

平成16年度 国保ヘルスアップモデル事業市町村計画の概要

No. 1

都道府県	山形県
市町村	鶴岡市
総人口 (14年度末)	99,245人
国保被保険者数 (14年度末)	38,491人(38.8%)
市町村の健康課題	・健康意識がやや低い。健康づくり事業への参加率が低い。 ・地区別に取り組むべき優先課が明らかとなっている。 ・市民の運動実践者数の増加、関係団体等が行う保健事業との連携
事業の位置付け	・いきいき健康つるおか21保健行動計画」の推進 ・生活習慣モデル事業(12年度から15年度)の拡充を図る ・民間事業者との連携による低コスト事業の試行
対象とする 予備軍の 生活習慣病名	肥満 高血圧 高脂血症 糖尿病
・年齢層	40歳から69歳
・介入群の実践者数	300人(地域型200人、施設型100人)
・対照群の数	160人(地域型100人、施設型60人)
健康度指標 および 健康度	・血圧、血液検査(脂質、血糖、肝機能等)尿検査、体力想定、形態計測、食事調査、 生活習慣調査、QOLアンケート ・健康度は上記指標に基づき総合的に判定する。
個別健康支援 プログラム の内容	A一般コース ①地域型コース 海岸部、農村部、市街地の3エリアに分類 計200人 各地域 昼夜2コース 3ヶ月間の個別介入 3ヶ月終了後の追跡 運動実技：陸上、水中ウォーキング、ソフトエアロビクス、ダンベル等 講 義：病気、疾病予防編、運動編、食事編 個別指導：個人の生活習慣に応じた保健・栄養指導 ②施設型コース スイミング講座 50人 計100人 健康スポーツクラブ50人 各1コース 3ヶ月間の個別介入 3ヶ月終了後の追跡 運動実技：水泳、ソフトエアロビクス等 講 義：病気、疾病予防編、運動編、食事編 個別指導：個人の生活習慣に応じた保健・栄養指導 運動実技のみの実践者を対照群郡とし、個別指導の有無による比較評価を行う Bリバウンド防止コース(生活習慣病予防モデル事業セミナー修了者) 計241人 2グループに編成し、支援の有無(程度)による比較評価を行う 講 義：合同研修会 個別指導：健康度測定結果を踏まえた保健・栄養指導
県・市町村の 担当部所	町：国保年金課 健康課 県：長寿社会課 指導係 安在
事業実施者の 主なメンバー	町 健康課 国保年金課 スポーツ課 鶴岡地区医師会 鶴岡水泳連盟・鶴岡スイムクラブ 鶴岡市民健康スポーツクラブ 鶴岡市体育指導委員会 鶴岡市地区体育協会連絡協議会
評価者	共立女子大学 教授 川久保清 東京大学大学院医学系研究科 講師 李廷秀

