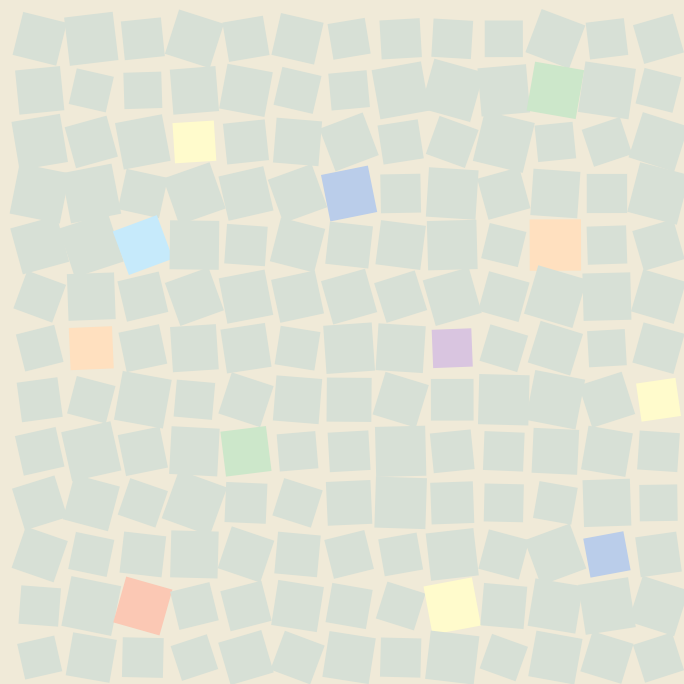


国保ヘルスアップ事業

個別健康支援プログラム 実施マニュアル

ver.2



平成18年3月

厚生労働省保険局国民健康保険課

はじめに

平成12年から、生活習慣病を予防し、壮年期死亡の減少、健康寿命の延伸、生活の質の向上を実現するために「健康日本21」がスタートしました。さらに、国民自らが健康増進に努め、国、地方公共団体、保健事業実施者、医療関係者、学校関係者などの関係者がお互いに連携、協力しながら、健康増進に努力する人を支援することをねらいとした「健康増進法」が平成15年5月に施行され、本格的な国民の健康づくりが展開されています。

生活習慣病対策は保健医療政策の根幹をなす課題であり、国民健康保険をはじめとした医療保険の保険者にとっても最大の課題であります。糖尿病をはじめとした生活習慣病の一次予防対策はこれまでも全国各地で行われてきましたが、科学的な根拠に基づいた生活習慣改善に効果的なプログラム開発は必ずしも十分なものではありませんでした。生活習慣を一朝一夕に変えることは難しく、生活習慣病の一次予防を全国的に展開するためには、行動変容に結びつく効果的なプログラムの開発が必要となります。

こうしたなか、厚生労働省は平成14年度から平成16年度にかけて、都道府県に1か所の市町村を指定し、生活習慣病の一次予防を目的とした個別健康支援プログラム（以下、「プログラム」という。）の開発を目的とする「国保ヘルスアップモデル事業（以下、「モデル事業」という。）」に取り組んできました。

このモデル事業実施にあたり重視したことは、プログラムの効果を科学的に検証するため、介入研究の手法を用いて、プログラムの評価を行ったことです。

平成15年度からは「国保ヘルスアップモデル事業評価検討会」とその下に「ワーキンググループ」を設置し、プログラムに科学的な効果が認められるか、プログラムの終了まで参加が継続できたか、効果が維持・継続されているか、全国的に普及できるか、地域内の広がりがあるか、経済的な効率はあるかという観点から評価を行い、優れたプログラムを選び出しました。優れたプログラムに共通する要素としては、個別相談を取り入れるなど「個」の特性に応じた支援をしていること、「個別」と「集団」を組み合わせることでプログラムの効果を維持継続する工夫がされていること、食生活と運動に関する内容を組み合わせるものであることなどがあげられます。

本マニュアルは、平成17年3月にVer.1が刊行されました。今般の改訂では、平成16年度指定市町村の取り組み等を中心に、具体的な事例を盛り込んでいます。また、新たに4市町村の個別健康支援プログラムを紹介しています。

本マニュアルは、プログラムを実施する市町村保険者の担当者を対象としてまとめたものです。各保険者でプログラムを実施する際には、本マニュアルに記載するプログラムの考え方に基づいて、地域の特性や実情に応じ、生活習慣病の一次予防に向けた取り組みを企画・実践し、実施した結果を評価・改善することで、常に質の向上を目指しながらプログラムを実践していただきたいと考えております。

生活習慣の改善を図り生活習慣病の発症を予防することは保険者として医療費の適正化につながるものであり、国民健康保険の保健事業だけでなく多くの保険者において保健事業が展開される際に活用されることを期待するものです。

末筆ですが、本マニュアルを作成するにあたり、ご指導賜りました諸先生方に感謝申し上げます。

第1章 個別健康支援プログラムとは 1

1. 個別健康支援プログラムの位置づけ	1
2. 個別健康支援プログラムの実施主体	2
3. 個別健康支援プログラムの定義	2
4. 個別健康支援プログラムの対象と特徴	2
(1) プログラムの対象	2
(2) プログラムの特徴	2
5. 優れた個別健康支援プログラムの4大条件	4
(1) 「効果」のあるプログラム	4
(2) 「継続性」のあるプログラム	4
(3) 「波及性」のあるプログラム	4
(4) 「経済的」なプログラム	4
6. プログラムの企画に先立って	5
(1) プログラム実施体制の構築	5
1) 庁内体制の構築	
2) 外部機関との連携	
3) 事業運営委員会の設置	
4) プログラムにより広がりをもたせるための工夫～保険者間の連携～	
① 複数の国保保険者の連携	
② 被用者保険の保険者との連携	
③ 保険者協議会における事業展開	
(2) 地域の健康課題の把握	7
7. 個別健康支援プログラムの流れ	8

第2章 個別健康支援プログラムの企画から実施に至るまで 11

1. 対象集団の選定方法	11
(1) 基本健康診査を中心とした選定基準の設定	11
(2) 参加対象となる集団の設定	12
1) 健康診査の結果を用いた対象集団の選定	
2) 健康診査以外の手段による参加者の選定	
① 若年層への取り組み	
② 健康診査未受診者への取り組み	
③ 医療機関との連携	
(3) 参加対象者の抽出	14
2. プログラムの目標の設定	14
3. プログラム構成の検討	15
(1) 支援の手段	15
(2) 支援形態	16
(3) プログラムに要する期間・回数	16
(4) 1回あたりの支援時間	18
(5) 個々の参加者の状態に沿った柔軟な支援の仕組み	18

1) 複数コースの設定	
2) 複数プログラムの設定	
4. プログラム提供体制の確立	19
(1) サービス提供に関わるスタッフの確保	19
(2) 地域の人材の参加	19
(3) 委託する際の留意点	20
1) 選定にあたっての基準の設定	
2) 実施期間中の状況確認	
3) 実績報告の確認	
(4) 実施場所の検討	22
1) 学校施設等の活用	
2) 民間フィットネスクラブ等の活用	
3) 温泉施設の活用	
5. 支援材料の準備	23
6. 事業実施要綱・事業実施計画書の作成	23
7. 参加者の募集	24
(1) 募集方法	24
(2) 主体的な参加のための工夫	25
8. プログラムを円滑に進めるための工夫	26
(1) 治療を必要とする人への対応	26
(2) 国保ヘルスアップ事業以外の保健事業の活用	28
(3) 支援スタッフの研修	28
(4) 安全管理	31
1) 事故を防ぐための配慮	
2) 事故発生時の対応	
(5) 情報管理	32
1) 支援に必要な情報	
2) プログラムの進行管理・評価における情報の活用	
3) データベースによる情報管理	
(6) 地域住民への広報・周知	33

第3章 個別健康支援プログラムの実施

35

1. 参加者のアセスメント	36
(1) アセスメントの観点	36
(2) アセスメントに必要な情報	36
(3) 食生活と運動に関する詳細なアセスメントの実施	38
1) 食生活に関するアセスメント	
① 食生活習慣の把握	
② 食物摂取状況の把握	
③ 適正な摂取エネルギー量等の算出	
2) 運動に関するアセスメント	
① 運動習慣の把握	

② 運動強度の設定	
③ 身体能力の測定	
(4) 支援目標と支援内容・方法の検討	40
1) 支援目標の設定	
2) 支援内容の検討	
3) 支援内容の統一・向上のための工夫	
① 個人の支援記録の作成	
② ケースカンファレンスの開催	
2. 個人目標の設定	42
(1) 個人目標設定の考え方	42
(2) 個人目標設定の流れ	42
(3) 目標設定における留意点	43
1) 客観的に評価できる目標設定と目標の明文化	
2) 段階的な目標設定	
3. 個人目標の評価と支援内容の見直し	44
4. 生活習慣改善に向けた知識・技術の提供	46
(1) 生活習慣病予防に関する基礎知識	46
(2) 食生活に関する知識・技術の提供	46
1) 食生活に関する基本的な知識・技術	
2) 個に応じた支援のための方法	
① 食生活に関する具体的な目標設定	
② 病態に応じた改善ポイントへの留意	
(3) 運動に関する知識・技術の提供	49
1) 運動に関する基本的な知識・技術	
2) 個に応じた支援のための方法	
① 運動に関する具体的な目標の設定	
② 身体能力に応じたメニュー設定	
(4) 自己効力感に関する知識・技術の提供	52
1) 自己効力感を高めるためのアプローチ例	
(5) その他	53
5. 実践活動継続への支援	54
(1) 実践活動継続への支援の必要性	54
(2) 実践活動継続への支援方法	54
1) 実践記録	
2) 支援レター等	
3) 実践の場の提供	
4) 相談の受付・対応	
5) 交流の機会の設定	
6) その他	

4. 総合評価	107
5. 評価結果の活用	108

資料編

109

1. プロセス評価の評価票	109
2. 医療費による現状分析	112
(1) 医療費の3要素	112
(2) 傷病分類を用いた分析	113
3. 国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針	114
4. 食生活指針	120
5. 健康づくりのための運動指針	121
6. 健康づくりのための年齢・対象別身体活動指針	122
7. 健康づくりのための運動基準(2005年)～身体活動・運動・体力～報告書(案)	124
8. 日本人の食事摂取基準(概要)	136
9. 食事バランスガイド	145
10. 平成17年度国保ヘルスアップモデル事業評価検討会委員	156

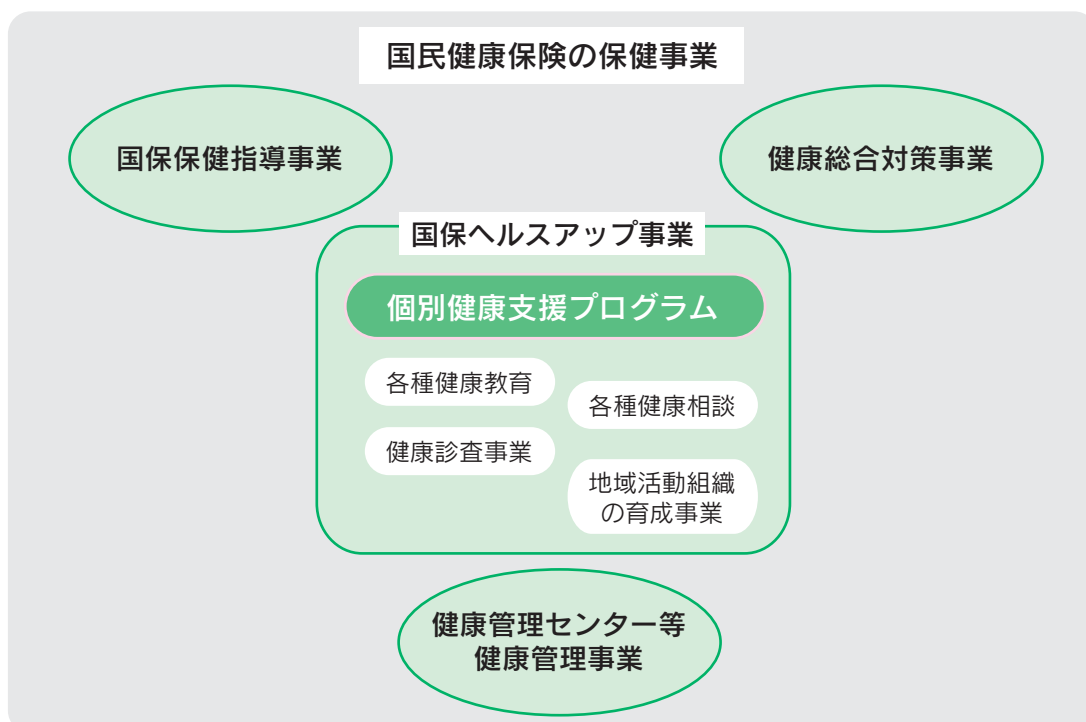
第1章

個別健康支援プログラムとは

1 個別健康支援プログラムの位置づけ

～国民健康保険の保健事業の核となる個別健康支援プログラム～

- 国民健康保険の保険者は従来から、健康教育、健康診査等被保険者の健康増進のための事業（以下、「保健事業」という。）を実施してきた。
- 平成17年度より国民健康保険の保健事業は、「生活習慣病対策への重点化」、「きめ細かい保健指導の重視」、「地域の特性に応じた保健事業の展開」の3つを基本的な考え方とし、展開されている。対象となる事業は（1）国保ヘルスアップ事業（個別健康支援プログラム、各種健康教育、各種健康相談、健康診査事業、地域活動組織の育成事業）、（2）国保保健指導事業、（3）健康管理センター等健康管理事業、（4）健康総合対策事業であり、このうち、個別健康支援プログラムは国保ヘルスアップ事業の核となる事業として位置づけられている。



2 個別健康支援プログラムの実施主体

- 実施主体は市町村保険者である。

3 個別健康支援プログラムの定義

- 個別健康支援プログラムとは、次のように定義される。

生活習慣病の予備群を対象に、健康状態と生活習慣のアセスメントを行い、改善すべき課題を明確にしなが、生活習慣の改善に向けた個人の努力を支援するプログラム

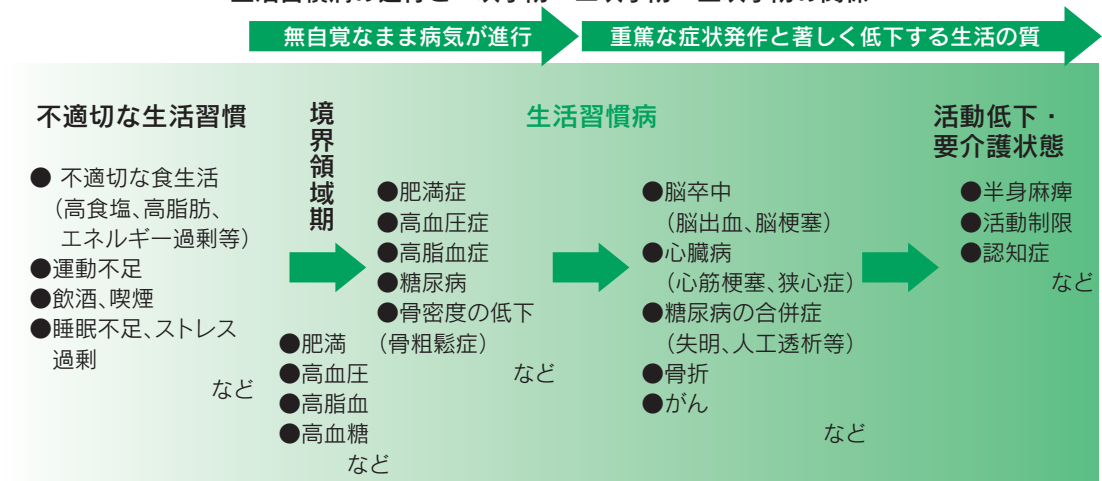
4 個別健康支援プログラムの対象と特徴

(1) プログラムの対象

～生活習慣病の予備群をターゲットに～

- 個別健康支援プログラムは、生活習慣病の一次予防として、生活習慣病の予備群（概ね老人保健事業の基本健康診査の結果の要指導者）、つまり現在の生活習慣を継続すると生活習慣病を発症する危険性が高い人を主な対象とする。

生活習慣病の進行と一次予防・二次予防・三次予防の関係



【一次予防】
生活習慣の見直し、環境改善などにより、病気の発生そのものを予防

【二次予防】
健診などにより、病気を早期発見、早期治療することにより、病気が進行しないうちに治す

【三次予防】
適切な治療により、病気や障害の進行を防止、リハビリテーションも含む

出典：生活習慣病予防研究会編 『生活習慣病のしおり2004』より作成

(2) プログラムの特徴

「指導」ではなく、「支援」するプログラム

- 個別健康支援プログラムでは、参加者が自らの身体状況、生活習慣を認識し、生活習慣の改善に主体的に取り組むことが基本となる。
- 参加者に対して一方的に「教える」、「指導する」というスタンスに立つのではなく、参加者の自主性を尊重しながら生活習慣改善の努力を「支援」することが重要である。

「個」の特性に応じた支援

- 個別健康支援プログラムでは、一人ひとりの身体状況及び食生活・運動習慣等をはじめとした生活習慣の問題点を把握したうえで、その問題点を改善するために、個人ごとに目標を立て、達成状況を評価する「個」の特性に応じた支援が求められる。

「個別」と「集団」の組み合わせ

- 従来、我が国の健康教育は集団を対象として教室形式で講話をする方式が多かった。生活習慣病が主要な健康問題となってから、個人の特性に応じた健康教育が強調されるようになり、平成12年度より老人保健法の保健事業において、個別健康教育が導入され、これにより対象者個人のニーズを個別に評価しサービスを提供するという手法が取り入れられた。
- 「個」の特性に応じた支援を行う場合、参加者に対し効果的に生活習慣改善に向けた動機づけ・意欲の維持を行うには、参加者と支援スタッフが個別に接し取り組むことに加え、参加者同士が集団として共に集まる機会を設け、参加者がお互いに励ましあいながら意欲を維持していくことも重要である。
- 今回のモデル事業の評価結果において、アセスメント等「個別」の対応を中心に行っている場合でも、「集団」で集まる機会を設けるなど、「個別」と「集団」をうまく組み合わせたプログラムに効果がみられた。
- 「個別」の対応がいかなる場合でも優れているということではなく、「個別」と「集団」を組み合わせたプログラムを組み立てる必要がある。
- 個別と集団で行う際のメリットは、以下のとおりである。

形態	メリット
個別	<ul style="list-style-type: none"> ・高血圧、高血糖などの疾患の予兆となる危険因子、改善すべき生活習慣等個人によって異なる課題を正確に特定することができるなど、「個」の特性や状況に応じてよりきめ細やかで効率的な支援を行うことができる ・参加者と支援スタッフの間で信頼関係が生まれ、参加者にとっては、支援スタッフに自分の状況を把握してもらい、適切な支援を受けることができるという安心感につながる
集団	<ul style="list-style-type: none"> ・生活習慣の改善には長期的に取り組むことが重要であり、同じ目的や目標をもった仲間と情報や実践の機会を共有することで互いが意識・意欲を高め、改善の実現、その習慣化につなげることができる ・生活習慣病予防に関する共通の知識や技術を効率的に提供することができる

改善を目指す生活習慣

- 生活習慣病は、「食生活、運動習慣、休養、喫煙、飲酒等の生活習慣が、その発症・進展に関与する疾患群」（平成8年12月18日の公衆衛生審議会の意見具申）と定義されており、その予防にあたっては、食生活や運動習慣をはじめとして、休養、喫煙、飲酒等の生活習慣全般の改善に取り組むことが必要とされる。
- 今回のモデル事業においては、食生活と運動習慣の改善に取り組んだプログラムが大部分を占めた。
- そのため、本マニュアルにおいては、食生活と運動習慣を中心とした個別健康支援プログラムを紹介するが、このことは生活習慣病対策における休養や喫煙等の他の生活習慣の重要性を否定しているものではない。

5

優れた個別健康支援プログラムの4大条件

(1) 「効果」のあるプログラム

～具体的な効果が認められること～

- 個別健康支援プログラム（以下、「プログラム」という。）の最も重要な条件は**具体的な効果**が確認できることである。
- 参加者の「血圧が下がった」や「体重が減った」という身体状況にみられる変化、「運動習慣が身についた」という生活習慣の改善、地域全体の「国保医療費が減少した」という医療経済等の効果があらわれることが望ましい。

(2) 「継続性」のあるプログラム

～参加の継続性と効果の継続性～

- 生活習慣改善の動機づけを行い、参加者自身が何をすべきかを認識し、生活習慣改善に必要な知識や技術を身につけるためには、一定期間にわたって継続的に支援を行うことが必要になる。
- 参加者が継続的にプログラムに参加し、終了することが大切である。
- 参加者がプログラムの参加を通じて獲得した「健康的な生活習慣」はプログラム終了後も維持・継続されることが望ましい。

(3) 「波及性」のあるプログラム

～家族ぐるみ・地域ぐるみでの健康づくりを目指して～

- プログラムの参加者が身につけた知識や技術が参加者だけに留まるのではなく、広がりをもつことが期待される。
- 具体的には、プログラムで身につけた習慣を家庭で実践し、**家族ぐるみ**で健康づくりに取り組むことが望まれる。
- 参加者がボランティアとして活動するなど地域の健康づくりのリーダー的存在となり、**地域住民全体**の中で健康づくりの気運を高めることが期待される。

(4) 「経済的」なプログラム

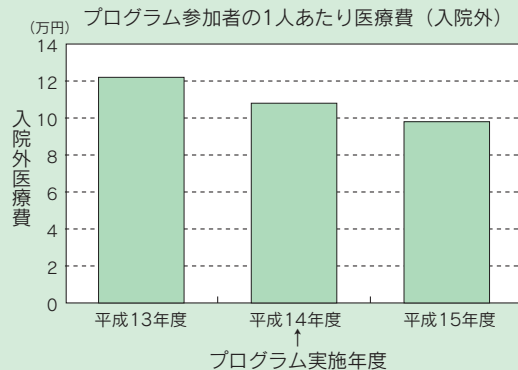
～効果と経済性の追求～

- プログラムの実施にあたっては、経済的な効率を追求しながら、かつ効果をあげることが望ましい。

モデル事業における例 岩手県矢巾町

個別健康支援プログラムの入院外医療費への影響

高血圧、高脂血症、糖尿病の危険因子を持つ人に対し、生活習慣改善に向けたプログラムを実施。その結果、多くの参加者の中で身体状況に効果がみられた。また、プログラム参加者の1人あたり入院外医療費はプログラム実施前年度、実施年度、実施次年度を比較すると年々、低下傾向にあり、平成13年度から15年度にかけて約2万円低減している。



6 プログラムの企画に先立って

(1) プログラム実施体制の構築

1) 庁内体制の構築

～市町村保険者が主体となった事業展開～

- 実施主体は市町村保険者である。
- 市町村の国民健康保険主管課が主体となり、健康づくり主管課と連携し、実施することが重要である。

2) 外部機関との連携

～積極的な連携・協力の必要性～

- プログラムの積極的な推進を図るためには、保険者もしくは市町村庁内だけでなく、次のような関係機関との連携・協力のもとに実施することが必要である。
 - 都道府県（保健所等）
 - 国民健康保険団体連合会
 - 他の医療保険者（政府管掌健康保険、健康保険組合等）
 - 地域の団体
 - 医師会、歯科医師会、薬剤師会、栄養士会、看護協会等
 - 在宅保健師、管理栄養士・栄養士等の専門職
 - 地域の大学等
 - 民間スポーツクラブをはじめとした委託事業者

モデル事業における例① 宮城県涌谷町／福井県おおい町(旧名田庄村)／岐阜県中津川市(坂下総合事務所)／広島県安芸太田町(旧加計町)／香川県三豊地区

国民健康保険診療施設との連携

国民健康保険診療施設の具体的役割は：

- ・プログラムの企画立案
 - ・保健師・看護師・管理栄養士・栄養士等の専門職の派遣
 - ・検査結果の説明や病態に関する講義を実施する医師の派遣
 - ・プログラム実施場所の提供
 - ・検査の実施
 - ・外来部門との連携
 - ・参加者の募集
 - ・参加者の連絡窓口
- など

モデル事業における例② 東京都東久留米市

かかりつけ医による個別健康支援プログラムの提供（医師会への保健指導の委託）

地域の医師会との協力の下、健診に参加する医師の5割が参加してかかりつけ医による保健指導を行った。参加した医師に対しては、実施前に統一されたマニュアルやビデオを使用して研修を行い、医師の生活習慣病予防に関する保健指導のモチベーションや指導能力の向上を図っている。モデル事業2年目には、保健師及び管理栄養士・栄養士の個別指導を希望者が受けられるようにした。また、3年目には、地域の健康資源（自主活動グループ）のデータベースを作成し、かかりつけ医が対象者に適した近くの健康資源を紹介できるよう整備していく予定である。

市と医師会は通常から健診や予防接種だけでなく、健康教育の分野でも多くの共同事業を行っている。今回のモデル事業も医師会からの提案によるところが大きく、医師会の関わりが大きい。

3) 事業運営委員会の設置

- プログラムを効率的、効果的に展開するためには、地域の関係機関と連携体制のもと、事業運営委員会を設置（国民健康保険運営協議会¹等の活用）する必要がある。
- 事業運営委員会等を立ち上げる場合は、プログラムを実施するうえで必要な団体や人材を確保することを念頭に置いて、医師会、看護協会、栄養士会等の専門職能団体をはじめスポーツやレクリエーション関係団体等に協力を要請することが重要である。
- モデル事業においては、大学の公衆衛生等の専門家がプログラムの企画・立案及び評価に大きな役割を果たしていた。公衆衛生や疫学の専門家の協力のもと、プログラムを実施することが望ましい。

¹ 国民健康保険の運営に関し必要な意見の交換や調査、審議、さらに市町村長への意見の具申等を行うために設けられた機関で、①被保険者を代表する委員、②保険医または保険薬剤師を代表する委員、③公益を代表する委員のそれぞれ回数ずつが参加。

4) プログラムにより広がりをもたせるための工夫～保険者間の連携～

① 複数の国保保険者の連携

- プログラムの企画及び実施に際しては、単一の保険者だけではなく、複数の保険者が共同して実施することも考えられる。
- 地域資源の広域的な活用という観点においても**保険者間連携**に積極的に取り組むことが望ましい。

モデル事業における例 岐阜県中津川市(坂下総合事務所)／香川県三豊地区

地域の中核的な医療機関である国民健康保険診療施設のある両地域は、それぞれの診療施設が対象範囲とする地域の他市町村にプログラムの実施ならびに参加への協力を呼びかけ、複数の保険者で共同して事業を実施した。

② 被用者保険の保険者との連携

- 国民健康保険だけではなく政府管掌健康保険や健康保険組合等の**被用者保険の保険者**と共同して保健事業を進めることも考えられる。

モデル事業における例 石川県小松市

政府管掌健康保険、健康保険組合との共同実施

政府管掌健康保険と協力し、政府管掌健康保険が対象企業を個別に訪問し、募集案内をもって参加者を募集。

小松製作所健康保険組合からも協力を得て、会社の健康管理担当者が健診データから対象者を選定し、所属長経由で参加を促した。

③ 保険者協議会における事業展開

- 被用者保険との連携に際しては、都道府県ごとに設置される**保険者協議会**²の保健事業として進めることも検討する必要がある。

(2) 地域の健康課題の把握

- プログラムの実施に際しては、各種疫学調査や既存統計資料等³、基本健康診査の結果の分析、診療報酬明細による**医療費等の分析**⁴により被保険者をはじめとした**地域住民の疾病構造**や優先的に解決すべき**健康課題を明確**にすることが重要である。
- あわせて地域住民の生活特性（就業構造や移動手手段等）も把握することが重要となる。

2 保険者協議会とは、国民健康保険、政府管掌健康保険、健康保険組合等の医療保険保険者が、保健事業の共同実施を協議する場であり、都道府県ごとに設置されている。

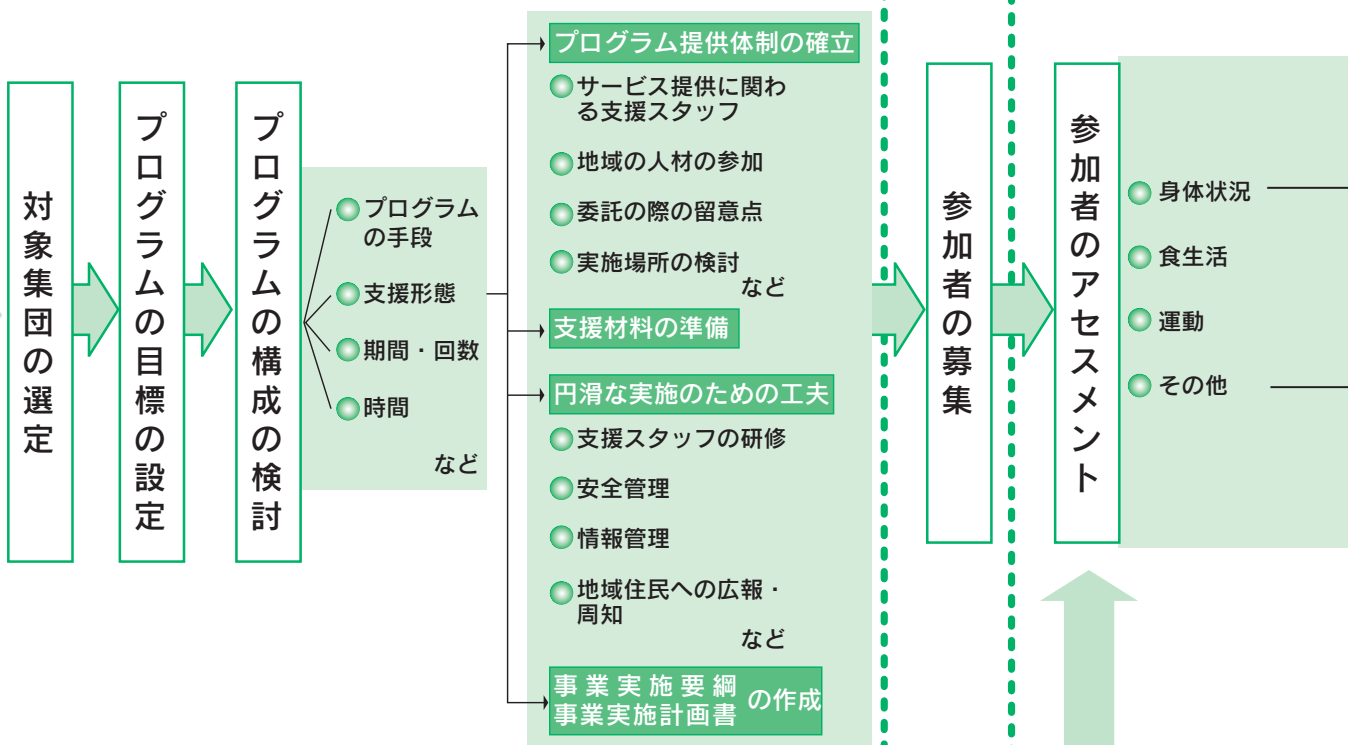
3 地域の現状把握のための情報源は健康・体力づくり事業財団『健康日本21実践の手引き』P31～37参照。

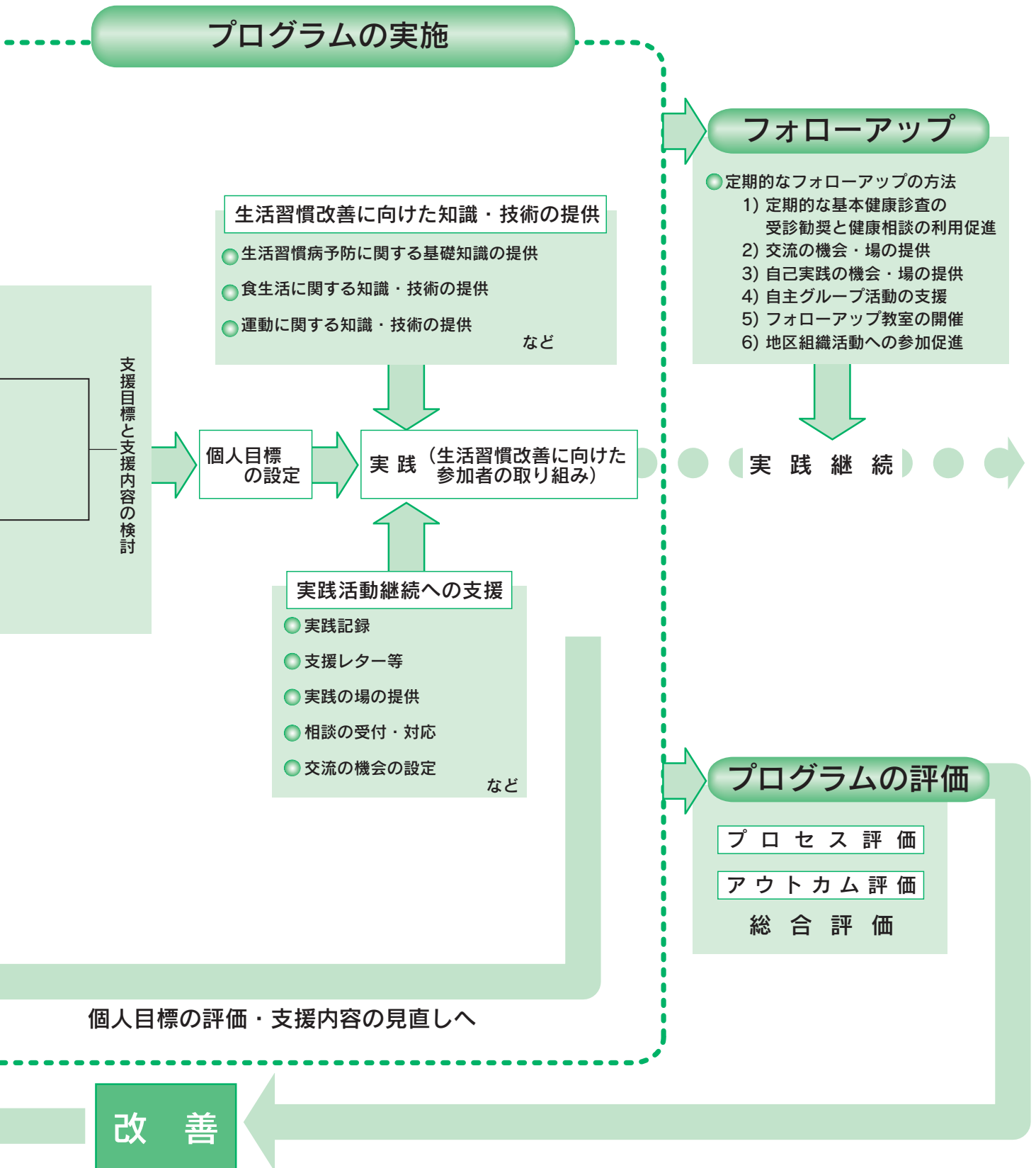
4 医療費は、主にその構成要素となる日数、点数、件数をもとに分析する。詳細は資料編P112参照。

7 個別健康支援プログラムの流れ

- プログラムは、以下のような流れで実施される。

プログラムの企画と準備





第2章

個別健康支援プログラムの企画から実施に至るまで

1 対象集団の選定方法

(1) 基本健康診査を中心とした選定基準の設定

- 個別健康支援プログラム（以下、「プログラム」という。）の対象となる生活習慣病の予備群（以下、「予備群」という。）は老人保健事業の基本健康診査の要指導域とほぼ等しいと考えてよい。

（参考）基本健康診査の正常域、要指導域、要医療域

項目		正常域		要指導域		要医療域
血压	収縮期血压	120mmHg≦、 <130mmHg	130~139 mmHg	140~159mmHg		160mmHg~
	拡張期血压	80mmHg≦、 <85mmHg	85~89 mmHg	90~99mmHg		100mmHg~
血液生化学検査	脂質代謝	総コレステロール (50歳以上の女性)	150~199mg/dl (150~219mg/dl)	200~ 219mg/dl	220~ 239mg/dl	240mg/dl~ (260mg/dl~)
				(220~ 239mg/dl)	(240~ 259mg/dl)	
				~149mg/dl		
	HDLコレステロール	40mg/dl~	35~ 39mg/dl	~34mg/dl	~34mg/dl	
	中性脂肪	~149mg/dl	150~299mg/dl		300mg/dl~	
	糖代謝	空腹時血糖	<110mg/dl	110 mg/dl≦、 <126mg/dl		≧126mg/dl
随時血糖		<140mg/dl	140 mg/dl≦、 <200mg/dl		≧200mg/dl	
ヘモグロビンA1c		<5.5%	5.5%≦、<6.1%		≧6.1%	
形態測定	肥満度 ※厚生労働省「肥満 とやせの判定表・図」 による	普通		やせぎみ、やせすぎ、 ふとりぎみ、ふとりすぎ	・脳卒中によると考えられる運動障害など ・心筋梗塞、狭心症、心不全によると考えられる胸部症状など ・器質的な異常に基づくと考えられる心雑音、浮腫などがある	
	(参考)BMI	>18.5 kg/m ² 、 25.0 kg/m ² <	18.5 kg/m ² ≧、 25.0 kg/m ² ≦			

※『老人保健事業における糖尿病及び循環器疾患の指導区分に関する検討』（平成14年、日本公衆衛生協会）より作成

- 健康診査の正常域、要指導域、要医療域等の判断基準が健診機関によって異なる場合は事前に対象者の選定基準を統一する必要がある。
- また、基本健康診査以外の健康診査や地域の医療機関受診者から選定する場合も、選定の基準の統一が必要である。

(2) 参加対象となる集団の設定

1) 健康診査の結果を用いた対象集団の選定

- プログラムの対象者を選定するには、**基本健康診査や国民健康保険の各種健康診査の結果**から設定した基準値に該当する人を抽出することが最も容易である（治療を要する人の扱いについてはP26「8 (1) 治療を必要とする人への対応」参照）。

モデル事業における例 広島県安芸太田町（旧加計町）

選定基準の設定

プログラムの参加者の対象集団として、次の基準（ただし（ ）内の上または下限値を超える者を除く）を設定。このうちいずれかの値に該当しながらも治療を受けていない人を対象に参加希望者を募った。

項目		値
血糖値	空腹時血糖	100mg/dl以上（140mg/dl以上）
	ヘモグロビンA1c	5.5%以上（8.0%以上）
血圧	収縮期血圧	130mmHg以上（180mmHg以上）
	拡張期血圧	85mmHg以上（110mmHg以上）
脂質	総コレステロール	220mg/dl以上 ただし50歳以上女性では240mg/dl以上
	HDLコレステロール	34mg/dl以下
	中性脂肪	150mg/dl以上
肥満	BMI	25kg/m ² 以上

※安芸太田町（旧加計町）では町内の国民健康保険診療施設やかかりつけ医との連携のもと事業を進めているため、治療を必要とする人も対象に含めている。

2) 健康診査以外の手段による参加者の選定

- 基本健康診査は受けていない人もいるため（平成16年度の受診率：44.4%）、基本健康診査のみで予備群を網羅的に把握することはできない。
- 40歳未満の若年層については、老人保健事業の基本健康診査の対象ではないため、これらの人をプログラムの対象とするには、基本健康診査以外の方法で選定することが必要となる。

