

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（判定）	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』に該当した場合	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
○健康づくり計画シート【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
○特定保健指導に関する個人情報の共同利用について【参考11】	P20

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 <https://www.tokinkenpo.or.jp/>

◆ はじめに

生活習慣病は一人ひとりがバランスの取れた食生活、適度な運動習慣を身に付けることにより予防可能です。

ご自身の健康状態を毎年確認し健康づくりに繋げていくことが重要です。1年に一度特定健診を受診し、生活習慣の改善が必要な方は特定保健指導を受けましょう。

特定健診

日本人の死亡原因の約4割を占める生活習慣病の予防のために、40歳から74歳までの方を対象にメタボリックシンドロームに着目した健診を行います。

特定保健指導

特定健診の結果から、生活習慣病の発症リスクが高く、生活習慣の改善による生活習慣病の予防効果が多く期待できる方に対して、保健師、管理栄養士が生活習慣を見直すサポートをします。

特定健診受診率・特定保健指導実施率が低いと・・・

特定健診・特定保健指導の実施は、健康保険組合などに義務化されており、その取組み状況により健康保険組合などが国に納める納付金（75歳以上の高齢者の医療費を支える後期高齢者支援金）の額が増減される場合があります。特定健診・特定保健指導は、皆様の健康に繋がるだけでなく、健康保険組合の財政にも影響を与えます。

また、特定保健指導の実施は事業主様のご理解・ご協力が必須と考えております。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ご協力くださいますようお願いいたします。

◆ 『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*（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

※直営健診施設「千代田健診センター」、（一社）東京都総合組合保健施設振興協会（以下、東振協）、健康保険組合連合会（以下、健保連）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4万6千か所の契約医療機関において無料で受診いただけます。

