

## 申 請 書

令和 年 月 日

(申請先)

横浜市健康福祉局長

所在地

団体名

代表者職・氏名

横浜市国民健康保険の特定保健指導業務を受託したいので、下記提出書類を添えて申請します。

### 1 提出書類

- (1) 申請書（様式 1）
- (2) 特定保健指導の従事者名簿（提出日時点）（様式 2）
- (3) 運営についての重要事項に関する規程の概要（様式 3）（掲載しているホームページの写しでも可）
- (4) 特定保健指導の実施内容に関する書類（様式 4）
- (5) 社会保険診療報酬支払基金への保健指導機関届出に関する調書（様式 5）
- (6) 特定保健指導利用勧奨等実施申請書（様式 6）（※横浜市国民健康保険の特定健診実施機関のみ回答）

※ 追加で書類を依頼する場合があります。

問合せ先

担当 :

電話 :

メール :

## 特定保健指導の従事者名簿

(様式2)

事業者名								令和 年 月 日現在
担当	氏名	従事者が有する免許		支援区分(※6)		勤務形態(※7)		添付書類(※8)
		種別	登録番号	登録年月日	動機付け	積極的	常勤	非常勤
保健指導業務統括者(※1)						常勤		有( ) 無
事務管理者(※2)						常勤		有( ) 無
初回面接・指導計画作成・3か月経過後の評価を行う者(※3)						常勤	非常勤	有( ) 無
						常勤	非常勤	有( ) 無
						常勤	非常勤	有( ) 無
						常勤	非常勤	有( ) 無
						常勤	非常勤	有( ) 無
						常勤	非常勤	有( ) 無
						常勤	非常勤	有( ) 無
						常勤	非常勤	有( ) 無
						常勤	非常勤	有( ) 無
						常勤	非常勤	有( ) 無
保健指導の担当者	食生活に関する実践的指導を行う者(※4)					常勤	非常勤	有( ) 無
						常勤	非常勤	有( ) 無
						常勤	非常勤	有( ) 無
						常勤	非常勤	有( ) 無
						常勤	非常勤	有( ) 無
	運動に関する実践的指導を行う者(※5)					常勤	非常勤	有( ) 無
						常勤	非常勤	有( ) 無
						常勤	非常勤	有( ) 無
						常勤	非常勤	有( ) 無
						常勤	非常勤	有( ) 無
その他(※9)						常勤	非常勤	有( ) 無
						常勤	非常勤	有( ) 無
						常勤	非常勤	有( ) 無

※1 厚生労働省告示第92号 第2-1-(1)に規定する業務を行う者、常勤の医師、保健師又は管理栄養士

※2 同上告示 第2-1-(2)に規定。実施施設において、特定保健指導業務に付随する事務管理を行う者。

※3 同上告示 第2-1-(3)に規定。医師、保健師、管理栄養士、一定の実務経験を有する看護師

※4 同上告示 第2-1-(5)に規定。食生活に関する実践的指導を行う専門的知識・技術を有する者

※5 同上告示 第2-1-(6)に規定。運動に関する実践的指導を行う専門的知識・技術を有する者

※6 従事者が実施する特定保健指導の区分の該当欄に○印をつける。

※7 勤務形態 常勤か非常勤の一方に○印。特定保健指導以外の業務の兼務の有無に○印。兼務有りの場合は、施設名、業務内容を( )に記入。

※8 添付書類がある場合は、該当する欄に○印をつける。

※9 特定保健指導に付隨する予約受付、文書送付受理等事務業務に從事する場合の記入欄。担当業務内容を具体的に記入。

## 特定保健指導の従事者名簿

(様式2記入例)

事業者名	株式会社 ○○○○センター (医療法人●●会 ◆◆病院)							令和 ○○年 ○月 ○日現在			
担当	氏名	従事者が有する免許			支援区分(※6)		勤務形態(※7)			添付書類(※8) 研修受講修了書 の写し	
		種別	登録番号	登録年月日	動機 付け	積極的	常勤	非常勤	兼務の有無		
保健指導業務統括者(※1)	横浜 真	医師	△△△	H8.4.27	○	○	常勤		有( 呼吸器外来業務 ) 無	提出 (研修)	
事務管理者(※2)	鶴見 一郎	-	-		-	-	常勤		有( 健診センター事務 ) 無	なし	
初回面接・指導計画作成・3か月経過後の評価を行う者(※3)	神奈川 診子	管理栄養士	◆◆◆	S50.12.8	○	○	常勤	非常勤	有( 外来栄養指導業務 ) 無	提出 (研修)	
	西 健一	保健師	☆☆☆	H15.12.26	○	○	常勤	非常勤	有( ) 無	なし	
	中 保子	看護師	■■■	H16.3.31	○		常勤	非常勤	有( ) 無	提出 (実務経験証明)	
							常勤	非常勤	有( ) 無		
							常勤	非常勤	有( ) 無		
							常勤	非常勤	有( ) 無		
							常勤	非常勤	有( ) 無		
							常勤	非常勤	有( ) 無		
							常勤	非常勤	有( ) 無		
							常勤	非常勤	有( ) 無		
保健指導の担当者	食生活に関する実践的指導を行う者(※4)	港南 良子	准看護師	■■■	H12.3.31		○	常勤	非常勤	有( ) 無	提出 (食生活改善指導担当者研修)
							常勤	非常勤	有( ) 無		
							常勤	非常勤	有( ) 無		
							常勤	非常勤	有( ) 無		
							常勤	非常勤	有( ) 無		
運動に関する実践的指導を行う者(※5)	運動に関する実践的指導を行う者(※5)	南 司	理学療法士	◇◇◇	H10.4.12		○	常勤	非常勤	有( ) 無	提出 (運動指導担当者研修)
							常勤	非常勤	有( ) 無		
							常勤	非常勤	有( ) 無		
							常勤	非常勤	有( ) 無		
							常勤	非常勤	有( ) 無		
その他(※9)	受付事務	磯子 太朗	-	-	-	-	常勤	非常勤	有( 医事課業務 ) 無	なし	
	予約対応	保土ヶ谷 導子	看護師	■■■	H18.3.30	-	-	常勤	非常勤	有( 外来業務 ) 無	なし
							常勤	非常勤	有( ) 無		