①若年層への取り組み

- 生活習慣病を誘引する不適切な生活習慣の改善は、基本健康診査が対象とする40歳を超えてからではなく、できるだけ早い段階から取り組むことが重要である。
- 若年層については日常的な生活習慣に関する簡単なアンケート等を行い、健康診査の受診を勧奨し、その結果により対象者を選定することも考えられる。

モデル事業における例 石川県小松市

若年層への健康診査受診勧奨

基本健康診査の対象ではない20～39歳の国保被保険者に対し、生活習慣についてのアセスメントも兼ねたアンケートを行い、健康診査の受診を勧奨。

20・30歳代健康アセスメント調査

20・30歳代健康アセスメント調査	
次のアンケートの該当するところに○印をつけてお答えください。	
1. 20・30歳代のメディカルチェックを受診したい。	(はい ・ いいえ)
2. 血のつながった家族に高血圧・高脂血症・糖尿病の人がいますか。	(はい ・ いいえ)
3. 太り気味ですか。	(はい ・ いいえ)
4. 塩味・塩辛いものが好きですか。	(はい ・ いいえ)
5. 運動不足を感じていますか。	(はい ・ いいえ)
6. タバコを吸いますか。	(はい ・ いいえ)
7. 睡眠不足を感じていますか。	(はい ・ いいえ)
8. アルコール類は1日1合以上飲みますか。	(はい ・ いいえ)
9. ストレスが多いと感じますか。	(はい ・ いいえ)

注：2～9に1つでも該当する方は特に受診をお勧めします。
ご協力ありがとうございました。

- 若年層については体重、体脂肪率、血圧等を定期的に測定し、自分の健康状態を客観的に把握することを勧め、自主的に生活習慣改善に取り組める仕組みの構築が求められる。

②健康診査未受診者への取り組み

- 健康診査の未受診者については健康診査の受診を積極的に働きかけることが重要である。

③医療機関との連携

- 医療機関に通院している人の中には、通院していることを理由に健康診査を受けていない人もいる。医療機関との連携により予備群と考えられる人の紹介を受けるなどして選定することも1つの手段である。

トピックス <未受診者対策につながる個別健康支援プログラム>

個別健康支援プログラムは、生活習慣改善に向けて、知識・技術の提供だけでなく、健康診査等も包括的に行う。広報等を通じてプログラムの実施を積極的に呼びかけることは、健康診査の未受診者対策にもなる。

(3) 参加対象者の抽出

～地域の実情に応じた抽出～

- プログラムの対象集団の設定の結果、該当が多数になる場合には参加者の抽出に優先順位をつける必要があることがある。
- 具体的には、メタボリックシンドロームの危険因子を保有している人、疾病率の高い地域の住民を対象とする等の工夫が求められる。

トピックス <メタボリックシンドローム>

一個人に生活習慣病の「肥満」、「高血糖（糖尿病）」、「高血圧」、「高脂血症」など複数の危険因子が重複して存在している状態は、メタボリックシンドロームとよばれている。一つ一つの要因における異常値がそれほど大きくなくとも、複数の要因が複合的に作用すると動脈硬化発症のリスク割合が増加し、単一の危険因子を保有している場合よりも動脈硬化を発症しやすいとされている。

2005年4月に、日本におけるメタボリックシンドローム診断基準が以下の通り発表された。最大の要因は肥満（内臓脂肪の蓄積）であるため予防には適切な減量が重要となり、それが将来的な動脈硬化の予防、心疾患や脳卒中の予防につながるといえる。

■メタボリックシンドロームの診断基準

ウエスト周囲径が男性で85 cm以上、女性で90 cm以上あること^(注)に加え、次の3項目のうち2つ以上が該当する場合：

- 1) 収縮期血圧（最高血圧）が130mmHg以上か拡張期血圧（最低血圧）が85mmHg以上のいずれか、もしくは両方
- 2) 空腹時の血糖値が110mg/dl以上
- 3) 中性脂肪が150mg/dl以上かHDLコレステロールが40mg/dl未満のいずれか、もしくは両方

(注) このウエスト周囲径は、内臓脂肪面積が100cm²以上であることに相当する。

2 プログラムの目標の設定

～集団の特性に応じた実施者の目標設定～

- プログラムにおける目標には、参加者を集団としてとらえ、その特性に応じてプログラムの実施者（市町村保険者）が設定する目標と、アセスメント結果をもとに生活習慣改善に向けて参加者一人ひとりが立てる個人目標（個人目標の設定の考え方や方法についてはP42「第3章2. 個人目標の設定」を参照）がある。
- 実施者が設定する目標は、どのような項目（指標）がどのように変化するかを明確に示すものであり、血圧、血糖値、体重等の身体状況に見られる変化を目標とする場合と運動習慣をはじめとした生活習慣に関する変化を目標とする場合がある。
- 変化量を目標値として決めることが望ましいが、その基準については過去の保健事業の結果や専門家の意見、理論値等を参考にすることが必要である。

プログラムの目標例

	目標例
高血圧症の罹患者の増加を抑制することを目指す場合	・参加者の収縮期血圧の平均値を140mmHg未満、 拡張期血圧の平均値を90mmHg未満にする ・参加者の平均での収縮期血圧を10mmHg、拡張期 血圧を5mmHg低下させる
肥満度を低下させることを目指す場合	参加者の半数で体重を5%以上減少させる
運動習慣のない人が運動習慣を身につけることを目指す場合	週1回30分以上の運動をする人を参加者の中で50% に増加させる

- プログラムで設定した目標については、実施後に評価することが必要である（プログラムの評価については「第6章 個別健康支援プログラムの評価と改善」参照）。

3 プログラム構成の検討

- プログラムは、参加者の日常生活や身体状況を把握し、課題を明確にする「**アセスメント**」と何をどのように改善するかについての「**個人目標の設定**」を基本要素とする。
- アセスメント内容を理解し、個人目標の設定やその達成に向けた知識・技術の提供やさまざまな実践活動を継続させるための支援を行うことが必要である（各要素の考え方については「第3章 個別健康支援プログラムの実施」参照）。
- プログラムの企画にあたっては、これらについてどのような手段や形態を用いるのか、またどの程度の時間や期間をかけて行うのかなどの枠組みを検討する必要がある。

プログラムの構成要素

要素	内容
アセスメント	参加者の状況を把握、評価し、課題を明確にする
個人目標の設定	参加者が自らの意思で改善する生活習慣を設定する
知識・技術の提供	生活習慣の改善に必要な知識・技術
実践活動継続の支援	設定した目標の実践活動を継続するための支援

(1) 支援の手段

～複数の手段の組み合わせによるプログラムの設定～

- プログラムにおける支援の手段としては、以下のものが考えられる。

支援の手段

手段	具体的内容
講義、冊子等による情報提供	生活習慣病、食生活、運動等についての知識を提供
個別面接	個人の状態を把握するアセスメントや結果説明等を対面で実施
通信	電話・郵便・メール等を活用した情報提供等
実技	食生活、運動について実践に活かすことができる技術の伝達、実践
グループワーク	生活習慣病、食生活、運動等についての知識を身につけ、生活習慣改善に向けた意欲を高めるためのグループでの学習



ポイント

就業時間等により決まった時間帯にプログラムに参加することが難しい人に対しては、郵便やメール等の通信手段を利用したプログラムとすることも考えられる。

- プログラムの組み立てにおいては、これらの支援の手段を単独で実施するのではなく、**複数の手段**を組み合わせることが基本となる。

モデル事業における例① 石川県小松市

通信型コースの開設

対面式で実施する内容と同様の内容を書面にして参加者に送付。目標設定、参加者の身体状況や目標の達成状況についてのアドバイスを、メールもしくは郵便を使って随時実施している。

モデル事業における例② 福井県おおい町（旧名田庄村）

携帯メールを活用した情報発信

プログラム参加者に対して、携帯メールのメールマガジンで、健康に関するミニ情報を定期的に提供。目標の進捗状況を携帯メールを使って参加者同士で互いに報告し、情報交換している。

(2) 支援形態

～個別相談の組み込み～

- プログラムの形態は、個別相談に集団教室等を組み合わせたもの、集団教室の中で個別相談の時間を設けるもの、小集団で行うものの3つに分けることができるが、いずれの形態においても「個別相談」を取り入れることが必要である。
- モデル事業においては、「個別相談」と「集団教室」を組み合わせたプログラムが効果的であった。

支援形態

形態	具体的内容
個別相談 (+集団教室)	参加者と支援スタッフの双方のやりとりが中心となる 既存保健事業との組み合わせや集団教室との組み合わせもある
集団教室 (+個別相談)	集団での講義やグループワーク等の集団が中心 個別の対応は、参加者一人ひとりに応じた運動メニューの組み立てや個別面接の実施
小集団 (+個別相談)	6～8人の小集団に対しての情報提供や運動実践等を行う

(3) プログラムに要する期間・回数の設定

～参加と効果が継続するための期間と回数の設定～

- 生活習慣の改善は短期間でなされるものではないため、プログラムの参加者が意欲を維持しながら参加を継続できるように、プログラムの期間と回数を適切に設定する必要がある。

- モデル事業において効果があるとされたプログラムは、3～6か月が基本的な期間として実施されていることが多い。

(参考) モデル事業におけるプログラムの期間と回数

	1年目												2年目												3年目		
	か月日												か月日												か月日		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27
北海道札幌市 健康づくりセンター及び民間スポーツクラブを活用した運動実践プログラム	1					6																					
岩手県矢巾町 個別健康教育に集団・通信を組み合わせたプログラム	1					6																					
福島県二本松市 地域社会資源を利用した栄養・運動体験教室型プログラム	1			4	5	6																					
神奈川県藤沢市 個別相談を軸に、既存保健事業を活用しながら多様な参加形態を可能とする総合支援型プログラム	1											12															
	1											12															
	1											12															
	1											12															
石川県小松市 マンツーマン支援型プログラム	1					6																					
サークル支援型プログラム	1					6																					
通信支援型健康支援プログラム	1					6																					
滋賀県米原市 (旧山東町) 実践の場への参加奨励を加えた個別相談重視型プログラム	1											10															
香川県三豊地区 医療機関と連携した個別相談重視型プログラム	1											10	11												25		
長崎県雲仙市 (旧小浜町) 短期集中型集団教室における運動・食生活自己実践プログラム	1	3	4						9	10															24		
山形県鶴岡市 地域の身近な施設を利用したプログラム	1		3																								
福井県おおい町 (旧名田庄村) 成人期を対象として自己実践の定着を目指したプログラム	1	2	3								12	13													18		
兵庫県稲美町 生活習慣病予防を目指したダイエットプログラム	1		3	4	6																						
佐賀県佐賀市 (旧富士町・大和町) 個別の運動処方を中心としたプログラム	1												14	15											25		

- 参加者ができるだけ早く効果を実感でき、徐々に自己実践に移行できるよう、プログラムの開始時は回数を多めに実施し、漸次回数を減らすというプログラム設定もある。

モデル事業における例① 大分県臼杵市

漸次回数を減らすプログラムの設定

プログラム開始直後の1か月は週1回の教室を開催し、その後、2週間に1回、1か月に1回の教室開催へと頻度を落とし、教室で身につけた知識・技術を自己実践へと移行させるように支援した。

モデル事業における例② 長崎県雲仙市（旧小浜町）

短期集中から順次回数を減らすプログラムの設定

3か月・週2回の集中的な支援により、生活習慣改善の効果を早期に実現し、参加者が効果を実感して実践継続につながるようにする。その後、自己実践へと結びつくように集団教室の開催回数は順次減らした。

(4) 1回あたりの支援時間

～支援の手段・支援形態に応じた支援時間～

- モデル事業においては、支援の手段・形態別にみた参加者1人あたり、もしくは教室等1回あたりの時間は概ね以下のとおりであった。

支援時間

支援の手段・形態	時間
講義（1回あたり）	40分程度
個別相談のみの場合の個別相談	40分程度
集団教室中に行う個別相談	5～10分程度
実技（運動）	1～2時間
実技（食生活）	1～2時間
グループワーク	1時間程度

※通信型に関しては、参加者の時間的拘束は要さない
※上記時間数は14、15年度のモデル事業を概ね平均化したもの

(5) 個々の参加者の状態に沿った柔軟な支援の仕組み

1) 複数コースの設定

- 参加者の就業形態や生活時間等の特性に配慮し、参加コースを選択できるように、曜日、時間帯を分けるなどして同じ内容を複数時間帯に実施する工夫が必要である。



ポイント

通常参加を予定している時間帯に参加できない場合などに別の時間帯への参加を可能にすることによって、参加者の継続参加を容易にすることができる。

2) 複数プログラムの設定

- 個人の特性にあった支援が受けられるように、ある程度運動習慣のある人と全く運動習慣のない人とでは異なる内容のプログラムを提供するなど、選択可能な複数のプログラムを用意することも考えられる。

モデル事業における例 北海道札幌市

「しっかりコース」と「たのしくコース」

(A) 危険因子を多く抱えている（肥満、かつ、①高血圧②高血糖③高脂血症のうち2因子以上に該当する）人が、全く運動習慣がないか、あっても週1回程度までの者、(B) 危険因子が少なめ（①肥満②高血圧③高血糖④高脂血症のうち2因子以上に該当する）であるが、ほとんど運動習慣のない者に対して、前者（A）には器械によるトレーニングの機会を提供する「しっかりコース」、後者（B）には運動することを習慣にするため自己実践記録の提出を求める「たのしくコース」を設定。

4 プログラム提供体制の確立

(1) サービス提供に関わる支援スタッフの確保

～領域に応じた多種の専門職の関わり～

- プログラムにおける知識・技術の提供は、保健師等が中心になることが一般的であるが、プログラム提供は食生活や運動等多岐にわたるため、市町村職員だけではできない部分を補う専門職の確保が必要である。
- 医師や各分野の専門職（管理栄養士・栄養士、健康運動指導士等）が協働し、一人ひとりの参加者を多面的にとらえながら進めることが求められる。

(2) 地域の人材の参加

～地域に広がりのあるプログラムを実現するために～

- プログラムの効果を地域で波及させるには、専門職の支援スタッフだけではなく、食生活改善推進員や健康推進員等にボランティアとして協力してもらうなど、地域住民が参加する形でプログラム運営を図る必要がある。
- プログラムを開催するなかで、前回のプログラム参加者が協力者として参加するなどの工夫が望ましい。

モデル事業における例① 長崎県雲仙市（旧小浜町）

参加者による支援

前回のプログラムへの参加者が、自らがプログラムで習得した内容の振り返りも兼ねて、次のプログラムのスタッフとして受付や運動実践のリーダー等を担当。

モデル事業における例② 山形県鶴岡市

地域のスポーツ団体等との連携・活用促進（施設型コース）

関係団体からの委員で構成される国保ヘルスアップモデル事業の「事業協力推進協議会」を設置し、市内の関係団体との密接な連携が行えるように工夫している。この協議会は市が平成9年度に設置した「健康なまちづくり推進協議会」を母体としており、医師会、歯科医師会、栄養士会、保健所等の保健医療関係団体のみでなく、体育指導委員会、水泳連盟、市民健康スポーツクラブ等の運動に関わる団体、コミュニティ組織協議会、自治振興会連絡協議会、老人クラブ、食生活改善推進協議会、保健衛生推進委員会等の地域・自治組織、労働基準監督署、商工会議所、地元企業、JA等の団体などから構成されている。

このうち、水泳連盟（スイムクラブ）、市民健康スポーツクラブ、市体育指導委員会にはプログラムの管理（一部）、実技指導、自主トレ時の運動指導を委託しており、市内で活発に行われている民間スポーツ活動との連携により効率的な個別健康支援プログラムが提供されている。

(3) 委託する際の留意点

- プログラム提供の効率化を図ったり、外部の専門知識・技術を活用する観点から、事業の一部または全部を外部の事業者等に委託することを検討する必要がある。
- 外部の事業者に委託する場合、企画・調整等に関しては保険者が責任をもち、実施される内容について保険者が十分に把握することが必要になる。

1) 選定にあたっての基準の設定

- 委託事業者の選定にあたっては、サービスの提供実績や有資格者等の体制を選定基準として設けて審査をするなどの手順を踏み、プログラムの質を確保することが必要である。



ポイント

委託する場合は個人情報保護に関する取り決めを行うなど、十分な配慮をし、守秘義務を徹底することが重要である。

2) 実施期間中の状況確認

- プログラムの実施期間中は、委託事業者にすべてを任せるのではなく、進捗状況の報告を求める、実際にプログラム提供の現場を視察する、参加者から意見を聞くなどして、予定していたプログラム内容の質が確保されているか状況確認に努めることが必要である。

モデル事業における例 茨城県筑西市（旧協和町）

質の管理

複数の組織が介入に参加するため、質の管理に注意を払った。プログラムの開始に先立って、運動の専門家とともに指導内容の確認を行うとともに、実施期間中は、町職員が運動施設の利用者として自ら指導状況を確認した。栄養診断、個別健康相談については、「筑西市ヘルスアップ事業マニュアル」を作成したほか、必須項目を記載する問診票を作成して一定水準以上の質が確保できるように配慮した。また、学術機関等と連携し、随時、各専門家へコンサルテーションできる体制を作った。

3) 実績報告の確認

- プログラムの終了時には、実績報告書の提出を求め、実施状況を評価することにより、質の改善を図ることが必要である。

モデル事業における例 北海道札幌市

委託事業者の活用

プログラムの実施場所として民間フィットネスクラブを選定する際、次のような案内によって募集。健康運動指導士等の有資格者が2名以上いることを条件に設定。

また、プログラム実施期間中には、市職員が各施設を定期的に巡回し、支援記録等により個別相談の実施状況を確認。

委託事業者募集案内

平成〇〇年〇〇月〇〇日

各民間スポーツクラブ
施設担当者様

〇〇市■■局〇〇部
〇〇〇課長 〇〇 〇〇

個別健康支援プログラムへの協力について（照会）

日ごろから、本市の国民健康保険事業に関して、深いご理解とご協力をいただきまして、誠にありがとうございます。

さて、先般、スポーツクラブ連絡会にてご説明させていただきました「個別健康支援プログラム」につきましては、本市の施設である「□□センター」を中心に事業を実施していく考えであります。しかし、本市が考えております事業規模に照らしますと、□□センターだけでは、事業実施が困難であります。

そこで、民間の各スポーツクラブのご協力をいただきたく、下記のとおり事業内容をお示いたしますので、貴クラブにおきまして、実施が可能かどうかをご検討のうえ、その結果を別紙に記載し、〇〇月〇〇日（〇曜）までに、FAXにてお送りいただきますようお願い申し上げます。

お忙しいところ恐縮ではございますが、よろしく願いいたします。（1社で複数の施設をお持ちのところには、施設ごとにこの照会をさせていただきます。）

記

- 1 実施期間
平成〇〇年〇〇月～平成〇〇年〇〇月
- 2 人数
1 施設最大〇〇名程度（〇～〇施設を予定）
- 3 内容
…

貴施設においては、…を実施していただきます。

- 4 委託料
施設利用料：貴クラブの月会費（それぞれの参加者の当月利用が1回以上あった場合のみお支払いします。）
運動に関する個別相談料：運動に関する個別相談を実施することにお支払いするもので、別途、協議・調整させていただきます。
上記以外の費用（入会金など）はお支払いいたしません。
- 5 実施施設の条件

- ①健康運動指導士、健康運動実践指導者、スポーツプログラマーなど、運動相談に関わる資格を有する支援スタッフが常勤で2名以上おり（アルバイトは除く）、これら有資格者が個別相談を行えること。
- ②運動相談以外の管理業務などを期間中遂行できること。
- ③運動メニューにある機器が整備されていること。
- ④〇〇市▲▲事業団が主催する研修に支援スタッフが参加できること。（1～2日程度）

【お問い合わせ先・回答先】

〇〇市 〇〇局 〇〇部 〇〇課 〇〇〇係長 〇〇
TEL ●●-〇〇〇〇-□□□□（直通） FAX ●●-〇〇〇〇-□□□□
E-mail 〇〇@▲▲.jp

(4) 実施場所の検討

～プログラム内容に応じた地域資源の活用～

- 保健センターや公民館等地域に身近な施設を活用するとともに、多様な種目の運動実践が可能である健康増進施設⁵などの施設を有効に活用することが必要である。
- モデル事業では地域資源の活用に関して以下のような工夫がみられた。

1) 学校施設等の活用

- 学校の体育館や余裕教室等の地域内の施設資源を幅広く活用したり、近隣市町村にある施設資源（都道府県立の施設等）を積極的に活用することが求められる。

モデル事業における例 福岡県宇美町

小学校の余裕教室の活用

生活に身近な地域で運動実践ができるように、町内の全小学校（5か所）の余裕教室を運動実践の場として活用。

プログラム参加者が運動している状況を、子どもや保護者が目にし、町内全域の健康づくり・運動実践の気運が高まった。

2) 民間フィットネスクラブ等の活用

- 公的施設だけではなく、フィットネスクラブ等の民間の施設設備を活用対象として検討する視点が必要である。

モデル事業における例 北海道札幌市

民間フィットネスクラブの活用

個人の身体状況に応じた運動処方に基づいた運動実践を行うために、エルゴメータ、トレッドミル等の器材を用いた運動を実践。

広い市域の中で多くの人が身近な地域で実践できるよう民間フィットネスクラブにプログラムの実施を委託。

3) 温泉施設の活用

- 温泉施設を有している場合には、参加者の意欲を高め、人が集まりやすいよう、温泉施設を活用して温泉入浴方法等のメニューを加えることも有効である。

5 健康増進施設とは、厚生労働大臣が認可する施設で、設備や健康運動指導士などのマンパワー及び運動指導の内容などが基準を満たし、健康増進のための運動を安全に適切に行える施設。認定の条件は、有酸素運動・筋力運動、体力測定、更衣室、浴室、シャワー室など設備関係、健康運動指導士などの人の配置、施設運営、医療機関との連携などの面で日本健康スポーツ連盟が調査を行った後に認定される。

5 支援材料の準備

- プログラムの内容の検討とあわせて、プログラム内で使用する次のような支援材料の準備が必要である。

支援材料

種類	具体例
アセスメントに関する材料	参加者の身体状況、生活習慣、家族状況等を把握するための情報を収集するための媒体 など
目標設定のための材料	プログラム実施にあたり、参加者個人の目標設定を支援するための資料、目標を記録するための用紙 など
知識・技術提供のための材料	生活習慣病、生活習慣改善にかかる知識・技術提供のための講義の資料、フードモデル など
自己実践を支援するための材料	設定した目標の達成状況を確認するための実践記録表 など 参加者の意欲を啓発するための写真、次回教室までの間に送付する支援レター など
支援スタッフ用の材料	支援内容、実践内容や参加者の状態を記録する帳票 など

ポイント

市販の材料や他の地域で開発された材料を活用する場合には出典を明らかにし、著作権に十分に配慮しなければならない。

モデル事業における例 岩手県矢巾町／滋賀県米原市(旧山東町)／香川県三豊地区

オリジナル支援材料の作成

既存の市販教材だけではなく、参加者により親しみやすいようにオリジナルの支援材料を作成した。

6 事業実施要綱・事業実施計画書の作成

- プログラムの企画内容が概ね定まった後、計画的に実行し、進捗管理を行うために、事業の概要を記した事業実施要綱ならびに事業実施計画書の作成が必要となる。

事業実施要綱・事業実施計画書に盛り込む内容

種類	具体的内容
事業実施要綱	目的、実施機関、対象者、実施方法、記録の作成・提出、関係機関との連携 など
事業実施計画書	事業内容、実施期間、規模・人数、募集方法 など

7 参加者の募集

(1) 募集方法

～より多くの人に参加してもらうために～

- 参加者の募集の最も基本的な方法は、基本健康診査や人間ドック等の結果説明の際にプログラムの具体的な内容を説明し、参加を呼びかけることである。
- その他参加者の募集方法としては、次のようなものがあげられる。
 - 健康診査・人間ドック等で要指導域にある人への募集案内の送付
 - 広報誌による募集
 - 地区説明会の開催
 - 地域の団体を通じた募集
 - 国民健康保険診療施設等をはじめとした医療機関による呼びかけ

モデル事業における例① 長野県茅野市

医療機関におけるチラシの配布

参加者を広く募集するために、募集案内のチラシを作成し、市内の協力医療機関で配布した。

参加者募集案内

ヘルスアップ支援プログラム参加者を募集します

★実施者として参加できる人★ (25～64歳を満了する)

①平成13年度の健診結果
 総コレステロール 200mg/dl以上299mg/dl未満の人
 または
 HDLコレステロール 40mg/dl未満の人
 ②現在内科で治療を受けていない人
 ③市内在住のおおむね20～70歳未満の日本人
 ◎○○○○○○○○○○
 また、健診結果のデータを提供できる人
 (市で分府 統計処理します)

★支援プログラムのグループ分け★
 健診後のアドバイス 本人の嗜好に基づき、以下のグループに所属していただきます

①1体の個人指導センター、運動・栄養・休養・教育について
 学習し実践するグループ
 ②運動センター、運動処方 筋力テスト等実践するグループ
 ③栄養センター、調理教室 食品の選び方等実践するグループ

各グループは各自の中心に、カウンセラーとの個人面談を通じ、
 深い生活習慣の改善を図るためにも実践するグループ
 の運営を利用し仲間とともに話し合いながら、
 生活習慣の改善をめざす実践するグループ
 ④参加することの困難でインターネットが利用できない人に、
 情報支援員による支援するグループ

※2～名は毎月1～2回集まり、学習・健康講座等します。
 ※2回毎月1～2回集まり、学習・健康講座等します
 ※④はメールなどインターネット上で学習・健康講座等します。
 ※血液検査は2ヶ月に1回ずつ市内指定医療機関で受けていただきます

連絡先
 ○○○○○○○○
 電話 ○○-○○○○
 ファックス ○○-○○○○
 Eメール ○○○○○○○○

モデル事業における例② 福井県おおい町（旧名田庄村）

診療所医師による参加の呼びかけ

診療所医師が、生活習慣病予備群であると思われる外来患者に対して、プログラムへの参加を呼びかけた。

モデル事業における例③ 長崎県雲仙市（旧小浜町）

人間ドック会場での呼びかけ

問題意識の高いうちにプログラムへの参加を促すために、人間ドックの会場で呼びかけを行った。

(2) 主体的な参加のための工夫

- 参加者が主体的に生活習慣改善に取り組む意識がもてるよう、事業の趣旨をしっかりと説明するインフォームドコンセント⁶を行い、参加申込書の提出を求めることが必要である。
- 開始時には参加者の身体状況をアセスメントするために、また実施期間中は個人の状態がどのように変化したかをみるための検査値や医療費をはじめとしたさまざまな指標に関する情報が必要となる。
- プログラムの効果の評価・分析のために参加者の個人データを利用することについて事前に説明し、同意を得る必要がある。
- 各種の個人情報の取り扱いに関する同意書を参加申込書と一緒に入手することが必要になる。

モデル事業における例 福井県おおい町（旧名田庄村）

参加申込書例

個別健康支援プログラム参加申込書・同意書

私は、個別健康支援プログラムに参加を申し込みます。
また、個別健康支援プログラムの推進・事業効果の評価、分析のための資料として、次のデータを利用することに同意します。

- 1 個別健康支援プログラムのなかで実施する調査結果
(アンケート・体力測定・血液検査・尿検査・血圧・体脂肪・腹囲・身長・体重)
- 2 国保の医療費データ（平成〇年〇月分から平成〇年〇月分）

平成〇年〇月〇日
〇〇〇〇〇町長殿

住 所 : _____

氏 名 : _____
(自筆でお願いします)

- 参加申込書（同意書）の提出とあわせて、主体的にプログラムに参加しているという意識を高めるため、参加者の費用負担を導入することも一つの工夫である。

6 インフォームドコンセントとは、「説明を受けたうえでの同意」であり、具体的にどのような事業に参加し、どのような情報を活用するのかなどについて十分説明し、理解を得たうえでプログラムに参加してもらうことを意味する。

モデル事業における例① 北海道札幌市

健康診査についての費用負担

運動メニュー作成にあたり、基本健康診査とは別途、負荷心電図の測定等詳細な健康診査を実施。健康診査と運動施設利用料の一部にあてるため自己負担をお願いした。

モデル事業における例② 長崎県雲仙市（旧小浜町）

CTによる体脂肪撮影の自己負担の導入

肥満の状態を視覚的に訴え、プログラムへの参加・継続の意欲を高めるために、必要と思われる人にCT検査を実施。スタッフが必要ないと判断しても、参加者自身が希望する場合には自己負担のうえ、CT検査を実施した。

モデル事業における例③ 神奈川県藤沢市／石川県小松市

運動施設利用にあたっての自己負担

民間施設等での運動の自己実践を行う際、施設利用料の一部を自己負担とした。

8 プログラムを円滑に進めるための工夫

(1) 治療を必要とする人への対応

- プログラムには、生活習慣病以外の疾患で治療中の人も参加する可能性がある。プログラムの開始当初には各種検査値が治療を必要とする値ではないが、参加期間中に治療が必要な状態になる人も出てくる。
- 生活習慣病で何らかの治療を受けている人であっても、プログラムに参加することによって生活習慣が改善し、疾病の状況が改善される可能性もある。

ポイント

治療を要する人については、事業運営委員会等に報告することも必要である。

ポイント

プログラム実施中や終了後に、参加者本人を通じてかかりつけ医にプログラム状況を報告することで、より安全に参加できる。

- これら治療中の人に対しては、プログラムへの参加を一律に拒否するのではなく、ケースカンファレンス等において本人の参加の希望と医師の意見を勘案して個別に判断する必要がある。

- プログラムの参加がどの程度本人の疾病予防や治療に役立つか、リスクがあるかを判断するために、参加者本人を通じてかかりつけの医師等による参加に関する連絡書の提出を求めるなどして、安全に参加できる工夫が必要である。

(2) 国保ヘルスアップ事業以外の保健事業の活用

～地域の健康づくり事業とのつながりの形成～

- 生活習慣病を対象とした健康づくり事業としては、保険者が行う保健事業のほかに、老人保健法に基づく保健事業や市町村が独自に実施している事業もある。
- プログラムの実施にあたっては、従来地域で行われていた生活習慣の改善に資する運動教室や食生活教室等の他の保健事業と組み合わせることで効率的に事業を行うことが可能である。

モデル事業における例 神奈川県藤沢市

他の保健事業の枠組みの活用

健康診査の結果をふまえて個別相談を実施。その中で、市が市民全員を対象に実施している他の保健事業（集団教室・運動トレーニングの場等）を紹介し、個人の生活習慣改善のために役立つ知識・技術の習得、運動等実践の場を提供。アセスメントによって個人の特性を把握し、適切と思われる事業の紹介を行うことによって従来ばらばらに行われていた市の保健事業を有機的に結びつけることができた。



ポイント

手順書作成にあたっては、次のような情報を記載することが望ましい。

- ・実施手順
- ・使用する支援材料
- ・支援の内容
- ・支援にあたり必要とされる知識
- ・支援記録の取り方 など

(3) 支援スタッフの研修

～質の標準化を図るための支援スタッフ研修の必要性～

- 支援スタッフはプログラムについて共通の認識をもつ必要がある。
- 支援の方法、技術、説明の内容等に支援スタッフの間でばらつきがでることがないように、標準化を図る必要がある。
- 具体的には、支援スタッフの研修や実施手順書の作成をする必要がある。
- 事前の研修には、専門職だけでなく、ボランティアとして協力が得られる地域の人々にも参加してもらうことが望ましい。

モデル事業における例① 北海道札幌市**支援スタッフに対する事前研修の実施**

複数の支援スタッフがプログラムの提供に関わるため、プログラムの内容と支援のポイントについて事前に説明し、内容の標準化を図った。研修の具体的内容は次のとおり。

	研修項目	担当者
9:30~10:30	健康診査の意義とデータの見方	保健師
10:30~11:30	事業概要	健康運動指導士
12:20~14:00	利用者情報の伝達とデータ管理システム	健康運動指導士
14:15~15:45	運動継続のアプローチと運動支援の実際	健康運動指導士
15:50~17:10	CPR(心肺蘇生法)実習及び緊急時の体制	医師

モデル事業における例② 石川県小松市／滋賀県米原市(旧山東町)／福岡県宇美町**個別相談に関する支援スタッフ用マニュアルの整備**

プログラム提供に関わる支援スタッフの間で、実施内容・レベルの標準化を図るために、プログラム実施前に、どの時点でどの支援材料を用いるかなどの内容を整理したマニュアルを作成した。

モデル事業における例③ 茨城県筑西市(旧協和町)**健康度指標を測定する際の精度管理の実施**

効果測定のためには、その評価の根拠となるデータの精度管理が重要となるという観点から、検査・測定の精度管理を行っている。具体的には、血圧については American Heart Associationのガイドライン¹⁾に従い2回測定を行い、マニュアルを作成して質の管理を行う、血液検査についてはUS Cholesterol Reference Method Laboratory Network (CRMLN)²⁾の認定機関で測定を行う、ウエスト測定についてはマニュアルを作成し測定担当者にトレーニングを行い、測定者を限定することで精度の標準化を図るといった工夫を行った。

1). Kirkendall WM, et al. Recommendations for human blood pressure determination by sphygmomanometers. Subcommittee of the AHA Postgraduate Education Committee. Circulation 1980;62:1146A-1155A.

2). 中村雅一他. WHO-CDC主催のコレステロール・トリグリセライド標準化プログラムの測定成績と評価. 臨床病理 1982; 30: 325-32.

