

令和 2 年 2 月 17 日	資料 3
第 3 回東京都保険者協議会 第 3 回特定健診・特定保健指導特別部会	

令和元年度
第 3 回 東京都保険者協議会
協議事項

東京都保険者協議会

目 次

特定健康診査・特定保健指導に関するアンケートについて	1
----------------------------	---

特定健康診査・特定保健指導に関するアンケートについて

1 概要

(1) 目的

保険者における被保険者及び被扶養者ごとの特定健康診査・特定保健指導の取組について実施体制の課題を把握し、対策を検討するなど、保険者協議会として支援を行っていくため

(2) 対象

都内の全保険者

(区市町村国民健康保険、国民健康保険組合、後期高齢者医療広域連合を除く)

(3) 実施期間

令和2年3月上旬～下旬

(4) 実施方法

メール（一部郵送）で依頼 回答はWEB画面

(5) 業者

現在選定中

2 アンケート項目

(1) 基本項目

(2) 特定健康診査

- ・特定健診の受診率 (Q1)
- ・受診環境等の整備 (Q2～Q4、Q9～Q11)
- ・特定健診の通知方法、未受診者への勧奨方法 (Q5～Q8)
- ・特定健康診査の取組 (Q12～Q14)

(3) 特定保健指導

- ・特定保健指導の実施率 (Q15)
- ・利用環境等の整備 (Q16～Q17、Q22～Q26)
- ・特定保健指導の通知方法、未利用者への勧奨方法 (Q18～Q21)
- ・特定保健指導の取組 (Q27～Q29)

3 今後のスケジュール

令和元年度		令和2年度											
2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3
					保険者協議会・保健活動部会 報告結果を検討								
	調査	調査結果分析・取りまとめ											

特定健康診査・特定保健指導に関するアンケート（案）

※お答えは、(1つ選択)、(複数選択可)などの指示に従って、該当する選択肢の番号に○印をつけてください。

※「その他()」にあてはまる場合は、お手数ですがカッコ内にその内容を具体的にご記入ください。

※都道府県ごとの実施体制により状況が異なる場合には、東京都の分についてあてはまるものをご記入ください。

※事業主から労働安全衛生法の結果の提供を受けている場合も事業主の実施形態についてお答えください。

0. 貴保険者についてお聞きします。

① 貴保険者の種別をお答えください。(1つ選択)(必須回答項目)

- | | |
|---------------|-----------------|
| 1. 健康保険組合(単一) | 3. 共済組合 |
| 2. 健康保険組合(総合) | 4. 全国健康保険協会東京支部 |

② 被保険者数をお答えください。(令和2年1月末日時点)(数値記入)(必須回答項目)

() 人

③ 被扶養者数をお答えください。(令和2年1月末日時点)(数値記入)(必須回答項目)

() 人

④ 各都道府県に事業所がある場合には、事業所の所在地についてお答えください。(令和2年1月末日時点)(複数選択)(任意回答項目)※被保険者の居住地ではなく、事業所の所在地

- | | | | | |
|---------|----------|----------|---------|----------|
| 1. 北海道 | 11. 埼玉県 | 21. 岐阜県 | 31. 鳥取県 | 41. 佐賀県 |
| 2. 青森県 | 12. 千葉県 | 22. 静岡県 | 32. 島根県 | 42. 長崎県 |
| 3. 岩手県 | 13. 東京都 | 23. 愛知県 | 33. 岡山県 | 43. 熊本県 |
| 4. 宮城県 | 14. 神奈川県 | 24. 三重県 | 34. 広島県 | 44. 大分県 |
| 5. 秋田県 | 15. 新潟県 | 25. 滋賀県 | 35. 山口県 | 45. 宮崎県 |
| 6. 山形県 | 16. 富山県 | 26. 京都府 | 36. 徳島県 | 46. 鹿児島県 |
| 7. 福島県 | 17. 石川県 | 27. 大阪府 | 37. 香川県 | 47. 沖縄県 |
| 8. 茨城県 | 18. 福井県 | 28. 兵庫県 | 38. 愛媛県 | |
| 9. 栃木県 | 19. 山梨県 | 29. 奈良県 | 39. 高知県 | |
| 10. 群馬県 | 20. 長野県 | 30. 和歌山県 | 40. 福岡県 | |

⑤ 特定健診・特定保健指導の実施体制についてお答えください。(1つ選択)(必須回答項目)

- | | |
|--------------------------------|--|
| 1. 事業主が被保険者について実施(被扶養者は保険者が実施) | |
| 2. 事業主が被保険者・被扶養者ともに実施 | |
| 3. 保険者が被保険者・被扶養者ともに実施 | |
| 4. その他(具体的に記入してください:) | |

