

特定保健指導のお願い

むたほとめきクリニック

牟田 文彦

特定健康健康診査

内臓脂肪の蓄積に着目した生活習慣病予防
のための**保健指導を必要とする者を抽出**
する健診

現状

- ・メタボリックシンドローム予備群・該当者割合が増加傾向
- ・特定保健指導の実施率が低い(県内最下位)

市町村	実施率
久留米市	20.2%
福岡市	26.9%
大牟田市	44.4%
北九州市	20.2%
福岡県	43.1%
国	28.8%

県内最下位

特定保健指導の体制（R5まで）

個別健診

① 特定保健指導 **受託医療機関**

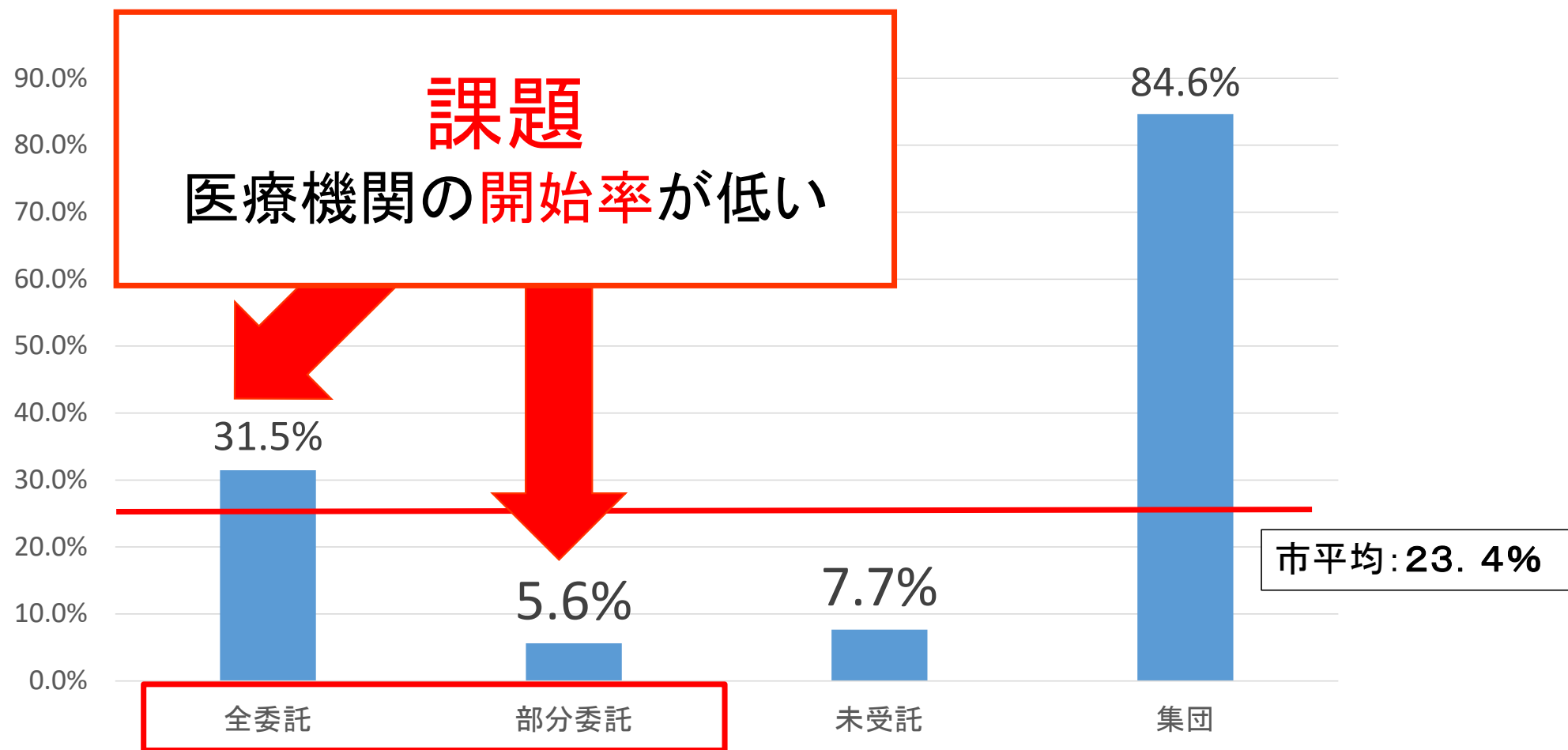
i) 部分委託方式（初回支援と実績のみを実施。
継続支援は健康推進課保健師が実施。）

