

令和元年11月13日	参考資料2-2
第35回 保険者による健診・保健指導等に関する検討会	

保連発 0405 第 2 号
平成 31 年 4 月 5 日

都道府県民生主管部（局）
国民健康保険主管課（部）長 殿

厚生労働省保険局医療介護連携政策課長
（公印省略）

平成 31 年度以降に実施する積極的支援対象者に対する特定保健指導の
モデル実施について

高齢者の医療の確保に関する法律（昭和 57 年法律第 80 号）第 18 条第 1 項に規定する特定保健指導については、平成 30 年度以降、特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準第 7 条第 1 項及び第 8 条第 1 項の規定に基づき厚生労働大臣が定める特定保健指導の実施方法（平成 25 年厚生労働省告示第 91 号）において、積極的支援対象者のうち、初回の面接による支援が終了した後、3 月以上の継続的な支援に代えて、3 月以上の適切な支援（以下「モデル実施」という。）を行うことにより、実績評価を行う時点において、当該年度の特定健康診査の結果と比べて、腹囲及び体重の値が一定程度減少したと認められた者については、支援を終了したものとしています。

平成 31 年度以降の特定健康診査の結果に基づく特定保健指導をモデル実施の方法により行う場合の取扱いについては下記のとおりとしますので、管内の市町村及び関係団体等への周知とともに、実施に遺漏なきようお願いいたします。

また、本通知は平成 31 年 4 月 1 日に遡って適用します。これに伴い、平成 29 年 10 月 30 日付け保連発 1030 第 1 号厚生労働省保険局医療介護連携政策課長通知「積極的支援対象者に対する特定保健指導のモデル実施について」は、平成 31 年 3 月 31 日をもって廃止します。ただし、平成 31 年 3 月 31 日までに実施された特定健康診査の結果に基づくモデル実施については、なお従前の例によることとします。

なお、本通知は、地方自治法（昭和 22 年法律第 67 号）第 245 条の 4 第 1 項の規定に基づく技術的助言であることを申し添えます。

記

- 1 モデル実施の基本的な考え方
特定保健指導のモデル実施は、積極的支援対象者に対する 3 月以上の継続

的な支援におけるポイントの在り方や、生活習慣の改善効果を得るための目安となる新たな指標等を検証するために、3月以上の継続的な支援に代えて、柔軟な運用による特定保健指導を可能とするものであり、この部分を除く初回面接や実績評価等については通常 of 積極的支援と同じ実施方法とする。

なお、モデル実施の対象者の要件及び具体的な実施方法については、平成29年10月30日付け健発1030第1号・保発1030第6号厚生労働省健康局長・保険局長連名通知「平成30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により作成された記録の取扱いについて」（以下「実施通知」という。）及び「特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き（第3版）」のとおりとする。

2 モデル実施の報告

保険者は、モデル実施を行うときは、実施通知等で定める要件等を満たすとともに、年度ごとに、次の(1)及び(2)のとおり報告を行うこととする。

- (1) 実施計画書については、別添様式1により、モデル実施対象者の見込み数やモデル実施で行う保健指導の概要等について記載した実施計画書を、モデル実施開始前までに厚生労働省へ提出すること。

また、対象とする特定健康診査の実施年度分の実施計画書の提出は、実施年度末までの提出期限とする（平成31年度 of 特定健康診査結果に基づくモデル実施 of 計画書の最終提出期限は平成32年3月末日まで）。やむを得ない事情により、期日までに提出できない場合には、厚生労働省に個別に協議すること。提出された実施計画書については、厚生労働省において内容の確認を行うが、記載内容に特段の問題がない場合には提出保険者への個別の連絡は行わない。

なお、すでに平成31年度分 of 実施計画書を提出済みの保険者においては、モデル実施 of 効果検証への協力の観点から、本通知 of 別添様式1により、実施計画書を追って再提出いただきたい。既に提出した実施計画書が本通知 of 別添様式1の内容を満たす場合にはこの限りでない。

- (2) 実績報告書については、別添様式2により、実施年度 of 翌年度 of 11月1日までに厚生労働省に提出すること（平成31年度 of 特定健康診査結果に基づくモデル実施 of 実績報告書の最終提出期限は平成32年11月1日まで）。

3 実施計画書及び実績報告書の提出方法

実施計画書（別添様式1）及び実績報告書（別添様式2）は、メールで提出すること。提出先は、厚生労働省保険局医療介護連携政策課医療費適正化対策推進室宛て（tekiseika01@mhlw.go.jp）とすること。