都道府県	茨城県
市町村	協和町
総人口 (14年度末)	17,096人
国保被保険者数 (14年度末)	8,440人(49.4%)
市町村の保健課題	近年、男性の40歳から50歳代での最大血圧値が低下していない 肥満の増加傾向、若年層の健康づくり意識が薄い。
事業の位置付け	脳卒中半減対策により高齢者の健康づくりは進んだが、若年者の健康づくりを推進し両輪で健康づくりを発展させたい。
対象とする 予備軍の 生活習慣病名	肥満を伴う高血圧 いずれも要医療者をのぞく 肥満を伴う糖尿病 肥満を伴う高脂血症
年齢層	35歳から55歳
介入群の実践者数	180人
対照群の数	180人
健康度指標 および 健康度策定	基本健康診査項目(血圧、血糖値、総コレステロール等)パルスオキシメトリー検査 24時間蓄尿検査、生活習慣アセスメント、食事調査、運動実践量、歩数 疾病度と生活習慣度で4段階に分類の予定
個別健康支援 プログラム の内容	トライコースとマイベースコースを設定 トライコース：運動施設の運動指導士による健康カウンセリングを基に運動メニューを作成しそれにそった運動を週3回実施 マイベースコース：自分のやりたいメニューを町立体育館、近隣市町の公共施設を利用して週1回実施 4月：事業説明会 全体で実施 5月：運動施設で運動実践開始 5月：第1回 ミニ検診・個別指導・生活習慣アセスメント・パルスオキシメトリー検査 ウェルナビ食事診断 1回30人を3グループ2日に分けて実施 6月：第2回 個人の目標の設定 ミニ検診・生活習慣アセスメント 7月：第3回 個別指導 運動実施状況、栄養実施状況に確認 8月：第4回 ミニ検診 食事状況の確認 運動メニューの見直し 9月：第5回 運動実施状況、栄養実施状況に確認 10月：第6回 ウェルナビによる1週間の食事調査結果による個別指導 11月：基本健康診査実施 1月：第7回 生活習慣アセスメントの実施
県市町村の 担当部所	町：健康福祉課 県：厚生指導課国民健康保険室
事業実施者の 主なメンバー	町保健師6人、町栄養士2人、町事務職員2人、大学医師5人、医学生3人 在宅保健師2人、在宅栄養士3、臨時看護師1
評価者	筑波大学社会医学系 教授 磯 博康

都道府県	埼玉県
市町村	草加市
総人口 (14年度末)	233,564人
国保被保険者数 (14年度末)	86,629人(37.1%)
市町村の健康課題	国保利用件数のうち34.8%が高血圧にかかる者であること。 基本健康診査受診のうち高コレステロール48.8%、肥満27.7%と高い
事業の位置付け	市の健康づくり計画に当モデル事業の実践を骨格に位置付けたい。
対象とする 予備軍の 生活習慣病名	・高血圧症 ・高脂血症 ・糖尿病 ・肥満症
年齢層	40歳～69歳
介入群の実践者数	300人(40代100人、50代100人、60代100人)
対照群の数	300人(40代100人、50代100人、60代100人)
健康度指標 および 健康度	血液検査、歩数、生活習慣調査等 疾病度及び生活習慣度により健康度を設定する
個別健康支援 プログラムの 内容	からだを動かそうコース 1グループ30名 10グループの予定 5月 基本健康診査から対象者の選定 6月 血液検査、万歩計貸与 7月 生活習慣調査の実施 介入群・対照群の無作為割付 8月 プログラムの開始 個別相談 9月～10月 週1回2ヶ月間 1講座1～2時間程度 11月 ウォーキング大会 月1回フォローとして手紙、電話、メール等で実施 1月末 体力測定 血液検査 2月 生活習慣調査の実施 3月 個別相談
県・市町村の 担当部署	県：国保医療課国保事業担当 棚橋 市：保険年金課 板山
事業実施者の 主なメンバー	保健センター 保健師3 臨時保健師1 管理栄養士1 臨時栄養士1 臨時看護師2 事務職員2 臨時事務職員2 市体育協会 健康運動指導士1 運動指導員5
評価者	独協医科大学公衆衛生学 教授 武藤 孝司