ii) 全委託方式
（初回支援・継続支援・実績評価の全工程を実施。）

② 特定保健指導 **未受託医療機関**

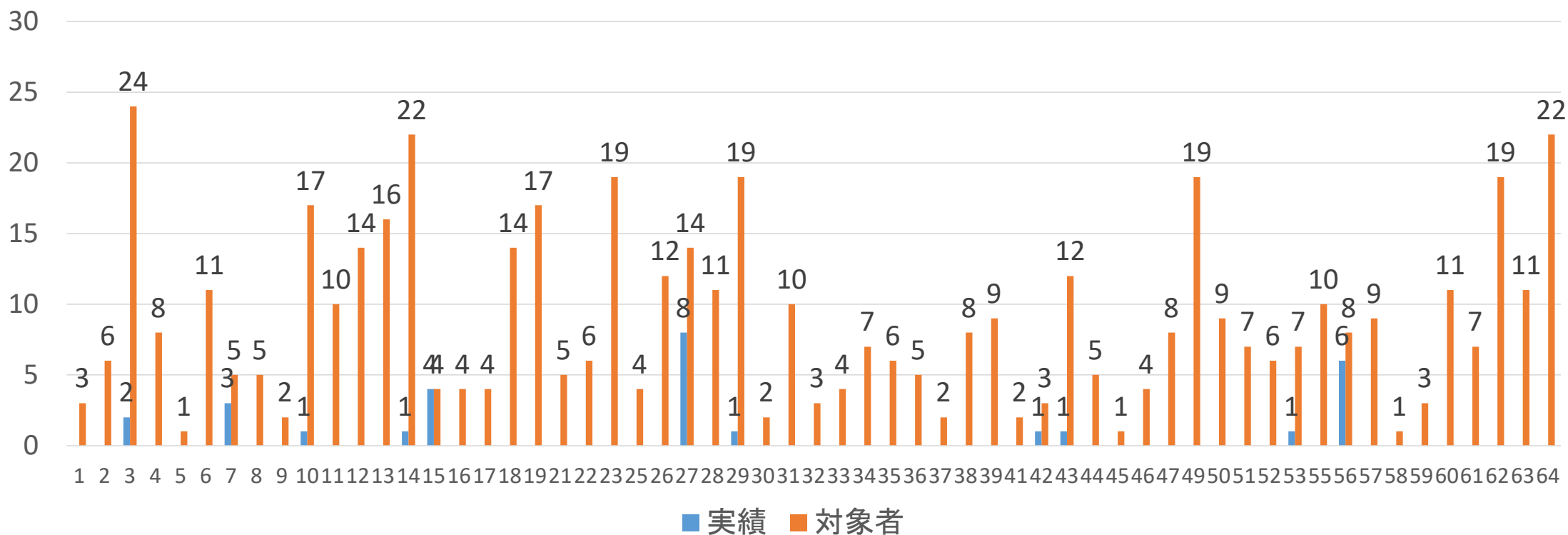
市が対象者へ手紙や電話による利用勧奨を実施し、希望者に特定保健指導を実施。

令和4年度 特定保健指導開始率



特定保健指導の受託医療機関で実施

R4 部分委託方式の特定保健指導対象者数・実績数

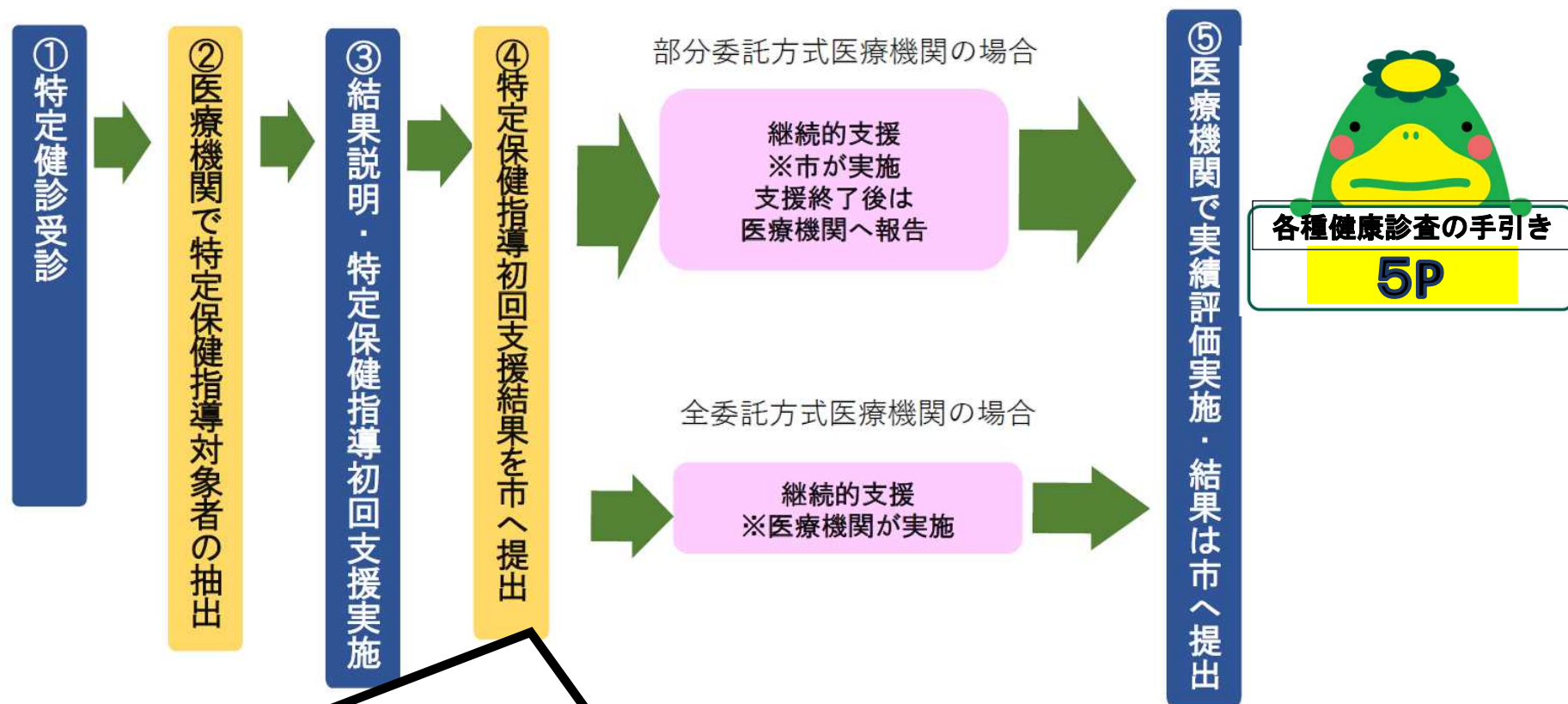


部分委託64医療機関の内、59医療機関で特定保健指導対象者が発生。
 59医療機関の内、保健指導を実施している医療機関は**11か所のみ**。

先生からのご意見

- ・結果説明の時に保健指導をしていたが、保健指導シートを提出しないといけないと知らなかった。
- ・特定健診をすることで、特定保健指導も実施していることになっていると思っていた。結果説明時に、対象者に特定保健指導をしないといけないと思っていなかった。

医療機関での特定保健指導の流れ(特定保健指導受託医療機関)



部分委託方式は**特定保健指導シート①**を市へ提出しないと、**特定保健指導1件としてカウントされません。**

特定保健指導シート①(A3用紙)

特定保健指導シート①

1. 基本情報

①実施機関番号

保険者番号	00400044	保険者名称	久留米市	受診券整理番号							
別冊ナ		性別		生年月日		年齢		保険証番号・番号			
氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		昭和 年 月 日		歳					

メタボリックシンドローム判定 未該当 予備群 該当者

特定保健指導レベル・コース名 久留米市国保 (動機付け支援 - 積極的支援) コース

連絡先①

連絡先②

自宅 携帯(本人) その他 () 自宅 携帯(本人) その他 ()

動きが早い時間帯(平日) 9時~12時 12時~15時 15時~18時 動きが早い時間帯(平日) 9時~12時 12時~15時 15時~18時

2. 特定保健指導とは

特定保健指導はメタボリックシンドロームの改善や予防を行う保健指導です。
特定保健指導では、医師や保健師、管理栄養士などと定期的に連絡を取りながら、減量や生活習慣の改善にチャレンジします。
あなたの保健指導コースは
 動機付け支援(3か月): 計2回の支援(初回支援、実績評価)
 積極的支援(3か月以上): 「-2cm・-2kg達成した時点で終了」もしくは「アウトカム評価とプロセス評価を併用し、合計が180ポイントで終了」
※実績評価日は初回面接日より3か月以上経過後に実施
ただし、目標の達成状況によっては支援期間が変わります。

3. ①~⑤に現在の状態を記入または当てはまるものにチェックをしてください。

①健診結果(健診受診日: 年 月 日)

●体重(kg) (20歳時体重) ●腹囲(cm) ●血圧(mmHg)

kg kg cm / mmHg

②喫煙(タバコ)の有無 (あり なし)

③仕事の有無 (あり なし)

④仕事内容

⑤家族構成: ()人暮らし

⑥食事準備担当: 自分 家族 () その他 ()

⑦家族歴(父母・兄弟姉妹に下記の方がいれば)

高血圧 脂質異常症 糖尿病 脳卒中 心筋梗塞・狭心症 腎臓病

⑧現在の運動や食生活等の生活習慣の改善について

ア【無関心期】改善するつもりはない
 イ【関心期】改善するつもりである(おおむね6か月以内)
 ウ【準備期】近いうちに(おおむね1か月以内)改善するつもりであり、少しずつ始めている
 エ【実行期】既に改善に取り組んでいる(6か月未満)
 オ【維持期】既に改善に取り組んでいる(6か月以上)

別紙 1

4. 設定した行動目標・計画

①(食習慣の改善)例: 1日の間食は80kcal以内にする

②(運動習慣の改善)例: 週2回15分のウォーキングをする

③(喫煙習慣の改善)例: たばこを吸わない

④(休養習慣の改善)例: 睡眠時間を今より1時間多くとる

⑤(その他の生活習慣の改善)例: 1日の飲酒量はビール1本(350ml)までにする

5. 設定した目標値

項目	目標値
腹囲	cm
体重	kg
収縮期血圧	mmHg
拡張期血圧	mmHg
1日の削減目標エネルギー(A+B)	kcal
1日の運動による目標エネルギー(A)	kcal
1日の食事による目標エネルギー(B)	kcal

6. 支援内容等

(食生活)

(運動)

