていただくことがあります。				
備考				受付番号	

※特定保健指導は、一般社団法人 東京都総合組合保健施設振興協会(東振協)保健指導支援センター(FAX 03-5611-3259)に委託して実施します。  
 ※支援センターでは、本申込書をもとに実施委託機関を選定し、実施日時等の調整を依頼します。  
 ※委託機関から電話が入りましたら打合せの上、実施日時を決めてください。

委託機関記入欄	委託機関名	<コード: >	(ご担当者名 )
	実施予定日時	令和 年 月 日( )	: ~
	保健指導者名	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 管理栄養士 <input type="checkbox"/> 看護師 ※ いずれかに☑をしてください	

○委託機関様へ…上記の内容が決まりましたら、実施予定日の10日前までに東振協 保健指導支援センター(FAX 03-5611-3259)にご返信ください。

