

平成 29 年 7 月 24 日

事業主様

東京都家具健康保険組合
健康管理課（遠藤・二上）
（☎03-3833-6163）

健康企業宣言事業所に対する支援事業について

平素より、当健康保険組合の事業運営につきまして、格別のご理解とご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、昨年スタートした「健康企業宣言」において、健康保険組合は事業所の取組みをサポートする位置づけとされており、今般、そのサポートの具体的な内容を決定したのでお知らせします。

平成 29 年度における「健康企業宣言」をした事業所に対する当健康保険組合のサポートは、健康相談、健康づくりイベントの講演、健康教室の開催および健康情報（チラシやリーフレット等）の提供です。さらに、当健康保険組合診療所による「禁煙サポートプログラム（禁煙治療）」（以下、「プログラム」という。）の実施およびプログラムによる禁煙成功者に対する薬剤費の 9 割相当額の補助など、その取組みを支援します。

具体的な内容は下記のとおりです。また、「第 1」及び「第 2」の詳細は当健康保険組合ホームページでご確認いただけます。その他不明な点は健康管理課までお問い合わせください。

記

第 1 健康相談・健康づくりイベント講演等支援事業

1. 対象事業所

「健康企業宣言」をした事業所（原則、先着順で最大 4 事業所まで）

2. 支援内容

- (1) 保健師が事業所を訪問して、測定機器を用いた健康相談を行います。
- (2) 事業所が主催する健康づくりイベントで保健師等による講演や実践指導を行います。
- (3) 事業所内において健康の知識を深めるために定期的に学習会（健康教室）を開催します。
- (4) 上記(2)が当健康保険組合の保健師以外（管理栄養士等専門職）の講師であって、健康保険組合が認めた場合は、講演料（人件費）の一部を補助します。（1 事業所あたり限度額 5 万円）

【例】考えられる健康教室・健康づくりイベント講師派遣テーマ

- ①運動系講演内容（実施講師の資格：保健師又は健康運動指導士）

〈テーマ〉 普通のカラダの使い方メタボを予防／〇〇〇でメタボを予防／正しい歩き方でメタボ予防

- ②栄養系講演内容（実施講師の資格：管理栄養士又は保健師）

〈テーマ〉 少しのチェンジでメタボ予防／外食を一工夫／生活習慣の予防／健康なカラダをつくる食習慣

- ③メンタルヘルス講演内容（実施講師の資格：保健師／臨床心理士）

〈テーマ〉 こころとカラダのセルフケア／ストレス耐性について／ストレスについて

- ④その他の講演内容（実施講師の資格：保健師）

〈テーマ〉 メタボリックと睡眠の関係／健康診断結果表の見方／メタボと禁煙

3. 実施期間

平成 29 年 9 月 1 日～平成 30 年 2 月 28 日

4. 実施場所

加入事業所の本社・支社（店）・工場等の事業場または近接するイベント会場

第2 禁煙チャレンジ事業所支援事業

1. 対象者

「健康企業宣言」をした事業所の被保険者（先着順で最大10名まで）

2. 支援内容（プログラムの内容）

(1) スケジュール

標準的な禁煙治療は、12週間にわたり合計5回の診察が行われます。

※5回の診察は、①初診日、②初診日の2週後、③初診日の4週後、④初診日の8週後、⑤初診日の12週後に行われます。

(2) 治療内容

家具健保会館内診療所で禁煙治療を行います。（診療時間はお一人につき10～15分程度）

診察／呼気一酸化炭素濃度の測定／禁煙実行・継続のアドバイス／禁煙治療薬等の処方

(3) 費用

プログラム参加費として一人12,020円を初診後にお支払いいただきます。（薬剤費の3割）

なお、治療薬の服用を終了した日から3ヶ月経過後も禁煙が続いていて禁煙成功と認められると参加費の3分の2（8,010円）の還付を受けられるため、禁煙成功した場合の実質的な自己負担は薬剤費の1割（4,010円）になります。

※通常、保険証を使い病院等で禁煙治療を受けると治療費の自己負担額（3割負担）は20,000円程度かかりますが、当診療所は、初（再）診料、ニコチン依存症管理料、処方せん料及び調剤料は不要です。

(4) その他

①診察は予約制です。診療日時は、毎週火曜日の午後1時30分から午後4時30分です。

なお、遠方等の理由により家具健保会館内診療所への通院が困難な場合は遠隔診療を行います。

※遠隔診療はパソコンやスマートフォンのビデオ通話による診察です。通常の予約とは別に承ります。

②治療薬はチャンピックス（ファイザー株）です。初診時に副作用等支障が懸念される方は参加できないことがあります。また、途中で副作用等支障が出た場合は中止します。

【副作用例】 ■禁煙は治療の有無にかかわらず様々な症状（気分が落ち込む、あせりを感じる、不安を感じる等）を伴うことが報告されています。また、もともとこのような症状がある場合は、その症状が強くなる場合があります。この薬を服用中にこのような症状があらわれたら、服用を中止し主治医にご相談ください。

■服用後に、めまい、眠気、意識障害等の症状があらわれ、自動車事故に至った報告があるので、事故をふせぐため、自動車の運転や危険を伴う機械の操作はしないでください。

■他の禁煙補助薬との併用はしないでください。 など

③このプログラム以外で禁煙治療を受けられても、ここでの還付等は受けられません。

3. 事業実施期間

プログラム期間：治療薬の服用開始日から6ヵ月間 ※申込期限：平成29年9月12日（火）

4. 実施場所等

(1) 東京都家具健康保険組合診療所（東京都文京区湯島3-24-5 家具健保会館3階）

(2) 遠方等のため上記診療所に通院が困難な場合、初回診察は個別に相談させていただきます。

2回目以降は、パソコンやスマートフォンのビデオ通話による遠隔診療になります。

①遠隔診療に使用する通信機器をご用意できない場合は、通信機器をお貸しいたしますが、Wi-Fi通信が可能な環境が必要です。（貸出用の通信機器は先着順で2台限り）

②禁煙治療で用いる薬は当組合が直接お渡しします。遠隔診療の方は事業所へ送付します。

第3 健康に関するコンテンツ提供事業

優良企業認定の際に企業内周知の実績が必要となる健康情報について、チラシ、リーフレットおよびデジタルデータ等のコンテンツを提供し、その取組みを支援します。

【例】提供できる健康に関する情報

- | | |
|-----------------|------------------|
| ①ストレスチェックに関する情報 | ②運動やウォーキングに関する情報 |
| ③歯科衛生に関する情報 | ④禁煙に関する情報 |

