業務提案書

１．基本項目

|  |  |
| --- | --- |
| 提　出　日 | 令和　　　年　　月　　日 |
| 機　関　名 |  |
| 所　在　地 |  |
| 代 表 者 名 |  |
| 特定保健指導機関番号※ |  |
| 保健指導統括者氏名（職種も明記） |  |
| 担当者連絡先 | 電話　　　　　　　　　FAXメール |

※社会保険診療報酬支払基金の登録番号を記載。申請中の場合は、その旨を記載してください。

２．提案内容

（１）階層化および特定保健指導について

|  |  |
| --- | --- |
| 項　目 | 内　容（別紙でも可） |
| １．特定健診受診当日に、階層化を実施できますか | ①できる　　　②できない |
| ２．健診当日に初回面接を実施できますか（分割可） | ①できる　　　②できない |
| ３．受託可能な特定保健指導 | ①積極的支援　②動機付け支援＊複数選択可 |
| ３－１　積極的支援を実施できる場合 | ①初回面接のみ実施　②初回～継続的な支援・評価まで実施 |
| ３－２　動機付け支援を実施できる場合 | ①初回面接のみ実施　②初回～評価まで実施 |

（２）対象者の利便性の確保策について

|  |  |
| --- | --- |
| １．実施場所 |  |
| ２．実施曜日及び実施時間 |  | 曜日 | 午前実施時間 | 午後実施時間 | 夜間実施時間 |
| □ | 月 |  |  |  |
| □ | 火 |  |  |  |
| □ | 水 |  |  |  |
| □ | 木 |  |  |  |
| □ | 金 |  |  |  |
| □ | 土 |  |  |  |
| □ | 日 |  |  |  |

（３）提供できるプログラム内容

積極的支援

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 支援時期 | 支援形態 | 支援内容 | 支援時間(分) | 支援ポイント | 実施者（職種） |
| 初回面接 |  | ・個別面接・グループ |  |  |  |  |
| 継続的な支援 |  | ・個別面接・グループ・通信（メール、電話、FAX、手紙） |  |  |  |  |
| 評価 |  | ・面接・通信 |  |  |  |  |
| 合　計 |  |  |

※３ヶ月以上の継続的支援は、アウトカム評価とプロセス評価を合計し、180ポイント以上の支援を実施するものとする。

動機付け支援（動機付け支援相当）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 支援時期 | 支援形態 | 支援内容 | 支援時間(分) | 実施者（職種） |
|
| 初回面接 |  | ・個別面接・グループ |  |  |  |
| 評価 |  | ・面接・通信 |  |  |  |

（４）特定保健指導の実施率・継続率を上げるための対策について

|  |  |
| --- | --- |
| １．40～50歳代の男性に対する支援や保健指導の工夫 |  |
| ２．行動変容を促す効果的な保健指導の工夫 |  |
| ３．途中脱落者の防止策 |  |

（５）その他

|  |  |
| --- | --- |
| １．保健指導機関の傷害保険加入について | ①加入なし②加入あり（保険の種類：　　　　　　　　　　） |
| ２．特定保健指導の実績または生活習慣病に関する保健指導の実績 |  |
| ３．保健指導実施者の人材育成や特定保健指導に関する研修 | ①なし②あり内容　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |