

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）

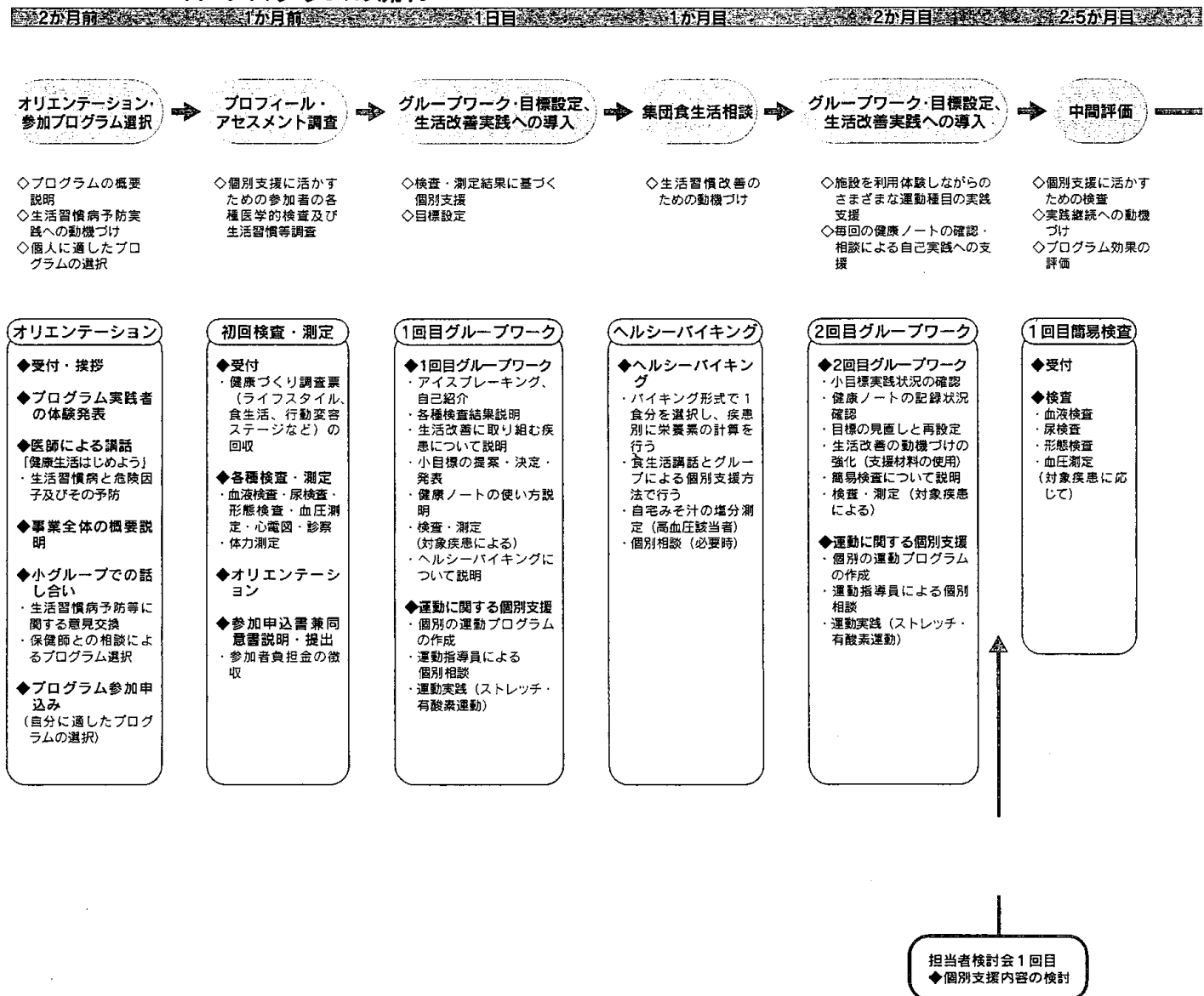
2. プログラムの目的

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

