

大阪市国民健康保険  
 特定保健指導取扱医療機関 様

大阪市福祉局生活福祉部保険年金課  
 大阪府医師会健診事業課

令和8（2026）年度大阪市国民健康保険 特定保健指導 実施にかかる留意事項について

貴院におかれましては、特定保健指導取扱医療機関としてご協力いただき厚くお礼申し上げます。  
 さて、令和8（2026）年度の特定保健指導につきましては、次の点にご留意のうえ、実施いただきますようお願いいたします。

記

1 委託料（金額は全て消費税10%を含む）

令和7年度から変更ありません。

特定保健指導	令和8（2026）年度
○動機付け支援※	9,911円
（内訳）初回面接支援の終了後	6,938円（70%）
実績評価終了後	2,973円（30%）
○積極的支援	27,522円
（内訳）初回面接支援の終了後	11,009円（40%）
実績評価終了後	16,513円（60%）
	継続支援部分は27,522円の50%分

2 特定保健指導利用券

用紙の色は水色（令和7年度の特定健診受診券と同じ色）です。

3 特定保健指導用教材「健康づくり応援ノート」

令和7年度の特定保健指導実施数程度（未実施の取扱機関は2部）を送付します。

※不足する場合は、各地区医師会にご連絡ください。

4 注意事項

（1）特定保健指導の実施方法について

特定保健指導を実施するには、次の2つの方法があります。

〈方法①〉特定健診結果説明時に初回面接を実施する。

【参照：別冊「特定保健指導の進め方」P.2】

特定保健指導取扱機関において特定健診を実施した場合、**特定健診結果に基づいて特定保健指導の対象となるかどうか判定（階層化）**してください（別紙1「特定保健指導対象者判定表」参照）。

対象となった場合は、個人票右面の「階層化判定」欄に記入し、対象者に**説明・同意を得たうえで特定保健指導（初回面接）を実施**してください。

※【オンライン等による直接請求機関へのお願い】

方法①により特定保健指導を実施した場合は、福祉局保険年金課に利用者情報（保険証記号・番号、氏名、受診券番号）をご連絡ください。（並行して他の機関で利用することを避けるため、特定保健指導利用券の送付を停止します。なお、大阪府医師会による代行請求の場合は連絡不要です。）

## 〈方法②〉対象者からの申込みを受けて実施する。

特定保健指導対象者には、健診費用が大阪府国民健康保険団体連合会で受理されてから約1～2か月後に利用券を送付します。貴機関に申込みがあった際にご対応ください。

### 特定健診結果説明時の特定保健指導実施〈方法①〉にご協力ください

特定健診の受診後、早期に特定保健指導を実施することで、健康意識が高まっている対象者に生活習慣改善を働きかけることができます。

## (2) 資格確認について

- ・初回面接実施日はオンライン資格確認等により必ず**大阪市国保の資格確認**を行ってください。また、上記〈方法②〉で指導を開始した場合は**特定保健指導利用券を回収**し、全ての費用決済が完了するまで保管してください。  
※毎回の支援（継続支援・実績評価）時も必ず大阪市国保の資格確認を行ってください。
- ・初回面接時に74歳の対象者については、実績評価時点（初回面接から3か月以上経過後）までに75歳に到達すると大阪市国民健康保険の資格がなくなり、特定保健指導を利用できなくなるため、生年月日（75歳到達日）を確認してその旨を伝え、了解を得たうえで指導を開始してください。
- ・資格確認を行わず特定保健指導を実施した場合、委託料はお支払いできません。

## (3) 特定保健指導の方法について

P. 4～6及び別冊「特定保健指導の進め方」をご覧ください。

## (4) 委託料の請求について

特定保健指導の委託料請求は特定健診の委託料決済後になるため、次の点においてご協力をお願いします。

### ① 請求の時期について

**「初回面接終了時」と「実績評価終了時」の2回に分けて請求**してください。（初回面接と実績評価の同時請求はできません。）

※オンライン等による直接請求（大阪府医師会代行請求を除く）では、特定健診委託料の返戻がないことを確認してから請求してください。

※大阪府医師会に代行入力を依頼される場合は、特定健診の請求と合わせて、又は特定健診の請求直後に初回面接の委託料を請求していただくこととなりますが、支払い時期は遅くなります。