⑥ 特定健診・特定保健指導に携わる職員(委託職員など外部機関のスタッフは除く)についてお答えください。(数値記入)(必須回答項目)

1. 事務職 () 人
2. 医師 () 人
3. 保健師 () 人
4. 看護師 () 人
5. 管理栄養士 () 人
6. 栄養士 () 人
7. その他の専門職（具体的に記入してください： ） () 人

1. 特定健康診査の取組についてお聞きします。

Q1. 貴保険者の特定健康診査の実施率についてお答えください。(平成 30 年度分)(数値記入)
(必須回答項目)

※半角数字でご記入ください。

1. 全体 () %
2. 被保険者 () %
3. 被扶養者 () %

Q2 貴保険者の特定健康診査の実施方法についてお答えください。(複数選択) (必須回答項目)

【被保険者】

1. 直営により実施
2. 委託により実施

【被扶養者】

1. 集合契約のみ
2. 集合契約のほか直営により実施
3. 集合契約のほか委託により実施
4. その他（具体的に記入してください： ）

Q3. 貴保険者の特定健康診査の実施形態についてお答えください。(複数選択) (必須回答項目)

※ 個別健診は、医療機関等の施設において、一般の外来患者に対する設備を共用して健診を行うもの（受診者が診療を目的として来院している患者に混じって特定健康診査を受診するもの）

※ 集団健診は、施設や検診車で行う形態で、専用の設備を設けて（日時を指定して実施する場合を含む）健診を行うもの

【被保険者】

1. 個別健診
2. 集団健診

【被扶養者】

1. 集合契約のみ
2. 集合契約のほか集合健診を実施
3. 集合契約のほか個別健診を実施
4. その他（具体的に記入してください： ）

Q4. 貴保険者の特定健康診査における集合契約の利用状況についてお答えください。(数値記入) (任意回答項目)

1. 被保險者 () %
2. 被扶養者 () %

Q5. 特定健診を周知するためにどのような方法をとっていますか。(複数選択) (必須回答項目)

【被保険者】

1. 社内 LAN、メール、ホームページ等を活用している
2. 広報誌や掲示板を活用している
3. ダイレクトメールを活用している
4. 特定健診に関連する講演会、健康講座等の開催を通じて周知している
5. 事業主や理事会への特定健診に関する説明や協力要請をしている
6. 安全衛生委員会や各事業所担当者向けに特定健診に関する説明会を開催している
7. その他（具体的に記入してください： _____）
8. 行っていない

【被扶養者】

1. メール、ホームページ等を活用している
2. 広報誌や掲示板を活用している
3. その他（具体的に記入してください： ）
4. 行っていない

Q6. 特定健診のお知らせはどのように通知されていますか。(複数選択) (必須回答項目)

【被保険者】

1. 社内 LAN、メール、ホームページ等を活用している
2. 事業所担当者が直接手渡しで、通知等を配布している
3. 郵送等による案内
4. 個別訪問による案内
5. その他（具体的に記入してください： ）

【被扶養者】

1. メール、ホームページ等を活用している
2. (被保険者を通じて) 事業所担当者が直接手渡しで、通知等を配布している
3. 郵送等による案内
4. 個別訪問による案内
5. その他(具体的に記入してください：)

Q7. 特定健診の未受診者へはどのように勧奨されていますか。(複数選択) (必須回答項目)

【被保険者】

1. 社内 LAN、メール、ホームページ等を活用している
2. 事業所担当者が直接、勧奨している
3. 郵送等による勧奨
4. 電話による勧奨
5. 個別訪問による勧奨
6. その他 (具体的に記入してください:)
7. 特に何もしていない

【被扶養者】

1. メール、ホームページ等を活用している
2. (被保険者を通じて) 事業所担当者が直接、勧奨している
3. 郵送等による勧奨
4. 電話による勧奨
5. 個別訪問による勧奨
6. その他 (具体的に記入してください:)
7. 特に何もしていない

Q8. 未受診者への受診勧奨について、対象を絞っている場合には、対象の選定方法についてお答えください。(自由意見)(任意回答項目)

- (例: ・ 受診率の低い若年層 (40~50 代) を中心に特定健康診査の受診を促す通知及び電話による勧奨を実施している。
・ レセプトや過去の受診歴から優先順位をつけて発送 等)

Q9. 特定健診の申し込み方法はどのようにされていますか。(複数選択) (必須回答項目)

【被保険者】

1. 社内 LAN、メール、ホームページ等を活用している
2. 郵送による申し込み
3. 電話による申し込み
4. その他（具体的に記入してください： ）

【被扶養者】

1. メール、ホームページ等を活用している
2. 郵送による申し込み
3. 電話による申し込み
4. その他（具体的に記入してください： ）

Q10. 特定健診の受診環境についてお答えください。(複数選択) (必須回答項目)