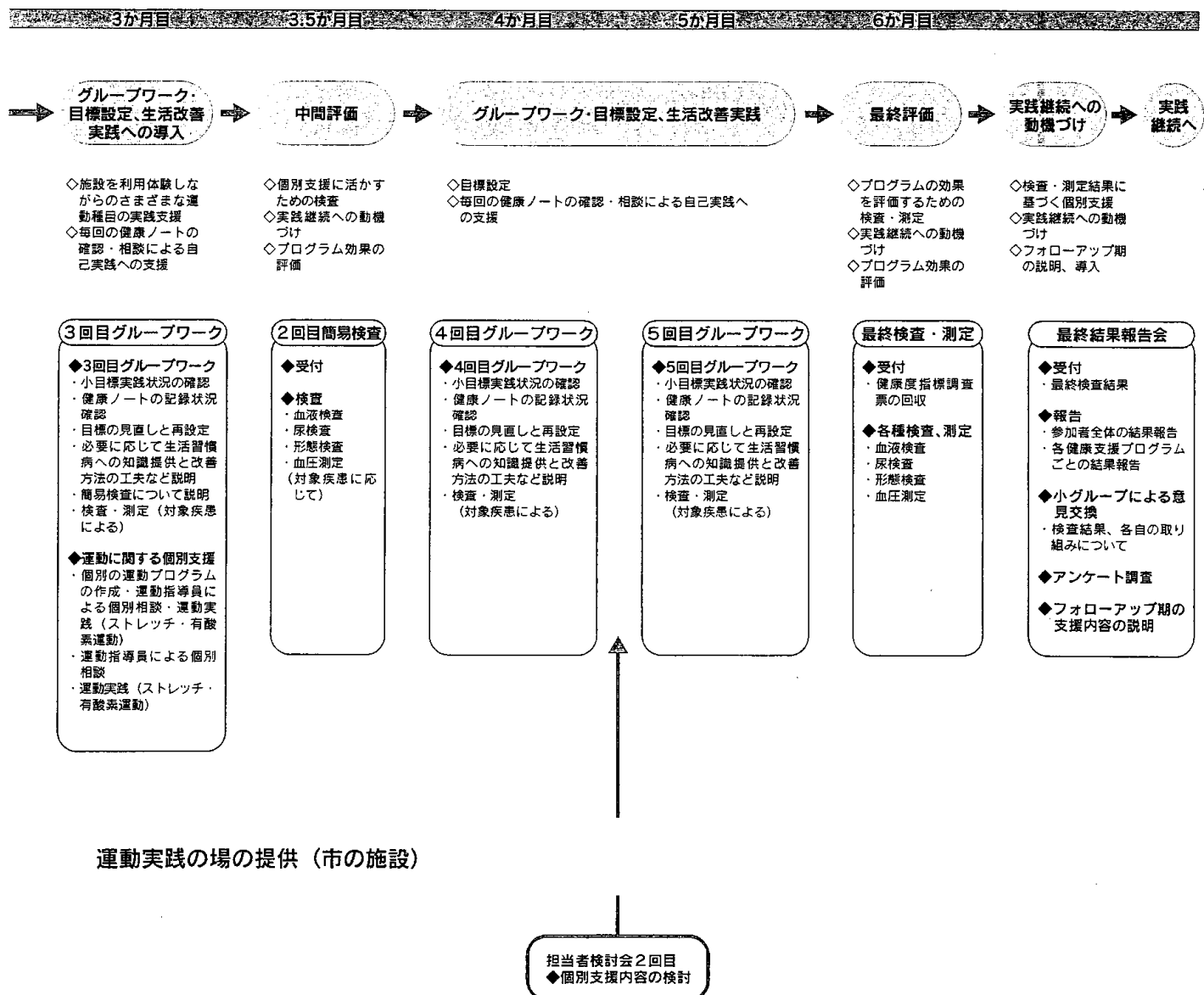


ていく」というグループダイナミクスを活かして生活習慣改善意欲を高め合い、一人ひとりの生活習慣改善を支援していくプログラムである。

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）