### ② 特定保健指導利用券番号と有効期限について

委託料の請求には特定保健指導利用券の**「利用券番号」と「有効期限」**が必要です。

上記〈方法①〉で指導を開始した場合は、次のとおり作成して委託料をご請求ください。

〈方法②〉の場合は、回収した利用券の情報をもとにご請求ください。

## ◆ 利用券番号の作成方法

受診券番号（例）26100001234（前2桁は2026年度の26、3桁目の1は健診）

利用券番号を設定する際は、前2桁はそのまま

3桁目を 積極的支援の場合は **2**

動機付け支援の場合は **3**

4桁目を **9** に置換えてください。

→ 積極的支援の場合 26**29**0001234

→ 動機付け支援の場合 26**39**0001234 となります。

#### ◆ 利用券有効期限の設定方法

有効期限は、初回面接日の属する年度の末日（3月31日）に設定してください。

※年度末までに75歳に到達する場合の有効期限は、75歳の誕生日の前日としてください。

#### ③ その他

- ・実績評価について

**実績評価は、初回面接から必ず3か月以上経過後に実施**してください。3か月未満の場合はお支払いできません。

- ・動機付け支援で、実績評価の情報が得られない場合

複数回の連絡にも関わらず、動機付け支援対象者から最終評価情報を得られない場合は、「評価情報を得られないと判断した年月日（最終評価実施年月日の欄で報告）」、「最終評価時の支援形態または確認方法」、「評価不能時の確認回数（複数回）」、「最終評価の実施者」の報告をもって実績評価とし、委託料を請求してください。（積極的支援の場合はP. 6をご参照ください。）

- ・特定健診の階層化結果と異なる特定保健指導を実施した場合

委託料はお支払いできません。

- ・利用者が被保険者資格を喪失した場合

利用者が被保険者資格を喪失した時点で、特定保健指導の対象者ではなくなります。

特定保健指導の期間中に、指導時の資格確認や本人からの申し出、又は保険年金課からの連絡等により、被保険者資格の喪失を把握した場合は、特定保健指導を停止してください。

# 特定保健指導支援の方法（動機付け支援・積極的支援）

## 動機付け支援（初回面接・実績評価）

### 【初回面接】

生活習慣の確認や改善に向けた行動目標・計画を設定します。



初回面接から  
3か月以上経過後

### 【実績評価】

個人の目標や生活習慣の改善について、状況把握を行います。

### ◆ 初回面接〔参照：別冊「特定保健指導の進め方」P. 4～10、P. 13〕

- ① 1人20分以上（情報通信技術を活用した場合も同様）の個人面接を実施してください。（個々に行動目標・行動計画を作成することが必要なため個人面接を優先としますが、対象者の了解を得たうえでグループでの面接も可能です。なお、1グループは概ね8名以下とし、80分以上の面接を実施してください。）
- ② 体重及び腹囲の計測方法について説明します。（腹囲の測定指導は面接時間に含みません。）
- ③ 大阪市国保作成の教材「**健康づくり応援ノート**」を**対象者全員に配付**し、活用してください。また、「**健康づくり応援ノート**」の表紙に**実施機関名及び電話番号並びに初回面接日を記入し、保健指導がスタートしていることを説明してください。**（並行して他の機関で利用することを防止するため）この指定教材に加え、実施機関独自の教材を活用し、効果的な支援を実施することも可能です。  
※「健康づくり応援ノート」が不足する場合は、各地区医師会にご連絡ください。