4 モデル実施に当たって of 留意事項

- (1) 厚生労働省が行うモデル実施に関する効果検証のために必要な協力をすること。
- (2) 実績評価を行う者は、実績評価を行う時点において、モデル実施対象者が実施通知で定める要件を満たしているか否かについて、責任をもって確認すること。
- (3) モデル実施終了者の保健指導に要したポイント数等について、社会保険診療報酬支払基金に提出する特定健康診査等の実施状況に関する報告の個票で分析等を行うことが可能であるが、モデル実施で改善が認められず、追加で支援を行った場合は、積極的支援で 180 ポイントの支援終了者として登録される仕組みとなっている。このため、継続的な支援におけるポイントの在り方等を検討するために必要な分析を行えるよう、別添様式 2 の 2 の (1) のとおりモデル実施の終了者数等を記載するとともに、可能であれば、受診者（利用者）情報の整理用番号一覧を作成いただきたい。
- (4) 1 により行われたモデル実施については、特定健康診査・特定保健指導の国庫補助の対象となる。

以上

(別添様式1)
〇〇年〇〇月〇〇日

〇〇年度に実施する特定保健指導におけるモデル実施計画書を次のとおり提出します。

〇〇年度 モデル実施計画書

1. 特定保健指導をモデル実施で行う医療保険者の概要

保険者名		
保険者番号		
所在地	郵便番号	
	住所	
電話番号		
窓口となるメールアドレス		
担当部署名		
担当者氏名		

2. モデル実施の対象人数等（計画時の想定人数でよい。）

項目		全体	内訳		
当該年度の特定保健指導の対象者数		人			
積極的支援の対象者数	モデル実施の対象人数	人	メニュー1	メニュー2	メニュー3
	被保険者の人数※	人	人	人	人
	被扶養者の人数※	人	人	人	人

※ 被用者保険においては記載すること。ここでの被保険者は強制被保険者、被扶養者は強制加入被保険者の被扶養者、任意継続被保険者・被扶養者、特例退職被保険者・被扶養者とする。

※ 複数のメニューで実施している保険者においては、メニューごとの内訳を記載すること。

3. モデル実施で行う特定保健指導と委託事業者の概要

※ 複数のメニューで実施している保険者においてはメニューごとに①から④を記載すること。

①対象者・選定基準

チェック	対象者・選定基準
<input type="checkbox"/>	積極的支援対象者全員
<input type="checkbox"/>	積極的支援を過去に利用している者（リピーター）
<input type="checkbox"/>	積極的支援の対象でありながら過去に利用したことのない者
<input type="checkbox"/>	積極的支援の対象でありながら利用に関心のない者（無関心層）
<input type="checkbox"/>	日中連絡が取りにくい者
<input type="checkbox"/>	希望者
<input type="checkbox"/>	その他（以下に記載をお願いします。）
	記載例：支援期間中に腹囲2cm・体重2kg減少が可能な者であると保険者が判断した者

②ねらいと評価指標

記載例：

【ねらい】リピーターに対する保健指導の内容がマンネリ化し、リピーターの参加率が鈍化している傾向にあるため、既存の保健事業を活用し、効率的に実施率向上を目指す。

※ 記載例を参考に、モデル実施を導入するにあたっての課題とねらいを記載することが望ましい。

【評価指標】

リピーターの割合：○%（○年度）→○%（○年度）

リピーターの特定保健指導実施率：○%（○年度）→○%（○年度）

特定保健指導実施率：○%（○年度）→○%（○年度）

③内容

- 継続的な支援の担当者 医師 保健師 管理栄養士
 その他の専門職 ()
 専門職以外 (下記に記載をお願いします。)

記載例：スポーツジムのトレーナー

継続的な支援の担当者の所属

	医師	保健師	管理栄養士	その他の専門職	専門職以外
保険者	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
事業所	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
健診実施機関	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
保健指導実施機関	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

その他について、具体的な所属をご記入ください。

記載例：スポーツジム〇〇

実施方法 (支援回数及びポイント数は1人当たりの予定を掲載)

チェック	実施方法	支援回数	ポイント数
<input type="checkbox"/>	面接 <input type="checkbox"/> 対面 <input type="checkbox"/> 遠隔面接		～
<input type="checkbox"/>	電話		～
<input type="checkbox"/>	手紙・メール (双方向) <input type="checkbox"/> 手紙 <input type="checkbox"/> 電子メール		～
<input type="checkbox"/>	手紙・メール (一方向) <input type="checkbox"/> 手紙 <input type="checkbox"/> 電子メール		～
<input type="checkbox"/>	アプリケーション <input type="checkbox"/> 双方向 <input type="checkbox"/> 自己入力		～
<input type="checkbox"/>	スポーツジムの利用		～
<input type="checkbox"/>	宿泊型		～
<input type="checkbox"/>	イベント		～
<input type="checkbox"/>	集団健康教育		～
<input type="checkbox"/>	情報提供		～
合計ポイント			

