

保発第 0318004 号

平成14年3月18日

都道府県知事 殿

厚生労働省保険局長

国保ヘルスアップモデル事業の実施について

標記事業については、生活習慣病の予備軍に対する健康支援プログラムの開発及び健康づくり事業の分析・評価を行うことを目的として、別添「国保ヘルスアップモデル事業実施要領」を定め、平成14年度から実施することとしたので通知する。

(別添)

## 国保ヘルスアップモデル事業実施要領

### 1. 事業の目的

国保ヘルスアップモデル事業（以下「モデル事業」という。）は、生活習慣の改善に重点を置いた健康づくり事業として、高血圧、糖尿病等の生活習慣病予備軍に対する個別健康支援プログラムを開発・実施し、モデル事業の分析・評価を行うことを目的とする。

### 2. 事業の実施主体

事業の実施主体は、厚生労働大臣が指定する市町村（特別区を含む。以下同じ。）（以下「指定市町村」という。）とする。

### 3. 厚生労働大臣の指定

厚生労働大臣は、都道府県から効果的な事業の実施が見込まれるとして推薦された市町村のうちから、事業の実施体制及び事業の内容を勘案の上、事業を実施する市町村を指定する。

なお、都道府県内の市町村が厚生労働大臣の指定を受けたときは、当該都道府県は、次年度からの推薦を行うことはできないものとする。

### 4. 事業の実施体制

指定市町村は、モデル事業を円滑に実施するため、関係行政機関内の相互の連携を図るとともに、関係団体と連携を密にし、積極的な協力を得て事業を実施する。

### 5. 事業の内容

指定市町村は、次の内容を行うものとする。

- (1) 対象とする生活習慣病の選定
- (2) 健康度指標の選定及び健康度の策定
- (3) 個別健康支援プログラムの実践者の選定
- (4) 保健サービス実施計画の作成及び実施
- (5) 個別健康支援プログラムの作成
- (6) 個別健康支援プログラムの実施
- (7) モデル事業の分析及び評価

6. 経費の負担

モデル事業の実施に要する経費については、別紙に定めるところにより助成を行う。

7. 事業の実施期間

事業の実施期間は、指定を受けた年度から3か年度とする。

8. 事業状況等の報告

指定市町村は、事業状況等について別に定める日までに厚生労働大臣あて報告を行うものとする。

## 国保ヘルスアップモデル事業の助成について

## 1. 助成対象経費

モデル事業の実施に要する費用については、市町村職員に係る人件費及び50万円以上の高額な備品購入費を除く全ての費用を対象とする。

## 2. 助成限度額

モデル事業に係る単年度の助成限度額については、次表に掲げる個別健康支援プログラム実践者の人数区分に応じて定める額とする。

ただし、モデル事業の単年度に係る事業総額（モデル事業実施者からの一部負担金を徴している場合の雑収入、市町村一般会計からの繰入金及び寄付等、モデル事業実施に係る他の収入がある場合には当該額を控除して得た額）が次表の区分に定める助成限度額を下回る場合は、当該額を助成限度額とするが、特に厚生労働大臣が必要と認める場合はこの限りではない。

(助成限度額)

(単位：千円)

個別健康支援プログラム実践者数	500人未満	500人以上 1,000人未満	1,000人以上
助成限度額	30,000	40,000	50,000

## 3. 交付申請手続き等

当該助成金の交付申請は、次により行うものとする。

- (1) 申請者は、任意の様式によるモデル事業計画書に加えて、別添様式1に必要な事項を記入の上、都道府県が定める日までに、厚生労働大臣あてに提出すること。

なお、その際には、申請市町村の概況、事業計画の内容等について参考となる資料を添付すること。

- (2) 都道府県知事は、市町村から申請書を受け取ったときは、これを審査し、別添様式2により関係書類を添えて、別に定める日までに厚生労働大臣に提出するものとする。