（*）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。

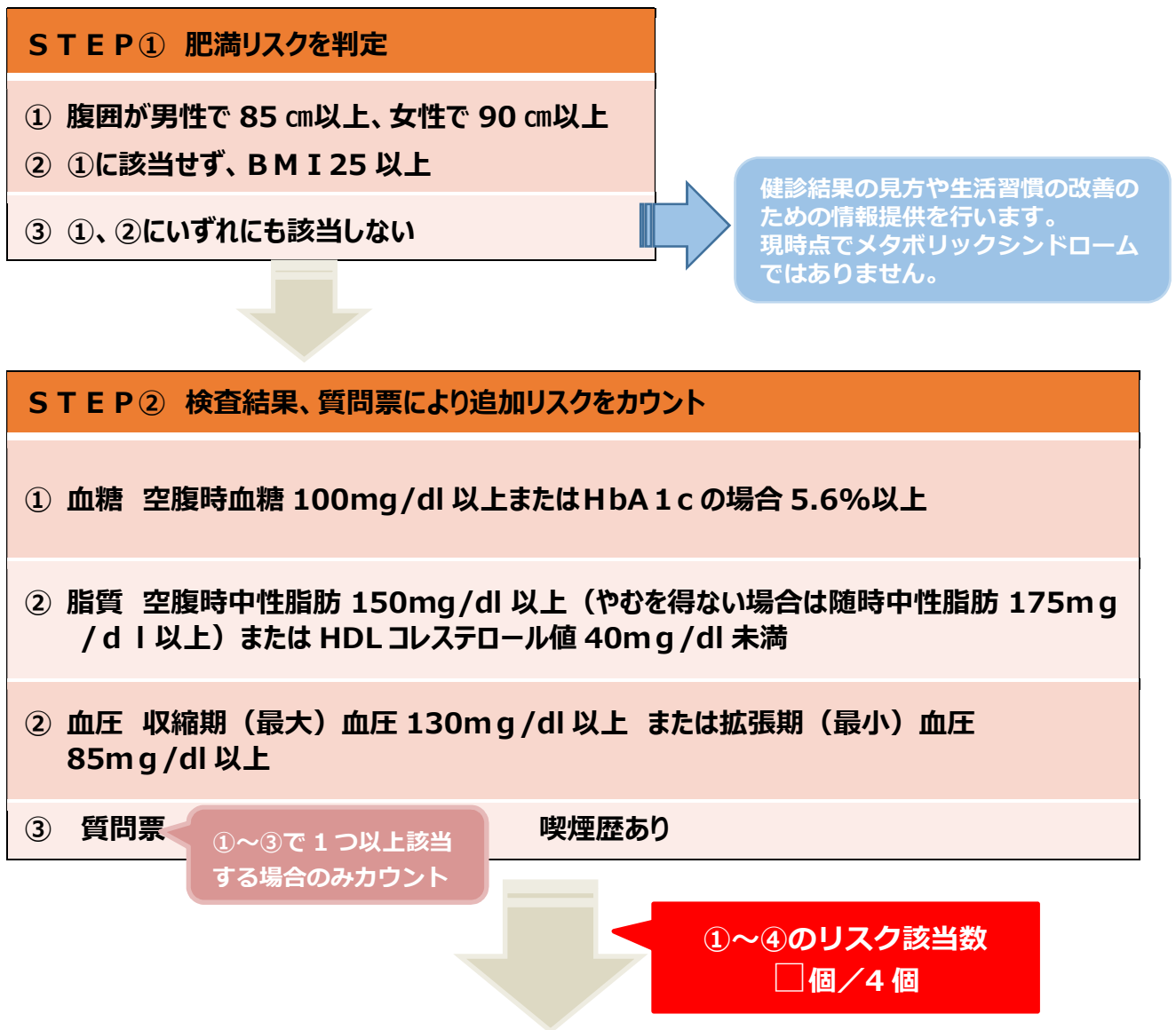
支援目的

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。

◆ 『特定保健指導』対象者の階層化（判定）



肥満度	①血糖 ②脂質 ③血圧	④喫煙歴	対象	
			40～64 歳	65～74 歳
≥85 cm (男性) ≥90 cm (女性)	①～③のうち 2 つ以上が該当	なし	積極的 支援	動機付け 支援
	①～③のうち 1 つが該当	あり		
上記以外で BMI≥25	①～③全部が該当	なし	積極的 支援	動機付け 支援
	①～③のうち 2 つ以上が該当	あり		
	①～③のうち 1 つが該当	なし		

血糖を下げる薬、インスリン注射、中性脂肪やコレステロールを下げる薬、血圧を下げる薬を服用している場合は 医学的管理下指導がなされているため、特定保健指導の対象外

◆ 『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

無料

◆ 『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』に該当した場合

「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。

【千代田健診センターでは】

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 実績評価

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 実績評価

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。

【千代田健診センター以外では】

I 当組合の職員が実施（訪問・リモート）

特定保健指導の対象となった人がいる場合は、対象者数・事業所所在地等を検討したうえで、当組合から事業所のご担当者にて連絡します。ご担当者との相談のうえ、日時を決定し訪問・リモート面談を実施します。
※リモート面談の場合はズーム、チームズ等のアプリを使用します

● 支援の流れ

【積極的支援】

① 初回面接

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作成します。

② 文書等支援

3ヶ月間の中で2回、体重・腹囲・生活状況等を文書等で確認させて頂き、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 実績評価

3ヶ月経過後に文書等で、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 初回面接

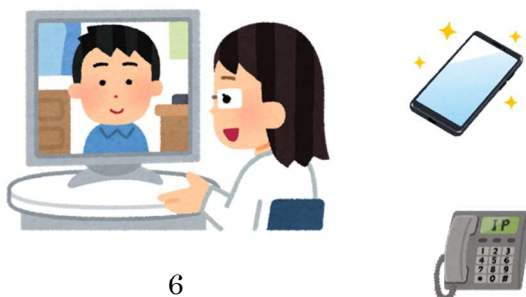
当組合の保健師・管理栄養士が、事業所を訪問し、初回 20 分の面接を行います。
実行可能な行動目標と生活習慣改善の計画を対象者ととも作成します。