I 健康相談・健康づくりイベント講演等支援事業実施要綱

「健康企業宣言」を行い、健康優良企業を目指して職場の健康経営・健康づくりに取り組む事業所に保健師が訪問して、測定機器を用いた健康相談を行います。また、事業所が主催する健康づくりイベントでは保健師等専門職による講演や実践指導、さらに、健康の知識を深めるために定期的に学習会（健康教室）を開催するなど、その取組みを支援します。

対 象 事 業 所		東京都家具健康保険組合の加入事業所のうち、「健康企業宣言」を行い、健康優良企業を目指して職場の健康経営・健康づくりに取り組んでいる事業所が対象となります。 (原則、先着順で最大 4 事業所まで)	
対 象 期 間		平成 29 年 9 月 1 日～平成 30 年 2 月 28 日	
申 込 期 限		イベント等の開催日の 1 ヶ月前まで。最終締め切りは平成 30 年 1 月末日	
実 施 場 所		事業所の本社・支社（店）・工場等の事業場または近接するイベント会場	
支 援 内 容	測定機器を用いた健康相談	健康保険組合の保健師が事業所を訪問し、測定機器を用いて測定し、その結果をもとに個人ごとの健康相談を行います。(体組成計測定・血圧測定・血糖値測定・血圧脈派測定・スパイロメーターによる肺活量等の測定)	
	健康に関する講演や実践指導の受講及び講演料に対する補助	事業所が主催する健康づくりイベント等で健康保険組合の保健師が講演や実践指導を行います。また、健康に関する知識を深めるために様々なテーマを取り入れたカリキュラムを組んだ学習会（健康教室）を一定期間・定期的に開催することも可能です。(参加者が大勢の場合は複数名で対応し、概ね月 1 回のペースで最長 6 ヶ月間まで可能です。)	
		事業所が主催する健康づくりイベント等で健康保険組合の保健師以外の管理栄養士等専門職を招いて講演や実践指導等を行った場合、健康保険組合が認めたときに限り、講演料（会場費・交通費等を除く）に対して、5 万円を上限とした補助金を支給します。 なお、年度内に複数回実施した場合は、その対象となる補助金の合算額が 5 万円を超えない範囲で支給します。(2 事業所以上の合同開催の場合も上限は 5 万円になります。)	
申 込 ・ 申 請 手 続 き (必 要 書 類)	測定機器を用いた健康相談	(A) 測定機器を用いた健康相談を希望される場合 →測定機器を用いた健康相談開催申込書（様式第 1 号）	
	保健師・管理栄養士等専門職による講演・実践指導、健康教室	(B) 健康づくりイベントで保健師や管理栄養士等専門職の講演や実践指導を希望する場合 →健康づくりイベント講演・健康教室開催申込書（様式第 2 号） (C) 健康教室（少人数形式の学習会）を希望する場合 →健康づくりイベント講演・健康教室開催申込書（様式第 2 号）	
		添付書類	補助金を受けようとするときは、あらかじめ計画（企画）書と見積書が必要です。 書類を事前に審査し、補助金の支給対象になるか否かをお知らせします。
	保健師以外の専門職に支払った講演料に対する補助金の支給申請	(D) 健康づくりイベント講演料補助金支給申請書（様式第 3 号） 注) 申請書は事業主が請求するものとし、所定の事項を記入し、必要となる添付書類と一緒に、実施後速やかに提出してください。	
		添付書類	講師又は派遣元会社が発行した請求書と領収書（原本）
補 助 金 支 払 方 法		事業所の指定口座（健保口座）へ入金します。	

(参 考)

健康づくりイベントにおける講演や実践指導、健康教室などで考えられるテーマについては、別添の「健康づくりイベント講師派遣テーマ一覧」をご覧ください。

測定機器を用いた健康相談の申込から開催までの流れ

1 開催を申し込む

「測定機器を用いた健康相談開催申込書」（様式第1号）に所定の事項を記入して健康保険組合に提出してください。

2 開催に向けて打ち合わせる

開催に向けて準備していただくものなどを事前に連絡をとって調整します。（原則、電話又はメールで行います）

3 開催する

原則、開催当日に直接会場へ赴きます。
（準備していただいたものなどは開催直前に確認いたします。）



健康づくりイベント講演・健康教室の申込から開催・補助金の請求までの流れ

1 開催を申し込む

「健康づくりイベント講演・健康教室開催申込書」（様式第2号）に所定の事項を記入して健康保険組合に提出してください。

2 開催に向けて打ち合わせる

イベントの内容と講師について事前に打ち合わせます。（原則、電話又はメールで行います）

3 外部講師に講演を依頼する

健康保険組合の保健師以外に専門職の講師（外部講師）をご希望の場合は、直接、その講師に講演を依頼してください。
なお、講師が見つからないときは健康保険組合にご相談ください。