① 実施期間・実施時間

【被保険者】

1. 土曜日、休日の利用が可能である
2. 夜間の利用が可能である
3. 利用日の時間帯の拡大等をしている
4. 本人希望日
5. 勤務時間内
6. その他(具体的に記入してください:)

【被扶養者】

1. 土曜日、休日の利用が可能である
2. 夜間の利用が可能である
3. 利用日の時間帯の拡大等をしている
4. 本人希望日
5. その他(具体的に記入してください:)

②実施場所

【被保険者】

1. 事業所で受診が可能である
2. 健保組合で受診が可能である
3. 事業所や自宅近くの受診が可能である
4. 複数の健診機関で受診が可能である
5. その他(具体的に記入してください:)

【被扶養者】

1. 事業所で受診が可能である
2. 健保組合で受診が可能である
3. 事業所や自宅近くの受診が可能である
4. 複数の健診機関で受診が可能である
5. その他(具体的に記入してください:)

Q11. 特定健診の自己負担額についてお答えください。(数値記入) (必須回答項目)

() 円

Q12. 被扶養者がパート先などの他健診機関で健診を受けた場合に、健診結果を保険者に情報提供する仕組みがある場合について周知方法や提供方法をお答えください。(自由意見) (任意回答項目)

Q13. 特定健診について工夫されていることをお答えください。特に効果が高かった取組については、実施率の上昇状況についてもあわせてお答えください。(自由意見) (任意回答項目)

Q14. 特定健診について課題と感じていることをお答えください。(自由意見) (任意回答項目)

Q15. 貴保険者の特定保健指導の実施率についてお答えください。(平成 30 年度分)(数値記入)
(必須回答項目)
※半角数字でご記入ください。

1. 全体 () %
2. 被保険者 () %
3. 被扶養者 () %

【被保険者】

1. 直営により実施
2. 委託により実施

【被扶養者】

1. 集合契約のみ
2. 集合契約のほか直営により実施
3. 集合契約のほか委託により実施
4. その他（具体的に記入してください）

1. 被保險者 () %
2. 被扶養者 () %

【被保険者】

1. 社内 LAN、メール、ホームページ等を活用している
2. 広報誌や掲示板を活用している。
3. ダイレクトメールを活用している
4. 特定保健指導に関連する講演会、健康講座等の開催を通じて周知している
5. 事業主や理事会への特定保健指導に関する説明や協力要請をしている
6. 安全衛生委員会や各事業所担当者向けに特定保健指導に関する説明会を開催している
7. その他（具体的に記入してください： ）
8. 行っていない

【被扶養者】

1. メール、ホームページ等を活用している
2. 広報誌や掲示板を活用している。
3. その他（具体的に記入してください： _____）
4. 行っていない

Q19. 特定保健指導のお知らせはどのように通知されていますか。(複数選択) (必須回答項目)

【被保険者】

1. 利用券を発行して案内を行っている
2. 事業所担当者が直接手渡しで、通知等を配布している
3. 郵送等による案内
4. メールでの案内
5. 電話による案内
6. 個別訪問による案内
7. 健診時等に案内
8. その他（具体的に記入してください： ）

【被扶養者】

1. 利用券を発行して案内を行っている
2. (被保険者を通じて) 事業所担当者が直接手渡しで、通知等を配布している
3. 郵送等による案内
4. メールでの案内
5. 電話による案内
6. 個別訪問による案内
7. 健診時等に案内
8. その他(具体的に記入してください：)

Q20. 特定保健指導の未利用者へはどのように勧奨されていますか。(複数選択) (必須回答項目)

【被保険者】

1. はがき、封書等による利用勧奨（意識づけとなる情報提供の送付）をしている
2. 電話による利用勧奨を行っている
3. 個別訪問による利用勧奨を行っている
4. 健保だより等で未利用者への利用の呼びかけを行っている
5. 事業所の上司から利用勧奨を行っている
6. 事業所担当者から利用勧奨を行っている
7. その他（具体的に記入してください： ）
8. 特に何もしていない

【被扶養者】

1. はがき、封書等による利用勧奨（意識づけとなる情報提供の送付）をしている
2. 電話による利用勧奨を行っている
3. 個別訪問による利用勧奨を行っている
4. 健保だより等で未利用者への利用の呼びかけを行っている
5. その他（具体的に記入してください： _____）
6. 特に何もしていない

Q21. 利用勧奨についての工夫について具体的にお答えください。(自由意見)(任意回答項目)

