令和７年　　　月　　　日

記入例

令和７年度

積極的支援実施計画書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所　在　地　**川崎区宮本町１番地**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名　**川崎健康増進病院**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者名　　**川崎　太郎**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　Ｔ　Ｅ　Ｌ **０４４－２００‐３４２６**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　Ｆ　Ａ　Ｘ **０４４－２００‐３９８６**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　Ｅｍａｉｌ **40kenko@city.kawasaki.jp**

|  |  |
| --- | --- |
| 受け入れ可能な対象者数（月単位） | **１０名** |
| 実施スケジュール（月初や月末、特定の曜日等に特徴がありましたらお教えください。） | **予約の有無：　要　　・　　不要****＜月～金＞14：00～17:00（祝祭日を除く）****＜土＞9:00～12：00（祝祭日を除く）** |
| 保健指導に従事する職種（該当するものにすべて○をしてください。） | 1. 医師
2. 保健師
3. 管理栄養士
4. 保健指導に関する一定の実務の経験を有する看護師
5. 専門的知識及び技術を有すると認められる者（要研修）
 |
| 利用勧奨の実施 | 　□✓実施　（**電話による勧奨**）　　□未実施　　□検討中 |
| 保健指導実施方針 | 利用する教材（ツール） | **１．オリジナルテキスト****２．行動計画・記録表****３．歩数計・メジャー** |
| 個人別に作成する支援計画の特徴や方針 | **対象者の生活スタイルを尊重しつつ、本人の自発的な行動変容を促す。****対象者の必要エネルギーをもとに、具体的な行動目標を設定する。** |
| 指導実施中の脱落者発生防止のための考え方と方策 | **初回面談で設定する目標を本人が実行できる範囲とし、対象者に負担をかけないようにする。対象者と指導者の信頼関係が大事なので、原則指導者は同一指導者とする。指導者のコミュニケーション等のスキル向上のため、研修を実施する。毎月の来院をお願いしているが、来院できない場合には、電話やメールでの支援を実施する。** |
| 以前にも積極的支援を実施したことがある者へのプログラム内容 | **前回のプログラム終了時からの状況を聞き出し、継続し実行できたことに焦点をあて、そこから食生活や運動習慣の見直しを実施する。** |
| 前年度実　績 | 川崎市国保（積極的支援実施者数、　　　評価結果など） | **１０名（内1名服薬開始で中断）** |
| その他の保険者（　　　　　　　） | **２０名** |

|  |  |
| --- | --- |
| 川崎市のHPページの掲載について | □✓前年度から変更する（新規で追加する）　　□変更しない |
| ＨＰの掲載を変更する場合（新規で掲載する場合）は内容をご記入してください。 |
| 保健指導対象者へのメッセージ（１００字程度） |  |
| 実施場所（アクセス方法） |  |
| 実施時間 |  |
| 申込先 |  |
| 予約受付時間 | **変更前****＜月～金＞14：00～17:00（祝祭日を除く）、＜土＞9:00～12：00（祝祭日を除く）****変更後****＜月～金＞13：00～17:00（祝祭日を除く）、＜土＞9:30～12：30（祝祭日を除く）** |
| 医療機関から特定保健指導の対象者へお渡しするチラシについて | □✓すでに使用している　　　　　　　　　□使用していない【使用している場合の感想/使用していない理由】 |
| **動機付け支援**について、健診の結果返しの同日に、初回面接を実施していますか。 | □実施している　　　　　　　□✓実施していない |
| 健診の結果返しの同日に、初回面接を実施（初回面接の分割実施）する場合の問題点はありますか。**※令和６年度より動機付け支援においても初回面接の分割実施が可能となりました。** | □✓ある　　　　□なし【問題点】**結果返しの際に、初回面談を実施する時間が確保できない。** |
| その他、保健指導を実施する上でのご意見や、情報交換会開催についてご意見がありましたらご自由に記載してください。 | **・情報交換会の開催時期は〇月頃を希望する。****・○○について話し合いたい。** |