4 開催する

事前に打ち合わせた計画に沿って開催していただきます。（健康保険組合の保健師が講演する場合は、開催当日直接会場へ赴きます。）

5 補助金の支給を申請する

（講師が健康保険組合の保健師以外で講師費用を支払った場合）

外部講師の講演料に係る補助金を請求する場合は「健康づくりイベント講演料補助金支給申請書」（様式第3号）に所定の事項を記入し、領収書（原本）等を添付して、平成30年3月30日（金）までに健康保険組合に必ず届くように提出してください。

(様式第 1 号)

常務理事	事務局長	主管部(課)長	課長補佐	係 長	係 員

測定機器を用いた健康相談開催申込書

平成 年 月 日

東京都家具健康保険組合 健康管理課 宛

次のとおり保健師による測定機器を用いた健康相談開催を申し込みます。

事業所	名 称				事業所 記 号	
	所 在 地					
	電話番号・FAX	☎ ()		FAX ()		
	E-mail					
	担当者氏名					
□ 1 回 (今回) 限り / □ 第 〇 回目 (一度の開催で終わらない場合)	希望日時	第一希望	平成 年 月 日 () : ~ : (分)			
		第二希望	平成 年 月 日 () : ~ : (分)			
		第三希望	平成 年 月 日 () : ~ : (分)			
	相談希望人数		名 (男性 名 ・ 女性 名)			
	開催場所	名 称				
		所 在 地				
		交通手段 (最寄駅から)	『 』 線 『 』 駅から (バス 分 ・ 徒歩 分)			
	測定機器と測定でわかること	希望される測定 (検査) を選んでください。(☑する)				
		<input type="checkbox"/> 体組成計測定 体重、体脂肪量、筋肉量、基礎代謝、体水分率を測定します。(測定時間はお一人につき 15 分程度)				
		<input type="checkbox"/> 血圧測定 血圧を測定します。(測定時間はお一人につき 20 分程度)				
<input type="checkbox"/> 血糖値測定 血糖値を測定します。(測定時間はお一人につき 20 分程度)						
<input type="checkbox"/> 血圧脈派測定 血管の弾力性や詰まり具合がわかります。(血管年齢) (測定時間はお一人につき 20 分程度)						
<input type="checkbox"/> スパイロメーター 肺活量などを測定して、肺の動き、気管支喘息、肺気腫など、肺の病気が疑われる疾患がないか調べる検査に用いられます。(肺年齢) (測定時間はお一人につき 30 分間程度)						

※ お申し込み時に次のご確認をお願い致します。

1. 事前のお打ち合わせにつきましては、原則、お電話やメールにてお願い致します。

2. 人数が大勢いる又は事業場(支店や工場等)が複数あって、一度の開催で健康相談が終わらず複数回に分けて開催を希望される場合は、お手数ですが、写しをとっていただき「第〇回目」と記入してお申込みください。

(様式第2号)

常務理事	事務局長	主管部(課)長	課長補佐	係長	係員

健康づくりイベント講演・健康教室開催申込書

平成 年 月 日

東京都家具健康保険組合 健康管理課 宛

※ A または B のいずれかを選び○印をつけてください。

次のとおり（ A 健康づくりイベントの講演 ・ B 保健師による健康教室開催 ）を申し込みます。

事業所	名 称				事業所 記 号	
	所 在 地					
	電話番号・FAX	☎ ()	FAX	()		
	E-mail					
	担当者氏名					
□ 1 回 (今回) 限り / □ 第 回 (健康教室を継続される場合)	希望日時	第一希望	平成 年 月 日 () : ~ : (分)			
		第二希望	平成 年 月 日 () : ~ : (分)			
		第三希望	平成 年 月 日 () : ~ : (分)			
	受講者数		名 (予定)			
	開催場所	名 称				
		所 在 地				
		交通手段 (最寄駅から)	『 』 線 『 』 駅から (バス 分・徒歩 分)			
	希望する講師 (健康づくりイベントの場合)		□ 保健師 □ その他 (特に希望がある場合)			
	講義内容	形 式	□ 聴講のみ □ 聴講と実践指導の両方			
		テ ー マ				
		内 容				
		希望事項				

※ お申し込み時に次のご確認をお願い致します。

- 事前のお打ち合わせにつきましては、原則、お電話やメールにてお願い致します。
- 講演内容につきましては、ご希望になるべく添えるように致しますが、ご相談の上、最善のご提案を致しますので、ご協力をお願い致します。なお、講演は対面式のみとなります。また、ビデオ撮影やTV放映等のご遠慮願います。
- 健康保険組合の保健師以外の専門家に支払う講演料に対して支給される補助金を申請する場合は、計画（企画）書と見積書を添付してください。書類を事前に審査し、補助金の支給対象であるか否かをお知らせします。
- 開催継続を希望される場合は、お手数ですが、写しをとっていただき「第○回目」と記入してお申込みください。なお、開催を継続される場合は、原則、月1回で最長6ヶ月までとさせていただきます。

(様式第 3 号)

常務理事	事務局長	主管部(課)長	課長補佐	係 長	係 員

健康づくりイベント講演料補助金支給申請書

平成 年 月 日

東京都家具健康保険組合 殿

申請書の提出期限は
平成 30 年 3 月 30 日 (金) 必着です

次のとおり健康づくりイベント講演料補助金の支給を申請します。

事業所	名 称				事業所 記 号	
	事業主名		⑩			
	所在地					
	電話番号・E-mail	☎ ()	E-mail			
	担当者氏名					
開催された健康づくりイベント	開催日時		平成 年 月 日 () : ~ : (分)			
	受講者数		名			
	開催場所	名 称				
		所在地				
	講演内容	テーマ／目的				
		講 師	(氏 名)	(資格名・専門分野)		
		概 要				
費用・内訳 (講師へ支払った講演料)						

