

先進的な保健事業の実証等に  
関する報告書

明治安田生命健康保険組合  
2015年3月

# 目次

---

はじめに	1
第1章 事業実施に至る背景	1
1. 加入者の健康分布	1
2. 医療費状況	2
3. 課題と取組み事項	6
第2章 具体的な事業目的・成果目標・事業量目標	8
1. 事業目的	8
2. 成果目標	8
3. 事業量目標	8
第3章 具体的な事業内容（2014年度「データヘルス計画」先行実施報告）	9
1. 健康NEXTチャレンジ2016目標	9
2. 健康NEXTチャレンジ2016プロセス目標	9
3. 2014年度データヘルス計画実証事業の概要	10
第4章 2014年度データヘルス計画先行実施状況	11
1. 高血圧重篤者への介入結果・検証	12
2. 血糖セルフモニタリングの介入結果・検証	15
3. 脂質異常症重篤者への介入結果・検証	17
4. 40歳未満メタボへの介入	22
5. 腎機能異常重篤者への介入（補助金事業の対象外）	24
6. 高血圧及び脂質異常症重篤者への追加介入	27
第5章 事業実施体制	28
1. 事業主との連携体制	28
2. 「データヘルス計画」の策定に当たって活用する外部事業者	29
3. 「データヘルス計画」の実施に当たって活用する外部事業者	29
第6章 評価結果を踏まえた今後の事業の方向性	29
1. 趣旨	29
2. プロセス目標とアウトプット目標	30
3. 2015年度データヘルス計画の概要	30
4. 2014年度データヘルス計画の実施、評価から抽出された課題	31
5. 課題を踏まえた2015年度データヘルス計画の具体的実施事項	32

## はじめに

弊健康保険組合は、2014年度「データヘルス計画」先行実施事業を3カ年計画である「健康NEXTチャレンジ! 2016」の中核事業（重症化予防）と位置づけ、健保組合・事業主（産業医・産業保健スタッフ）・外部委託事業者の総力を結集して実施した。同事業の実施状況について報告するとともに、2015年度（2015～2017年度）「データヘルス計画」の策定状況について報告する。

## 第1章 事業実施に至る背景

2014年1月に弊健康保険組合は、明治安田生活福祉研究所と共同で、過去5年間のレセプト及び健康診断結果等をもとに医療費分析を実施し、健診結果データや医療費の経年変化、医療給付実態調査との比較、健康分布、疾病別給付費の動向等、多方面からの分析により課題の明確化を実施した。

以下に、同分析等に基づく加入者の健康状況・医療費状況・取組むべき課題について記載する。

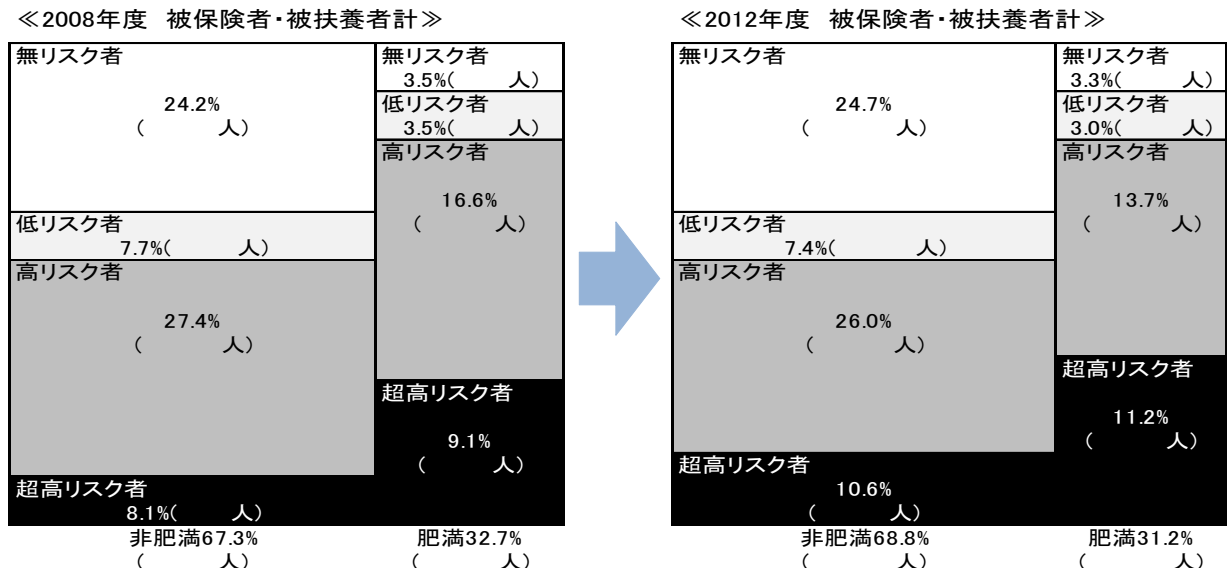
### 1. 加入者の健康分布

最初に東京大学の古井祐司先生考案の健康分布の定義に基づいて、過去5年間の健診結果を「肥満」・「非肥満」の2種類及び「無リスク者＝健康体」「低リスク者」「高リスク者」「超高リスク者＝服薬者」の4種類に階層化し、健康状況の見える化を実施した。その結果「肥満」は、男性被保険者の割合が48.9%、女性被保険者は同28.8%と、健保連が実施した「平成23年度特定健診・特定保健指導に関する調査(801健保組合の集計)」(以下、「健保連調査」という)と比較(男性48.6%・女性18.0%)すると、いずれも「肥満」の割合が高い。ただし、特定保健指導の実施で「肥満の高リスク者」へは一定の介入が図られている。女性のうち「非肥満」の「高リスク者」が27.5%（〇〇〇人）と最も多く、男性でも18.5%（〇〇〇人）で3番目に多く、増加する傾向にあるので、この層への対応が今後の課題である。

#### ア. 被保険者・被扶養者合計の健康分布の推移

- 「肥満」の割合は、32.7%から31.2%に微減
- 「無リスク」「低リスク」の割合は、ほぼ横ばい
- 2011年度から開始した受診勧奨の継続実施もあり、「高リスク」の割合が44.0%から39.7%に減少する一方、「超高リスク（服薬）」の割合が17.2%から21.8%に増加。リスクを放置せず、治療を開始する者が増加

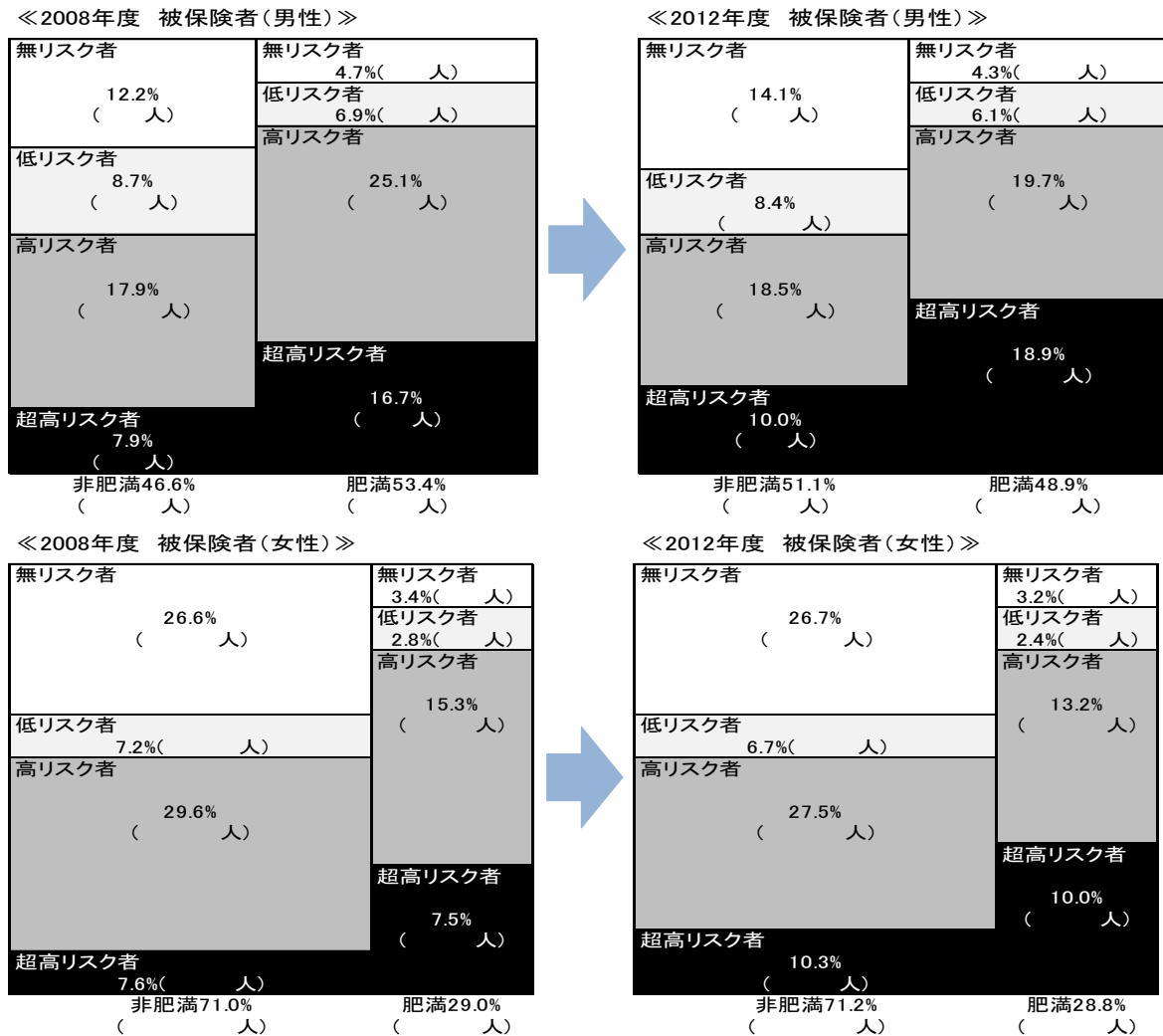
図1. 被保険者・被扶養者合計の健康分布（2008年度と2012年度）



## イ. 男女別の健康分布の推移

- 女性のうち「非肥満」の「高リスク者」が2008年度は29.6%（〇〇〇人）、2012年度は27.5%（〇〇〇人）と最も多い。男性では同じく「非肥満」の「高リスク者」が2008年度は17.9%（〇〇〇人）から2012年度は18.5%（〇〇〇人）で3番目に多く、増加する傾向

図2. 男女別の健康分布（2008年度と2012年度）



## 2. 医療費状況

医療費（保険給付費）を、年度別・診療行為別・職層別など多方面から分析するとともに、喫煙や特定保健指導などが医療費に与える影響も測定。詳細は以下のとおり。

### ア. 保険給付費と被保険者一人当たり給付費

- 2011～2012年度は低く抑えられていた保険給付費の伸びが、2013年度は増加傾向

表1. 保険給付費と被保険者一人当たり給付費の推移

	2010年度		2011年度		2012年度		2013年度		2014年度	
	実績	前年度比	実績	前年度比	実績	前年度比	実績	前年度比	予算	前年度比
保険給付費（百万円）	9,803	5.9%	9,849	0.5%	9,832	▲ 0.2%	10,105	2.8%	10,458	3.5%
一人当たり（円）		8.0%		1.4%		2.0%		4.2%		2.6%

イ. 療養費（入院・外来・歯科）と調剤費

- ・入院費の伸び（増減）が保険給付費全体の伸びに大きく影響している。1 件当たり金額で見ると、入院費は外来費の約 50 倍

表 2. 療養費（入院・外来・歯科）、調剤費の推移

		2008年度	2009年度	2010年度	2011年度	2012年度	2013年度
			前年度比	前年度比	前年度比	前年度比	前年度比
金額 (百万円)	外来		5.1%	1.6%	0.8%	-0.5%	2.1%
	入院		11.7%	8.4%	-9.5%	1.3%	3.6%
	歯科		4.0%	0.1%	3.0%	-2.3%	-1.2%
	調剤		9.8%	5.3%	7.4%	-1.2%	4.8%
件数 (件)	外来		4.6%	-0.2%	3.0%	-3.6%	-1.0%
	入院		3.7%	1.7%	-5.3%	-1.1%	0.6%
	歯科		4.1%	0.2%	5.1%	-3.8%	0.8%
	調剤		6.8%	3.5%	3.5%	0.2%	0.4%
1件 当り (円)	外来		0.5%	1.8%	-2.1%	3.2%	3.1%
	入院		7.6%	6.5%	-4.4%	2.4%	3.0%
	歯科		-0.1%	-0.2%	-2.0%	1.5%	-2.0%
	調剤		2.8%	1.7%	3.8%	-1.4%	4.4%