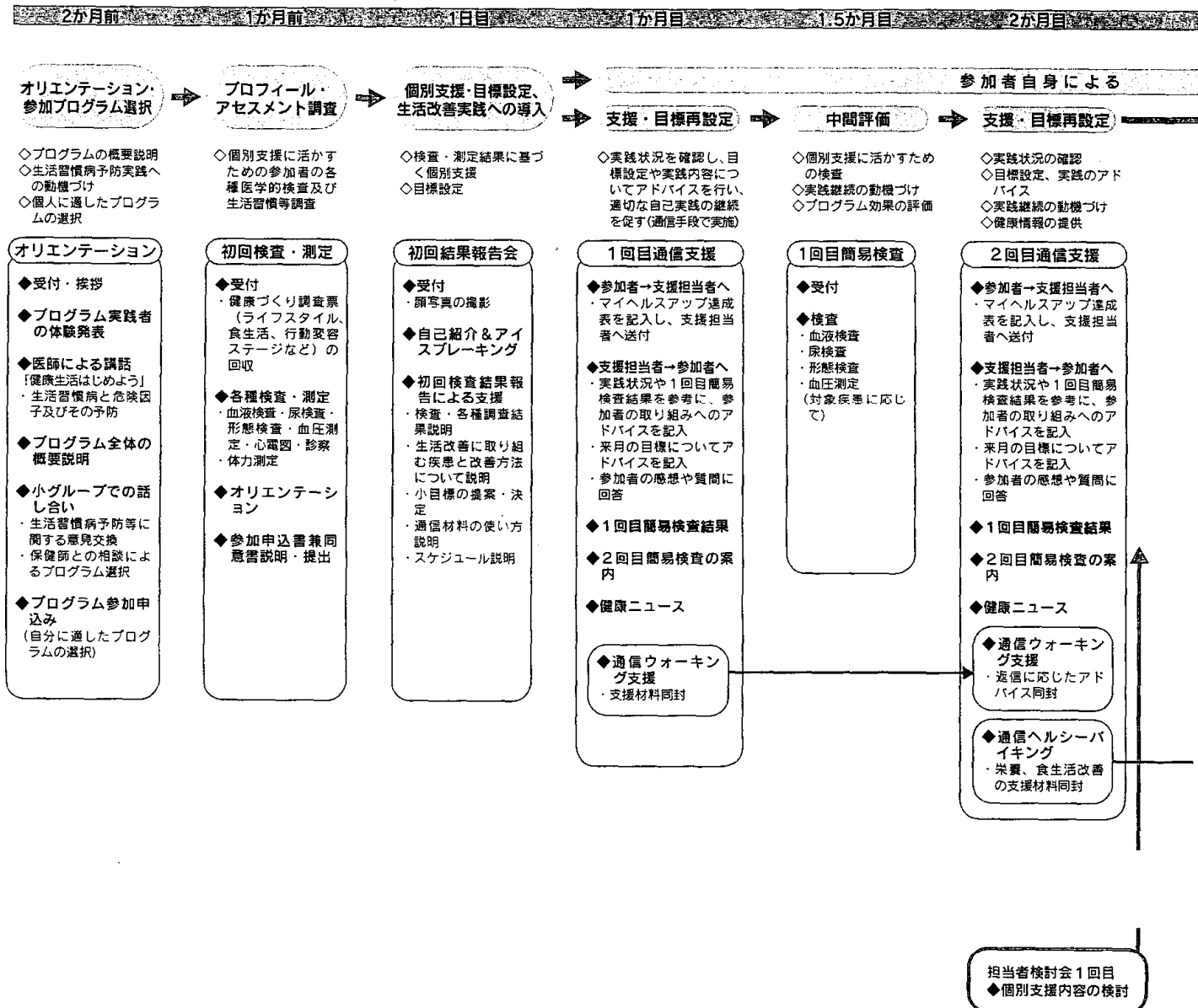
2. プログラムの目的

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

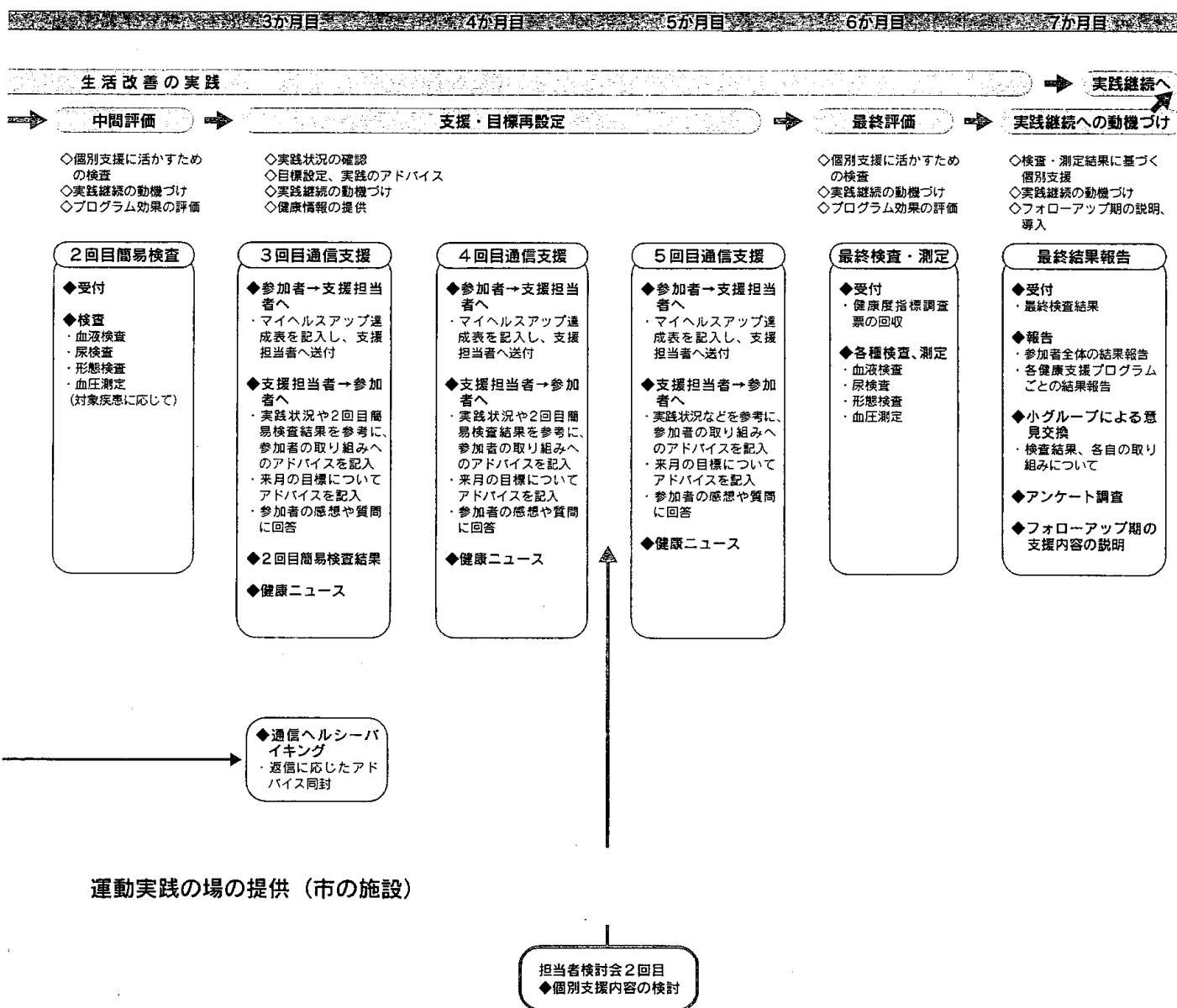