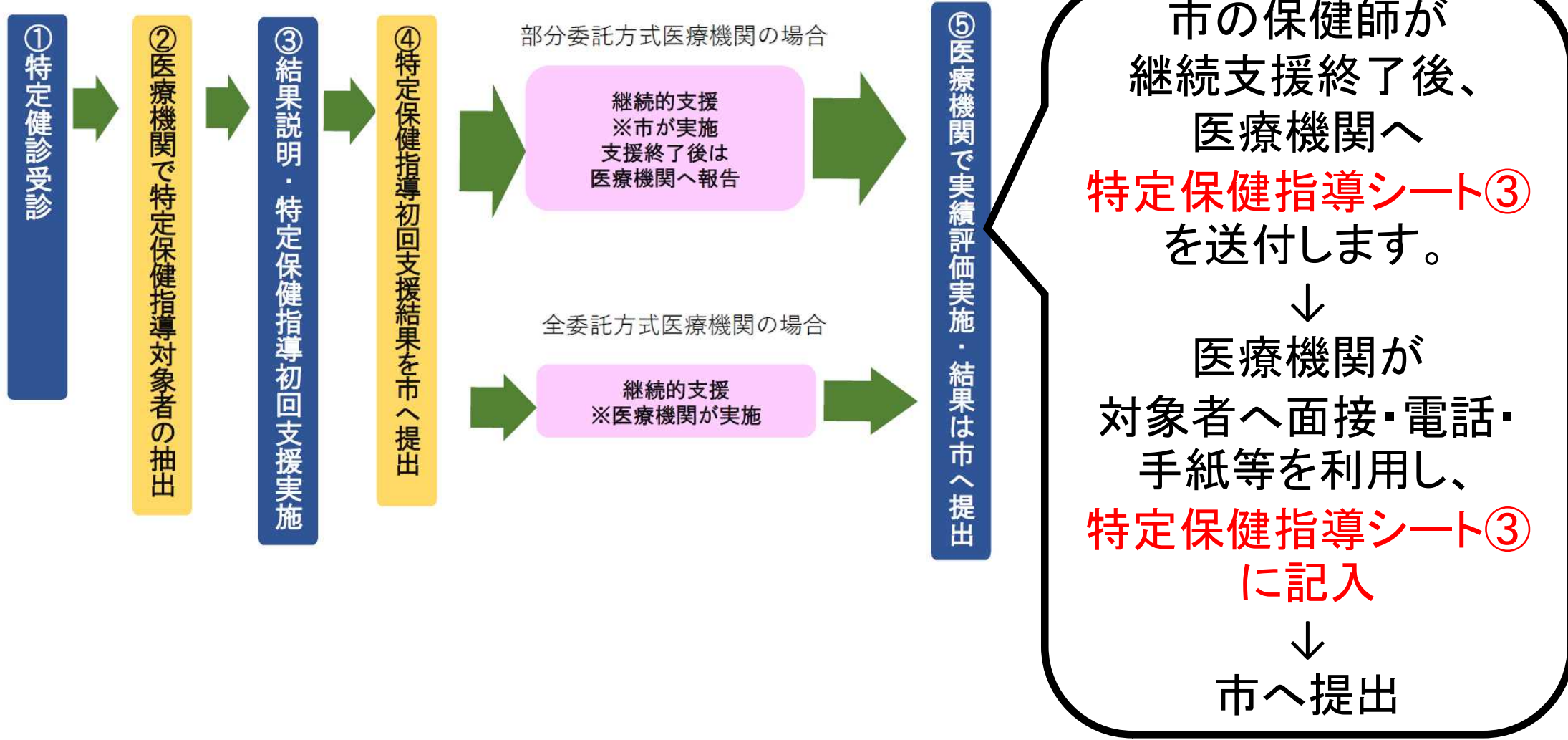
7. 特定保健指導のスケジュール

動機付け支援: 当院で3か月間の取り組みの効果を(面談・電話・文書・FAX・メール)で確認します。
3か月(12週)後 → 令和()年()月()日

積極的支援: 保健指導の期間、市の保健師等が電話等で連絡し、今日立てた計画の確認を行います。
当院で取り組みの効果を(面談・電話・文書・FAX・メール)で確認します。
3か月(12週)以上 → 令和()年()月()日

初回支援実施日	年 月 日	健診後早期の初回面接	<input type="checkbox"/> 実施なし <input type="checkbox"/> 当日 <input type="checkbox"/> 1週間以内(当日は除く)
実施者氏名		職種	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 管理栄養士 <input type="checkbox"/> その他
支援形態	<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)	分割実施の場合の2回目	<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・電子メール等
実施機関番号	4 0	実施機関名称	
所在地			
電話	FAX		

医療機関での特定保健指導の流れ(特定保健指導受託医療機関)



特定保健指導シート③(A4用紙)

特定保健指導シート③ 実績評価報告書

1. 基本情報

氏名	性別	生年月日	年齢	保険証番号-番号
(フリガナ)	<input type="checkbox"/> 男 昭和 <input type="checkbox"/> 女	年 月 日	歳	-
特定健診受診券整理番号		特定保健指導利用券整理番号		
0 0 0		0 0 0 0		
保健指導レベル <input type="checkbox"/> 動機付け支援 <input type="checkbox"/> 積極的支援				

2. 継続支援までの獲得ポイント(年 月 日時点 ※市にて記載)

プロセス評価: P・・・評価合計ポイント①に該当

3. 現在の状態

身体計測 (口自己申告)

●体重(kg) ●腹囲(cm) ●収縮期血圧/拡張期血圧(mmHg)

kg cm / mmHg

●健康管理について

【無関心期】改善するつもりはない 【関心期】改善するつもりである(おおむね6か月以内)

【準備期】近いうちに(おおむね1か月以内)改選するつもりであり、少しずつ始めている

【実行期】既に改善に取り組んでいる(6か月未満) 【維持期】既に改善に取り組んでいる(6か月以上)

4. 評価結果

評価実施日	支援形態(プロセス評価)	実施時間	実施者氏名・職種
年 月 日	<input type="checkbox"/> 個別面談 10分間以上(対面・遠隔) 70P <input type="checkbox"/> グループ面談 40分間以上(対面・遠隔) 70P <input type="checkbox"/> 電話 5分間以上 30P <input type="checkbox"/> 電子メール等 1往復 30P	分 往復	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 管理栄養士 <input type="checkbox"/> その他
●指導の種類と改善:(アウトカム評価)2か月以上達成している場合 <input type="checkbox"/> 腹囲・体重の改善 (口未達成 <input type="checkbox"/> 1cm1kg減 20P <input type="checkbox"/> 2cm2kg減 180P) <input type="checkbox"/> 食習慣の改善 (口未達成 <input type="checkbox"/> 達成 20P <input type="checkbox"/> 目標なし) <input type="checkbox"/> 運動習慣の改善 (口未達成 <input type="checkbox"/> 達成 20P <input type="checkbox"/> 目標なし) <input type="checkbox"/> 喫煙習慣の改善 (口未達成 <input type="checkbox"/> 達成 30P <input type="checkbox"/> 目標なし) <input type="checkbox"/> 休養習慣の改善 (口未達成 <input type="checkbox"/> 達成 20P <input type="checkbox"/> 目標なし) <input type="checkbox"/> その他の生活習慣の改善 (口未達成 <input type="checkbox"/> 達成 20P <input type="checkbox"/> 目標なし)		<input type="checkbox"/> 評価未実施で終了(理由) <input type="checkbox"/> 連絡不通 <input type="checkbox"/> 本人の希望 <連絡回数()回> <input type="checkbox"/> 資格喪失 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 状況調査へ返信がない <督促回数()回>	
●保健指導内容等記録		●評価合計ポイント(※市にて記載)	
		プロセス評価	アウトカム評価
初回面接	継続支援①	実績評価	実績評価
P	P	P	P
実施機関番号		実施機関名称	
所在地:		FAX:	
電話番号:			