モデル事業における例④ 埼玉県草加市

きめ細かいマニュアルの整備

事業の一連の流れに沿って、個別相談、血液検査、講義、グループワーク、データ入力方法等多様な領域について、スタッフのためのマニュアルを整備し、支援が均質化されるよう配慮している。

草加市で整備されているマニュアル一覧

支援材料等	使用タイミング	ねらい	内容・利用方法
血液検査通知準備マニュアル	血液検査ご案内通知準備時	複数のスタッフで多人数及び多種類の資料を通知するにあたって封入ミス等を防止するために使用	血液検査の通知準備にあたり、システムの使用方法、シールの打ち出し、対象者管理等を記している
グループワーク①マニュアル	からだを動かそう①で使用	スタッフ間で支援の差が生じないようにするもの	当日の流れ及びグループワークでの進行、役割分担等を記したもの。事前の勉強会でも使用
グループワーク②マニュアル	からだを動かそう②で使用	スタッフ間で支援の差が生じないようにするもの	当日の流れ及びグループワークでの進行、役割分担等を記したもの。事前の勉強会でも使用
からだを動かそうプログラム③マニュアル	からだを動かそう③で使用	スタッフ間で支援の差が生じないようにするもの	当日の流れ、必要物品、次回の案内等を記したもの
調理実習①マニュアル	調理実習①で使用	調理実習を安全にかつスタッフ間で支援の差が生じないようにするもの	調理実習の必要物品や役割分担、必ず押さえるところなどを時間配分で記したもの
調理実習②マニュアル	調理実習②で使用	調理実習を安全にかつスタッフ間で支援の差が生じないようにするもの	調理実習の必要物品や役割分担、必ず押さえるところなどを時間配分で記したもの
栄養講話マニュアル	栄養講話時使用	スタッフ間で支援の差が生じないようにするもの	栄養講話の必要物品や役割分担、必ず押さえるところなどを時間配分で記したもの
受付マニュアル	栄養講話時使用	受付業務が円滑にすすめられるようにするもの	受付の手順、配布資料などについて記したもの
配布資料マニュアル	栄養講話時使用	栄養講話での資料配布が円滑にすすめられるようにするもの	資料を配るタイミングなどを記したもの
ケースカンファレンスマニュアル ※別冊資料集参照	個別面接前のケースカンファレンス時使用	スタッフ間で支援の差が生じないようにするもの、事前にケースを把握し個別面接が有効なものにするために使用するもの	個別面接を実施する上で面接対象者の見方について確認できるような資料。個別相談時にも活用し、支援内容の記録用紙も兼ねる。事後カンファレンスにも活用するもの
パソコンシステムマニュアル	システム使用时	システムを効率的に使用するもの	データの入力方法や結果の見方の作成方法等を図入りで解説したもの。16年度版の改訂版

(4) 安全管理

1) 事故を防ぐための配慮

- 安全にプログラムに参加できるように、参加者一人ひとりの高血圧、高脂血症に関する危険因子の有無や、腰痛や関節痛の整形外科的疾患、心疾患等のリスクを把握しておく必要がある。
- 具体的には、アセスメントにおいて身体状況を把握し（アセスメントの結果、疾患の疑いがみられる場合には、医療機関への受診を勧奨：P36「第3章1. (1) アセスメントの観点」参照）、**ケースカンファレンス等での状況確認**（P41「第3章1. (4) 3) ② ケースカンファレンスの開催」参照）や**参加者一人ひとりの支援記録**（P41「第3章1. (4) 3) ① 個人の支援記録の作成」参照）等に配慮する点を記載するなどの取り組みが必要である。
- 特に、運動中の内因性事故を防ぐためには、参加者の心疾患の既往や心疾患を疑わせる症状が無いかどうかの確認や安静時心電図所見などのチェックを行い、心疾患が疑われる場合には医療機関への受診勧奨をすることも必要である。
- 運動を実施する際には、毎回実施前に**体調をチェック**し、それに応じて運動の強度、量等を設定することや**準備運動、整理体操**を行うことが求められる。

体調チェックとその対策

	症状	対策
運動前	発熱、頭痛、腰痛、脈拍異常(乱れる、速い)、 血圧が日常の変動範囲より高い	当日は運動せず、必要に応じてかかりつけ 医への受診を勧奨する
	睡眠不足、過労、血圧が日常の変動範囲 より高い	体調をみながらストレッチなどの軽い運動 種目を選択する
	腰痛、膝痛	局部に負担をかけない運動を選択し、悪化 しないように注意する
運動中	胸が苦しい、胸痛、めまい、冷汗、吐き気、 動悸、脈の異常、突然の筋肉痛・関節痛	速やかに運動を中止し、かかりつけ医への 受診を勧奨する

出典：日本体育協会・スポーツ医・科学専門委員会 『No11 中高年者の運動プログラムに関する総合的研究
—第2報—（平成15年度日本体育協会スポーツ医・科学研究報告）』P28より作成

2) 事故発生時の対応

- 事故発生時の対応策として、あらかじめ協力医療機関との間で連絡方法、搬送方法、救急措置内容等について検討し、対応の手順を明文化しておくことが必要である。また、AED（自動体外式除細動器）などの設置とその使い方の訓練なども検討する必要がある。

ポイント

プログラム実施中の事故に対応する保険に加入するなどの対応も必要である。

(5) 情報管理

1) 支援に必要な情報

- プログラムの実施にあたっては、アセスメントの結果やその情報をもとに設定した個人目標の内容、運動や食生活に関する日常的な実践状況等参加者に関する情報を整理しておくことにより個の特性に応じた支援が可能となる。
- プログラムは一定期間継続し、複数の支援スタッフが関わるため、支援に係る情報を時系列的かつ体系的に追えるように情報整理の仕方を工夫する必要がある。
- 参加者に関する情報だけではなく、プログラム提供に関わる支援スタッフ名や支援の内容や方法、支援にあたっての反省点等についても記録・整理して、複数支援スタッフ間で情報を共有する必要がある。

支援に必要な主な情報

		種類	
参加者 情報	ア セ ス メ ン ト 情 報	基本属性	年齢
			家族構成
			既往歴
			受療行動
		身体状況	血液性状
			形態
		生活習慣	食生活習慣
			運動習慣
			その他
		健康意識	
個人目標			
実践 状況	食生活実践の状況		
	運動実践状況		
支援スタッフ 側の情報	支援スタッフ名		
	支援スタッフが設定した目標		
	支援内容		

2) プログラムの進行管理・評価における情報の活用

- 支援のために整理した情報は、プログラムの進行の管理やプログラム終了後の評価（「第6章 個別健康支援プログラムの評価と改善」参照）をするために活用できる。

3) データベースによる情報管理

- データベース等を利用することで、参加者一人ひとりについての情報を体系的に整理し、必要な情報を効率的に取り出し、活用することが可能になる。

モデル事業における例

神奈川県藤沢市／滋賀県米原市（旧山東町）／香川県三豊地区／福岡県宇美町

データベースによる情報管理

各種のアセスメントに必要な情報をデータベースによって体系的に管理し、支援に必要な情報を随時引き出せるようにした。

(6) 地域住民への広報・周知

～地域への広がりをもたせるための住民への情報提供～

- プログラム実施状況等を広報誌などに掲載して地域の住民に知ってもらうことにより、地域全体に健康づくりの気運を広げていくことができる。
- 実践により具体的な効果があがっていることやプログラム参加者の充実感を伝えることにより、参加者自身も自分一人で行っているのではなく、他の人も参加していることを認識できる。

地域住民への広報・周知の手段

手段	具体例
情報媒体	広報誌、新聞、テレビ、ちらし など
地域のイベントを活用した広報	健康づくり大会（ウォーキング大会など） など
その他	関係機関や地区組織を通じた情報提供 地区座談会の開催 など

モデル事業における例 新潟県胎内市（旧中条町）**広報を活用した地域住民への活動内容の紹介（地域への効果の波及）**

町広報に国保ヘルスアップモデル事業の実施状況の報告を連載形式で掲載している。掲載に当たっては写真や吹き出しを利用して参加者の楽しそうな雰囲気を伝え、図を利用して健康塾の内容をわかりやすいように紹介した。また、参加者以外の町民が自分の生活にも生かせそうなことをワンポイントアドバイスとして紹介した。参加者が、記事をきっかけに家族や友人と健康について話し合ったり、町広報を見たとき周囲の人から注目されたことで継続意欲が高まっており、参加していない町民からも健康塾への問い合わせがあるなど、町全体の健康意識を向上させるきっかけにもなっている。

第3章

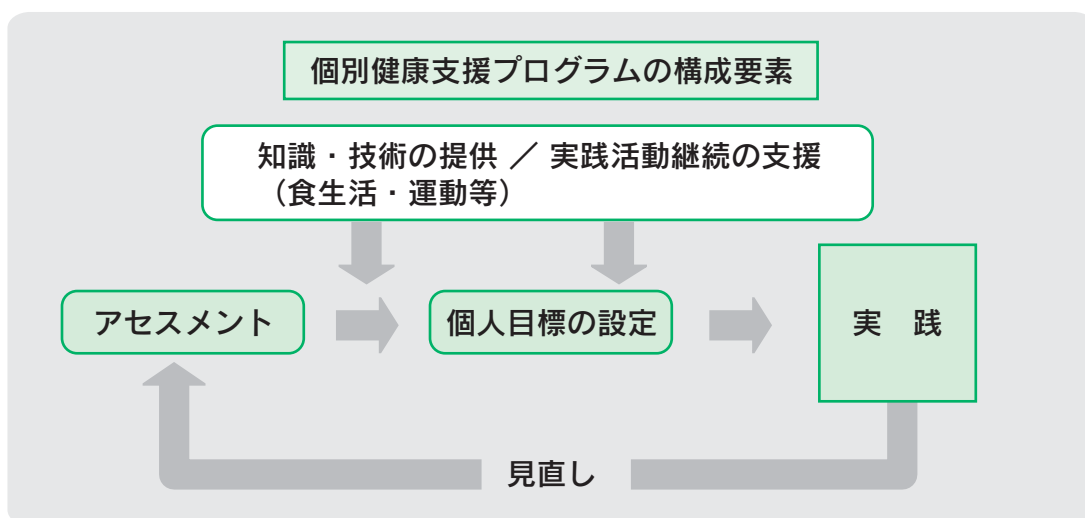
個別健康支援プログラムの実施

- 個別健康支援プログラム（以下、「プログラム」という。）は、以下の4つの要素で構成される。

個別健康支援プログラムの構成要素

要素	内容
アセスメント	参加者の状況を把握、評価し、課題を明確にする
個人目標の設定	参加者が自らの意志で改善する生活習慣を設定する
知識・技術の提供	生活習慣の改善に必要な知識・技術
実践活動継続の支援	設定した目標の実践活動を継続するための支援

- これらの要素は、各種の方法や形態（「第2章3 プログラム構成の検討」を参照）を通じてプログラムとして提供される。
- 「第5章 個別健康支援プログラムの例」に具体的な事例を掲載するが、プログラムの構成はそれぞれの保険者の特性に応じて、組み立てることが望ましい。



1 参加者のアセスメント

(1) アセスメントの観点

～参加者に応じた支援のための状況把握・課題の明確化～

- 個別相談等において個人目標を設定する前に、さまざまな情報に基づいて参加者の状況を把握、評価し、どのような生活習慣の改善が必要かなどのアセスメントが必要となる。
- アセスメントにあたって、把握すべき項目とそのねらい等は次のとおりである。

アセスメントの観点

把握すべき項目	ねらい	活用する情報
身体状況	・参加者の身体状況を客観的に評価し、異常の発見、疾患別の発症リスクについてアセスメントを行う ・疾患の疑いがみられるなど必要がある場合には、医療機関への受診を勧奨する	既往歴・受療行動 血液検査結果 形態測定結果 体力測定結果
生活習慣	参加者の生活習慣を把握し、改善が必要とされる生活習慣の種類・内容を確認する	アセスメント票による生活習慣調査結果
参加者の意識や生活状況	参加者の性格や健康に関する意識、生活状況などを把握し、支援の際にどのように働きかけることが有効かを把握する	問診等
参加者を取り巻く環境	参加者の家庭環境や仲間の有無などを確認し、生活習慣改善にあたって周囲からどのようなサポートが得られるか、また逆にどのような阻害要因があるかを把握する	問診等

(2) アセスメントに必要な情報

- アセスメントに必要な情報は、それぞれのプログラムの目標によって若干異なるが、概ね次表のようなものが想定される。

ポイント

プライバシーの保護と事業の効率化の観点から、収集する情報を必要最小限にするよう留意する必要がある。

- 検査・測定等以外で収集が必要となる項目については、個別相談の場で確認することも可能であるが、アセスメント票等を事前に配布、記入してもらうことにより、その時間を短縮することもできる。
- アセスメントのために把握する各種の情報は、プログラムの効果を評価するための指標としても一部活用することがある。収集する情報の種類を決める際には、プログラムの評価指標（「第6章 3 (1) 1) 結果の評価に関する評価指標」を参照）とあわせて検討する必要がある。
- 日常的な身体活動量⁷を把握することにより、必要となるエネルギー量を推定することができる。推定エネルギー必要量は食生活、運動によってどの程度の摂取エネルギーを減らすか、もしくは消費エネルギーを増やすかの目安となる。

7 日常の身体活動量の把握方法は、各種の調査票を用いて行う方法、消費エネルギー測定法、歩数計や心拍数計を用いる方法等さまざまな手法があるが、最も頻用されるのは調査票を用いた方法である（厚生労働省健康局「保健指導マニュアル作成検討会報告（身体活動・運動）」平成14年3月）。

アセスメントに必要な基本情報とその入手方法（例）

種類		項目例	備考（入手方法等）
基本属性		年齢 家族構成 既往歴 受療行動（現病歴、通院の有無、服薬の有無）	アセスメント票等
身体状況	血液性状	収縮期・拡張期血圧 総コレステロール HDLコレステロール LDLコレステロール 中性脂肪 空腹時血糖 ヘモグロビンA1c	血液検査 （基本健康診査結果を活用）
	形態	身長・体重 BMI 体脂肪率 腹囲	形態測定
生活習慣	食生活習慣	満腹への配慮 食事の規則正しさ 間食摂取の有無 朝食の摂取状況 栄養バランスへの配慮 甘いものの摂取状況 油ものの摂取状況 塩分の摂取状況 飲酒の頻度・飲酒量 総エネルギー量	アセスメント票、食生活習慣調査票、食事摂取記録等
	運動習慣	意識的な運動の有無 1日の歩数 1日30分以上の運動の実施状況	アセスメント票等
	その他	喫煙の状況（喫煙の有無、本数、禁煙への関心） 睡眠の状況	
健康意識		健康に対する自己意識	
生活環境		家庭状況、仲間	

→全般的なアセスメント票の例は別冊資料集参照

(3) 食生活と運動に関する詳細なアセスメントの実施

- 食生活及び運動に関する支援を個人の状況に応じて行うためには、それぞれの支援内容に応じて詳細な情報を収集する必要がある。

1) 食生活に関するアセスメント

① 食生活習慣の把握

- 食生活に関しての具体的な改善ポイントを明らかにするとともに、参加者が取り組むことが望ましい点や改善しやすい点を整理するために、食行動、食態度、食環境などの食生活習慣を把握する必要がある。

→食生活習慣調査票の例は別冊資料集参照

② 食物摂取状況の把握

- 具体的に食べた食品の内容とその量を明らかにすることによって、参加者のエネルギー・各種栄養素の摂取状況、エネルギー比率等を把握することができる。
- 食事内容の調査については1食分や1日分ではエネルギーや栄養素の摂取量は大きく変動する可能性があるため、複数の日にわたって実施することが望ましい⁸。
- 食事内容の調査を行う場合には、記録表を用いる方法が一般的である。

ポイント

食事内容の記録を複数日にわたって行うには、記録の負担を減らすため、細かく書き記すのではなく、写真等で食事内容を記録する方法もある。

→食事摂取記録の例は別冊資料集参照

モデル事業における例 福井県おおい町（旧名田庄村）

携帯メールの写真、レンズ付きフィルムの写真による食生活診断

日頃の食生活における摂取エネルギーや栄養バランスを簡便に知るために、携帯電話のカメラ機能を用い、普段の食事を撮影。その画像を携帯メールにて栄養士に送信。栄養士はその画像を分析し、概ねの摂取エネルギーや栄養バランスを算出。必要に応じてアドバイスをつけて返信する。

なお、携帯メールを使うことができない人については、レンズ付きフィルム等を使用して自宅での食事を撮影してもらい、現像された写真を用いて食生活診断を行うことも可能。

③ 適正な摂取エネルギー量等の算出

- 食生活に関して参加者一人ひとりの現状を把握した後は、「日本人の食事摂取基準」（資料編P136参照）により、年齢や身体活動レベルを参考に、適正な摂取エネルギー量、各種栄養素の摂取基準を求めることができる。

8 佐々木敏他編「EBN入門 生活習慣病を理解するために」参照。

トピックス <食事摂取基準>

国は、健康な個人または集団を対象として、国民の健康の維持・増進、エネルギー・栄養素欠乏症の予防、生活習慣病の予防、過剰摂取による健康障害の予防を目的とし、エネルギー及び各栄養素の摂取量の基準を示すものとして「日本人の食事摂取基準」を提示している。<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2004/11/h1122-2.html>

2) 運動に関するアセスメント

- 参加者一人ひとりに応じた運動内容の設定にあたっては、運動の種類、運動の強度、継続時間、実施頻度を定める必要がある。

①運動習慣の把握

- 運動に関するアセスメントの際には、日常的に実施している運動の種類、頻度、1日あたりの時間等で運動習慣に関する情報を把握し、参加者がどの程度運動に慣れているのか、取り組みやすい運動が何かを明らかにする必要がある。

②運動強度の設定

- 生活習慣病の予防のための運動強度は、疲労せずに長く続けられるレベルが適切であると考えられている。
- 運動強度を設定する主な方法には、自覚的運動強度（RPE）による方法と最大酸素摂取量等の心肺機能を測定する方法がある。
- 自覚的運動強度とは、自覚的（主観的）な疲労感や努力感で表す運動強度のことであり、「ややきつい」から「きつい」と感じられる強度が生活習慣病予防に適する強度であるとされている。日常生活の中で行う運動に関しては、自覚的強度の把握により強度の設定が可能である。
- トレッドミルやエルゴメータ等の器材等を用いた運動については、最大酸素摂取量の40～70%が適切な運動強度であるとされている。プログラムの目標によっては、心肺機能を測定して強度を設定する方法もある。

トピックス <健康づくりのための年齢・対象別身体活動指針>

国は、国民の健康づくりに広く寄与することを目的に望ましい身体活動のあり方を取りまとめた「健康づくりのための年齢・対象別身体活動指針」を提示している（平成9年度厚生省）。そのうち、運動強度については、年代別、目的別に次のような値を目安として示している。（資料編P122参照）

青・壮年期／高齢期における身体活動の強度と運動時間

	青・壮年期		高齢期(主に前期)	
	健康の保持・増進		疾病の予防・改善	健康の保持・増進と疾病の予防・改善
	有酸素性能力の維持・向上	筋力の維持・増強		
運動強度	最大酸素摂取量の50～60%程度の有酸素運動		最大酸素摂取量の50%程度	最大酸素摂取量の50%程度の強度の有酸素運動
自覚的運動強度	「楽である」～「ややきつい」	「やや重い」と感じる程度のレジスタンス運動	「楽である」	「楽である」
運動量	1日20分以上、その頻度は週2回以上が望まれ、その合計時間は最大酸素摂取量の50%程度の有酸素運動の場合、1週間で年代によって合計140～180分以上	主要な身体部位について、1日10回を週2～3回の頻度で反復	1週間で年代によって140～180分以上	1日20分以上、身体活動の頻度は、週2回以上が望まれ、1週間で合計約140分以上

「健康づくりのための年齢・対象別身体活動指針」より作成

③身体能力の測定

- 器材等を用いての運動が可能な場合や、個別の運動メニューを作成してプログラムの効果を評価する場合には、身体能力を測定し、一人ひとりの状況に応じた運動の実践を支援することが求められる。

詳細な運動メニュー作成にあたり活用する情報

身体能力	測定方法
敏捷性	全身反応時間
柔軟性	長座体前屈
平衡性	開眼片足立ち
筋力	脚伸展力

(4) 支援目標と支援内容・方法の検討

1) 支援目標の設定

- 参加者一人ひとりがプログラムの提供によってどのような状態になることを目指すのか（状態目標）、またそれを実現するため、どのような行動が実践されることを目指すのか（行動目標）を支援スタッフが事前に整理し、支援目標として設定する。

目標の種類

種類	内容	具体例
状態目標	生活習慣が改善した結果、どのような状態像を目指すのかを明らかにし、それを目標として設定するもの	体重を2キロ減量する など
行動目標	生活習慣をどのように変えるのか、具体的な行動の目標を設定するもの	1日平均10,000歩を歩く 間食はやめる など

- 改善を求める生活習慣の選定は、次の点に留意することが重要である。

改善を求める生活習慣を選定する際の留意点

留意する点	内容
効果性	参加者が抱える課題（血液検査結果の異常等）をふまえた場合、どのような生活習慣を改善することが効果的であるか
改善可能性	課題であると考えられる生活習慣を改善することは現実的に可能か
必要性	参加者自身が改善の必要性を感じているか

2) 支援内容の検討

～参加者の状態に即した方法の選択～

- 参加者一人ひとりが生活習慣改善の実践活動に継続的に取り組めるよう、支援スタッフによる知識・技術の提供や実践活動継続への支援の方法等の支援内容を検討する必要がある。
- 食生活や運動に関する知識・技術の提供や実践活動の継続支援は必ずしも個別に行う必要はなく、集団で実施するほうが効率的な場合もある。

3) 支援内容の統一・向上のための工夫

①個人の支援記録の作成

- 参加者を継続的に支援するためには、参加者一人ひとりについて身体状況や支援内容及び実践状況等を記録する個人の支援記録を作成し、情報の整理をする必要がある（必要な情報は「第2章8（5）情報管理」参照）。
- 個人の支援記録により複数の支援スタッフ間で参加者に関する情報を効率的に共有することができる。
- 生活習慣改善については、長期的に取り組む、評価することが重要であるため、参加者の個人記録は複数年にわたって保存される仕組みが必要である。

②ケースカンファレンスの開催

- アセスメントの結果をふまえたケースカンファレンス等を開催し、支援内容や重点的に取り組むポイントの整理を行うことが必要である。
- プログラムの開始時だけでなく、実施期間中においても、目標の修正が必要と考えられる人についてケースカンファレンスを開催し、検討することが求められる。

ポイント

個人の支援記録は、個別相談や集団教室の後、速やかに記録できるよう記載様式を簡便にすることが望ましい。また個人の経過が把握しやすいように経過表を加えるなどの工夫も必要である。

ポイント

参加者が多人数に及ぶ場合は、データベースを活用するなどして情報管理の効率化を図ることが求められる（「第2章8（5）情報管理」参照）。

ポイント

担当制をとる場合でも、支援スタッフによって支援内容にばらつきがでないように、ケースカンファレンス等を開催し、支援内容を互いに確認、統一することが望ましい。

モデル事業における例① 福島県二本松市

ケース検討会の開催

個別相談において参加者が設定する目標、支援内容について協議して共通理解をもつために、市・保健所保健師及び管理栄養士・栄養士等担当者が事前に用意した資料をもとにコース（1コース20人程度）ごとに3回ケース検討会を開催。1回あたりの所要時間は1～2時間程度。

モデル事業における例② 長崎県雲仙市（旧小浜町）

配慮が必要な人に対するケース検討の実施

プログラムの実施途中においても、実践状況が良くない人や支援方針を修正する必要がある人など、特に配慮が必要な人について今後の支援方針を検討するためのケース検討会を開催。

モデル事業における例③ 熊本県植木町

定期的なケース会議の開催

個別面接の際、担当者の考え方で支援内容にばらつきが出てしまうことがないよう、多職種でケース会議を週1～2回、1時間程度定期的に行う。参加者は、保健師、管理栄養士・栄養士等の個別面接担当者と医師、健康運動指導士。個別面接担当者より、検討したいケースを1回につき1～3ケース紹介し、支援方法・支援方針について議論する。なお、ケース会議は支援スタッフの研修の場も兼ねている。

2 個人目標の設定

(1) 個人目標設定の考え方

～参加者による主体的な目標設定への支援～

- 支援スタッフが参加者についてこの程度であればできるであろう、もしくはこの程度まで達成するべきであると考える目標を一方向的に設定するのではなく、参加者が主体的に目標を設定するよう支援することが重要である。

(2) 個人目標設定の流れ

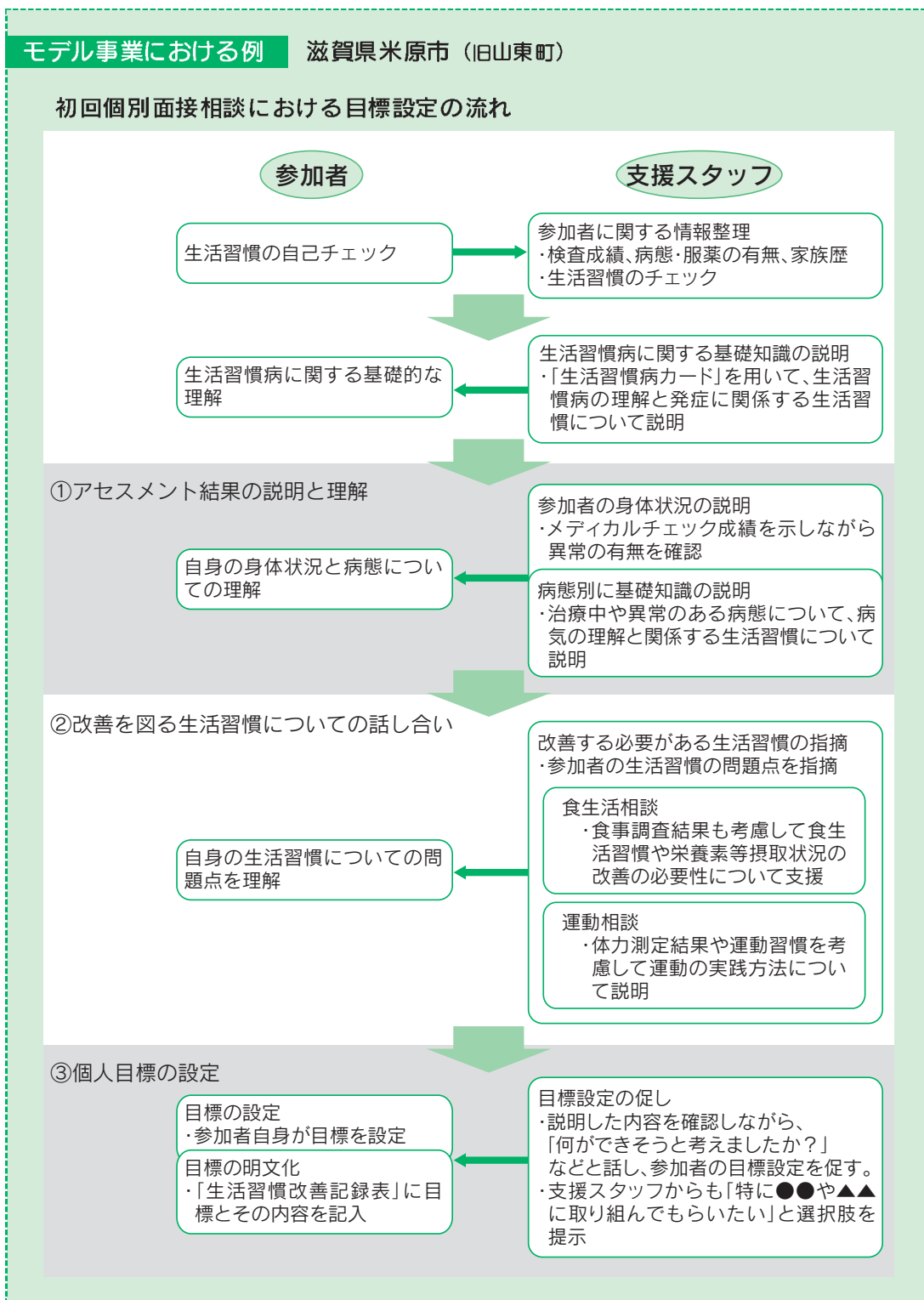
- 個人目標設定の流れは概ね次のように整理される。

個人目標設定の流れ

目標設定の段階	意義	必要とされること	
		支援スタッフ	参加者
① アセスメント結果の説明と理解	検査・測定・調査の結果を用いた個人のアセスメント結果を支援スタッフが説明し、身体状況の異常や生活習慣の課題について参加者が理解できるようにする	アセスメント結果の説明	課題を理解し、生活習慣改善に対する意欲をもつ
② 改善を図る生活習慣について話し合い	改善することが望ましい生活習慣の種類及び内容を必要に応じて支援スタッフが示し、参加者と話し合いながら改善を図る生活習慣について話し合う	改善することが望ましい生活習慣の種類・内容の提示	改善を図ることができる生活習慣についての検討、意見出し
③ 個人目標の設定	最終的に参加者が自らの意思で改善する生活習慣を選定し、それを個人目標として明文化する	目標設定様式の提示、目標設定の促し	目標の設定・明文化

- 目標設定にあたっては、参加者が主体的に決定しやすいように、複数の目標例を記入した目標設定支援シート等を用いる方法もある。

→目標設定支援シート等の例は別冊資料集参照



(3) 目標設定における留意点

1) 客観的に評価できる目標設定と目標の明文化

- 個人目標の内容は、簡便かつ客観的に確認・評価できるものであることが望ましい。

個人目標の内容

内容	具体例	備考
身体状況	体重・体脂肪率等	計測が簡易
食生活習慣	野菜の摂取量	本人の申告により 確認可能
運動習慣	1日の歩数	

- 個人目標は、参加者自身の言葉で目標記入シートに記入するなど明文化し、参加者の意欲をより高めることができるように工夫する必要がある。

→目標記入シートの例は別冊資料集参照

ポイント

目標のレベルアップの方法としてプログラムの開始時に長期的な目標と短期的な小目標を立て、小目標はプログラム進捗の過程で立て直すなどの工夫をしていくことが望まれる。

2) 段階的な目標設定

- 効果が期待されても実践の開始・継続が難しい目標を設定しては途中で挫折する可能性が高くなるため、実行可能な個人目標を設定するよう支援することが重要である。
- プログラム開始当初は実行が容易な目標を設定し、実践状況をふまえ、徐々に目標のレベルアップを図ることが重要である。

3 個人目標の評価と支援内容の見直し

- 設定した個人目標が達成されているか、身体状況や生活習慣に変化がみられるかについては、実践記録や集団教室ごとに行う血圧や体重等の簡便な測定結果によって評価する必要がある。
- 目標が達成された場合には新たな目標を設定し、達成されていない場合にはより簡易な目標に変更するなど、必要に応じて目標や支援内容の見直しを行うことが求められる。

個人目標の設定と見直しの事例（高血圧の危険因子を抱えている人の事例）

Aさん 女性 52歳 身長:152cm 体重:62kg BMI:26.8kg/m²
家族構成:本人・夫・子・子の妻・孫(1人)

初回のアセスメント

◆参加者の状況の把握・課題の明確化

- ◎身体状況・・・血圧が高い【←測定結果から】 ex. 収縮期血圧158.5mmHg、拡張期血圧84.5mmHg
体重・BMIが標準を上回る【←測定結果から】 ex. 体重62kg、BMI26.8kg/m²
- ◎生活習慣・・・塩分の摂取量が多い【←食事摂取記録の分析から】
ただし、参加者本人は塩分摂取に気をつけていると認識【←生活習慣調査結果から】
野菜摂取量が少ない【←食生活習慣の調査結果から】
多量飲酒の習慣あり【←食生活習慣の調査結果から】
運動習慣がない【←運動習慣の調査結果から】
参加者本人に運動を習慣化したいという意識あり【←健康意識の調査結果から】
- ◎その他・・・外食は月に2回程度（ほとんど家庭で食事）
家庭での食事の調理は子の妻

◆支援目的と支援ポイントの検討

- ◎支援目標・・・プログラム終了時までに
血圧を下げる【収縮期・拡張期血圧を正常域にする】
体重を減らす【体重を5kg減らす】
- ◎改善を求める生活習慣・・・
塩分摂取を控えるよう勧める（漬物・佃煮類、浸し物・煮物料理を控える）
飲酒を控える（1日1合以下に）
運動の習慣化
- ◎初回の個別相談時の支援ポイント・・・
・血圧値が要指導域にあることを参加者に理解してもらう
・高血圧予防の基礎知識について理解してもらう
・体重・BMIが高値であり、それを低下させると降圧効果が期待できることを理解してもらう
・食事摂取記録及び食生活習慣調査の結果等データを用いて説明し、日常生活をふりかえり、食生活習慣の課題について理解してもらう
・運動を習慣化するために、集団教室（運動実践）への参加を勧める
・運動や食生活改善の実践状況を確認するために、実践記録表への記録を勧める

(前ページからの続き)

初回個別相談

- ◆アセスメント結果の説明
- ◆高血圧予防についての基礎知識の説明
- ◆改善を図る生活習慣についての話し合い

◆個人目標の設定

参加者と支援スタッフの話し合いのもとに、以下の目標を立てる

プログラム終了時（6か月後）までに

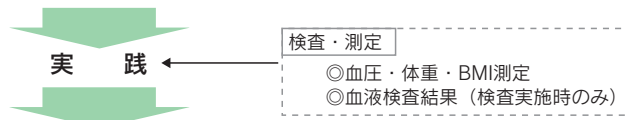
- ◎血圧を下げる（収縮期血圧139mmHg以下、拡張期血圧89mmHg以下）

次回個別相談時（1か月後）までに

- ◎体重を2kg減らす
- ◎漬物・佃煮類は朝食時のみ、少量とする
- ◎飲酒を控える（1週間で7合以下に）
- ◎1日1万歩を歩く

◆実践を継続するための支援等への結びつけ

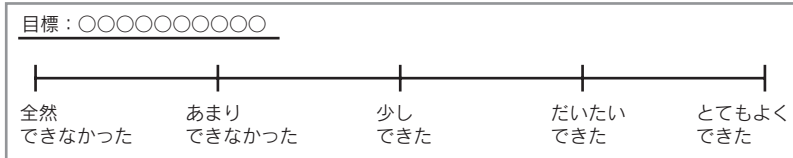
- 実践を継続するために次の2つの取り組みを参加者に勧め、実践することとする
- ◎集団運動教室への参加
 - ◎実践記録表への記録（歩数、飲酒、体重）



目標の達成状況の評価と見直し（例：1か月後個別相談時）

◆目標の達成状況の評価

- ◎身体状況の変化状況の確認
 - 【検査・測定の結果から→】 血圧値改善不良、体重微増 → 支援内容の見直しが必要
 - ex. 収縮期血圧158.7mmHg、拡張期血圧85.3mmHg
 - 体重62.5kg、BMI27.0kg/m²
 - ◎個人目標の達成状況の確認
 - 参加者と話し合いながら、目標の達成状況を確認する
 - ・体重を1kg減らす……→ 0.5kg増加 ……→ ×
 - ・漬物・佃煮類は朝食時のみ、少量とする……→ 週3回程度、朝食時のみ少量 ……→ ○
 - ・飲酒を控える（1週間で7合以下に）……→ 1週間平均6合程度 ……→ ○
 - ・1日1万歩を歩く……→ 1か月間の平均1万1,000歩 ……→ ○
- ※目標の達成レベルを客観的に自己評価して認識できるように、段階評価など工夫をしてもよい



◆生活習慣の再確認

- ◎生活習慣の改善目標は達成できているのに、身体状況の改善が不良の場合 → その原因を探る
- ex. 運動習慣は○、食生活習慣について再聴取して問題を探る
- 浸し物・煮物料理が多い（初回アセスメント時から変化なし）
- めん類を週に4食以上食べてスープを飲む

◆個人目標の見直し（再設定）

参加者と支援スタッフの話し合いのもとに、目標を見直し再設定する

次回個別相談時（2か月後）までに

- ◎体重を1kg減らす
- ◎めん類は週に2食までにする（※家族に協力を依頼する）、スープは飲まない
- ◎節酒を続ける（1週間で7合以下に）
- ◎1日1万歩を歩くことを続ける

第1章

第2章

第3章

第4章

第5章

第6章

資料編

4 生活習慣改善に向けた知識・技術の提供

- プログラムではなぜ生活習慣改善が必要なのか、改善するためにはどのような取り組みが必要なのかという知識やそれを具体的に実践するための技術を提供する必要がある。
- 提供する必要がある知識や技術は、以下のとおりである。

個別健康支援プログラムで提供する知識・技術

種類	概要
生活習慣病予防に関する基礎知識	疾病や合併症の危険性、改善ポイント など
食生活に関する知識・技術	摂取エネルギー量、各栄養素量、栄養バランス など
運動に関する知識・技術	運動の仕方、運動量 など
その他	禁煙の重要性・リラクゼーション方法 など

(1) 生活習慣病予防に関する基礎知識

- 参加者が自身の状態をよりよく理解するためには、生活習慣病や合併症の危険性、また発症した場合の症状等について適切な情報提供を行う必要がある。
- 具体的に提供する必要がある項目は次のとおりである。
 - 生活習慣病（高血圧症、糖尿病、高脂血症、肥満症等）の本態についての説明
 - 生活習慣病の判定基準
 - 生活習慣病の合併症の危険性
 - 生活習慣病の予防に望ましい生活習慣
- 生活習慣病に関する最新の情報については、それぞれの疾病に関する学会等が提供する情報を参照することが望まれる。

(2) 食生活に関する知識・技術の提供

- 食生活の改善に取り組むには、食生活に関して適切な知識・技術を習得する必要がある。

1) 食生活に関する基本的な知識・技術

- 食生活指針（資料編P120参照）のような好ましい食生活を参加者が身につけるためには、次のような食生活に関する知識・技術を提供する必要がある。

提供する知識・技術

種類	内容
健康な食習慣の意義	朝食・昼食・夕食を規則正しく、バランスよく摂取することの必要性
適切な食事の量と質	個人の身体状況、身体活動レベルに応じたエネルギー必要量 各種栄養素についての摂取量 栄養バランス
調理方法等の選択方法	日常の食生活を想定した料理や食物の選択方法 (適切な食事の量と質を確保するための具体的な方法を中心とする)

- 肥満等を予防し、生活習慣病のリスクを低減させるために、適正なエネルギー、食品の量とバランス等について参加者にわかりやすく伝える必要がある。

- 具体的にはフードモデルや食品が描かれたカード等を用いて、1食あたりのエネルギー量、栄養バランス等についてシミュレーションをするなどして、参加者が日常の食生活で実践できる技術を身につけるよう支援することが重要である。

モデル事業における例① 福井県おおい町（旧名田庄村）

カードによるお弁当シミュレーション

一般的なお弁当の写真を見ながら、そのお弁当について各自ごはんをどのくらい食べるか（全量か八分目かなど）、副菜をどのくらい食べるかについてグループ内で話し合い、エネルギーとバランスを計算。管理栄養士・栄養士の助言を得ながら、適切なエネルギー、栄養バランスについて学んだ。

モデル事業における例② 石川県小松市

ヘルシーバイキングの開催

一般的な昼食メニューを小皿に分けて用意し、その中で参加者自身が品目、量を選び、グループに分かれて会食。食べたあと「バイキング摂取量チェックシート」に自分が食べたメニューと摂取量を確認、自分に必要な食事内容を身につけるようにした。

バイキング摂取量チェックシート

	メニュー名	入れた量	残した量	摂取した量
	(例)キャベツ	2皿	0皿	2皿
主菜	アジの塩焼き	皿	皿	皿
	冷やっこ	皿	皿	皿
	鶏のから揚げ	皿	皿	皿
	ヒレカツ	皿	皿	皿
	たまご焼き	皿	皿	皿
副菜	胡瓜とわかめの酢の物	皿	皿	皿
	野菜サラダ	皿	皿	皿
	小松菜とあげの煮浸し	皿	皿	皿
	大根おろし	皿	皿	皿
	キャベツ	皿	皿	皿
	レモン	皿	皿	皿
	白菜漬け	皿	皿	皿
主食	ごはん	g	g	g
ドレッシング	ドレッシング(オイル)	さじ	さじ	さじ
	ドレッシング(ノンオイル)	さじ	さじ	さじ
	ウスターソース	さじ	さじ	さじ
	醤油	さじ	さじ	さじ
	マヨネーズ	さじ	さじ	さじ
汁	かまぼこ入りすまし汁	杯	杯	杯
	具だくさんみそ汁	杯	杯	杯

モデル事業における例③ 福岡県宇美町

日常生活用的小鉢を用いたのシミュレーション

家庭で日常生活用的小鉢を用いて、参加者一人ひとりに適した食品の摂取量を学んだ。

モデル事業における例④ 長野県茅野市

献立カードを用いたシミュレーション

各種食品の写真が掲載された市販の料理カードを用いて、参加者一人ひとりが適切なエネルギー量でバランスのとれた1日の献立メニューを考案する。

ファミリーレストランでの試食会

現在の食生活の中では、外食の機会も多い。そのため、身近な外食機関で品揃えも豊富なファミリーレストランで食事をしたあと、その内容について用紙に記入して、摂取エネルギー量を確認した。なお、ファミリーレストランへの移動はウォーキングの機会とした。

ポイント

健康づくり事業で、食生活に関するテーマを扱う場合は、調理実習が行われることが多い。調理実習は家族内での食生活改善へとつながる可能性がある。

2) 個に応じた支援のための方法

- 食生活に関する一般的な知識・技術を身につけると同時に、参加者一人ひとりの特性に応じ、改善を目指すポイント（食事の時間帯、食品の種類、量等）について支援を行う必要がある。
- ① 食生活に関する具体的な目標設定
 - 個人の食生活等を把握したうえで、どのぐらいの期間でどのように変えることを目指すのか、具体的な目標を決めることが必要である。
- ② 病態に応じた改善ポイントへの留意
 - 食生活等について、プログラムの参加者が抱える生活習慣病の危険因子ごとに、配慮をすべき点が若干異なるため、それぞれの危険因子に留意しながら参加者の個人目標の設定への支援を行うことが必要である。

(3) 運動に関する知識・技術の提供

- 生活習慣病の予防には、食生活習慣等の改善とともに運動習慣の定着が重要な役割を果たす。

1) 運動に関する基本的な知識・技術

- 健康づくりのための運動指針（資料編P121参照）のような考え方に基づき運動を実践するには、次のような運動に関する知識・技術を提供する必要がある。

提供するべき知識・技術

種類	内容
運動習慣の必要性	継続的に一定の運動を実践することの必要性 食生活改善と併せて実施することの有効性 など
運動の実践	運動の種類 具体的な実践方法 運動器具等の使用方法 健康状態・生活習慣に応じた運動の強度・頻度・時間の設定 など
安全に対する配慮	身体状況の確認 準備体操と整理体操 など

- 運動の実践においては、各種の運動がどのような性質をもち、どのような効果が期待できるかについて情報提供することが求められる。

トピックス <病態別にみた運動実践の意義>

運動を行う意義は、生活習慣病の病態別に次のように整理できる。

生活習慣病	運動実践の意義
糖尿病	中等度以下の運動により、運動筋へのグルコース取り込みが増加して、血糖低下とインスリン感受性改善効果がみられる。しかし、高強度または長時間の運動は、インスリン作用拮抗ホルモンの分泌増大につながり、血糖値の上昇等が認められる
高血圧	適度な有酸素運動の実践で、交感神経活性の低下のほかに、循環血漿量の低下や血管拡張効果などの影響から血圧低下効果が得られると考えられている
高脂血症	過体重症例あるいは肥満症例においては、体重減少がもたらされれば脂質の改善が期待できる。ただし、食生活改善も同時に行う必要がある
肥満	肥満に伴う合併症（高血圧、高脂血症、耐糖能異常等）の改善には、体重の減少が最も重要である。減量中は食生活改善が大きな役割を果たすが、減量後の体重維持においては、運動・身体活動量のコントロールがきわめて重要である

日本運動療法推進機構『運動療法指導ガイドラインワーキンググループ報告書』より作成

トピックス <全身持久的運動と筋抵抗運動（レジスタンストレーニング）>

運動には運動様式からみると、全身的な持久的運動と局所的なレジスタンストレーニングがある。また運動強度やエネルギー供給からみると、有酸素性運動と無酸素性運動がある。生活習慣病予防には全身持久的運動もレジスタンストレーニングも有酸素的な運動強度で行うようにする。下肢の障害や筋力低下が見られる人に対しては積極的にレジスタンストレーニングを加える。