都道府県	東京都
市町村	東久留米市
総人口 (14年度末)	113,428人
国保被保険者数 (14年度末)	42,511人(37.5%)
市町村の 健康課題	生活習慣病の三大死因63% かかりつけ医の制度の充実
事業の位置付け	一次予防に重点を置いた保健医療の連携体制の構築を図り地域の健康づくりを推進する。 従来市の生活習慣予防教室との比較検討を行い効果的な事業を今後進めていきたい。
対象とする 予備軍の 生活習慣病名	高血圧 高脂血症 糖尿病
年齢層	40歳～79歳
介入群の実践者数	500人：高血圧予備軍200人 高脂血症予備軍150人 糖尿病予備軍150人
対照群の数	かかりつけ医が同意が得られた者を無作為に抽出 500人
健康度指標 および 健康度	血液検査、身体化学的所見(身長、体重、BMI)、生活習慣、健康に関する意識調査 5段階程度の設定を検討中
個別健康支援 プログラム の内容	かかりつけ医による個別指導 基本健康診査1ヶ月以内の指導を初回に1ヶ月毎に計3回の個別指導を実施 事業協力かかりつけ医の選定 20名 協力かかりつけ医の研修 ロールプレーを用いた生活改善改善指導研修5回実施 かかりつけ医による介入群・対照群の選定 初回指導(面接) 基本健康診査1ヶ月以内の指導 改善すべき生活習慣の決定 1ヶ月後(面接) 生活習慣の改善度合いを評価シートを利用し実施 2ヶ月後(面接) 評価シートと血液検査により指導の効果を評価 6ヶ月後(調査) 郵送法による生活習慣、行動変化調査の実施 1年後 基本健康診査の受診、生活習慣調査
区市町村の担当部 事業担当部所	健康課、保険年金課
事業実施者の 主なメンバー	かかりつけ医(東久留米市医師会)
評価者	自治医科大学地域医療学 教授 梶井 英治(総括) 健康度評価指標 日本予防医学協会教育事業推進室 相坂 修一 個別指導と集団指導の評価 地域医療振興協会ヘルスプロモーション研究所 藤内 修一

都道府県	新潟県																																				
市町村	中条町																																				
総人口 (14年度末)	27,665人																																				
国保被保険者数 (14年度末)	10,202人(36.9%)																																				
市町村の保健課題	基本健康診査結果から成人病予備軍が多い (血圧症度1以上が67%、脂質代謝異常47%、糖代謝異常17%)																																				
事業の位置付け	モデル事業を実施することで、町の生活習慣病対策のあり方を検討。																																				
対象とする 予備軍の 生活習慣病名	高血圧 高脂血症 糖尿病																																				
年齢層	40歳から69歳 治療中はこのぞく																																				
介入群の実践者数	240人																																				
対照群の数	240人(基本健康診査のみで追跡)																																				
健康度指標 および 健康度策定	医学的検査：身長、体重、体脂肪測定、血圧、空腹時血糖、A1c、HDL、 LDLコレステロール 健康力調査：健康管理力等																																				
個別健康支援 プログラム の内容	①個別健康教育(既存のマニュアルを利用した教育) 60人 ②個別的健康行動に向けた集団指導 月1回 60人 小集団(4から6人)に対してコーディネーターが支援する ③個別的健康行動に向けた集団指導+自主グループ活動実施 自主グループ活動への参加を義務づける ④検査のみ実施グループ <table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td style="text-align:center;">①</td> <td style="text-align:center;">②</td> <td style="text-align:center;">③</td> <td style="text-align:center;">④</td> </tr> <tr> <td>5月健康チェック</td> <td>5月第1ステージ</td> <td>5月第1ステージ</td> <td>5月</td> </tr> <tr> <td>6月初回指導</td> <td>6月第2ステージ</td> <td>6月第2ステージ</td> <td>11月</td> </tr> <tr> <td>7月1ヶ月目指導</td> <td>7月第3ステージ</td> <td>7月第3ステージ</td> <td>2月</td> </tr> <tr> <td>8月2ヶ月目指導</td> <td>8月第4ステージ</td> <td>8月第4ステージ</td> <td>(検査のみ)</td> </tr> <tr> <td>9月3ヶ月目指導</td> <td>9月第5ステージ</td> <td>9月第5ステージ</td> <td></td> </tr> <tr> <td>10月4ヶ月目指導</td> <td>10月第6ステージ</td> <td>10月第6ステージ</td> <td></td> </tr> <tr> <td>11月6ヶ月目指導</td> <td>11月第7ステージ</td> <td>11月第7ステージ</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2月終了 3ヶ月後</td> <td>2月第8ステージ</td> <td>2月第8ステージ</td> <td></td> </tr> </table> <p style="text-align:center;">(第1・7・8で健康チェック)</p>	①	②	③	④	5月健康チェック	5月第1ステージ	5月第1ステージ	5月	6月初回指導	6月第2ステージ	6月第2ステージ	11月	7月1ヶ月目指導	7月第3ステージ	7月第3ステージ	2月	8月2ヶ月目指導	8月第4ステージ	8月第4ステージ	(検査のみ)	9月3ヶ月目指導	9月第5ステージ	9月第5ステージ		10月4ヶ月目指導	10月第6ステージ	10月第6ステージ		11月6ヶ月目指導	11月第7ステージ	11月第7ステージ		2月終了 3ヶ月後	2月第8ステージ	2月第8ステージ	
①	②	③	④																																		
5月健康チェック	5月第1ステージ	5月第1ステージ	5月																																		
6月初回指導	6月第2ステージ	6月第2ステージ	11月																																		
7月1ヶ月目指導	7月第3ステージ	7月第3ステージ	2月																																		
8月2ヶ月目指導	8月第4ステージ	8月第4ステージ	(検査のみ)																																		
9月3ヶ月目指導	9月第5ステージ	9月第5ステージ																																			
10月4ヶ月目指導	10月第6ステージ	10月第6ステージ																																			
11月6ヶ月目指導	11月第7ステージ	11月第7ステージ																																			
2月終了 3ヶ月後	2月第8ステージ	2月第8ステージ																																			
県市町村の 担当部所	町：健康開発課 町民福祉課 県：福祉保健部医薬国保課 国民健康保険係 山崎																																				
事業実施者の 主なメンバー	健康開発課、町民福祉課、教育課 二市北浦原郡総合健康開発センター 新潟県労働衛生医学協会 (有) オフィスヒューマンモア 日本ヘルスサイエンスセンター																																				
評価者	自治医科大学公衆衛生学教室 教授 中村 好一																																				