市の保健師の
継続支援終了後、
医療機関へ
特定保健指導シート③を送付

↓

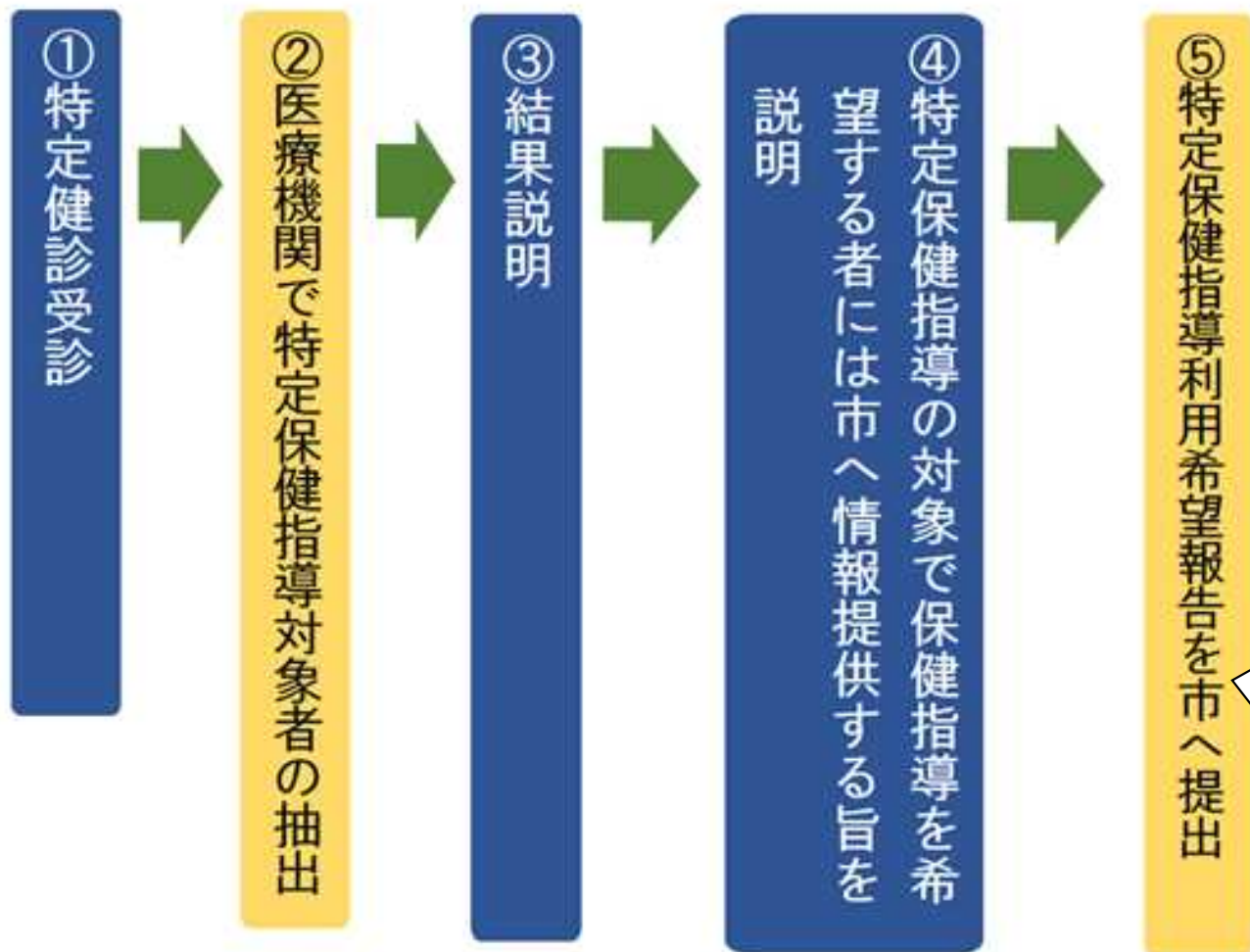
医療機関が
対象者へ面接・電話・手紙等を利用し、
体重・腹囲・目標達成状況を確認する。
特定保健指導シート③に記入

↓

市へ提出

特定保健指導未受託の流れ

(特定保健指導受託医療機関で保健指導実施できない場合も含む)



特定保健指導を実施しない場合

- ① 利用希望報告書
- ② 健診結果の提出が必要

利用希望報告書



別紙6

特定保健指導利用希望報告

令和 年 月 日

医療機関名		電話番号	
		担当者	

メモ

下記の方が特定保健指導を利用希望されましたので報告いたします。

氏名	生年月日	保健指導レベル	特定健康診査 受診日	特定保健指導 利用希望日
1	昭和 年 月 日	積極的支援 動機付け支援	令和 年 月 日	令和 年 月 日
受診券 番号				
2	昭和 年 月 日	積極的支援 動機付け支援	令和 年 月 日	令和 年 月 日
受診券 番号				
3	昭和 年 月 日	積極的支援 動機付け支援	令和 年 月 日	令和 年 月 日
受診券 番号				
4	昭和 年 月 日	積極的支援 動機付け支援	令和 年 月 日	令和 年 月 日
受診券 番号				
5	昭和 年 月 日	積極的支援 動機付け支援	令和 年 月 日	令和 年 月 日
受診券 番号				

※送付する際、特定健康診査結果のコピーを必ず添付ください。

提出先	久留米市保健所健康推進課(健康増進チーム) 〒830-0022 久留米市城南町15番地5	受付日
-----	---	-----

← ① 利用希望報告書 別紙6
 ② 健診結果
 を市へ提出ください。
 対象者へ特定保健指導について、ご説明し、
 お電話があることをお伝えください。

↓

市の保健師が特定保健指導を
 実施します。

特定保健指導の利用勧奨について

	対象者	方法	人数
R5年度	特定保健指導未受託の医療機関の対象者	手紙	500人
R6年度	特定保健指導を開始していない対象者全員	手紙	1,000人

お手紙郵送後、健診受診者から特定保健指導のご希望の連絡があった場合は、

受託医療機関→特定保健指導を実施

受託していない医療機関(もしくは受託していても保健指導が実施できない場合)
→利用希望報告等を提出

令和6年度 先生方をお願いしたいこと

- ①対象者に特定保健指導をしたときは、
保健指導シート①③を記入いただき、市へ提出をお願いいたします。
- ②対象者に特定保健指導をできない時は、
利用希望報告書・健診結果の提出をお願いいたします。

特定保健指導実施率 県内最下位脱出へ！

特定保健指導の見直し点 特定保健指導シートの書き方について (部分委託方式)

久留米市保健所 健康推進課

第4期の見直しの概要

成果を重視した特定保健指導の評価体系

- 腹囲2 cm・体重2 kg減を達成した場合には、保健指導の介入量を問わずに特定保健指導終了とする等、成果が出たことを評価する体系へと見直し。（アウトカム評価の導入）
- 行動変容や腹囲1 cm・体重1 kg減の成果と、保健指導の介入と合わせて特定保健指導終了とする。保健指導の介入は、時間に比例したポイント設定を見直し、介入1回ごとの評価とする。

特定保健指導の見える化の推進

- 特定保健指導の成果等について見える化をすすめ、保険者等はアウトカムの達成状況の把握や要因の検討等を行い、より質の高い保健指導を対象者に還元する。
- アウトカムの達成状況等について、経年的な成果の達成状況等を把握する。

ICT活用の推進

- 在宅勤務や遠隔地勤務等の多様なニーズに対応することを促進するため、遠隔で行う保健指導については、評価水準や時間設定等は対面と同等とする。
- 保健指導におけるICT活用を推進するため、ICT活用に係る留意点を「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」や「標準的な健診・保健指導プログラム」で示す。

特定保健指導初回面接

①コツコツ続ける健康管理ノート

②特定保健指導シート①

食習慣等の目標、目標体重、生活改善(食事、運動)方法を決めます

※①②は久留米医師会より配布

久留米市国保特定保健指導用教材

コツコツ続ける
健康管理ノート

くるめ健康のびのびポイント事業
特定健康診査の受診や特定保健指導、ウォーキングなどで
健康ポイントをためて気楽に楽しく健康づくり。
毎日の健康づくりの取り組みでポイントがたまります。



詳細は久留米市ホームページから

くるめ健康のびのびポイント

検索



Let's ちょこチャレ!

久留米市

保健指導シート①の書き方



特定保健指導手引き 14P

※前年度の保健指導シートは使用できません。

記入例

1

1. 基本情報、3.アンケートについては、本人による記載で可。
2. 特定保健指導とはについては、実施機関のスタッフが説明する。(説明者の職種は問わない)

2

4. 設定した行動目標・計画
「コツコツ健康管理ノート」を参考に、3か月間の目標について①～⑤を記入する。①～⑤については、利用者が継続できる項目について目標・計画を立て、記入する。

特定保健指導シート①

1. 基本情報

保健指導者ID	00400044	保健指導者名	久留米市	受診済回数番号	
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	昭和 年 月 日	年齢	歳
特定保健指導レベル	Ⅰ	コース名	久留米市国民健康づくり委員会「 <input type="checkbox"/> 運動付支援 <input type="checkbox"/> 積極的支援」コース	連絡先①	

2. 特定保健指導とは
特定保健指導はメタボリックシンドロームの改善や予防を目的に行う保健指導です。特定保健指導では、医師や保健師、管理栄養士などと定期的に連絡を取りながら、減量や生活習慣の改善にチャレンジします。
あなたの保健指導コースは
 運動付支援 (3か月) : 計2回の支援 (初回支援、実績評価)
 積極的支援 (3か月以上) : 「 $F-20\text{cm}$ 」達成した時点で終了し、もしくは「アウトカム評価とプロセス評価を併用し、合計が180ポイントで終了」※実績評価日は初回面談日より3か月以上経過後に実施
ただし、目標の達成状況によっては支援期間が変わります。

3. ①～④に現在の状態を記入または当てはまるものにチェックをしてください。

① 健診結果 (健診受診日: 年 月 日)

● 体重 (kg)	(20歳時体重)	● 糖質 (cm)	● 血圧 (mmHg)
<input type="text"/> kg	<input type="text"/> kg	<input type="text"/> cm	<input type="text"/> mmHg

