**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 |
|  |  |
| 階層化に要する日数 | 　　　　　　　　□健診当日　　　　　　　□健診当日から　　　　日程度 |
| 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１） | 人　数 | 左記のうち一定の研修修了者数注１） |
| 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 |
| 看護師注２） | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 実践的指導実施者 | 健康運動指導士注２） | 人 | 人 | 人 | 人 |
|  | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 事務職員 | 人 | 人 | 人 | 人 |

1. 一定の研修とは、「標準的な健診・保健指導プログラム【平成30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。
2. 職名(資格)欄が医師、保健師、管理栄養士以外の者に特定保健指導を行わせる場合は、厚生労働省通知「平成２０年３月１０日付特定健康診査及び

特定保健指導の実施について」（健発第0310007号、保発第0310001号）で定められている確認書類を提出してください。

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 |
| 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 | 健診当日　□自機関内　　□健診車による健診会場　　□その他（　　　　　　　） |
| 後日実施　□自機関内　　□訪問事業所　　　　　　　□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） |
| 特定保健指導の年間実施対象者人数注１） | □積極的支援　　　　　人　　　　　□動機付け支援　　　　　人 |
| 特定保健指導の年間実施目標人数 | □一括実施　　　　　　人　　　　　□分割実施　　　　　　　人（上記の内ICT注２）による実施人数（再掲）　□一括実施　　　　人　　□分割実施　　　　　人） |
| 健診当日の初回面談の年間実施目標人数 | □一括実施　　　　　　人　　　　　□分割実施　　　　　　　人（上記の内ICT注２）による実施人数（再掲）　□一括実施　　　　人　　□分割実施　　　　　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　　　　　　　% |
| 動機付け支援 | 　参加率　　　　　　　% | 脱落率　　　　　　　% |
| 継続的な支援の主な形態や内容(複数回答可) | □個別支援　□グループ支援　□電子メール支援　□電話支援　□運動実習　□調理実習 |
| 標準介入期間(積極的支援)注3) | □3ヶ月　　　□4ヶ月　　　□5ヶ月　　　□6ヶ月 |
|  |  |

注１）生活習慣病予防健診等実施予定者数から特定保健指導の対象者率約2割を参考に記入。注２）タブレット等の情報通信技術を活用した遠隔保健指導（初回面談のみ）。

注３）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。

６．その他（協会けんぽ以外の保険者分も含めて記入してください。）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 |
| 動機付け支援 | 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 |
| 動機付け支援 | 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　　　　　　％ |
| 動機付け支援 | 参加率　　　　％ | 脱落率　　　　　　％ |
| 特定健康診査の実施 | □有　　　　　　□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(第３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）平成30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 |
| 支援Ａポイント | 支援Ｂポイント |
| 初回面談一括実施 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 初回面談分割実施上段：１回目下段：２回目 |  | 健診当日 | 面談 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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 |
| 初回面談一括実施 |  |  |  |  |
| 初回面談分割実施上段：１回目下段：２回目 | 健診当日 | 面談 |  |  |
|  |  |  |  |
| 実績評価 | 3ヶ月以上経過後 |  |  |  |

※積極的支援の支援パターンが複数ある場合は、上記内容をふまえた内容を記載したもの（任意様式）を添付でも可。

※積極的支援の継続支援の支援形態が全て面談の場合は、面談以外（電話・メール・文書）の支援形態を含めた支援パターンも併せてご提出ください。

（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) |  |  |  |