

札幌市国保特定保健指導業務概要【令和8年度】

機関名			
特定保健指導事業統括者		連絡先	TEL
特定保健指導事業管理者			FAX
担当者	保健指導に関すること		e-mail
	請求等事務に関すること		

1 令和8年度の実施形態について、実施するものすべてに○をつけてください。

保健指導区分	実施形態	○
動機付け支援	施設利用型	
	初回面接分割実施型	

保健指導区分	実施形態	○
積極的支援	施設利用型	
	初回面接分割実施型	
	運動施設通所型*2	

2 令和8年度に特定保健指導に従事する人員について、ご記入ください。

- ① 業務委託仕様書別表「札幌市国民健康保険特定保健指導業務委託基準」の「Ⅰ 人員に関する基準」及び注釈をよくご確認の上、基準を満たしている人員についてご回答ください。 ※ 非常勤の雇用形態は、常勤以外のパート、契約等すべてを含む。

【初回面接(計画作成)・実績評価を含むすべての指導が実施可能な職員】

職種	常勤	非常勤
医師	人	人
保健師	人	人
管理栄養士	人	人
一定の保健指導実務経験のある 看護師	人	人
実務経験の内容 (経験期間、業務内容等)		
※「札幌市国民健康保険 特定保健指導業務委託 基準」の＊１を満たすこ と。		

【継続的な支援のみ実施可能な職員】 ※該当者がいる場合のみ記載。

	職種	追加要件
食生活の改善指導に 関する実践的指導者		
常勤 ()人 非常勤 ()人		
運動指導に関する 実践的指導者		
常勤 ()人 非常勤 ()人		

*2 「運動施設通所型」を実施する場合、「運動施設通所型における運動実践的指導者」の人員についてご記載ください。(再掲)

職種	運動指導担当者研修 修了年	人数
健康運動指導士		人
その他		人
		人
		人

- ② 人材育成(研修計画等)について、ご記載ください。

--

3 令和 8 年度に実施する特定保健指導のプログラム

①～③にご記入ください。プログラムが複数ある等、この様式への記載が難しい場合は、別紙にご記載いただいても構いません。

※実施機関独自で帳票(生活習慣調査票、評価票など)や保健指導教材を作成されている場合は、参考までに当課へご提供ください(FAX、郵送等により。必須ではありません)。

① 動機付け支援の保健指導プログラム

支援段階	実施時期	支援形態	実施者の職種
初回面接			
継続的な支援 (任意)			
実績評価			

② 積極的支援の保健指導プログラム

支援段階	実施時期	支援形態	獲得ポイント	実施者の職種
初回面接				
継続的な支援				
実績評価				

※ 保健指導プログラムに関する特記事項

--