※1 厚生労働省告示第92号 第2-1-(1)に規定する業務を行う者、常勤の医師、保健師又は管理栄養士

※2 同上告示 第2-1-(2)に規定。実施施設において、特定保健指導業務に付随する事務管理を行う者。

※3 同上告示 第2-1-(3)に規定。医師、保健師、管理栄養士、一定の実務経験を有する看護師

※4 同上告示 第2-1-(5)に規定。食生活に関する実践的指導を行う専門的知識・技術を有する者

※5 同上告示 第2-1-(6)に規定。運動に関する実践的指導を行う専門的知識・技術を有する者

※6 従事者が実施する特定保健指導の区分の該当欄に○印をつける。

※7 勤務形態 常勤か非常勤の一方に○印。特定保健指導以外の業務の兼務の有無に○印。兼務有りの場合は、施設名、業務内容を( )に記入。

※8 添付書類がある場合は、該当する欄に○印をつける。

※9 特定保健指導に付隨する予約受付、文書送付受理等事務業務に従事する場合の記入欄。担当業務内容を具体的に記入。

## 特定保健指導の従事者名簿

特定保健指導の従事者名簿に必要事項を記入のうえ、提出してください。

また、従事者の担当業務及び保有する資格免許に応じて、下記の書類（いずれも原本の写し）を添付してください。また、従事者名簿に変更があった場合はその都度届け出てください。

従事する業務	従事者の資格免許に応じて提出する必要がある書類（◆印の書類）
初回面接、支援計画作成及び評価	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 特定健診・保健指導に関する国の研修ガイドラインに基づく研修受講証明書</li> <li>◆ 1年以上保険者又は事業主が実施する生活習慣病に関する相談及び教育の業務に従事していたことを証明する書類（実務経験証明書） 実務経験証明書（次項）は一定の実務経験を有する看護師のみ必要</li> </ul>
食生活の改善指導	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 国が定める研修を受講したことを証明する書類</li> </ul>
看護師等（*1）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 厚生労働省告示に定める研修</li> </ul>
上記と同等能力を有する者（*2）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ T H P 指針に基づく産業栄養指導専門研修</li> <li>・ T H P 指針に基づく産業保健指導専門研修</li> </ul>
運動の改善指導	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 国が定める研修を受講又は試験に合格したことを証明する書類</li> </ul>
看護師等（*3）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 厚生労働省告示に定める研修</li> </ul>
上記と同等能力を有する者（*2）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 財団法人健康・体力事業団が認定する健康運動士</li> <li>・ T H P 指針に基づく産業栄養指導専門研修</li> </ul>

(\*1) 看護師、栄養士、薬剤師、助産師、准看護師及び歯科衛生士

(\*2) 医師、保健師、管理栄養士、一定の実務経験を有する看護師は含まない

(\*3) 看護師、栄養士、歯科医師、薬剤師、助産師、准看護師及び理学療法士

※保健指導に関する一定の実務の経験を有する看護師が従事する場合のみ必要書類

令和 年 月 日

## 実務経験証明書

(医療保険者・代表者名)

殿

保険者又は事業所

名

代表者氏名

対象者	氏名	
	生年月日	
	住所	〒

上記の者の実務経験について、以下のとおりであることを証明します。

看護師免許番号			
業務に従事していた 医療機関等の名称			
上記機関の所在地	〒	TEL	( )
業務従事期間	昭和・平成・令和 年 月 日 ~		
	昭和・平成・令和 年 月 日		
業務内容	期間 :	年 か月勤務・業務に従事した年数	( 年 )

「保健指導に関する一定の実務の経験を有する看護師」とは、平成20年4月現在において1年以上（必ずしも継続して1年である必要はない。）、保険者が保健事業として実施する生活習慣病予防に関する相談及び教育の業務に従事した経験を有する看護師と解する。