② 喫煙 (タバコ) の有無 あり なし

③ 仕事の有無 あり なし

④ 仕事内容

⑤ 家族構成 ()人暮らし その他 ()

⑥ 食事準備担当: 自分 家族 () その他 ()

⑦ 家族歴 (父母、兄弟姉妹に下記の方がいれば)

<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 脂質異常症	<input type="checkbox"/> 脳卒中	<input type="checkbox"/> 心臓病	<input type="checkbox"/> 狭心症	<input type="checkbox"/> 腎臓病
------------------------------	------------------------------	--------------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------

⑧ 現在の運動や食生活等の生活習慣の改善について

ア【無関心】改善するつもりはない

イ【関心期】改善するつもりである (おおむね6か月以内)

ウ【準備期】近いうちに (おおむね1か月以内) 改善するつもりであり、少しずつ始めている

エ【実行期】既に改善に取り組んでいる (6か月未満)

オ【維持期】既に改善に取り組んでいる (6か月以上)

4. 設定した行動目標・計画

① (食習慣の改善) 例: 1日の摂取量は800kcal以内にする

② (運動習慣の改善) 例: 週2回15分のウォーキングをする

③ (喫煙習慣の改善) 例: たばこを吸わない

④ (休養習慣の改善) 例: 睡眠時間を今より1時間多くとる

⑤ (その他の生活習慣の改善) 例: 1日の飲酒量はビール1本 (350ml) までにする

5. 設定した目標値

項目	目標値
腰囲	cm
体重	kg
収縮期血圧	mmHg
拡張期血圧	mmHg
1日の削減目標エネルギー (A+B)	kcal
1日の運動による目標エネルギー (A)	kcal
1日の食事による目標エネルギー (B)	kcal

6. 支援内容等

(食生活)

(運動)

7. 特定保健指導のスケジュール

運動付支援: 当該で3か月間の取り組みの効果を (面談・電話・文書・FAX・メール) で確認します。3か月(12週)後、令和()年()月()日

積極的支援: 保健指導の期間、市の保健師等が電話等で連絡し、今日立てた計画の進捗を行います。当該で取り組みの効果を (面談・電話・文書・FAX・メール) で確認します。3か月(12週)以上、令和()年()月()日

初回支援実施日	年 月 日	最終指導実施日	年 月 日
実施者氏名		職種	
支援形態	個別支援 (対面) 個別支援 (遠隔) グループ支援 (対面) グループ支援 (遠隔)	分割実施の場合の2回分	
実施機関番号	4 0	実施機関名称	
所在地		電話番号	
電話		FAX	

3

★要計算

「コツコツ健康管理ノート」から
● 3か月間の減量目標
● 活動・運動による消費エネルギー量
● 食事による消費エネルギー量を減らせるエネルギー量を
を確認し、計算結果を記入。(概数で可)

4

3か月以降の日付を記入すること。
実施予定日について、利用者からの希望が特にない場合は、初回支援実施日を起点に3か月後の日

特定保健指導(初回支援)後

1. 特定保健指導シート①の4枚目「市提出用」

特定保健指導シート①

1. 基本情報

保健指導番号	00400044	保健指導名	久留米市	受診診療科目	
氏名		性別		生年月日	
メタボリックシンドローム判定	<input type="checkbox"/> 完治済 <input type="checkbox"/> 予備群 <input type="checkbox"/> 該当者	特定保健指導レベル(コース名)	久留米市留保 () 動機付け支援 () 積極的支援 () コース	連絡先①	連絡先②

2. 特定保健指導とは

特定保健指導はメタボリックシンドロームの改善や予防を目的に行う保健指導です。特定保健指導では、医師や保健師、管理栄養士などと定期的に連絡を取りながら、減量や生活習慣の改善にチャレンジします。

あなたの保健指導コースは

動機付け支援(3か月)・計2回の支援(初回支援、実施評価)

積極的支援(3か月以上)：「-2cm・-2kg達成した時点で終了」もしくは「アウトカム評価とプロセス評価を併用し、合計が180ポイントで終了」

※実施評価日は初回面談日より3か月以上経過後に実施。ただし、目標の達成状況によっては支援期間が変わります。

3. ①~④に現在の状態を記入または当てはまるものにチェックしてください。

① 体重(kg) (20歳時体重) ● 腹囲(cm) ● 血圧(mmHg)

② 喫煙(タバコ)の有無 (あり なし)

③ 仕事の有無 (あり なし)

④ 仕事内容

⑤ 家族構成 () 人暮らし () その他 ()

⑥ 食事準備担当 (自分 家族 ())

⑦ 家族歴 (父・母・兄弟姉妹に下記の方がいれば◎)

高血圧 脂質異常症 糖尿病 脳卒中 心筋梗塞・狭心症 腎臓病

⑧ 現在の運動や食生活等の生活習慣の改善について

A【無気力期】改善するつもりはない

B【関心期】改善するつもりである(おおむね6か月以内)

C【準備期】近いうちに(おおむね1か月以内)改善するつもりであり、少しずつ始めている

D【実行期】既に改善に取り掛かっている(6か月未満)

E【持続期】既に改善に取り掛かっている(6か月以上)

4. 設定した行動目標・計画

① (運動量の改善) 例：1日の消費量は300kcal以内にする

② (運動量の改善) 例：週2回15分のウォーキングをする

③ (喫煙量の改善) 例：タバコを吸わない

④ (身体量の改善) 例：継続時間を今より1時間多くとる

⑤ (その他の生活習慣の改善) 例：1日の飲酒量はビール1本(350ml)までにする

5. 設定した目標値

項目	目標値
腹囲	cm
体重	kg
収縮期血圧	mmHg
拡張期血圧	mmHg
1日の消費エネルギー(A+B)	kcal
1日の運動による目標エネルギー(A)	kcal
1日の食事による目標エネルギー(B)	kcal

6. 支援内容等

(来室時)

(通称)

7. 特定保健指導のスケジュール

① 動機付け支援：当院で3か月間の取り組みの効果を(来院・電話・FAX・メール)で確認します。3か月(12週)後、令和()年()月()日

② 積極的支援：達成目標の期間、再の達成率が保証できず、今日までお仕事の確認を行います。当院で取り組みの効果を(来院・電話・FAX・メール)で確認します。3か月(12週)以上、令和()年()月()日

初回支援実施日	年	月	日	担当保健師の氏名	職種

8. 実施者情報

実施者氏名	職種
支店名	分科実施の報告の2項目
家族情報	
家族情報	
所在地	
電話	FAX

提出物

2. 特定健康診査結果通知票(コピー)

久留米市国民健康保険特定健康診査受診結果通知票

受診日 令和 年 月 日

氏名 性別 年齢

既往歴

自覚症状

検査結果

項目	検査項目	基準値	結果
身体測定	身長	cm	
	体重	kg	
血圧	収縮期血圧	mmHg	
	拡張期血圧	mmHg	
	平均血圧	mmHg	
	脈波	mmHg	
血糖検査	空腹血糖	mg/dL	
	HbA1c	%	
脂質検査	総コレステロール	mg/dL	
	LDLコレステロール	mg/dL	
尿酸検査	尿酸	mg/dL	
	尿酸飽和度	%	
肝機能検査	AST	U/L	
	ALT	U/L	
腎機能検査	血清クレアチニン	mg/dL	
	eGFR	ml/min/1.73m ²	