都道府県	三重県	
市町村	四日市市	
総人口 (14年度末)	296,563人	
国保被保険者数 (14年度末)	94,728人(31.9%)	
市町村の保健課題	生活習慣病の増加、高齢期における運動不足からくる体力低下、下肢筋力の低下による健康度の低下	
事業の位置付け	<ul style="list-style-type: none"> ・「四日市健康づくり21(15年度中策定)」の推進 ・20歳以上の成人の健康づくりの推進 	
対象とする 予備軍の 生活習慣病名	肥満 高脂血症 糖尿病 高齢期における運動不足からくる体力低下、下肢筋力の低下	
年齢層	20歳～70歳 体力低下分 55歳～70歳	
介入群の実践者数	150名 50名 計200人	
対照群の数	150名 50名 計200人	
健康度指標 および 健康度	血液検査、骨密度、体脂肪測定、健康度測定(身長、体重、体力測定等)	
個別健康支援 プログラム の内容	<ol style="list-style-type: none"> ① ボディデザインコース(肥満) ② 血液さらさらコース(高脂血症) ③ 血液しなやかコース(糖尿病) ④ 筋力しっかりコース(筋力低下) ⑤ インターネットコース 	
	健診 教室 運動 栄養 健康相談	血液検査、骨密度、体脂肪測定、体力測定 1ヶ月間で実施(4回程度) 週1回の運動プログラム 2ヶ月に1回実施(食事分析を基に実施) 電話、メール、支援レター等
市町村の 担当部所	市：保健センター、保険年金課 県：健康福祉部生活保障チーム国民健康保険グループ田中	
事業実施者の 主なメンバー	四日市市保健センター 三重北勢健康増進センター	
評価者	名古屋大学医学部保健学科 教授 榊原久孝 チーフとした評価チームを編成 名古屋大学総合保健体育科学センター 島岡 清教授 名古屋大学総合保健体育科学センター 都竹 茂樹講師 (日本ボディデザイン医科学研究所長)	