種類	内容	例
全身持久的運動	比較的長時間継続することが可能であり、大量のエネルギー消費が得られ、体脂肪燃焼に効果的。呼吸循環機能をはじめ、糖質、脂質両方の代謝や血圧改善効果が期待できる。	・ウォーキング ・自転車こぎ ・水中運動 など
レジスタンストレーニング	筋収縮に抵抗（負荷）を加えながら実施する運動の総称。筋力や筋量の増加、基礎代謝向上のほか、糖代謝や脂質代謝の改善効果も期待できる。	・ダンベル ・自重を用いたスクワット・腹筋運動 など

日本運動療法推進機構『運動療法指導ガイドラインワーキンググループ報告書』より作成

- プログラムでは、参加者の自己実践へと結びつくように「自宅で日常的に実践しやすい運動」を中心に紹介することが基本となる。
- 各種健康増進施設や、プールや温泉をはじめとする地域に存する施設・設備等が活用可能な場合は、それらを積極的に利用しながら、器材等を用いた運動を紹介・実践することも求められる。

モデル事業で実施された具体的な運動の種類

自宅（またはその周辺）で日常的に実践できる運動	特別な器具・場所を用いて実践する運動
<ul style="list-style-type: none"> ・ウォーキング ・ストレッチ ・チューブエクササイズ ・チェアエクササイズ ・ステップ運動、階段のぼり運動 ・スクワット運動 ・ペットボトル筋トレ ・ダンス ・ヨガ体操 ・ボールレクリエーション 	<ul style="list-style-type: none"> ・マシン筋トレ ・トレッドミル・エルゴメータ ・水泳 ・エアロビクス ・アクアビクス



ポイント

運動実践を行う前に血圧や心拍数の確認、ウォーミングアップ等を実施し、参加者の安全面に配慮することが必要である。

2) 個に応じた支援のための方法

- 運動に関する一般的な知識・技術を身につけると同時に、参加者一人ひとりの特性に応じ、運動習慣の改善に向けて具体的な支援を行う必要がある。



ポイント

水中運動は浮力によって膝関節などにかかる負担が少なく、転倒の危険性も少ないため、幅広い対象者に勧めることができる。

- その際、複数の種類の運動を盛り込んで、参加者が無理なく楽しみながら実践できるようにすることが求められる。

①運動に関する具体的な目標の設定

- 運動習慣を改善するには、現在の運動習慣や身体状況等をもとに、どのくらいの期間でどの程度の運動をするかについて具体的な目標を決めることが必要である。

②身体能力に応じたメニュー設定

- アセスメントによって身体能力を把握した場合には、それをもとに個別の運動メニューを設定し、参加者一人ひとりに応じた身体能力の強化を図ることもできる。

モデル事業における例① 鹿児島県鹿屋市

個別運動メニューの作成

参加者一人ひとりの健康状態や運動量を加味し、有酸素運動を中心に1日あたり300~350kcalの範囲で、個別に運動メニューを作成。

陸上の運動種目を中心としながら、個人の状態にあわせて、関節等に負荷のかかりにくい水中運動も組み込む（下の例は、水中運動なし）。

また、ジムやプールを活用した施設での運動実践のほか、自宅で行う運動のメニューもあわせて準備。

高脂血症予防教室における運動メニュー

(名前)	(年齢)	歳	(性別)
(身長)	cm	(体重)	kg
			(BMI)
目標体重:	kg		
1. 目標消費カロリー	: 300~350kcal/日		
2. 運動の回数	: 週3回以上 (ジム1回・自宅2回以上)		
3. 目標心拍数	: 105~115拍/分 (安静時心拍数: 52拍/分)		
4. 運動の内容			
《ジム用》			
(1) ストレッチング	: 10分		
(2) 有酸素性運動			
①自転車エルゴメータ	: 40分	約150kcal	
②ショートプログラム	: 30分	約80kcal	
③サーキットトレーニング	: 約120kcal		
(3) ストレッチング	: 10分		
《自宅用》			
(1) ストレッチング	: 10分		
(2) ウォーキング	: 70~85分	303~368kcal	

モデル事業における例② 佐賀県佐賀市（旧富士町・大和町）

個別運動処方箋と集団での運動実施

高脂質・高血圧・高血糖などの所見を有する人は、運動中の血圧上昇や心電図異常が起こりやすい。安全で効果的な運動を実施してもらうために、必ず一人ひとり運動負荷テストを受けてもらう。スポーツドクターの指示のもと、運動時の目標心拍数・自転車負荷量・運動時の注意点などを示した個別運動処方に基づき、運動を行っている。処方の内容については定期的な再検査により適宜修正する。参加者一人ひとりの状況やペースにあわせた運動教室を安心して実践することができるだけでなく、処方の変化が継続の動機付けに役立つ。また、個別運動処方を持ちながら、集団での運動教室を実施しているため、参加者同士で運動の楽しさ・気持ちよさを共有でき、仲間づくりや継続に結びついている。

(4) 自己効力感に関する知識・技術の提供

- 生活習慣病の予防においては、食生活や運動、休養、飲酒、喫煙といった生活習慣に関する行動変容が必要であるが、そのためには自らが課題を発見し、どう対処していくかを主体的に考えていく力を身につけることが重要である。
- 自らが納得し、ライフスタイルの改善を図っていくという観点から、自己効力感 (self-efficacy) やライフスキルに着目した支援を行うことが考えられる。
- 自己効力感とは、「ある状況において、ある結果を達成するために必要な行動を、どの程度うまく行うことができるか」という個人の確信のこと」であり、生活習慣の変容や健康行動の維持における先行要因と考えられている。

1) 自己効力感を高めるためのアプローチ例

- 自己効力感を高めるにはセルフモニタリング、目標設定技法等の手法がある。
- ポジティブなフィードバックで自らの気づきを促すのも代表的な手法である

モデル事業における例① 宮崎県日南市

自己効力感（自己管理能力）を高める働きかけの工夫

参加者から「昨年まで検査値は全て異常なしだったのに、生活習慣病の予備群だと言われた。年なんですかね」と言われたような場合に、「何か思い当たることはありますか？」と参加者の過去の生活習慣のある部分を否定することから始めるのではなく、「昨年まで異常なしだったのですか。これまで正常なデータが継続してきたのは、何がよかったのでしょうか？」とポジティブなフィードバックを行うことで、参加者の「成功体験」を自己評価してもらうことから始め、参加者が幅広い視点から自己評価を行えるよう促し、参加者の自己効力感（自己管理能力）の向上につながるような工夫を行った。

モデル事業における例② 兵庫県稲美町

成功体験の紹介・共有

効果が出始めた参加者の体験例を適宜取り上げて参加者全員で共有する「成功者に学ぶ」スタイルを取り入れた。ダイエットの具体的な実践についてグループワークを実施した後に、ダイエットの成功者に参加者全員に向けて体験談を発表してもらった。参加者が成功者の体験談に耳を傾けることで、「自分もできる」という自己効力感を高め、行動変容につなげることがねらいである。成功体験の共有後、再度グループワークを行い、参加者の自信ややる気が高まったことが確認できた。また、スタッフは参加者の状況を肯定的に捉えてアドバイスをする「否定しない」支援を心がけ、参加者のやる気を引き出すように配慮した。

モデル事業における例③ 沖縄県南城市（旧佐敷町）

ライフスキルの獲得と自己管理能力の向上を目指したアプローチ

教室プログラムの内容は、食生活や運動にストレスマネジメントを取り入れ、受講生が自ら健康行動をコントロールしていくセルフケア能力の獲得を目指して組み立てた。教室期間中は目標行動に関してセルフモニタリングを実施し、その内容を毎回教室の中やモニタリングシートを通して評価を行った。

1)「ほめる」、2)「ポジティブフィードバック」、3)「前向き自己会話」を中心に、生活行動を改善しようとする際に陥りやすい心理状態を考慮して、行動を継続するための行動変容技法の紹介や、前向きに自己評価をする活動、目標の修正やレベルアップの仕方などをブレインストーミングやロールプレイ等の活動を通して行った。

(注) ライフスキルとは、個々人が日常生活において起こる要求や難題に対してうまく対処できるように、適応的、積極的に行動するための能力である。(～WHO 精神保健部局ライフスキルプロジェクトの定義)

(5) その他

- 食生活・運動習慣以外にも参加者の特性に応じて喫煙や休養等について取り上げ、参加者の意欲ならびに効果の維持・向上を図ることが求められる。

食生活・運動以外で改善を目指す生活習慣

種類	支援内容
喫煙	たばこに関する知識の提供
休養	休養の必要性に関する知識の提供 入浴・アロマテラピー・ストレッチ等によるリラクゼーション方法の伝達
飲酒	過度の飲酒の危険性に関する知識の提供 適量と思われる飲酒量についての知識の提供

モデル事業における例① 福島県二本松市

禁煙支援の組み込み

喫煙の習慣がある者のうち、希望者に対しては禁煙プログラムへの参加を推奨。喫煙の危険性に対する情報を提供するとともに、禁煙に取り組むための手帳を配布した。

モデル事業における例② 熊本県植木町

温泉はかせによる入浴に関する情報提供

温泉を活用した健康づくりとまちづくりを一体的に行うため、熊本県では旅館や公衆浴場の経営者等を「温泉はかせ」として養成。温泉はかせから地域資源である温泉を活用し、身体に負担をかけずにリラックスをするためにどのような入浴方法が適切かなどについての知識を伝達。

モデル事業における例③ 長野県茅野市

アロマテラピー教室の開催

気持ちを落ち着ける方法として、プログラム中にアロマテラピー教室を開催。

5 実践活動継続への支援

(1) 実践活動継続への支援の必要性

～身につけた知識・技術の定着と継続のための支援～

- 改善された生活習慣が定着し、地域や家庭においても継続されるように、さまざまな手法を用いて支援を行う必要がある。

(2) 実践活動継続への支援方法

- 実践活動の継続を支援する方法としては、モデル事業における事例を中心に整理すると次のようなものがある。

実践活動継続支援のための方法

方法	概要
実践記録	目標として設定した行動が実践されているか、日々の身体状況がどのように変化しているかを確認するために、記録表等を用いて参加者が自分自身を観察して記録する
支援レター等	支援スタッフが参加者に対して、実践の継続について励ますことを目的としたメッセージを出す
実践の場の提供	参加者が自主的に運動等の実践活動ができるように、実践の場を提供する
相談の受付・対応	自己実践の過程で生じた疑問や不安についての相談を随時受け付ける体制を整える
交流の機会の設定	参加者同士が交流できる場を設けることで、実践継続について励まし合い意欲を継続させる機会を設ける

1) 実践記録

- 設定した目標が達成できているかを参加者自らが確認できるよう、日々の身体状況や食生活や運動に関しての実践記録を用意し、記録をつけるように支援することが必要である。
- これにより、参加者が自身の変化を客観的に確認でき、実践継続の動機づけともなる。
- 実践記録の内容として考えられるものは次のとおりである。

実践記録の内容

種類	内容
目標達成状況	設定した目標の達成度 など
身体状況	体重、血圧、消費エネルギー など
食生活状況	摂取品目、摂取頻度、摂取量 など
運動状況	歩数、ストレッチ実施状況 など

ポイント

参加者が実践状況の変化をより実感できるように、実践記録に書かれた内容をグラフにするなどの工夫が可能である。また、姿勢を撮影した写真等を用いて、視覚的に確認する方法も可能である。

→実践記録の例は別冊資料集参照

- 実践記録は、参加者の負担になりすぎないように留意することが必要である。複数の目標を設定した場合には、そのうち重要な点を中心に記録をつけるなどの工夫も考えられる。
- 実践記録は、参加者が記入するだけでなく、記入された内容を支援スタッフが確認し、コメントするなどフィードバックすることが必要である。

- 身体状況や生活習慣に関する変化については、プログラム実施前後だけではなく、プログラム終了後も長期間にわたって評価を行うことが望ましい（「第6章 個別健康支援プログラムの評価と改善」参照）。そのため、参加者がプログラム終了後も自分のデータを蓄積し、長期間にわたって活用が可能になるデータ管理の仕組みが求められる。

モデル事業における例① 福島県二本松市

運動・体重記録表の活用

集団教室の毎回受付時に歩数などの運動記録を保健師が確認し、改善した生活習慣が継続するようアドバイスを行う。記録表は、種目別の運動実践状況と体重・血圧の測定結果が毎日記載でき、参加者が自己評価を記入できる形となっている。

モデル事業における例② 北海道札幌市

ファックスによる実践状況の報告

自宅における実践活動状況（日々の運動種目、時間数）を記録した記録レターを月1回郵送またはファックスで支援スタッフに報告。記録レターが定期的に提出されている人には、6か月間で2回支援レターを送付。記録レターの提出が滞ったり、記録レターにフォローを要する内容が記載されたりしていた場合に電話フォローを随時実施。

モデル事業における例③ 高知県梶原町

手帳を用いた参加者の自己管理の促進

参加者自身が運動教室の参加状況、宿題の状況、万歩計の歩数、検査結果などを記録して管理する「雲の上のはつらつチャレンジ手帳」を独自に作成し、配布している。これは、バインダー式B5版の手帳で、自ら立てた目標や健康教室の講義資料など3年間の経過を全て綴じておいて、必要なときに見返すことができる。3年分の継続状況や効果が常に目に見える形で整理されることで、取り組みの継続意欲や自己管理意識を高める効果を狙っている。過去の経過が一目でわかり、変化を自覚することができて参加者からも好評であった。

2) 支援レター等

- 実践の継続や集団教室等への参加の勧奨を目的として、支援レター等（手紙、ファックス、メール等のさまざまな形式あり）を発行することも考えられる。
- 教室で実施したことや生活習慣改善に役立つ知識等をはじめとした参加者全員に向けての情報提供とあわせて、参加者一人ひとりに個別にメッセージをつけることも考えられる。
- 個別メッセージは、実践状況を見守られているということが実感でき、参加者にとって実践継続に向けた励みとなる。

ポイント

実践記録等のやりとりにおいてファックスやメールを用いる場合には、誤送信により個人情報流失することがないように、送信用紙に番号を大きく表示したり、ファックス番号やメールアドレスの登録を促すなどの配慮をする必要がある。

- 支援レター等の活用にあたっては、タイミングを十分に考慮して実施することが重要であり、定期的に連絡する形に加えて、実践が滞りがちな場合は個別に連絡をとるなど、参加者の実践状況に応じて対応することが必要である。

→支援レターの例は別冊資料集参照

モデル事業における例 岡山県美咲町（旧柵原町）

写真入り支援レター

ふれあい生き生きコースでは、教室を欠席した参加者に対して、教室の内容が伝わるように写真入りで教室の様子をまとめた資料を送付した。

3) 実践の場の提供

- 参加者が自主的に運動等の実践活動を継続しやすいようにするには、地域の施設資源を有効に活用して運動施設を紹介・開放するなどして、実践の場を提供することが望ましい。

モデル事業における例① 北海道札幌市／石川県小松市

運動実践が可能な場の提供

自主的な運動実践を促すために、器材等が整備されたスポーツ施設を参加者の都合に合わせて利用できるようにした。

モデル事業における例② 福岡県宇美町

学校施設での運動設備の開放

小学校の余裕教室に運動実践が可能な設備を配置し、施設の開放日を設定。時間内は参加者が自由に利用できるようにした。

モデル事業における例③ 北海道札幌市

たのしくブックの配布

運動の自己実践の助けとなるよう、市内の運動系サークルの活動日、連絡先を記したたのしくブックを作成。自己実践の運動を選択する際の参考とするために開始前に配布した。

たのしくブックに載っているサークル情報の例は次のとおり。

運動・健康づくりサークル情報

〇〇コミュニティセンター

△△区■8丁目 TEL 123-△△△△

サークル名	気功△△会	種目	気功
ご連絡先	〇〇 〇〇	TEL	111-〇〇〇〇
曜日・時間	金曜 13:30~15:30		
サークル名	●●ダンスサークル	種目	社交ダンス
ご連絡先	〇〇 〇〇	TEL	111-x×x×x
曜日・時間	金曜 19:00~20:45		
サークル名	ヨガサークル	種目	ヨガ
ご連絡先	〇〇 〇〇	TEL	444-□□□□
曜日・時間	木曜 10:00~11:30		

4) 相談の受付・対応

- 自己実践の際の疑問や不安に対して随時相談を受け付け、アドバイスをする体制を設けることも実践活動継続への支援の一つである。

モデル事業における例① 福岡県宇美町

実践の場に相談対応支援スタッフを配置

運動実践の場として提供している小学校の余裕教室に相談に対応できる支援スタッフを配置。

モデル事業における例② 福井県おおい町（旧名田庄村）

携帯メールを用いた相談対応

自己実践の過程での悩み等について携帯メールを用いた相談を随時受付。支援スタッフが個別にアドバイスを返信。

モデル事業における例③ 北海道札幌市

ファックスを用いた相談対応

自己実践の過程での悩み等があった場合に、ファックスで随時質問を受け付ける。支援スタッフは質問に対する回答やアドバイス等を書き、返信するか、必要に応じて電話フォローを行う。

5) 交流の機会の設定

～参加者同士が励まし合う交流の機会～

- 個々に実践活動を行っている参加者同士が交流できる場を提供することにより、参加者が互いに励まし合うことができるため、実践意欲の継続につながる。また、仲間づくりにも結びつく可能性がある。

モデル事業における例① 広島県安芸太田町（旧加計町）

ウォーキング大会の開催

参加者の意欲を高めるため、町全体のイベントとしてウォーキング大会等を開催。参加者の参画により企画・実施し、保健師・健康運動指導士は側面的なサポート、アドバイスをを行う。

モデル事業における例② 北海道札幌市／熊本県植木町

温泉を活用した参加者同士の交流の機会の設定

温泉に1日旅行を行い、入浴を主とした参加者同士の交流の機会を設定。

6) その他

- 実践活動継続を支援するため、その他さまざまな取り組みが行われている。

モデル事業における例① 奈良県香芝市

プログラムの参加継続率を高める工夫

香芝市のプログラム（すこやか教室）では運動指導を中心としているが、毎回欠席者に対して、保健師から電話や手紙、FAX等で連絡をしたり、欠席の多いクラスや休みがちな人に対しては事前に電話などで連絡をとることによって、参加継続率を高めている。

また、

- ・参加者各自が目標歩数を段階的に決め、到達状況を自記式の手帳に記録し、スタッフが毎月回収して確認をして、励ましや賞賛のコメントを返していること、
- ・定期的に簡易体力テストや個別相談を行い、生活習慣改善効果の確認と相談を行っていること、
- ・レクリエーションで、ウォーキング実習時に、笑顔でアイコンタクトを交わして和やかな雰囲気作りをしたり、ゲームでスキンシップをはかって仲間づくりにつなげていること、
- ・コーチングのあるクラスは、コーチングの専門家が担当して、月1回の個人単位・グループ単位の参加目的・個人目標の再確認を行っていること、などの工夫も参加継続率を高めている。

モデル事業における例② 三重県四日市市

コミュニケーションを重視した継続の働きかけ

グループワークにおいて、個々が取り組む中での工夫や疑問点などをお互いが情報交換する場を設定することで、参加者同士で気持ちを共有し、コミュニケーションがとれるよう配慮した。また、参加者のモチベーションに関する情報（出席状況、記録票提出状況、アンケートの回答など）をスタッフ全員で共有し、参加の中断につながる兆候を早期に発見、個別面談や電話による個別相談を行うことで、できるだけ参加を継続するよう心がけた。記録物を通じてのやりとりにも心が和むようなスタンプを活用し、スタッフのコメントを直筆で書き、その内容をもとに次回のコミュニケーションのきっかけをつくった。このような継続的な働きかけによって仲間意識も高まり、健康づくりを目的とした自主グループへと発展した。

モデル事業における例③ 岡山県美咲町（旧柵原町）

「感情の浮沈図」を用いたドロップ・アウト予防

教室に参加した直後と日常においての「感情の浮沈」をグラフにしてもらい、講義の内容が実生活にどのくらい反映されているか、どのような時（講義の内容や参加者どうしの関わり体験）に参加のモチベーションの高低が生じるのかをインタビューで把握しながら、常に実施したプログラムを見直し、ドロップ・アウトにならないプログラムへと改善した。

モデル事業における例④ 島根県奥出雲町（旧仁多町）**積雪に対応した取り組み**

プログラムで週1回運動セミナーを実施して、参加者の人に実際に有酸素運動を行ってもらっている。同町は冬季(1～3月)は積雪でウォーキングを実施できないため、フォロー期に入る前の12月に対象者(介入群)全員にスタッフがセミナーの実施内容を中心にまとめた20分ほどのビデオを作製・配布し、自宅での実践を働きかけた。ビデオの内容は、グループ毎に3月のセミナー開催時の発表課題の練習に取り組めるように工夫をした。また、月1回のセミナー通信で、冬季における運動や食生活へのアドバイスやセミナー対象者の近況を載せ、参加者の継続意欲を高めるようにした。

第4章

個別健康支援プログラムの参加者のフォローアップ

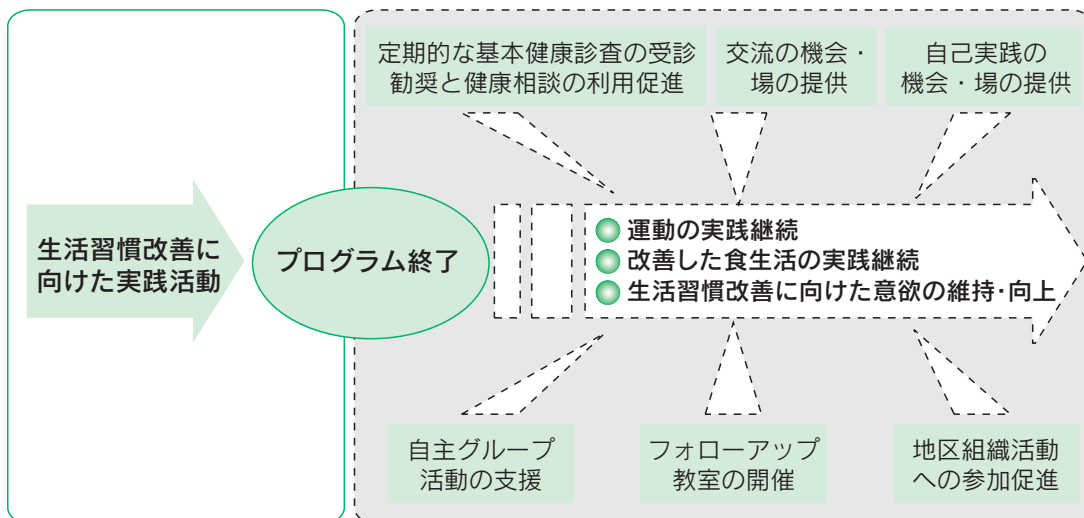
1 フォローアップの目的

～生活習慣改善の維持・継続～

- 個別健康支援プログラム（以下、「プログラム」という。）が終了した後も、プログラムで身につけた生活習慣を維持・継続することが求められるため、継続実践できるフォローアップの体制が必要である。

《プログラム実施中》

《プログラム終了後》



2 フォローアップの仕組みと方法

- フォローアップの仕組みをつくる際には、地域の保健事業を有効に活用するなどの柔軟な取り組みが求められる。
- 参加者の自主的な取り組みが定着するよう、フォローアップの実施頻度を徐々に少なくするなどの工夫も可能である。

モデル事業における例 長崎県雲仙市（旧小浜町）

フォローアップ期間における教室の開催

プログラム終了後もフォローアップとして定期的に集団教室を開催した。最初の6か月間は月1回、その後6か月間は2か月に1回、その後9か月間は3か月に1回と、その頻度を漸減させることで徐々に参加者の自主的な取り組みが定着するように工夫した。

（1）定期的な基本健康診査の受診勧奨と健康相談の利用促進

- フォローアップの最も簡便な方法は、参加者が健康診査を定期的を受診し、自身の身体状況を確認することである。
- 地域の保健事業の中では健康相談も実施されており、問題が生じた場合などにはそれを利用することを勧めることも一つの手段である。

（2）交流の機会・場の提供

- プログラム終了後に、参加者が集合できる機会や場を設けることは、プログラムで身につけた生活習慣を持続させる一つの方法である。
- 参加者が集い、互いにプログラム実践に関する情報交換を行うことは、自らの実践に対する再評価につながるとともに、生活習慣の改善に向けた意識の再啓発が期待できる。

モデル事業における例 熊本県植木町

同窓会の開催

プログラム修了5か月後に同窓会を開催。町の史跡周辺のウォーキングを実施後、町の観光ボランティアによる説明を受け、元参加者同士の近況報告会を行った。この同窓会は町の健康運動推進員が企画した。

（3）自己実践の機会・場の提供

- プログラム終了後も、個々の生活習慣に合わせた健康づくりの実践が継続できる環境を地域の中で整備することが求められる。
- 生活習慣改善に向けた取り組みを継続して実践できる機会や場を、地域の公共施設等で提供することも考えられる。

モデル事業における例① 福島県二本松市**市立体育館の無料公開**

参加者が運動を自己実践できるよう運動設備を備えた市立体育館の無料開放日に指導員を配置し、実践の場を提供。

モデル事業における例② 北海道札幌市**運動施設の利用勧奨**

プログラムで利用した運動施設について、プログラム終了後も利用し、運動実践を継続するように勧奨。

(4) 自主グループ活動の支援

- 生活習慣改善に向けた実践活動を自主グループの中で継続するよう促すことも考えられる。
- 自主グループの活動は、参加者だけでなく、家族や友人、同僚など周囲の人に対しても生活習慣改善への関心を高めることにつながり、プログラムの効果が地域全体に波及することが期待できる。

ポイント

自主グループ活動の支援の具体的方法としては、場の提供や講師等のアレンジなどが考えられる。

モデル事業における例 長野県茅野市**自主グループ活動の支援**

プログラム終了後、参加者のうちの希望者が月1回集まる活動を開始。活動内容等はグループ参加者が独自に決定し、支援スタッフは場の提供や講師等のアレンジを支援。

具体的な自主グループ活動は次のとおり。

	日 時・場 所	内 容
第1回	6月28日(月) 9:45~14:00 集合場所:健康管理センター(2階ホール)アクアランド	「気功」 講師:〇〇先生
第2回	7月23日(金) 9:30~13:00 集合場所:アクアランド(2階休憩室)	「水中運動」 講師:〇〇先生
第3回	8月26日(木) 10:00~14:00 集合場所:縄文の湯(駐車場)	「ウォーキング」
第4回	9月27日(月) 9:45~14:00 集合場所:勤労者総合福祉センター 和室	「太極拳」 講師:〇〇先生
第5回	10月25日(月) 集合場所:金鶏の湯	「きのこがり」

モデル事業における例 大阪府泉佐野市

自主グループへの支援・地域活動への参加促進

教室内で興味・趣味が同じ人をグループにする働きかけや、仲間同士の自主的な活動方法等についての相談に対応することで、参加者の意欲を大切に、自主的な活動につながるような取り組みを行った。

また、フォロー教室において地域の資源調べなど自主グループ活動につながるテーマを設定したり、地域の自主活動グループと交流するといった工夫を行った。また、食生活改善推進員への加入勧奨、大阪府で実施している「ふれ愛健康推進員」養成講座への受講勧奨など、地域での活動実践につながるよう配慮している。その結果、OB会の開催や「健康づくりボランティア養成講座」の企画といった自主活動に発展し、さらにプログラム参加者以外にも活動の輪が広がりつつある。

(5) フォローアップ教室の開催

- プログラムに参加した人が、自らの生活習慣を振り返り、以前参加したプログラムにおける内容を確認する機会を教室等を通して意図的に作ることも有効な手段である。

モデル事業における例 石川県小松市

フォローアップ支援の重視

プログラムが終了し、一定期間を経た後、プログラムへの参加により獲得することができた生活習慣改善の効果が維持できているかを確認するための調査票を送付。回答内容について保健師がコメントをつけ、生活習慣病に関する各種の情報を盛り込んだ支援レター、設定した目標の実践状況を毎日チェックできるチェックシートとあわせて送付。

また、生活習慣病に関する講話に参加したり、運動施設での運動を自己実践する機会も提供。

(6) 地区組織活動への参加促進

- プログラムの効果を地域で波及させる一つの方法として、参加者が地域の健康づくり対策の中で活躍するよう、地区組織活動への参加を促進することが望ましい。

モデル事業における例① 大分県臼杵市

他の保健事業の補助業務として参加

プログラムの修了者が、市で実施する母子保健事業における教室「ヘルスアップママ教室」に補助的なスタッフとして参加。

モデル事業における例② 熊本県植木町

健康運動推進員としての養成

プログラムの修了者の中で希望者には町の健康運動推進員になってもらい、町の健康づくりに参加してもらっている。また健康運動推進員の定期研修会に参加することが、プログラムの内容を振り返る機会となっている。

第5章

個別健康支援プログラムの例

- 本章ではモデル事業において、「効果性」「汎用性」「経済性」「継続性」「波及性」の5つの観点から優れていると考えられるプログラムの事例を紹介する。
- 各保険者でプログラムの企画を行う際には、これらのプログラム例を参考にしながら、さらに地域の特性等を勘案することが重要である。
- 本マニュアルで提示する個別健康支援プログラムは以下のとおりである。

プログラム例	参考事例	対象とする 主な生活習慣	支援形態
健康づくりセンター及び民間スポーツクラブを活用した運動実践プログラム	北海道 札幌市	運動	個別(+集団)
個別健康教育に集団・通信を組み合わせたプログラム	岩手県 矢巾町	食生活・運動	個別(+集団)
地域社会資源を利用した栄養・運動体験教室型プログラム	福島県 二本松市	運動	集団(+個別)
個別相談を軸に、既存保健事業を活用しながら多様な参加形態を可能とする総合支援型プログラム	神奈川県 藤沢市	食生活・運動・ その他	個別(+集団)
マンツーマン支援型プログラム	石川県 小松市	食生活・運動	個別(+集団)
サークル支援型プログラム	石川県 小松市	食生活・運動	小集団(+個別)
通信支援型健康支援プログラム	石川県 小松市	食生活・運動	個別(+集団)
実践の場への参加奨励を加えた個別相談重視型プログラム	滋賀県 米原市 (旧山東町)	食生活・運動	個別(+集団)
医療機関と連携した個別相談重視型プログラム	香川県 三豊地区	食生活	個別(+集団)
短期集中型集団教室における運動・食生活自己実践プログラム	長崎県 雲仙市 (旧小浜町)	食生活・運動	集団(+個別)
地域の身近な施設を活用したプログラム	山形県 鶴岡市	食生活・運動	集団(+個別)
成人期を対象として自己実践の定着を目指したプログラム	福井県 おおい町 (旧名田庄村)	食生活・運動	集団(+個別)
生活習慣病予防を目指したダイエットプログラム	兵庫県 稲美町	食生活・運動	集団+個別
個別の運動処方を中心としたプログラム	佐賀県 佐賀市 (旧富士町・大和町)	食生活・運動	集団(+個別)

※上記プログラムは、他の保険者で活用できるように、一部修正のうえ掲載している。詳細については別冊資料集をあわせて活用していただきたい。

プログラム例：健康づくりセンター及び民間スポーツクラブを活用した運動実践プログ

1. モデル事業実施市町村の概況（16年4月1日現在）

総人口	1,849,650人	国保被保険者数	564,631人
（うち40～64歳人口	650,340人）	（うち40～64歳	169,701人）
（うち65歳以上人口	300,404人）	（うち65歳以上	226,085人）
（うち75歳以上人口	124,944人）	（うち75歳以上	98,004人）

2. プログラムの目的

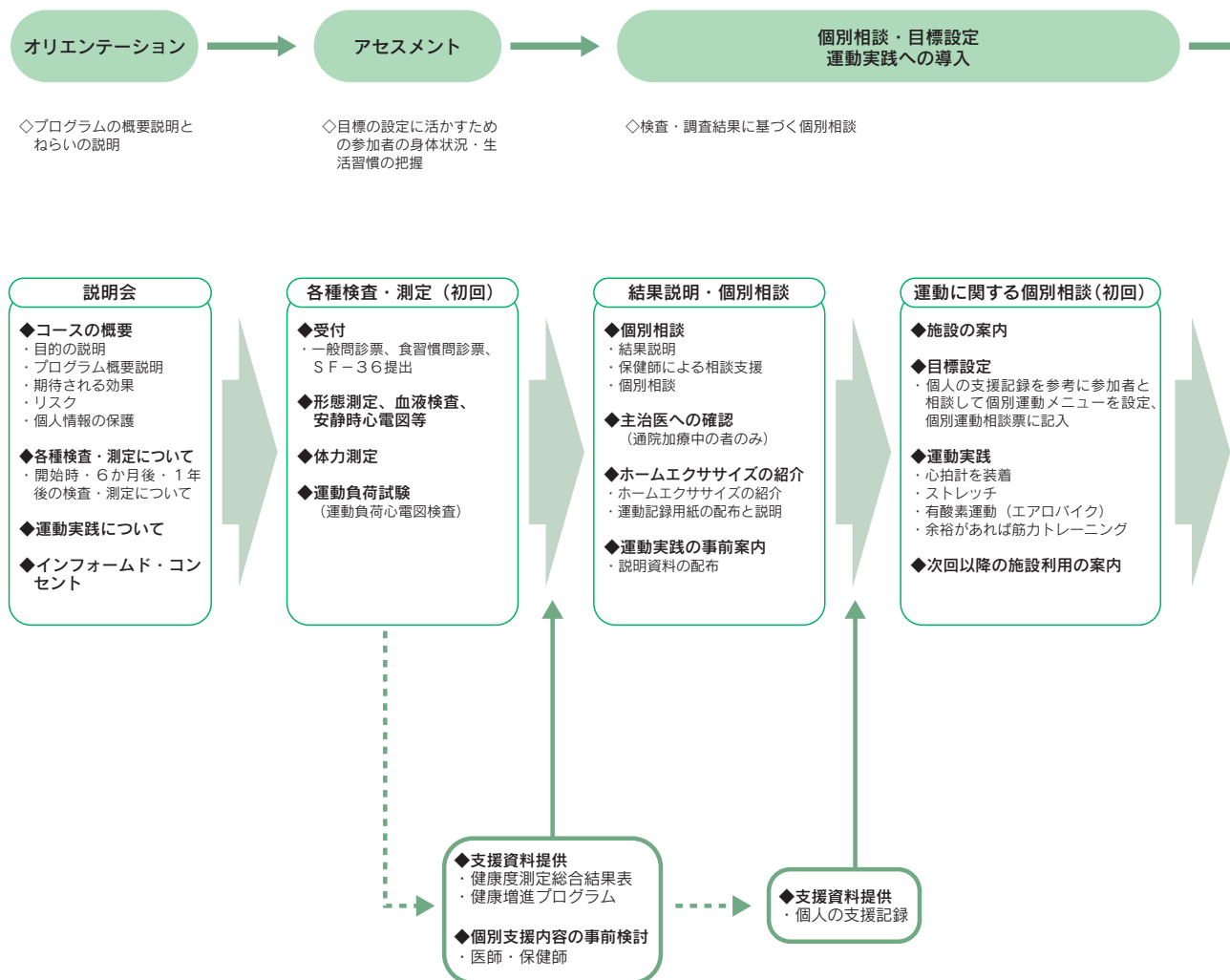
- ① 参加者が生活習慣の改善の必要性と生活習慣病予防のための運動の効果について理解し、実践できるようにする。
- ② 参加者が生活習慣病予防のために短期目標・長期目標を立て、その実現に向け自主的に実践するよう動機づけをする。
- ③ 参加者の運動実践に伴う身体状況の改善に応じ、短期目標及び運動メニューを随時修正し、参加者の関心を維持・継続できるようにする。
- ④ 既存の運動施設を活用し、プログラム終了後も実践が継続可能となるよう動機づけをする。

4. プログラムの流れ

開始 1～2か月前

開始 1週間前

1日目



ラム（北海道札幌市）

3. プログラムの特徴

本プログラムは、健康診査結果に基づく生活習慣改善のための保健師による個別相談に加え、地域の社会資源を活用して、運動により健康度の改善を図ることを目的とする、6か月間のプログラムである。

プログラムの特徴は、次のとおり。

- ① 運動負荷試験の結果等に基づき、どの運動施設に通っても支援内容に差異が出ないよう、あらかじめ標準化した運動メニューを用意している。
- ② 参加者は週2回以上運動施設に通い、標準で90分の運動実践を行う。
- ③ 運動施設において、マンツーマンの面接による個別運動相談を8回実施し、個人の身体状況、プログラムの進捗状況に応じた目標及び運動メニューの設定・修正を行う。
- ④ 集団での支援として健康講話を全3回実施し、健康づくりに関する情報収集の場をもうける。

2週目～5か月目

5か月目

6か月目

運動実践
目標の再設定・自己
実践への動機づけ

運動実践
目標の再設定・自己
実践への動機づけ

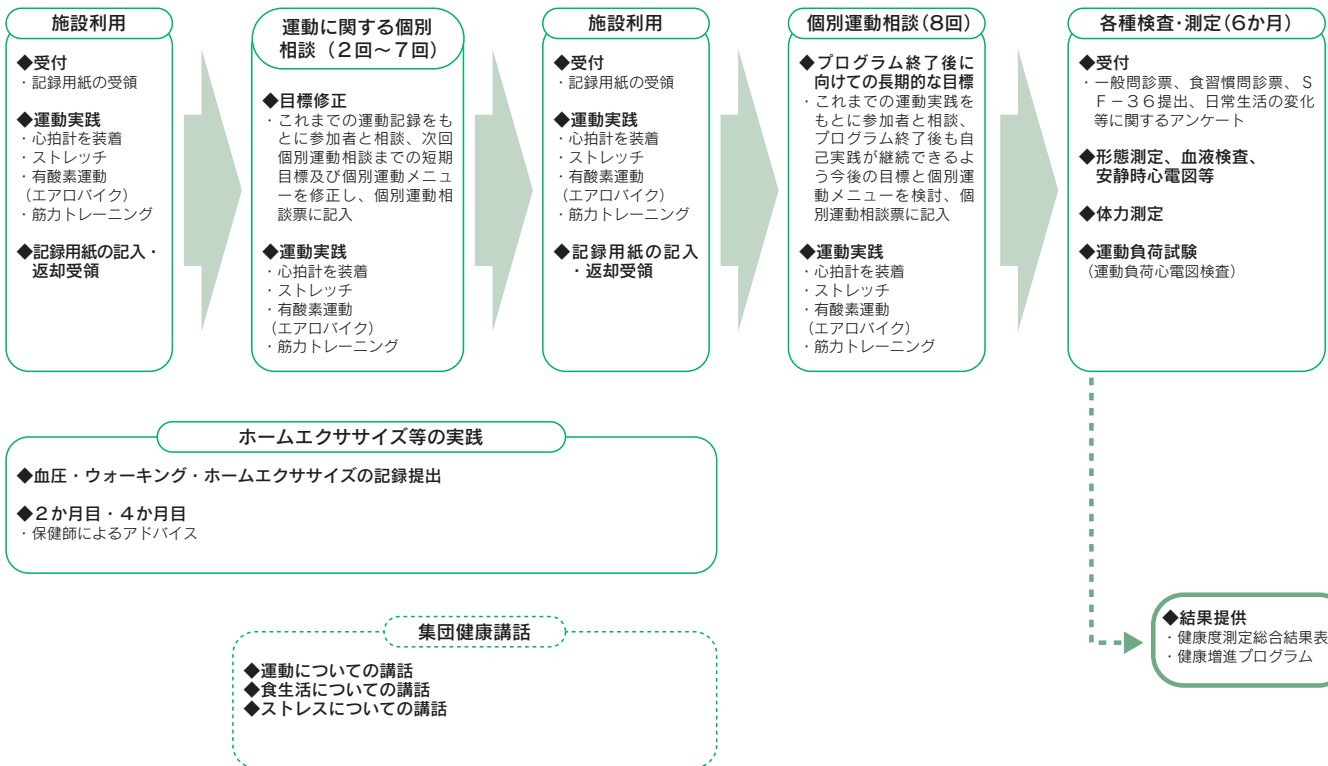
再アセスメント
(評価)