ウ. 高額な医療費を要した方の給付費総額

- ・医療費 100 万円（保険給付費ベース）以上の人数は、医療費総額とともに 2013 年度は対前年度比で大幅に増加

表 3. 高額な医療費（医療費 100 万円以上/月）を要した方の給付費総額

	2008年度	2009年度		2010年度		2011年度		2012年度		2013年度	
			前年度比		前年度比		前年度比		前年度比		前年度比
医療費100万円以上の方(人)*											
医療費100万円以上の方の 医療費総額A(百万円)	1,312	1,572	19.8%	1,698	8.0%	1,708	0.6%	1,642	-3.9%	2,039	24.2%
保険給付費総額B(百万円)	8,534	9,258	8.5%	9,803	5.9%	9,849	0.5%	9,832	-0.2%	10,063	2.3%
0.7A/B(%)	10.8%	11.9%	—	12.1%	—	12.1%	—	11.7%	—	14.2%	—

\* 月額医療費100万円以上の延べ人数

エ. 医療費 100 万円以上の年齢・職種別人数

- ・医療費 100 万円（保険給付費ベース）以上の人数は、40 歳以上から急激に増加。2013 年度は 50 代、60 代の増加が目立つ

表 4. 医療費 100 万円以上の年齢・職種別人数の推移

(単位：人)

年代	2012年度								2013年度							
	被保険者						被扶養者		被保険者						被扶養者	
	役員	営業職員	関連	特退	任継		合計	役員	営業職員	関連	特退	任継		合計		
1~9																
10																
20																
30																
40																
50																
60																
70~74																
合計	76.6%	14.3%	37.1%	4.5%	19.6%	1.1%	23.4%	100.0%	79.4%	20.8%	39.7%	2.4%	15.9%	0.6%	20.6%	100.0%

## オ. 疾病別医療費の推移

- ・疾病別に医療費（保険給付費ベース）の上位は、1 生活習慣病、2 悪性新生物、3 う蝕の順（2013 年度）
- ・2013 年度は、生活習慣病の中では、虚血性心疾患によるものが大幅に増加傾向である他、悪性新生物のうち、乳房及び胃・結腸・直腸の悪性新生物の 20%前後の伸びが目立つ

表 5. 疾病別医療費（上位）の 2011 年度から 2013 年度の推移（単位：百万円、人）

順位	疾病	疾病例示	2013年度		高額医療費対象者の金額・べ人数分布	
			前年度比	金額(百万)	人数	
1	生活習慣病等		5.2%	28.7%	25.4%	
	うち 高血圧性疾患	高血圧性の心疾患・腎疾患	0.3%	0.9%	0.8%	
	糖尿病	—	4.8%	0.9%	1.2%	
	脳血管疾患	くも膜下出血、脳内出血、脳梗塞、その他の脳血管疾患	-11.9%	8.7%	8.5%	
	虚血性心疾患、その他の心疾患	狭心症、心筋梗塞、不整脈	35.5%	14.7%	11.9%	
	その他の内分泌、栄養及び代謝疾患	脂質異常症、肥満、卵巣機能不全	-2.1%	0.4%	0.3%	
	腎不全	—	2.0%	0.8%	0.9%	
2	悪性新生物等		8.0%	32.4%	34.8%	
	うち 良性新生物及びその他の新生物	上皮内がん、子宮筋腫、皮膚・乳房・卵巣・腎尿路の良性腫瘍	9.4%	3.9%	3.9%	
	その他の悪性新生物	咽頭・食道・膵臓・卵巣・前立腺・腎臓がん	10.8%	10.0%	10.7%	
	乳房の悪性新生物	—	20.0%	1.6%	1.6%	
	胃・結腸・直腸の悪性新生物	—	19.7%	5.4%	6.5%	
	気管、気管支及び肺の悪性新生物	—	-2.0%	3.8%	4.1%	
	子宮の悪性新生物	—	-11.7%	2.2%	2.7%	
3	う蝕	—	-1.0%	0.2%	0.3%	

順位	疾病	疾病例示	2011年度	2012年度	
				前年度比	
1	生活習慣病等			5.3%	
	うち 高血圧性疾患	高血圧性の心疾患・腎疾患		-3.7%	
	糖尿病	—		0.0%	
	脳血管疾患	くも膜下出血、脳内出血、脳梗塞、その他の脳血管疾患		15.6%	
	虚血性心疾患、その他の心疾患	狭心症、心筋梗塞、不整脈		-1.3%	
	その他の内分泌、栄養及び代謝疾患	脂質異常症、肥満、卵巣機能不全		6.9%	
	腎不全	—		10.7%	
2	悪性新生物等			9.7%	
	うち 良性新生物及びその他の新生物	上皮内がん、子宮筋腫、皮膚・乳房・卵巣・腎尿路の良性腫瘍		-4.9%	
	その他の悪性新生物	咽頭・食道・膵臓・卵巣・前立腺・腎臓がん		17.4%	
	乳房の悪性新生物	—		6.5%	
	胃・結腸・直腸の悪性新生物	—		6.7%	
	気管、気管支及び肺の悪性新生物	—		-2.9%	
	子宮の悪性新生物	—		5.2%	
3	う蝕	—		-1.5%	

## カ. 加入者区分別の給付費総額

- ・給付費総額は増加傾向も、2009 年度をピークに加入者数が減少傾向にあることから、増加スピードは鈍化
- ・人数の最も多い営業職員が給付費総額の 41.1%を占め、人員構成比 4.1%の特退が給付費総額では 12.3%と高占率

表 6. 加入者区分別の給付費総額の推移（単位：百万円）

	2008 年度	2009 年度	2010 年度	2011 年度	2012 年度	2012年度	
						占率	人員構成
営業職員						41.1%	41.3%
職員						15.4%	19.7%
関連会社						3.2%	4.1%
特退						12.3%	4.1%
任継						1.0%	0.5%
被保険者小計						73.1%	69.7%
被扶養者						26.9%	30.3%
総計						100%	100%
加入者総数(人)						—	—

※給付費はレセプトデータの「健保負担額」と「現物高額療養費」「支給高額療養費」「食事健保負担額」の合計。また訪問看護、柔整等は除く

### キ. 一人当たり給付費

- ・「その他共合計」では増加率は鈍化している（2008年度から2009年度+4.7%、2011年度から2012年度+2.9%）ものの、営業職員についてはどの年度も高い増加率を示す（2008年度から2009年度+6.0%、2011年度から2012年度+7.6%）。なお、45～49歳で10万円、55～59歳で15万円、65～69歳で20万円を超える。診療区分別では医科入院が年平均で2,470円の伸び
- ・特退（男性）の一人当たり給付費は「その他共合計」の3倍強

表7. 一人当たり給付費の経年変化

(単位：円、%)

	2008年度 (A)	2009年度	2010年度	2011年度	2012年度 (B)	08年度対比 (B/A)
営業職員						+25.5%
職員（男性）						+5.5%
職員（女性）						+13.8%
特退（男性）						+18.3%
特退（女性）						+3.9%
その他共合計						+15.0%

### ク. 非喫煙者・喫煙者・禁煙者の一人当たり給付費

- ・非喫煙者の一人当たり給付費が最も低く、喫煙者より8,401円低い
- ・禁煙者は、その内訳をみると入院・外来が高く、健康を害し、禁煙に至った可能性がある

表8. 2012年度非喫煙者・喫煙者・禁煙者の一人当たり給付費

(単位：円)

	年齢補正後一人当たり給付費	年齢補正前		
		入院	外来	調剤
非喫煙者	130,136	36,696	60,399	25,614
喫煙者	138,537	37,389	54,473	22,082
禁煙者	162,005	44,964	65,949	26,478

### ケ. 特定保健指導対象者の一人当たり給付費額の変化

- ・保健指導終了者は「利用なし」と比べ一人当たり給付費は低く、積極的支援の終了者では「利用なし」より給付費の伸びも低く抑えられている

表9. 2009年度特定保健指導対象者の3年後の一人当たり給付費額の変化

2009年度 階層化結果	2009年度 利用状況	対象者数 (人)	一人当たり給付費（円）		
			2009年度	2012年度	増加率
積極的支援	利用なし				73.9%
	初回面接のみ				18.3%
	終了				32.0%
	合計				62.9%
動機付け支援	利用なし				38.4%
	初回面接のみ				7.7%
	終了				68.8%
	合計				44.7%

コ. 2012 年度前期高齢者の給付費

- ・給付費額でみると、4 分の 3 強を特退と営業職員が占める。特退男性および営業職員の一人当たり給付費の増加率も高い

表 10. 2012 年度前期高齢者の給付費

(単位：円、%)

	給付費額	占率	一人当たり給付費	増加率(対 2008 年度)
特退男性		37.6%		21.4%
特退女性		13.6%		6.0%
営業職員		24.8%		16.2%
本人その他		1.6%		10.4%
被扶養者男性		4.7%		44.7%
被扶養者女性		17.7%		9.6%
総計		100.0%		8.3%

3. 課題と取組み事項

上記のような加入者の健康分布と医療費の状況を踏まえ、課題並びに必要な取組み事項を以下のとおり 6 点に整理した。

ア. 自らの生活習慣の問題点を意識して、見直しや改善のきっかけにつながるポピュレーションアプローチの一層の推進

- ①営業職員の一人当たり給付費の伸び率は全加入者の平均より 10 ポイント強高く、人員構成比でも 41.3%を占めることから、営業職員のより一層の参加を推進【4、5 ページ 2-カ.キ】
- ②健康分布における高リスク者の割合は通減するも、依然として 39.7% (〇〇〇〇人) の高占率【1 ページ】

イ. 重症化（入院）を事前に食い止めるために、疾病管理指導・受診勧奨といった重症化対策の更なる強化

- ①入院費が増えている年度は保険給付費の伸びも大きく、医療費の伸びは入院(重症化)の増減に影響を受ける。したがって医療費の適正化には「重症化予防」が不可欠【2～4 ページ 2-ア.イ.ウ.エ.カ】
- ②健康分布における高リスク者と超高リスク者(服薬者)の合計は 61.5%を占める【1 ページ】

ウ. 生活習慣病やがんを早期発見し重篤化を防ぐため、定健・精検・保健指導等の更なる充実

- ①医療費の多額な疾患は、生活習慣病と悪性新生物。生活習慣病の中では高血圧性疾患・虚血性心疾患・糖尿病の順。悪性新生物の中では良性新生物・その他の悪性新生物・乳房の悪性新生物の順【4 ページ 2-オ】
- ②職員は、ほぼ全員が定期健康診断を受診。一方、被扶養者の特定健診受診率が 50%前後に留まる
- ③精密検査受診率は、本社 91.9%、支社 74.3%、関連会社 71.5%で、支社・関連会社に改善の余地があり。精密検査結果の未提出の割合は 27.1%。未提出の割合が高いのは、糖尿病疑いの 33.9%、脂質異常症の 30.4%、高血圧の 27.8%
- ④3 カ年計画で喫煙率の縮減に取組み、着実に改善しているも、依然として男性喫煙率(35.5%)は全国平均を上回る。営業職員も 35.7%で全国平均(2011 年度厚労省:男性 32.4%、女性 9.7%) の約 4 倍【表 11】
- ⑤営業職員の喫煙率は、20 代で 4 割、30 代で 5 割を超える

表 11. 喫煙率の推移

(単位:人、%)

	2008 年度	2009 年度	2010 年度	2011 年度	2012 年度	喫煙者数	2008 年度対比
男性職員	41.9%	40.2%	37.7%	35.5%	35.5%		-6.4%
女性職員	12.5%	11.5%	10.5%	11.6%	10.0%		-2.5%
営業職員	39.9%	39.1%	38.2%	36.3%	35.7%		-4.2%



エ. 肥満者に対する特定保健指導の一層の推進とともに、非肥満及び40歳未満の健康不良者に対する個別の保健指導による重篤化の未然防止【2ページ】

- ①男性（48.9%）・女性（28.8%）の肥満者割合は逡減したが、営業職員（31.8%）が微増。男女いずれも全国平均（健保連調査：男性48.6%・女性18.0%）に比べて高い
- ②男性被保険者は、肥満の割合が48.9%（〇〇〇人）にも達し、その中で超高リスク者の割合が非常に高く、かつ増加傾向
- ③女性被保険者は、肥満の割合が28.8%（〇〇〇人）と高く、一方で27.5%（〇〇〇人）が非肥満の高リスク者となっている
- ④男性被保険者の40歳未満肥満者（37.5%）の低リスク・高リスク者割合は、40歳以上より高い