- (3) 助成金の交付決定（確定）は、他の調整交付金と同時とするが、別の定めにより、指定市町村の申請に基づき交付予定額の7割相当額について、概算払いを行う。

保国発第 0318001 号

平成14年3月18日

都道府県民生主管部（局）

国民健康保険主管課（部）長 殿

厚生労働省保険局国民健康保険課長

国保ヘルスアップモデル事業の実施について

標記については、平成14年3月18日保発第 0318004 号厚生労働省保険局長通知「国保ヘルスアップモデル事業の実施について」が示されたところですが、当該事業の実施に当たって、別添「国保ヘルスアップモデル事業の取扱要領」を定めたので遺漏のないようお取り扱い願います。

(別添)

## 国保ヘルスアップモデル事業の取扱要領

### 1. 事業の実施について

国保ヘルスアップモデル事業（以下「モデル事業」という。）は、生活習慣の改善に重点を置いた健康づくりの推進を図るため、高血圧、糖尿病等の生活習慣病予備軍に対する個別健康支援プログラムを開発・実施し、モデル事業の分析・評価を行うものである。

### 2. 事業の実施体制について

モデル事業を円滑かつ効果的に実施できるよう人員の確保等の十分な配慮を行い、次のような体制を整備すること。

なお、既存の類似組織を活用できる場合には、その活用を図ることで対応しても差し支えないものとする。

- (1) 市町村内部に、市町村関係部局の管理責任者、実務責任者及び実践者個人及び集団（実践者個人の集まり）への健康づくりの支援等を行う国民健康保険直営診療施設等の事業を実施する者（以下「事業実施者」という。）並びに事業を評価する者で構成する「事業本部」の設置
- (2) 市町村関係部局の実務担当者及び事業実施者等で構成する「実務者会議」の設置
- (3) 市町村関係部局の管理責任者、地域団体、住民代表等で構成する「事業協力推進協議会」の設置
- (4) 事業評価を受託する大学等の第三者機関である「評価チーム」の設置

### 3. 事業の実施の留意事項等について

実施に当たり、別紙1に定める実施手順を踏まえて行うものとするとともに、次のような点に留意すること。

#### (1) 対象とする生活習慣病等の選定について

モデル事業の対象とする生活習慣病の疾病は、既存の健康診査結果等の分析結果に基づき選定し、対象とする生活習慣病及び個別健康支援プログラムの実践者（以下「実践者」という。）は、その疾病の予備軍（ハイリスク者）を中心として選定すること。

#### (2) 健康度指標の選定及び健康度の策定について

健康度指標は、健康度の尺度として用いようとするものであり、例えば、疾病別の危険因子の検査数値や日常生活の健康状態等が考えられる。

健康度は、実践者個人の健康状態等（不健康度合）を客観的に判別するものであり、例えば健康度Ⅰ～Ⅳに区分するなどが考えられる。

健康度指標の選定及び健康度の策定は、個別健康支援プログラムの実施前に行うこと。

(3) 保健サービス実施計画の作成及び実施について

- ① 事業実施者は、実施期間における実践者個人に対する保健サービスと集団（実践者個人の集まり）に対する保健サービスのスケジュールや内容等をあらかじめ設定して実施計画を作成すること。

なお、保健サービスとは、例えば、〇〇病のハイリスク者に対する□か月間の個別健康支援プログラムを作成する場合、1か月目の実践者個人に対する保健サービスとして△△相談、2か月目は集団に対する保健サービスとして〇〇教室の開催等、□か月間に提供する各々のサービスをいう。

- ② 各保健サービスの作成及び実施に当たり、誰が実施しても同様な効果が得られるように、保健サービスの内容、実施方法、配布する資料等について統一を図ること。

(4) 個別健康支援プログラムの作成について

個別健康支援プログラムは、実践者個人の健康状態等を判定し、設定した実施期間における保健サービス実施計画を基に、実践者個人に合った健康支援プログラムを作成すること。

(5) 分析及び評価について

分析及び評価は、健康度指標及び健康度、個別健康支援プログラム（保健サービス内容、行動変容への効果、個別健康支援プログラムのコスト、医療費への効果）、モデル事業評価基準の観点をもって行うこと。

