

協会けんぽ 調査研究報告会

データヘルス計画実施と
地域医療計画への参画について

プログラム抄録集

第2回

*The 2nd Annual
Conference of Health
Insurance Research*

2015.5/27 (水)

12:50~16:30終了予定(受付12:00開始)

会場 / 一橋大学 一橋講堂



全国健康保険協会
協会けんぽ

<http://www.kyoukaikenpo.or.jp/>

ごあいさつ



全国健康保険協会
理事長 小林 剛

協会けんぽは、加入者数約3,600万人、加入事業所数約170万事業所、国民の3.6人に一人が加入する日本最大の医療保険者であり、主に中小企業で働くサラリーマンと、そのご家族の皆さまの医療を保障するという、我が国の国民皆保険の一翼を担う医療保険者です。

協会けんぽは平成20年10月に設立し、今年で7年目となります。

私たちの役割は、地域の実情を踏まえた自主自律の運営を行い、都道府県単位で保険者機能を発揮すること、そして、民間組織として業務改革を進めるとともに、サービスの質を向上させることによって、加入者・事業主の皆さまの利益の実現を図ることです。そのため、レセプト・健診データ等の分析成果等に基づく効率的な保健事業など、各種の医療費適正化対策に日々取り組んでおります。

我が国では、持続可能な医療制度の構築に向けて、医療保険と車の両輪である医療提供体制の改革が急務となっています。特に今年度以降は、都道府県において、2025年のあるべき医療提供体制の姿などを内容とする地域医療構想（ビジョン）の策定が求められています。この地域医療構想の策定に当たっては医療保険者の関与が法定化されるなど、地域医療提供体制改革における医療保険者の役割が期待されています。

協会けんぽにおいても、昨年度に策定した「データヘルス計画」に基づく保健事業の推進に加え、今年度は、地域の皆さまにとって利便性が高く効率的な医療提供体制を構築するため、エビデンスに基づいた意見発信を行っていきたくと考えております。

さて、協会けんぽでは昨年度より、これまで取り組んできた医療情報の分析成果やそれに基づく各種保健事業等について内外に広く発信するため、「協会けんぽ調査研究報告会」を開催しております。今年度はこれまでのデータヘルス計画関連に加えて地域医療構想を主なテーマとしており、厚生労働省に今後の地域医療のあり方と保険者の役割について講演をいただくとともに、医療提供体制改革に関するパネルディスカッションや、協会の本部、支部で行っている受療行動などの分析結果、それを基にした保健事業についての報告を予定しております。

協会けんぽは、保険者機能のより一層の発揮に向けて各種事業に取り組み、加入者と事業主の皆さまの利益の実現に努めてまいります。今後とも、ご指導、ご支援いただきますよう、よろしくお願いいたします。

スケジュール

12:30 開場

【第1部】

12:50～13:00 理事長挨拶

13:00～13:30 基調講演

今後の地域医療のあり方と、保険者の役割について
北波 孝 厚生労働省医政局地域医療計画課長

13:35～14:55 パネルディスカッション

(報告)医療提供体制改革に際し、保険者に期待すること
産業医科大学医学部教授 松田 晋哉

(報告)保険者としての地域医療構想への関与のあり方
全国健康保険協会理事 伊奈川 秀和

(報告)「地方公共団体との連携について」
～埼玉県との実例から～
全国健康保険協会埼玉支部長 柴田 潤一郎

(進行) 全国健康保険協会理事 伊奈川 秀和

14:55～15:05 休憩

【第2部】

15:05～16:20 個別発表

1. 本部研究室 協会データを活用した医療提供体制の分析
2. 本部保健第二G 被保険者の生活習慣の特徴 ～業態に注目して～
3. 茨城支部 茨城支部における業態別健康リスクの状況
4. 栃木支部 収縮期血圧に対する健診・保健指導の効果分析
5. 兵庫支部 GISを活用したデータヘルス事業の推進

