**様式２**

全国健康保険協会管掌健康保険

被保険者に対する特定保健指導業務実施計画書

実施機関名（　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　年　　　月　　　日

１．協会けんぽの生活習慣病予防健診等にかかる確認

|  |  |
| --- | --- |
| 生活習慣病予防健診委託開始年度 | 年度 |
| 昨年度の実施件数（一般健診） | 人(４０歳以上のみ)　　　　事業者健診結果データ提供件数　　　　　　件 |
| 階層化実施の可否 | □実施可能　　　　　　　□実施不可 |
| (階層化実施可能な場合)  階層化に要する日数 | □健診当日　　　　　　　□健診当日から　　　　日程度 |
| (階層化実施可能な場合）  階層化結果の通知手段 | □健診当日に案内可能　　□健診結果に同封 |

２．実施機関の施設概要

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 項 目 | | 記　　載　　内　　容 |
| 事業者名 | |  |
| 所在地 | 郵便番号 | － |
| 住所 |  |
| 責任者名等 | | 責任者の職名（　　　　　　　　　　）　　　氏名（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 担当者氏名： |
| 電話番号 | | －　　　　　　　－ |
| ＦＡＸ番号 | | －　　　　　　　－ |
| 設立年月日 | | 年　　　　　　月　　　　　日 |

３．特定保健指導に従事するスタッフ情報(協会けんぽの被保険者に対する特定保健指導に携わる者のみ記入してください｡)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | 自機関内 | | | |
| 常勤 | | 非常勤 | |
| 人　数 | 左記のうち一定の研修修了者数注） | 人　数 | 左記のうち一定の研修修了者数注) |
| 特定保健指導実施者 | 医師 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 保健師 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 管理栄養士 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 看護師 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 実践的指導  実施者 | 健康運動指導士 | 人 | 人 | 人 | 人 |
|  | 人 | 人 | 人 | 人 |
|  | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 事務職員 | | 人 | 人 | 人 | 人 |

注）一定の研修とは、「標準的な健診・保健指導プログラム【令和６年度版】にある「健診・保健指導の研修ガイドライン」に定める研修をいう。

４．特定保健指導の実施体制（協会けんぽの被保険者に対する特定保健指導に携わる者のみ記入してください。）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 保健指導事業の統括者 | 初回面談､計画作成､評価に関する業務を行う者 | 積極的支援における  ３ヶ月以上の継続的な支援を行う者 | | | |
| 個別支援 | グループ支援 | 電話支援 | 電子メール支援等 |
| 医師 | □常勤 | □常勤  □非常勤 | □常勤  □非常勤 | □常勤  □非常勤 | □常勤  □非常勤 | □常勤  □非常勤 |
| 保健師 | □常勤 | □常勤  □非常勤 | □常勤  □非常勤 | □常勤  □非常勤 | □常勤  □非常勤 | □常勤  □非常勤 |
| 管理栄養士 | □常勤 | □常勤  □非常勤 | □常勤  □非常勤 | □常勤  □非常勤 | □常勤  □非常勤 | □常勤  □非常勤 |
| 看護師 |  | □常勤  □非常勤 | □常勤  □非常勤 | □常勤  □非常勤 | □常勤  □非常勤 | □常勤  □非常勤 |
| 健康運動指導士 |  |  | □常勤  □非常勤 | □常勤  □非常勤 | □常勤  □非常勤 | □常勤  □非常勤 |
| その他(職種：　　　　　　) |  |  | □常勤  □非常勤 | □常勤  □非常勤 | □常勤  □非常勤 | □常勤  □非常勤 |

※　該当する項目を全て選ぶこと（複数選択可）

５．運営に関する情報**（協会けんぽの被保険者に対する特定保健指導に関して記入してください。）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 初回面談実施場所 | | □自機関内　　　　□訪問　　　　□その他（　　　　　　　　　） | | | | | |
| 特定保健指導実施予定日  (協会けんぽの被保険者に対する特定保健指導を実施する曜日にチェックし､具体的な実施時間帯を記入してください) | | 実施曜日 | | 午前 | | 午後 | 夜間 |
| □ | 月 |  | |  |  |
| □ | 火 |  | |  |  |
| □ | 水 |  | |  |  |
| □ | 木 |  | |  |  |
| □ | 金 |  | |  |  |
| □ | 土 |  | |  |  |
| □ | 日 |  | |  |  |
| □ | 祝 |  | |  |  |
| 特定保健指導の年間実施予定日数 | | 年間　　　　　　日 | | | | | |
| 特定保健指導の実施予定月 | | □通年　　　　　　　□特定の時期（　　　　　月　～　　　　月） | | | | | |
|  | 特定保健指導の初回面談の年間実施可能人数 | 初回面談 | | | 年間　　　　　　人 | | |
| 実績評価 | | | 年間　　　　　　人 | | |
| 健診当日の初回面談の年間実施可能人数 | □一括実施　　　　　　人　　　　　□分割実施　　　　　　　人 | | | | | |
| 健診後から１週間以内の初回面談の年間実施可能人数（当日を除く） | □一括実施　　　　　　人　　　　　□分割実施　　　　　　　人 | | | | | |
| 特定保健指導の主な活動地域 | |  | | | | | |
| 継続的な支援の主な形態や内容(複数回答可) | | □個別支援（対面）　□個別支援（遠隔）　□グループ支援（対面）□グループ支援（遠隔）  □電子メール支援等　□電話支援　　　　　□運動実習　　　　　　□調理実習 | | | | | |
| 標準介入期間(積極的支援)注1) | | □3ヶ月　　　□4ヶ月　　　□5ヶ月　　　□6ヶ月 | | | | | |
| 積極的支援の内容注２） | | （例）腹囲２㎝以上かつ体重２kg以上の減（180P）を主要達成目標とする。併せて行動変容の目標達成によるアウトカム評価（40P）と継続的支援のプロセス評価（140P）を目指す。 | | | | | |