- ① 健康度指標及び健康度は、個別健康支援プログラムの実施前後において、実践者個人の健康度指標及び健康度の変化を具体的な数値をもって明らかにし、選定した健康度指標及び策定した健康度が適切であったかどうか分析及び評価すること。
- ② 保健サービス内容は、個別健康支援プログラムの各保健サービスについて、提供者の誰がどのような内容を、どの位の時間をかけてどのように提供したか、また、実践者がどのような内容を、どの位の時間の提供を受けたか等について記録し、分析及び評価すること。
- ③ 行動変容への効果は、個別健康支援プログラムの実施前後において、実践者個人の生活習慣等の行動変化を具体的な数値をもって明らかにすること。
- ④ 個別健康支援プログラムのコスト分析は、実施した保健サービスに要した費用について、実践者の人数にかかわらず必要となる費用「固定費用」と実践者の人数に応じて変動する費用「変動費用」に区分して、実践者一人当たりの固定費用と変動費用を算出し、分析すること。

なお、保健師等の人的な費用については、業務量に応じた人件費（金額）として把握すること。

- ⑤ 医療費への効果は、個別健康支援プログラムの実施前後における実践者（介入群）と実践者以外で同程度の健康度にある者（対照群）との医療費を比較して、個別健康支援プログラムの効果を分析すること。
- ⑥ モデル事業評価基準は、モデル事業の実施後に上記①～⑤の結果に基づき、モデル事業全体を分析及び評価するための項目をどのように設定すればよいのかを明らかにできるものを作成すること。

#### 4. 事業の経費について

- (1) モデル事業にかかる助成額については、普通調整交付金の調整対象需要額からは除かれるものであること。
- (2) 健康増進施設等の利用料金や栄養教室での材料費については、実費相当額を対象者から徴収することが望ましいこと。