具体的な事業内容（自由記載）＊フロー図や表などで内容を示した資料を添付してもよい

--

④ 委託先事業者の概要

実施機関名		
実施機関番号		
所在地	郵便番号	
	住所	
電話番号		
窓口となるメールアドレス		
開設者氏名		
管理者氏名		
保健指導の統括者氏名		
保健指導の統括者職種		
担当部署名		
担当者氏名		

※ 年号については和暦で記載すること。

【実施計画書の提出先】

厚生労働省保険局医療介護連携政策課

医療費適正化対策推進室

Mail : tekiseika01@mhlw.go.jp

○○年度に実施した特定保健指導におけるモデル実施の実績報告書を次のとおり提出します。

○○年度 モデル実施実績報告書

1. モデル実施実績報告書の作成担当者等

保険者名		
保険者番号		
所在地	郵便番号	
	住所	
実績報告書の作成担当者	担当部署名	
	担当者氏名	
	電話番号	
	メールアドレス	

2. 当該年度の特定保健指導対象者数等

(1)モデル実施の対象者数、実施者数、終了者数

※モデル実施の実施者数、終了者数、未達成者数、脱落者数、180ポイント要件に戻った者数については、**モデル実施のメニューごと**に記載すること。

項目		全体	被保険者数※1	被扶養者数※1	内訳		
積極的支援対象者数	モデル実施対象者数	人	人	人	メニュー1	メニュー2	メニュー3
	モデル実施実施者数	人	人	人	人	人	人
	モデル実施終了者数※2	人	人	人	人	人	人
	モデル実施未達成者数※2	人	人	人	人	人	人
	モデル実施途中脱落者数	人	人	人	人	人	人

		内訳		
		メニュー1	メニュー2	メニュー3
モデル実施で改善が認められず、180ポイント要件に戻った者数※3	人	人	人	人
内訳	終了者数※4	人	人	人
	脱落者数※5	人	人	人

※1 被用者保険においては記載すること。ここでの被保険者は強制被保険者、被扶養者は強制加入被保険者の被扶養者、任意継続被保険者・被扶養者、特例退職被保険者・被扶養者とする。

※2 モデル実施を行った者のうち、行動計画の実績評価の時点で当該年の健診結果に比べて改善（腹囲2cm以上かつ体重2kg以上減少又は健診時の体重に0.024を乗じた体重(kg)以上かつ同体重(kg)と同じ値の腹囲(cm)以上の減少）が認められた者。認められない者は未達成者とする。

※3 モデル実施を行った者のうち、行動計画の実績評価の時点で当該年の健診結果に比べて改善（腹囲2cm以上かつ体重2kg以上減少又は健診時の体重に0.024を乗じた体重(kg)以上かつ同体重(kg)と同じ値の腹囲(cm)以上の減少）が認められず、ポイント制の支援を追加で行った者。

※4 180ポイント要件に戻った者のうち、追加支援により180ポイント以上の支援を行い、実績評価を行った者。

※5 180ポイント要件に戻った者のうち、追加支援の途中脱落等により180ポイント以上の支援を行わなかった者。

(2)モデル実施計画書との変更点等について

実施計画書から変更又は追加があった場合は、その内容と理由を記載して下さい。

変更・追加内容	理由

3. モデル実施の効果等について

※モデル実施の効果等については、モデル実施のメニューごとに記載すること。

(1)モデル実施のねらいに対する達成の状況や評価指標の達成度についてを記載してください。

記載例:

【評価指標】

リピーターの割合:○%(○年度)→○%(○年度)

リピーターの特定保健指導実施率:○%(○年度)→○%(○年度)

特定保健指導実施率:○%(○年度)→○%(○年度)

(2)モデル実施にあたり工夫した点について記載してください。

4. モデル実施を行った結果、良かった点と課題や今後の改善点を記載してください。

5. 複数のメニューを実施した場合、参加率や評判が高かったメニューを記載してください。

※ 年号については和暦で記載すること。

【実績報告書の提出先】

厚生労働省保険局医療介護連携政策課

医療費適正化対策推進室

Mail : tekiseika01@mhlw.go.jp