注１）最も標準的な支援メニューにおける所要期間(対象者による遅延・延長は考慮に入れない)。いずれか一つを選択

注２）標準的な支援内容を明瞭・簡潔に記載。

６．その他**（健康保険組合等の他保険者の実施を含めた合計の人数を記入してください。）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 前年度注1)の特定保健指導の実施人数 | 初回面談 | 年間　　　　　　　　　　　　　　 人  うち、  ・健診当日の実施人数　　　　　　　　　　　　　　 人  ・健診後1週間以内（当日除く）の実施人数 　　人 | |
| 実績評価 | 年間　　　　　人 | |
| 実施可能な特定保健指導の人数 | 初回面談 | 年間 　　　　　人  うち、  ・健診当日の実施人数　　　　　　　　　　　　　　 人  ・健診後1週間以内（当日除く）の実施人数 　　人 | |
| 実績評価 | 年間　　　　　人 | |
| 前年度の参加率(参加者/案内者注２))・脱落率(脱落者/参加者) | 積極的支援 | 参加率　　　　％ | 脱落率　　　　　　％ |
| 動機付け支援 | 参加率　　　　％ | 脱落率　　　　　　％ |
| 特定保健指導の実施枠の拡大（初回面談） | | □可 （年間　　　　人）　　　　□否 | |
| 特定健康診査の実施 | | □有　　　　　　□無 | |

注１）今回受託申請する年度の前年度の人数を記入してください。（集計中の場合は見込数）

注２）特定保健指導対象者に対して利用勧奨した人数を記入してください。

７．特定保健指導の実務について

（１）令和６年４月以降の健診結果に基づく特定保健指導の内容

①積極的支援の実施方法についてご記入ください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 支援時点 | | | 回数 | 時期 | 支援形態 | 支援  時間  （分） | 獲得  ポイント | 合計ポイント | | 支援内容 |
| プロセス  ポイント | アウトカム  ポイント |
| 初回面談 | 一括実施 | 健診当日 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 健診後１週間以内（当日除く） |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 健診後１週間経過後 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 分割実施 | 健診当日 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 健診後１週間以内（当日除く） |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 継続的支援 | | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 実績評価（※） | | |  | ３ヶ月以上経過後 |  |  |  |  |  |  |
| **総計ﾎﾟｲﾝﾄ(ﾌﾟﾛｾｽﾎﾟｲﾝﾄ＋ｱｳﾄｶﾑﾎﾟｲﾝﾄ)** | | | | | | | |  | |  |

（※）アウトカム評価に関する計画(「腹囲２㎝以上かつ体重２kg以上減少」や「食習慣の改善」等)については、この行に記載ください。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（注）特定保健指導（積極的支援）に活用している保健指導マニュアル（記録書、パンフレット等のツール）は、ヒアリング時に確認させていただきます。

②動機付け支援の実施方法についてご記入ください。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 支援時点 | | | 時期 | 支援形態 | 支援時間（分） | 支援内容 |
| 初  回  面  談 | 一括実施 | 健診当日 |  |  |  |  |
| 健診後１週間以内（当日除く） |  |  |  |  |
| 健診後１週間経過後 |  |  |  |  |
| 分割実施 | 健診当日 |  |  |  |  |
| 健診後１週間以内（当日除く） |  |  |  |  |
| 実績評価 | | | 3ヶ月以上経過後 |  |  |  |

（２）令和６年３月以前の健診結果に基づく特定保健指導の内容

①積極的支援の実施方法についてご記入ください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 支援時点 | 回数 | 時期 | 支援形態 | 支援時間  （分） | 獲得  ポイント | 合計ポイント | | 支援内容 |
| 支援Ａ  ポイント | 支援Ｂ  ポイント |
| 初回面談  上段：一括実施  下段：分割実施 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 継続的支援 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 実績評価 |  | ３ヶ月以上経過後 |  |  |  |  |  |  |

※特定保健指導（積極的支援）に活用している保健指導マニュアル（記録書、パンフレット等のツール）は、ヒアリング時に確認させていただきます。

②動機付け支援の実施方法についてご記入ください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 支援時点 | 時期 | 支援形態 | 支援時間（分） | 支援内容 |
| 初回面談  上段：一括実施  下段：分割実施 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 実績評価 | 3ヶ月以上経過後 |  |  |  |

（３）特定保健指導従事者への研修について

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 項目 | 時期 | 研修日数 | 研修内容 |
| 新規採用 |  |  |  |
| 従事者への研修 |  |  |  |
| その他(国や地方公共団体、日本医師会、日本看護協会等が開催する研修会への参加状況) |  |  |  |