- ※ 申請する時に次のご確認をお願い致します。
- 1. 照会等につきましては、原則、お電話やメールにてお願い致します。
 - 2. 講演内容のないよう概要につきましては、受講者にお配りするレジュメなどに代えても差し支えありません。
 - 3. 費用・内訳につきましては、講演料金（講演料）の人件費相当となりますので、講演料金（講演料）が明記された講演予定者又は派遣元会社が作成（発行）した請求書と領収書の原本を添付してください。原本は確認後お返しします。
 - 4. 補助金は、東京都家具健康保険組合が事前に認めた計画であって、その計画に沿った講演が行われた場合に限り、その対価（報酬）として支払った講演料に対して補助金を支給することになります。

(参 考)

健康づくりイベント講師派遣テーマ一覧

①運動系講演内容（実施講師の資格：保健師／健康運動指導士）

	実施テーマ	目的と対象	形式	実施内容詳細	必要環境
運 動	正しい歩き方で メタボ予防	＜目的＞ 普段の歩き方を正しく行う ことによって、身体活動の向 上を促します。 ＜対象＞ 運動不足の方 運動習慣の少ない方	講義 実技	・メタボリックシンドロームについて ・歩くことのメリット ・動きのチェック ・歩数のチェック ・正しい歩き方の実技指導	
	普通のカラダの使い 方でメタボを予防	＜目的＞ 正しいカラダの使い方の方 法を理解していただき、日常 での身体活動増加を促しま す。 ＜対象＞ 運動不足の方 運動習慣の少ない方	講義 実技	・メタボリックシンドロームについて ・生活習慣について ・動きのチェック ・日常でできる運動方法	＜場所＞ 簡単に動けるスペース ＜所要時間＞ 60～90 分 ＜服装＞
	「*****」でメタボを 予防 （「」内の運動種目は 実施事業所さまとご 相談の上決定します）	＜目的＞ ラジオ体操や自宅のできる 運動の正しい実践方法を習得 いただき、運動の習慣化を促 します。 ＜対象＞ 運動不足の方 運動習慣の少ない方	講義 実技	・メタボリックシンドロームについて ・生活習慣について ・「*****」の実技方法	普段着（女性の方は動きや すい服装） ※ 参加人数によっては音 響機器、放映用設備

※ 実施内容については、実施事業所様の設備環境、従業員様の勤務形態等を事前にお打ち合わせの上、決定させていただきます。

②栄養系講演内容（実施講師の資格：管理栄養士／保健師）

	実施テーマ	目的と対象	形式	実施内容詳細	必要環境
栄 養	少しのチェンジで メタボ予防	＜目的＞ ご自身の食事の取り方「く せ」を知り、改善意識を誘発 します。 ＜対象＞ 肥満気味の方 栄養知識の少ない方	講義	・メタボリックシンドロームについて ・適切な栄養と量のバランス ・食べ方の習慣について ・適した食事の選び方	
	外食を一工夫、 生活習慣の予防	＜目的＞ 外食での食事の選び方や留 意点を習得し、日常での食事 選択力を身につけていただき ます。 ＜対象＞ 外食が多い方（コンビニ食 を含む）	講義	・メタボリックシンドロームについて ・適切な栄養と量のバランス ・外食のメリット・デメリット ・外食の選び方	＜場所＞ 会議室など ＜所要時間＞ 60～90 分 ＜服装＞ 普段着 ※ 参加人数によっては音 響機器、放映用設備
	健康なカラダを つくる食習慣	＜目的＞ ご自身にとって必要な栄養 （質と量）について知ってい ただき、適切な食習慣を促し ます。 ＜対象＞ 栄養について知識啓発がな されていない方	講義	・メタボリックシンドロームについて ・食習慣と生活習慣 ・適切な栄養の量とバランス	

③メンタルヘルス講演内容（実施講師の資格：保健師／健康運動指導士）

	実施テーマ	目的と対象	形式	実施内容詳細	必要環境
メンタルヘルス	こころとカラダのセルフケア	<目的> ストレスとカラダの関係を理解し、セルフケアの実技を体得していただき、セルフケアの実践を日常に取り入れていただきます。 <対象> 心身の健康の関係性の研修が初めての方	講義 実技	・ストレスの理解 ・ストレスからくる疾病 ・ストレスとカラダの関係 ・不調のサイン ・姿勢のチェック ・カラダのチェック ・リラクゼーション法	<場所> 簡単に動けるスペース <所要時間> 90分 <服装> 普段着 ※ 参加人数によっては音響機器、放映用設備
	ストレス耐性について	<目的> 「ストレスに強い」とは何か、ストレス耐性について理解していただき、耐性の一つ、良好な生活習慣とカラダづくりの重要性を理解していただきます。 <対象> ストレス耐性の研修が初めての方	講義 実技	・ストレスの理解 ・ストレス耐性 ・ストレスと生活習慣 ・ストレス耐性チェック ・こころとカラダをほぐすストレッチ	
	ストレスについて	<目的> ストレスはストレスとそれに対する反応であることを理解し、ストレスの認知によって、いくつかの対処方法を見いだせることを理解していただきます。 <対象> ストレス反応の研修が初めての方	講義 実技	・ストレスのとは ・ストレスと心身の反応 ・認知について ・対処法（不調のサイン・こころとカラダをほぐすストレッチ）	