なお、業務に従事とは、反復継続して当該業務に専ら携わっていることを意味する。

したがって、医療機関等において、人間ドック受診者や外来患者に対し、保健指導をおこなっていた看護師は「保健指導に関する一定の実務経験を有する看護師」に該当しない。

## 運営についての重要事項に関する規程の概要[保健指導機関]

- \*健診と保健指導の両方を実施する者は、健診機関分とは別々に作成・掲出等すること。
- \*多くの拠点を抱えている事業者の場合は、各拠点単位で別々にこれを作成・掲出等すること。
- \*選択肢の項目については、□を■にするか、該当する選択肢のみ残す（非該当は削除）こと。

更新情報	最終更新日	年	月	日
------	-------	---	---	---

\*下記事項に変更があった場合は速やかに変更し、掲載しているホームページ等更新し、更新日を明示すること。

機 門 情 報	機関名 <sup>注1)注2)</sup>			
	所在地 <sup>注1)</sup> (郵便番号)	—		
	(住所)			
	電話番号 <sup>注1)</sup>	—		—
	FAX番号	—		—
	保健指導機関番号 <sup>注3)</sup>			
	窓口となるメールアドレス	@		
	ホームページ <sup>注4)</sup>	http://		
	経営主体 <sup>注1)</sup>			
	開設者名 <sup>注1)</sup>			
	管理者名 <sup>注5)</sup>			
	保健指導業務の統括者名 <sup>注6)</sup>			
	第三者評価 <sup>注7)</sup>	<input type="checkbox"/> 実施（実施機関：） <input type="checkbox"/> 未実施		
	認定取得年月日 <sup>注7)</sup>	年 月 日		
	契約取りまとめ機関名 <sup>注8)</sup>			(例:○○市医師会、結核予防会)
	所属組織名 <sup>注9)</sup>			

注1) 社会保険診療報酬支払基金（以下「支払基金」という）に届け出る（あるいは届け出ている）内容と同一の内容とする

注2) 正式名称で記載。複数拠点を持つ法人の場合は、正式名称が拠点名のみであれば拠点名、法人名+拠点名（例：「株式会社△△サービス○○店」「財団法人○○△△健診センター」等）であればその通りに記載

注3) 届出により支払基金から番号が交付されている機関のみ記載

注4) ホームページを開設している機関のみ記載。複数ある場合は最も機関の概要がわかる情報が掲載されているサイト（例：自院ページ、地区医師会ページ、医療情報提供制度に基づく都道府県ホームページ等）のアドレスを記載

注5) 特定保健指導を実施する各拠点における常勤の管理者。但し、管理上支障がない場合は、保健指導機関の他の職務に従事し、又は同一の敷地内にある他の事業所、施設等の職務に従事することができるものとする。施設管理や人事管理、会計管理等を想定。従って管理者は必ずしも医師等でなくともよい（統括者との兼務は可）。

注6) 統括者とは、特定保健指導を実施する各拠点において、動機付け支援及び積極的支援の実施その他の特定保健指導に係る業務全般を統括管理する者（常勤の医師・保健師・管理栄養士）。各拠点において、当該拠点に配置されている保健師等の保健指導実施者を束ね、各実施者が担当する保健指導対象者への支援の実施状況等を包括的に管理している者を想定。拠点ごとに配置し、複数拠点の兼務は不可。

注7) 何らかの評価機関において、評価を受けた場合のみ記載

注8) 個別契約のみで、どこのグループにも属していない場合は記載不要

注9) 機関が支部・支店等の拠点の場合、所属する法人名（本部組織名）を記載（正式名称で）。所属組織とは、主として注2の例にあるような法人を想定（医師会は除く）。なお、契約取りまとめ機関名との包含関係としては、契約取りまとめ機関>本部組織>機関（支部・支店等）となる。

協力業者 情報	協力業者の有無(積極的支援)	<input type="checkbox"/> 全て自前で実施	<input type="checkbox"/> 支援形態・地域等で部分委託
	協力業者名・委託部分 <sup>注10)</sup>	業者名 (例:財団法人○○埼玉支部)	委託部分 (例:埼玉県・運動指導)
		業者名 (例:△△株式会社九州コールセンター)	委託部分 (例:九州7県・電話)
		業者名	委託部分 (例:全国・電子メール)
		業者名	委託部分 (例:北海道・個別)
		業者名	委託部分

注10) 協力業者がある場合のみ、例に従って明瞭簡潔に記載。

スタッフ 情報 <sup>注11)</sup>	自機関内				協力業者 <sup>注10)</sup>	
	常勤		非常勤		総数	左記のうち一定の研修修了者数 <sup>注12)</sup>
	総数	左記のうち一定の研修修了者数 <sup>注12)</sup>	総数	左記のうち一定の研修修了者数 <sup>注12)</sup>		
医師	人	人	人	人	人	人
(上記のうち、日本医師会認定健康スポーツ医)	人	人	人	人	人	人
保健師	人	人	人	人	人	人
管理栄養士	人	人	人	人	人	人
看護師(一定の保健指導の実務経験のある者)	人	人	人	人	人	人
専門的知識及び技術を有する者	歯科医師	人	人	人	人	人
	THP取得者	人	人	人	人	人
	健康運動指導士	人	人	人	人	人
事務職員	人	人	人	人	人	人