自己実践へ

◇身体状況等に応じ支援スタッフと相談し、目標（個別運動メニュー）を立てる
また、実践状況に応じ修正する
◇施設を利用し、目標達成のために必要な実践内容を理解し、実践することで目標達成を図る
◇運動に関する個別相談により参加者の動機づけ、技術習得の支援を行う
◇毎回の運動記録表・運動相談による自己実践への支援
◇血圧・ホームエクササイズ等の記録とアドバイスによる継続への動機づけ

◇プログラム終了後の自己
実践への働きかけ

◇プログラム効果の評
価のための身体状況
・生活習慣の調査



プログラム例：個別健康教育に集団・通信を組み合わせたプログラム

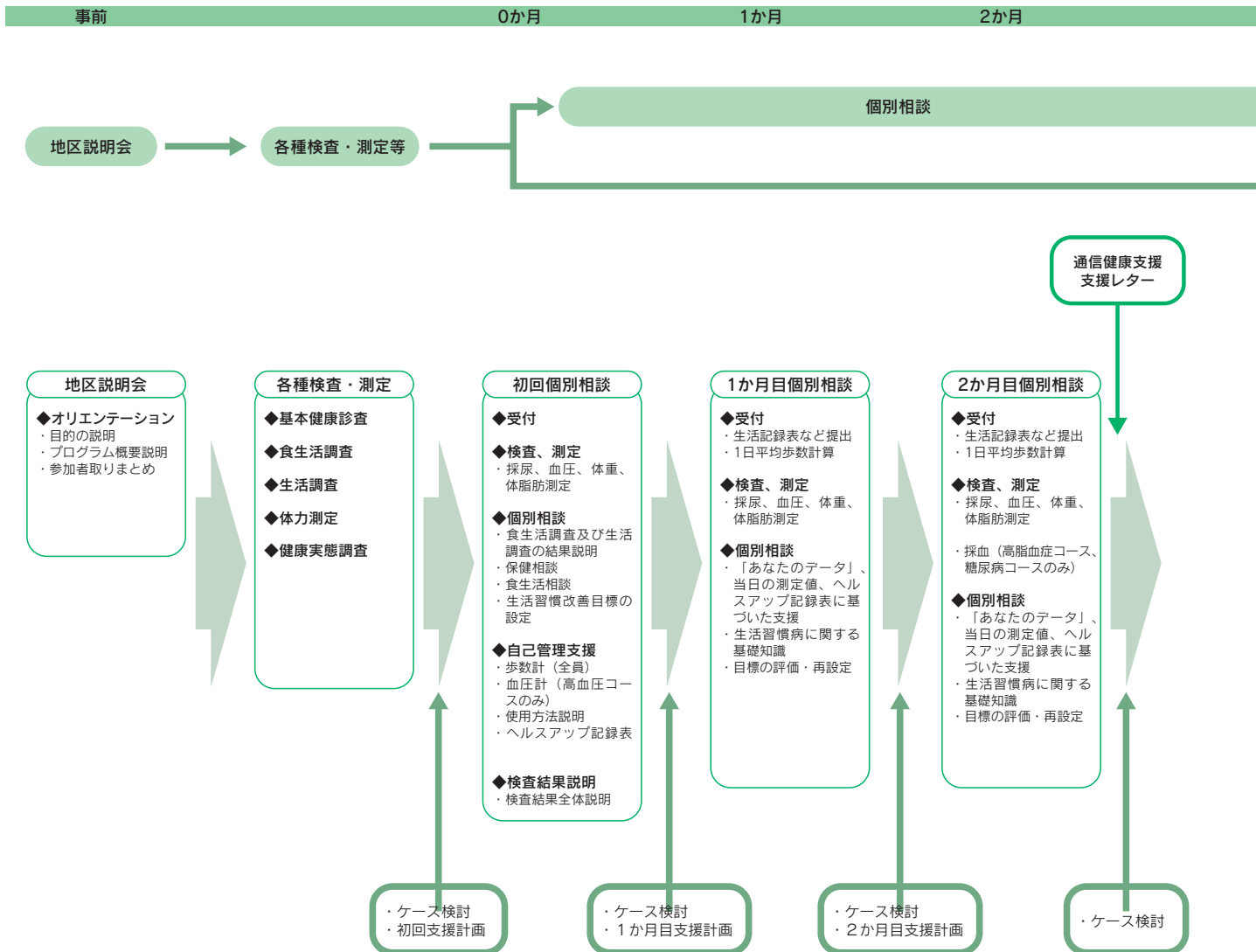
1. モデル事業実施市町村の概況（16年4月1日現在）

総人口	26,990人	国保被保険者数	7,533人
（うち40～64歳人口	9,280人）	（うち40～64歳	2,393人）
（うち65歳以上人口	4,270人）	（うち65歳以上	2,964人）
（うち75歳以上人口	1,895人）	（うち75歳以上	1,282人）

2. プログラムの目的

本プログラムは、生活習慣病「脳卒中」予防とし、その危険因子となりうる高血圧、高脂血症、糖尿病の予防と改善を図るため、生活習慣病の原因である生活習慣を見直し、良好な生活習慣が獲得できるよう援助することを目的としている。

4. プログラムの流れ



※グループワーク及び集団教室を実施するタイミングは随時（他のコースや地域の保健事業との調整のうえ決定）

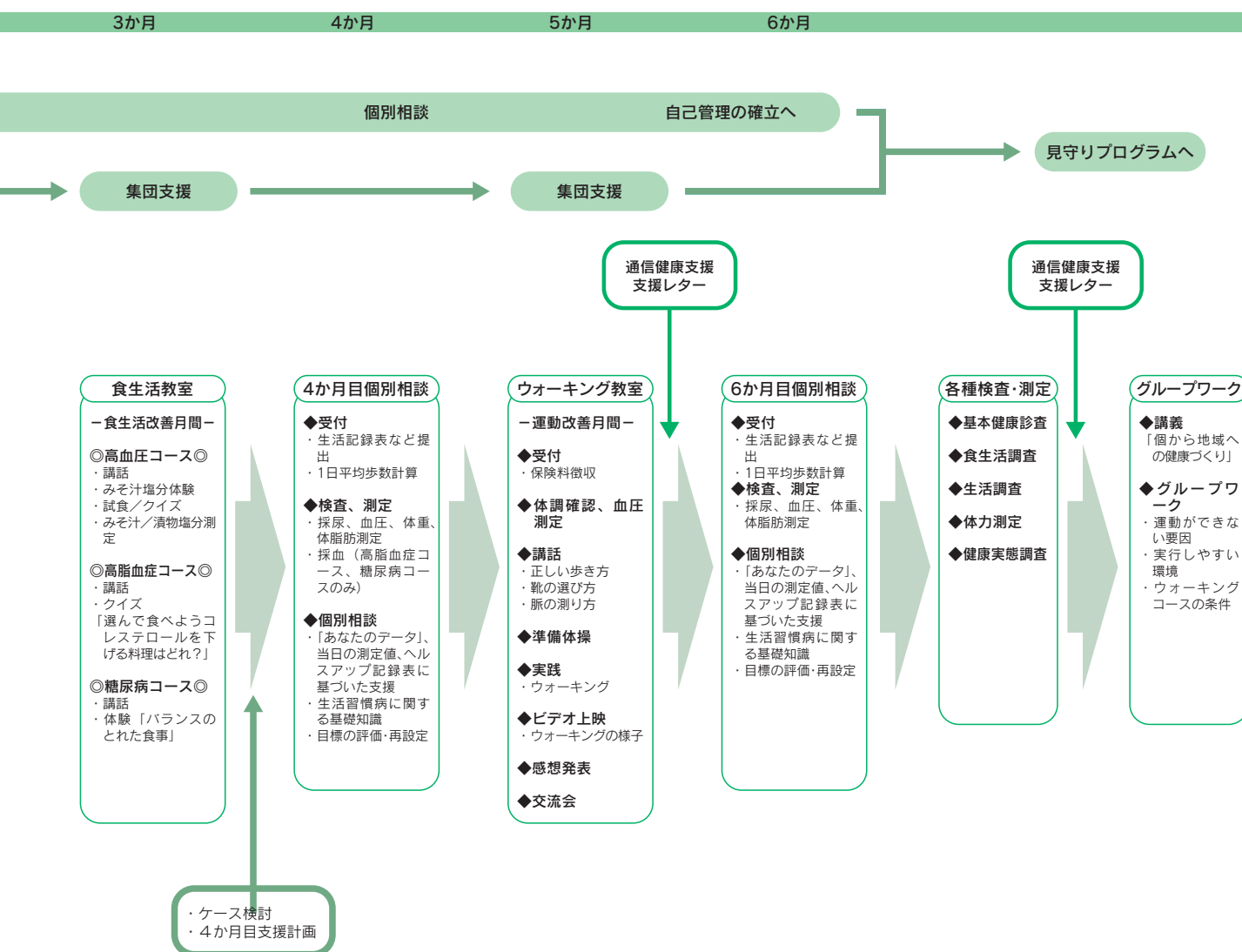
3. プログラムの特徴

本プログラムは、「生活習慣改善に向けた自己管理能力を身につけるための個別健康支援プログラム」である。

プログラム実施の期間は概ね6か月であり、その間月1回のペースで個別相談を行い、その間に集団健康教室2回、通信健康支援（支援レター）2回を入れる。

プログラムの特徴は、次のとおり。

- ① 老人保健事業の「個別健康教育」の手法を取り入れ、個別を中心としながら集団健康教室、支援レターの手法を取り入れた。
- ② プログラムの内容は基本的には共通であるが、疾患の危険因子（高血圧、高脂血症、糖尿病）によって個別相談時の支援内容及び集団教室の内容、検査項目を異ならせる。
- ③ 健康増進施設や特別な健康器具がなくとも実施できるプログラムである。
- ④ 実施場所を公民館等身近な施設とすることで、参加しやすく地域住民を巻き込めるよう工夫する。
- ⑤ 参加者が生活習慣に気づき、かつ行動を起こすための支援材料として、市販のものと同併用してオリジナルの支援材料を作成しプログラムに取り入れる。



プログラム例：地域社会資源を利用した栄養・運動体験教室型プログラム

1. モデル事業実施市町村の概況（16年4月1日現在）

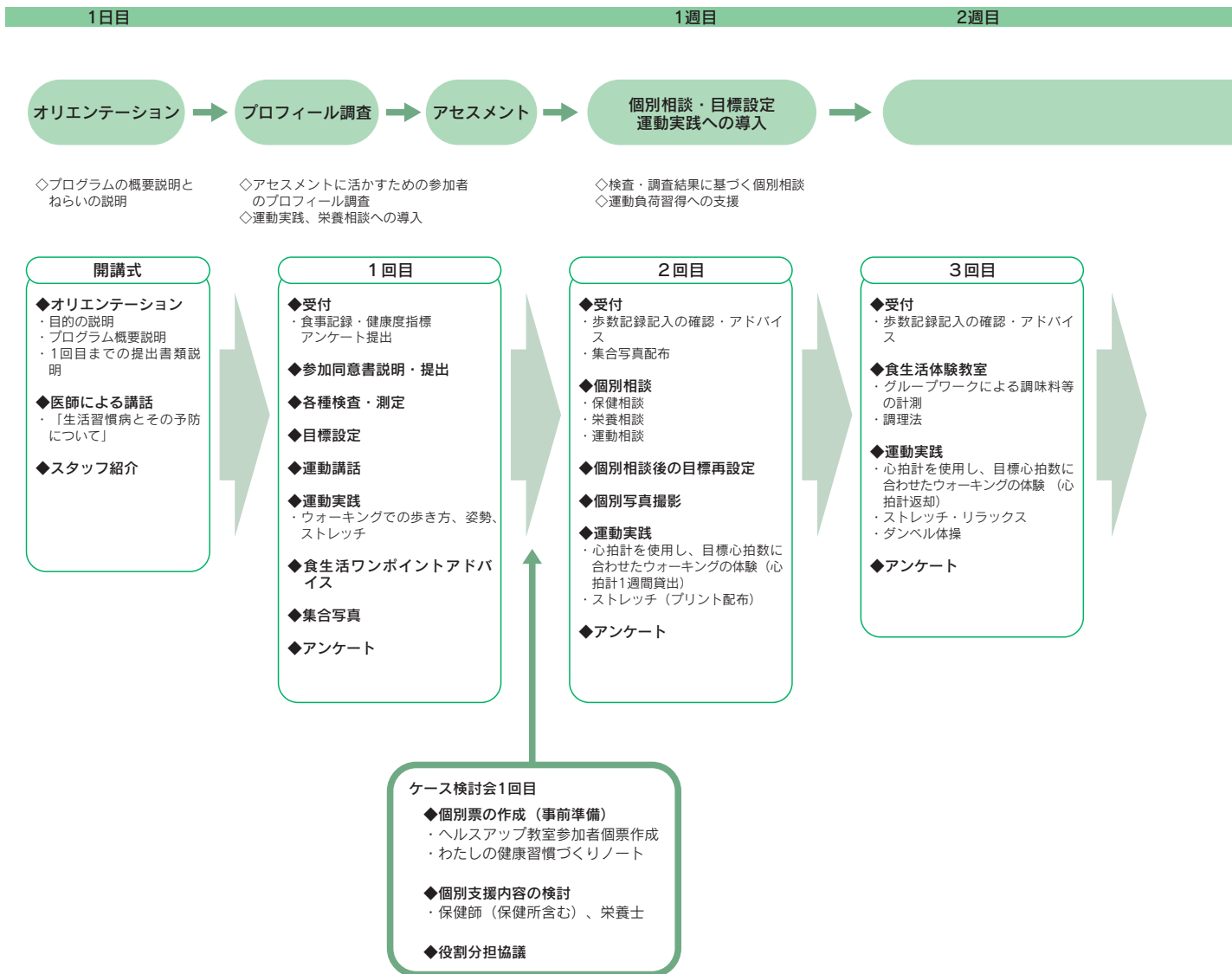
総人口	35,739人	国保被保険者数	13,715人
（うち40～64歳人口	11,840人）	（うち40～64歳	4,425人）
（うち65歳以上人口	7,596人）	（うち65歳以上	5,563人）
（うち75歳以上人口	3,544人）	（うち75歳以上	2,473人）

2. プログラムの目的

本プログラムにおいては、参加者に生活習慣全般の改善を動機づけ、継続させ、ひいては生活習慣病予防に結びつけることを目的に、次のようなねらいを設定する。

- ① 参加者が生活習慣の改善の必要性を理解し、生活習慣病予防についての基本的な知識・技術が身につくようにする。
- ② 既存の施設、体制等を活用し、プログラム終了後も実践が継続可能となるよう動機づけをする。

4. プログラムの流れ



3. プログラムの特徴

本プログラムは、「地域社会資源を活用した、運動を中心とする短期集中型個別・集団支援」である。

検査結果に基づく個別相談と共に、地域にある複数の運動増進施設を使用しながら、有酸素運動、筋力強化、ストレッチ体操をセットにした運動中心の知識・技術の提供を集団教室で行う。なお、個別相談及び集団教室では、運動面だけでなく食生活面に関する知識・技術の提供もあわせて行う。プログラムの期間は2か月であり、その間概ね週1回のペースで教室を開催する。

プログラムの特徴は、次のとおり。

- ① 短期集中型の集団教室開催により、生活習慣改善に役立つ運動実践や食生活改善の具体的な知識・技術を身につけるよう支援。
- ② 個別相談による個人の改善目標の設定。
- ③ 地域の運動増進施設をプログラムの中で利用体験させながら運動に関する知識・技術の提供を行うことで、地域の資源への結びつけと利用の動機づけを図る。

3週目 4週目 5週目 6週目 7週目

集団教室（運動及び食生活に関する知識・技術の提供）

再アセスメント（評価）

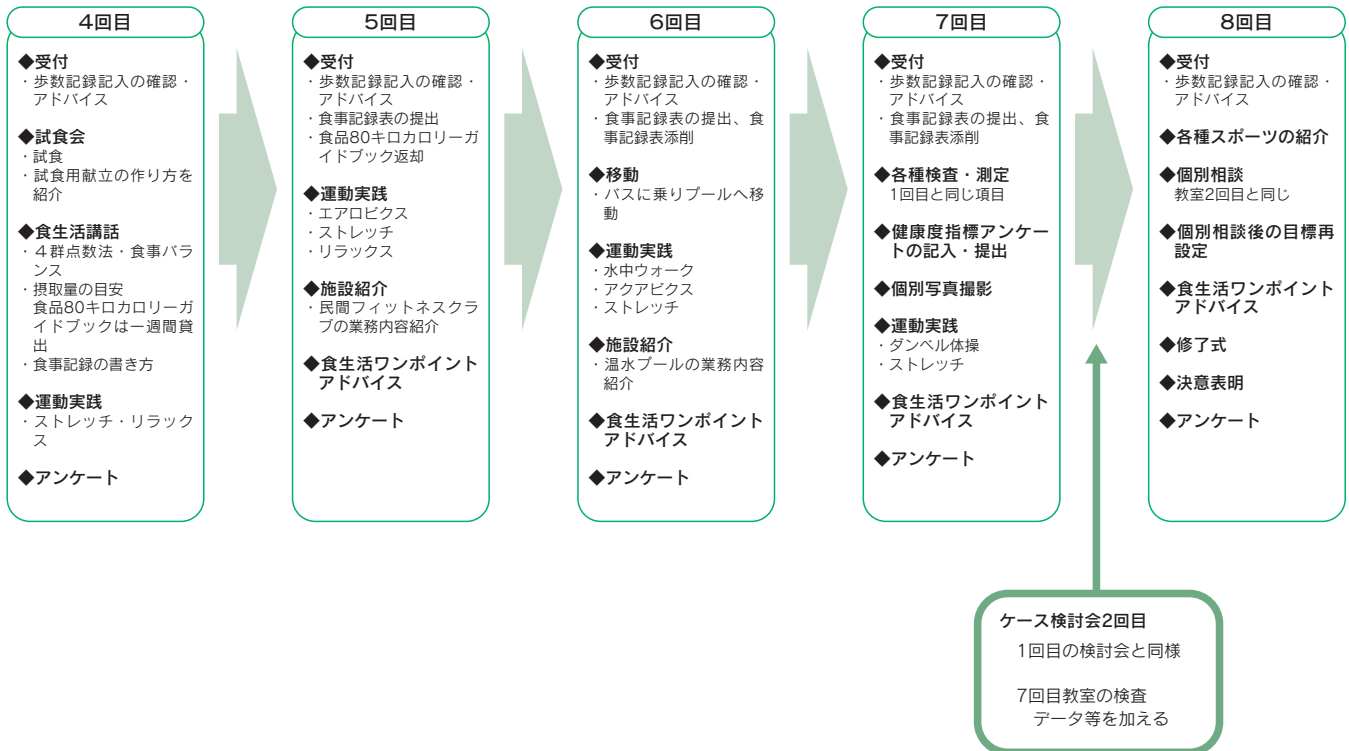
目標の再設定
自己実践への
動機づけ

自己
実践へ

- ◇施設を利用体験し、さまざまな運動種目について実践を通じた知識・技術の提供
- ◇食生活に関する知識・技術の提供（3回目・4回目に集中的に実施）
- ◇毎回の運動記録表・食事記録表の確認・アドバイスによる自己実践への支援

- ◇プログラムの効果を評価するための検査・調査

- ◇検査・調査結果に基づく個別相談
- ◇自己実践への働きかけ



プログラム例：個別相談を軸に、既存保健事業を活用しながら多様な参加形態を可能と

1. モデル事業実施市町村の概況（16年4月1日現在）

総人口	388,985人	国保被保険者数	135,178人
（うち40～64歳人口	131,051人）	（うち40～64歳	41,162人）
（うち65歳以上人口	61,804人）	（うち65歳以上	50,184人）
（うち75歳以上人口	24,622人）	（うち75歳以上	20,811人）

2. プログラムの目的

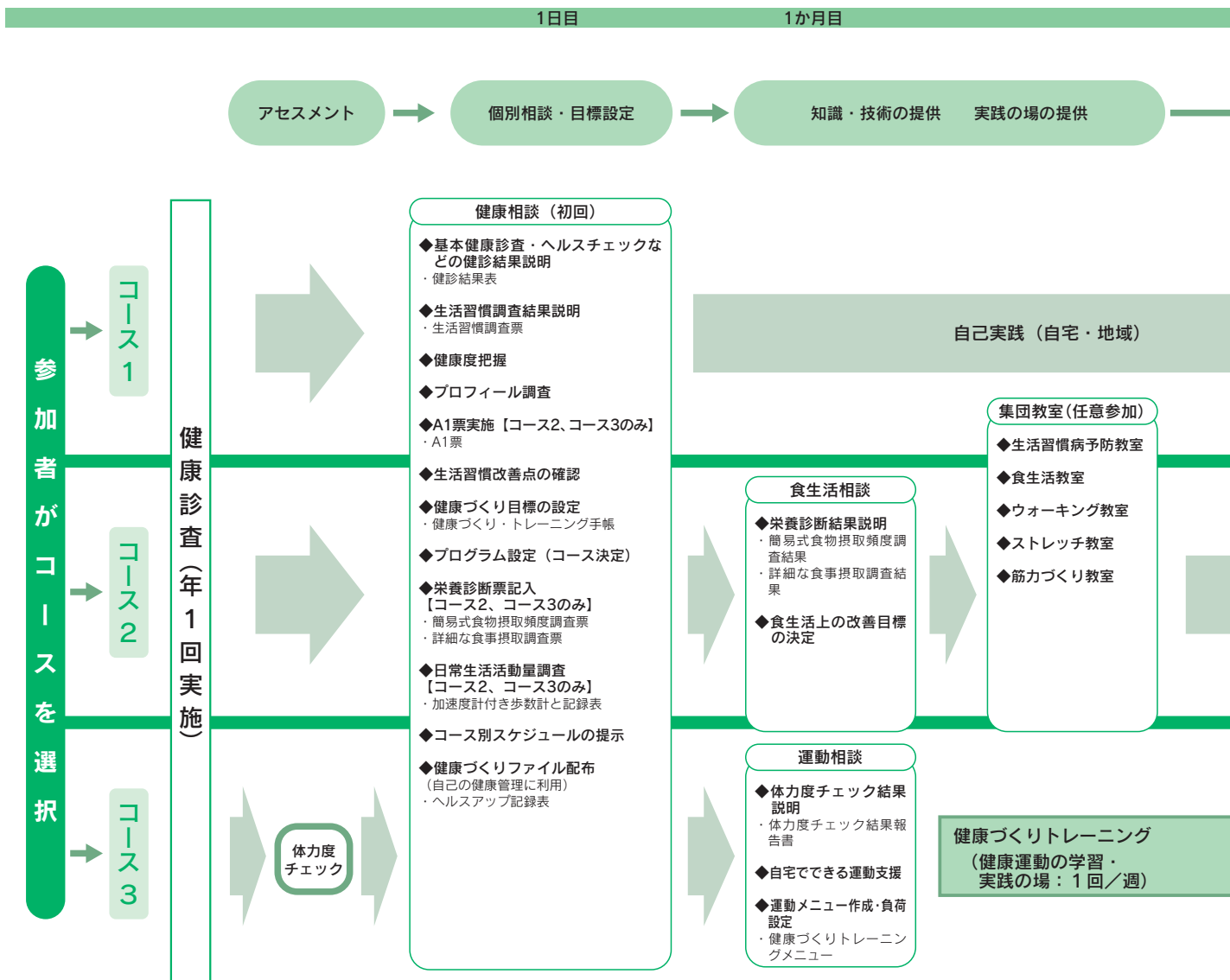
生活習慣の変容により、高血圧、高脂血症、糖尿病、肥満症の予防・改善（一次及び二次予防）を行う。

3. プログラムの特徴

本プログラムは、年1回の健診後の健康相談を軸として、既存の保健事業を活用して多様な支援メニューを用意し、参加者がそれぞれの状況に応じて多様な形でプログラムに参加することを可能とする総合支援型のプログラムである。

本プログラムは、毎年の健診とその後の健康相談を基点として継続的に参加者の状況に応

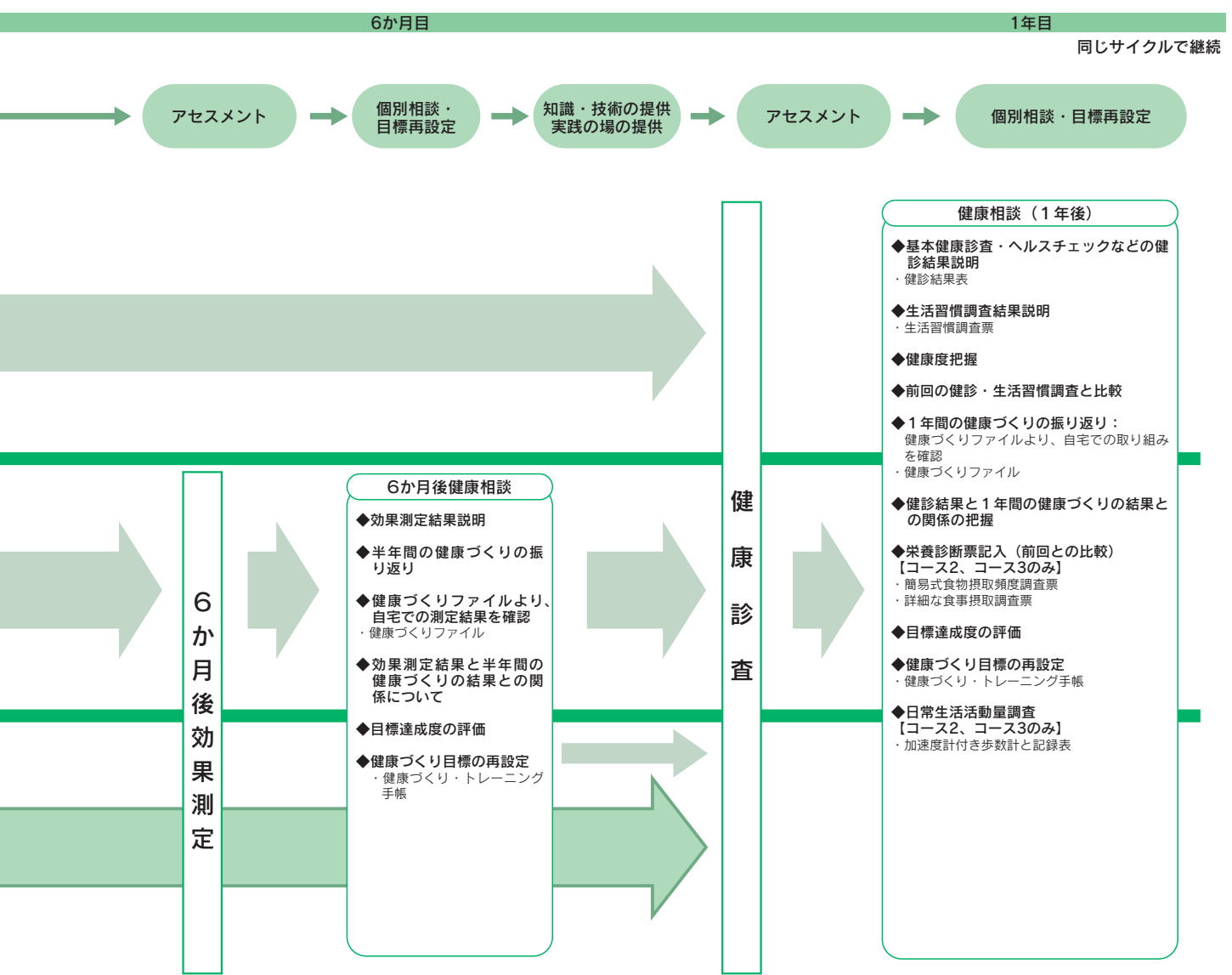
4. プログラムの流れ



じて毎年のサイクルで実施されるものであり、プログラムの期間は参加者の参加状況に応じて変動する。

プログラムの特徴は、次のとおり。

- ① 年1回の健診後の健康相談を軸として、年度ごとに参加者と支援スタッフが話し合っ個人目標を設定し、それを実践につなげていくための選択可能な支援メニューとして、既存の保健事業の活用も可能にしながら、食生活相談、運動実践（健康づくりトレーニング）、集団教室を用意する。
- ② 個人へのアプローチ（健康相談・食生活相談・健康づくりトレーニング）と集団へのアプローチ（集団教室）を組み合わせることにより、生活習慣改善に向けた支援がより効果的になるよう設定する。
- ③ 3種類のコース（コース1～3）を設定して、参加者の事情に応じて選択できるものとする。
- ④ 参加者が自身の目標や状況に応じて支援メニューを選択し、生活習慣改善に向けた知識・技術の習得及び実践を行うことができる、主体性を尊重した柔軟な総合支援の仕組みである。



プログラム例：マンツーマン支援型プログラム（石川県小松市）

1. モデル事業実施市町村の概況（16年4月1日現在）

総人口	109,657人	国保被保険者数	37,571人
（うち40～64歳人口	36,566人）	（うち40～64歳	12,221人）
（うち65歳以上人口	21,439人）	（うち65歳以上	15,774人）
（うち75歳以上人口	10,324人）	（うち75歳以上	7,358人）

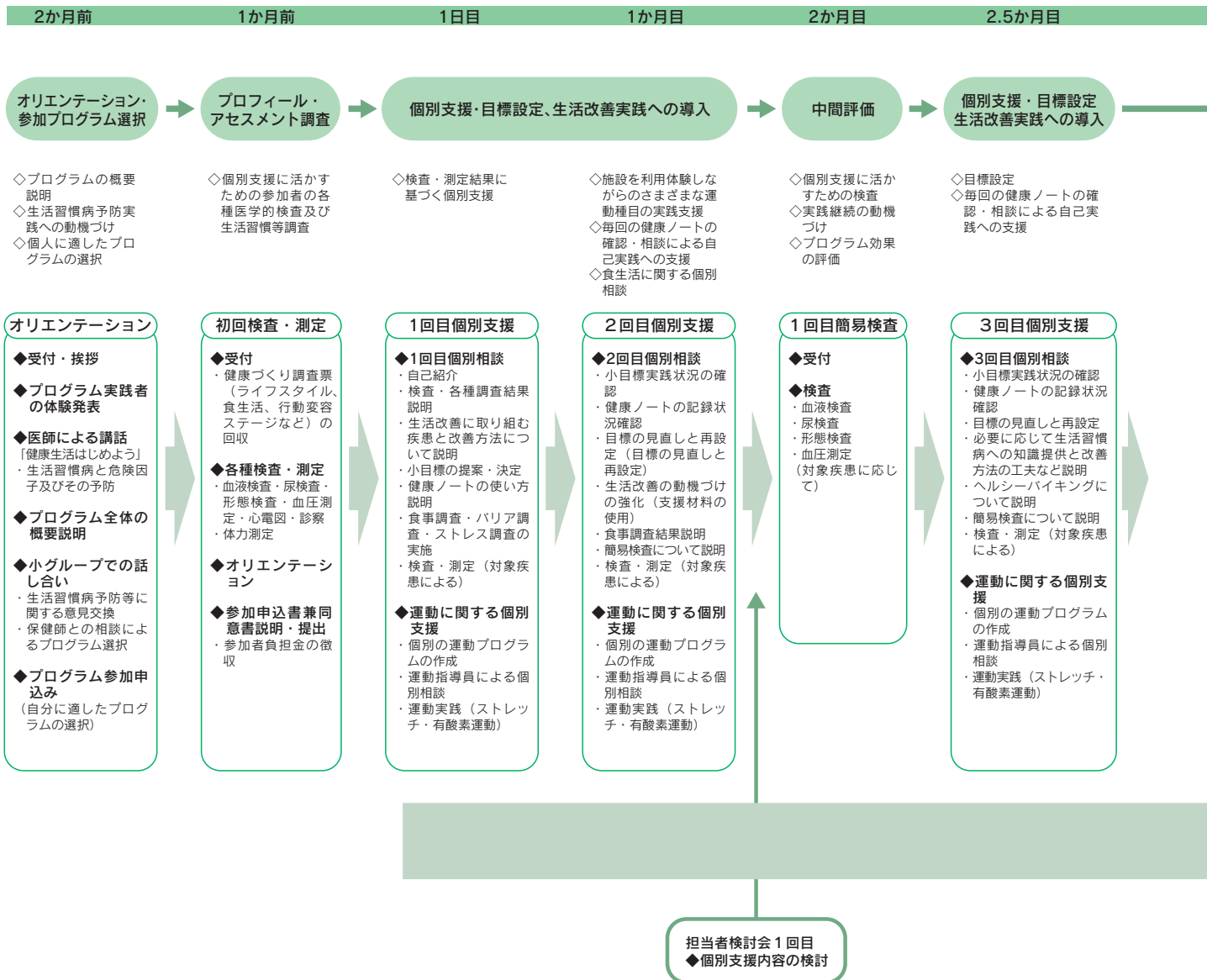
2. プログラムの目的

生活改善にむけ自己管理でき自ら生活習慣改善に取り組める人を対象に、一対一の面接による個別相談により行動変容を促し、生活習慣病危険因子（高血圧、高コレステロール、耐糖能異常、肥満）を改善することを目的とする。

3. プログラムの特徴

本プログラムは、生活習慣改善を自己管理できる人を対象に、一対一の面接による個別相談で参加者のライフスタイルに合わせたきめ細やかな支援を行うことにより、一人ひとりの

4. プログラムの流れ

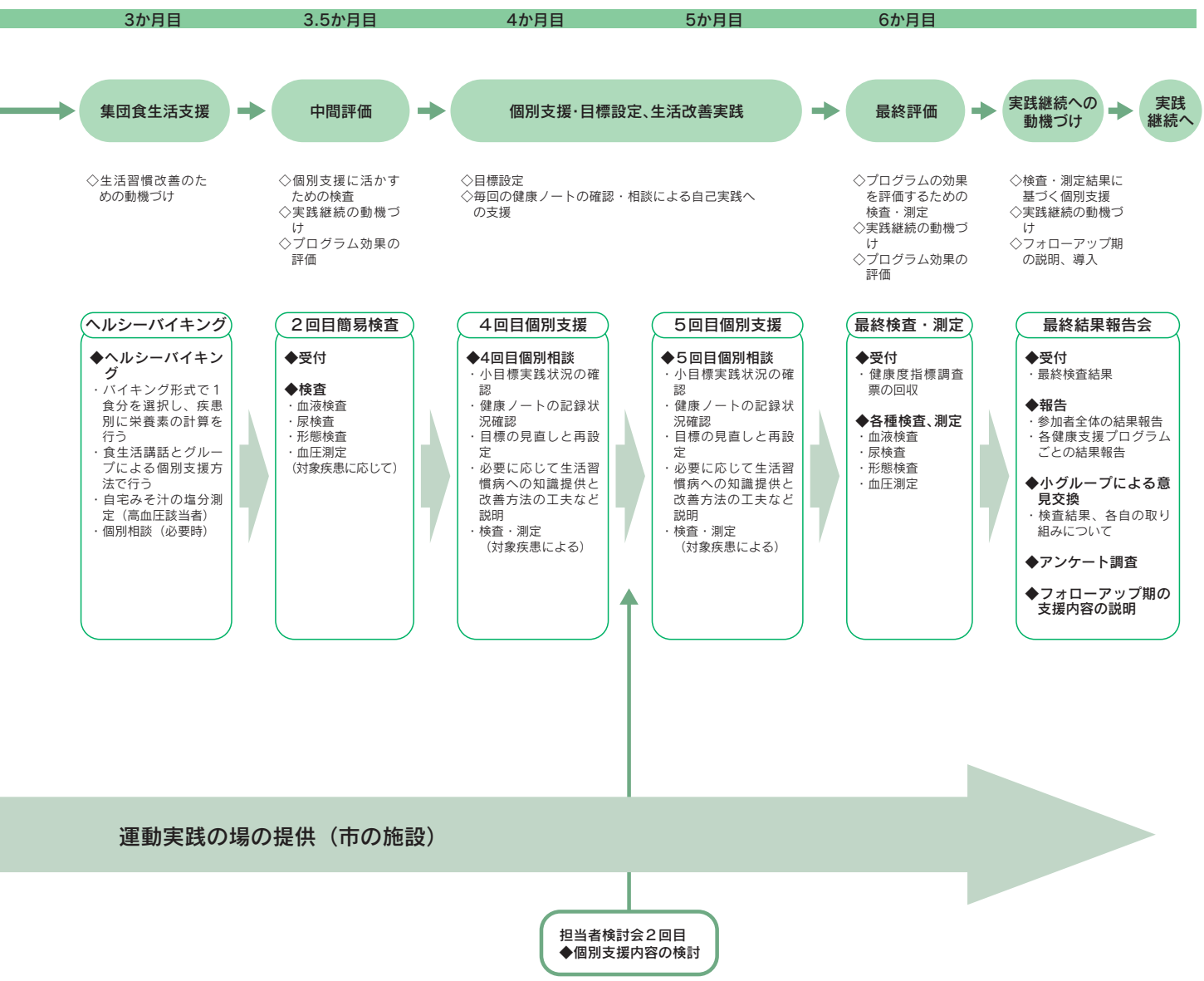


生活習慣改善を支援するプログラムである。

月1回の個別相談を中心とし、支援期間は6か月間である。

プログラムの特徴は、次のとおり。

- ① 個別相談を実施して参加者の生活実態に合わせた支援を行い、無理のない生活習慣改善への動機づけを高める。
- ② 参加者と専任の支援スタッフがマンツーマンで接することにより信頼関係が構築できる。
- ③ 生活習慣改善以外の日常生活における悩み、相談に対しても対応することができ、コミュニケーションの円滑化によって信頼関係の構築ができる。
- ④ 参加者の生活習慣病危険因子（高血圧、高コレステロール、耐糖能異常、肥満）に応じた内容で支援を行う。
- ⑤ 3つの小目標の実践結果、歩数、体重を毎日記入する健康ノートに参加者が使用し、自己実践の継続に役立てる。