※ プログラムはストレス対処内一次予防の、病気の発症を防ぐ内容になります。個別のメンタル相談は行いません。

④その他の講演内容（実施講師の資格：保健師／健康運動指導士）

	実施テーマ	目的と対象	形式	実施内容詳細	必要環境
睡眠	メタボと睡眠の関係	<目的> 睡眠が身体に与える影響や、効率の良い睡眠方法の知識を習得していただきます。 <対象> 交代勤務など不規則な形態の方 睡眠不足が心配される方	講義 実技	・メタボリックシンドロームと生活習慣 ・睡眠の影響 ・質の良い睡眠をとるために ・入眠前のストレッチなど	<場所> 簡単に動けるスペース <所要時間> 60～90分 <服装> 普段着 ※ 参加人数によっては音響機器、放映用設備
健診結果	健康診断結果表の見方	<目的> ご自身の健診によるデータの推移や、想定される疾病の知識を習得し、適切な生活習慣を送る動機付けを行います。 <対象> 健康診断への関心を高めていただきたい方	講義	・健康診断の項目について ・動脈硬化について ・メタボリックシンドロームについて ・動脈硬化性疾患について	<場所> 簡単に動けるスペース <所要時間> 60～90分 <服装> 普段着 ※ 参加人数によっては音響機器、放映用設備
喫煙	メタボと禁煙	<目的> 喫煙が健康被害や経済的なコストに繋がることを理解し、禁煙を促します。 <対象> 喫煙習慣のある方	講義	・喫煙とカラダの関係 ・喫煙によるメタボリックシンドロームと疾病の発症リスク ・禁煙後の健康改善 ・禁煙後の体重増加を防ぐ方法（運動／食事）	<場所> 簡単に動けるスペース <所要時間> 60～90分 <服装> 普段着 ※ 参加人数によっては音響機器、放映用設備

Ⅱ 禁煙チャレンジ事業所支援事業実施要綱

「健康企業宣言」を行い、健康優良企業を目指して職場の健康経営・健康づくりに取り組む事業所の社員は、「禁煙サポートプログラム（禁煙治療）」（以下、「プログラム」という。）に参加することができます。なお、禁煙治療薬の服用を終了した日から３ヶ月経過後も禁煙が続いていて禁煙成功と認められた場合は、補助としてプログラム参加費としていただいた薬剤費の自己負担額（薬剤費の３割）のうち一部（薬剤費の２割）を還付するなど、その取組みを支援します。

対 象 者		東京都家具健康保険組合の加入事業所のうち、「健康企業宣言」を行い、健康優良企業を目指して職場の健康経営・健康づくりに取り組んでいる事業所に勤務する当健康保険組合の被保険者が対象となります。（先着順で最大 10 名まで）
プログラム期間		治療薬の服用開始日から 6 カ月間
申 込 期 限		平成 29 年 9 月 12 日（火）
実 施 場 所		<p>(1) 東京都家具健康保険組合診療所（東京都文京区湯島 3-24-5 家具健保会館 3 階）</p> <p>(2) 遠方等のため上記診療所に通院が困難な場合、初回診察は個別に相談させていただきます。</p> <p>2 回目以降は、パソコンやスマートフォンのビデオ通話による遠隔診療になります。</p> <p>①遠隔診療に使用する通信機器をご用意できない場合は、通信機器をお貸しいたしますが、Wi-Fi 通信が可能な環境が必要です。（貸出用通信機器は先着順で 2 台限り）。</p> <p>②禁煙治療で用いる薬は当組合が直接お渡しします。遠隔診療の方は事業所へ送付します。</p>
支 援 内 容	スケジュール	標準的な禁煙治療は、12 週間にわたり合計 5 回の診察が行われます。
	治 療 内 容	家具健保会館内診療所で禁煙治療を行います。（診療時間はお一人につき 10～15 分程度） 診察／呼気一酸化炭素濃度の測定／禁煙実行・継続のアドバイス／禁煙治療薬等の処方
	費 用	<p>(1) プログラム参加費として 12,020 円を初診後にお支払いいただきます。（薬剤費の 3 割）</p> <p>※1 プログラム参加費は、治療薬と吐き気を抑える薬（制吐薬）の薬剤費（3 割）になります。</p> <p>※2 通常、保険証を使い病院等で禁煙治療を受けると自己負担額（3 割負担）は 20,000 円程度かかりますが、当診療所は、初(再)診料、ニコチン依存症管理料、処方せん料及び調剤料は不要のため少額になります。</p> <p>(2) 治療薬の服用を終了した日から 3 ヶ月経過後も禁煙が続いていて禁煙成功と認められると参加費の 3 分の 2（8,010 円）の還付を受けられるため、禁煙成功した場合の実質的な自己負担は薬剤費の 1 割（4,010 円）になります。</p> <p>※1 予定した治療薬の服用を終了する前に医師が診察し、服用が不要（終了）とされた方又は治療（服薬）中止を指示された方には、未処方薬剤分の費用を返還いたします。自己都合により途中で治療を辞められても未処方薬剤分は返還いたしません。</p> <p>※2 還付は治療薬の服用を終了した日から 3 ヶ月経過後の時点で被保険者である方が受けられます。</p>
	そ の 他	<p>(1) 診察は予約制です。診療日時は、毎週火曜日の午後 1 時 30 分から午後 4 時 30 分まで。</p> <p>なお、遠方等の理由により家具健保会館内診療所への通院が困難な場合は遠隔診療を行います。</p> <p>※ 遠隔診療はパソコンやスマートフォンのビデオ通話による診察で、通常の予約とは別に承ります。）</p> <p>(2) 治療薬はチャンピックス（ファイザー株）です。副作用等支障のある方は参加できません。</p> <p>(3) 治療薬の服用を終了した日から 3 ヶ月経過後も禁煙が続いていることを確認するため、自己申告以外に第三者による証明となる禁煙サポーター（原則、健康保険委員）の協力が必要です。</p>
申込・申請手続き （必要書類）		<p>禁煙サポートプログラム（禁煙治療）参加申込書（様式第 4 号）</p> <p>参加申込みと一緒に 禁煙宣言書（様式第 4 号の 1） を提出していただきます。</p> <p>※禁煙治療を希望される方は必ず「禁煙サポートプログラム（禁煙治療）について」をお読みください。</p>
		診察用タブレット端末借用申請書（様式第 5 号）
		<p>禁煙サポートプログラム（禁煙治療）終了者に係る還付申請書（様式第 6 号）</p> <p>申請書と一緒に 禁煙成功報告書（様式第 6 号の 1） を提出していただきます。</p>
補助金支払方法		申請のあった事業所の指定口座（健保口座）へ入金します。

