

郡山市特定保健指導実施要領

平成 22 年 4 月 1 日制定

平成 23 年 4 月 1 日一部改正

平成 25 年 4 月 1 日一部改正

平成 27 年 4 月 1 日一部改正

平成 30 年 4 月 1 日一部改正

令和 6 年 4 月 1 日一部改正

[保健福祉部保健所健康づくり課]

1 目的

この要領は、特定保健指導の実施について必要な事項を定めることにより、郡山市国民健康保険被保険者自らが身体や検査所見の異常に気づき、生活習慣を改善する行動目標を設定し実践することを支援し、内臓脂肪症候群に伴う生活習慣病を予防することを目的とする。

2 対象者

対象者は、郡山市国民健康保険特定健康診査等実施要綱第 3 条第 2 項に規定する者とする。

3 実施内容

実施内容は次に掲げるとおりとする。

(1) 動機付け支援

- ① 支援内容 初回面接日から 3 か月以上経過後に評価を行う。ただし、期間中に支援中断後再開する場合においては、2 か月間までの延長を行うものとするが、次年度の特定健康診査の受診を妨げないよう配慮するものとする。
- ② 支援形態 面接（個別支援、グループ支援（1 グループおおむね 8 名以下に限る。)) 又は通信（電話又は電子メール、FAX、手紙、チャット等（以下「電子メール等」という。)) の方法による。
- ③ 指導者 医師、保健師、管理栄養士等

(2) 積極的支援

- ① 支援内容 初回面接から 3 か月以上の継続的な支援を実施した後、評価を行う。ただし、期間中に支援中断後再開する場合においては、2 か月間までの延長を行うものとするが、次年度の特定健康診査の受診を妨げないよう配慮するものとする。
- ② 支援形態 面接（個別支援、グループ支援（1 グループおおむね 8 名以下に限る。)) 又は通信（電話又は電子メール等）の方法による。
- ③ 指導者 医師、保健師、管理栄養士等
- ④ 継続的な支援の具体的な内容

評価を伴わない継続的な支援を 1 回以上実施し、かつアウトカム評価とプロセス評

価を合計し、180 ポイント（p）以上の支援を実施することを条件とする（別表）。

4 実施者

特定保健指導の動機付け支援及び積極的支援は、市が実施する。ただし、事業者へ委託し実施できるものとする。

5 評価

市は、対象者の次年度における特定健康診査結果を基に、当該対象者の健診データ、生活習慣の改善状況及び特定保健指導の有効性について評価を行う。

6 費用負担

特定保健指導に係る費用は、郡山市が負担するものとし、対象者の自己負担金については無料とする。

附 則

（施行期日）

1 この要領は、平成 20 年 7 月 1 日から施行する。

（平成 20 年度から令和 11 年度までの保健指導の担当の特例）

2 平成 20 年度から令和 11 年度までの期間に限り、3 の(1)の③及び3 の(2)の③の規定にかかわらず、保健指導に関する一定の実務経験を有する看護師については、保健指導の実施を認めるものとする。

3 前項の「保健指導に関する一定の実務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（必ずしも継続した 1 年間である必要はない。）、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又は事業主が労働者に対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者とする。なお、業務に従事とは反復継続して当該事業に専ら携わっていることを意味するものとする。

4 特定保健指導を受託する機関は、当該「保健指導に関する一定の実務経験を有する看護師」が受託業務に従事する予定がある場合には、郡山市に対し、保険者や事業主が作成した 1 年以上実務を経験したことを証明する文書（「実務経験証明書」（別紙様式）という。）を提出しなければならない。

附 則

この要領は、平成 22 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この要領は、平成 23 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この要領は、平成 25 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この要領は、平成 27 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この要領は、平成 30 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

(施行期日)

1 この要領は、令和6年4月1日から施行する。

(令和5年度特定保健指導対象者の特例)

2 この要領による改正後の郡山市特定保健指導実施要領の規定は、令和6年度の対象者から適用し、令和5年度の特定健康診査を受診し、特定保健指導の対象となった者であって、初回面接を令和6年5月31日までに実施した者に係る特定保健指導の実施内容については、なお従前の例による。

別表

継続的な支援のポイント構成

アウトカム評価	腹囲 2.0 cm以上かつ体重 2.0kg 以上減少※	180p
	腹囲 1.0 cm以上かつ体重 2.0kg 以上減少	20p
	食習慣の改善	20p
	運動習慣の改善	20p
	喫煙習慣の改善（禁煙）	30p
	休養習慣の改善	20p
	その他の生活習慣の改善	20p
プロセス評価	個別支援 支援 1 回当たり最低 10 分以上	70p
	グループ支援 支援 1 回当たり最低 40 分以上	70p
	電話 支援 1 回当たり最低 5 分間以上	70p
	電子メール等 1 往復	30p
	健診当日の初回面接	20p
	健診後 1 週間以内の初回面接	10p

※当該年度の特定健康診査の結果に比べて腹囲 2.0 cm以上かつ体重 2.0kg 以上減少している場合（又は当該年度の健診時の体重の値に、0.024 を乗じた体重（kg）かつ同体重（kg）と同じ値の腹囲（cm）以上減少している場合）

[別 紙]

実務経験証明書

下記の者は、下記のとおり保健指導実務の経験を有することに相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

所在地

商号又は名称



代表者氏名

看護師に関する事項

氏 名

生年月日

住 所

職 名 (具体的に記入)	実務経験の内容		実務経験年数	
			年 月から	年 月まで
			年 月から	年 月まで
			年 月から	年 月まで
			年 月から	年 月まで
			年 月から	年 月まで
			年 月から	年 月まで
			合計 満	年 月
1年以上実務経験を 経験したことの証明 を得ることができな い場合	その理由	(例)平成〇年〇月会社解散のため。	証明者と 被証明者 との関係	(例) 役員、社員

(注) この証明書は、証明を受けようとする者1人につき、それぞれ作成すること。