検査結果の解釈

異常なし

異常あり

医師の判断

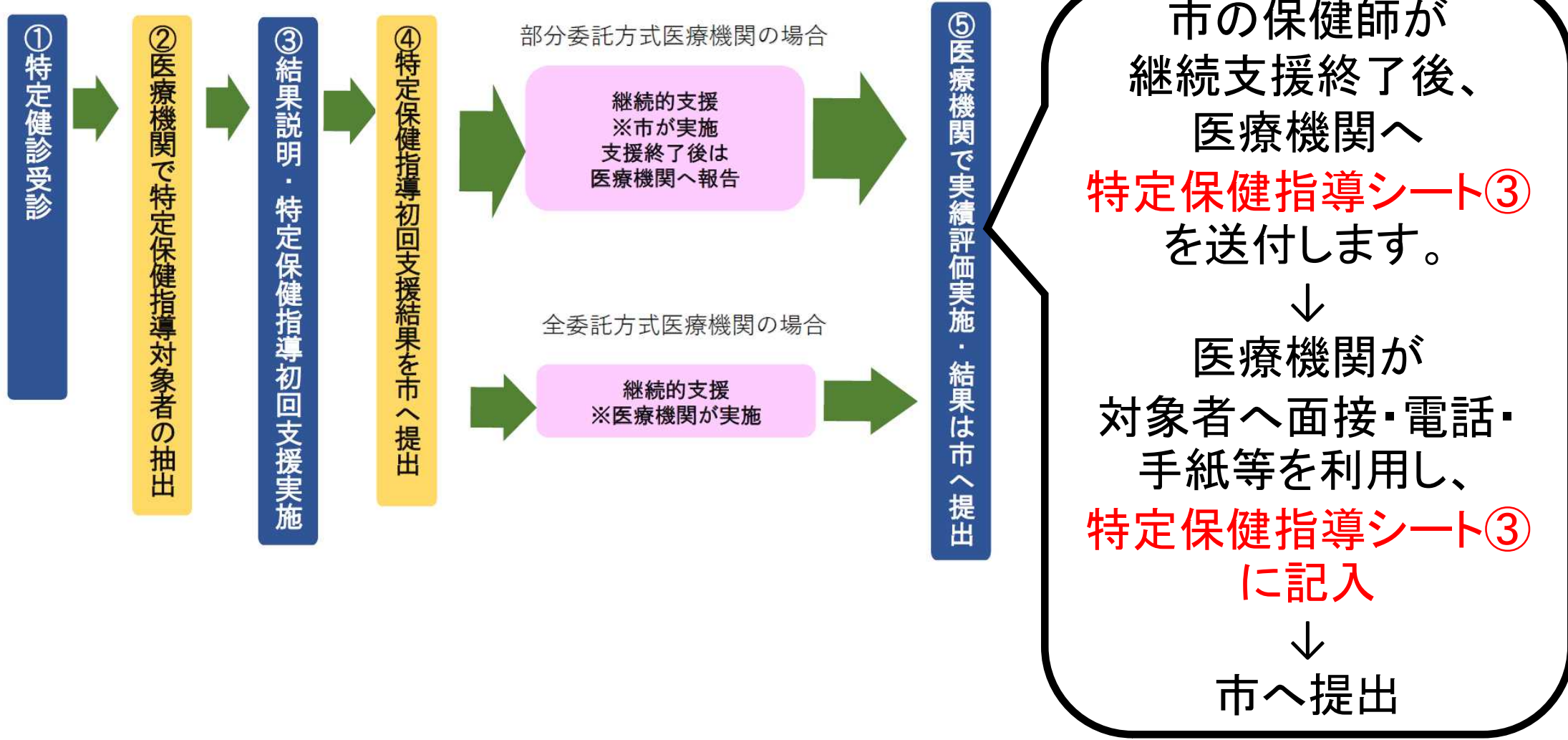
医師の署名

医師の氏名

提出先

久留米医師会

医療機関での特定保健指導の流れ(特定保健指導受託医療機関)



実績評価時使用
特定保健指導シート③
(記入例)

記入例

特定保健指導シート③ 実績評価報告書

1. 基本情報

氏名	性別	生年月日	年齢	保健証記号-番号
(フリガナ)	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	昭和 年 月 日	歳	-

特定健診受診券整理番号
0 0 0

保健指導レベル 動機付け支援 積極

2. 継続支援までの獲得ポイント(年 月 日時点 ※市にて記載)
プロセス評価: P>... 評価合計ポイント①に該当

3. 現在の状態

身体計測 (□自己申告)

●体重(kg) ●腹囲(cm) ●収縮期血圧/拡張期血圧(mmHg)

kg cm / mmHg

●健康管理について

【無関心期】改善するつもりはない 【関心期】改善するつもりである(おおむね6か月以内)

【準備期】近いうちに(おおむね1か月以内)改善するつもりであり、少しずつ始めている

【実行期】既に改善に取り組んでいる(6か月未満) 【維持期】既に改善に取り組んでいる(6か月以上)

4. 評価結果

評価実施日	支援形態(プロセス評価)	実施時間	実施者氏名・職種
年 月 日	<input type="checkbox"/> 個別面談 10分間以上(対面・遠隔) 70P <input type="checkbox"/> グループ面談 40分間以上(対面・遠隔) 70P <input type="checkbox"/> 電話 5分間以上 30P <input type="checkbox"/> 電子メール等 1往復 30P	分 往復	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 管理栄養士 <input type="checkbox"/> その他

●指導の種類と改善:(アウトカム評価)2か月以上達成している場合

□腹囲・体重の改善
(□未達成 □1cm1kg減 □2cm2kg減 180P)

□食習慣の改善 (□未達成 □達成 20P □目標なし)

□運動習慣の改善 (□未達成 □達成 20P □目標なし)

□喫煙習慣の改善 (□未達成 □達成 30P □目標なし)

□休養習慣の改善 (□未達成 □達成 20P □目標なし)

□その他の生活習慣の改善 (□未達成 □達成 20P □目標なし)

●保健指導内容等記録

●評価未実施で終了(理由)

連絡不通 本人の希望
<連絡回数()回>

資格喪失 その他
<督促回数()回>

状況調査へ返信がない

●評価合計ポイント(※市にて記載)

プロセス評価	アウトカム評価	合計
初回	継続	実績
		実績

利用者が特定保健指導シート①もしくはシート②で変更や追加した「目標・計画」について、評価を行う。

利用者と連絡が取れない、実施予定日にキャンセルが続く、返信の督促に応じないなどの状況で終了した場合に使用。
連絡回数または督促回数が5回以上となるように記入する。(合わせて5回以上でも可)。終了とみなされるため委託料は支払われる。

実施機関番号: 所在地: 電話番号: FAX:



特定保健指導手引き

19P

特定保健指導実績評価後

久留米医師会		
請求業務	代行入力業者へ委託	自院で実施
提出先	久留米医師会	
提出物	特定保健指導シート③ (入力用・市提出用)、 特定保健指導利用券コピー	特定保健指導シート ③ (市提出用)



特定保健指導手引き
17P

特定保健指導シート③ 実績評価報告書 別紙0

1. 基本情報

氏名	性別	年齢	生年月日	年齢	現住所(市町区)番地
山田 太郎	男	昭和	年 月 日	歳	-

2. 継続支援までの連携ポイント() 年 月 日 最終点 (※併せて記載)
プロセス評価: P- - - 評価合計ポイント(0)に該当

3. 現在の状態
身体計測 (口自己申告)
●体重(kg) ●腹囲(cm) ●収縮期血圧/拡張期血圧(mmHg)
kg cm mmHg

4. 評価結果

評価実施日	支援内容(プロセス評価)	実施時間	実施者氏名・職種
年 月 日	<input type="checkbox"/> 個別面談 10分以上 (対面・遠隔) 70P <input type="checkbox"/> グループ面談 45分以上 (対面・遠隔) 70P <input type="checkbox"/> 電話 5分以上 30P <input type="checkbox"/> メール等 1度 30P	分	氏名 職種 <input type="checkbox"/> その他

5. 評価結果内容等記載

プロセス評価	本人評価	合計
前回	今回	
評価	評価	
立	立	
P	P	P

報告者: 電話番号: FAX:

〒830-8520 久留米市城崎町1-5番地5 久留米 太郎 様 別紙1

特定保健指導利用券 年 月 日交付

特定保健指導実績評価シート
【特定保健指導実績評価シートにご記入いただくもの】

高血圧・糖尿病・脂質異常症
※高血圧・糖尿病・脂質異常症の改善が認められない方はご記入ください。

【特定保健指導実績評価シートの実施時の留意点】

医師による本票の発行は医師のみに限られ、保健指導員の発行は、支援内容が医師の指導に基づいて実施されている場合に限り、医師の発行が認められます。また、医師の発行が認められない場合は、医師の発行が認められない旨を記載してください。

【特定保健指導シートに記入いただくもの】

① 医師の発行
② 特定保健指導実績評価シート
③ 医師の発行
④ 医師の発行

【お問い合わせ先】
久留米市保健指導センター
TEL: 0942-30-0011
FAX: 0942-30-0013

特定保健指導シート③

利用券



【特定保健指導の停止】

特定保健指導利用中に利用者が久留米市国保の資格を喪失した場合、久留米市から利用者本人と特定保健指導実施機関へ資格喪失による利用停止通知を送付する。その利用停止の日付をもって特定保健指導を停止する。