禁煙サポートプログラム（禁煙治療）の申込から還付申請までの流れ

1 禁煙チャレンジを申し込む

（参加者は禁煙宣言をしてください）

「禁煙サポートプログラム(禁煙治療)参加申込書」(様式第4号)に所定の事項を記入し、「禁煙宣言書」(様式第4号の1)を添えて健康保険組合に提出してください。

2 プログラムの説明を受ける

プログラム開始にあたり、事業所担当者様へプログラムの内容や事業所に整えていただく環境等を説明します。(原則、電話又はメールです)

3 初診日が決まる

初診日(初回診察日)が決まると、2回目以降の診察日も自動的に決まります。(原則、電話又はメールで行います)

4 遠方で通院が困難かつ通信機器を用意できない場合はタブレット端末を申し込む

ビデオ通話による診療に使用するパソコンやスマートフォンなどを用意できない場合は「診察用タブレット端末借用申込書」(様式第5号)に所定の事項を記入して健康保険組合に提出してください。

5 タブレット端末が届く

(遠隔診療の場合)

診察用のタブレット端末本体と付属品一式が事業所に届きますので、取扱説明書等を読んで通信ができることを確認してください。

6 初回の診察を受ける

(標準的な禁煙治療は、12週間で5回の診察)

予約時刻から順次、診察を始めます。診察は予約時間が前後するなど予定時刻とズレが生じることがあります。

7 お薬を受け取る 同時に請求書も届く

- ①治療を開始された方には、初回の診察後にお薬が出ます。遠隔診療の方には事業所の担当者さまにまとめてお送りします。
- ②プログラム参加者費用はまとめて一括で納めます。参加者から参加費を集金し、請求書が届き次第、速やかにお振り込みください。

8 再診を受ける(終了まで)

予約された日時に診察(再診)を受けます。お薬は初診と同じようにお受け取りください。

9 タブレット端末を返却する

最後の診察が終わり次第、速やかに診察用のタブレット端末本体と付属品一式を健康保険組合に返却してください。

10 期限内に還付申請する

(治療薬の服用が終了して日から3ヶ月経過後も禁煙が続いていたら、禁煙は成功です。)

治療薬の服用を終了して日から3ヶ月経過後も禁煙が続いていれば禁煙は成功です。参加費の3分の2が還付されます。「禁煙サポートプログラム(禁煙治療)終了者に係る還付申請書」(様式第3号)に所定の事項を記入し、「禁煙成功報告書」(様式第6号の1)を添付して、平成30年3月30日(金)までに健康保険組合に必ず届くように提出してください。健康保険組合に提出してください。

診察のスケジュール



(様式第 4 号)

常務理事	事務局長	主管部(課)長	課長補佐	係 長	係 員

禁煙サポートプログラム（禁煙治療）参加申込書

平成 年 月 日

東京都家具健康保険組合 健康管理課 宛

次のとおり禁煙サポートプログラム（禁煙治療）の参加を申し込みます。

事業所	名 称							事業所 記 号	
	所 在 地								
	電話番号・FAX	☎ ()			FAX ()				
	E-mail								
	担当者氏名								
禁煙治療の希望者		氏 名	年 齢	保険証の番号		氏 名	年 齢	保険証の番号	
	1		歳		6		歳		
	2		歳		7		歳		
	3		歳		8		歳		
	4		歳		9		歳		
	5		歳		10		歳		
初回診察（問診等）	希望日時	第一希望	平成 年 月 日（火） : ~ : （分）						
		第二希望	平成 年 月 日（火） : ~ : （分）						
		第三希望	平成 年 月 日（火） : ~ : （分）						
	訪問診察の場合	名 称							
		所 在 地							
		交通手段 (最寄駅から)	『 』線 『 』駅から (バス 分・徒歩 分)						
診察する医療機関 / 東京都家具健康保険組合付属診療所（東京都文京区湯島 3-24-5 家具健保会館 3 階）									
診 察 す る 医 師 / 嘱託医（非常勤）2 名									
診 察 日 ・ 時 間 / 毎週火曜日・午後 1 時 3 0 分～4 時 3 0 分 ※事前に電話予約が必要です。									

- ※ お申し込み時に次のご確認をお願い致します。
- お打ち合わせにつきましては、原則、お電話やメールにてお願い致します。
 - 禁煙治療の希望者には、禁煙サポートプログラム（禁煙治療）をご理解の上でお申し込みいただくようお願いします。
 - 遠方等のため家具健保会館内診療所に通院が困難な場合、初回診察は個別に相談させていただきます。
2回目以降は、パソコンやスマートフォンのビデオ通話による遠隔診療になります。
 - 遠隔診療に使用する通信機器をご用意できない場合は、通信機器をお貸しいたしますが、Wi-Fi 通信が可能な環境が必要です。なお、貸出用の通信機器は先着順で 2 台限りとなります。
 - 禁煙治療で用いる薬は当組合が直接お渡しします。遠隔診療の方は事業所へまとめて送付します。

禁煙サポートプログラム(禁煙治療)について

1. スケジュール

標準的な禁煙治療は、12週間にわたり合計5回の診察が行われます。

※ 5回の診察は、①初診日、②初診日の2週後、③初診日の4週後、④初診日の8週後、⑤初診日の12週後に行われます。

2. 治療内容

禁煙治療では、診察時に次のようなことを行います。また、診療時間はお一人につき10～15分間程度かかります。

- ①診察
- ②呼気一酸化炭素濃度の測定
- ③禁煙実行・継続に向けてのアドバイス
- ④禁煙治療薬および制吐薬の処方

※ 診察後の処方する薬には、禁煙治療薬のほかに吐き気を抑える薬(制吐薬)も一緒に処方してお出しします。

3. 費用

①プログラム参加費として一人当たり12,020円を初診後にお支払いいただきます。(薬剤費の3割)

