

## 令和6年度茨城県特定健康診査・特定保健指導実施者研修実施要領

### 1 目的

「メタボリックシンドロームに着目した健診・保健指導担当者の資質向上推進事業実施要綱」(令和5年5月8日付け健発0508第4号厚生労働省健康局長通知)に基づき、「健診・保健指導の研修ガイドライン(令和6年度版)」に準拠した研修を実施し、標準的な健診・保健指導プログラムを踏まえた健診・保健指導を効果的・効率的に実施できる人材の育成を目的とする。

### 2 実施主体

茨城県、茨城県保険者協議会の共催とする。

### 3 研修対象者

特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準第5条及び同附則第2条に基づく医師、保健師、管理栄養士等であり、以下に所属し特定保健指導に従事する者又はその予定のある者とする。(初任者：1～2年目、経験者：3年目以上)

- (1) 県内市町村国民健康保険等の医療保険者に所属する者
- (2) 県内市町村保健衛生部門等に所属する者
- (3) 医療保険者から特定保健指導を受託または受託予定の民間事業者に所属する者
- (4) その他必要と認められる者

### 4 研修カリキュラム及び研修期間 別表のとおりとする。

### 5 募集定員 別に定める。

### 6 修了証書等

保健医療部長は、研修カリキュラム全課程を修了した者に対して、様式第1号により修了証書を交付するものとする。

なお、修了証書を交付した者については、交付番号、受講年月日、氏名、所属等の必要事項を記載した名簿を作成し管理するものとする。

### 7 その他

- (1) 研修の実施にあたり、関係課及び関係団体等が実施する研修との調整を図り、企画実施するものとする。
- (2) 受講については、研修カリキュラムにそった順に受講することを原則とする。
- (3) その他、研修実施にあたり必要な事項は別途定める。
- (4) 遅刻においては、30分以内であれば受講を可能とする。

# 修了証書

氏名

(元号) 年度茨城県特定健康診査・特定保健指導実施者研修において所定の課程を修了したことを証する。

研修種類：(初任者・経験者) 研修プログラム

なお、本研修は、メタボリックシンドロームに着目した健診・保健指導担当者の資質向上推進事業実施要綱（厚生労働省健康局）に定める研修の内容を満たしたものである。

(元号) 年 月 日

茨城県保健医療部長 印

茨城県保険者協議会長 印