オ. 未受診者及び治療不良者に対する、適正受診の推進

- ①服薬者のうち高血圧と判定される人は〇〇〇人で、服薬者の40.3%に相当し、管理があまり良くない【表12】

表12. 診断基準による高血圧の区分（被保険者・被扶養者）（単位：人、%）

	総合計								
	人数	うちⅠ度高血圧		うちⅡ度高血圧		うちⅢ度高血圧		小計	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
非服薬者			10.8%		2.2%		0.6%		13.6%
服薬者			4.8%		1.2%		0.3%		6.3%

- ②服薬者の中で、「糖尿病が強く疑われる」以上の区分になったのは〇〇〇人で、服薬者の80.7%であり、「合併症の恐れあり」以上の区分になったのは〇〇〇人で、服薬者の56.9%にも達し、管理は必ずしも良好ではない【表13】

表13. 診断基準による糖尿病の区分（被保険者・被扶養者）（単位：人、%）

	総合計								
	人数	糖尿病の可能性を否定できない		糖尿病が強く疑われる		合併症の恐れあり		治療管理が不十分	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
非服薬者			6.8%		1.5%		0.8%		0.5%
服薬者			0.6%		0.9%		1.2%		1.1%

- ③非服薬者のうち脂質異常症は62.0%（〇〇〇人）と非常に多い。服薬者のうち脂質異常症は60.3%と非常に高率で、管理が必ずしも良好ではない【表14】

表14. 診断基準による脂質異常症の区分（被保険者・被扶養者）（単位：人、%）

	総合計										
	人数	うち脂質異常症									
		境界域高LDL血症		高LDL血症		低HDL血症		高TG血症			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
非服薬者			56.2%		21.9%		30.1%		2.7%		14.0%
服薬者			5.6%		2.3%		2.2%		0.4%		2.6%

- ④高血圧・脂質異常症・糖尿病の要受診者で、翌年度に当該疾病で未受診の割合が、いずれも3割を超す

- ⑤慢性腎臓病の重症度分類に基づき、未受診者で特定保健指導等を受けた人を除いた人数は男女合計で〇〇〇人であり、うち中程度（G3b）以上は〇〇〇人【表 15】

表 15. 慢性腎臓病の患者数

(単位:人)

ステージ	男女合計						合計
	20 歳代	30 歳代	40 歳代	50 歳代	60 歳代	70 歳代	
G1							
G2							
G3a							
G3b							
G4							
G5							
合計							

カ. 健診結果不良者に対する保健指導と、多受診傾向者及びはしご受診者など不適切と考えられる受診形態者に対する指導の強化

- ①前期高齢者の一人当たり給付費（特退男性〇〇〇〇円、特退女性〇〇〇〇円）は、それぞれ職員男性の 4.2 倍、営業職員の 2.7 倍【5、6 ページ 2-キ.コ】
- ②前期高齢者の給付費額は 76% を特退と営業職員が占め、かつ一人当たり給付費の増加率も高い【6 ページ 2-コ】

## 第 2 章 具体的な事業目的・成果目標・事業量目標

### 1. 事業目的

健保組合の財政状況を踏まえ、被保険者等が自らの生活習慣の問題点を意識し、改善につながる取組みを重視するとともに、より効率的な保健事業を実施する。

### 2. 成果目標

2016 年度末までに健康分布における高リスク者の占率を 2012 年度末の 39.7% から 38% 未満に削減、人数では〇〇〇人を削減する。

### 3. 事業量目標

- 重症化予防（ハイリスクアプローチ）として高血圧、糖尿病、脂質異常症の管理不良者への重症化予防対策及び 40 歳未満の肥満で高リスク者に対する保健指導を実施する（年間〇〇〇人以上、3 年間の累計で〇〇〇〇人以上）。
- データヘルス計画立上げ支援事業参加を契機に、2014 年度は〇〇〇人を目途に重症化予防対策及び 40 歳未満の肥満で高リスク者対策を実施する。
- 定期健診の精密検査受診率を〇〇%から〇〇%に上昇させ、特定保健指導実施率を〇〇%から〇〇%へ引き上げる。
- 健康NEXTチャレンジ！キャンペーン（ポピュレーションアプローチ）の参加者を年間 1 万人（13%増加）に増員する。

### 第3章 具体的な事業内容（2014年度「データヘルス計画」先行実施報告）

#### 1. 健康NEXTチャレンジ2016目標

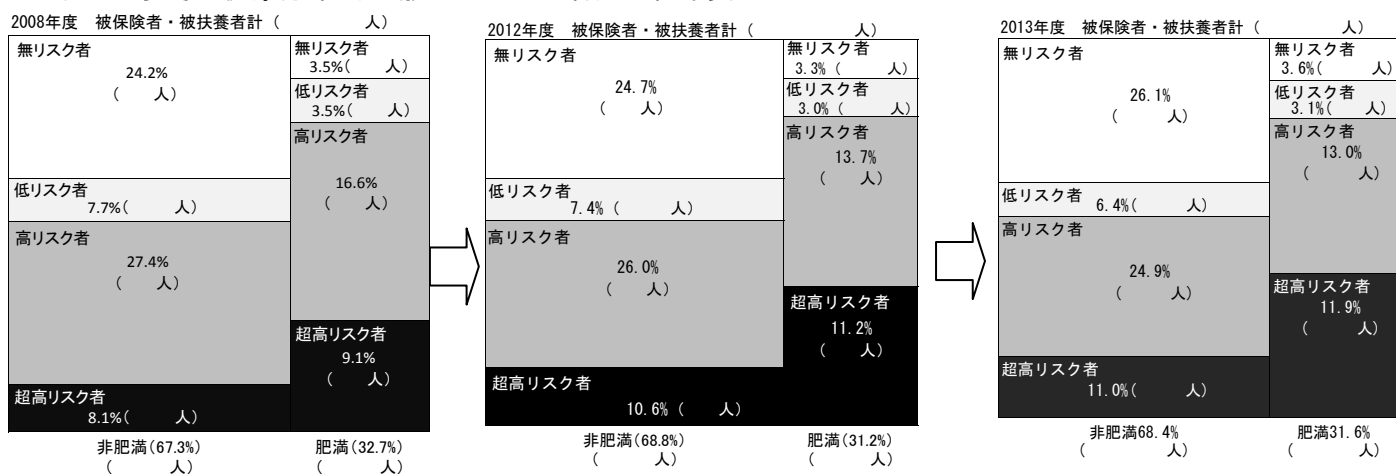
以下の目標を2016年度末までに達成する。

表16. 健康NEXTチャレンジ2016の目標と2013年度実績

目 標		目標値	2013年度 実績	2012年度との 差
健康分布における高リスク者 (注) 占率(2012年度実績: 39.7%)の削減	肥満	(13%未満)(△ 人)	13.0%	△ 人
	非肥満	(25%未満)(△ 人)	24.9%	△ 人
	合計	38%未満(△ 人)	37.9%	△ 人

(注) 40歳以上の受診勧奨レベルかつ未服薬者(血圧・糖尿の例:血圧:140mmHg-90mmHg以上 または HbA1c 6.1%(2013年から6.5%)以上)

図3. 参考:健康分布(40歳以上の加入者)の経年変化



#### 2. 健康NEXTチャレンジ2016プロセス目標

前記の目標達成に向けたプロセス目標として以下を定め、保健事業の推進により2016年度末までに達成する。

表17. 健康NEXTチャレンジ2016のプロセス目標と2013年度実績等

目的	プロセス目標	目標値	2013年度 実績	2014年度 見込
1. 予防事業 (生活習慣の改善)	①定期健康診断受診率の向上	・被保険者: % ・被扶養者: %	% %	% %
	②喫煙率の縮減	・男性職員: % ・女性職員: % ・営業職員: %	% % %	% % %
	③健康チャレンジキャンペーン参加者数の増加	・年 人	年 人	年 人
2. 保健指導 (早期発見・治療、受診勧奨)	①精密検査受診率の向上(現役被保険者対象)	・ %	%	%
	②特定保健指導実施率の向上	・ %	%	%
	③前期高齢者等への訪問指導の実施	・年 人	年 人	年 人



一定の抽出条件を定めて、高リスクの対象者を抽出。さらにこれらの高リスク者に対して保健師等による電話での「保健指導」及び「受診勧奨」（以下 介入という）を行い、モニタリングを含めた管理期間を経て、定期健康診断結果及びレセプトデータ（医療機関診療履歴）を用いて評価を実施することを予定している。なお計画の策定にあたっては、明治安田生活福祉研究所から指導・助言を得た他、実施事業者として、明治安田システム・テクノロジーヘルスケアトータルサポート事業部門、労働保健協会へ委託。

## 第4章 2014年度データヘルス計画先行実施状況

表 19. 2014年12月末時点での実施状況のまとめ

テーマ	1. 高血圧	2. 血糖自己測定（注1）	3. 脂質異常症	4. 40歳未満メタボ	5. 腎機能異常（注2）
実施対象者数	介入対象者数： 人	参加者数： 人（人が介入実施前に辞退）	LDL コレステロール高値： 人、中性脂肪高値： 人	参加対象者： 人	参加対象者： 人
効果検証	高血圧高リスク脱却者： 人	HbA1c 平均値 0.4 ポイント（7.7⇒7.3）低下（1/26 現在）	LDL 値改善者： 人 中性脂肪改善者： 人	現在介入実施中	現在介入実施中

注1：血糖自己測定については2015年1月26日現在の値

注2：腎機能異常は平成25年度補正予算補助金事業の対象外

図 4. 高血圧、脂質異常症、腎疾患重篤者への保健指導の流れ

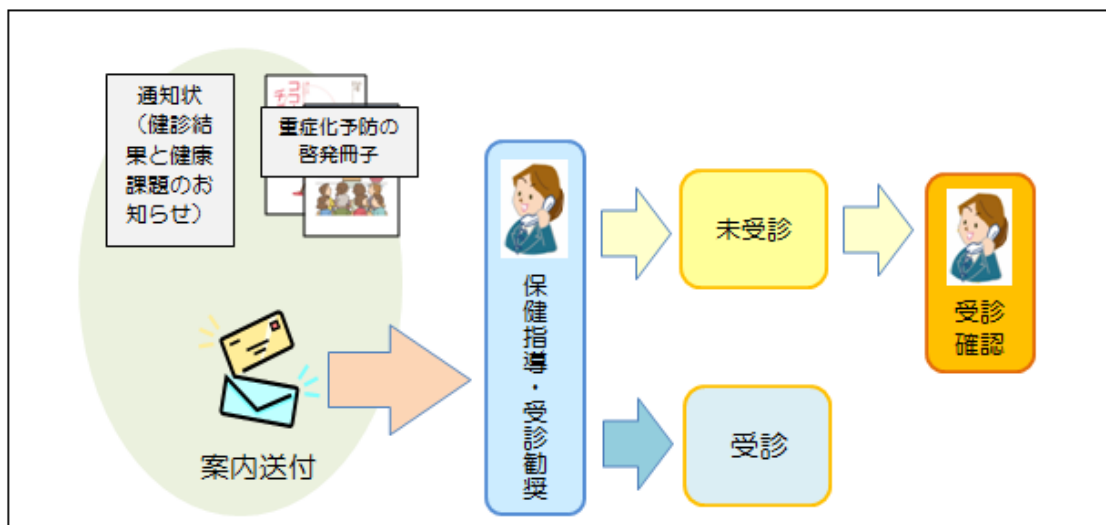
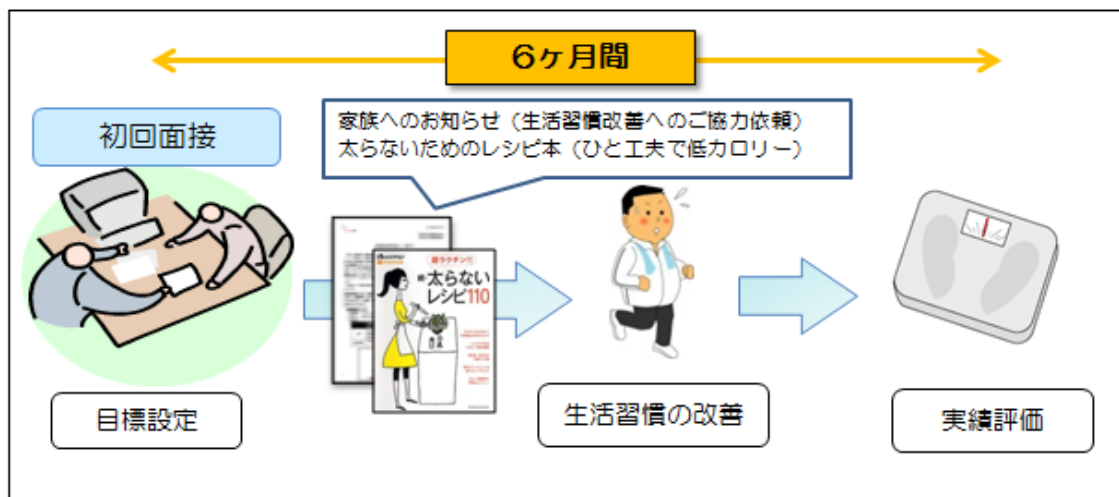