#### 5. 事業状況の報告について

実施市町村は、毎年度の実施状況について、翌年6月末日までに報告を行う。  
なお、指定期間終了後においては、モデル事業の総括報告を行うこと。

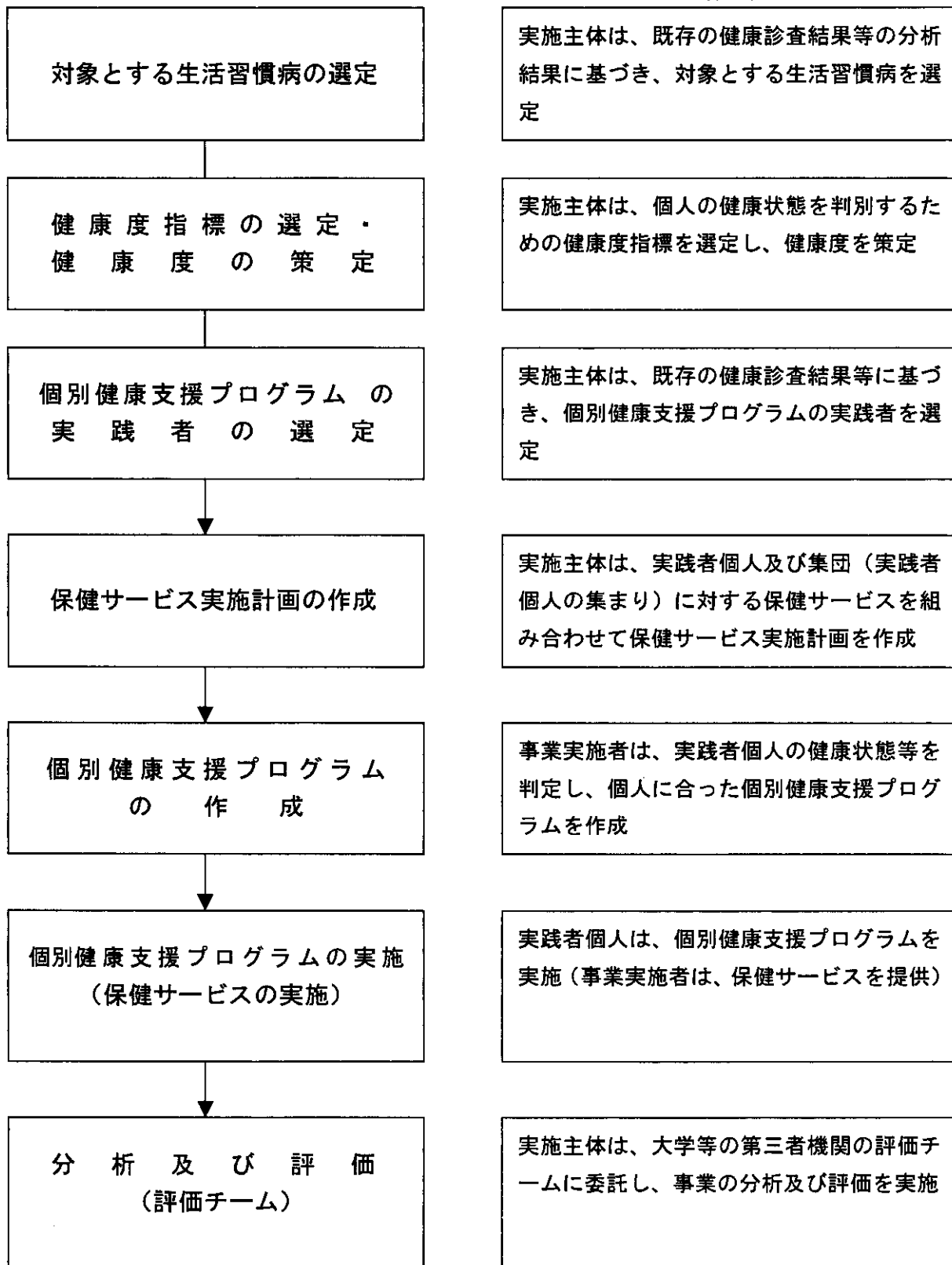
#### 6. その他

- (1) モデル事業の実施に当たっては、地域団体、住民等の意見要望等を反映できるようにすること。  
また、保健サービスを実施するに当たり、地域の社会資源（健康増進施設等）の協力が得られるよう努めること。
- (2) 事業実施者は、モデル事業指定期間中の実践者個人の健康情報を継続して管理するとともに、有効に活用できる仕組みを設けること。  
また、健康診査結果等の個人情報利用にあたっては、健康情報の管理を厳重に行うとともに、実践者個人に対しては、モデル事業に関する十分な説明と参加に対する合意を得る必要があること。