### ◆ 実績評価（初回面接から3か月以上経過後に実施）

〔参照：別冊「特定保健指導の進め方」P. 11～12〕

- ① 初回面接から3か月未満の場合は特定保健指導終了者として認定されません。
- ② 実施日時、支援形態、評価の実施者、腹囲、体重、血圧、生活習慣の改善（食習慣・運動習慣・喫煙習慣・休養習慣・その他）について、必ず報告してください。
- ③ 評価情報が得られないために実績評価が完了できない場合は、実施日時（判断日時）、確認方法、評価できない場合の確認回数（複数回）、評価の実施者の報告をもって実績評価に代えることができます。（この場合の委託料の請求は、P. 3「③ 動機付け支援で、実績評価の情報が得られない場合」を参照してください。）
- ④ **実績評価の報告がない場合は「特定保健指導実施中」となり、翌年度の健診で特定保健指導の対象となっても特定保健指導を利用できないため、必ず報告してください。**
- ⑤ 保健指導終了後に利用者が相談できる窓口として、各区保健福祉センターで実施している食生活相談・常設健康相談を案内してください。（「健康づくり応援ノート」に掲載）

# 特定保健指導の実施例「動機付け支援」の場合

## 1 初回面接（20分以上）

▶ 血圧、体重、腹囲測定

▶ 生活習慣改善に向けた行動目標・計画を設定

① 3か月後の目標体重（腹囲）は？（健康づくり応援ノート P. 8）

現在の体重・・・82 kg（A）

目標の体重・・・80 kg（B）

② 目標達成のために減らすべき摂取エネルギー量は？

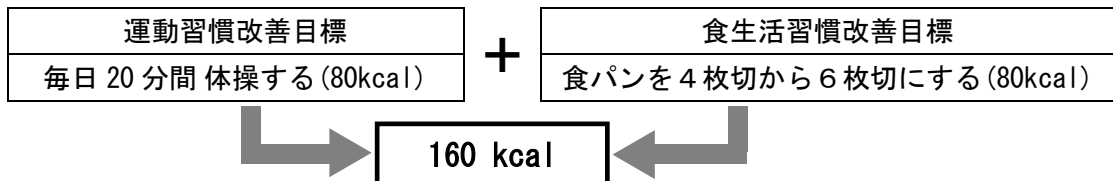
$$\begin{array}{|c|} \hline (A) - (B) \\ \hline 82 - 80 = 2 \text{ kg} \\ \hline \end{array} \times 7,000 \text{ kcal (体脂肪 1 kg)} = \begin{array}{|c|} \hline 14,000 \text{ kcal} \\ \hline \end{array} \text{ (C)}$$

減らすべき総摂取エネルギー量

$$\begin{array}{|c|} \hline (C) \\ \hline 14,000 \text{ kcal} \\ \hline \end{array} \div 3 \text{ か月} \div 30 \text{ 日} = \begin{array}{|c|} \hline 156 \text{ kcal} \\ \hline \end{array}$$