図 5. 40歳未満メタボ高リスク者への保健指導の流れ



# 1. 高血圧重篤者への介入結果・検証

## ア. 目的及び実施方法

### ①目的

重症の高血圧でしかも危険因子を保有する人に対して、医療機関への受診勧奨を中心とした介入を行い、心血管系の事故の発生を予防する。

### ②対象者の選定

高血圧治療ガイドライン 2009 の血圧に基づいた脳心血管リスク階層化によって振り分けられたⅠ度からⅢ度高血圧の人のうち、危険因子がないリスク第一層はⅢ度高血圧（13 ページ表 20 の③、以下同）、糖尿病以外の1～2個の危険因子等があるリスク第二層はⅡ度及びⅢ度高血圧（⑥、⑦）、糖尿病またはCKD（慢性腎臓病）、3個以上の危険因子のいずれかがあるリスク第三層はⅠ度～Ⅲ度高血圧（⑨～⑪）を対象とする。高血圧での受診者及びがんや精神疾患による受診者は除外し、当該年度の特定保健指導及び受診勧奨コールの対象者も除外する。

### ③スクリーニングの実施

2013 年度健診結果から対象者を抽出し、以下の条件で除外した結果、〇〇〇人となった。

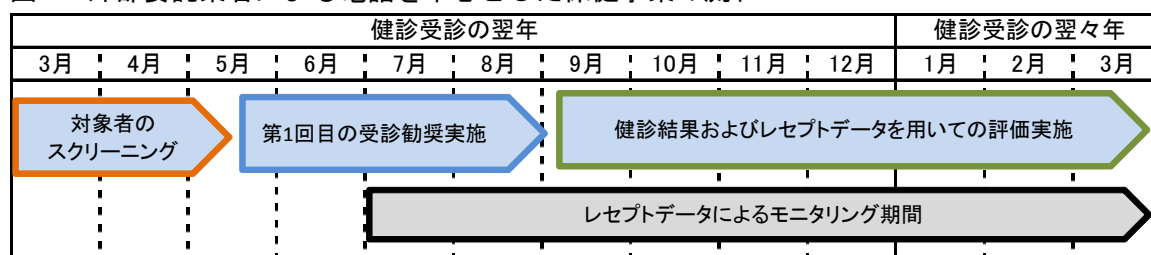
- 正常高値血圧の⑧は病気に対する認識が低いと考えられることから除外し、当初の集計では実施していなかった特定保健指導の実施者などを除外した結果、〇〇〇人となった。
- 2014 年度始時点での資格喪失者及びレセプトデータには記録していない第 5 傷病名以上で高血圧の受診者、がんあるいは精神疾患での受診者等の除外を行った結果、次ページ表 20 のように〇〇〇人に絞り込まれた。
- Ⅲ度高血圧については、疾病管理の範疇として産業医が担当し、Ⅰ度、Ⅱ度高血圧については健保組合が担当することで分担を明確化した。

### ④保健指導の実施方法

保健指導は、外部委託業者による電話及び産業医の面接の 2 種類がある。前者は、保健指導実施機関から健診結果と健康課題について通知する通知状と重症化予防の啓発冊子を事前送付し重要性を訴求したうえで、保健師または看護師による電話での保健指導・受診勧奨を行う。なお、保健指導・受診勧奨に当たっては事前に事務スタッフによる電話のアポイントメントを入れるなど利用がスムーズになるように工夫している(11 ページ図 4 参照)。一方、後者は本社診療所の看護師からの電話によって参加意向とスケジュールを確認の上、産業医との面接による指導及び外部の専門医療機関の紹介が行われる。

なお、事業主と結果を共有し、仮に受診勧奨に対して応じない場合には、再度、事業主、健保組合が連名で所属長経由で勧奨する。

図 6. 外部委託業者による電話を中心とした保健事業の流れ



## イ. 評価推計方法等

### ①評価推定方法

受診勧奨対象者について医療機関の受診率を翌年度内に評価し、翌年度定期健診結果に基づき血圧・危険因子数変動の分析・評価を実施。これらによって介入の効果を検証し、翌々年度以降の実施内容を再度検討する。

## ウ. 実施状況及び結果

2013年度定期健康診断結果に基づく上記〇〇〇人の介入対象者のうち、レセプトデータとの突合により、資格喪失、がん・メンタル疾患の罹患者等及び産業医管理の人を除外して、表20の〇〇〇人に対して介入（受診勧奨・保健指導コール）を実施した。

表 20. 高血圧の区分とリスク階層との関係

(単位：人)

	正常高値血圧 130-139/ 85-89mmHg	I度高血圧 140-159/ 90-99mmHg	II度高血圧 160-179/ 100-109mmHg	III度高血圧 ≥180/ ≥110mmHg
リスク第一層 (危険因子がない)	付加リスクなし	低リスク ①	中等リスク ②	高リスク ③
リスク第二層 (糖尿病以外の1~2個の危険因子、 メタボリックシンドローム※がある)	中等リスク ④	中等リスク ⑤	高リスク ⑥( 人)	高リスク ⑦
リスク第三層 (糖尿病、CKD、臓器障害/心血管 病、3個以上の危険因子のいずれか がある)	高リスク ⑧	高リスク ⑨( 人)	高リスク ⑩( 人)	高リスク ⑪

※リスク第二層のメタボリックシンドロームは予防的な観点から以下のように定義する。正常高値以上の血圧レベルと腹部肥満(男性85cm以上、女性90cm以上)に加え、血糖値異常(空腹時血糖110-125mg/dL、かつ/または糖尿病に至らない耐糖能異常)、あるいは脂質代謝異常のどちらかを有するもの。両者を有する場合はリスク第三層とする。他の危険因子がなく腹部肥満と脂質代謝異常があれば血圧レベル以外の危険因子は2個であり、メタボリックシンドロームとあわせて危険因子3個とは数えない。

出典：高血圧治療ガイドライン 2009

〇〇〇人の対象者のうち、電話による保健指導及び受診勧奨の利用者は70.4% (〇〇〇人)で未利用者は29.6% (〇〇〇人)であった。このうち2014年度定期健診を受診した利用者〇〇〇人と、未利用者〇〇〇人計〇〇〇人を集計した介入結果は、次ページ表21のとおりである。表20の赤で着色した③、⑥、⑦、⑧、⑨、⑩、⑪の高リスクの部分に区分された人は57.4% (〇〇〇人)で、高リスクからの離脱者は電話による保健指導及び受診勧奨の利用者では45.1% (〇〇〇人)、未利用者では36.5% (〇〇人)で、利用者のほうが8.6ポイント高い。

一方、正常高値血圧より下回って高血圧の区分から離脱したのが、36.0% (〇〇〇人)である。電話による保健指導及び受診勧奨の利用の有無で比較すると、利用者が36.9% (〇〇〇人)、未利用者が33.9% (〇〇人)であり、利用者のほうが3.0ポイント高い。

表 21. 高血圧重篤者の介入対象者のリスク及び高血圧の改善状況

電話による保健指導及び 受診勧奨	高リスク		高リスクから離脱		合計	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合
利用		54.9%		45.1%		100.0%
未利用		63.5%		36.5%		100.0%
総計		57.4%		42.6%		100.0%
電話による保健指導及び 受診勧奨	高血圧		高血圧から離脱		合計	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合
利用		63.1%		36.9%		100.0%
未利用		66.1%		33.9%		100.0%
総計		64.0%		36.0%		100.0%

電話による保健指導及び受診勧奨の利用の有無によって、血圧の降圧効果に差があるかを集計した。全体では、最高血圧が 146.34 mmHg から 142.43 mmHg へ差の平均で 3.91 mmHg 低下し、最低血圧も 91.42 mmHg から 87.84 mmHg へ 3.57 mmHg 低下した。利用者では、差の平均は最高血圧が 4.08 mmHg、最低血圧が 3.69 mmHg の低下であったのに対して、未利用者では、最高血圧が 3.49 mmHg、最低血圧が 3.27 mmHg の低下であった。

表 22. コール成立の有無による血圧値の改善状況

(単位:mmHg)

電話による保健指導 及び受診勧奨	2014年度 最高血圧	2014年度 最低血圧	2013年度 最高血圧	2013年度 最低血圧	最高血圧 2014年- 2013年	最低血圧 2014年- 2013年
利用	142.46	87.95	146.53	91.64	-4.08	-3.69
未利用	142.35	87.57	145.83	90.84	-3.49	-3.27
総計	142.43	87.84	146.34	91.42	-3.91	-3.57

電話による保健指導及び受診勧奨の利用の有無によって、医療機関受診がどのように影響を受けているかを確認した。医療機関の受診の有無については 2014 年 5 月受診分から 2014 年 11 月受診分のレセプトについて、高血圧症あるいは糖尿病・腎機能障害・脂質異常症などリスクの判定に用いた疾患を含めて受診歴があるかどうかを確認した。その結果、レセプトが存在して医療機関を受診していると考えられる人は全体で 46.1% (〇〇〇人)、利用者で 44.6% (〇〇〇人)、未利用者で 49.6% (〇〇人) であり、未利用者のほうが受診者の割合が高いという結果になった。なお、この人数には定期健診の未受診者も含まれている。

表 23. 高血圧重篤者の介入対象者のコール成立の有無と医療機関受診状況

電話による保健指導及び 受診勧奨	医療機関受診		医療機関未受診		合計	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合
利用		44.6%		55.4%		100.0%
未利用		49.6%		50.4%		100.0%
総計		46.1%		53.9%		100.0%

医療機関の受診状況と高リスクからの離脱状況について集計した結果、高リスクから離脱したのは医療機関受診者が 44.5% (〇〇人)、未受診者では 41.0% (〇〇人) である (次ページ表 24)。受診者のほうが 3.5 ポイント離脱率が高い。また、高血圧からの離脱者は医療機関受診者は 35.6% (〇〇人)、未受診者は 36.4% (〇〇人) であり、未受診者のほうが 0.8 ポイント高い。



表 24. 医療機関受診の有無とリスク及び血圧の改善状況

	高リスク		高リスクから離脱		合計	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合
医療機関受診		55.5%		44.5%		100.0%
医療機関未受診		59.0%		41.0%		100.0%
合計		57.4%		42.6%		100.0%
	高血圧		高血圧から離脱		合計	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合
医療機関受診		64.4%		35.6%		100.0%
医療機関未受診		63.6%		36.4%		100.0%
合計		64.0%		36.0%		100.0%

血圧値の改善状況を見ると、医療機関受診者は最高血圧が 3.70 mmHg、最低血圧が 3.88 mmHg の改善であったのに対して、未受診者は最高血圧が 4.10 mmHg、最低血圧が 3.30 mmHg で未受診者のほうが差の平均値では降圧効果が高い。

表 25. 医療機関受診の有無と血圧の改善状況

(単位:mmHg)

	2014年度 最高血圧	2014年度 最低血圧	2013年度 最高血圧	2013年度 最低血圧	最高血圧 2014年- 2013年	最低血圧 2014年- 2013年
医療機関受診	142.58	87.60	146.28	91.48	-3.70	-3.88
医療機関未受診	142.29	88.06	146.39	91.36	-4.10	-3.30
総計	142.43	87.84	146.34	91.42	-3.91	-3.57

## エ. 評価指標の評価結果

データヘルス計画ではハイリスクアプローチ①高血圧の 2016 年度末目標として、アウトプットを「電話介入は〇〇人を対象として実施し、電話介入成立者の割合を 70%以上、医療機関受診者の割合を 50%以上とする」としている。今回の介入では、〇〇人に介入を実施し、コール成立者は 70.4% (〇〇〇人)、うち医療機関受診者は 46.1% (〇〇〇人) であり、受診者の割合は目標を若干下回っているものの、初年度としては十分評価できる結果である。