Q22.特定保健指導の申し込み方法はどのようにされていますか。(複数選択) (必須回答項目)

【被保険者】

1. 社内 LAN、メール、ホームページ等を活用している
2. 郵送による申し込み
3. 電話による申し込み
4. その他（具体的に記入してください： ）

【被扶養者】

1. メール、ホームページ等を活用している
2. 郵送による申し込み
3. 電話による申し込み
4. その他（具体的に記入してください： ）

Q23. 特定保健指導の利用環境についてお答えください。(複数選択) (必須回答項目)

① 実施期間・実施時間

【被保険者】

1. 土曜日、休日の利用が可能である
2. 夜間の利用が可能である
3. 利用日の時間帯の拡大等をしている
4. 本人希望日
5. 勤務時間内
6. その他（具体的に記入してください： ）

【被扶養者】

1. 土曜日、休日の利用が可能である
2. 夜間の利用が可能である
3. 利用日の時間帯の拡大等をしている
4. 本人希望日
5. その他（具体的に記入してください： ）

②実施場所

【被保険者】

1. 事業所で利用が可能である
2. 健保組合で利用が可能である
3. 事業所や自宅近くで利用が可能である
4. 複数の健診機関で利用が可能である
5. ICT を活用した遠隔面談が可能である
6. その他（具体的に記入してください：_____）

【被扶養者】

1. 事業所で利用が可能である
2. 健保組合で利用が可能である
3. 事業所や自宅近くで利用が可能である
4. 複数の健診機関で利用が可能である
5. ICT を活用した遠隔面談が可能である
6. その他（具体的に記入してください：_____）

Q24. 初回面談の予約、実施はどのタイミングで行っていますか。(複数選択) (必須回答項目)

【被保険者】

1. 特定健診受診日に初回面談の予約をしている
2. 特定健診受診日に初回面談を実施している
3. 特定健診後の健診結果通知時に初回面談の予約を実施している
4. 健診結果の通知後に予約実施をしている
5. データ集積／階層化／抽出等の後に予約実施をしている
6. 指導の案内の後に予約実施をしている
7. 事業所と連携しながら実施している
8. その他 (具体的に記入してください:)

【被扶養者】

1. 特定健診受診日に初回面談の予約をしている
2. 特定健診受診日に初回面談を実施している
3. 特定健診後の健診結果通知時に初回面談の予約を実施している
4. 健診結果の通知後に予約実施をしている
5. データ集積／階層化／抽出等の後に予約実施をしている
6. 指導の案内の後に予約実施をしている
7. 事業所と連携しながら実施している
8. その他 (具体的に記入してください:)

Q25. 特定健診受診から特定保健指導(初回面接)までの期間を短縮する工夫はされていますか。(複数選択) (必須回答項目)

【被保険者】

1. 健診受診機関で健診結果返却時に階層化ができるようにしている
2. 健診受診機関で特定保健指導機関の予約ができるようにしている
3. 健診受診機関で特定保健指導の利用ができるようにしている
4. 年間に複数回健診・指導を実施
5. 階層化を速やかに実施
6. 健診データを速やかに提供してもらうようにしている
7. 特定健診受診日に初回面談を実施している
8. その他 (具体的に記入してください:)
9. 特に何もしていない

【被扶養者】

1. 健診受診機関で健診結果返却時に階層化ができるようにしている
2. 健診受診機関で特定保健指導機関の予約ができるようにしている
3. 健診受診機関で特定保健指導の利用ができるようにしている
4. 年間に複数回健診・指導を実施
5. 階層化を速やかに実施
6. 健診データを速やかに提供してもらうようにしている
7. 特定健診受診日に初回面談を実施している
8. その他（具体的に記入してください： ）
9. 特に何もしていない

Q26. 特定保健指導の自己負担額についてお答えください。(数値記入) (必須回答項目)

() 円

Q27. 特定保健指導のモデル実施について、実施されている場合は、実施内容をご記入ください。
(自由意見) (任意回答項目)

Q28. 特定保健指導について工夫されていることをお答えください。特に効果が高かった取組については、実施率の上昇状況についてもあわせてお答えください。(自由意見)(任意回答項目)

Q29. 特定保健指導について課題と感じていることをお答えください。(自由意見) (任意回答項目)

Q30. 本件アンケートでご回答をいただきました、貴保険者における特定健診・特定保健指導の取組について、他保険者への提供の可否について、お答えください。(1つ選択)(必須回答項目)

※東京都保険者協議会とは、医療保険者が連携・協力して、加入者の健康づくりを行うために設置され、東京都と東京都国民健康保険団体連合会が共同で運営している会議体です。

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">1. 提供できる2. 提供できない |
|--|

ご協力ありがとうございました。