注11) 特定保健指導に従事する者のみを記載。

注12) 一定の研修とは、「標準的な健診・保健指導プログラム」の巻末にある「健診・保健指導の研修ガイドライン」に準拠した研修等をいう。

保健指導の実施体制		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なう者	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	電子メール等 <sup>注13)</sup>
	医師	□常勤	□常勤 □非常勤 □協力業者	□常勤 □非常勤 □協力業者	□常勤 □非常勤 □協力業者	□常勤 □非常勤 □協力業者	□常勤 □非常勤 □協力業者
	保健師	□常勤	□常勤 □非常勤 □協力業者	□常勤 □非常勤 □協力業者	□常勤 □非常勤 □協力業者	□常勤 □非常勤 □協力業者	□常勤 □非常勤 □協力業者
	管理栄養士	□常勤	□常勤 □非常勤 □協力業者	□常勤 □非常勤 □協力業者	□常勤 □非常勤 □協力業者	□常勤 □非常勤 □協力業者	□常勤 □非常勤 □協力業者
	看護師(一定の保健指導の実務経験のある者)	□常勤 □非常勤 □協力業者	□常勤 □非常勤 □協力業者	□常勤 □非常勤 □協力業者	□常勤 □非常勤 □協力業者	□常勤 □非常勤 □協力業者	□常勤 □非常勤 □協力業者
専門的知識及び技術を有する者	歯科医師			□常勤 □非常勤 □協力業者	□常勤 □非常勤 □協力業者	□常勤 □非常勤 □協力業者	□常勤 □非常勤 □協力業者
	THP取得者			□常勤 □非常勤 □協力業者	□常勤 □非常勤 □協力業者	□常勤 □非常勤 □協力業者	□常勤 □非常勤 □協力業者
	健康運動指導士			□常勤 □非常勤 □協力業者	□常勤 □非常勤 □協力業者	□常勤 □非常勤 □協力業者	□常勤 □非常勤 □協力業者

\*該当する項目を全て選ぶこと（複数選択可）

注1) FAXや手紙等も含む

施設及び設備情報	利用者に対するプライバシーの保護 <sup>注14)</sup>	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
	個人情報保護に関する規程類	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
	受動喫煙対策	<input type="checkbox"/> 敷地内禁煙 <input type="checkbox"/> 施設内禁煙 <input type="checkbox"/> 完全分煙 <input type="checkbox"/> なし	
	指導結果の保存や提出における標準的な電子的様式の使用	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無

注1) 保健指導時における、必要な箇所(個別面接の実施時等)への間仕切りやついたて等の設置、別室の確保等の配慮等が為されているかの有無

運営に関する情報	実施日及び実施時間 <sup>注15)</sup>	特定時期 通年	(例: 6月第2週の平日 13:00-17:00) (例: 平日 9:00-17:00、土曜夜間)	
	実施地域 <sup>注16)</sup>			(例: 岡山県全域、広島県福山市)
	実施サービス <sup>注17)</sup>	<input type="checkbox"/> 動機付け支援 <input type="checkbox"/> 積極的支援 <input type="checkbox"/> 動機付け支援相当		
	実施形態 <sup>注17)</sup>	<input type="checkbox"/> 施設型 <input type="checkbox"/> 非施設型		
	継続的な支援の形態や内容 <sup>注17)</sup>	<input type="checkbox"/> 個別支援 <input type="checkbox"/> グループ支援 <input type="checkbox"/> 電子メール等 <sup>注13)</sup> <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 運動実習 <input type="checkbox"/> 調理実習		
	標準介入期間(積極的支援) <sup>注18)</sup>	<input type="checkbox"/> 3ヶ月 <input type="checkbox"/> 4ヶ月 <input type="checkbox"/> 5ヶ月 <input type="checkbox"/> 6ヶ月		
	課金体系	<input type="checkbox"/> 完全従量制(従量単価×人数) <input type="checkbox"/> 固定費+従量単価×人数		
	標準的な従量単価 <sup>注19)</sup>	動機付け 動機付け支援相当	円以下/人 円以下/人	積極的 円以下/人
	単価に含まれるもの <sup>注17-注20)</sup>	<input type="checkbox"/> 教材費(紙類のみならず万歩計等機器類や血液検査キット等も含む) <input type="checkbox"/> 会場・施設費 <input type="checkbox"/> 交通費(指導者の) <input type="checkbox"/> 材料費(調理実習) <input type="checkbox"/> 通信費・事務費 <input type="checkbox"/> 一定回数の督促		
	単価に含まれない追加サービスの有無 <sup>注17)</sup>	<input type="checkbox"/> 調査・計画費 <input type="checkbox"/> データ分析費 <input type="checkbox"/> 各種案内代行費 <input type="checkbox"/> 特に無し		
	積極的支援の内容 <sup>注21)</sup>			(例: 合計200ポイントの継続支援を実施。 特に、集団での栄養指導を実施)
	動機付け支援相当の内容			
	救急時の応急処置体制 <sup>注22)</sup>	<input type="checkbox"/> 有		<input type="checkbox"/> 無
	苦情に対する対応体制 <sup>注23)</sup>	<input type="checkbox"/> 有		<input type="checkbox"/> 無
	保健指導の実施者への定期的な研修	<input type="checkbox"/> 有		<input type="checkbox"/> 無
	インターネットを用いた保健指導における安全管理の仕組みや体制 <sup>注24)</sup>	<input type="checkbox"/> 有		<input type="checkbox"/> 無