都道府県	兵庫県
市町村	稲美町
総人口 (14年度末)	32,696人
国保被保険者数 (14年度末)	10,029人(30.7%)
市町村の健康課題	生活習慣病の受診率が低い 肥満者が多い 運動習慣者が少ない
事業の位置付け	「健康いなみ21計画・すこやか親子21計画」の推進
対象とする 予備軍の 生活習慣病名	高血圧 高脂血症 糖尿病 肥満症(高血圧、高脂血症、糖尿病のいずれかを持つ肥満者)
年齢層	30～64歳
介入群の実践者数	450人 個別介入150名、地域介入300人
対照群の数	450人 個別介入150名、地域介入300人
健康度指標 および 健康度	メディカルチェック アンケート調査 健康調査の実施(主観的健康観、QOL, 生活習慣、病歴等)
個別健康支援 プログラム の内容	ベースライン調査の実施 国保加入者30歳から64歳4200人アンケート調査 個別介入プログラム300人、地域介入プログラム600人に対して身体計測、血液検査 等のベースライン調査を実施、事業開始時と終了時の2回実施する。 個別介入プログラム 8回の介入 6ヶ月間の強介入 月1回程度6回の健康教育 以降は維持期とし、2～3ヶ月ごとに計2回程度の教室等を実施。 地域介入プログラム 前年度に健康支援員の研修受講した健康支援員による地域介入 4月～9月 月1回 支援員1名当たりが10名の住民を対象に健康づくりを展開
県市町村の 担当部所	町：健康福祉課 県：健康生活部福祉局国民健康保険課医療係 野田
事業実施者の 主なメンバー	健康福祉課
評価者	大阪大学大学院医学系研究科環境医学 教授 森本 兼 国立京都病院臨床研究センター予防医学研究室長 坂根 直樹

都道府県	奈良県		
市町村	香芝市		
総人口 (14年度末)	67,754人		
国保被保険者数 (14年度末)	20,138人(29.7%)		
市町村の保健課題	基本健康診査の要指導以上が7割を占める 通院、入院を見ると高血圧が多い。		
事業の位置付け	健康香芝21計画の推進		
対象とする 予備軍の 生活習慣病名	肥満 糖尿病 高脂血症 喫煙		
年齢層	30歳～74歳 基本健康診査、人間ドックのうち要指導者		
介入群の実践者数	480人		
対照群の数	200人		
健康度指標 および 健康度策定	体力測定、体格、肥満度、血圧、検尿、血液検査 生活習慣アンケート、健康度評価A票、運動習慣調査、QOL調査(SF36)		
個別健康支援 プログラムの 内容	ヘルスアッププログラム		
		前期(240人)	後期(240人)
	6月	事業説明会・各種検査 健診・体力測定	
	7月～12月 (10月)	毎月1回健康運動指導士とコーチング(各6回) 体力測定	
17年1月 1月～6月 (3月)	健診、体力測定 毎月1回健康運動指導士とコーチング(各6回) 体力測定		
県市町村の 担当部所	市：香芝市保健福祉部保健センター 予防係 松崎 県：福祉部保険福祉課 国保係 大平		
事業実施者の 主なメンバー	香芝市保健センター 財団法人奈良県健康増進センター 中国ヘルスケアシステム株式会社：健康運動指導士、エアロビクスインストラクター (有) ヴィ・ホライズン：神経言語プログラミングトレーナー		
評価者	奈良県立医科大学公衆衛生学教室 教授 車谷 典男		