プログラム例：サークル支援型プログラム（石川県小松市）

1. モデル事業実施市町村の概況（16年4月1日現在）

総人口	109,657人	国保被保険者数	37,571人
（うち40～64歳人口	36,566人）	（うち40～64歳	12,221人）
（うち65歳以上人口	21,439人）	（うち65歳以上	15,774人）
（うち75歳以上人口	10,324人）	（うち75歳以上	7,358人）

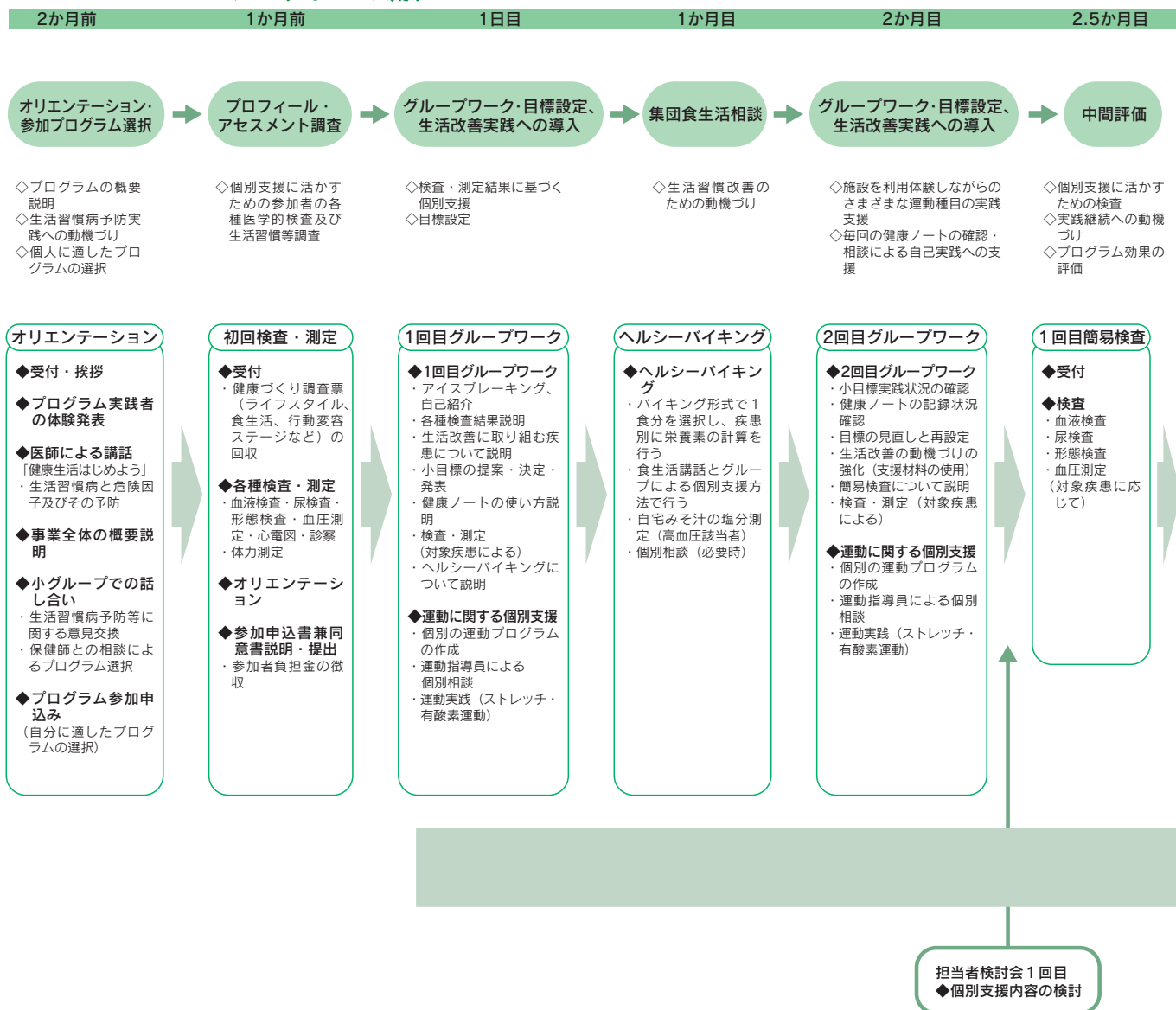
2. プログラムの目的

一人では生活習慣改善の継続が難しいが仲間と一緒に継続しやすい人を対象に、グループダイナミクスを活用した支援を行うことにより、生活習慣改善の行動変容を促し生活習慣病危険因子（高血圧、高コレステロール、耐糖能異常、肥満）を改善することを目的とする。

3. プログラムの特徴

本プログラムは、同じ生活習慣改善という目的をもった参加者がグループという形をとり、専属の支援スタッフが支援して問題点を共有化することにより、「一人ではなく皆で改善し

4. プログラムの流れ

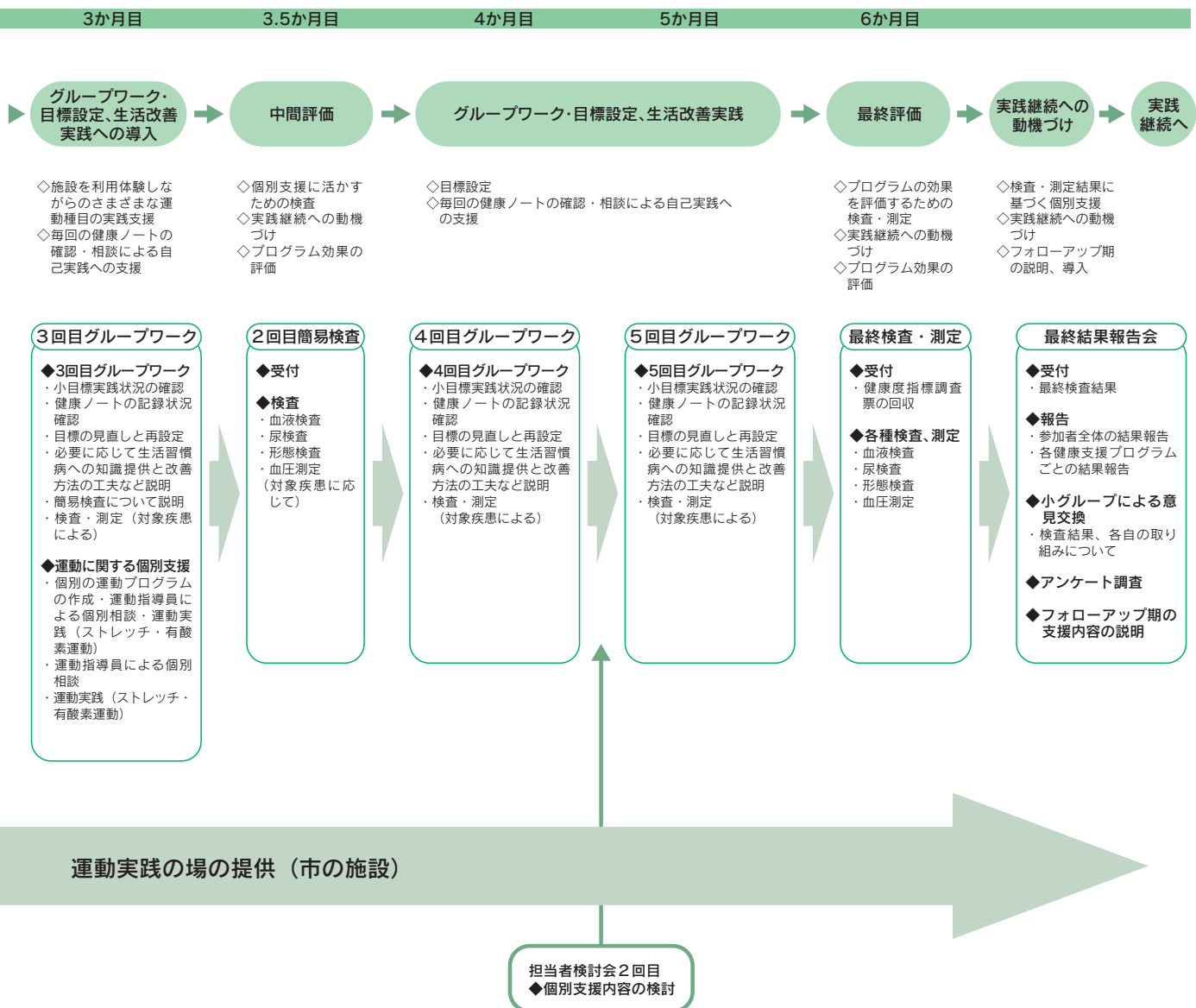


ていく」というグループダイナミクスを活かして生活習慣改善意欲を高め合い、一人ひとりの生活習慣改善を支援していくプログラムである。

月1回のグループワークを中心とし、支援期間は6か月である。

プログラムの特徴は、次のとおり。

- ① 6～8人の少人数グループにすることにより個々のライフスタイルに合ったきめ細やかな個別支援ができる。
- ② 対象疾患別のグループ化により、担当者は疾患別生活習慣改善ポイントを絞った支援ができ、またグループ内で疾患の問題点を共有し、疾患の正しい知識を習得することができ、生活習慣改善への行動変容を促進する。
- ③ グループ内で次回までの目標設定について意見交換した後、各自が自分の目標を決め、グループメンバーに紹介することにより、継続への動機づけが高まる。
- ④ 参加者の対象とする生活習慣病危険因子（高血圧、高コレステロール、耐糖能異常、肥満）に応じた内容で個別支援を行う。
- ⑤ 3つの小目標の実践結果、歩数、体重を毎日記入する健康ノートに参加者が使用し、自己実践の継続に役立てる。



プログラム例：通信支援型健康支援プログラム（石川県小松市）

1. モデル事業実施市町村の概況（16年4月1日現在）

総人口	109,657人	国保被保険者数	37,571人
（うち40～64歳人口	36,566人）	（うち40～64歳	12,221人）
（うち65歳以上人口	21,439人）	（うち65歳以上	15,774人）
（うち75歳以上人口	10,324人）	（うち75歳以上	7,358人）

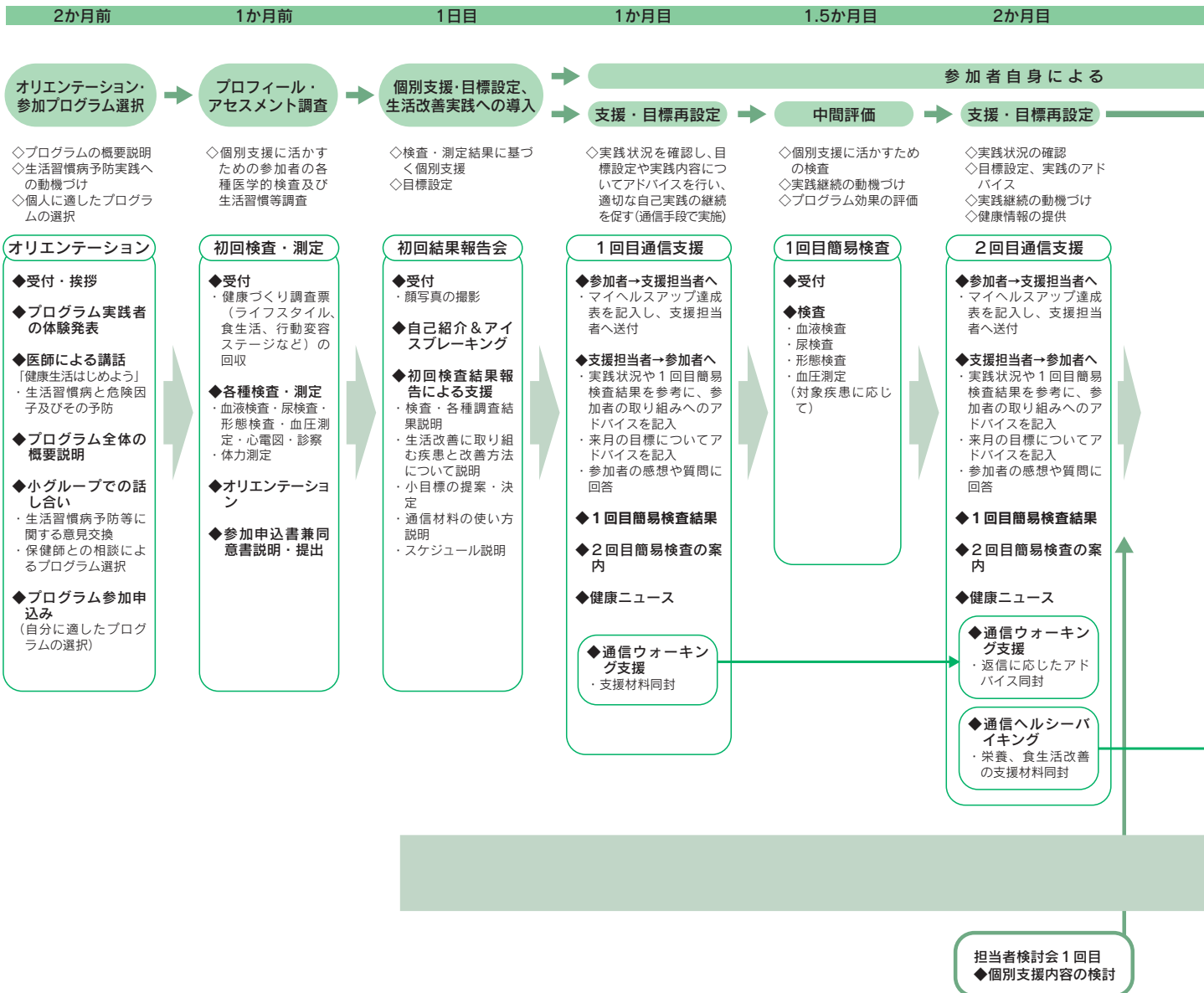
2. プログラムの目的

面接による個別相談を受ける時間が設けられない人などを対象に、郵便またはパソコンのeメールなどの双方向性の通信手段で支援を行うことにより、生活習慣改善の行動変容を促し生活習慣病危険因子（高血圧、高コレステロール、耐糖能異常、肥満）を改善することを目的とする。

3. プログラムの特徴

本プログラムは、生活習慣改善を自己管理できる人を対象に、月1回郵便やパソコンのe

4. プログラムの流れ

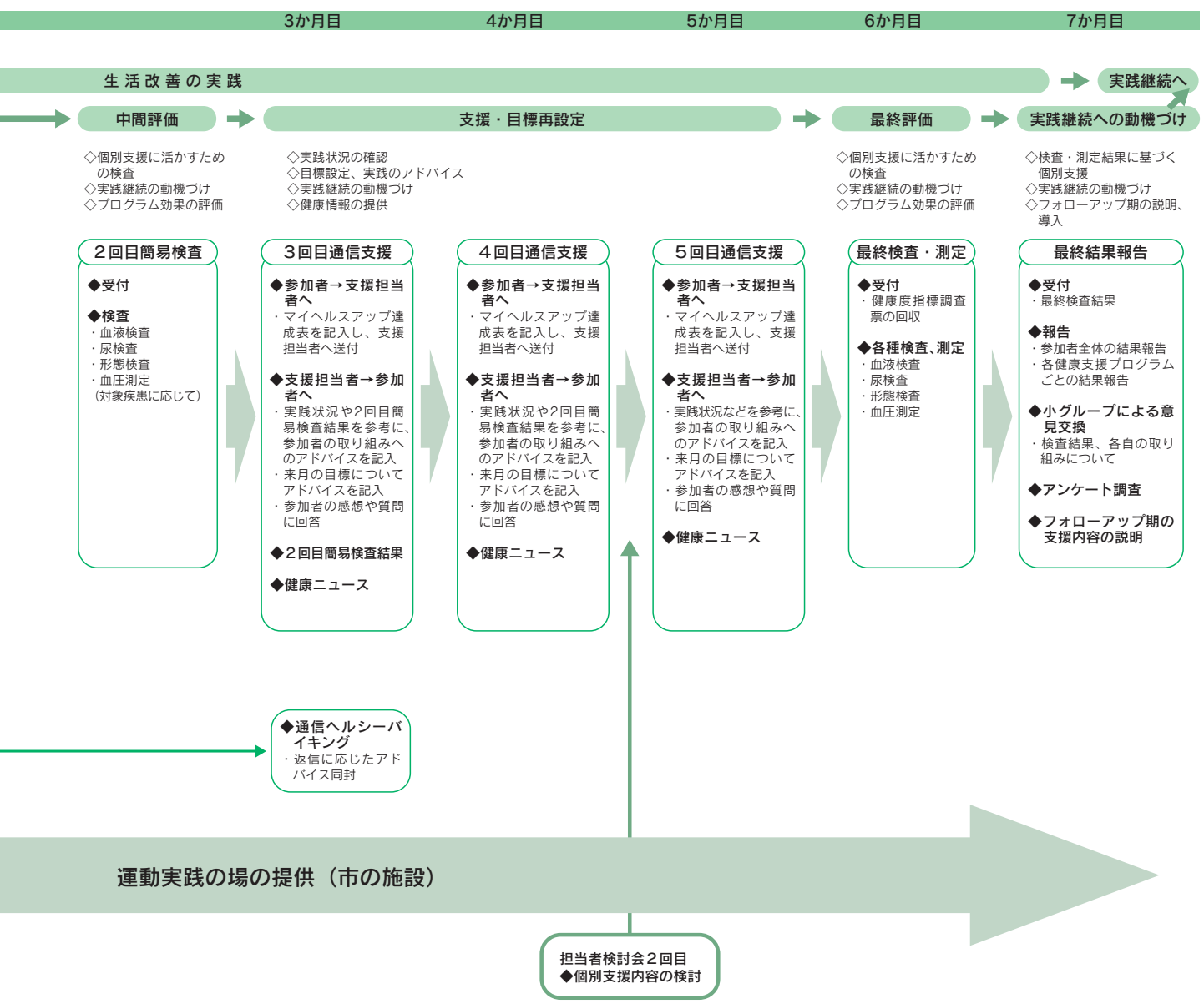


メール等による双方向性を持った通信手段で支援を行い生活習慣改善を支援していくプログラムである。

支援期間は6か月である。

プログラムの特徴は、次のとおり。

- ① 通信による双方向の支援により、参加者が自宅で自由な時間に支援を受けることができる。
- ② パソコンのeメールを手段とした支援では、リアルタイムに支援担当者から支援が受けられる。
- ③ 参加者の対象とする生活習慣病危険因子（高血圧、高コレステロール、耐糖能異常、肥満）に応じた支援により、参加者が適切な実践を行うことができる。
- ④ 毎月参加者は自分で行動変容の目標を設定して実践記録とともに返送し、支援担当者から翌月の目標設定へのアドバイスを受けることにより、適切な目標設定と実践を行うことができる。
- ⑤ 支援担当者は時間的拘束が少なく省力化・低コスト化ができる。



プログラム例：実践の場への参加奨励を加えた個別相談重視型プログラム

1. モデル事業実施市町村の概況（16年4月1日現在）

※数字は旧山東町分のみ

総人口	13,734人	国保被保険者数	4,366人
（うち40～64歳人口	4,221人）	（うち40～64歳	1,088人）
（うち65歳以上人口	3,029人）	（うち65歳以上	2,324人）
（うち75歳以上人口	1,454人）	（うち75歳以上	1,109人）

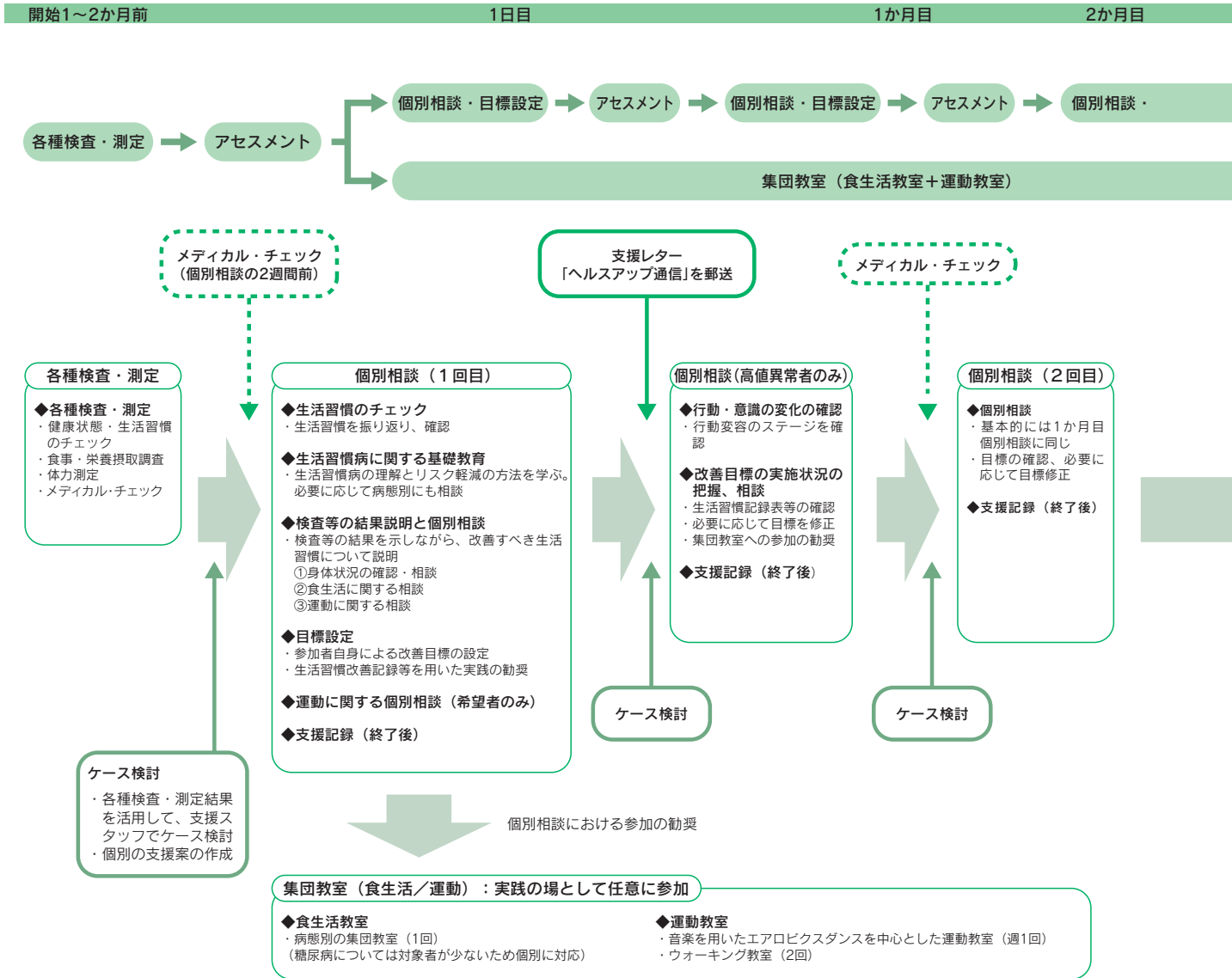
2. プログラムの目的

本プログラムの直接的な目的は、生活習慣の改善を通じた肥満症、高血圧症、高脂血症、糖尿病の予防と改善であるが、間接的には、参加者が自身及び家族の生活習慣病の予防を心がけた生活ができるようになることである。

3. プログラムの特徴

本プログラムは、2か月ごとのメディカル・チェック成績に基づく個別相談を軸としながら、運動及び食生活についての集団教室への参加を勧奨し、さらに個別相談の合間に通信支

4. プログラムの流れ

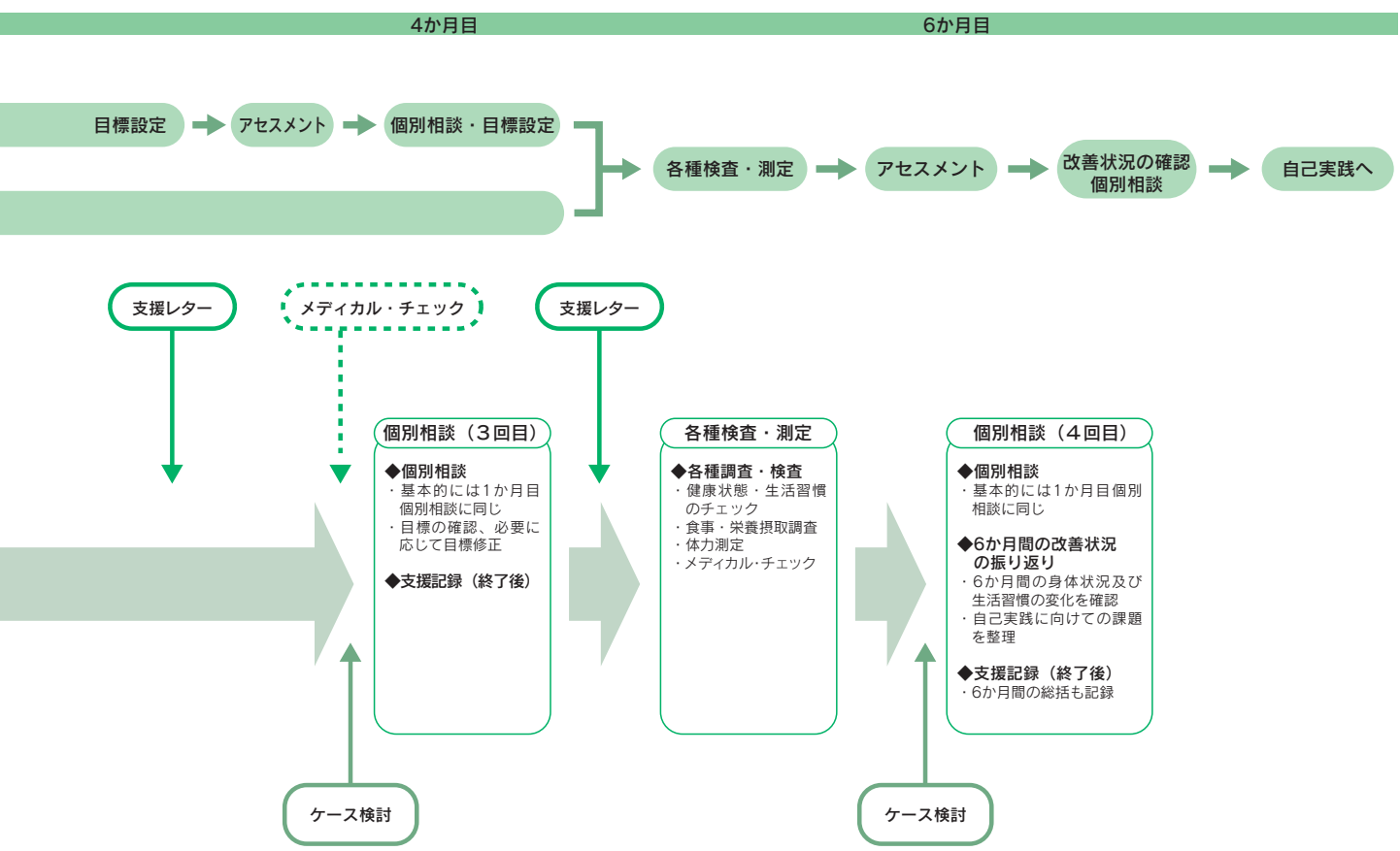


援（支援レター）を行うプログラムである。

プログラムの期間は各種検査・測定を除くと概ね6か月間であり、その間に4回（高値異常者のみ追加でさらに1回）の個別相談を実施する。

プログラムの特徴は、次のとおり。

- ① 2か月ごとのメディカル・チェックの結果を個別相談に反映し、生活習慣改善の効果を客観的データで確認しながら、動機づけの強化と継続を促す。
- ② 押しつけではなく、参加者が選択決定した行動を、ステージモデルに基づいて行動変容できるよう支援する。
- ③ 本プログラムは生活習慣病全般の予防と改善を目的としたものであり疾患別のプログラムではないが、個別相談の中で病態別カードを用いるなどして、疾患ごとの違いに配慮した支援を行う。
- ④ 正しい技術の習得や実践の場として期間中に3回の食生活教室と週1回の運動教室を実施し、個別相談時に参加を勧める。また、個別相談のない月には、食生活と運動の情報提供と個別相談担当者からの支援レターを「ヘルスアップ通信」として送付する。



プログラム例：医療機関と連携した個別相談重視型プログラム（香川県三豊地区※）

1. モデル事業実施市町村の概況（16年4月1日現在）

※数字は三豊地区計

総人口 80,005人 (うち40～64歳人口 26,371人) (うち65歳以上人口 20,185人) (うち75歳以上人口 10,039人)	国保被保険者数 31,154人 (うち40～64歳 8,772人) (うち65歳以上 14,525人) (うち75歳以上 7,362人)
--	--

2. プログラムの目的

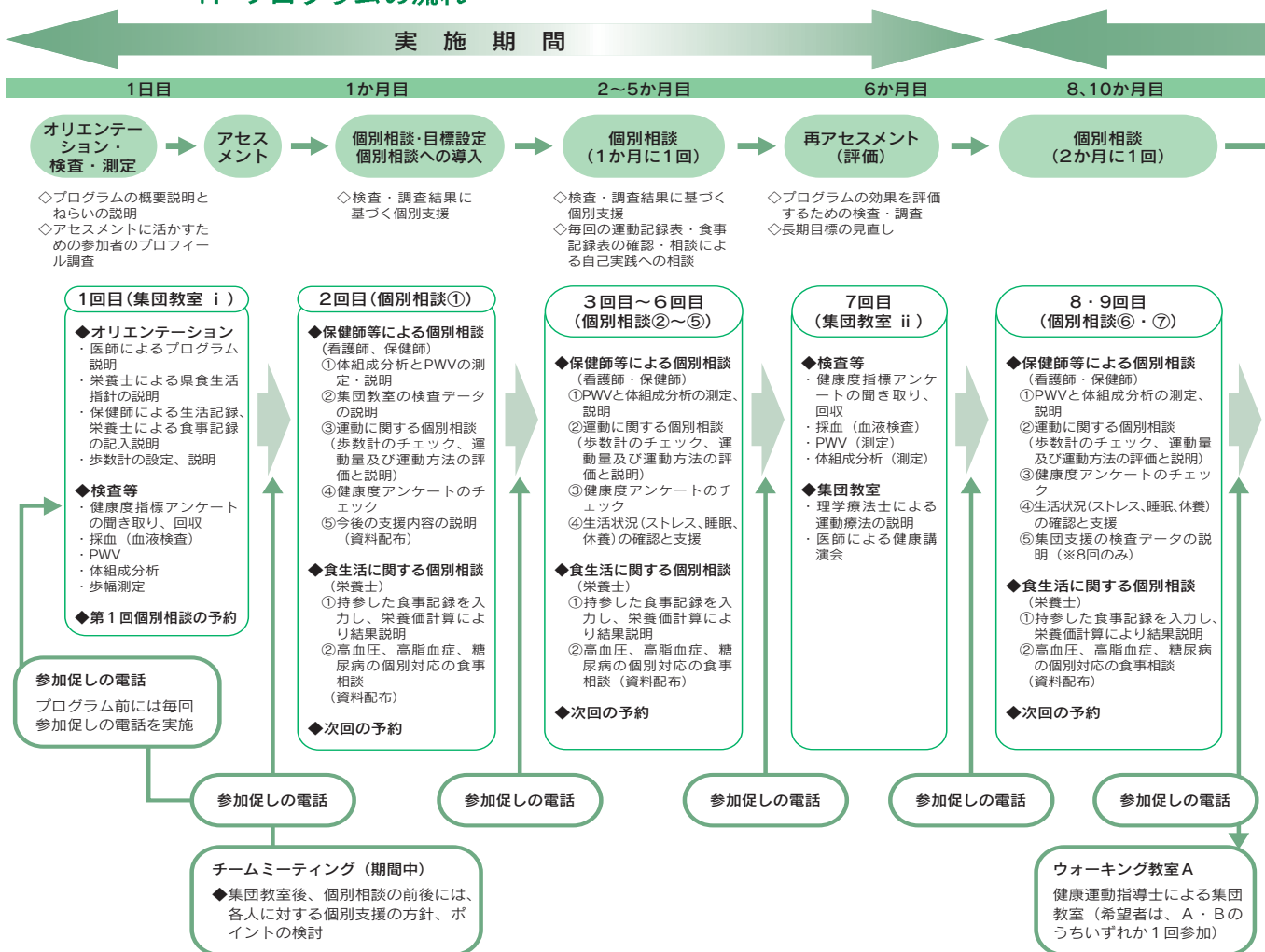
本プログラムの目的は、糖尿病、高血圧、高脂血症等の生活習慣病の患者の発生とともに、進行や合併症の発症を予防することである。

- ① 参加者が生活習慣の改善の必要性を理解し、生活習慣病予防についての基本的な知識・技術を身につけるようにする。
- ② 特に、生活習慣病になりにくい食生活を確立し、「バランスのとれた、カロリーオーバーでない食事をとるようになること」を目指す。
- ③ 1市4町（合併前、以下同じ）が提供する運動メニュー（集団運動教室）をお互いに活用し、運動習慣の獲得を支援する。

3. プログラムの特徴

本プログラムの特徴は、「食生活の確立及び運動習慣の獲得のための専門職による集団・

4. プログラムの流れ



個別支援」である。

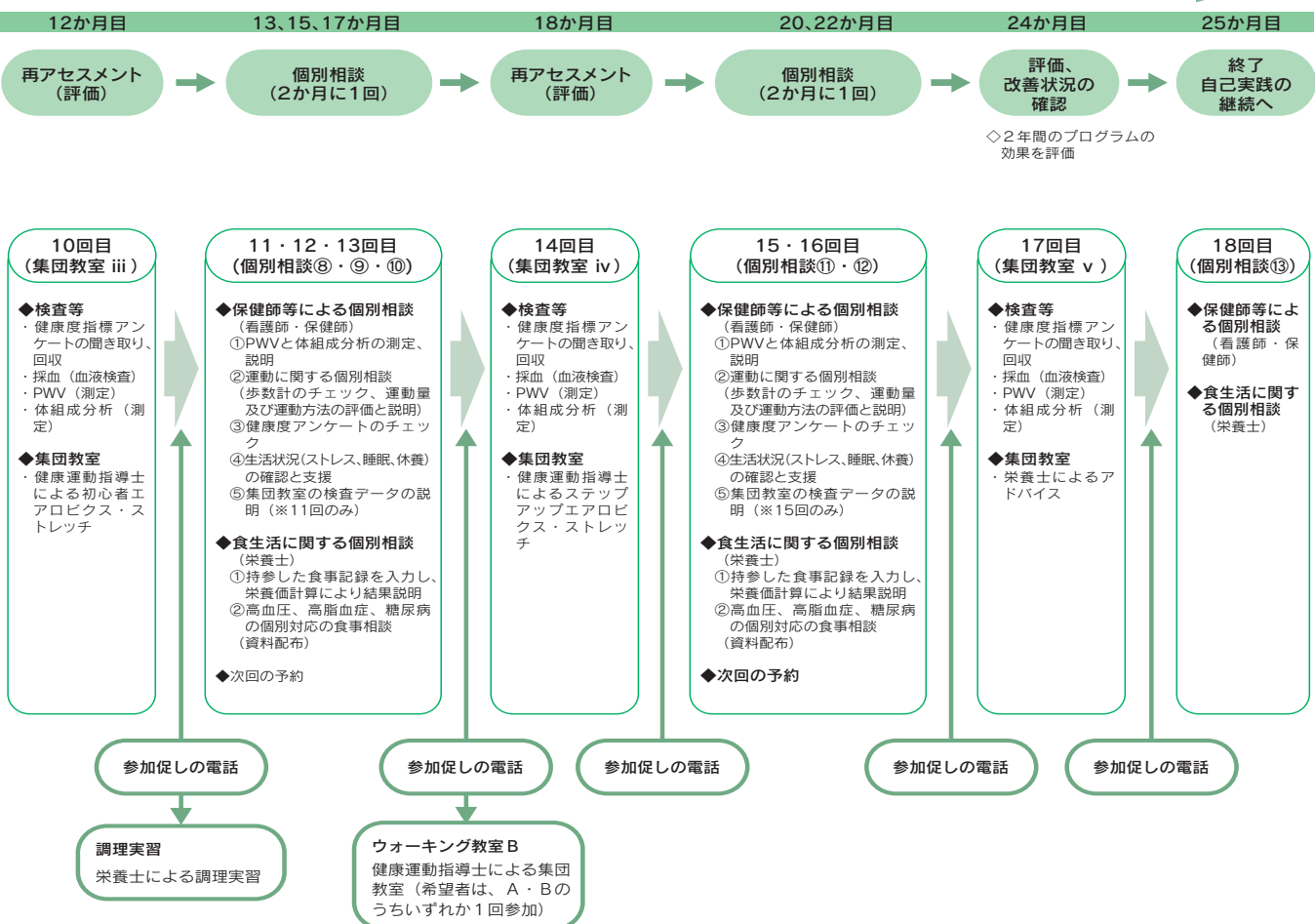
検査結果に基づく個別相談（食事・生活習慣）とともに、集団運動教室（はだしで歩歩き、ウォーキング、体操、エアロビ、筋肉トレーニング等）を実施する。本地域では、1市4町の広域で取り組んでいる点も特徴であり、それぞれの自治体において集団運動教室を企画、実施したが、プログラム参加者は自分の居住地以外の自治体のメニューにも参加可能とする。

プログラムの実施期間は6か月、その後のフォローアップ期間は1年半である。

プログラムの特徴は、次のとおり。

- ① 1か月に1回の無理のないペースで食事・生活の個別相談を実施し、食事・生活習慣改善の具体的な知識・技術が身につくよう支援。その後1年半は、フォローアップ期間として2か月に1回のペースで個別相談を行い、最初の半年で獲得した知識・習慣が定着するように設定。
- ② 専門職による個別相談をもとにした個人の改善目標の設定。
- ③ 相談予約の連絡、個人支援台帳の管理等の業務を医療機関に置き、情報が一元管理できるようにする。
- ④ 1市4町による異なる「集団運動教室」メニューの提供と居住地以外の自治体メニューへの参加推奨。

フォローアップ期間



プログラム例：短期集中型集団教室における運動・食生活自己実践プログラム

1. モデル事業実施市町村の概況（16年4月1日現在）

※数字は旧小浜町分のみ

総人口	11,065人	国保被保険者数	6,034人
（うち40～64歳人口	3,764人）	（うち40～64歳	1,986人）
（うち65歳以上人口	3,046人）	（うち65歳以上	2,393人）
（うち75歳以上人口	1,445人）	（うち75歳以上	1,121人）