注1) どちらだけでも、どちらも記載可

注6) 非施設型の保健指導を実施している場合についてのみ記載

注7) 複数回答可(項目「単価に含まれない追加サービスの有無」において「特に無し」と他との複数選択は不可)

注8) 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9) 最も標準的な支援メニューの単価(一つのメニューでも、契約人数の多少等により多様な契約単価がある場合は、そのうちの最高額)を記載

注10) 営業費用、採用・研修等費用、その他間接コスト等は、単価の中の人件費に含まれる利益・技術料等から適宜配分するものと考える

注11) 項目「標準的な従量単価」の積極的支援の単価における標準的な支援内容を明瞭・簡潔に記載。

注12) 緊急時に医師が迅速に対応できる体制の有無(医師が常駐していない機関の場合は、医師と緊密に連携し緊急時には搬送もしくは医師が駆けつける体制となっているか)。※医療機関は原則として「有」とあると想定される

注13) 利用者や保険者による苦情が発生した場合に、それを受け付け、改善、申し立て者への結果報告等を行う窓口や担当等が設けられているか。※医療機関は原則として「有」とあると想定される

注4) インターネットを利用した保健指導（介入のみならず事務的なやり取りや記録等も含む）を行う機関のみ記載

その他	掲出時点の前年度の特定保健指導の実施件数	動機付け	年間	人	1日当たり	人
		積極的	年間	人	1日当たり	人
		動機付け支給担当	年間	人	1日当たり	人
	実施可能な特定保健指導の件数	動機付け	年間	人	1日当たり	人
		積極的	年間	人	1日当たり	人
		動機付け支給担当	年間	人	1日当たり	人
	掲出時点の前年度の参加率(参加者/案内者)・脱落率(脱落者/参加者) <sup>注25)</sup>	動機付け	参加率	%	脱落率	%
		積極的	参加率	%	脱落率	%
		動機付け支給担当	参加率	%	脱落率	%
特定健康診査の実施			□有		□無	

注5) 参加率については機関において案内発送まで受託している場合のみ記載可能

## 特定保健指導の実施内容に関する書類

実施機関名 : \_\_\_\_\_

### 1 動機付け支援の保健指導プログラム

特定保健指導で使用する帳票（食事・生活状況等調査票、特定保健指導の記録票、評価のための帳票、その他使用している帳票）、利用者に提供する支援用学習教材等の資料一式の現物を添付してください。初回利用者用と継続利用者用と別に教材を用意されている場合は、両方を御提出ください。

健診後早期の初回面接について、あてはまるものの□にチェックをつけてください。	<input type="checkbox"/> 特定健診当日 (20pt) <input type="checkbox"/> 特定健診後1週間以内 (10pt) <input type="checkbox"/> 特定健診1週間後～利用券発送まで (0 pt) / <input type="checkbox"/> 実施なし (0 pt)
--	--

支援の種類	支援時期	支援形態	支援時間 (分)	支援内容	実施者の職種
事前調査 (予約受付後の生活習慣等)					
初回面接		<input type="checkbox"/> 個別支援（対面） <input type="checkbox"/> 個別支援（遠隔） <input type="checkbox"/> グループ支援（対面） <input type="checkbox"/> グループ支援（遠隔）			
実績評価		<input type="checkbox"/> 個別支援（対面） <input type="checkbox"/> 個別支援（遠隔） <input type="checkbox"/> グループ支援（対面） <input type="checkbox"/> グループ支援（遠隔） <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 電子メール <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> 手紙 <input type="checkbox"/> チャット <input type="checkbox"/> その他 ( )			

実績評価方法	※評価方法について、具体的に記載してください。
--------	-------------------------

## 2 積極的支援の保健指導プログラム

特定保健指導で使用する帳票（食事・生活状況等調査票、特定保健指導の記録票、評価のための帳票、その他使用している帳票）、利用者に提供する支援用学習教材等の資料一式の現物を添付してください。初回利用者用と継続利用者用と別に教材を用意されている場合は、両方を御提出ください。

健診後早期の初回面接について、あてはまるものの□にチェックをつけてください。	<input type="checkbox"/> 特定健診当日 (20pt) <input type="checkbox"/> 特定健診後1週間以内 (10pt) <input type="checkbox"/> 特定健診1週間後～利用券発送まで (0 pt) <input type="checkbox"/> 実施なし (0 pt)
--	--

支援の種類	支援時期	支援形態	支援時間 (分)	支援内容	実施者の職種
事前調査 (予約受付後の生活習慣等)					
初回面接		<input type="checkbox"/> 個別支援（対面） <input type="checkbox"/> 個別支援（遠隔） <input type="checkbox"/> グループ支援（対面） <input type="checkbox"/> グループ支援（遠隔）			
継続的支援					