16:20～16:30 講評 奈良県立医科大学教授 今村 知明

16:30 閉会

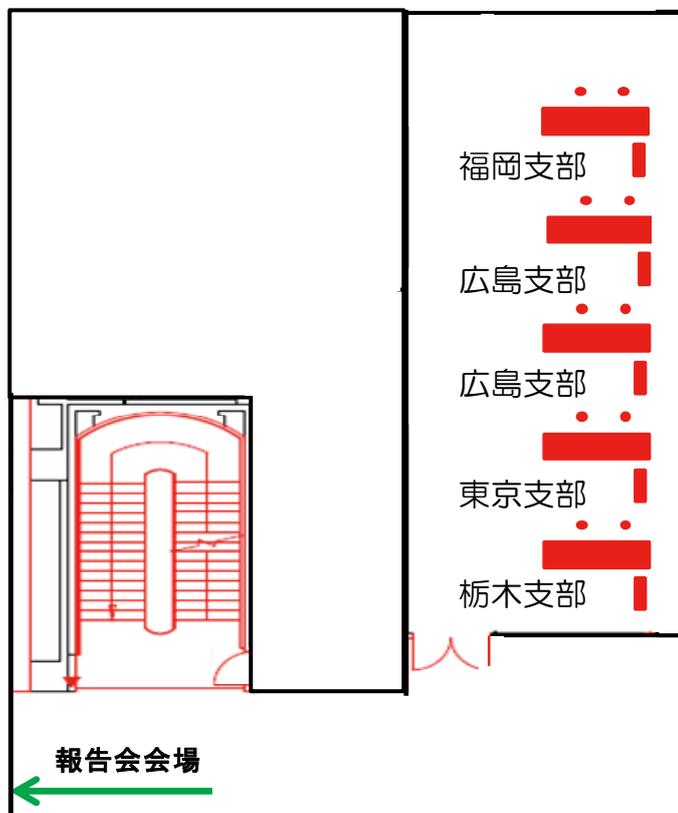
ポスター発表

12:00~15:00 中会議場4にて発表・掲示

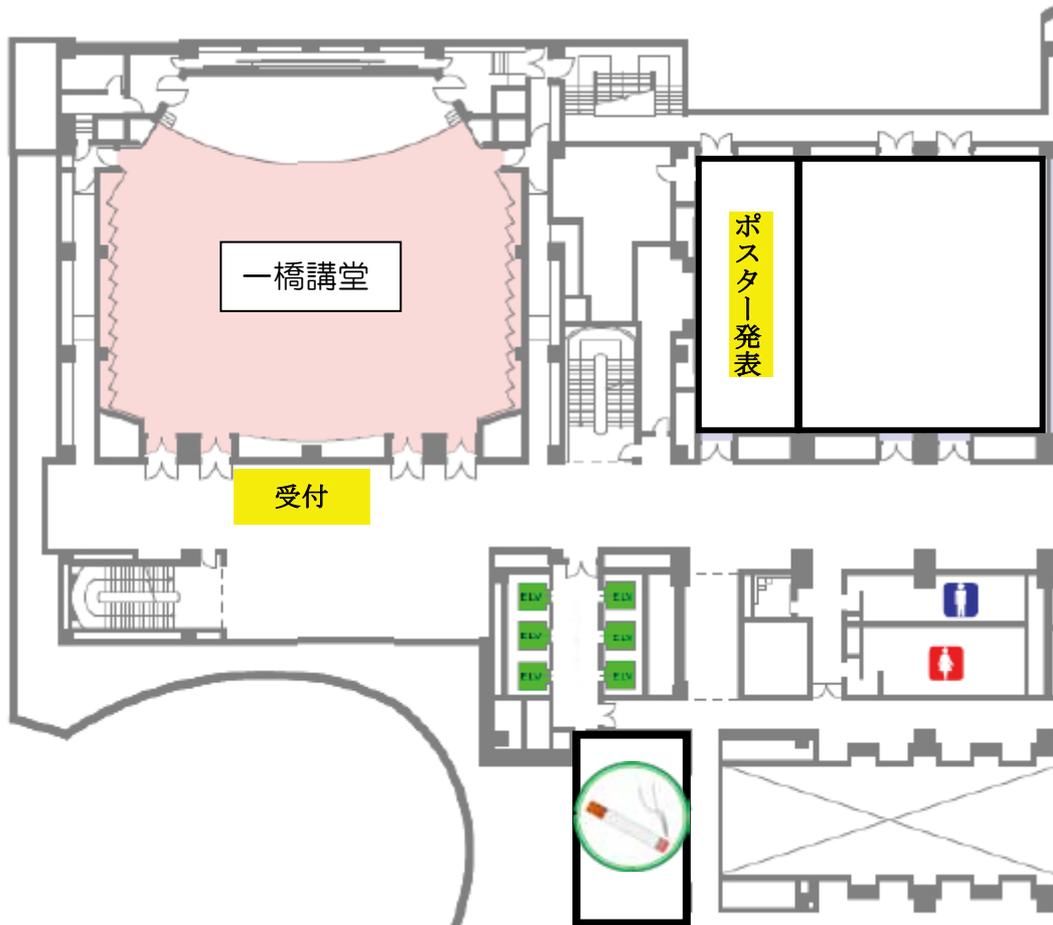
1. 栃木支部 栃木支部加入者の健診・保健指導に関する効果の分析
2. 東京支部 特定健診の階層化判定基準に関する一考察
3. 広島支部 ICTを用いた特定保健指導による体重減少に及ぼす効果研究
4. 広島支部 分析の可視化に基づいたデータヘルス事業の展開について
5. 福岡支部 糖尿病未治療者に対する受診勧奨後の受診有無と健診データ改善状況について