※1 プログラム参加費は、治療期間中に服用する治療薬と吐き気を抑える薬(制吐薬)の費用が含まれています。

※2 制吐薬等が追加で処方された場合は、その費用とした薬剤費の自己負担分(3割)を追加でお支払いいただきます。

※3 通常、保険証を使い病院等で禁煙治療を受けると自己負担額(3割負担)は20,000円程度かかりますが、当診療所は、初(再)診料、ニコチン依存症管理料、処方せん料及び調剤料は不要で、薬剤費の自己負担額のみいただくこととしております。

②治療薬の服用を終了した日から3ヶ月経過後も禁煙が続いていて禁煙成功と認められると参加費の3分の2(8,010円)の還付を受けられるため、禁煙成功した場合の実質的な自己負担は薬剤費の1割(4,010円)になります。

※1 予定した治療薬の服用を終了する前に医師が診察し、服用が不要(終了)とされた方又は治療(服薬)中止を指示された方には、未処方薬剤分の費用を返還いたします。自己都合により途中で治療を辞められた方の未処方薬剤分は返還されません。

※2 還付は、治療薬の服用を終了した日から3ヶ月経過後の時点で被保険者の資格がある方のみが受けられます。

※3 還付申請書の受付期限は、平成30年3月30日(金)までに東京都家具健康保険組合必着となります。

4. 禁煙サポーターによる支援

このプログラムの実効性を高めるとともに、還付の要件である継続禁煙を確認するため、禁煙サポーターの選任をお願いします。

禁煙サポーターには、プログラム参加者が治療薬の服用中に禁煙しているか、服用が終了した日から3カ月経過後も禁煙が続いているかを確認し、証明していただきます。なお、サポーターは原則、健康保険委員をお願いします。

5. その他

(1) 予約診察制について

診察は予約制です。診療日時は、毎週火曜日の午後1時30分から午後4時30分です。

なお、遠方等の理由により家具健保会館内診療所への通院が困難な場合は遠隔診療を行います。

(遠隔診療はパソコンやスマートフォンのビデオ通話による診察です。通常の予約とは別に承ります。)

(2) 製薬会社から示されている服用にあたっての注意について

このプログラムで用いる治療薬はファイザー株式会社が販売するチャンピックスになります。ファイザー株式会社から示されている服用にあたっての注意は以下のとおりですので、禁煙治療の申込にあたり参考にしてください。

①次の症状があらわれた場合は、服用を中止し、主治医にご相談ください。

・禁煙は治療の有無にかかわらず様々な症状(気分が落ち込む、あせりを感じる、不安を感じる、死んでしまいたいと感じる等)を伴うことが報告されています。この薬を服用中にこのような症状があらわれたら、服用を中止し主治医にご相談ください。なお、もともとこのような症状がある方には、参加はご遠慮いただいております。

②自動車の運転などは、しないでください。

・チャンピックスを服用後に、めまい、眠気、意識障害等の症状があらわれ、自動車事故に至った報告があります。事故をふせぐため、自動車の運転など危険を伴う機械の操作はしないでください。

③他の禁煙補助薬との併用は、しないでください。

・ニコチンを含んだ禁煙補助薬(ニコチン製剤)との併用はしないでください。

④次の場合、服用前に主治医へ申し出てください。

・以前に薬を飲んで、かゆみや発疹などのアレルギー症状が出たことがある ・他に服用中の薬がある
・精神疾患がある ・腎臓の病気がある ・妊娠中又は授乳中である ・未成年者である

⑤主な副作用

チャンピックスを服用中に次のような副作用があらわれることがあります。吐き気などをおこしくくするために、必ず食後にコップ1杯程度の水またはぬるま湯を服用してください。

・吐き気 ・頭痛 ・上腹部痛 ・便秘 ・お腹のはり ・普段と違う夢を見る ・不眠

禁 煙 宣 言 書

私はニコチン依存症であることを認識し、
喫煙の害および禁煙の効果を十分に理解した上で、
禁煙サポートプログラム（禁煙治療）に参加して、
禁煙することを宣言します。

宣言（申出）日 平成____年____月____日

宣言者氏名 _____ ⑧

私は、禁煙が成功するよう暖かく支援することを約束します。

禁煙サポーター _____

（宣言者との関係） 健康保険委員・その他（ _____ ）

(様式第 5 号)

常務理事	事務局長	主管部(課)長	課長補佐	係 長	係 員

東京都家具健康保険組合 診療用タブレット端末借用申請書

平成 年 月 日

東京都家具健康保険組合 理事長 殿

申請者
(借用者)