実績評価 ※ 継続的な支援の最終回と一体のものとして実施する場合は、支援時期の欄にその旨を記載する				
実績評価方法	※評価方法について、具体的に記載してください。			
実績評価でアウトカム評価が未達成の場合の追加支援	※追加の支援方法について、具体的に記載してください。			

### 3 実施場所（施設名・住所等）

--

### 4 実施日時

	曜日	午前時間	午後時間	夜間時間
<input type="checkbox"/>	月曜日			
<input type="checkbox"/>	火曜日			
<input type="checkbox"/>	水曜日			
<input type="checkbox"/>	木曜日			
<input type="checkbox"/>	金曜日			
<input type="checkbox"/>	土曜日			
<input type="checkbox"/>	日曜日			

## 5 特定保健指導の予約申込先・予約受付時間

- 電話 【電話番号】 \_\_\_\_\_
- FAX 【FAX 番号】 \_\_\_\_\_
- メール 【アドレス】 \_\_\_\_\_
- その他 \_\_\_\_\_

(その他詳細)

	曜日	予約受付時間
<input type="checkbox"/>	月曜日	
<input type="checkbox"/>	火曜日	
<input type="checkbox"/>	水曜日	
<input type="checkbox"/>	木曜日	
<input type="checkbox"/>	金曜日	
<input type="checkbox"/>	土曜日	
<input type="checkbox"/>	日曜日	

## 6 情報通信技術を活用した面接の実施

- 実施あり  実施なし

(活用ツール)

## 7 救急時の応急処置体制（※医療機関以外の場合回答）

## 8 苦情に対する対応体制

# 特定保健指導の実施内容に関する書類

実施機関名 : よこはまこくほ保健指導センター

## 1 動機付け支援の保健指導プログラム

特定保健指導で使用する帳票（食事・生活状況等調査票、特定保健指導の記録票、評価のための帳票、その他使用している帳票）、利用者に提供する支援用学習教材等の資料一式の現物を添付してください。初回利用者用と継続利用者用と別に教材を用意されている場合は、両方を御提出ください。

健診後早期の初回面接について、あてはまるものの□にチェックをつけてください。	<input checked="" type="checkbox"/> 特定健診当日 (20pt) <input checked="" type="checkbox"/> 特定健診後 1 週間以内 (10pt) <input checked="" type="checkbox"/> 特定健診 1 週間後～利用券発送まで (0 pt) / <input type="checkbox"/> 実施なし (0 pt)
--	---

支援の種類	支援時期	支援形態	支援時間 (分)	支援内容	実施者の職種
事前調査 (予約受付後の生活習慣等)	健診結果説明当日、初回面談日、予約時	・書面による記述式 ・Web 入力フォーム		・問診票の回答を依頼し、現在の状況を把握する。	保健師 管理栄養士
初回面接	健診結果説明当日、初回面談日	<input checked="" type="checkbox"/> 個別支援（対面） <input checked="" type="checkbox"/> 個別支援（遠隔） <input type="checkbox"/> グループ支援（対面） <input type="checkbox"/> グループ支援（遠隔）	30	・健診結果の内容を説明し、結果を振り返る。 ・問診票と面談で聴取した生活習慣から、改善できる点がないか確認する。 ・保健指導のスケジュールを確認し、3か月後の目標と具体的な行動計画を決める。 ・目標の記録方法について決める。必要に応じて、記録用紙をお渡しする。 ・腹囲の測定方法を説明する。  (次回が電話支援の場合) ・電話の対応可能時間を確認する。	保健師 管理栄養士

実績評価	3か月後	<input checked="" type="checkbox"/> 個別支援（対面） <input checked="" type="checkbox"/> 個別支援（遠隔） <input type="checkbox"/> グループ支援（対面） <input type="checkbox"/> グループ支援（遠隔） <input checked="" type="checkbox"/> 電話 <input checked="" type="checkbox"/> 電子メール <input type="checkbox"/> FAX <input checked="" type="checkbox"/> 手紙 <input type="checkbox"/> チャット <input type="checkbox"/> その他 ( )	30	<p>(対面支援の方のみ)  • 身体測定（体重、腹囲、血圧）を行う。</p> <p>・アンケートで目標の達成状況を確認する。  • 行動目標の実施状況の記録を確認し、達成状況を振り返る。  • 保健指導終了後の過ごし方について助言する。</p>	保健師 管理栄養士
		※評価方法について、具体的に記載してください。			

## 2 積極的支援の保健指導プログラム

特定保健指導で使用する帳票（食事・生活状況等調査票、特定保健指導の記録票、評価のための帳票、その他使用している帳票）、利用者に提供する支援用学習教材等の資料一式の現物を添付してください。初回利用者用と継続利用者用と別に教材を用意されている場合は、両方を御提出ください。