② 文書等支援

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、文書等による支援を1回行います。

③ 実績評価

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等で確認します。



Ⅱ 当組合の職員以外が実施する場合（東振協）

当組合の職員が実施できない場合は、東振協に委託して行います。

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）。



『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名以上に限りません。

※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（P14～P18 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。（P18 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

Ⅲ その他スマートフォン等を活用したチャット形式で実施する場合

委託事業となりますので当組合までご連絡ください。



◆ 『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
- 健康づくり計画シート【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
- 特定保健指導に関する個人情報の共同利用について【参考 11】…………… P20

『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。



【参考1】

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リモート面接を実施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、個人面接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、短時間での面接となりますので、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. 面接予定者 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「健康づくり計画シート」
※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、下記日時にリモートによる面接を実施いたしますので、業務時間中ご多忙とは存じますが、お渡しした「健康づくり計画シート」をご記入のうえ、ご担当者様へお渡しください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 空腹時中性脂肪 150mg/dl 以上
（やむを得ない場合は随時中性脂肪 175mg/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数ですが必ずご連絡いただきますようお願いいたします。

健康づくり計画シート

氏名

【参考5】

■現状を教えてください (測定日 月 日)

体重	. kg	腹囲	. cm
----	------	----	------

■生活パターン*を教えてください※①平日・②休日・③交代勤務のパターンなど

記入例：起床↑ 就寝↓ 食事△ 間食▲ 出勤・帰宅◎など、文字でも可

(時間) 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 0 1 2 3 4

① 平日																												
② 休日																												
③																												

←21時以降の飲食注意!→

■下記質問の該当する箇所を○で囲みましょう

食習慣	朝食	毎日食べる	時々食べる	食べない
	昼食	毎日食べる	時々食べる	食べない
	夕食	腹八分目	時々満腹	いつも満腹
	野菜料理/日	5皿以上	2~4皿程度 <small>小鉢=70g程度</small>	0~1皿
	揚げ物料理	月2~3回程度	週2~3回程度	ほぼ毎日
	魚料理	ほぼ毎日	週2~4回程度	食べない
	噛む回数	1口30回以上	1口10~20回程度	あまり噛まない
	味付け	薄い	普通	濃い
	飲料	お茶や水	微糖飲料/ カロリーオフ	加糖飲料
	間食	食べない	時々	ほぼ毎日

喫煙習慣	喫煙	吸わない/ やめた	やめるつもり	やめたくない
------	----	--------------	--------	--------

運動習慣	歩数(平日)	8,000歩以上	3,000~8,000未満	2,000歩未満
	歩数(休日)	8,000歩以上	3,000~8,000程度	2,000歩未満
	定期的な運動	ある	時々	ない

休養習慣	睡眠で休養	とれている	まあまあ	とれていない
	朝の目覚め	良い	まあまあ	悪い
	ストレス	ない	まあまあ	ある
	ストレス解消法	(自由記載欄)		

その他の習慣	酒量	飲まない/ やめた	1日1合以内	1日2合以上
	休肝日	週2日以上	週1回	ない
	体重測定	定期的	時々	未測定
	血圧測定	定期的	時々	未測定

■次回の健康診断までの目標を立ててみましょう

体重	. kg	腹囲	. cm
----	------	----	------

■目標を達成するために、できることを考えましょう

食習慣	
運動習慣	
喫煙習慣	
休養習慣	
その他の習慣	

【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しますとともに、特定保健指導の実施について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）