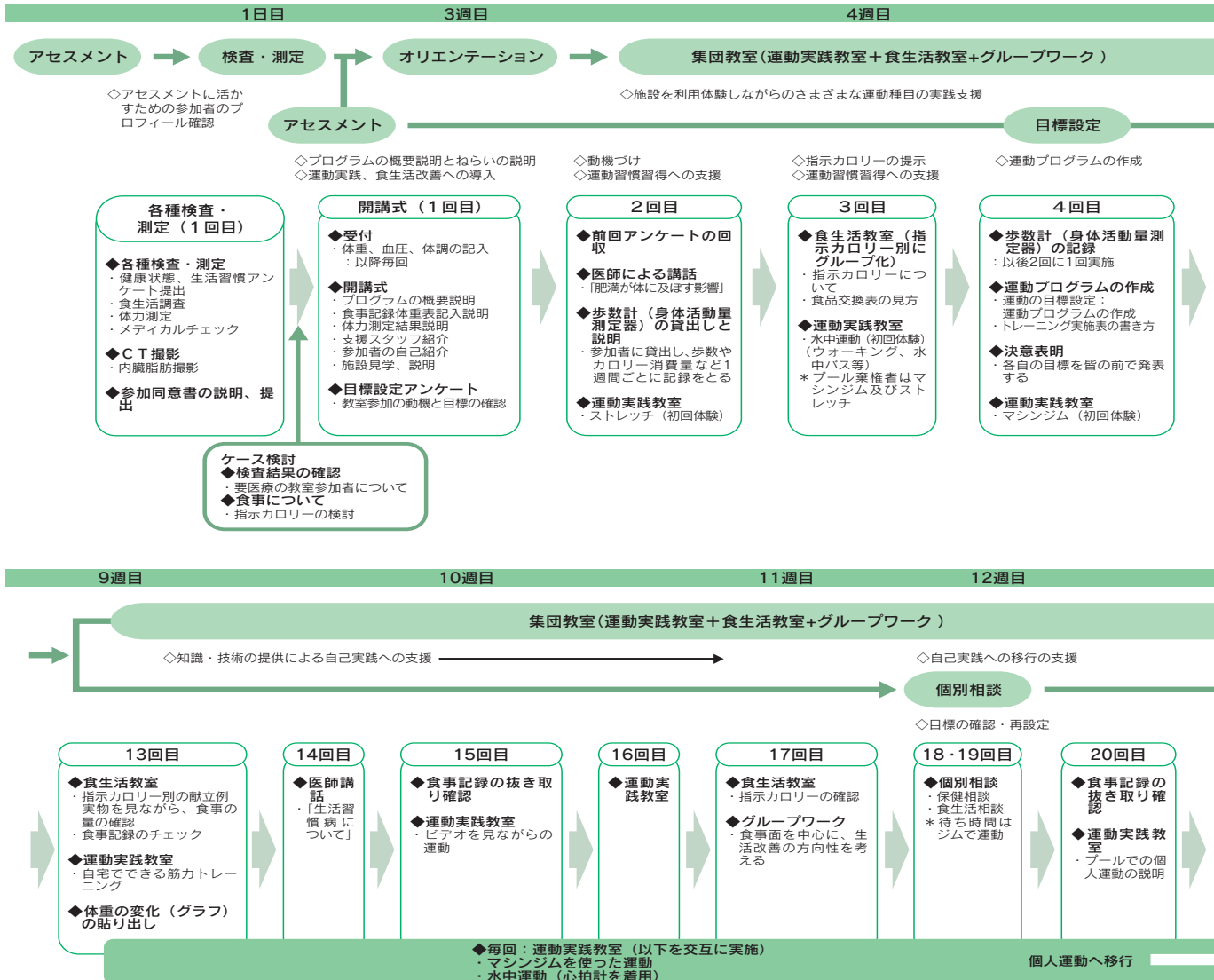
2. プログラムの目的

肥満及び高脂血症の原因となる生活習慣を振り返り、その原因に個人が気づいたうえで生活習慣を改善し、改善できた生活習慣を自分のライフスタイルに合った方法で継続できるように支援することで、肥満及び高脂血症を予防することを目的とする。

この目的を達成するために、以下を具体的なねらいとして設定する。

- ① 肥満及び高脂血症の原因を自ら究明する（健康関連指標の検査結果及び体力測定の結果、食事記録表、運動記録表などから）。
- ② 生活習慣改善の必要性や重要性を認識し、肥満及び高脂血症の予防のための運動や食生活についての基礎知識や技術を習得する。
- ③ 効果的な運動や適正な食生活を実際に体験・実践する。
- ④ 効果を出し、自信を持つ（効果の出せることを実感する、ひいては動機づけにつなげる）。
- ⑤ 運動実践や食生活改善を自分の合った方法に工夫していく（自ら生活習慣を振り返り、実践し、さらに振り返る方法を習得する）。

4. プログラムの流れ



本プログラムの効果として、具体的には以下の指標の改善を期待する。

- ・血清脂質の改善（総コレステロール、中性脂肪、LDLコレステロールの低下）
- ・体組成の変化（体脂肪率の減少）
- ・総合的健康度：活力年齢（動脈硬化危険因子の総合指標）の若年化
- ・総合的体力度：体力年齢（体力測定結果の総合指標）の若年化
- ・生活習慣の改善（運動の習慣化、身体活動量の増大、食習慣の適正化など）

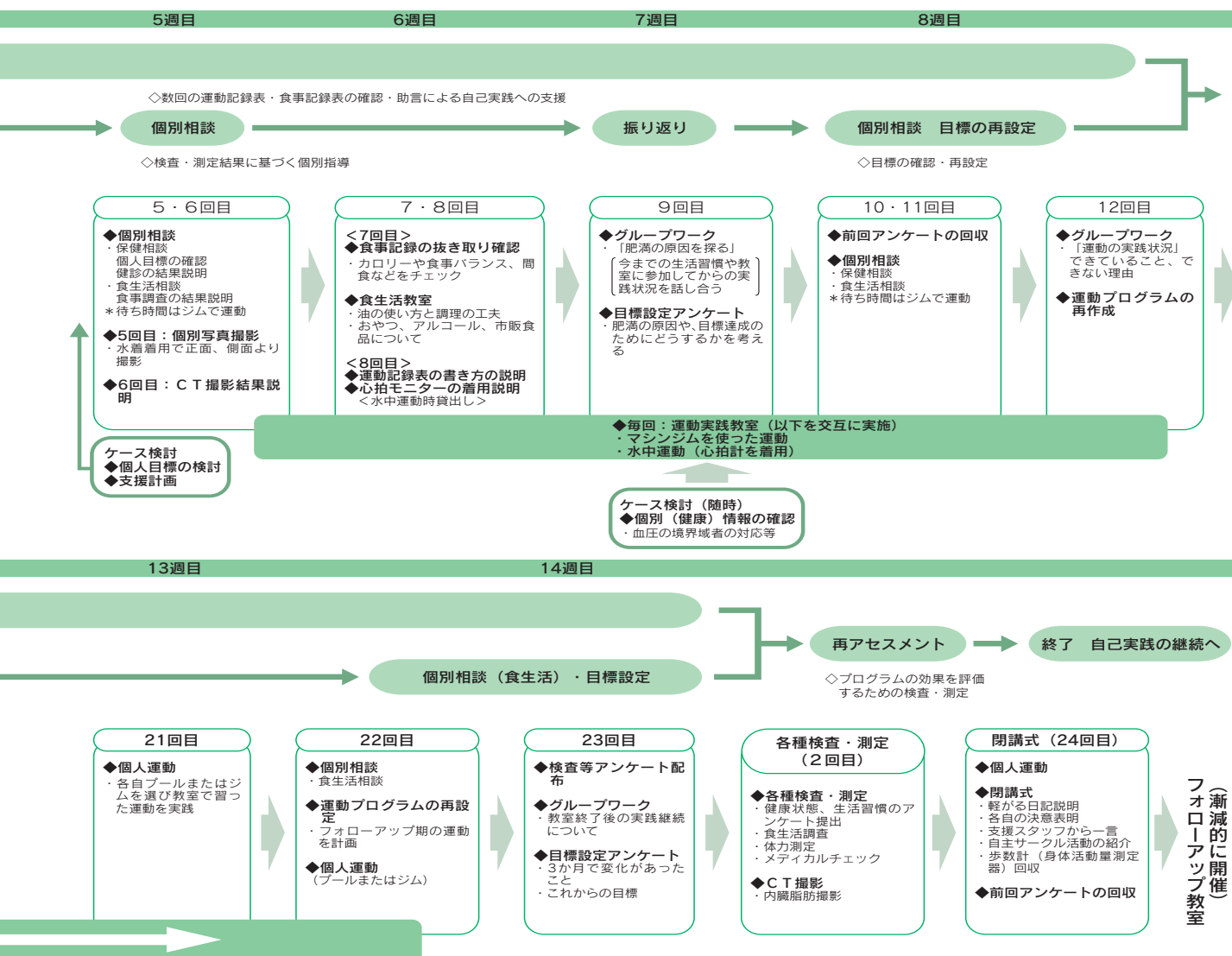
3. プログラムの特徴

本プログラムでは、集団教室及び個別相談を集中的に実施することにより短期間集中型で生活習慣の改善を促し、短期間で目標とする効果を最大限に引き出せるように支援を行う。

プログラム期間中は週2回の頻度で集団教室を開催し、その中に個別相談の機会を3回設ける。プログラムの期間は3か月であり、終了後のフォローアップ期については段階的に支援回数を減らしていく。

プログラムの特徴は、次のとおり。

- ① 3か月・週2回の集中的な支援により、生活習慣改善の効果を早期に実現し、参加者が効果を実感して実践継続につながるようにする。
- ② 対象とする疾患は肥満症及び高脂血症であり、プログラム内容は同一であるが、疾患別に参加者をグループ化して教室を分けて実施する。
- ③ 集団教室を基本とすることでより多くの参加者を対象とすることが可能であり、また疾患別にグループ化することによって同じ目標を持つ仲間との情報の交換や実践の共有ができる。
- ④ 集団教室を基本としながらも、その中に個別相談の時間を3回設け、一人ひとりに応じた支援を行う。
- ⑤ フォローアップの期間において段階的に支援回数を減らし、徐々に自己実践に結びつくよう支援する。



第1章

第2章

第3章

第4章

第5章

第6章

資料編

プログラム例：地域の身近な施設を活用したプログラム（山形県鶴岡市）

1. モデル事業実施市町村の概況（17年4月1日現在）

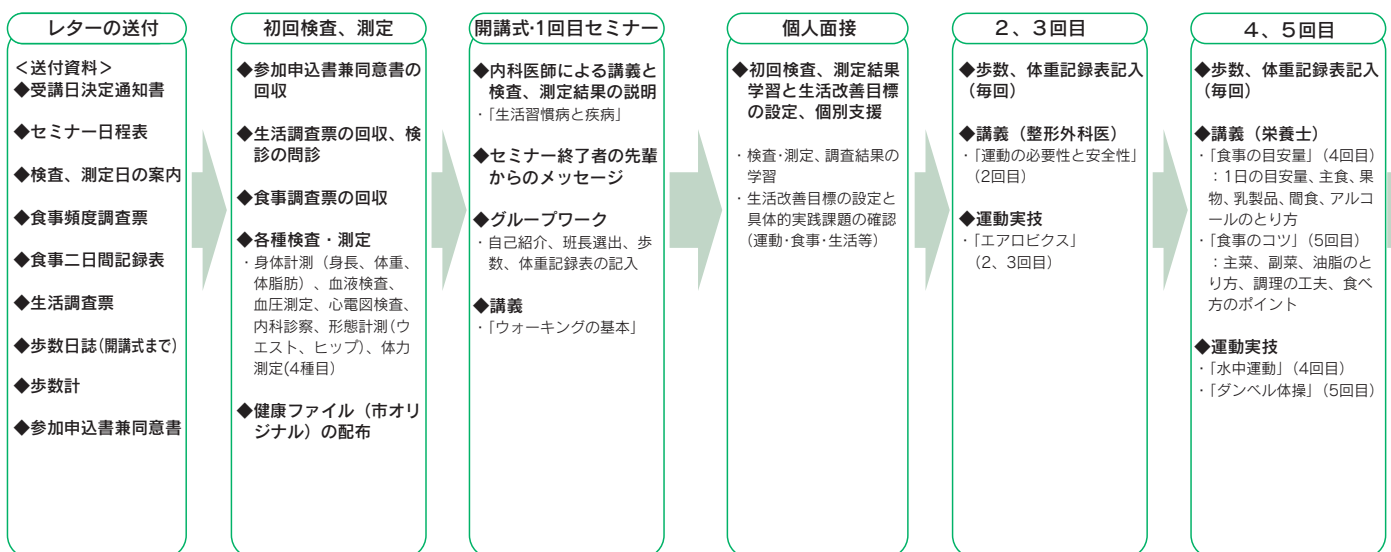
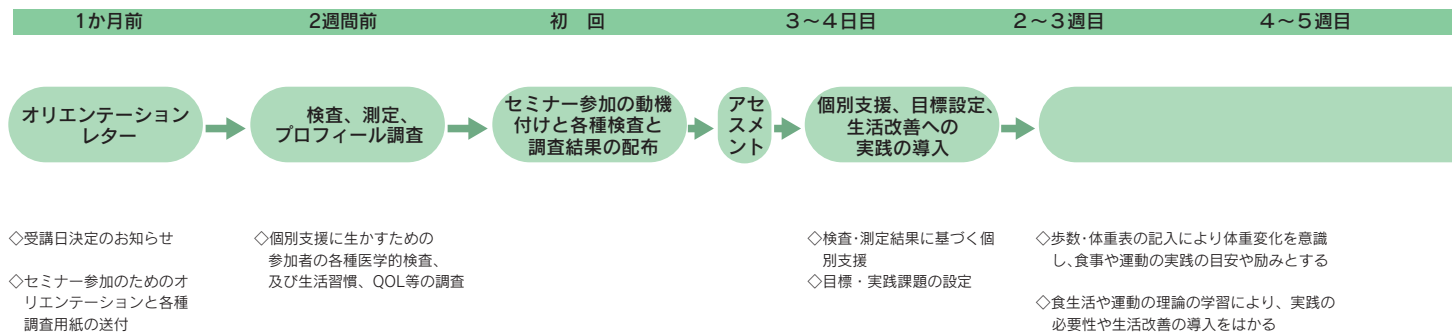
総人口	98,412人	国保被保険者数	39,446人
（うち40～64歳人口	33,418人）	（うち40～64歳	12,119人）
（うち65歳以上人口	24,352人）	（うち65歳以上	18,750人）
（うち75歳以上人口	11,640人）	（うち75歳以上	8,800人）

2. プログラムの目的

生活習慣病（血圧、脂質、血糖）検査値の総合的な改善を体重減量によって達成すること、運動と栄養の生活習慣改善を目的とした。

- 運動と栄養の介入によるプログラム実践者の生活習慣病の改善
- 運動と食事の行動変容の継続や、健康意識の高揚につながる仲間意識の深まり
- 実践体験を通しての健康づくりの大切さと楽しさの周囲への広まり
- プログラム実践者の健康づくり推進役「健康づくりサポーター」としての期待
- 近隣への波及による健康づくりに取り組む住民の増加

4. プログラムの流れ



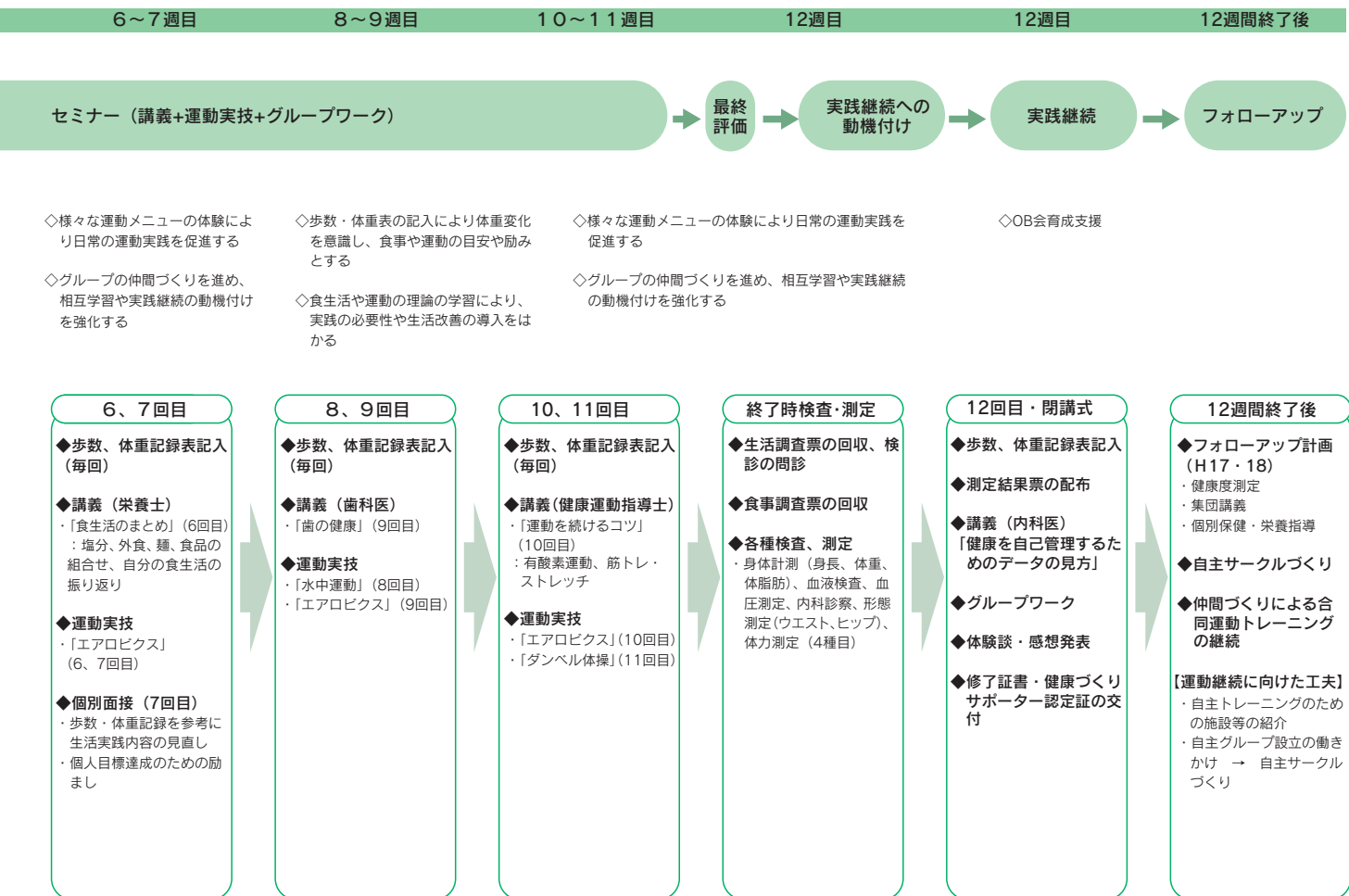
【参加しやすい体制】 身近な会場での開催：地域コミュニティセンター

3. プログラムの特徴

本プログラムは、個別の栄養・保健指導（約30分）、集団講義（食事・運動）（約1時間）、集団実技（水中運動や陸上運動）（約1時間）を毎週1回、12週間おこなうコースである。参加者には歩数計を配布し、体重と歩数を記録する日記をつけ、個々の目標を設定するのが指導の特徴である。個別面接で目標設定し、小グループでのグループワークによる目標見直しを行った。栄養指導では、食事記録と食物摂取頻度調査に基づく指導をおこなった。鶴岡市は、地理的に市街地、農村地区、海岸地区に分かれるために、それぞれの地域のコミュニティセンターを会場とする3つのコースを設定し、かつ参加者の時間的都合を考慮し、それぞれ昼間と夜間の2コース、合計6つのコースを設定し、1年間に亘って開催した。短期の効果測定は、12週間前後の健康測定とした。12週間の間の平均の出席率は84%であった。

12週間終了後は、自主サークルづくりをおこない、仲間づくりによる合同運動トレーニングを継続している、平成17年度、平成18年度と集団講義、個別保健・栄養指導と効果測定を継続する計画である。

- (1) 地理的、生活習慣の特徴から3エリアに分類：市街地、農村部、海岸部
- (2) 疾病状況など各エリアの健康課題を踏まえた対応
- (3) 参加しやすい体制：身近な会場での開催（地区コミュニティセンターなど）、実施時期（春・秋・冬）、時間帯（昼間・夜間）の異なる6つのセミナー
- (4) 運動継続に向けた工夫：自主トレーニングのための施設等の紹介、セミナー終了後の自主グループ設立の働きかけ



実施時期：春・秋・冬 時間帯：昼間・夜間 2コース

プログラム例：成人期を対象に自己実践の定着を目指したプログラム

1. モデル事業実施市町村の概況（17年4月1日現在）

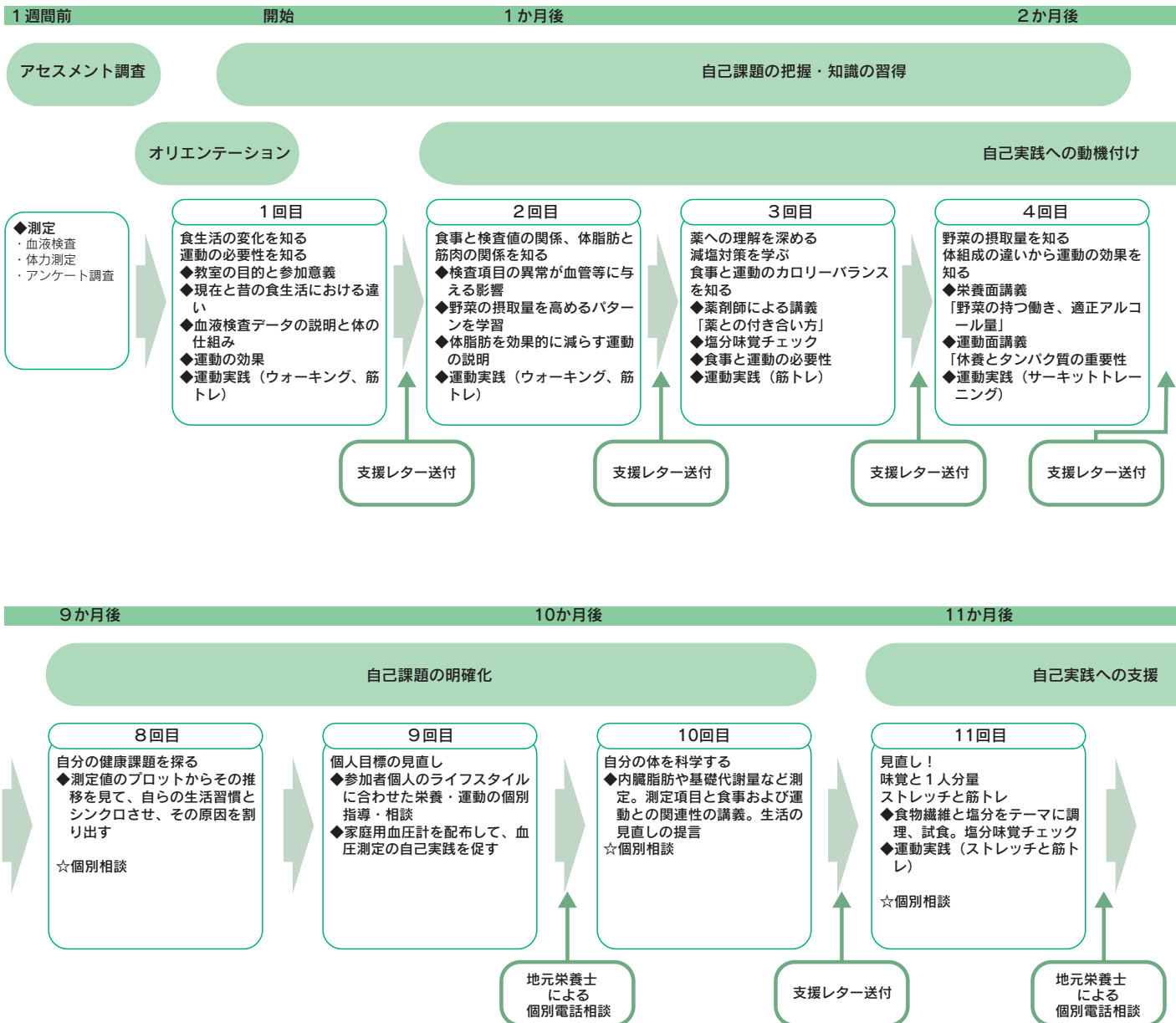
※数字は旧名田庄村分のみ

総人口	2,892人	国保被保険者数	1,115人
（うち40～64歳人口	994人	（うち40～64歳	324人
（うち65歳以上人口	995人	（うち65歳以上	586人
（うち75歳以上人口	434人	（うち75歳以上	303人

2. プログラムの目的

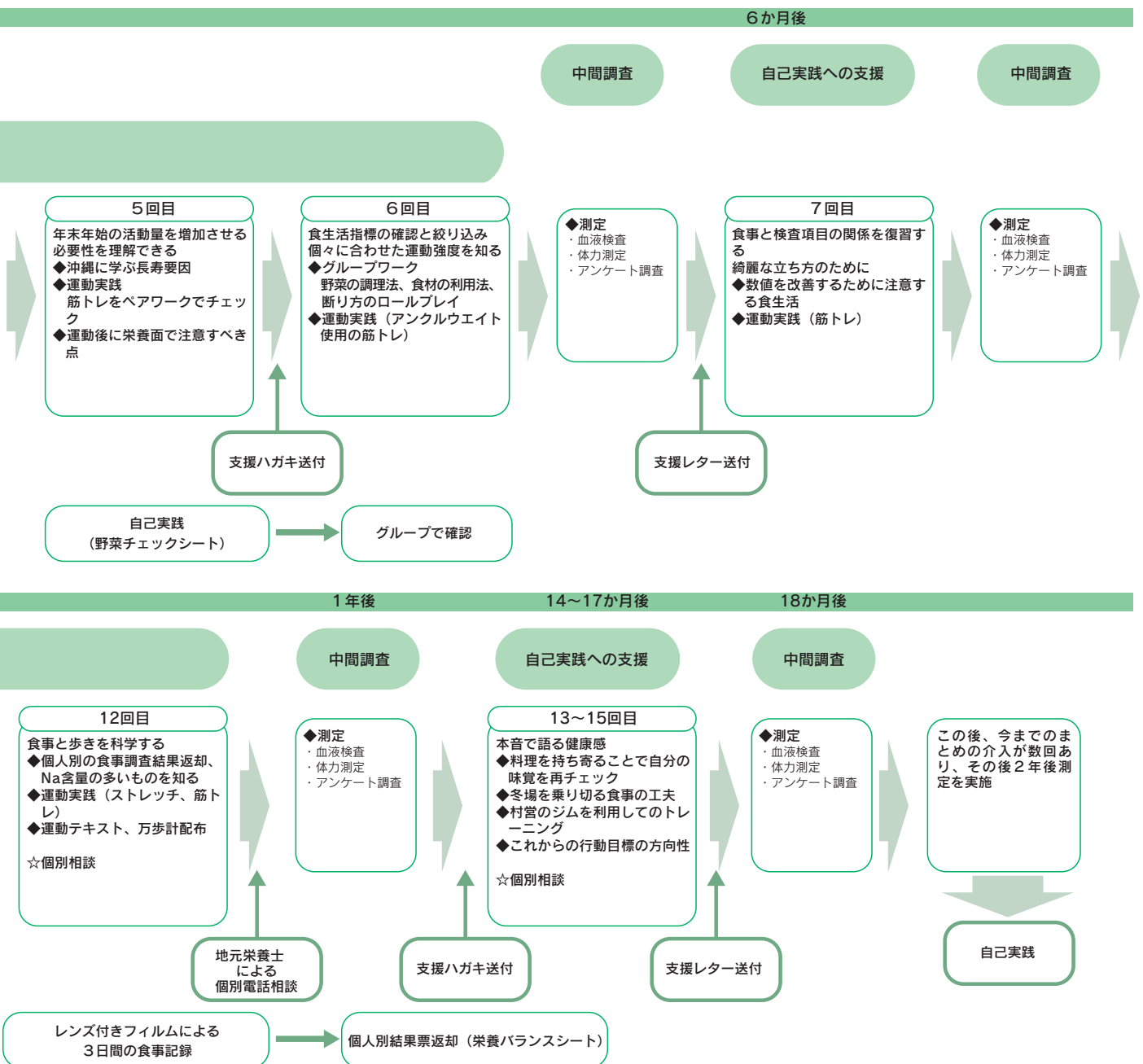
地元の保健師や栄養士による従来の指導法と比べて、専門家による強力な介入を行う。成人期（30歳～65歳）の個別介入を通じて、体重低下、総コレステロール低下、血圧低下を目標とした。

4. プログラムの流れ



3. プログラムの特徴

本プログラムは、管理栄養士と運動指導者が中心に実施した集団教育と個別教育・相談支援を併用した個別支援プログラムである。食生活と運動の2本柱に、ヘルスアップ調査の結果から自己課題を探る支援ツールや血圧のセルフモニタリング、歩数計を利用したセルフモニタリングなどで、参加者自らが主体性を持ち、健康行動を促す支援プログラムとした。また、レンズ付きフィルムを利用して、個人別の食事診断を実施した。支援レターの発行や地元栄養士と保健師による個別の家庭訪問や電話相談などで、行動変容の強化とドロップアウト防止を試みた。



プログラム例：生活習慣病予防を目指したダイエットプログラム（兵庫県稲美町）

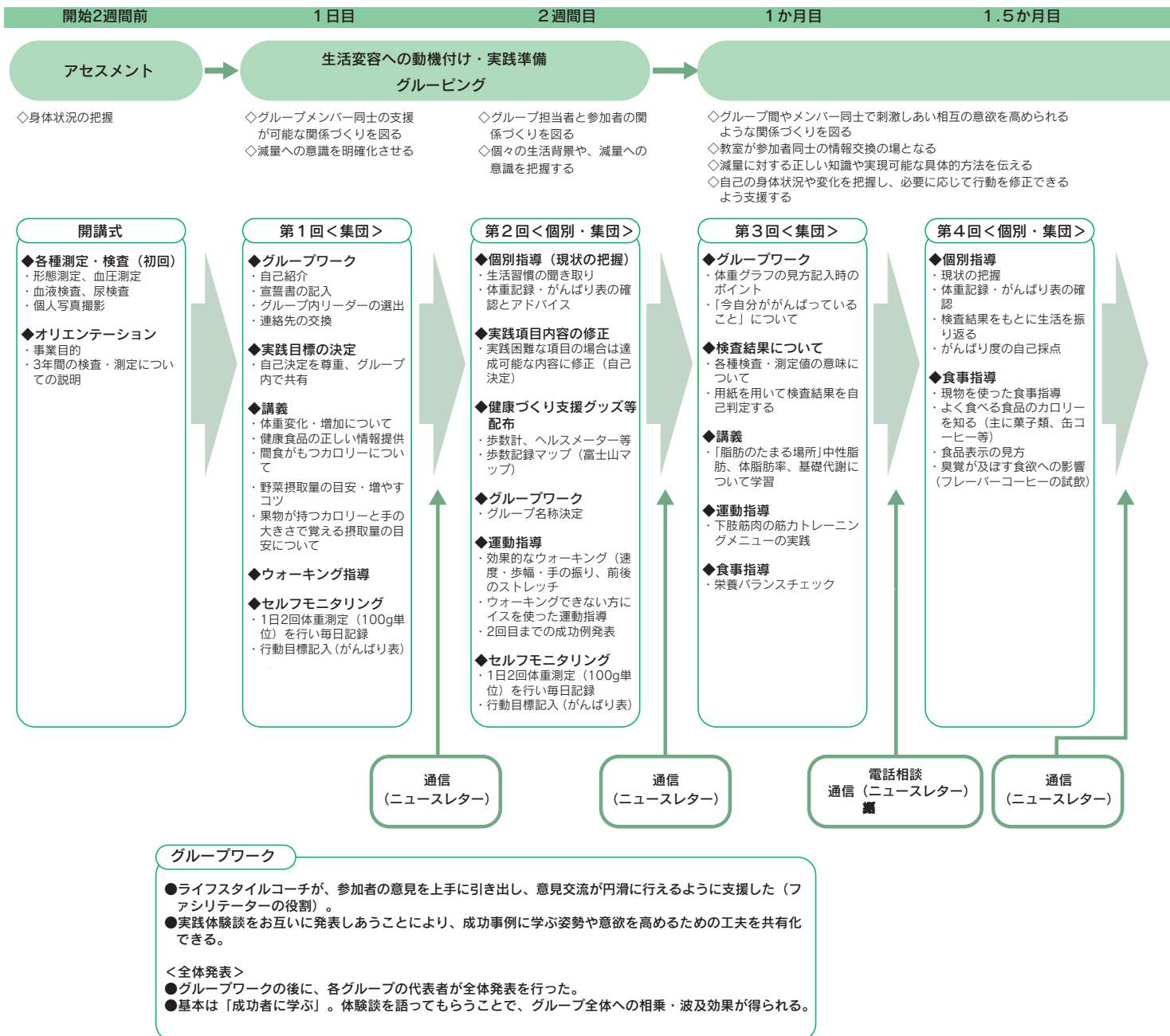
1. モデル事業実施市町村の概況（17年4月1日現在）

総人口	32,687人	国保被保険者数	10,537人
（うち40～64歳人口	12,047人）	（うち40～64歳	3,418人）
（うち65歳以上人口	5,606人）	（うち65歳以上	4,338人）
（うち75歳以上人口	2,450人）	（うち75歳以上	1,782人）

2. プログラムの目的

メタボリックシンドロームの概念に着目し、様々な生活習慣病予備軍となる肥満者（いわゆる生活習慣病のハイリスク者）を対象とした安全で効率的な減量プログラムを作成し実施する。ハイリスクアプローチで生活習慣病の一次予防を目指す。

4. プログラムの流れ



3. プログラムの特徴

本プログラムは、行動科学に基づいた市販のテキストを用いて、健康的な減量法、減量成功の裏技などについて講義・グループワークと体験学習を行う。

特徴は以下の通りである。

- (1) 体験型・行動科学手法の活用。
- (2) 年齢・性によりグループを構成する。
- (3) 各グループをライフスタイルコーチ（保健師・管理栄養士・理学療法士）が支援。
- (4) 集団指導と個別指導及びライフスタイルコーチからの電話による個別フォロー（4回）・個別支援レター（9回）の組み合わせで、対象者の年齢・性・性格・ライフスタイルにあった内容で指導を実施。

2か月目

2.5か月目

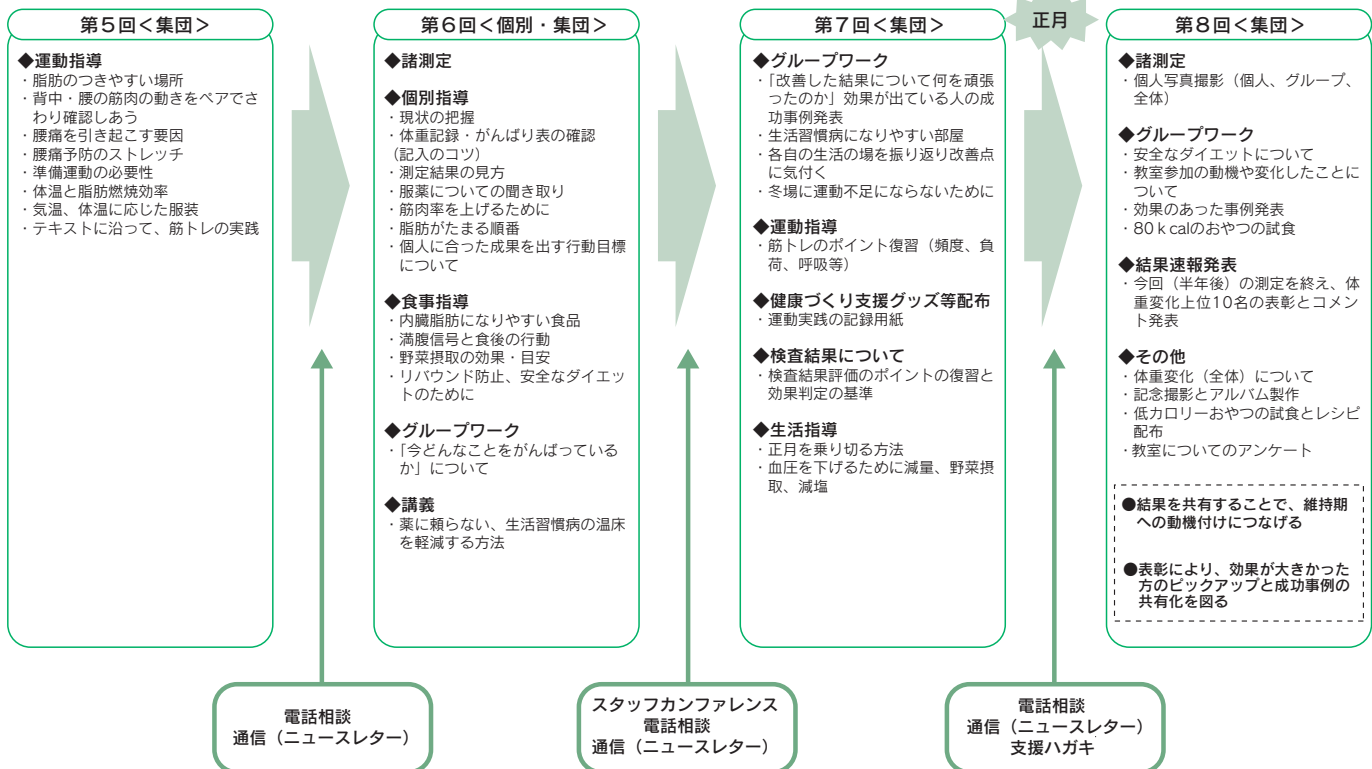
4か月目

6か月目

生活変容の実践

-5%の減量維持

- ◇グループ内での交流関係を継続して行える関係づくりを目指す
- ◇方向修正を各自適宜行えるよう、復習と再確認の時間を設ける
- ◇2年目以降の自己実践に向けて意識が高まるよう支援する



個別フォロー

- 個別面接では、ライフスタイルコーチが、「指導でなく支援」を基本姿勢に参加者と良好な関係を構築しつつ、前回までの理解度や体重記録を確認のうえ、生活習慣化のステージ分類をし、1ステージアップを目指した行動目標の自己決定を支援する。
- 中断されている方には、中断理由の明確化、モチベーションの共有化、目標の修正等の支援と助言をする。困難ケースは、カンファレンスにてアプローチ法を検討する。
- 前回欠席者には、電話フォローの後、次回開催直前に要点を個別レクチャーする。