アウトカム目標としては「定期健診受診者のうち重度の高血圧者が 2013 年度健診で受診者の 5.4%であったのを 5.2%にまで削減することを目標とする」としている。重度の高血圧としては、13 ページ表 20 の③⑥⑦⑨⑩⑪の人数を使用しており、2013 年度健診では〇〇〇〇人の受診者のうち 5.4% (〇〇〇人) であった。2014 年度健診の 2014 年 12 月上旬までの健診結果では、受診者数が〇〇〇〇人で重症の高血圧は 5.4% (〇〇〇人) であり、初年度の時点ではアウトカム目標を達成しているとは言えない。

ただし、今回の介入は定期健診の実施時期と非常に近接しており、介入によって医療機関受診などの行動を起こして健診結果に影響を与えるだけの時間的ゆとりがなかった点が必ずしも有効な結果にならなかった原因と考えられる。次年度以降には、実施時期を健診後の比較的早い段階に設定することでより効果的な介入となるとみられる。

## 2. 血糖セルフモニタリングの介入結果・検証

### ア. 目的と実施方法

#### ①目的

仕事をもちながら糖尿病を自己管理する人への支援として、より客観的に自分の状態を知るために、体系的な血糖自己測定 (self-monitoring of blood glucose : SMBG) を行い、

自ら生活習慣の改善、治療意欲の向上を図るとともに、主治医、看護師によるフィードバックを行い、糖尿病管理の改善を目指す介入研究を実施。

## ②対象者の選定

インスリンを使用していない2型糖尿病患者あるいは境界域の糖尿病の被保険者を対象とする。東京診療所の患者からHbA1cが7.0～10.0%の人などを中心に選定する。

## ③保健指導の実施方法

血糖値を自己測定できる機器を貸与し、使用方法を説明する。3カ月に1回、連続して3日間（含む休日1日）、1日に7回の自己血糖測定を行う。測定値は記録票に記入し、グラフ化する。治療薬、食事量、運動の実施、元気度なども記入する。主治医もしくは看護師に受診時に、自己測定の結果と記録を確認し、参加者に状況をフィードバックして、療養状況と照らし合わせて助言する。

図7. 保健事業の流れ

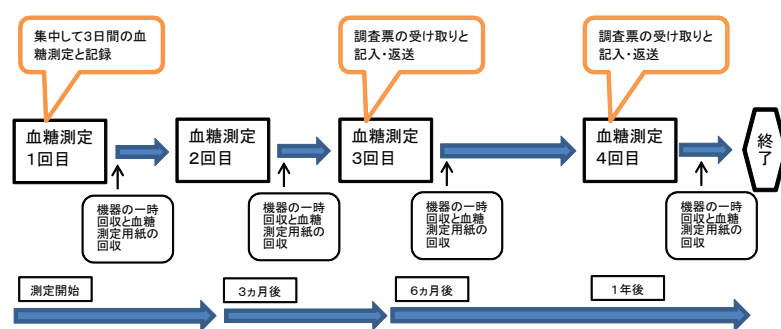


図8. スケジュール

介入実施年度												翌年					
4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月		
対象者選定			セルフモニタリング														
			測定①			測定②			測定③					測定④			
健診受診時・健診結果等による評価実施																	

## イ. 評価推定方法等

### ①評価推定方法

介入結果の集計・分析は神奈川県立保健福祉大学保健福祉学部看護学科の白水眞理子教授を責任者とする研究班が行う。HbA1c・血圧・体重等の各指標を比較・評価するとともに、困難さを未完走者あるいは対象者にヒアリングすることも検討する。

成果は、完走率で評価する。

## ウ. 実施状況及び結果

明治安田生命健保組合の東京診療所に通院している非インスリン使用の2型糖尿病患者で、HbA1cが7.0%以上12.0%未満の者、加えて研究参加への同意が得られた者に対し、2カ月に1回、連続して3日間、1日に7回の自己血糖測定を実施してもらう。

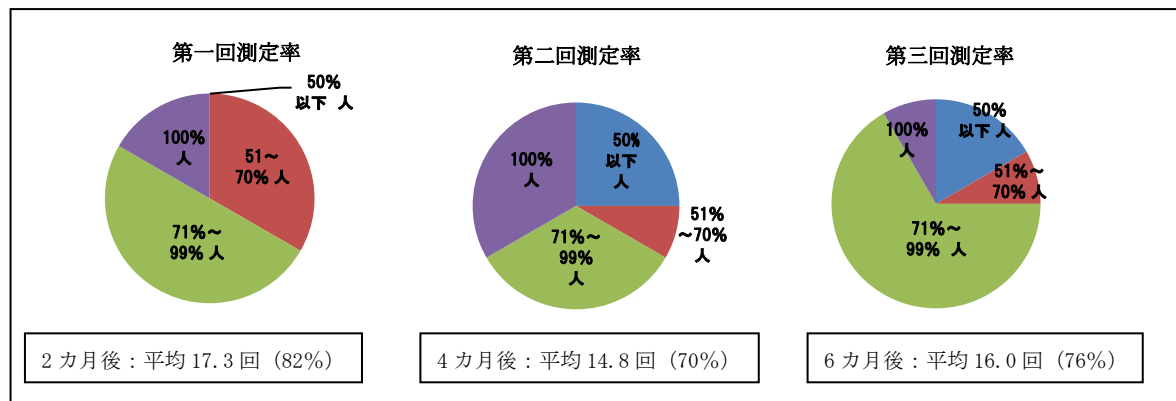
〇〇名の患者が参加し、うち〇〇名が1回目の体系的SMBG前に辞退した結果、〇〇名の患者が継続して実施中。

対象者には、SMBGと記録を中心とするセルフモニタリング教育を実施し、主治医や看護師がフィードバックを行う介入を実施し、その有用性を臨床指標及びSMBGの実施率にて評価す

る。

血糖自己測定の実施率は図9のとおり。3回の体系的SMBGの実施率は、1日7回3日で計21回自己採血した場合を100%として、1回目(開始2ヵ月後)の平均実施率は17.3回で82%、2回目(4ヵ月後)は14.8回で70%、3回目(6ヵ月後)は16.0回で76%であった。

図9. 血糖自己測定率(各回、7回/日×3日=21回に対する実施率)



また、対象者の研究開始6ヵ月後のHbA1cと体重の推移は表26のとおり。参加者の研究開始時のHbA1cの平均は7.7%であり、6ヵ月後には7.3%に低下した。

表26. SMBG対象者のHbA1c・体重推移 (2015.1.26現在)(単位:%、kg)

	HbA1c		体重	
	エントリー受診時	6ヵ月後受診時	エントリー受診時	6ヵ月後受診時
1	7.4	7.1	87.8	87.8
2	8.7	9.5	98.8	97.2
3	7.1	6.7	79.0	80.9
4	8.3	8.0	76.3	74.8
5	7.0	7.1	79.4	80.4
6	7.3	6.5	84.0	85.4
7	7.2	6.8	89.5	86.1
8	8.2	6.4	62.0	63.1
9	8.4	6.9	52.0	53.0
10	7.9	7.6	82.2	83.3
11	7.1	7.3	66.7	68.3
12	7.4	8.0	83.0	83.1
平均	7.7	7.3	78.4	78.6

研究は半年間の観察期間に入り、自主的に体系的なSMBGに取り組むことになる。

### 3. 脂質異常症重篤者への介入結果・検証

#### ア. 目的と実施方法

##### ①目的

重症の脂質異常症に対して、医療機関への受診勧奨を中心とした介入を行い、心血管系の事故の発生を予防する。

##### ②対象者の選定

対象者は、標準的な保健指導プログラム【改訂版】のフィードバック文例集に受診勧奨判定値を超えるレベルのLDL180mg/dL以上または中性脂肪1,000mg/dL以上について「すぐに医療機関の受診を」と記載されていることからその基準を採用した。なお、中性脂肪については、産業医の意見もあり500mg/dL以上を対象とした。1(12~15ページ)の高血

圧重篤者（未受診者）及びがんや精神疾患による受診者は除外し、当該年度の特定保健指導及び受診勧奨コールの対象者も除外した。

当初の算定基準では、LDL コレステロールが 180mg/dL 以上または中性脂肪 1,000mg/dL 以上を対象として、2012 年度健診結果及びレセプトデータで 40 歳以上で脂質異常症あるいは動脈硬化症で未受診者を〇〇〇人と推定した。

しかし、上述のとおり、産業医の意見もあり、中性脂肪の境界域を 500mg/dL とし、対象者を選定した。

### ③スクリーニングの実施

2013 年度健診結果によって、上記条件で対象者を選び、さらに、特定保健指導実施者を除外するなどして再度選定した。当初〇〇〇人であったが、最新の資格喪失者、第 5 傷病名以上で脂質異常症あるいは動脈硬化で受診者、精神疾患やがんで受診者を除外した結果、2014 年度事業の対象者は〇〇〇人となった（表 27）。

表 27. 2013 年度の健診結果に基づく脂質異常症重篤者の対象者の選定結果

	LDL 180以上		中性脂肪		合計	
	人	人	500以上1,000 未満	1,000以上	人	人
被保険者男性	人	人	人	人	人	人
被保険者女性	人	人	人	人	人	人
営業職員	人	人	人	人	人	人
職員	人	人	人	人	人	人
関連会社	人	人	人	人	人	人
受診者全体	人	人	人	人	人	人

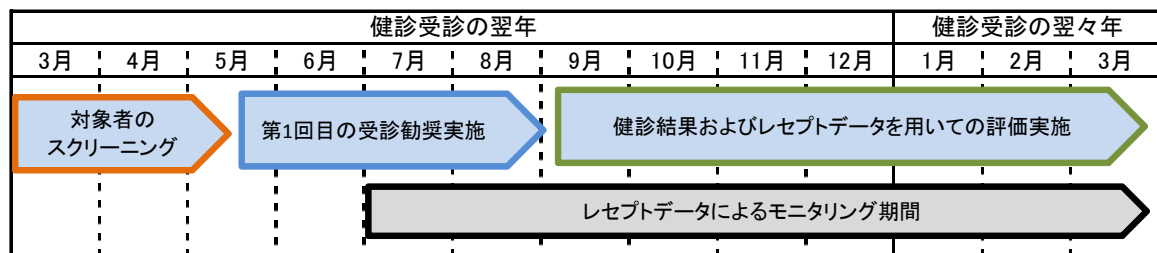
左側の数字は特定保健指導実施者を除外した人数、右側の数字は資格喪失者、レセプトで第 5 傷病名以上で脂質異常症あるいは動脈硬化で受診者、精神疾患やがんでの受診者を除外した人数

### ④保健指導の実施方法

保健指導は、外部委託業者による電話を中心とした保健事業を実施する。保健指導実施機関から、健診結果と健康課題について通知する通知状と重症化予防の啓発冊子を事前送付し重要性を訴求したうえで、保健師または看護師による電話での保健指導・受診勧奨を行う（11 ページ図 4 参照）。レセプトデータによるモニタリングの結果、受診が確認できない人について第 2 回目の受診勧奨を実施することも検討する。

なお、事業主と結果を共有し、仮に受診勧奨に対して受診がない場合には、再度、事業主、健保組合が連名で所属長経由で勧奨する。

図 10. 外部委託業者による電話を中心とした保健事業の流れ



## イ. 評価推定方法等

### ①評価推定方法

受診勧奨対象者について医療機関の受診率を翌年度内に評価し、翌年度定期健診結果に

基づき重篤基準から脱却した割合等の集計・分析を実施。これらによって介入の効果を検証し、次年度以降の実施内容を再度検討する。

## ウ. 実施状況及び結果

### ①LDL コレステロール異常者〇〇〇人への介入結果

2013年度定期健康診断結果に基づく〇〇〇人の介入対象者のうち、レセプトデータとの突合により、資格喪失、がん・メンタル疾患の罹患者等を除外して、〇〇〇人に絞り込み、介入（受診勧奨・保健指導コール）を実施。そのうち2014年度定期健診受診者〇〇〇人への介入結果は表28のとおりであり、改善したのは49.6%（〇〇〇人）と半数弱であり、LDL180以上の維持者の50.4%（〇〇〇人）とほぼ均衡している。

電話による保健指導及び受診勧奨の利用の有無では、利用者ではLDL180未満は50.3%（〇〇人）であり、未利用者では46.8%（〇〇人）であり、3.5ポイントの差がある。

表 28. LDL コレステロール異常者への電話による保健指導及び受診勧奨の利用の有無による介入結果

電話による保健指導 及び受診勧奨	LDL180未満		LDL180以上		合計	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合
利用		50.3%		49.7%		100.0%
未利用		46.8%		53.2%		100.0%
総計		49.6%		50.4%		100.0%