都道府県	島根県
市町村	仁多町
総人口 (14年度末)	8,768人
国保被保険者数 (14年度末)	3,090人(35.2%)
市町村の保健課題	基本健康診査の結果から、糖尿病要指導者、要医療者の増 疾病統計で、循環器疾患が島根県の平均を上回っている。 生活習慣調査から、定期的な運動をしていない住民が壮年層、若年層に多い。
事業の位置付け	「健康にた21(13年度作成)」の推進
対象とする 予備軍の 生活習慣病名	糖尿病 高血圧症 高脂血症 肥満症
年齢層	30歳～69歳 生活習慣病予備軍 治療中の者はのぞく
介入群の実践者数	100人
対照群の数	100人
健康度指標 および 健康度	身長、体重、体脂肪率、血圧、心拍数、心電図、最大酸素摂取量、筋力測定 食生活・心理項目の設問を設定 各対象生活習慣病ごとに健康度を設定し、個人毎の目標健康度を設定する
個別健康支援 プログラムの 内容	個人健康支援プログラム 30人グループ 夜間コース(男性の勤労者層)毎週1回 6ヶ月間 運動 週1回 栄養 月1回 心理面の指導 3回の心理テストセラピックリクレーション 昼間コース(女性、無職男性)毎週1回 6ヶ月間 運動 週1回 栄養 月1回 心理面の指導 3回の心理テストセラピックリクレーション
県市町村の 担当部所	町:健康福祉課 県:健康推進課
事業実施者の 主なメンバー	健康福祉課 仁多町立病院 (有)フィットネス教室
評価者	島根大学医学部付属病院長 加藤 譲教授 島根大学医学部環境保健医学第1教室 藤田 委由教授

都道府県	岡山県
市町村	柵原町
総人口 (14年度末)	6,996人
国保被保険者数 (14年度末)	2,781人(39.8%)
市町村の保健課題	国保医療費統計での件数の1位は高血圧、費用額では循環器、高血圧であり生活習慣病予防が急務である。基本健康診査では、高脂血症の割合が県平均を上回っている。
事業の位置付け	「健康やなはら21」の推進
対象とする 予備軍の 生活習慣病名	肥満症 糖尿病 高脂血症 高血圧症
年齢層	30歳～69歳
介入群の実践者数	80人
対照群の数	80人
健康度指標 および 健康度策定	身体状況 生活習慣
個別健康支援 プログラムの 内容	実態調査 30歳～69歳の国保加入者 1,500人 ①はつらつ個別指導コース(運動と栄養) 16年度から18年度の各7月から1月にかけて実施 月1回1年に7回 7月 事業説明会 8月 面接・運動指導 9月 運動指導・栄養調査説明 10月 運動指導、栄養聞き取り調査・半水体脂肪測定 11月 運動指導、栄養指導・健康チェック 12月 健康データ返却説明 1月 終了式 ②ふれあい生き生きコース 16年度から18年度の各7月から1月にかけて実施 月1回1年に7回 栄養・運動の教室に加えて「生きがい発見アプローチ」を行う
県市町村の担当部 所	町：赤堀保健課長、村島課長代理 県：長寿社会対策課 保健支援係 東山
事業実施者の 主なメンバー	保健課 順天堂大学ヘルスプロモーションリサーチセンター 岡山健康づくり財団 NPO元気寿命を創造する会
評価者	昭和大学医学部衛生学 教授 中館 俊夫 講師 山野 優子 鳥取大学 医学部病態運動学 助教授 加藤 敏明(チーフ) 順天堂大学ヘルスプロモーション・リサーチ・センター 助教授 島内 憲夫

