

全国健康保険協会管掌健康保険  
被保険者の特定保健指導実施計画書

機関名（ ）

平成 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	平成	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	<input type="checkbox"/> 実施可能	<input type="checkbox"/> 実施不可	
(階層化実施可能な場合) 階層化に要する日数	<input type="checkbox"/> 健診当日	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 健診当日に案内可能	<input type="checkbox"/> 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 <sup>注)</sup>	人 数	左記のうち一定の 研修修了者数 <sup>注)</sup>
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(改訂版)」にある「健診・保健指導の研修ガイドライン(改訂版)」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	初回面接、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
医師	<input type="checkbox"/> 常勤	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤				
保健師	<input type="checkbox"/> 常勤	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤				
管理栄養士	<input type="checkbox"/> 常勤	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤				
看護師		<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤				
健康運動指導士			<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤			
その他(職種： )			<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤			

※ 該当する項目を全て選ぶこと（複数選択可）



## 6. その他

前年度の特定保健指導の実施件数	積極的支援	年間	人	1日当たり	人
	動機づけ支援	年間	人	1日当たり	人
実施可能な特定保健指導の件数	積極的支援	年間	人	1日当たり	人
	動機づけ支援	年間	人	1日当たり	人
前年度の参加率(参加者/案内者)・脱落率(脱落者/参加者)	積極的支援	参加率	%	脱落率	%
	動機づけ支援	参加率	%	脱落率	%
特定健康診査の実施		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			

◆この様式については、厚労省発「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(改訂版)」を参考に作成しております。

## 7. 特定保健指導の実務について

### (1) 特定保健指導の内容

①積極的支援実施方法についてご記入ください。

支援回数	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	
初回面接								
継続的支援								
評価		6ヶ月後	個別支援					

※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動機づけ支援実施方法についてご記入ください。

回数	時期	支援形態	支援時間 (分)	支援内容
初回面接				
評価	6ヶ月後	個別支援		

(2) 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)			