メール等による双方向性を持った通信手段で支援を行い生活習慣改善を支援していくプログラムである。

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）

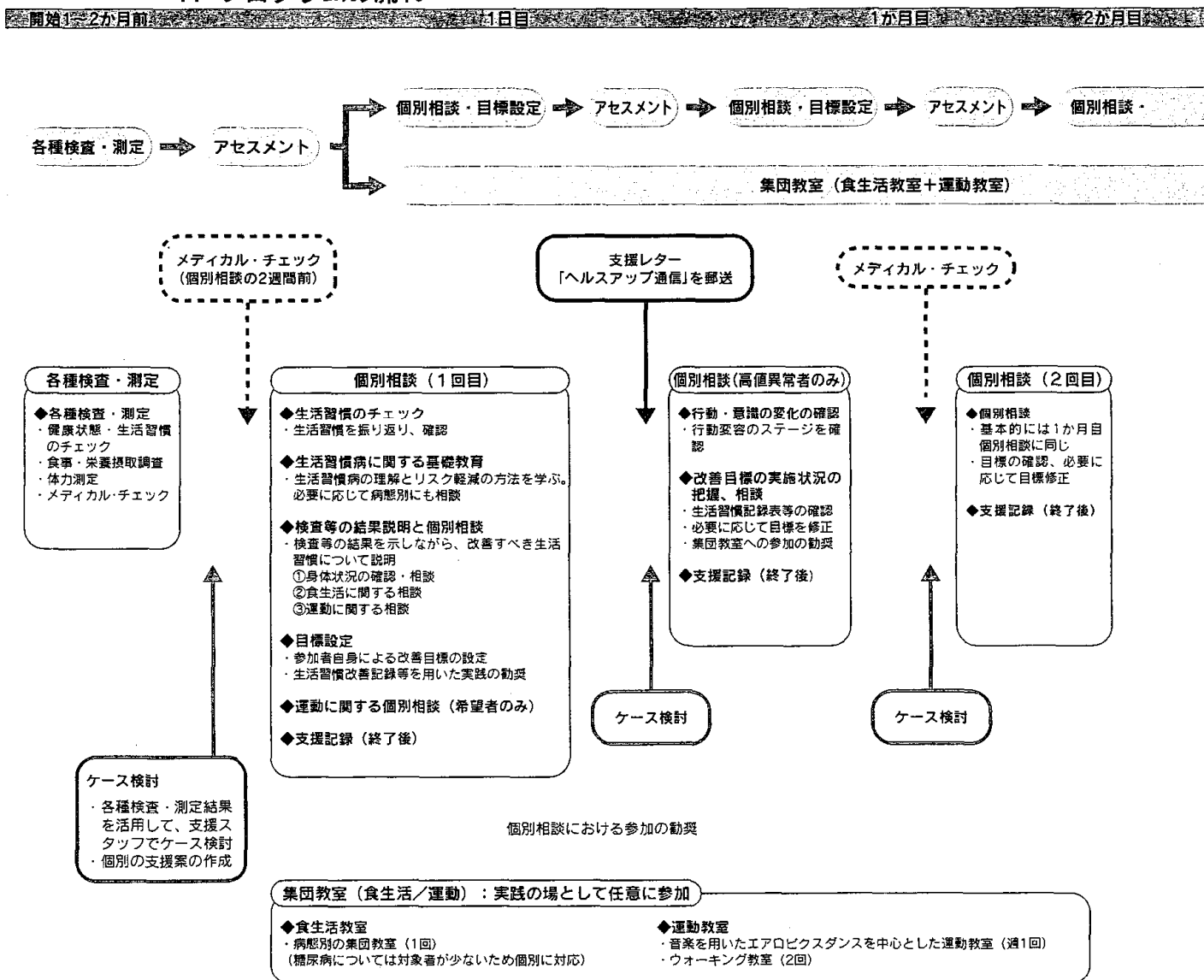
2. プログラムの目的