事業所名称
所在地
所属(役職)
氏 名
電話番号

私は、次の注意事項を遵守し、東京都家具健康保険組合診療用タブレット端末を借用します。

借用期間(貸出日)	平成 年 月 日から禁煙治療の診察が終了する日まで
借用品(貸出品)	タブレット端末の本体、ケース、カバー、電源アダプタ、電源ケーブル、説明書 <各1点>
注 意 事 項	<p>1. 利用の前に付属の説明書を必ず読み、機材は精密情報通信機器ですので取扱いには十分留意してください。</p> <p>2. 貸出品の管理及び返却</p> <p>①貸出品の使用及び管理は、借用者の監督責任のもとで行ってください。</p> <p>②貸出品は、事業所内でのみで使用し、事業所外への持ち出しを禁止します。</p> <p>③貸出品を禁煙治療で診察を受ける方以外へ貸し出さないでください。</p> <p>④借用者は、診察が終了次第、破損又は故障がないことを確認の上、速やかに当組合へ返却してください。</p> <p>3. タブレット端末(本体)の取扱い</p> <p>①高温多湿な場所に放置しないでください。</p> <p>②飲食しながらの使用は避けてください。</p> <p>③アプリケーションのダウンロードやインストールはしないでください。</p> <p>④インストールされているソフトウェアは絶対に不正コピーしないでください。</p> <p>⑤個人のデータを保存しないでください。万一、記録した場合は直ちに消去してください。</p> <p>⑥禁煙治療以外の利用や法律(著作権法、不正アクセス禁止法等)に反する行為をしないでください。</p> <p>⑦使用により第三者に被害を及ぼした場合の賠償等は、すべて利用者の責任とさせていただきます。</p> <p>4. 貸出品の紛失、破損又は故障</p> <p>①紛失、破損又は故障が生じたときは、速やかに当組合に報告してください。</p> <p>②紛失の場合は新品による現物弁償をしていただき、破損又は故障の場合はその程度を調査の上、弁償方法等を決定します。製造中止等で現物弁償ができない場合は、借用者と協議の上弁償方法等を決定します。</p> <p>③故障により継続利用が困難となった場合、代替器材をご用意できない場合があります。</p> <p>④取扱いが不適当であると判断した場合、以後の貸出をお断りすることがあります。</p>

	貸出確認	受領者印(年月日)	返却確認	受領者印(年月日)
タブレット端末・起動操作	<input type="checkbox"/>	(. .)	<input type="checkbox"/>	(. .)
ケース	<input type="checkbox"/>	(. .)	<input type="checkbox"/>	(. .)
電源アダプタ	<input type="checkbox"/>	(. .)	<input type="checkbox"/>	(. .)
電源ケーブル	<input type="checkbox"/>	(. .)	<input type="checkbox"/>	(. .)
取扱説明書	<input type="checkbox"/>	(. .)	<input type="checkbox"/>	(. .)

(様式第 6 号)

常務理事	事務局長	主管部(課)長	課長補佐	係 長	係 員

禁煙サポートプログラム(禁煙治療)終了者に係る還付申請書

平成 年 月 日

東京都家具健康保険組合 殿

未処方薬剤額 (B) 円
参加費還付額 (E) 円
還 付 額 (B+E) 円

申請書の提出期限は
平成 30 年 3 月 30 日 (金) 必着です

次のとおり所定の禁煙サポートプログラム(禁煙治療)を終了したので還付を申請します。

事業所	名 称							事業所 記 号	
	事業主名	Ⓔ							
	所 在 地								
	電話番号・E-mail	☎ ()				E-mail			
	担当者氏名								
禁煙サ ポ ー ト プ ロ グ ラ ム 終 了 者	保険証の 番号	氏 名	参 加 費	未処方薬剤	追加制吐薬	自己負担(D)	参加費還付(E)	還 付 額	
			A	B	C	(A-B+C) X 1/3	A-B+C-D	B+E	
	1	321	健 保 太 郎	12,020 円	0 円	0 円	4,010 円	8,010 円	8,010 円
				[治療期間] 平成 29 年 9 月 1 日～29 年 11 月 23 日				[追加制吐薬] 0 錠	
	2		追加制吐薬なしの 禁煙成功のケース	円	円	円	円	円	円
				[治療期間] 平成 年 月 日～ 年 月 日				[追加制吐薬] 錠	
	3			円	円	円	円	円	円
				[治療期間] 平成 年 月 日～ 年 月 日				[追加制吐薬] 錠	
	4			円	円	円	円	円	円
				[治療期間] 平成 年 月 日～ 年 月 日				[追加制吐薬] 錠	
	5			円	円	円	円	円	円
				[治療期間] 平成 年 月 日～ 年 月 日				[追加制吐薬] 錠	
	6			円	円	円	円	円	円
				[治療期間] 平成 年 月 日～ 年 月 日				[追加制吐薬] 錠	
	7			円	円	円	円	円	円
				[治療期間] 平成 年 月 日～ 年 月 日				[追加制吐薬] 錠	
	8			円	円	円	円	円	円
				[治療期間] 平成 年 月 日～ 年 月 日				[追加制吐薬] 錠	
	9			円	円	円	円	円	円
				[治療期間] 平成 年 月 日～ 年 月 日				[追加制吐薬] 錠	
10			円	円	円	円	円	円	
			[治療期間] 平成 年 月 日～ 年 月 日				[追加制吐薬] 錠		

- ※ この申請書は健康保険組合が作成して事業所へ送付するので、内容を確認のうえ押印し、申請してください。
- 1. 還付は、治療薬の服用を終了した日から3ヶ月経過後も禁煙が継続されている方（予定した治療薬服用の終了前に医師が診察して服用が不要（終了）とされた方を含む。）が対象となりますので、この方には「禁煙成功報告書」（様式6号の1）を必ず添付して申請してください。
 - 2. 未処方薬剤の返還は、プログラムを終了する前に医師が診察して、服用が不要（終了）とされた方又は治療（服薬）中止を指示された方に限り、未処方薬剤分の費用を返還いたします。
 - 3. 自己負担(額)に10円未満の端数が生じた場合は四捨五入しています。
 - 4. 還付額は、記載された全員分をまとめて健康保険組合に届けられている指定口座へ振り込みます。

禁煙成功報告書

私は東京都家具健康保険組合が提供する禁煙サポートプログラム（禁煙治療）に参加して、平成____年____月____日から____月____日まで投薬治療を受けながら禁煙を行いました。

そして、服薬による治療が終了した翌日から本日（____月____日）に至るまで禁煙を続けており、禁煙は成功したものと確信しています。

平成____年____月____日

プログラム参加者氏名 _____ ⑩

（健康保険の記号-番号） _____ -

私は、プログラム参加者が、服薬治療が終わった後も本日に至るまで禁煙を続けていることを証明します。

禁煙サポーター氏名 _____

（住所） _____