特定保健指導用便利ツール

「生活習慣病予防レシピ(季節のレシピ)」のYouTube配信
市管理栄養士監修



簡単にできる「ながら運動」等 YouTube配信
健康運動指導士監修



特定保健指導をどうしても実施できない場合

健康推進課保健師が
引き受けます！！



利用希望報告書

特定保健指導利用希望報告		別紙6		
令和 年 月 日				
医療機関名		電話番号		
		担当者		
メモ				
下記の方が特定保健指導を利用希望されましたので報告いたします。				
氏名	生年月日	保健指導レベル	特定健康診査 受診日	特定保健指導 利用希望日
1	昭和 年 月 日	積極的支援 動機付け支援	令和 年 月 日	令和 年 月 日
受診券 番号				
2	昭和 年 月 日	積極的支援 動機付け支援	令和 年 月 日	令和 年 月 日
受診券 番号				
3	昭和 年 月 日	積極的支援 動機付け支援	令和 年 月 日	令和 年 月 日
受診券 番号				
4	昭和 年 月 日	積極的支援 動機付け支援	令和 年 月 日	令和 年 月 日
受診券 番号				
5	昭和 年 月 日	積極的支援 動機付け支援	令和 年 月 日	令和 年 月 日
受診券 番号				
※送付する際、特定健康診査結果のコピーを必ず添付ください。				
提出先	久留米市保健所健康推進課(健康増進チーム)			



← ① 利用希望報告書 別紙6
② 健診結果
を市へ提出ください。
対象者へ特定保健指導について、ご説明し、
お電話があることをお伝えください。

市の保健師が特定保健指導を
実施します。

今年度もよろしくお願ひします。

Ⅲ. 特定保健指導の詳細

1. 特定保健指導対象者

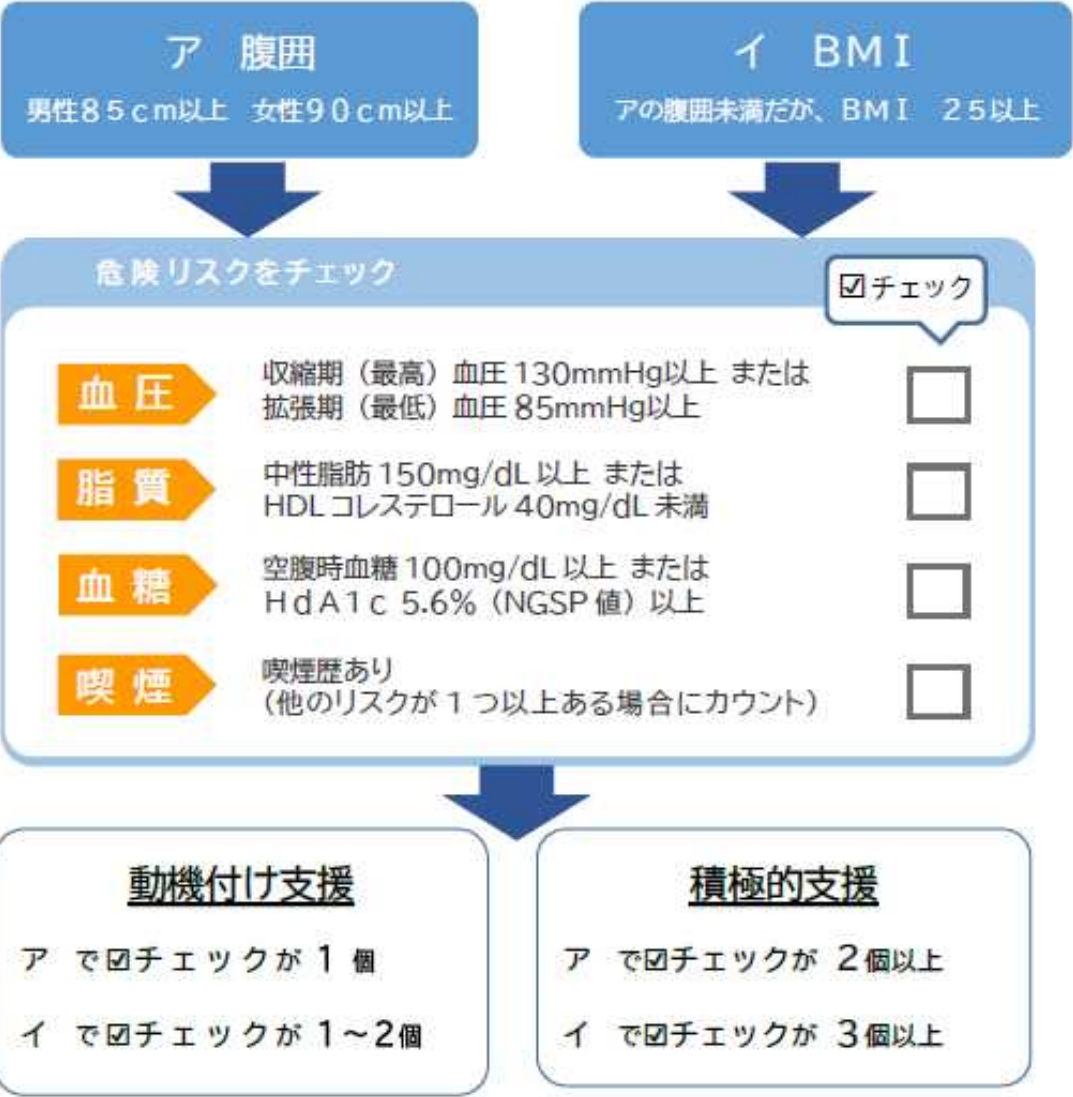
特定健康診査の結果を判定（階層化）した結果が、「積極的支援」または「動機付け支援」に該当する40歳から74歳の久留米市国民健康保険被保険者。（昭和24年4月1日～昭和59年3月31日生）

判定（階層化）は厚生労働省保険局長通知「特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準の施行について（平成20年1月17日保発第0117001号）」及び厚生労働省健康局長・保険局長通知「特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準等の一部改正について（平成29年8月1日健発0801第3号保発0801第2号）」の規定に基づいて実施する。

2. 実施期間

特定保健指導開始期間：令和5年6月1日～令和6年3月31日

特定保健指導対象者について



特定健診の結果



2. 特定保健指導実施時の留意点

【初回支援実施時】

- ・ 特定保健指導の初回支援は、健診結果説明と同時に実施することを基本とする。ただし、利用者本人の都合等により健診結果説明と同時に実施できない場合は、別日を設定し実施して可。
- ・ 特定保健指導が6か月間（動機付けは3か月間）の取組みであることに加え、効果を評価する目的から翌年度の特定健康診査が受診できるのは、原則として特定保健指導終了後となることを十分に説明し、対象者の了承を得ておくこと。
- ・ 特定保健指導実施時には、被保険者証を確認し久留米市国保の被保険者であることを確認する。 ※「短期保険証」及び「資格証明書」が交付されている者も対象