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奨励し、さらに個別相談の合間に通信支

4. プログラムの流れ

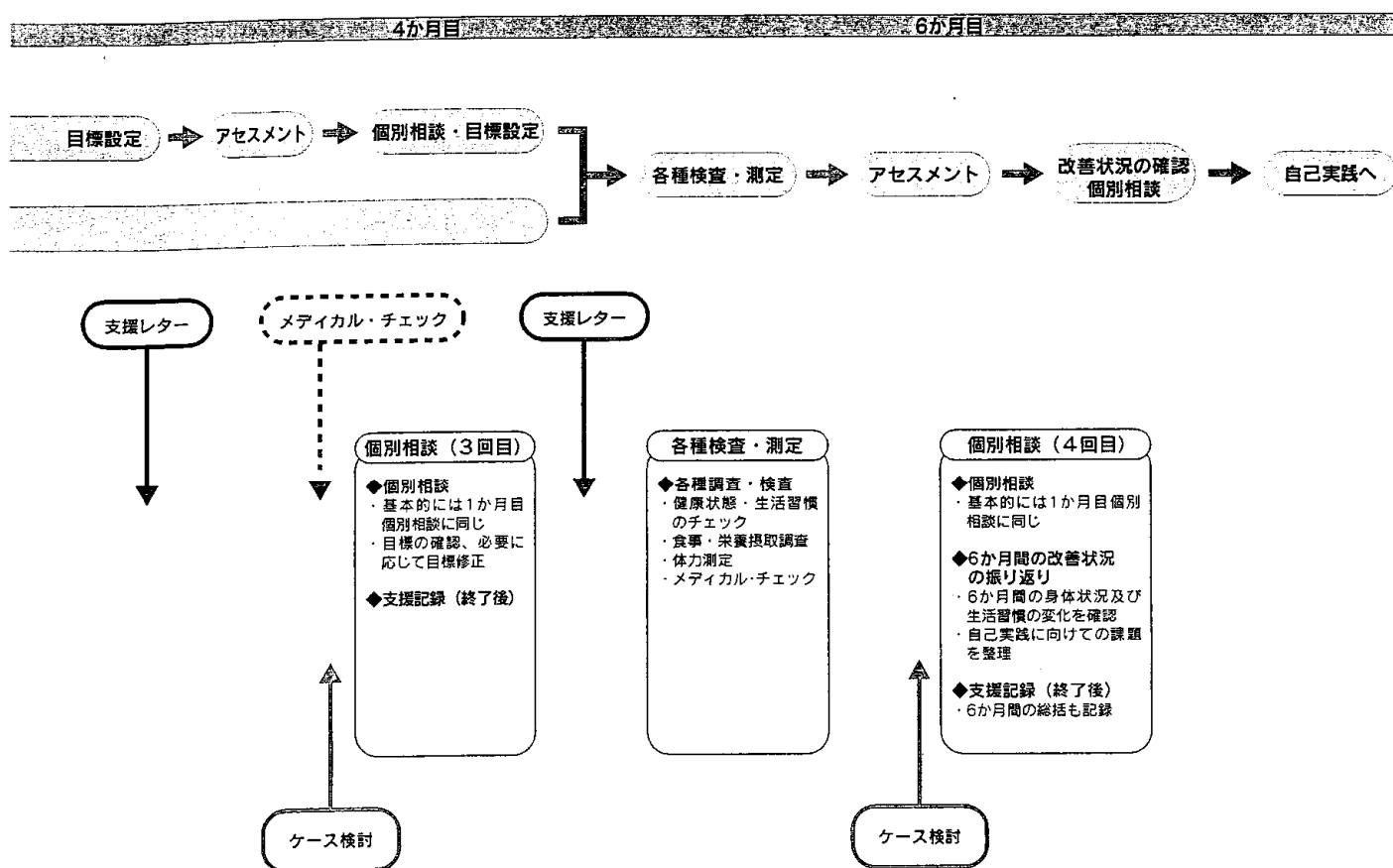


援（支援レター）を行うプログラムである。