健診後早期の初回面接について、あてはまるものの□にチェックをつけてください。	<input checked="" type="checkbox"/> 特定健診当日（20pt） <input checked="" type="checkbox"/> 特定健診後1週間以内（10pt） <input checked="" type="checkbox"/> 特定健診1週間後～利用券発送まで（0pt） <input type="checkbox"/> 実施なし（0pt）
--	---

支援の種類	支援時期	支援形態	支援時間 (分)	支援内容	実施者の職種
事前調査 (予約受付後の生活習慣等)	健診結果説明当日、初回面談日、予約時	・書面による記述式 ・Web入力フォーム		・問診票の回答を依頼し、現在の状況を把握する。	保健師 管理栄養士
初回面接	健診結果説明当日、初回面談日、予約時	<input checked="" type="checkbox"/> 個別支援（対面） <input checked="" type="checkbox"/> 個別支援（遠隔） <input type="checkbox"/> グループ支援（対面） <input type="checkbox"/> グループ支援（遠隔）	30	• 健診結果の内容を説明し、結果を振り返る。 • 問診票と面談で聴取した生活習慣から、改善できる点がないか確認する。 • 保健指導のスケジュールを確認し、3か月後の	保健師 管理栄養士

				<p>目標と具体的な行動計画を決める。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・目標の記録方法について決める。必要に応じて、記録用紙をお渡しする。</li> <li>・腹囲の測定方法を説明する。</li> </ul> <p>(次回が電話支援の場合)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・電話の対応可能時間を確認する。</li> </ul>	
継続的支援	2週間後	電子メール又は手紙	1往復	<ul style="list-style-type: none"> <li>・初回面談で立てた行動目標の達成状況を確認する。</li> </ul>	保健師 管理栄養士
	1か月後	個別支援 (対面・遠隔)	30分	<ul style="list-style-type: none"> <li>・中間評価 行動目標の達成状況を確認し、必要時目標の再設定や達成のための助言を行う。</li> </ul>	
	2か月後	電話	20分	<ul style="list-style-type: none"> <li>・最終評価に向け行動目標の達成状況を確認する。</li> </ul>	
実績評価  ※ 継続的な支援の最終回と一体のものとして実施する場合は、支援時期の欄にその旨を記載する	3か月後（継続支援と最終評価を一體的に実施）	個別支援（対面・遠隔）	30分	<ul style="list-style-type: none"> <li>・身体測定（体重、腹囲、血圧）を行う。</li> <li>・アンケートで目標の達成状況を確認する。</li> <li>・行動目標の実施状況の記録を確認し、達成状況を振り返る。</li> <li>・保健指導終了後の過ごし方について助言する。</li> </ul>	保健師 管理栄養士
実績評価方法	<p>※評価方法について、具体的に記載してください。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・アンケートの回答を依頼し、生活習慣や行動変容に関する意識の変化を評価する。</li> <li>・身体測定の結果（体重・腹囲）を活用し、保健指導実施前後の身体の変化について伝える。</li> <li>・行動目標の記録を確認し、目標の達成状況を評価する。</li> </ul>				
実績評価でアウトカム評価が未達成の場合の追加支援	<p>※追加の支援方法について、具体的に記載してください。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・実績評価時に行動目標の継続が難しかった理由を確認し、目標を再設定する。</li> <li>・実績評価から1か月後に電話支援を行い、状況を確認する。</li> <li>・プロセス評価とアウトカム評価で達成した項目を合計し、達成とする。</li> </ul>				

### 3 実施場所（施設名・住所等）

- ・よこはまこくほ保健指導センター（横浜市中区○○町3丁目）
- ・対象者の自宅（訪問の希望があった場合）

### 4 実施日時

	曜日	午前時間	午後時間	夜間時間
<input checked="" type="checkbox"/>	月曜日	9：00～12：00	14：00～18：00	
<input checked="" type="checkbox"/>	火曜日	9：00～12：00	14：00～18：00	
<input checked="" type="checkbox"/>	水曜日	9：00～12：00	14：00～18：00	
<input checked="" type="checkbox"/>	木曜日	9：00～12：00	14：00～18：00	
<input checked="" type="checkbox"/>	金曜日	9：00～12：00	14：00～18：00	
<input checked="" type="checkbox"/>	土曜日	9：00～12：00		
<input type="checkbox"/>	日曜日			

### 5 特定保健指導の予約申込先・予約受付時間

- 電話 【電話番号】 045-671-4067
- FAX 【FAX番号】 045-664-0403
- メール 【アドレス】 \_\_\_\_\_
- その他

(その他詳細)

- ・WEB申請フォームからの申し込みも可能。

	曜日	予約受付時間
<input checked="" type="checkbox"/>	月曜日	9：00～18：00
<input checked="" type="checkbox"/>	火曜日	9：00～12：00/14：00～18：00
<input checked="" type="checkbox"/>	水曜日	9：00～18：00
<input checked="" type="checkbox"/>	木曜日	9：00～18：00
<input checked="" type="checkbox"/>	金曜日	9：00～18：00
<input checked="" type="checkbox"/>	土曜日	9：00～12：00
<input type="checkbox"/>	日曜日	

## 5 情報通信技術を活用した面接の実施

実施あり 実施なし

(活用ツール)