プログラム例：個別の運動処方を中心としたプログラム（佐賀県佐賀市※）

1. モデル事業実施市町村の概況（17年4月1日現在）

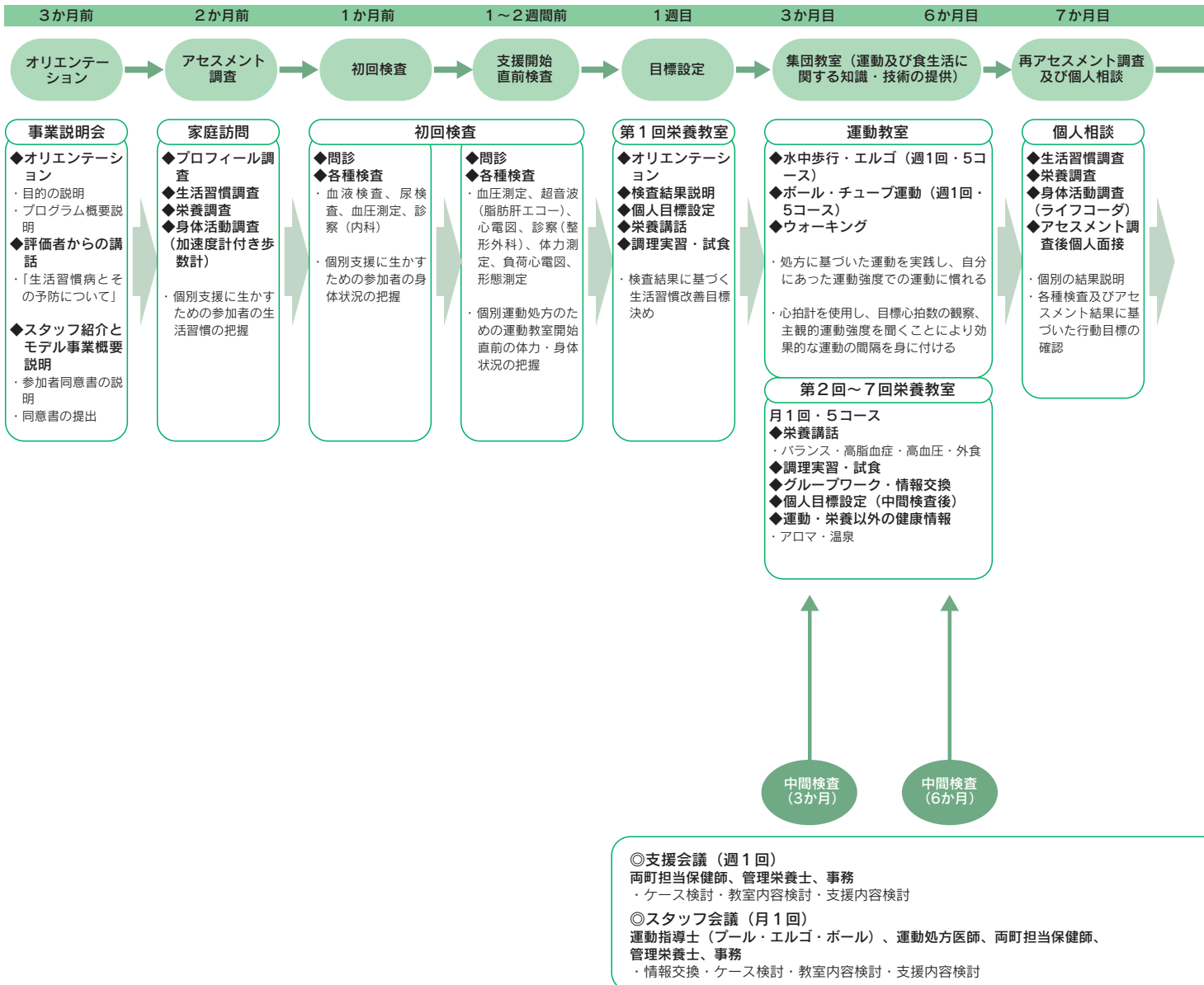
※数字は旧富士町・大和町分のみ

総人口	27,322人	国保被保険者数	9,446人
（うち40～64歳人口	9,347人	（うち40～64歳	2,815人
（うち65歳以上人口	5,963人	（うち65歳以上	4,382人
（うち75歳以上人口	3,018人	（うち75歳以上	2,093人

2. プログラムの目的

身体状況（危険因子の程度と体力、形態）、生活状況（日常身体活動量、食生活、睡眠、休養、ストレス、生きがい、その他）などの個人の特性を把握したうえで、支援スタッフは問題点の発見と改善方法の提案を行う。また実施する個人は実行可能性を考慮して行動目標の設定を行う、共同作業型プログラム。定期的な評価によって、結果と行動を確認し、行動の修正を繰り返しながら、生活習慣病の改善、体力の向上、そして健康的で生き生きとした暮らしを創造していくことを目指す。

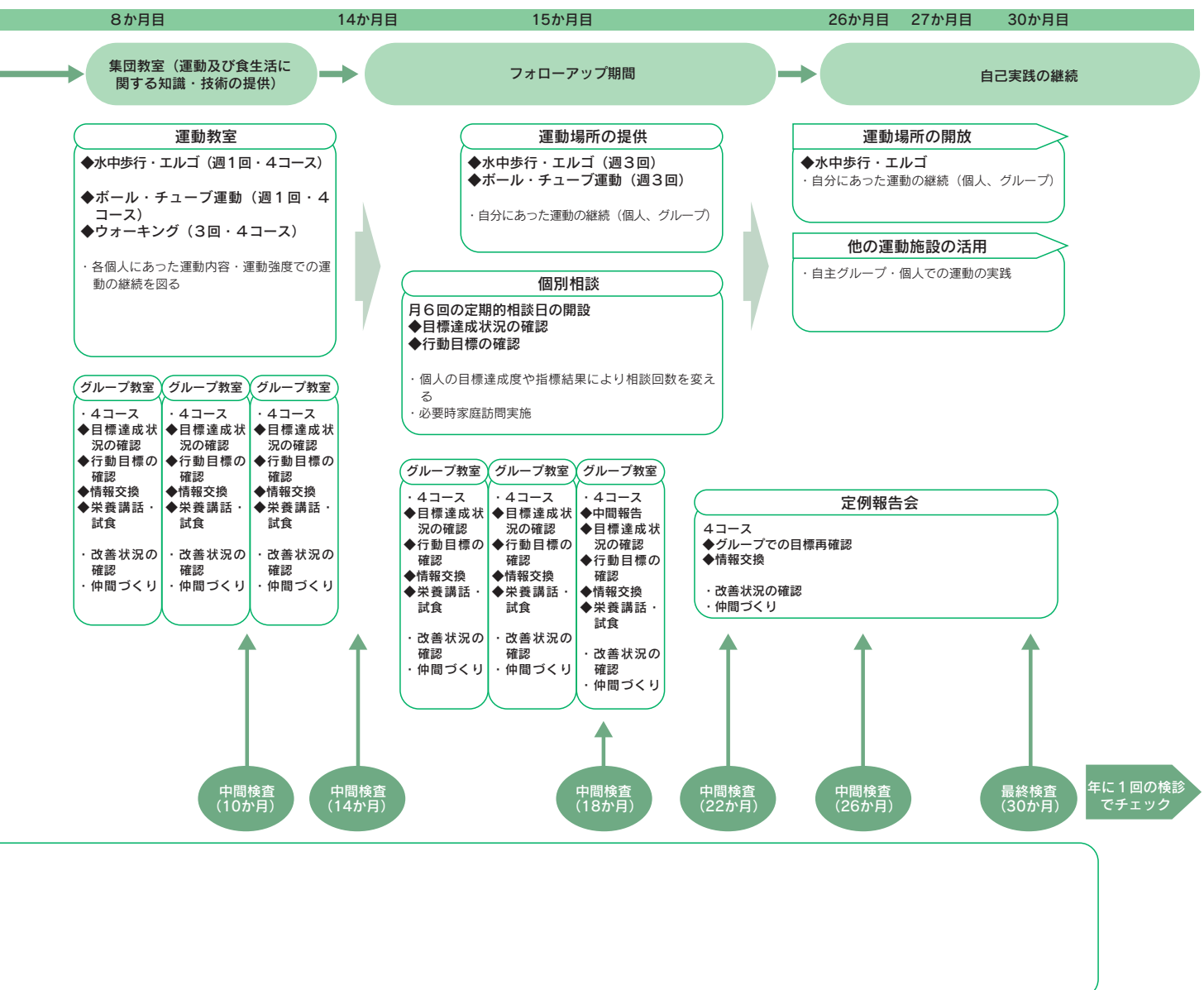
4. プログラムの流れ



3. プログラムの特徴

本プログラムの特徴は、以下の通りである。

- (1) 運動療法を主体として、食生活の改善やその他の支援を行う。
- (2) 生活習慣病予防を目的とした運動療法は、自転車エルゴメーター、過流浴プールでの水中運動、ボール運動、陸上歩行などの数種類の全身持久的運動を主とする。ストレッチやチューブ運動など筋力アップや柔軟性向上のための運動も補充して行う。基本は監視型運動で実施し、安全性を確認した後、自宅や他の施設等での非監視型運動も随時指導していく。
- (3) 全身持久的運動の実施にあたっては、高脂血症、糖尿病、高血圧などの危険因子を単独または複数保有する者が対象であるため、運動負荷試験を必須とする。運動処方方はDouble Product Breaking Point (DPBP) に相当する強度を基準とする。運動時間は20~60分と幅をもたせ、5分でも時間があれば何か実施するようにしてもらう。定期評価のたびに、体力、形態、自覚症状、生活習慣などの変化を確認し、運動処方と行動目標の修正を行う。



第6章

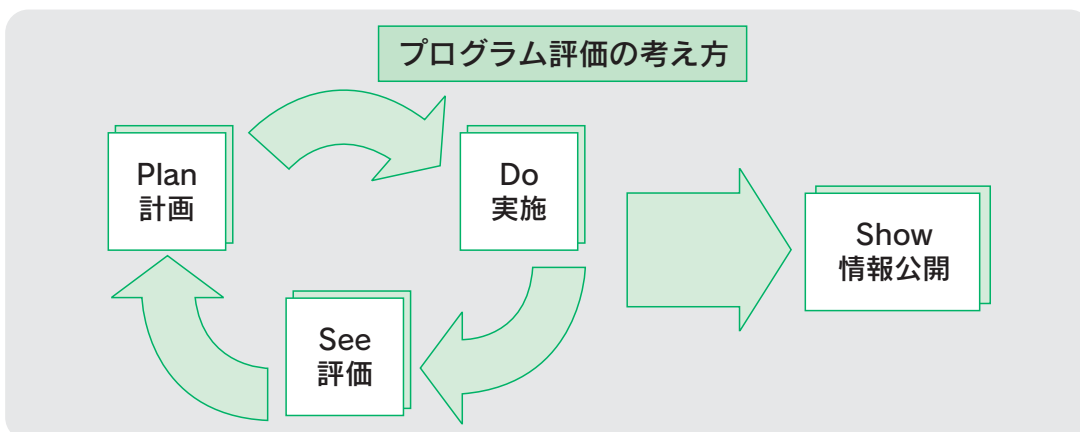
個別健康支援プログラムの評価と改善

1 評価の考え方

(1) 評価の重要性

～プログラムの改善に結びつける評価～

- 近年、厳しい財政状況を受けて、企業活動や行政活動等のさまざまな領域において、「評価」が注目されている。特に保険料をもとに各種保健事業を実施する市町村保険者においては、効率的で質の高い行政を実現し、住民の視点に立って成果を確認して、説明責任を果たすために、政策評価を行うことが求められている。
- 事業の計画を立て、実施し、その計画を評価して、改善すべき点は次年度以降の事業計画に活かす「Plan（計画）→Do（実施）→See（評価）→Show（情報公開）」のサイクルによって事業を実施することが重要である⁹。



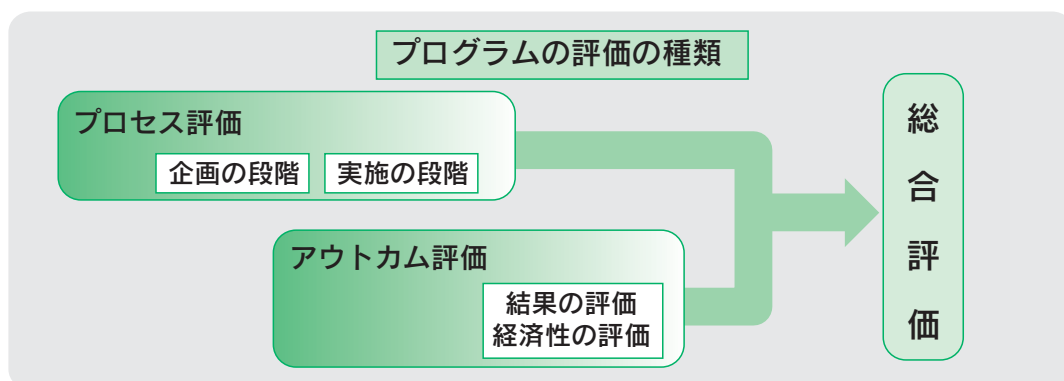
(2) 評価の種類

～プロセス評価とアウトカム評価～

- 効果的、効率的なプログラムの実施につなげるために、企画・実施の段階における内容・実施方法等の評価（プロセス評価）と実施した結果についての評価（アウトカム評価）の両面から行う必要がある。

⁹ 本章で取り上げる評価は事業としての評価であり、参加者一人ひとりについての個人単位での評価については「第3章3 個人目標の評価と支援内容の見直し」を参照。

- 最終的に両者の結果をあわせて検討し、総合的な評価を行うことが必要である。



- プロセス評価は、プログラムの企画及び実施の段階における方法の適切性の評価を行う。
- アウトカム評価は、体重、血圧、血糖値等の身体状況や生活習慣の改善状況及び医療費等の変化状況の評価であり、プログラムの効果を結果¹⁰の面から評価を行う。

(3) 評価の主体

～自己評価と第三者による評価～

- プログラム評価は、事業の実施主体である保険者が行うことが基本である。
- プログラムの参加者数が少なく、単一の保険者だけでは難しい場合、複数の保険者間での比較を行う場合には、都道府県、国民健康保険団体連合会あるいは研究者や国民健康保険運営協議会等の第三者が支援する必要がある。

評価の主体とその意義

評価主体	評価の種類	意義と欠点
自己評価	プロセス評価	実施しているプログラムの自己点検と課題認識を行うが、客観的視点に欠ける
	アウトカム評価	事業規模が小さく、効果の評価が適切に行えない場合がある
第三者による評価	プロセス評価	直接プログラムを実施していないために、定性的な情報は不足するものの、客観的視点で、実施当事者では気づきづらい点を明確にすることができる
	アウトカム評価	統計の専門的見地による評価が可能 参加者数が少ない場合に複数のプログラムを集約して評価することができる

(4) 評価の観点

- 企画・実施の評価にあたっては、「第1章5 優れた個別健康支援プログラムの4大条件」と関連して、次の4つの観点を念頭に置きながら進める必要がある。
 - 効果性、経済性、波及性、継続性

¹⁰ プログラム実施の結果は、最終的には死亡率や罹患率の低下等にまで効果が及ぶことが望ましいが、比較的プログラム実施の影響としてあらわれやすい身体状況や生活習慣の改善状況及び医療費等の変化状況を結果として評価の対象とする。

2 プロセス評価

(1) プロセス評価の評価項目

- 企画段階、事業実施段階に関わる評価の具体的な項目は、以下のようなものが考えられる。最低限必要な項目をあげているため、保険者の状況によって、随時追加するなどの工夫が求められる。

プロセス評価の項目

段階	項目		
現状分析	現状分析と課題の明確化	医療費分析等により地域の健康課題を把握しているか	
		地域の資源(人材や施設など)の状況を的確に把握しているか	
		現行の保健事業に対する評価を行っているか	
企画	目的の明確化	事業の目的が明確になっているか	
	対象集団の設定	事業目的に即した(課題解決のための)対象集団が選定されているか	
	目標の設定	対象集団の状況に応じた事業目的及び目標が設定されているか	
	プログラムの提供体制	事業実施体制	事業実施主体が明確になっているか
			都道府県、国民健康保険団体連合会、国民健康保険診療施設と連携・協力を図っているか
			事業実施に関連する部署や他機関(外部委託含む)との役割分担は明確になっているか
			事業運営委員会を設置したか
	外部委託がある場合	委託先選定にあたっての基準を設定したか	
		委託先と委託する内容について十分に協議をしているか	
		委託先が実施した内容について会議の開催等を通じ把握しているか 委託先が実施した内容について実施状況や実績の報告を求めようとしているか	
	サービス提供体制	責任者及び権限の範囲が明確か	
		プログラム実施に関与する人員数・人材(専門職など)は適切か	
		支援内容等に差が生じないように支援スタッフの研修や実施手順書の用意がされているか	
実施場所	地域の資源(施設など)を有効に活用しているか		
プログラム内容	支援の手段は、参加者の知識・技術を高めるものとして適切か		
	生活習慣改善に結びつけるために、適切な頻度・期間で行われているか		
	できるだけ多くの参加者が参加しやすい曜日・時間設定となっているか		
	支援材料は参加者の意識や知識、技術を高めるためのものとして適切か		
	参加者の特性に応じたプログラム設定がされているか		
	アセスメントにあたり参加者個人の特性を把握するための情報を収集しているか		
	個人の特性に応じた適切な目標設定がされているか		
	目標の達成状況により目標の見直しを行っているか		
	食生活に関する知識・技術の提供がされているか		
	運動に関する知識・技術の提供がされているか		
	実践活動を継続支援する仕組みがあるか		
	プログラム終了後に参加者が継続的に生活習慣改善に取り組めるような仕組みがあるか		

段階	項目	
企画	参加者の募集	対象集団から参加者を適切に選定しているか 参加者の選定・募集に工夫がされているか
	予算の確保	必要な予算が確保されているか
	情報管理	個人の健康情報等は適切に管理されているか インフォームドコンセントが行われているか
		評価指標が設定され、開始時に把握できるようになっているか
安全管理	参加者の安全性等への配慮があるか 事故が発生した場合の対応について検討されているか	
実施	参加者の参加状況、身体状況、健康状態を記録したか	
	参加者一人ひとりの支援記録を作成したか	
	ケースカンファレンス等により参加者一人ひとりに適切な支援が行えるよう努めたか	
	期間中にプログラム運営上の問題点、課題等についての検討を行ったか	
	参加者の個人の特性を把握し、それに応じた支援をすることができたか	
	参加者の主体性を重視した生活習慣改善への支援ができたか	
	参加者一人ひとりについて個人の支援記録を残したか	
	プログラムに参加できなかった人への配慮がされているか	
	実施期間中、終了後に参加者の感想を聞くようにしたか	
	事故なくプログラムを実施できたか	
	住民に広報周知が図られているか	
	評価に必要な指標の測定を行ったか	
	プログラム参加者一人ひとりの評価を行ったか	
プログラムの評価を行ったか		

- プログラムの参加者数や参加継続率に関する項目について数値目標を立てた場合には、その到達状況についても評価することが必要となる。

(2) プロセス評価の方法

- プロセス評価は、次に示すような評価票（全体は資料編P109に掲載）を用いて効率的に行うことが望ましい。
- プロセス評価は、プログラム終了後だけではなく、企画及び実施の段階でも行い、自己点検を繰り返し、効率的な事業運営を行うことが求められる。

プロセス評価の評価票例

評価項目	評価	評価理由	
現状分析と課題の明確化	<ul style="list-style-type: none"> ・医療費分析等により地域の健康課題を把握しているか ・地域の資源（人材や施設など）の状況を的確に把握しているか ・現行の保健事業に対する評価を行っているか 	4 3 2 1 	
...			

→評価票の詳細は資料編P109参照

3 アウトカム評価

(1) 結果の評価

1) 結果の評価に関する評価指標

- プログラムの結果の評価に関する指標としては、次のようなものが標準的である。
- 各保険者で実施されるプログラムの目標に応じて、評価指標を選定する必要がある。

個別健康支援プログラムに関する標準的な評価指標

項目			
身体状況	血圧	収縮期血圧・拡張期血圧	
	血液性状	脂質代謝	総コレステロール
			HDLコレステロール
			LDLコレステロール
			中性脂肪
	糖代謝	空腹時血糖	
		ヘモグロビンA1c	
	形態測定	身長・体重	
		BMI	
		体脂肪率	
腹囲			
受療行動	現病歴		
生活習慣	食生活	満腹への配慮	
		食事の規則正しさ	
		間食摂取の有無	
		朝食の摂取状況	
		栄養バランスへの配慮	
		甘いものの摂取状況	
		油ものの摂取状況	
		塩分の摂取状況	
		飲酒の頻度・飲酒量	
		総エネルギー量	
	運動状況	意識的な運動の有無	
		1日の歩数	
		1日30分以上の運動の実施状況	
	その他	喫煙の状況（喫煙の有無、本数、禁煙への関心）	
		睡眠状況	
健康意識	健康に対する自己認識		

2) 評価にあたってのデータ整理

- プログラム参加者の結果の評価を行う場合には、次のように参加者の属性に関するデータと各種指標の測定値等を整理する必要がある。

プログラム参加者台帳

参加者ID	氏名	住所	被保険者番号	生年月日	性別	...
1a	〇〇××	〇〇町〇〇番地	111122	19480713	男性	
2b	△△■	△△町△△番地	222333	19300422	女性	
3c	●●□□	××町××番地	112233	19421209	女性	
4d						
...						

アンケート形式でとる指標に関しては、その選択肢を入力
例 1:いつも気をつけている
2:ときどき気をつけている
3:全く気をつけていない

プログラム参加者の測定値

参加者ID	測定時点	収縮期血圧	拡張期血圧	...	満腹への配慮	...
1a	20040915	148	98		1	
2b	20040915	137	110		2	
3c	20040915	145	97		3	
1a	20050324	143	96		1	
2b	20050324	126	95		1	
...						

ポイント

参加者のID番号は数字を用いると他の値と混同する危険性があるため、数値だけではなくイニシャル等のアルファベットを用いるなどの工夫が必要である。

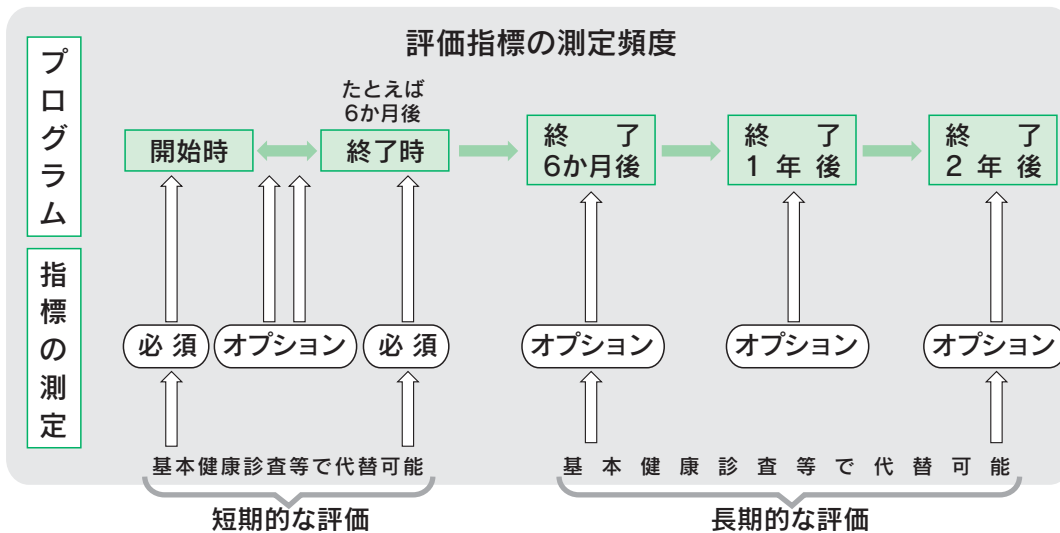
3) 評価指標の測定時期

① 継続的な評価の必要性

- 効果の評価は、プログラム実施前、実施期間中、終了時において指標を測定して短期的な評価を行うだけでなく、プログラム終了後における効果の継続性を確認する長期的な評価も行うことが求められる。

② 指標の具体的測定時期

- 指標の測定は、主に基本健康診査を用いることが容易である。
- 長期的な効果の測定についても、毎年の基本健康診査の結果を用いることが効率的である。



4) プログラムの結果の評価の仕方

- プログラムの効果を評価するには、測定した指標の変化状況を見る必要がある。
- 各種の検査値等数量で把握できる指標は、プログラム参加者の平均値をプログラム開始時、終了時等について比較し、その変化量で評価をすることができる。
- 基準値（到達を目指す値もしくは変化量）に達成する人の割合をどの程度にするか目標値を立ててプログラム実施前後で比較することができる。
- 生活習慣に関する各種行動、健康に対する意識等、選択肢形式で把握する指標については、それぞれの選択肢の割合をプログラム開始時、終了時について比較をすることとなる。

💡 ポイント

プログラムの参加者がさまざまな目的をもって参加している場合、それぞれの目的によってサブグループ化し、前後比較することも1つの手法である。
 (例) 血圧の改善に取り組んだ人だけをサブグループ化し、血圧の変化状況を比較

モデル事業における例① 岩手県矢巾町

検査結果の評価

【プログラム概要】 高血圧症予備群を対象とした6か月の個別相談中心プログラム
 【評価対象者数】 プログラム参加者数：46人のうち終了後、プログラム開始1年後についてもデータ入手が可能であった人：42人

プログラム参加者の検査結果の平均値をプログラム開始時、終了時、開始1年後で比較、その差が有意であるかについての検定を実施。

具体的な効果としては、収縮期血圧がプログラム開始時には136.8mmHgから終了時に128.2mmHgまで低下し、その値は有意であった（ p 値 <0.001 ）。また、総コレステロールも204.7mg/dlから201.2mg/dlと有意ではないが低下傾向にあった。1年後については、収縮期血圧が124.9mmHgとさらに低下し、拡張期血圧も有意に低下を維持していた（ p 値 <0.001 ）。

なお、プログラム開始当初に収縮期血圧：10mmHg低下、拡張期血圧：5mmHg低下という目標を設定していたが、プログラム開始から1年たった時点で収縮期血圧において11.9mmHg、収縮期血圧においては6.4mmHgと目標値より大きな低下が観察され、十分な効果をあげたと考えられる。

	開始時			終了時				プログラム開始1年後			
	平均値	標準偏差	対象者数	平均値	標準偏差	対象者数	p 値	平均値	標準偏差	対象者数	p 値
収縮期血圧	136.8	22.0	42	128.2	20.3	42	<0.001	124.9	19.6	42	<0.001
拡張期血圧	82.7	11.3	42	78.3	9.4	42	<0.001	76.3	11.9	42	<0.001
総コレステロール	204.7	27.5	42	201.2	27.7	42		194.0	27.8	42	<0.005
HDLコレステロール	62.8	11.5	42	59.5	12.5	42	<0.05	61.0	12.2	42	
中性脂肪	109.0	49.0	42	98.8	20.2	42	<0.05	99.5	17.1	42	<0.05
...											

※ p 値は開始時との対応のある t 検定

モデル事業における例② 福島県二本松市

生活習慣等に関する評価

【プログラム概要】 生活習慣病予備群を対象とした集団教室型プログラム
 【評価対象者数】 平成15年度プログラム参加者数：171人のうち終了後についてもデータ入手が可能であった人

プログラム参加者に実施したアセスメント結果の変化状況を比較。

具体的な効果としては、食生活において栄養成分表示を参考にする人の割合及び食生活で気をつけて実行していることのある人の割合がプログラム終了時に有意に増加した。また、非喫煙者の割合、運動を週2回以上行っている人の割合等についてもプログラム終了時に有意に増加した。

		開始時		2か月後		終了時		
		割合	対象者数	割合	対象者数	割合	対象者数	p 値
食生活	ほぼ毎日朝食をとる人の割合	96.0	151	97.4	151	97.4	151	
	間食をしない人の割合	48.3	151	49.0	151	53.6	151	
	栄養成分表示を参考にする人の割合	25.8	151	35.8	151	41.7	151	<0.001
	食生活で気をつけて実行している人の割合	68.2	151	83.3	150	86.7	150	<0.001
喫煙状況	たばこを吸わない人の割合	66.2	151	70.2	151	70.9	151	<0.005
運動状況	運動を週2回以上する人の割合	50.3	151	76.2	151	78.1	151	<0.001
...								

※ p 値はWilcoxonの符号つき順位検定

(2) 経済性の評価

1) 経済性を評価する必要性

- プログラムの評価にあたっては、プログラムの実施に投入した資源（費用）と得られた効果を比較検討し、経済性を評価することが必要である。
- プログラム実施による効果は維持継続されることが望まれ、一方で指標によっては一定の時間経過後に効果がみられるものもあるため、経済性の評価は単年度で行うだけでなく、長期的に実施することが求められる。

2) 医療費への影響分析

- 保険者が行うプログラムでは、参加者の身体状況や生活習慣の改善状況の評価に加え、プログラム実施による医療費への影響を分析することが特に重要となる。

① データ項目

- 分析にあたっては、参加者の同意を得て次のような項目について医療費データを収集する必要がある。
- 収集は、国民健康保険団体連合会の協力を求めて行う必要がある。

収集が必要となる医療費データ項目

分類	データ項目	入手先
診療年月	診療年月(平成年2桁+月2桁)	国民健康保険団体連合会
レセプト情報	保険者番号	
	レセプト区分 (1:医科、2:調剤)	
	一般/老人区分 (1:一般、2:老人)	
	本人/家族区分 (1:本人、2:家族)	
	入院/入院外区分(1:入院、2:入院外)	
所在地等情報	都道府県番号	国民健康保険団体連合会
	市町村番号	
	医療機関コード	
被保険者番号	被保険者番号	
日数、点数	診療実日数	国民健康保険団体連合会、市町村保険者
	決定点数	
属性情報	性別 (1:男、2:女)	国民健康保険団体連合会、市町村保険者
	生年月日(元号2桁+年2桁+月2桁+日2桁)	
	(元号 01:明治、02:大正、03:昭和、04:平成)	
参加状況	プログラム開始年月	市町村保険者
	プログラム終了年月	
	プログラムからの脱落の有無	

② データの整理

- 医療費に関するデータを集計し、参加者の1人当たり医療費、受診率等の変化状況を分析するために、次のようにデータを整理する必要がある。

参加者の属性を識別するデータ

参加者ID	診療月	レセプト区分 (1.医科、2.調剤)	入院/入院外区分 (1.入院、2.入院外)	診療実日数	決定点数
1a	200409	1	2	2	600
1a	200409	2	2	1	70
2b	200409	1	2	3	1240
3c	200409	1	2	1	853
1a	200410	1	1	3	15000
2b	200410	1	2	3	1240
...					

③ 医療費データの集計単位

- 医療費への効果は短期間であらわれにくく、1か月分のデータ（例えば5月診療分のみ）では偶然の要因の影響を受けやすい。
- 各種検査値等と異なり、一時点の結果を比較するのではなく、最低でもプログラム実施前年度、プログラム実施年度さらにプログラム終了後の年度について年度単位で比較する必要があり、3年後、5年後の追跡調査を実施することが求められる。

④ 医療費への影響の分析

- 医療費への影響を分析する主な指標は、1人当たり医療費、受診率、1日当たり点数（診療費）、1件当たり日数及びそれらの伸び率等である。



ポイント

プログラムによる医療費への影響をとらえるには、プログラム参加者と同じ性、年齢の集団を選び出し、その集団の医療費の推移と比較することも1つの方法である。

- 生活習慣病に関する疾患別の医療費や受診率等に関する分析についてはレセプト情報をもとに行うことは非常に難しいため、アンケート形式で受療の有無を把握する方法もある。

3) プログラム実施に係る費用

① 段階別の費用把握

- プログラムに係る費用には、企画・立案や実施後の評価に係る費用が含まれる。
- 経済性の評価に用いる費用はプログラム実施に係るすべての段階の費用の合計であるが、評価をプログラムの改善に活かすためには、費用がプログラムのどの段階で発生したかを分類して分析することが必要である。

プログラムの実施段階

実施段階	具体的内容
企画・準備	プログラムの企画・立案、体制整備に係る費用
参加者募集	参加者募集に係る費用
プログラム提供	参加者と接するプログラム実施に係る費用 プログラムの提供の事前準備・事後整理に係る費用（企画・立案を除く）
検査	プログラムの効果を図るための検査に要した費用
データ管理・評価	プログラムの評価に用いるデータの管理ならびに実際の評価に係る費用
その他	支援スタッフの研修に係る費用 など

② 評価対象となる費用の分類

- 評価対象となる費用は、具体的には次のように整理できる。

プログラムに要する費用の分類

種類	具体例
人材に係る費用	常勤職員給与費 非常勤職員給与費
機器（2万円以上）に係る費用	機器購入費 機器賃借料
その他の費用	材料費、通信費、保険料、教材等印刷費、（検診費） など
	各種委託費（含む人件費）、諸謝金 など
	旅費交通費、機器の保守経費 など
	事務用品費、光熱水費 など

- プログラム実施に市町村職員が関わった場合には、その人件費は経費として発生しないが、投入資源を適切にとらえるためにはプログラムへの従事時間及び単価を把握しておく必要がある。人材に係る費用については、業務日報等を用いて、従事時間より換算して把握することが必要である。

③ データの整理

- プログラムに係る費用を把握するには、次のようにデータを整理し、集計する必要がある。

費用の算出方法の例

① 人材に係る費用の算出

プログラムに係る従事時間

職種	常勤／非常勤	時間単価	総労働時間	実施段階			
				企画・準備	参加者募集	プログラム提供	…
保健師	常勤	1,800円	350時間	50時間	50時間	200時間	…
栄養士	非常勤	1,000円	200時間	0時間	0時間	180時間	…
事務職員	常勤	1,500円	180時間	50時間	80時間	20時間	…
…							

② 人材に係る費用以外のプログラムに要した経費の算出

プログラムで使用した経費一覧

費用項目	品名	プログラム実施段階	数量	金額	備考
通信費	切手代	参加者募集	100	12,000円	
委託費	検査代	検査	100	480,000円	
備品費	プリンター用紙	プログラム提供	1	1,500円	
機器費	パソコン	データ管理	1	200,000円	法定償却年数6年
…					

複数年にわたって使用できるものは、法定償却年数で割り戻して集計する

③ 上記①、②をもとにしたプログラムに係る経費の集計

プログラムに係る経費

	合計	実施段階			
		企画・準備	参加者募集	プログラム提供	…
人件費	1,971,667円	520,000円	190,305円	1,245,636円	
その他経費	2,138,840円	0円	84,305円	1,767,526円	…
合計	4,110,507円	520,000円	274,610円	3,013,162円	…

4) 経済性の評価の仕方

- プログラムにより生じた効果（身体状況や生活習慣の改善状況、医療費等）について、その効果が発生するために、どのくらいの資源が投入されたかについて比較検討することが求められる。

トピックス <費用便益分析と費用効果分析>

経済性の評価の方法としては主に費用便益分析と費用効果分析が用いられる。
このうち、費用効果分析は複数のプログラム間での比較が求められる。

	費用の指標	結果の指標	分析の指標	具体例
費用便益分析	費用	貨幣換算できる指標 例：医療費、欠勤の節約分	便益－費用	医療費節約分と投入資源の差
			便益1単位あたりの費用	医療費節約分1万円あたり費用
			費用1単位あたりの便益	費用1万円あたり医療費節約効果
費用効果分析	費用	各種検査値等の結果 例：血圧、体重	効果1単位あたりの費用	減量体重1kgあたり費用
			費用1単位あたりの効果	費用1万円あたり体重減量効果

出典：武藤孝司『保健医療プログラムの経済的評価－費用効果分析，費用効用分析，費用便益分析－』より作成

- 各種評価指標のなかでも医療費は、投入資源との比較により、他のプログラムと比較することなく単一のプログラムにおいても経済性の評価を行うことができる。
- 医療費と投入資源の関係から、プログラムを実施したことにより医療経済効果があると証明できれば、より積極的に事業を推進することができる。

医療費を用いた経済性の評価の算出例

【プログラム概要】

参加者数：100人

目標：プログラム参加者の体重の減少

プログラムの実施により要した費用の総額：300万円（参加者1人あたり3万円）

プログラム実施前年度と実施次年度の参加者全員の医療費の差額：－350万円



評価の実施


【評価結果】

プログラム実施費用よりも縮減された医療費のほうが50万円上回っており、プログラムの実施により、費用1万円あたりの約1,700円の医療費を縮減することができた

- 身体状況の変化や生活習慣の改善状況等、貨幣換算できない指標については、プログラム実施前に設定した目標値の達成状況の評価や他の市町村、過去の値との比較によって評価が可能となる。

体重を用いた経済性の評価の算出例

【プログラム概要】
 参加者数：100人
 目標：プログラム参加者の体重の減少
 プログラム開始前に立てた目標値：プログラムコスト1万円あたり3kg以下
 プログラムの実施により要した費用の総額：300万円（参加者1人あたり3万円）
 参加者平均の体重の変化量：5kg

 評価の実施

【評価結果】
 体重1kg減少に係る費用（効果1単位あたりの費用：3万円÷5kg）が6,000円、費用1万円あたりの減少体重（費用1単位あたりの効果：5kg÷3万円）が1.7kgとなっており、プログラム開始当初に立てていた目標値を達成することができた

4 総合評価


- プロセス評価及びアウトカム評価の結果は総合的に評価し、改善に活かすことが必要である。
- アウトカム評価においてプログラムで設定した目標の達成状況を確認し、その結果に対応する課題・問題点をプロセス評価の中から導き出して、具体的改善点を検討する必要がある。

プログラムの総合評価


アウトカム評価での効果	プロセス評価	総合評価
目標達成	より効果をあげるための工夫の検討	現状の課題整理 改善方法の検討
目標未達成	企画・運営上の問題点の検討	

総合評価の例

【プログラムの目的】
 体重の減少
【プログラムの目標値】
 体重が5%減少する人の割合が5割

 プログラムの実施

【プログラム終了時点の状況】
 体重が5%減少した人の割合は4割
【目標の達成状況】
 1割未達成

 評価の実施

【プロセス評価からの課題・問題点】
 栄養士1人あたり1日5人の個別相談をしなければならず、相談時間が短くなってしまい、参加者一人ひとりの特性をうまく把握できなかった

【改善点】

- ・ 支援記録を統一することによって情報の共有化を図り、支援スタッフ間での引き継ぎを迅速に行う
- ・ 食事記録調査等参加者が自宅で実施可能なものは自宅で実施してもらい、個別相談の時間を有効に使う

第1章

第2章

第3章

第4章

第5章

第6章

資料編

- 総合評価は、被保険者の代表等も参加する事業運営委員会で協議し、参加者の意見を取り入れるなど多面的な観点から実施することが重要である。
- 総合評価の中で検討された改善点は、次回以降プログラムを実施する際に反映させることが必要である。
- 具体的には、次のような評価票を用いることができる。

総合評価の評価票案

プログラムの目的	プログラムの目標値	プログラム開始時点の状況	プログラム終了時点の状況	目標の達成状況	プロセス評価からの課題・問題点	改善点

5 評価結果の活用

- プログラム参加者全体の変化状況等の評価結果については、広報等で地域全体にアピールすることにより地域への波及を目指すことが必要である。

モデル事業における例 長崎県雲仙市（旧小浜町）

広報での実施結果の紹介

プログラムの実施成果等を広報で紹介し、住民の健康づくりの気運を高め、あわせて参加者の募集を実施。