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

2. プログラムの目的

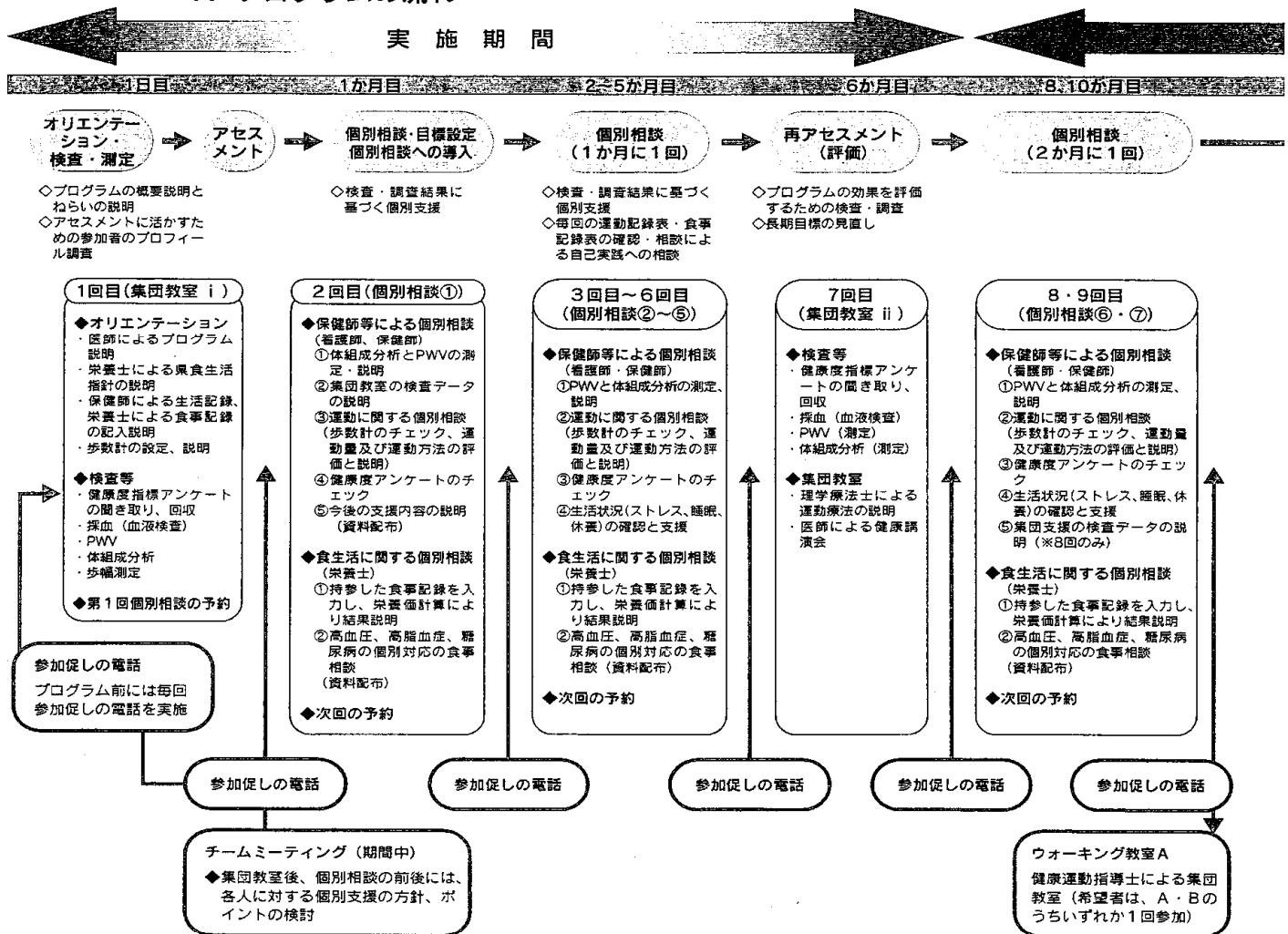
本プログラムの目的は、糖尿病、高血圧、高脂血症等の生活習慣病の患者の発生とともに、進行や合併症の発症を予防することである。