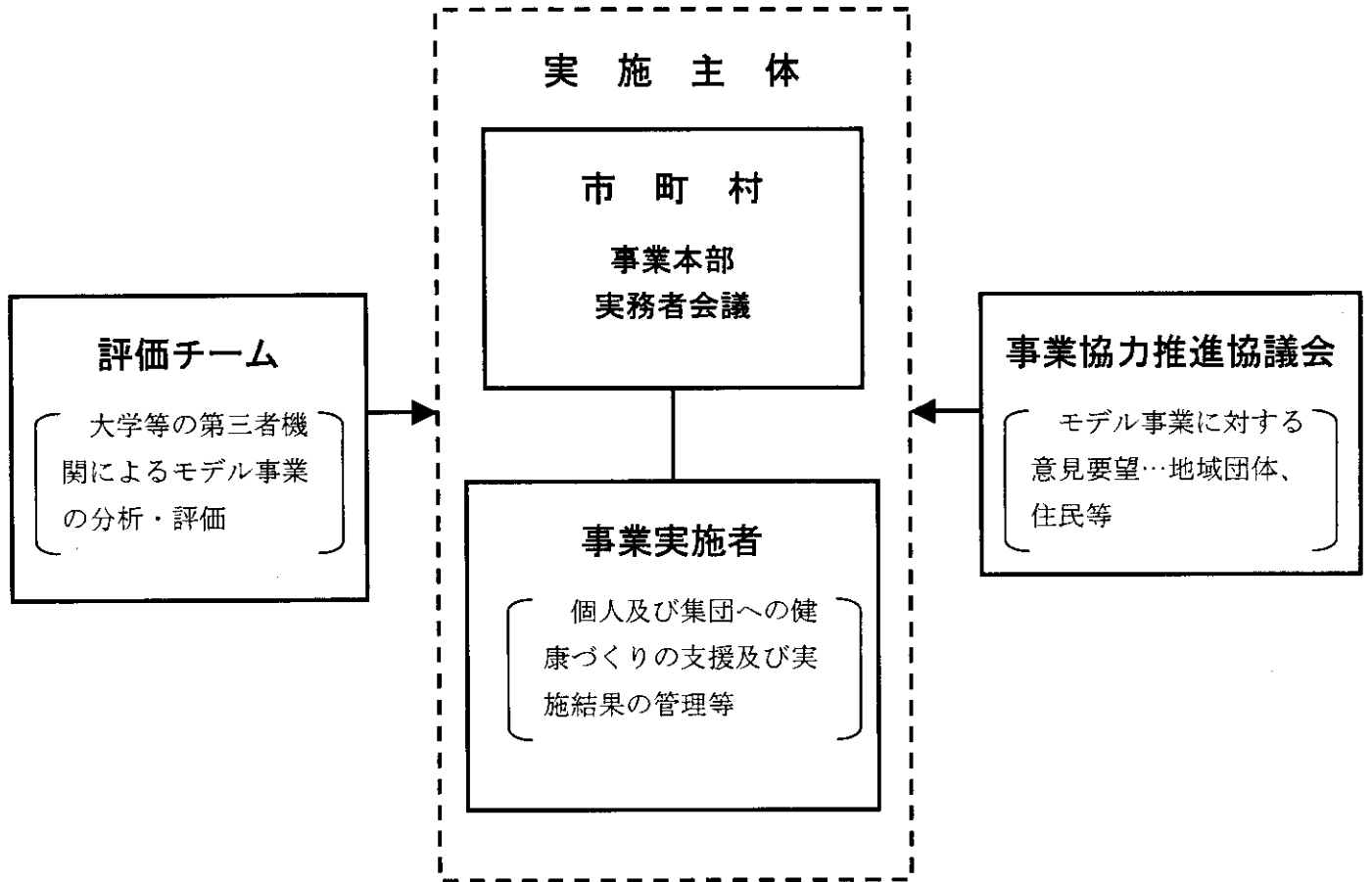


実 施 手 順

( 解 説 )



実 施 体 制



	事業本部	実務者会議	事業実施者	事業協力推進協議会	評価チーム
構 成 者	<ul style="list-style-type: none"> <li>市町村関係部局の管理責任者、実務責任者</li> <li>事業実施者</li> <li>事業評価する者</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>市町村関係部局の実務担当者（保健所の担当者を含む）</li> <li>事業実施者等</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>個人及び集団への健康づくりの支援を行う国保直営診療施設等</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>市町村関係部局の管理責任者</li> <li>地域団体</li> <li>住民代表</li> <li>有識者</li> <li>健康づくりの専門家等</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>事業評価を受託する大学等</li> </ul>