【参考 8】

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。

特定保健指導実施申込書(事業所・出張実施) 【参考 9】

特定保健指導の出張申込については、裏面の「特定保健指導における個人情報の取扱いについて」をご確認のうえ、申込書をご提出いただきますようお願いいたします。

申 込 日 令 和 年 月 日

健保コード		組合名	
事業所記号			
事業所名称 (営業所名等も記載)			
所在地	〒 -		
電話番号		F A X	
ご担当者名		部署名	
個人情報の取扱いについて	<input type="checkbox"/> 同意する (申込者全員) <input type="checkbox"/> 同意しない (一部不同意)		
実施希望者数 ※2名以上に限る	名	<small>※個別面接1名20分以上の実施となります。 ※グループ面接の実施は不可。</small>	
実施希望時期 <small>時期・時間帯・曜日に○を付けてください。</small>	時 期 : 月の 初旬 ・ 中旬 ・ 下旬 時 間 帯 : 午前 ・ 午後 曜 日 : 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 <small>※ご希望に沿えない場合は、調整させていただくことがあります。</small>		
実施場所(会場) <small>上記所在地と異なる場合にご記載ください。</small>			
連絡事項等 <small>事前に確認・伝達すべき事があればご記載ください。</small>	<small>(例)・日本語による会話が難しいため、本人同意のもとスタッフを同席させます。 ・聴覚障害があるため、筆談にてお願いします。</small>		受付番号

※個人情報の同意については、ご担当者様のみの同意としておりますので、ご担当者様は、必ず特定保健指導申込者の方々に同意を得たうえで申込書をご提出ください。


※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	<small>※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(東振協) 保健指導支援センターにFAX(03-5611-3259)をお願いします。</small>		
委託機関名	<コード >	(ご担当者名)	
保健指導予定日時	令和 年 月 日 ()	時 分 ~	時 分
保健指導者名	<small>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</small>		指導者数 延べ名

TSK-20220401

特定保健指導実施申込書(個人用・院内実施)【参考10】

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	健康保険組合		
	被保険者証	記号	番号	
	事業所名称			
	フリガナ		本人・家族	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族
	氏名			
	生年月日	昭和 年 月 日	性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
	個人情報の取扱いについて	<input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない(一部不同意) <small>※裏面の「特定保健指導における個人情報の取扱いについて」をご確認のうえ、<input checked="" type="checkbox"/>を付けてください。</small>		
	実施希望委託機関	コード	委託機関名	
	 (一覽) QRコード	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。 https://www.toshinkyō.or.jp へアクセス→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。 <small>※ 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</small>		
	連絡先	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。 1. 事業所 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2. 自宅 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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。 1. 携帯 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2. 会社 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3. 自宅 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 最寄駅 <input type="checkbox"/> 線 <input type="checkbox"/> 駅 車 <input type="checkbox"/> あり・なし		
実施希望時期	時期： 月の 初旬・中旬・下旬 時間帯： 午前・午後 曜日： 月・火・水・木・金 <small>※ご希望に沿えない場合は、調整させていただくことがあります。 ※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。</small>			
連絡事項等	<small>例)：日本語による会話が難しいため、本人同意のもとスタッフを同席させます。 ・聴覚障害があるため、筆談にてお願いします。</small>		受付番号	
事前に確認・伝達すべき事があればご記載ください。				

※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。
 ※申込者の漢字氏名については、システムの都合上、常用漢字とさせていただきます。

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 <small>※ いずれかに<input checked="" type="checkbox"/>をしてください</small>

○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。

特定保健指導に関する個人情報の共同利用について

当組合では、加入員（従業員）の皆様の健康の保持・増進、生活習慣病の予防を目的として、健診の結果から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 40 歳以上の方に対し、法律に基づく特定保健指導を、当組合又は委託機関の専門職（医師・保健師・管理栄養士）により行っています。

この特定保健指導を、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（従業員）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。

- ◎「健康保険組合等における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」に基づき、改めてお知らせ・ご協力をお願いするものであり、新たな対応をお願いするものではありません。

◆共同利用する個人情報の項目

- ①特定保健指導対象者の氏名、②特定保健指導支援コース

※健診結果データ、相談内容は含みません。