- 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するようになること」を目指す。
- ③ 1市4町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



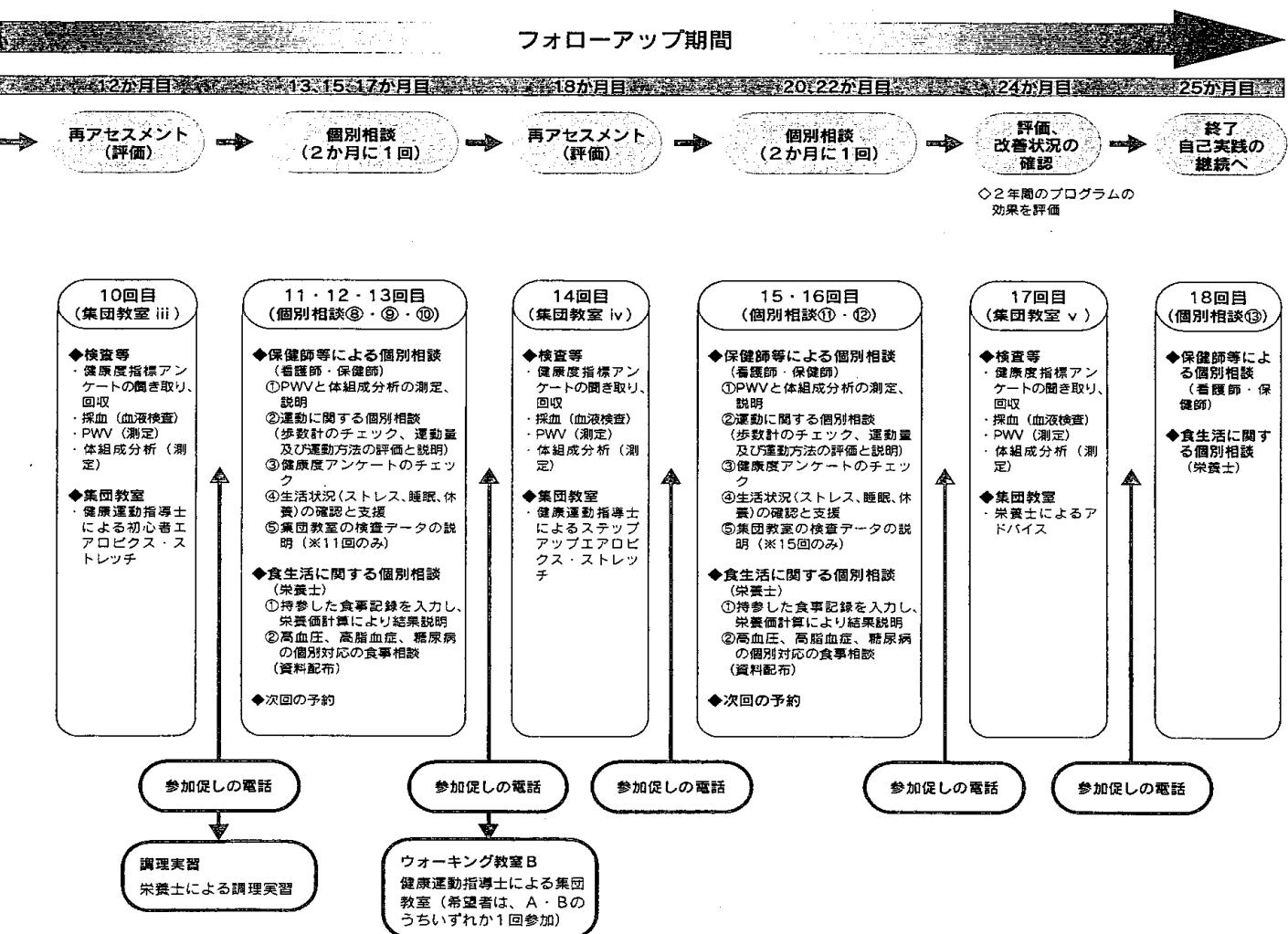
個別支援」である。

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（はだしで浜歩き、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住居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」メニューの提供と住居地以外の自治体メニューへの参加推奨。