※（既存の類似組織を活用できる場合には、その活用を図ることで対応することとしても差し支えない）

平成14年度 国保ヘルスアップモデル事業指定市町村計画

No. 1

都道府県 市町村	青森県 大鰐町	岩手県 矢巾町
総人口 (12年度末)	13,441 人	25,626 人
国保被保険者数 (12年度末)	6,224 人	6,570 人
老人保健医療給付 対象者数 (12年度末)	1,623 人	1,800 人
老人保健医療給付 対象者数の割合 (12年度末)	26.1%	27.4%
対象とする 予備軍の 生活習慣病名	高血圧症 高脂血症	高血圧症 高脂血症 糖尿病 喫煙
年齢層	30歳～69歳	20歳～69歳
介入群の実践者数	120 人	150 人 (高血圧症 60人、高脂血症 40人、 糖尿病 30人、喫煙 20人)
対照群の数	30 人	100 人 (高血圧症 50人、高脂血症 20人、 糖尿病 20人、喫煙 10人)
個別健康支援プロ グラムのタイプ	栄養と運動を中心としたグループワーク と個別相談の併用型	個別支援を中心に集団教育とグループ ワークの集合型
個別健康支援 プログラムの 内容	①指導者と対面方式で生活習慣について話し合い、問題点に対して個人が実行可能な目標を設定する。 ②4週間に1回、1グループ5～10名でグループワークを行い、同時に個人相談も実施する。 ③グループワーク終了毎に個人がたてた目標に対して管理栄養士(栄養)と運動指導士(運動)が書面・電話で支援する。	①モデル地区を設定し、高血圧症、高脂血症、糖尿病、喫煙のハイリスク者に対しては、生活習慣改善指導、支援レター、ウォーキング教室、グループワークを行う。ただし、喫煙者のハイリスク者については全町から選定する。 ②モデル地区のハイリスク者に対しては、栄養改善月間、運動月間としての取り組みを行う。
市町村の担当部署	保健福祉課	生きがい推進課
事業実施者	町	町
事業実施者の 主なメンバー	・町保健福祉課 保健師(5) 事務(2) ・日本予防医学協会の職員の派遣を受ける 管理栄養士(1～2) 運動指導士(1～2)	・町職員保健師(8) ・岩手県予防医学協会の職員の派遣を受ける。 保健師(2～3) 管理栄養士(1) 運動指導士(2)
評価者	福岡大学医学部公衆衛生学教室 教授 守山正樹	岩手医科大学衛生学公衆衛生学講座 教授 岡山明 他5人

平成14年度 国保ヘルスアップモデル事業指定市町村計画

No. 2

都道府県 市町村	福島県 二本松市	神奈川県 藤沢市
総人口 (12年度末)	35,989 人	377,771 人
国保被保険者数 (12年度末)	12,466 人	120,113 人
老人保健医療給付 対象者数 (12年度末)	3,454 人	28,792 人
老人保健医療給付 対象者数の割合 (12年度末)	27.7%	24.0%
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	高血圧症 高脂血症 糖尿病 肥満
年齢層	30歳～79歳	30歳～69歳
介入群の実践者数	225 人	1,000 人
対照群の数	225 人	1,000～2,000 人
個別健康支援プロ プログラムのタイプ	地域の社会資源を活用した、運動を中心 の短期集中型個別・集団教育型	個別相談を重視した、藤沢市保健医療セ ンターを拠点とする運動・栄養総合型
個別健康支援 プログラムの 内容	①2ヵ月間に8回コースの集団健康教室を 行う。運動を中心として有酸素運動・筋 力強化・ストレッチをセットにした運動 の実際を体験し、個人に合った運動実践 方法を修得してもらうのが特徴。栄養は、 個人指導を併せて行う。 ②教室終了後の3ヶ月間は、各個人が選定 した運動と栄養の目標実践を行う。その 間は、1ヵ月ごとに実践記録表を提出し てもらい、保健師が必要な助言・指導を 行う。 ③教室の会場は、市の保健センターに集中 しないように、地域にある複数の運動増 進施設を使用して継続性が確保できるよ うにする。	①高血圧症・高脂血症・糖尿病・肥満のハ イリスク者に対して基本健康診査などの結 果によりリスクの層別化を行い、個人の健 康度に合わせた健康行動の計画を立てる。 定期的に面談して動機づけを行い、健康行 動が継続するよう支援する。 ②藤沢市保健医療センター内のトレーニ ング室で運動を希望する人を対象に、リス クの内容を考慮した運動プログラムに基づき 運動指導を行う。市内全域を健康づくりゾ ーンとして位置づけ、個別相談・集団指導 (健康づくり教室)を行い、日常生活の中 で運動が習慣化することを旨とする。 ③食生活に関しては、個別相談のほか、集 団指導(食と健康の教室・調理実習)を実 施して、食に関する健康行動の方法を学ぶ 機会を提供する。
市町村の担当部署	ほけん課国保係	保険年金課
事業実施者	市	藤沢市保健医療センター
事業実施者の 主なメンバー	・市民福祉部ほけん課 保健師(6) 臨時保健師(1) 臨時栄養士(1) 事務(1) 臨時事務(1) ・運動増進施設等派遣を受ける 医師(4) スタッフ(17) 県保健衛生協会臨床検査技師(2) 運動指導員(1)	・藤沢市保健医療センター 医師(5) 保健師(7) 看護師(9) 臨床検査技師(6) 放射線技師(6) 運動指導員(6) 管理栄養士(3)
評価者	福島県立医科大学公衆衛生学講座 教授 安村誠司 他4人	東京大学大学院医学系研究科健康増進科学 教室 助教授 川久保清 他チーム編成