1日あたりの減らすべきエネルギー量

③ 生活習慣改善の目標をたてる（健康づくり応援ノート P. 12～21）



### 運動習慣改善目標例

- ・ 軽く汗をかく運動を週〇日に増やす
- ・ 徒歩で通勤する（買い物に行く）日を週〇日に増やす
- ・ 1日の歩数を〇歩増やす

### 食生活習慣改善目標例

- ・ 間食は週〇回に減らす
- ・ 甘い飲み物は週〇回に減らす
- ・ 主食は適量（ごはんなら〇グラム）にする
- ・ 菓子パン週〇回に減らす

## 2 実績評価（初回面接から3か月以上経過後に実施）

▶ 現在の状況を確認（健康づくり応援ノート P. 52）

面接・電話・手紙等で目標達成状況を確認します。

腹囲、体重、血圧、生活習慣の改善状況（食習慣・運動習慣・喫煙習慣・休養習慣・その他）を必ず把握してください。

【参考】

標準的な健診・保健指導プログラム【令和6年度版】厚生労働省健康局

検索

## 積極的支援 (初回面接・3か月以上の継続支援・実績評価)

### 【初回面接】

生活習慣の確認や改善に向けた行動目標・計画を設定し、支援プログラムを提供します。

### 【実績評価】

個人の目標や生活習慣の改善について、状況把握を行います。

### 【継続支援】

支援プログラムに基づいて、3か月以上の支援を行います。

### ◆ 初回面接 [参照：別冊「特定保健指導の進め方」P. 4～10、P. 13]

- ①～③「動機付け支援」の①～③と同じ
- ④ 継続支援が決められたポイント数（180ポイント）以上になるよう、特定保健指導支援計画を作成してください。（別紙2「継続的な支援のポイント構成」参照）

### ◆ 継続的な支援（3か月以上の継続支援）[参照：別冊「特定保健指導の進め方」P. 10]

- ① アウトカム評価とプロセス評価を合計し、180ポイント以上の支援を実施することを保健指導終了の条件とします。
- ② 腹囲2cm以上かつ体重2kg以上減少又は体重が当該年度の特定健康診査の体重の値に0.024を乗じて得た値(kg)以上かつ腹囲が当該値(cm)以上減少したと認められた場合は180ポイントと算定できます。
- ③ ポイントは、同日に複数の支援を行った場合は、いずれか1つの支援のみを算定対象とし、同日に同一の支援を複数回行った場合も、1回の支援のみを算定対象とします。
- ④ 保健指導と直接関係のない情報（保健指導に関する専門的知識・技術の必要のない情報・次回の日程調整や雑談等）のやりとりは支援時間に含まれません。
- ⑤ 電子メール等における支援は、特定保健指導実施者が支援を完了したと判断できるまで必要な情報のやりとりを行った場合に算定対象とします。一方的な情報の提供（メーリングリストによる情報提供等）は支援に含まれません。
- ⑥ 行動計画の実施状況について記載したものの提出を受け、それらの記載に基づいて支援を行ってください。
- ⑦ 当該行動計画表の提出や作成を依頼するための電話又はメール等によるやりとりは、継続的な支援としてカウントしません。
- ⑧ 中間評価として、取り組んでいる実践と結果についての評価と再アセスメント、生活習慣の振り返りを行い、必要に応じて行動目標・計画の見直しを行ってください。

### ◆ 実績評価

「動機付け支援」の①～⑤と同じ

### ■ 指導が継続できない場合（中断・脱落）

- ・複数回の参加勧奨にも関わらず参加を中断した者については、特定保健指導中断・脱落報告書（様式）により当該月の翌月10日までに報告してください。報告を受けた保険年金課等は中断した者へ再開を促します。
- ・上記による勧奨にも関わらず中断後2か月を経過した者は、脱落として認定し、その旨を利用者に通知してください。通知後2週間以内に利用者から再開依頼がない限り、脱落・終了と確定し、特定保健指導中断・脱落報告書（様式）により当該月の翌月10日までに報告してください。
- ・継続支援中（積極的支援）に脱落した場合は、脱落時点までの利用分の実施報告及び費用請求（積極的支援委託料の5/10に「計画ポイント数に対する実施済みポイント数の割合」を乗じた金額）を行ってください。（端数は四捨五入）

本通知に関するお問い合わせは 大阪市福祉局 生活福祉部 保険年金課（保健事業グループ）  
06-6208-9876 までお願いします。

# 【特定保健指導】対象者判定表

スタート

## 治療状況

高血圧症・脂質異常症・糖尿病の薬剤治療を受けていない。

いいえ、薬剤治療を受けている。

対象外

## 腹囲

腹囲が基準値以上である。  
(男性85cm・女性90cm)

いいえ

## BMI

BMIが25以上である。  
BMI=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)

いいえ

対象外

はい

はい

## 検査結果 該当項目を確認してください。

- ① 血圧が基準値以上である。  
収縮期(最高)130mmHg以上 または 拡張期(最低)85mmHg以上
- ② 脂質が基準値以上である。  
空腹時中性脂肪150mg/dL以上 または 随時中性脂肪175mg/dL以上 または HDLコレステロール40mg/dL未満
- ③ 血糖が基準値以上である。※  
空腹時血糖100mg/dL以上 または HbA1c5.6%以上  
(両方測定時は空腹時血糖を優先)