お力添えをよろしくお願いいたします

**久留米市の
メタボ減少
重症化予防
を目指して**

実績

メタボが教えてくれた「やればできる」という単純志向

これからも旅行
に行きたいから
頑張りました



痩せて若くなった
と言われます



脱メタボが
アツイ



50代男性

−2.0kg

チャレンジ

- ・野菜を先に食べる
- ・エレベータから階段に変更

40代女性

−3.5kg

チャレンジ

- ・野菜を食べる回数を増やす
- ・おやつ時間を14時に変更

70代男性

−2.7kg

チャレンジ

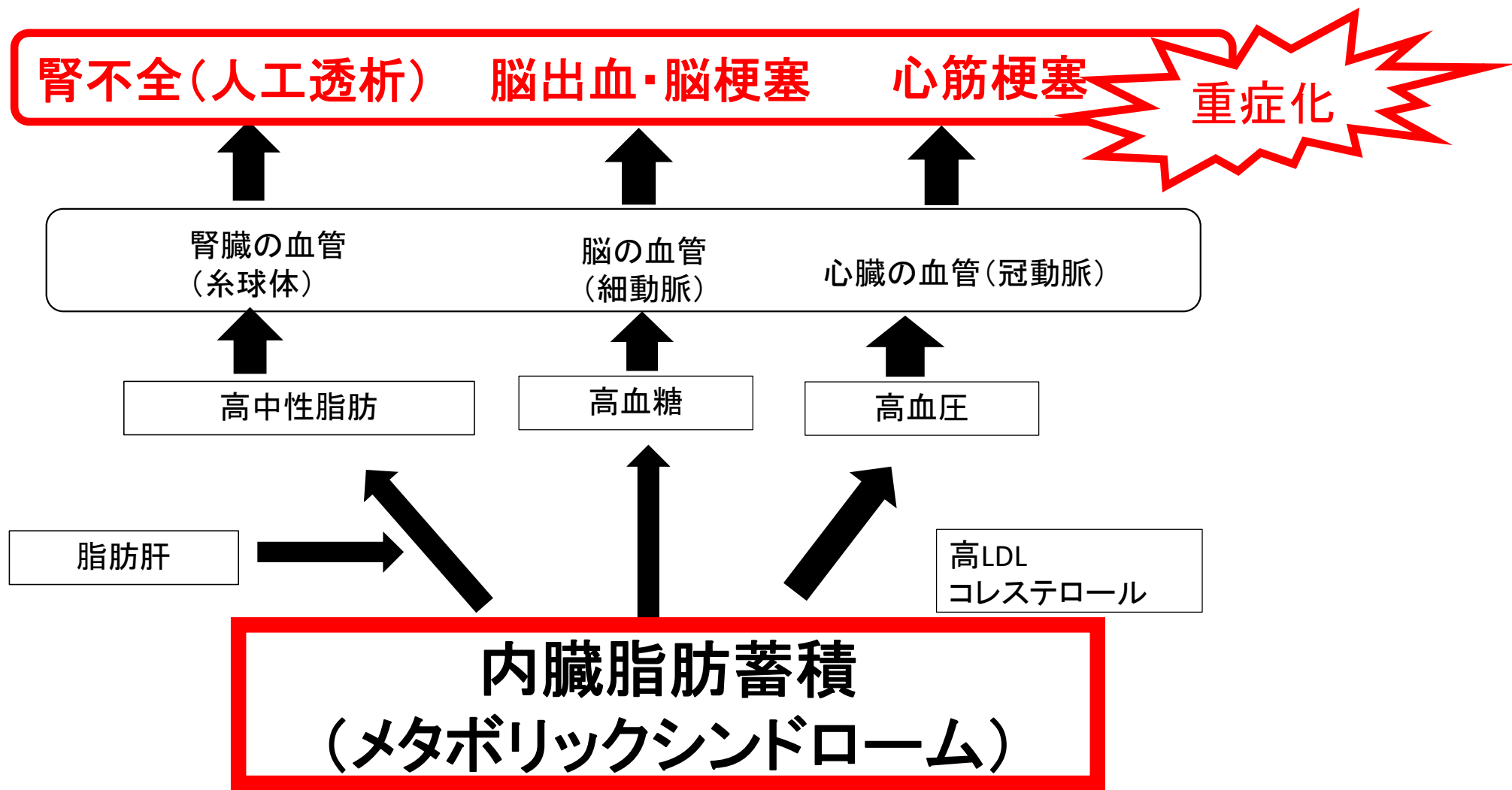
- ・茶碗の大きさを変更
- ・1日20分週2回のウォーキング

特定健康診査質問票裏面

21	運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思いますか。	1 改善するつもりはない 2 改善するつもりはある(おおむね6ヶ月以内) 3 近いうちに(おおむね1ヶ月以内)改善するつもりであり、少しずつ始めている 4 既に改善に取り組んでいる(6ヶ月未満) 5 既に改善に取り組んでいる(6ヶ月以上)
22	生活習慣の改善について保健指導を受ける機会があれば利用しますか。	1 はい 2 いいえ

保健指導希望「いいえ」でも特定保健指導対象者です

課題：メタボが年々増加中→重症化する可能性あり



特定保健指導の体制（R5まで）

個別健診

①特定保健指導 **受託医療機関**

i) 部分委託方式（初回支援と実績のみを実施。
継続支援は健康推進課保健師が実施。）

ii) 全委託方式
（初回支援・継続支援・実績評価の全工程を実施。）

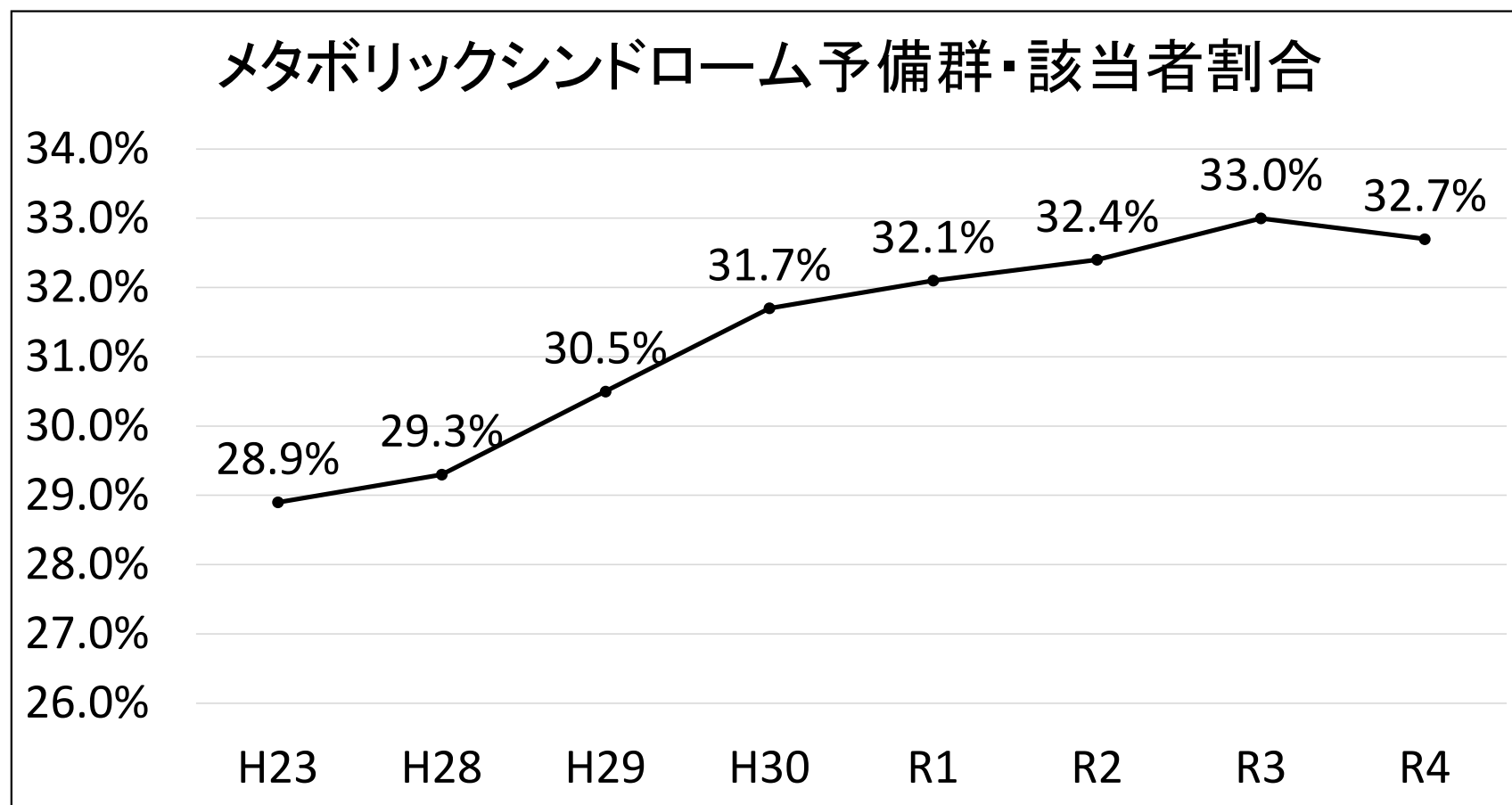
②特定保健指導 **未受託医療機関**

市が対象者へ手紙や電話による利用勧奨を実施し、希望者に特定保健指導を実施。

集団健診

集団健診会場にて、特定保健指導実施。

課題：メタボが年々増加中



特定保健指導の実施率

国目標(市町村国保): 60%

国全体: 45%