LDLの検査値を2013年度と2014年度について比較した。全体では、195.41 mg/dLから176.93 mg/dLに減少し、差の平均は18.48 mg/dLであった。電話による保健指導及び受診勧奨の利用者では差の平均は19.19 mg/dLであるのに対して、未利用者では15.72 mg/dLであり、利用者のほうが低減効果が高い。

表 29. LDL コレステロール異常者への電話による保健指導及び受診勧奨の利用の有無によるLDL低減効果  
(単位：mg/dL)

電話による保健指導 及び受診勧奨	2014年度 LDL	2013年度 LDL	LDL2014年 -2013年
利用	176.14	195.33	-19.19
未利用	179.98	195.70	-15.72
総計	176.93	195.41	-18.48

電話による保健指導及び受診勧奨の利用者と未利用者に分けて、医療機関受診の有無を確認した。高血圧症への介入と同様、2014年5月受診分から2014年11月受診分のレセプトで、高脂血症あるいは脂質異常症の病名が付いたレセプトがある人をカウントした。利用者では受診者が52.6%（〇〇〇人）であるのに対して未利用者では45.8%（〇〇〇人）であり、利用者のほうが6.8ポイント受診率が高い（次ページ表30）。

表 30. LDL コレステロール異常者への電話による保健指導及び受診勧奨の利用の有無と医療機関受診状況

電話による保健指導 及び受診勧奨	医療機関受診		医療機関未受診		総計	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合
利用		52.6%		47.4%		100.0%
未利用		45.8%		54.2%		100.0%
総計		51.0%		49.0%		100.0%

医療機関の受診の有無によって改善傾向に差があるかどうか確認した。医療機関受診者では LDL180 未満に改善したのが 58.8% (〇〇人) であるのに対して、未受診者では 39.6% (〇〇人) であり、受診者のほうが改善率が 19.2 ポイント高い。独立性の検定を行う  $\chi^2$  検定の結果、T 値は 8.45 であり、医療機関受診の有無と LDL180 未満と以上には有意な関連があることが示された。

表 31. LDL コレステロール異常者の医療機関受診の有無と介入結果

	LDL180未満		LDL180以上		合計	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合
医療機関受診		58.8%		41.2%		100.0%
医療機関未受診		39.6%		60.4%		100.0%
総計		49.6%		50.4%		100.0%

医療機関受診と LDL 値の変化をみると、2013 年度と 2014 年度の値の差の平均は医療機関受診が 26.76 mg/dL であるのに対して、未受診では 9.61 mg/dL であり、17.15 ポイントの差がある。平均値の差の検定をする t 検定の結果、医療機関受診の有無で 5%水準で有意な差があることが示された。

表 32. LDL コレステロール異常者の医療機関受診の有無と介入結果 (単位: mg/dL)

	2014年度 LDL	2013年度 LDL	LDL2014年 -2013年
医療機関受診	170.45	197.21	-26.76
医療機関未受診	183.86	193.48	-9.61
総計	176.93	195.41	-18.48

## ②中性脂肪異常者〇〇人への介入結果

2013 年度定期健康診断結果に基づく〇〇〇人の介入対象者のうち、レセプトデータとの突合により、資格喪失、がん・メンタル疾患の罹患者等を除外して、〇〇人に絞り込み、介入(受診勧奨・保健指導コール)を実施。そのうち 2014 年度定期健診受診者〇〇人への介入結果は、表 33 のとおりである。電話による保健指導及び受診勧奨の利用者では中性脂肪 500 未満の改善者が 72.7% (〇〇人) に対し、未利用者では 42.9% (〇〇人) で、利用者のほうが改善率が 29.8 ポイント高い。

表 33. 中性脂肪異常者への電話による保健指導及び受診勧奨の利用の有無による介入結果

電話による保健指導 及び受診勧奨	中性脂肪500未満		中性脂肪500以上		合計	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合
利用		72.7%		27.3%		100.0%
未利用		42.9%		57.1%		100.0%
総計		61.1%		38.9%		100.0%

中性脂肪の値を 2013 年度と 2014 年度で比較すると、全体では 708.89 mg/dL から 462.56 mg/dL に大幅に低下しており、差の平均は 246.33 mg/dL である。電話による保健指導及び受診勧奨の利用の有無で低減効果に差があるかをみると、利用者では 224.00 mg/dL であるのに対して未利用者では 281.43 mg/dL であり、未利用者のほうが低減効果が高いという結果になった。

表 34. 中性脂肪異常者への電話による保健指導及び受診勧奨の利用の有無による中性脂肪低減効果 (単位：mg/dL)

電話による保健指導及び受診勧奨	2014年度 中性脂肪	2013年度 中性脂肪	中性脂肪 2014年- 2013年
利用	378.64	602.64	-224.00
未利用	594.43	875.86	-281.43
総計	462.56	708.89	-246.33

電話による保健指導及び受診勧奨の利用者と未利用者に分けて、医療機関受診の有無を確認した結果、利用者では受診者が 41.7% (〇〇人) であるのに対して未利用者では 85.7% (〇〇人) であり、未利用者のほうが 44.0 ポイント受診率が高いという逆の結果である。

表 35. 中性脂肪異常者への電話による保健指導及び受診勧奨の利用の有無による医療機関受診への効果

電話による保健指導及び受診勧奨	医療機関受診		医療機関未受診		総計	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合
利用		41.7%		58.3%		100.0%
未利用		85.7%		14.3%		100.0%
総計		57.9%		42.1%		100.0%

医療機関の受診の有無によって改善傾向に差があるかどうか確認した。医療機関受診者では中性脂肪 500 未満に改善したのが 45.5% (〇〇人) であるのに対して、未受診者では 85.7% (〇〇人) であり、未受診者のほうが改善率が 40.2 ポイント高い。

表 36. 中性脂肪異常者の医療機関受診の有無と介入結果

	中性脂肪500未満		中性脂肪500以上		合計	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合
医療機関受診		45.5%		54.5%		100.0%
医療機関未受診		85.7%		14.3%		100.0%
総計		61.1%		38.9%		100.0%

医療機関受診の有無で中性脂肪低減効果に差があるかどうかをみたところ、2013 年度と 2014 年度の中性脂肪の差の平均は、医療機関受診で 207.55 mg/dL であるのに対して、未受診で 307.29 mg/dL であり、医療機関未受診のほうが低減効果が高いという結果になった。

表 37. 中性脂肪異常者の医療機関受診の有無と中性脂肪低減効果 (単位：mg/dL)

	2014年度 中性脂肪	2013年度 中性脂肪	中性脂肪 2014年- 2013年
医療機関受診	537.18	744.73	-207.55
医療機関未受診	345.29	652.57	-307.29
総計	462.56	708.89	-246.33

## エ. 評価指標の評価結果

データヘルス計画ではハイリスクアプローチ③脂質異常の2016年度末目標として、アウトプットを「電話介入は3年間で〇〇〇人を対象として実施し、電話介入成立者の割合を70%以上、医療機関受診者の割合を50%以上とする」としている。今回は、〇〇〇人に介入を実施し、コール成立者は75.6%（〇〇〇人）、うち医療機関受診者は51.5%（〇〇〇人）であり、コール成立者の割合及び医療機関受診者の割合は目標を上回っており、初年度としては十分評価できる結果である。

アウトカム目標としては「脂質異常症重篤者は2013年度定期健診で受診者全体の4.8%であったのを4.5%にまで削減することを目標とする」としている。脂質異常症重篤者はLDL180以上、中性脂肪500以上の人を対象としており、2013年度健診では〇〇〇〇人の受診者のうち4.8%（〇〇〇〇人）であった。2014年度健診の2014年12月上旬までの健診結果では、受診者数が〇〇〇〇人で脂質異常症重篤者は5.0%（〇〇〇〇人）であり、2013年度健診での割合を若干超えており、初年度の時点ではアウトカム目標を達成しているとは言えない。

なお、今回の介入は定期健診の実施時期と非常に近接しており、介入によって医療機関受診などの行動を起こして健診結果に影響を与えるだけの時間的ゆとりがなかった点が必ずしも有効な結果にならなかった原因と考えられる。次年度以降には、実施時期を健診後の比較的早い段階に設定することでより効果的な介入となるとみられる。

## 4. 40歳未満メタボへの介入

### ア. 目的と実施方法

#### ①目的

特定保健指導の対象とはなっていない40歳未満の肥満で高リスク者に対して、特定保健指導と同様の介入を行って、40歳以上になったときのメタボリックシンドロームの該当者・予備群の発生を予防し、生活習慣病の発生を予防する。

#### ②対象者の選定

肥満は腹囲が男性85cm、女性90cm以上またはBMIが25以上の人という条件で選定し、高リスク者は血圧あるいは脂質、血糖が受診勧奨以上の値で、かつ未服薬の人を対象とする。1（12～15ページ）の高血圧重篤者（未受診者）あるいは3（17～22ページ）の脂質異常症の重篤者、がんや精神疾患による受診者は除外し、当該年度の特定保健指導及び受診勧奨コールの対象者も除外する。

まず、2012年度の健診結果に基づき肥満で高血圧・糖尿病・脂質異常症のリスクが1つ以上ある人を低リスク、受診勧奨値以上で服薬していない人を高リスクとし、集計した結果、40歳未満での対象者は合計〇〇〇人と推定された（表38）。

表38. 2012年度の健診結果に基づく肥満で高リスクあるいは低リスク者（40歳未満）の選定結果

性別	肥満		
	低リスク	高リスク	合計
男性			
女性			
合計			



2013年度の健診結果に基づき、上記と同一条件で再集計を行った結果、高リスク者と低リスク者の合計は〇〇〇人となることが判明したため、高リスク者の〇〇〇人に絞って保健指導を実施することとした。

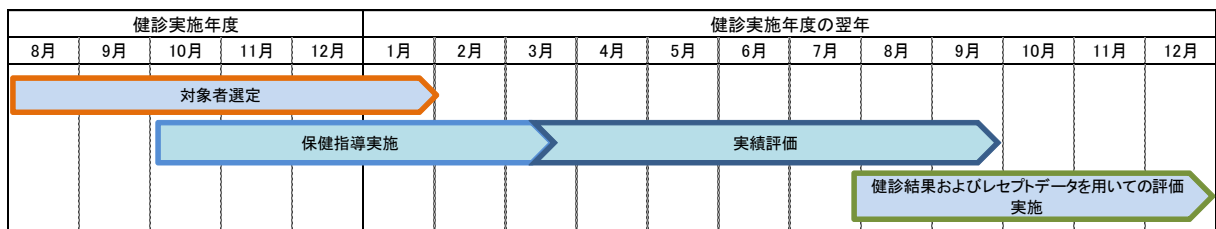
表 39. 2013 年度の健診結果に基づく肥満で高リスクあるいは低リスク者（40 歳未満）の選定結果

	肥満					
	低リスク		高リスク		合計	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合
被保険者男性		36.7%		63.3%		100.0%
被保険者女性		39.6%		60.4%		100.0%
営業職員		40.7%		59.3%		100.0%
職員		37.9%		62.1%		100.0%
関連会社		32.6%		67.4%		100.0%
その他		—		—		—
受診者全体		38.4%		61.6%		100.0%

### ③保健指導の実施方法

保健指導は外部委託業者により、対面による初回面接を行い、目標を設定したうえで、家族への生活改善への協力依頼のお知らせと太らないためのレシピ本を提供するなど継続的支援に準じた働きかけを実施する（11 ページ図 5 参照）。本件実施時期については、下期に実施する特定保健指導の中で行う予定である（図 11 参照）。

図 11. 外部委託業者による特定保健指導に準じた保健事業の流れ



## イ. 評価推定方法等

### ①評価推定方法

翌年度の健診結果で肥満を解消できたかどうかを確認する。また、受診勧奨となった項目について医療機関の受診率を翌年度内に評価し、翌年度定期健診結果に基づき高リスクの基準から脱却した割合等の集計・分析を実施する。これらによって介入の効果を検証し、次年度以降の実施内容を再度検討する。

## ウ. 実施状況及び結果

### ①対象者の選定

40歳未満の肥満で高血圧・糖尿病・脂質異常症のリスクが1つ以上あり、かつ受診勧奨値以上で服薬していない人を高リスク者として保健指導を実施する。

介入に際しては、若年で高リスクであることを考慮し、このままの生活習慣を続けた場合、40歳以降どうなるかということに参加者自身が気づくことに主眼を置く。具体的には実際の明治安田生命職員が合併症になった事例や高額医療の方が40歳以上急激に増えているという現状を記載した資料を使用する。

また、一人で取組むよりも周りを巻き込んでの効果を期待し、初回面接後には食事のレシピ本を配偶者等ご家族宛に送付し、家族の協力を得たうえでのメタボ脱却を図る。さらに、電話等の継続支援は行わないが6ヵ月後に実績評価を行う。