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）

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）

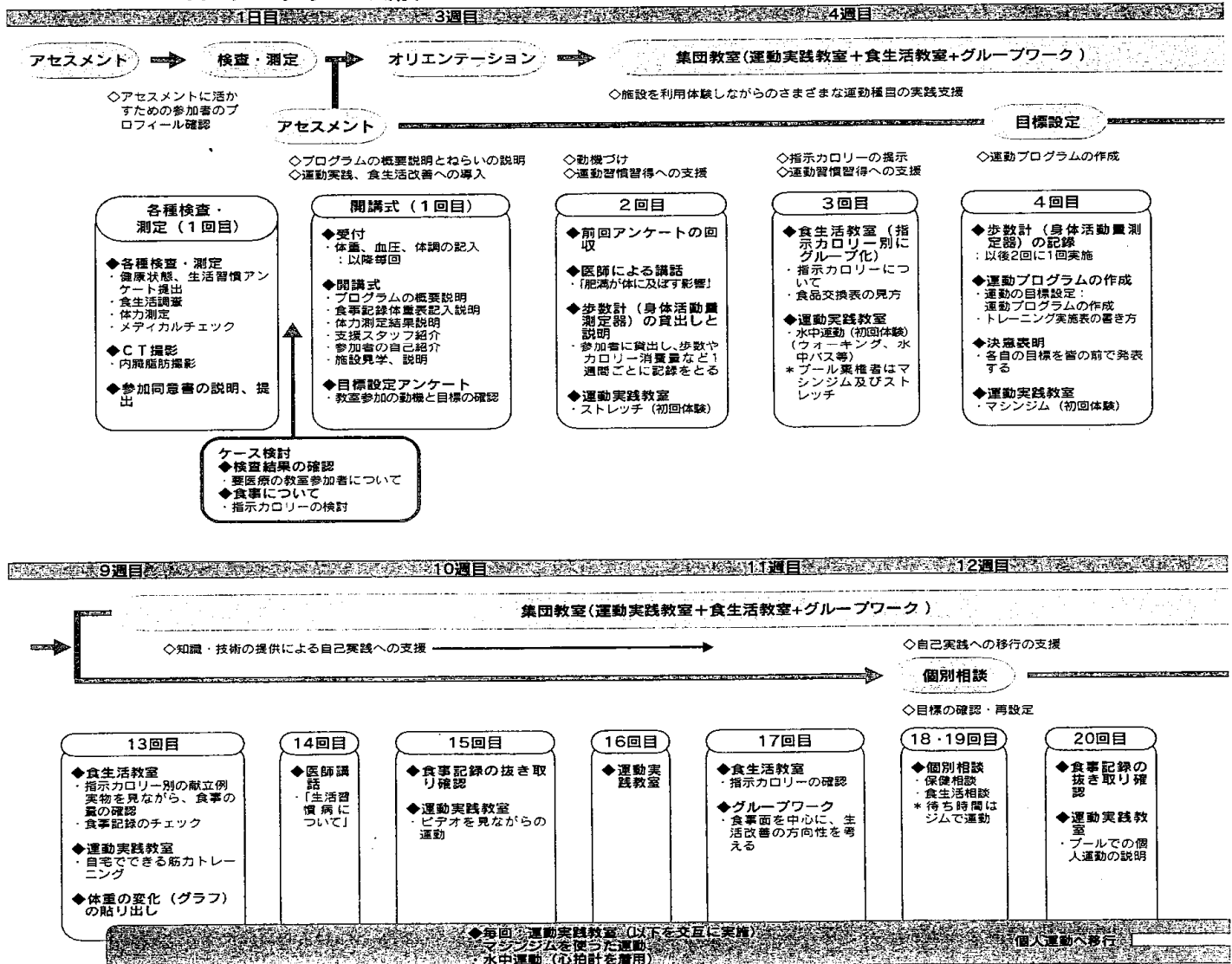
2. プログラムの目的

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。