都道府県	高知県
市町村	梶原町
総人口 (14年度末)	4,455人
国保被保険者数 (14年度末)	2,154人(48.4%)
市町村の保健課題	糖尿病の増加傾向 基本健診結果の3割が太り気味 若い世代の食習慣が悪い
事業の位置付け	「健康長寿の里づくり計画」の推進
対象とする 予備軍の 生活習慣病名	糖尿病
年齢層	20歳～69歳 過去3年間の基本健診の結果要注意から要精査までの方および病院リストア
介入群の実践者数	アップの方
対照群の数	100人 100人
健康度指標 および 健康度策定	身長、体重、体脂肪、血液検査等 生活習慣や意識等 検査結果、肥満度、精神面、健康意識、運動、栄養を5段階評価し総合評価の予定
個別健康支援 プログラム の内容	個別指導を中心に、集団指導を組み合わせながら、集会所や体育館などを利用した地域巡回型としたプログラム。100人を5グループに分けて実施(地域単位) 個別生活指導(地域巡回型) 5月 事業説明会 生活プロフィール調査、検査(一般・精密)、保健師による初回指導 6月 水中運動教室2回、有酸素運動教室各地域で計12回 7月 水中運動教室2回、有酸素運動教室各地域で計14回 集団健康教室(料理教室)各地域2回を1コース 8月 支援レター 水中運動教室2回、有酸素運動教室各地域で計12回 集団健康教室(リラクゼーションと仲間づくり) 9月 2回目検査 水中運動教室等2回、有酸素運動教室各地域で計13回 保健師等の4ヶ月後指導 10月 水中運動教室2回、有酸素運動教室各地域で計14回 集団健康教室(リラクゼーションと仲間づくり) 11月 2回目精密検査 水中運動教室2回、有酸素運動教室各地域で計12回 ヘルスアップ合宿 料理教室各地域1回 12月 支援レター、水中運動教室2回、有酸素運動教室各地域で計12回 集団健康教室(リラクゼーションと仲間づくり) 1月 3回目検査 保健師による8ヶ月後指導 水中運動教室等2回、有酸素運動教室各地域で計12回 2月 集団健康教室(リラクゼーションと仲間づくり)
県市町村の 担当部所	梶原町保健福祉支援センター
事業実施者の 主なメンバー	保健福祉支援センター 国民健康保険梶原病院 高知県健康運動士会
評価者	高知大学医学部社会医学講座公衆衛生学教室 助教授 安田 誠史 チーム

都道府県	佐賀県
市町村	大和町・富士町
総人口 (14年度末)	大和町22,632人 富士町4,995人 27,627人
国保被保険者数 (14年度末)	大和町7,129人(31.5%) 富士町2,133人(42.7%) 9,262人(33.5%)
市町村の健康課題	医療費分析からは、40歳代を境に循環器系の医療費が増大している。 また、健診結果より脂質系異常者が多い
事業の位置付け	富士大和病院の施設を活かした健康づくり事業を推進したい。 18年度を目途に健康増進計画を策定する予定
対象とする 予備軍の 生活習慣病名	高脂血症 糖尿病(耐糖能異常) 高血圧
年齢層	30歳～75歳
介入群の実践者数	120名
対照群の数	120名
健康度指標 および 健康度	身体状況(身長、体重、肥満度等)、生活習慣調査、健康意識調査 運動負荷テスト、ライフコーダー(生活習慣記録機) 5段階程度で分類する予定
個別健康支援 プログラムの 内容	「健康づくりヘルスアップ教室(仮称)」(直診の渦流浴プールを利用) 健康スポーツ医による運動処方による運動療法の実施 7ヶ月間(1コース42回を5コース) 生活習慣病予防、運動等の集団指導 コース毎に週2回実施 食生活改善のための栄養教室の開催 コース毎に月1回実施 運動(個別監視型運動療法・自宅で出来る運動) 管理栄養士、保健師による個別訪問 例)キラキラ★心と体、ここから教室 Aコース 渦流浴プール・エルゴ 毎週木曜日 富士大和温泉病院 栄養教室 第3月曜日 南部ふれあい館 チューブ・ボール 毎週月曜日 南部ふれあい館
県市町村の 担当部所	大和町国保係 広重 福祉課 三原
事業実施者の 主なメンバー	大和町国保係・保健衛生係、富士町国保年金係、福祉保健係 富士大和温泉病院(医師、理学療法士1、健康運動指導士2、健康スポーツ医1、管理栄養士1)
評価者	総括 佐賀大学医科部内科学 助教授 山本 匡介 佐賀大学医学部社会医学講座講師 庄野 菜穂子