表 40. 保健指導参加状況（2014年12月面接実施分まで）

	参加	不参加	長欠・退職	総計	参加率
本社					81.5%
支社					71.8%
関連会社					73.3%
総計					74.8%

## 5. 腎機能異常重篤者への介入（補助金事業の対象外）

### ア. 目的と実施方法

#### ①目的

血液透析の対象となると、加入者の生活の質（QOL）の低下や高額な医療費の給付などの非常に大きな影響を与える。日本腎臓学会が作成した慢性腎臓病（CKD）の診療に関するガイドラインを活用して腎機能異常が重篤化する前に医療機関への受診を働きかけて、血液透析に至るのを予防することを目的とする。

注：腎機能異常については2013年度補正予算補助金事業の対象外

#### ②対象者の選定

腎機能異常者への介入の対象者を選定するのに際して、日本腎臓学会作成の「CKD診察ガイド2012」に示されたCKDの重症度分類に従い、重症度が高い区分の人に対して介入を行うことを考えた。ガイドに示された糸球体濾過量（GFR）推算式に従って、血清クレアチニン値から推定し、尿蛋白区分は尿蛋白定量（g/日）を定期健診結果の検査紙による尿蛋白定量から推定し、重症度区分の表に当てはめた。なお、色分けについては、「CKDの重症度は死亡、末期腎不全、心血管死亡発症のリスクをA1・G1・G2のステージを基準に、ステージが上昇するほどリスクは上昇する」（CKD診察ガイド2012）とされている（次ページ表41）。

表 41. 健診結果の判定と重症度区分

原疾患	蛋白尿区分		A1	A2	A3	
糖尿病	尿アルブミン定量(mg/日) 尿アルブミン/Cr比(mg/gCr)		正常	微量アルブミン尿	顕性アルブミン尿	
			30未満	30~299	300以上	
高血圧、腎炎、多発性嚢胞腎、移植腎、不明、その他	尿蛋白定量(g/日) 尿蛋白/Cr比(g/gCr)		正常	軽度蛋白尿	高度蛋白尿	
			0.15未満	0.15~0.49	0.50以上	
GFR区分 (mL/分/1.73m <sup>2</sup> )	G1	正常または高値	≥90	人	人	①(人)
	G2	正常または軽度低下	60~89	人	人	②(人)
	G3a	軽度~中等度低下	45~59	人	③(人)	④(人)
	G3b	中等度~高度低下	30~44	⑤(人)	⑥(人)	⑦(人)
	G4	高度低下	15~29	人	人	人
	G5	末期腎不全(ESKD)	<15	人	人	人

(単位：人)

健診データの記号	1	2	3	4	5	6	総計
尿蛋白の区分	-	±	+	2+	3+	透析	
尿蛋白区分	A1		A2	A3			
GFR区分	G1						
	G2						
	G3a						
	G3b						
	G4						
	G5 (空白)						
総計							

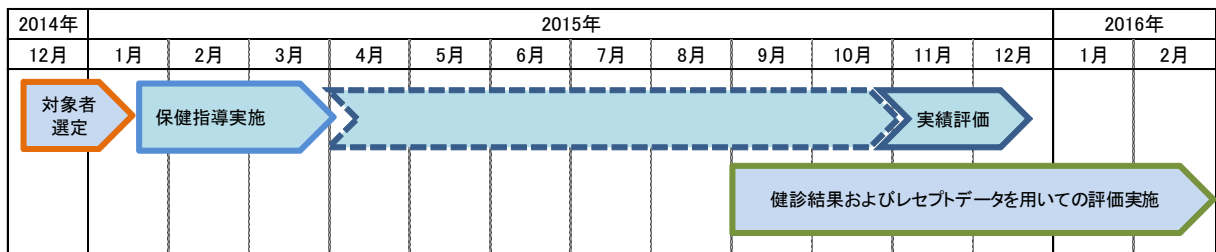
尿蛋白区分	A1	A2	A3	透析	区分	人数
GFR区分	G1				①	
	G2				②	
	G3a				③	
	G3b				④	
	G4				⑤	
	G5 (空白)				⑥	
総計					⑦	合計

### ③保健指導の実施方法

保健指導は、外部委託業者による電話を中心とした保健事業を実施する。保健指導実施機関から、健診結果と健康課題について通知する通知状と重症化予防の啓発冊子を事前送付し重要性を訴求したうえで、保健師または看護師による電話での保健指導・受診勧奨を行う（11 ページ図 4 参照）。レセプトデータによるモニタリングの結果、受診が確認できない人について第 2 回目の受診勧奨を実施することも検討する。

なお、事業主と結果を共有し、仮に受診勧奨に対して受診がない場合には、再度、事業主、健保組合が連名で所属長経由で勧奨する。

図 12. 外部委託業者による電話を中心とした保健事業の流れ



## イ. 評価推定方法等

### ①評価推定方法

翌年度の健診結果で腎機能異常の進行を止めることができたかどうかを確認。また、腎不全等による医療機関の受診率を翌年度内に評価し、翌年度定期健診結果に基づき高リス

クの基準から脱却した割合等の集計・分析を実施。これらによって介入の効果を検証し、次年度以降の実施内容を再度検討する。

## ウ. 実施状況及び結果

### ①腎機能異常の介入候補者の選定

腎機能異常重症者から、以下の3段階の選定を行って介入候補となる人を選定した。

#### a. 入社年度等による選定

介入候補者として、以下の対象者（重複者〇人を除き、合計〇〇人）を除いて集計した。対象者は〇〇〇人であり、重症者と判断した〇〇〇人の83.5%となった。

- ・営業職員で入社2年未満（〇〇人）
- ・職員で入社1年未満（〇〇人）
- ・高血圧あるいは脂質異常症の重篤者の介入者（〇〇人）

#### b. 要精検者の除外

さらに腎機能関連またはその他の疾患での要精検者〇〇〇人を除外した結果、対象者は〇〇〇人で重症者〇〇〇人の26.5%である。なお、腎疾患関連の要精検者は〇〇〇人、その他疾患での要精検者は〇〇〇人であり、重複者を除くと要精検者は〇〇〇人である。

#### c. レセプトデータ確認による除外

〇〇〇人について、過去1年分のレセプトを確認した結果、腎疾患で受診している人（〇〇人）あるいはがんや精神疾患での受診者（〇〇人）、その後の資格喪失者（〇〇人）を除外した結果、〇〇人が介入対象から除外され、結局、〇〇人に対して介入を行うことになった。対象者の尿蛋白及びGFR区分は表42のとおりである。なお、レセプト確認の過程で、要治療・治療中、疾病管理不良者は除外された。

表 42. 尿蛋白区分・GFR 区分別介入対象者数

(単位：人)

尿蛋白区分		A1	A2	A3	透析
GFR区分	G1				
	G2				
	G3a				
	G3b				
	G4				
	G5				
	(空白)				
総計					

区分	人数
①	
②	
③	
④	
⑤	
⑥	
⑦	
合計	

介入対象者の属性は、表43のとおりであり、男性は9.7%（〇〇人）、営業職員が82.3%（〇〇人）を占めている。年齢階級別には女性の60歳代、70歳代が合計で45.2%（〇〇人）に達している。

表 43. 介入対象者の属性

(単位：人)

	男性	女性	総計
営業職員			
職員			
総計			

	男性	女性	総計
30歳代			
40歳代			
50歳代			
60歳代			
70歳代			
合計			

## 6. 高血圧及び脂質異常症重篤者への追加介入

高血圧及び脂質異常症の重篤者への電話による保健指導及び受診勧奨の利用の状況と定期健診結果を受けて、以下のように区分し、フォローを実施する。

### ア. 不良（保健指導及び受診勧奨の未利用者）者

介入不良（保健指導及び受診勧奨の未利用）者への対応として、要精検者及びそれ以外に分けて精検提出の有無を集計し、さらに要精検でない人についてはハイリスク者（高血圧あるいは脂質異常症の介入対象になる人）に分けて集計した。産業医管理の要精検者を除いて、要精検でない人（中でもハイリスク者〇〇人）及び健診未受診者〇〇人に対して人事部と協働して当該所属長を通じた受診勧奨あるいは健診受診の勧奨を実施した。

### イ. 保健指導及び受診勧奨の利用者で未受診または受診中断者

保健指導及び受診勧奨を利用し、未受診または受診中断者の対応方法として「健診結果及び精検指示の有無を確認。精検指示に従っている人はそのまま、精検指示に従っていないか精検指示が出ていないのに結果が悪い人は受診勧奨。必要に応じてレセプトを確認」との方針を立てた。保健指導及び受診勧奨を利用し未受診者等の〇〇〇人について、精検指示の有無別の集計を行った。結果は表 44 のとおりである。

高血圧または脂質異常症で要精検の〇〇〇人あるいは高血圧・脂質異常症以外の疾患で要精検の〇〇人については、人事部健康増進Gでの介入が行われるために追加介入の対象から除外する。要精検でない人のうちハイリスク者の〇〇人については、レセプトで高血圧あるいは脂質異常症で受診しているかどうかを確認し、未受診である人については再度コールするかどうか検討する。健診未受診者については、最新の健診結果を追加して確認し、要精検でなくハイリスクである場合には、同様にレセプトを確認し電話による受診勧奨を行う。

なお、本集計に当たっては、アに示した所属長経由の受診勧奨あるいは健診受診勧奨者〇〇人、及び資格喪失者〇〇人については集計対象から除外している。

表 44. 保健指導及び受診勧奨の利用者でかつ未受診者等の精検の有無別集計（単位：人）

各疾患で要精検の有無	高血圧または脂質異常症で要精検			高血圧または脂質異常症以外で要精検			要精検でない人 (ハイリスク)	健診未受診	総計
	提出	未提出	小計	提出	未提出	小計			
精検提出									
高血圧⑥									
高血圧⑨									
高血圧⑩									
高血圧小計									
脂質異常症(LDL)									
脂質異常症(TG)									
総計									

### ウ. 保健指導及び受診勧奨の利用者で受診者

保健指導及び受診勧奨を利用し、受診中の人への対応方法として「健診結果を確認し、健診結果がよくなっていればよいし、悪くなってもレセプト確認の結果、受診していればそのまま受診継続とする。健診結果が悪化していて受診していない人については、精検指示を確認の上、受診勧奨コールを再度実施（精検指示に従って受診した人は除く）」との方針を立てた。イと同様、要精検者については追加介入の候補から除外し、要精検でない〇〇〇人のうち、ハイリスク者の〇〇〇人についてはレセプトを確認の上、再度受診勧奨の電話をするかどうか検討する。健診未受診者についてもイと同様に対応する（次ページ表 45 参照）。

表 45. 保健指導及び受診勧奨の利用者でかつ受診者の精検の有無別集計 (単位：人)

各疾患で要精検の有無	高血圧または脂質異常症で要精検			高血圧または脂質異常症以外で要精検			要精検でない人 (ハイリスク)	健診未受診	総計
	提出	未提出	小計	提出	未提出	小計			
精検提出									
高血圧⑥									
高血圧⑨									
高血圧⑩									
高血圧小計									
脂質異常症(LDL)									
脂質異常症(TG)									
総計									

### エ. 追加介入対象者への確認電話の実施結果

上記6.アで選定した追加介入対象者不良（保健指導及び受診勧奨の未利用）者に対して、再度受診勧奨を行った結果は以下の通り。

表 46. 医療機関受診状況 (単位：人)

	受診済	受診中断	未受診	不明	総計
高血圧					
脂質異常症					
総計					

未受診の〇〇人については受診勧奨を行い、再度受診確認のコールを実施予定。受診済の〇〇人については、レセプト点検により受診履歴を確認した。

## 第5章 事業実施体制

### 1. 事業主との連携体制

2011年度から生活習慣病で最も多い高血圧と糖尿病の被保険者について、管理不良の職員に産業医の指導と必要に応じての医療機関紹介を実施。高度レベル対応として「疾病管理」の強化を会社が、メタボレベル・中等度レベル対応として「重症化対策」を健保が分担して実施していた。さらに2012年度からは、就業上の安全配慮のための「健康管理産業医面接」が加わり、新しい健康管理施策が出そろっている。

人事部が実施する組織評価を行う際の重要要素となる「ワーク・ライフ・デザイン指標」に2013年度からの「精密検査指示に対する受診状況」に加え、2014年度から「健康NEXTチャレンジ！キャンペーンへの参加率」と「特定保健指導の初回面接への参加率」が加わり、全社を挙げての健康経営意識の醸成を進めている。