## 検査結果 該当項目を確認してください。

- ① 血圧が基準値以上である。  
収縮期(最高)130mmHg以上 または 拡張期(最低)85mmHg以上
- ② 脂質が基準値以上である。  
空腹時中性脂肪150mg/dL以上 または 随時中性脂肪175mg/dL以上 または HDLコレステロール40mg/dL未満
- ③ 血糖が基準値以上である。※  
空腹時血糖100mg/dL以上 または HbA1c5.6%以上  
(両方測定時は空腹時血糖を優先)

## 検査結果の該当項目数

2つ以上 1つ なし → 対象外

たばこ

現在、喫煙習慣がある → ない

動機付け支援

年齢

年度末の年齢が65歳以上である。  
(健診を受診した年の年度末年齢)

いいえ 64歳以下

積極的支援

動機付け支援

はい

## 検査結果の該当項目数

3つ 2つ 1つ なし → 対象外

動機付け支援

現在、喫煙習慣がある → ない

動機付け支援

年齢

年度末の年齢が65歳以上である。  
(健診を受診した年の年度末年齢)

いいえ 64歳以下

積極的支援

動機付け支援

はい

※やむを得ず空腹時血糖・HbA1cの測定ができなかった場合は、随時血糖を用いてください。

本表は特定保健指導の判定表で、メタボリックシンドロームの判定基準とは異なります。

## 継続的な支援のポイント構成

厚生労働省「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」より

アウトカム評価	腹囲 2.0 cm 以上かつ 体重 2.0 kg 以上減少 ※1		180 P
	腹囲 1.0 cm 以上かつ 体重 1.0 kg 以上減少		20 P
	食習慣の改善		20 P
	運動習慣の改善		20 P
	喫煙習慣の改善（禁煙）		30 P
	休養習慣の改善		20 P
	その他の生活習慣の改善		20 P
プロセス評価	支援種別	個別支援 ※2	支援 1 回当たり 70 P 支援 1 回当たり最低 10 分間以上
		グループ支援 ※2	支援 1 回当たり 70 P 支援 1 回当たり最低 40 分間以上
		電話	支援 1 回当たり 30 P 支援 1 回当たり最低 5 分間以上
		電子メール等	支援 1 往復当たり 30 P 1 往復＝特定保健指導実施者と積極的支援対象者の間で支援に必要な情報の共有を図ることにより支援を完了したと当該特定保健指導実施者が判断するまで、電子メール等を通じて支援に必要な情報のやりとりを行うことをいう。
	早期実施	健診当日の初回面接	20 P
		健診後 1 週間以内の初回面接	10 P

※1 当該年度の特定健康診査の結果に比べて腹囲 2.0cm 以上かつ体重 2.0kg 以上減少している場合  
(又は当該年度の健診時の体重の値に、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) 以上減少している場合)

※2 情報通信技術を活用した支援を含む

(様式)

特定保健指導中断・脱落 報告書 ( 月分)

令和 年 月 日

大阪市福祉局長 様

所 在 地  
名 称  
代表者氏名・役職

特定保健指導の業務  
を統括する者の氏名

次のとおり報告します。

《 中 断 》

	氏 名	区 名	利用券番号	指導種別	中 断 日
1				積・動	年 月 日
2				積・動	年 月 日
3				積・動	年 月 日
4				積・動	年 月 日
5				積・動	年 月 日

《 脱 落 》

	氏 名	区 名	利用券番号	脱 落 日	費用請求 <small>積極的支援のみ</small>
1				年 月 日	有・無
2				年 月 日	有・無
3				年 月 日	有・無
4				年 月 日	有・無
5				年 月 日	有・無

【提出期限：翌月 10 日】