平成14年度 国保ヘルスアップモデル事業指定市町村計画

No. 3

都道府県 市町村	石川県 小松市	長野県 茅野市
総人口 (12年度末)	109,286 人	54,125 人
国保被保険者数 (12年度末)	35,045 人	16,947 人
老人保健医療給付 対象者数 (12年度末)	10,082 人	5,125 人
老人保健医療給付 対象者数の割合 (12年度末)	28.8%	30.2%
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 喫煙 肥満	高脂血症
年齢層	20歳～65歳	20歳～70歳
介入群の実践者数	320 人	180 人
対照群の数	100 人	120～200 人
個別健康支援プロ グラムのタイプ	個別支援型、個別・共通支援型、初歩支援型、IT支援型、禁煙支援型の5種類	事業実施者と市民・民間共同実施型
個別健康支援 プログラムの 内容	<p>①個別支援型：7ヵ月にわたり個別カウンセリングを中心とした支援とグループ指導支援を交えて行動変容を促す。</p> <p>②個別・共通支援型：7ヶ月間にわたり個別指導までは必要ない者に対して、30人のグループ指導やヘルシーバイキング・心理セミナーなどの共通プログラムを行う。</p> <p>③初歩支援型：7ヶ月間にわたり初期・初歩的の支援が必要な者に対して、グループ指導、ヘルスチェックなどの簡便な支援プログラムで行動変容を促す。</p> <p>④IT支援型：7ヶ月間にわたりインターネット・電子メール等を利用して、簡便な個別支援型のプログラムを行う。</p> <p>⑤禁煙支援型：3ヶ月間にわたり個別カウンセリングとメディカルチェックを行う。</p>	<p>高脂血症を次の6つのグループに分けて行う。</p> <p>①個別指導群…個別面接を2週間に1回ずつ、6ヶ月間実施し行動変容を促す。</p> <p>②運動指導群…運動指導を中心に、筋力テスト・運動処方等実施する。集団指導を2週間に1回ずつ、6ヶ月間実施する。</p> <p>③栄養指導群…栄養指導を中心に、調理実習・食品の選び方等を実習する。集団指導を1ヶ月に1回ずつ、6ヶ月実施する。</p> <p>④心理学的指導群…カウンセラーとともに、個別面接・集団指導を2～4週間に1回ずつ、6ヶ月間実施し行動変容を促す。</p> <p>⑤集団学習利用群…温泉を利用しながら、仲間意識を深めることで生活改善につなげていく。1ヶ月に1回ずつ、6ヶ月実施する。</p> <p>⑥インターネット利用群…インターネット等を利用して、自ら学習し仲間づくりしながら行動変容を促す。</p>
市町村の担当部署	保険年金課	基幹保健福祉サービスセンター
事業実施者	市、北陸体力科学研究所	市、諏訪中央病院
事業実施者の 主なメンバー	<ul style="list-style-type: none"> <li>・市いきいき健康課 保健師(5)</li> <li>・市いきいき健康課 栄養士(2)</li> <li>・市いきいき健康課 運動実践指導者(2)</li> <li>・北陸体力科学研究所 医師(1)</li> <li>・北陸体力科学研究所 保健師(1)</li> <li>・北陸体力科学研究所 栄養士(2)</li> <li>・北陸体力科学研究所 運動指導士(1)</li> <li>・北陸体力科学研究所 臨床検査技師(4)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・市保健福祉サービスセンター 保健師(15)</li> <li>・市保健福祉サービスセンター 栄養士(1)</li> <li>・市保健福祉サービスセンター 臨時保健師(2)</li> <li>・市保健福祉サービスセンター 臨時看護師(1)</li> <li>・諏訪中央病院 医師(1)</li> <li>・諏訪中央病院 保健師(1)</li> <li>・諏訪中央病院 看護師(8)</li> <li>・諏訪中央病院 栄養士(1)</li> </ul>
評価者	金沢医科大学公衆衛生学教室 教授 中川秀昭 助教授 三浦克之	信州大学医学部社会予防医学講座 教授 浜田淳 助手 太田節子 他