人事部所属の産業医が健保組合の診療所の所長を兼ねるほか、保健師が2014年度から健保組合と兼務した。2014年度から、産業保健スタッフの中から健保組合データヘルス計画の担当医師・看護師が任命され、保健事業の推進体制が整備された。

また、データヘルス計画による保健指導の経過状況については、事業主と結果を共有し、受診勧奨に対して応じない、あるいは保健指導を利用しないなどの場合には、事業主・健保組合が連名で所属長経由で再勧奨する予定である。

このほか、事業主・労働組合・健保組合で構成する「健康管理事業推進委員会」を定期的に関し、保健事業の計画・実施・評価・改善を相互に確認しつつ事業を推進するとともに、事業主主催の衛生委員会や各種媒体及び労働組合の広報誌等を活用し、健保活動に対する理解・普及に努めている。

## 2. 「データヘルス計画」の策定に当たって活用する外部事業者

表 47. 「データヘルス計画」の策定に当たって活用する外部事業者の概要

委託事業者の名称	株式会社明治安田生活福祉研究所
事業者の住所	東京都千代田区丸の内 2-1-1 明治生命館 3 階
委託内容	事業主による定期健診及び特定健診の結果及びレセプトデータを突合して、高血圧・糖尿病・脂質異常症のリスクと医療費の関係を導き、データヘルス計画の効果の予測を行う。さらに、各疾患のハイリスク者の集計を行って、別途行う介入の結果等を参考としてリスクごとの介入費用と医療費の削減額等を推計し、計画策定に必要な基礎データの作成と計画内容の立案を委託する。
選択理由	当健保組合で、医療費及び健診結果に基づく保健事業の分析等を 3 年ごとに過去 3 回実施を依頼しており、医療費及び保健事業の内容について熟知しており、分析についても習熟している。さらに、保健事業についての提案等も行っていることから、同社へ委託することが適切であると判断した。

## 3. 「データヘルス計画」の実施に当たって活用する外部事業者

表 48. 「データヘルス計画」の実施に当たって活用する外部事業者の概要

委託事業者の名称	明治安田システム・テクノロジー(株)ヘルスケアトータルサポート事業部門
事業者の住所	東京都大田区山王 1-3-5 NTT データ大森山王ビル
委託内容	健康保険組合として、加入者の健康状況と医療費の状況を踏まえ、今後取り組むべき課題を掲げ、それに基づき策定したデータヘルス計画の遂行（健診結果改善による高リスク層の縮減）を図る。具体的な委託内容は、各疾患のハイリスク者（高血圧、慢性腎臓病等）への専門職による電話での「受診勧奨」、食事指導を中心とした「保健指導」等の介入。
選択理由	「特定保健指導実施者数」は業界 4 位。また「受診勧奨業務」にも実績有り。低料金で効率的に行えるコールセンター方式を採用し、全国ネットで多件数を効率的に実施するという当健保組合のニーズにマッチした。現在、「特定保健指導」「受診勧奨」の業務を委託しているが、実施率、効果等を大きく評価している。さらに厚生労働科学研究事業「糖尿病予防のための戦略研究」J-DOIT1・J-DOIT2に参画し「糖尿病重症化予防」に実績有り。

## 第 6 章 評価結果を踏まえた今後の事業の方向性

### 【2015 年度（2015～2017 年度）データヘルス計画について】

#### 1. 趣旨

弊健保組合は、平成 25 年度（2013 年度）補正予算補助金（総額 1,500 万円）事業にて、2014 年度モデルとなる「データヘルス計画」の策定、先進的な保健事業（腎症事業は補助金の対象外）の実証等を前記のとおり実施してきた。2014 年度中にデータヘルス計画（2015 年度～2017 年度）の策定、その計画実施及び評価が、健康保険法に基づく保健事業の実施等

に関する指針の一部を改正する厚生労働省告示（平成 26 年 3 月 31 日）により、全ての健康保険組合に義務付けられたことにより、以下のとおり、当健保組合についてもあらためてデータヘルス計画（2015 年度～2017 年度）を策定（年度内に計画を厚生労働省へ提出）して、その実施及び評価検証の P D C A を実践していく。

## 2. プロセス目標とアウトプット目標

2014 年度の先進的モデル計画の実証研究及び中期計画、健康 N E X T チャレンジ！2016 に基づき、2015～2017 年度のデータヘルス計画について以下のとおり目標設定する。

表 49. 2015～2017 年度のデータヘルス計画のプロセス及びアウトプット目標

目的	プロセス目標	アウトプット目標（予算）		
		2015 年度	2016 年度	2017 年度
データヘルス計画 （ハイリスクア プローチ）	健診結果不良者・治療者における管理不十分者（①高血圧疾患、②糖尿病、③脂質異常症、④腎症）への疾病管理（最重症者）と重症化予防（中等症者）	・年 人 （ 万円）	・年 人 （ 万円）	・年 人 （ 万円）
	「非肥満の高リスク者」及び「40 歳未満で肥満の高リスク者」に対する保健指導（受診勧奨）	・年 人 （ 万円）	・年 人 （ 万円）	・年 人 （ 万円）

注）対象者の抽出・手順等については、産業医長・関連部との調整・連携のうえ実施

## 3. 2015 年度データヘルス計画の概要

表 50. 2015 年度データヘルス計画の概要

テーマ	①高血圧	②糖尿病		③脂質異常症	④40 歳未満のメタボ*	⑤腎機能異常
事業目的	心血管系事故減少	重症化未然予防	重症化未然予防	心血管系事故減少	生活習慣病発症予防	腎機能異常重症予防
成果目標	高リスク者割合 38%以内	モニタリング 完走率 80%	高リスク者割合 38%以内	高リスク者割合 38%以内	メタボ* からの脱却率 40%	高リスク者割合 38%以内
事業量目標	保健指導対象 人	自己測定参加 人以上	保健指導対象 人	保健指導対象 人	保健指導参加 人 （参加率 80%）	保健指導対象 人
対象者	高血圧及び糖尿病・脂質異常症などのリスクが重責している人	2 型（非インスリン依存型）及び境界域の糖尿病の人	高血糖の重症度の高い人	脂質異常症の重度の人	40 歳未満のメタボ* リスクコントロールに該当の人（メタボ* 予備群）	腎機能異常の重症度の高い人
抽出条件	リスク分類による未受診、高リスク者	HbA1c7～10 の東京診療所患者から 人抽出	HbA1c7.0 以上 10 未満の未受診、高リスク者	LDL コレステロール 180 以上または中性脂肪 500 以上	肥満かつ左記各リスク保有者及び高リスク層	CKD 重症度分類による未受診、高リスク者



実施方法	・レボトリーから医療機関未受診者をスクリーニング。通知状と啓発冊子を事前送付のうえで、保健師による電話での指導・受診勧奨 ・超高リスク者に対し産業医面接、専門医紹介	・3ヵ月に1回、連続3日間1日7回の自己血糖測定 ・自己測定記録に基づき主治医もしくは看護師が療養状況に照らして助言・指導	・レボトリーから医療機関未受診者をスクリーニング。通知状と啓発冊子を事前送付のうえで、保健師による電話での指導・受診勧奨 ・超高リスク者に対し産業医面接、専門医紹介	・レボトリーから医療機関未受診者をスクリーニング。通知状と啓発冊子を事前送付のうえで、保健師による電話での指導・受診勧奨 ・超高リスク者に対し産業医面接、専門医紹介	保健師・看護師・管理栄養士の面談による保健指導	レボトリーから医療機関未受診者をスクリーニング。通知状と啓発冊子を事前送付のうえで、保健師による電話での指導・受診勧奨
委託事業者	明治安田システム・テクノロジー-HTS事業部門	神奈川県立保健福祉大学白水教授と東京診療所の連携により実施	明治安田システム・テクノロジー-HTS事業部門	明治安田システム・テクノロジー-HTS事業部門	明治安田システム・テクノロジー-HTS事業部門、労働保健協会	明治安田システム・テクノロジー-HTS事業部門
評価方法	医療機関受診率、血圧・危険因子数変動の分析・評価	専門医に研究委託、HbA1c・血圧・体重等の指標を事前事後で分析・評価。未完走者ヒアリング分析	医療機関受診率、重篤基準から脱却した割合等を集計・分析	医療機関受診率、重篤基準から脱却した割合等を集計・分析	メタボ脱却率及び危険因子数の増減数により改善状況を検証	医療機関受診率、重篤基準から脱却した割合等を集計・分析

#### 4. 2014年度データヘルス計画の実施、評価から抽出された課題

##### ア. ポピュレーションアプローチの一層の推進

健康NEXTチャレンジ！キャンペーン（ポピュレーションアプローチ）の参加率が人事部が行う組織評価の「ワーク・ライフ・デザイン指標」に組み込まれたことから、参加率が急増しているものの適正な効果測定が重要である。

##### イ. 疾病管理指導・受診勧奨の時期についての再考

高血圧及び脂質異常症のハイリスクアプローチを先行的に実施したが、前年度健診結果に基づき今年度の電話介入を行ったことから、対象者の健診時期と重なり、「健診結果を見て医療機関受診を判断したい」など電話介入に難色を示す事例が多く見られた。また、医療機関を受診したとしても結果が出るのに時間がかかり、健診結果に反映しなかったことが考えられる。

##### ウ. 生活習慣病やがん早期発見と定健・精検・保健指導等の更なる充実

定期健診については、被保険者本人の健診受診率は高い状態が継続しているが、特定保健指導の利用率は前年度割れをする可能性があり、利用促進に一層の工夫が必要である。

##### エ. 肥満者の特定保健指導と非肥満及び40歳未満の健康不良者に対する個別の保健指導

40歳未満の若年層アプローチの重要性に早くから着目して、40歳未満メタボの高リスク者への介入を先行実施したが、今後、分析・評価のうえ介入スキームの確立が求められる。

##### オ. 前期高齢者の効果的な訪問指導

健診結果不良者に対する保健指導と、多受診傾向者及びはしご受診者など不適切と考えられる受診形態者に対する指導を強化する。

## 5. 課題を踏まえた 2015 年度データヘルス計画の具体的実施事項

### ア. 重症化予防対策について、介入時期の適正化と対象者の絞り込みを実施

2014 年度と同様、高血圧・高血糖・脂質異常症・腎機能障害の重篤者へ受診勧奨を中心とした介入を実施。2015 年度健診に基づいて働きかけを行うが、健診結果が出て速やかに対象者を選定し、介入を実施するようにし、年度末には電話介入がおおむね完了しているようにスケジュールを組む。2014 年の実証研究での介入者の結果をさらに分析して、介入方法の検討を行う。

### イ. 40 歳未満及び非肥満者への保健指導の実施

40 歳未満のメタボで高リスク者については 40 歳以上と比較して介入効果が高いと考えられることから、優先的に実施。非肥満の高リスク者については、特定保健指導と同じ介入方法では不十分と考えられることから、実施方法と対象者の選定方法から検討する。

### ウ. 定期健診受診や精検受診率向上に向けた取組み

定期健診受診は事業主が実施する事項であるが、健保組合は人間ドックの補助や被扶養者健診の実施等を通じて被保険者や被扶養者への働きかけの窓口を有することから、事業主と共同して定期健診受診率向上や精検受診率向上に向けた取組みを検討する。

### エ. データに基づく健康課題の把握

血糖値あるいは血圧などが一定の値以上の人が特定の疾患で重篤になりやすいなど、健診結果と医療費の関係で特徴的なものを抽出し、今後の対策に役立てるなどの対応を実施する。

### オ. 健保組合と事業主・労働組合とのコラボレーション

健康経営・健康投資推進に関連し、政府の「日本再興戦略改訂版」で企業の従業員の健康増進に向けた優良取組事例の選定・表彰を行うことを提案するなど、データヘルス計画と並んで事業主と健保組合のコラボヘルスと健康経営が密接な関係を持つようになった。次期中期計画に向けて健康経営について事業主・労働組合と健保組合が検討を進めることが望まれる。また、健保組合へ保健スタッフがアドバイスをを行うなど、職員の健康状態の維持増進に関する専門職との連携体制を強化する。

### カ. 健康経営に資する指標の策定と活用

健康で活力ある仕事集団づくり推進のため、各部・支社の①定期健康診断受診率、②精密（二次）検査受診率、③特定保健指導受診率、④健康NEXTチャレンジ！キャンペーン参加率、⑤生活習慣病リスク（高血圧・脂質異常・血糖値）改善率、⑥喫煙率などの健康指標をレーダーチャート化して、健康経営に資する各組織の健康増進・疾病予防の取組みを人事部と協働して行う。

以 上