Zoom、Microsoft Teams

## 6 救急時の応急処置体制（※医療機関以外の場合回答）

休憩スペースに対象者を休ませ、経過観察を行う。

緊急の場合には救急要請を行う。

一次救命処置を行う。

## 7 苦情に対する対応体制

苦情対応窓口にて、意見等を聴取する。

聴取した内容は速やかに保健指導業務の責任者に報告し、迅速に対応する。

必要に応じ、横浜市へ報告し、指示を仰ぐ。

## 社会保険診療報酬支払基金への保健指導機関届出に関する調書

次の項目について、あてはまる項目に「○」を記入してください。

	項目	記入欄
1	届出を提出済みであり、社会保険診療報酬支払基金のホームページ上に反映されている。※1	
2	届出を提出済みであるが、社会保険診療報酬支払基金のホームページ上には反映されていない。※1	
3	未提出であるが、受託者決定日までには必ず届出を行う。※2	

※1 実際に届け出たものの写しを添付してください。

なお、写しが手元にない場合は、社会保険診療報酬支払基金ホームページに公開されている届出機関情報をプリントアウトして添付してください。

※2 社会保険診療報酬支払基金へ提出後、実際に届け出たものの写しを添付してください。

(様式 6)  
令和 年 月 日

(提出先) 横浜市健康福祉局長

(申請者) 事業者名 \_\_\_\_\_

## 令和8年度横浜市国保特定保健指導利用勧奨等実施申請書

特定健診実施機関は、次の1, 2のうち実施するものにいづれか一つ、を記入し、それぞれ下記必要書類を添付のうえ、御提出ください。

<input type="checkbox"/>	1 特定健診当日等（特定健診当日・特定健診後1週間以内・特定健診1週間後～利用券発送まで）の特定保健指導の初回面接実施（下記1を記入）
<input type="checkbox"/>	2 特定保健指導の基準に該当した者への利用勧奨（下記2を記入）

### 1 特定保健指導該当者への特定健診当日等初回面接実施

あてはまるものに一つ、を記入し、必要事項の記入をお願いします。

#### (1) 特定健診当日等初回面接実施方法

<input type="checkbox"/>	特定健康診査当日（即日階層化判定ができること）
<input type="checkbox"/>	特定健診結果説明時
<input type="checkbox"/>	その他（具体的に、実施方法を御記入ください）  【例】結果郵送後、電話勧奨する。結果郵送後、保健指導予約日を記入できる往復はがき等を送付する。等 ただし、再検査ではないことや他の事業者でも利用できること等、十分説明をお願いします。

#### (2) 特定保健指導の基準に該当することの判断

①階層化判断をする電算処理プログラム：□あり（②も回答）・□なし

②電算処理プログラムの詳細（プログラム名、作成元等。仕様書があれば添付）

## 2 特定保健指導の基準に該当した者への利用勧奨

あてはまるものに一つ、☑の記入し、必要事項の記入をお願いします。

### (1) 実施方法

<input type="checkbox"/>	健診当日 【具体的方法】
<input type="checkbox"/>	健診結果説明時 【具体的方法】
<input type="checkbox"/>	健診結果郵送時 【具体的方法】

(2) 階層化電算処理システム導入  あり •  なし

### (3) 必要書類

利用勧奨に使用する独自の用紙やリーフレット等があれば、ご提出ください。

# 特定健診当日等の特定保健指導

## 初回面接実施のご案内

令和7年度は  
26 実施機関に  
登録いただきました

横浜市の特定保健指導では、特定健診当日等（特定健診当日、結果説明時又は結果送付後）の特定保健指導の初回面接の実施を可能としています。

是非、特定健診当日等の特定保健指導の実施について、ご検討をお願いします！

特定健診当日、結果説明時又は結果送付後等の特定保健指導とは・・・

特定健診実施機関で毎月の利用券発送前に、特定健診結果に基づいて実施する特定保健指導です。実施には、費用の請求方法が電子媒体請求またはオンライン請求であることが必要です。

### 実施のメリット

- ✓ 初回面談実施率が高く、中断率が低い
- ✓ 利用者が利用券等の必要書類を持参し忘れるリスクがない
- ✓ 長期間にわたり継続して利用いただくことで、かかりつけの医療機関となる可能性がある
- ✓ 利用者を確実に獲得できる

### 実施方法

#### ① 初回面談（特定健診当日、結果説明時又は結果送付後）

健診結果が揃った後、利用者に「特定保健指導利用申込書」を記載いただきます。以降、通常の特定保健指導と同様に初回面談を実施します。

#### ② 実施報告

毎月5日までに、前月分の「特定健診当日等特定保健指導初回面接実施報告書」を作成し、利用申込書（写し）とあわせて横浜市に提出します。

#### ③ 費用請求

実施報告書に基づき、横浜市から実施機関へ利用券を直接送付しますので、原則、受領してから翌月5日までに、神奈川県国保連合会へ特定保健指導結果の提出及び費用請求を行います。

※実施方法の詳細は、特定保健指導実施の手引きをご覧ください。