平成14年度 国保ヘルスアップモデル事業指定市町村計画

No. 4

都道府県 市町村	広島県 加計町	鹿児島県 鹿屋市
総人口 (12年度末)	4,578 人	79,460 人
国保被保険者数 (12年度末)	1,958 人	30,087 人
老人保健医療給付 対象者数 (12年度末)	875 人	8,782 人
老人保健医療給付 対象者数の割合 (12年度末)	44.7%	29.2%
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	高脂血症 骨粗鬆症
年齢層	40歳～79歳	高脂血症 40歳～59歳 骨粗鬆症 55歳～75歳
介入群の実践者数	40歳～65歳 100 人 66歳～79歳 100 人	高脂血症 60 人 骨粗鬆症 60 人
対照群の数	40歳～65歳 100 人 66歳～79歳 100 人	高脂血症 60 人 骨粗鬆症 60 人
個別健康支援プロ グラムのタイプ	運動を中心とした個別指導と地域巡回方 式の集団指導	県民健康プラザ健康増進センターを使っ た運動・栄養・休養のプログラム
個別健康支援 プログラムの 内容	①40歳～65歳：8ヶ月間にわたり夜間 と昼間の2コースに分けて、さらに夜間 については健康度に応じて毎週1回及び 隔週1回の計3コースに分けて個別・集 団指導（運動指導、隔月毎1回医師によ る健康講座、ウォーキング等）を行う。 ②66歳～79歳：8ヶ月間にわたり2週 間に1回、地域巡回方式による集団指導 （ウォーキングを中心とした運動指導、 栄養講座、体力測定等）を行う。	①高脂血症予防プログラム：3ヶ月間に10 回コースの個別・集団健康指導（水中運動、 調理実習等）を終了した後は、3ヶ月後、 6ヶ月後、1年後、1年半後の採血・結果 報告会でフォローする。1年半の間を通じ、 個別運動メニュー（有酸素運動、筋力強化、 リラクゼーション）を提示、実施する。 ②骨粗鬆症予防プログラム：毎週1回、12 回にわたる個別・集団健康指導を終了した 後は、3ヶ月後、6ヶ月後、1年後の採血 ・結果報告会でフォローする。1年半の間 を通じ、個別運動メニュー（筋力強化、骨 刺激運動）を提示、実施する。
市町村の担当部署	福祉保健課	・すこやか家庭課 ・いきいき長寿課
事業実施者	・町 ・町国保病院 ・町保健福祉総合施設	・市 ・県民健康プラザ健康増進センター
事業実施者の 主なメンバー	・町福祉保健課 保健師（2） 栄養士（1） 在宅看護師（3） 臨時職員（1） 臨時保健師（1） ・町国保病院 医師（1） 保健師（1） 看護師（1） 理学療法士（1） 作業療法士（1） 栄養士（1） ・町保健福祉総合施設 保健師（1） 臨時職員（1） ・フィットネスクラブから派遣を受ける。 健康運動指導士（3）	・市 保健師（5） 管理栄養士（1） 運動指導士（1） 理学療法士（1） 臨時栄養士（3） ・県民健康プラザ健康増進センター 保健師（4） 栄養士（1） 運動指導士（4） 温泉指導士（1）
評価者	広島大学保健管理センター 教授 吉原正治 広島大学医学部保健学科 教授 吉村理	国立鹿屋体育大学 副学長 倉田博 他3人の評価チーム編成