都道府県	宮崎県	
市町村	日南市	
総人口 (14年度末)	44,667人	
国保被保険者数 (14年度末)	19,747人(44.2%)	
市町村の保健課題	基本健康診査の結果、高脂血症、高血圧症、肥満が上位である。医療費分析においても、高血圧症、糖尿病、脳梗塞が上位を占め生活習慣病対策の推進が急務である。	
事業の位置付け	「健康にちなん21」の推進 事業をとおして地域の関係機関や施設と柔軟な関係をとる	
対象とする 予備軍の 生活習慣病名	高血圧 高脂血症 肥満 糖尿病	
年齢層	30歳～70歳	
介入群の実践者数	150人 7回介入型 75人 3回介入型	
対照群の数	150人	
健康度指標 および 健康度策定	生化学検査、意識調査(意識がみられる評価指標)	
個別健康支援 プログラム の内容	6月	7回介入型 事業説明会 生化学検査・意識調査
	7月	健康学習2回 健康学習1回 検査結果説明
	8月	健康学習1回 健康学習1回
	9月	健康学習2回 自分にあてた支援レター
	10月	健康学習1回 健康学習1回
	11月	健康学習1回 自分にあてた支援レター 生化学検査・意識調査
	12月	結果送付
	1月～3月	分析・評価まとめ
	<ul style="list-style-type: none"> ・単なる情報提供型ではなく、継続的な健康意識・行動の変容に結びつけるための健康学習を実施する。 ・家族の支援や地域の文化が個人の健康づくりに影響しているのではないかと考え、本人を中心としたサポートシステムのつながりを深める。 ・スタッフの指導力や雰囲気作り等の力量及びチーム力が本人の健康づくりに影響すると考え、総合コーディネーターを迎え、保健医療スタッフの力量の向上を目指す。 	
縣市町村の担当部 所	県：介護国民健康保険課 市：国民年金課・環境保健課	
事業実施者の 主なメンバー	国保年金課 環境保健課 国民健康保険中部病院 宮崎県国保連合会 日本ヘルスサイエンスセンター総合コーディネーター	
評価者	財団法人宮崎県健康づくり協会 医師 山田 隆司	

都道府県	沖縄県
市町村	佐敷町
総人口 (14年度末)	11,474人
国保被保険者数 (14年度末)	4,564人(39.8%)
市町村の保健課題	老人医療費が県内上位、基本検診受診率横ばい、基本検診/人間ドックの有所見7割 高血糖の割合高い、人工透析の増加
事業の位置付け	平成12年度健康の町宣言 「健康日本21 佐敷版」の推進
対象とする 予備軍の 生活習慣病名	肥満 BMI25以上 この4項目で1つ以上 高血圧症 最高血圧130以上 最低血圧85以上 所見がある者 高脂血症 総コレステロール200以上、中性脂肪140以上 糖尿病 空腹時血糖値110以上、HbA1c5.6以上
年齢層	30歳～64歳
介入群の実践者数	80人
対照群の数	80人
健康度指標 および 健康度策定	事前調査：体力測定、意識調査、血液検査 中間調査2回：体力測定、意識調査 事後調査：体力測定、意識調査、血液検査
個別健康支援 プログラム の内容	①生活習慣病予防教室 栄養、運動、休養の内容で週1回(合計16回)昼間と夜間のコースに分け、教室を実施。その後、フォローの教室を実施 ②通信教育およびキャンペーン活動
県市町村の担当部 所	県：国保援護課国保医療係 天久 町：健康課
事業実施者の 主なメンバー	町健康課 さしき内科クリニック ヘルスプロモーション研究センター
評価者	琉球大学教育学部生涯健康基礎学講座 教授 平良 一彦