※ ポスター発表は 15:00 までご自由に見学いただけます。

※ 発表者への質疑については12:45までとさせていただきます。



会場案内図



注意事項

- **全館禁煙**となっています。
喫煙は所定の**喫煙室**でお願いします。
- 一橋講堂内での**飲食は禁止**です。
飲み物は受付前のロビーにてお願いします。
- ゴミは各自でお持ち帰りください。

目次

◆ 基調講演

今後の地域医療のあり方と、保険者の役割について 厚生労働省医政局地域医療計画課長 北波 孝	6
--	---

◆ パネルディスカッション(全国健康保険協会理事 進行 伊奈川 秀和)

医療提供体制改革に際し、保険者に期待すること 産業医科大学医学部教授 松田 晋哉	7
保険者としての地域医療構想への関与のあり方 全国健康保険協会理事 伊奈川 秀和	8
「地方公共団体との連携について」～埼玉県との実例から～ 全国健康保険協会埼玉支部長 柴田 潤一郎	9

◆ 個別発表

1. 本部研究室 協会データを活用した医療提供体制の分析	10
2. 本部保健第二G 被保険者の生活習慣の特徴 ～業態に注目して～	12
3. 茨城支部 茨城支部における業態別健康リスクの状況	14
4. 栃木支部 収縮期血圧に対する健診・保健指導の効果分析	16
5. 兵庫支部 GISを活用したデータヘルス事業の推進	18

今後の地域医療のあり方と、保険者の役割について

厚生労働省医政局地域医療計画課長 北波 孝

【要旨】

昨年6月に地域医療介護総合確保推進法の成立し、10月に病床機能報告制度が、本年4月から地域医療構想の策定が施行された。地域医療構想は、都道府県が将来(2015年)の地域の機能別の病床数の必要量(必要病床数)を算定し、それを達成する方策を医療計画に規定するものである。

厚生労働省では、都道府県が地域医療構想を策定するためのガイドラインを3月18日にとりまとめた。ガイドラインでは機能別の必要病床数の算定方法を示したが、その考え方の基礎となるのが、DPC病院の診療データ、NDB(ナショナルデータベース)のレセプトデータの分析結果、そして人口推計である。

必要病床数その他のデータは、地域医療構想区域(2次医療圏をベースとした地域医療のまとまり)ごとに算定される。その結果は地域の関係者で共有され、将来のあるべき医療提供体制の議論に供される。

人口の変動はいわば確実に予測できる未来である。2015年までの10年間の大きな人口構造の変化に、地域の医療提供体制が順応し、個々の医療機関が自主的に変化していくためには、具体的なデータと推計値をもって議論されることが必要である。

地域医療構想では、各地域での医療実態や進捗状況の把握・分析、そして具体的な病床(病棟)構成の在り方などを議論するための協議の場(地域医療構想調整会議)が設置されることとなっている。医療保険者もその一員となって議論に参加する。

医療保険者は、自ら被保険者・家族を代表するものとして、保険運営を通じて得たデータを持って、根拠ある議論を行うことができる立場である。保有する診療データや被保険者の健康データを、どのように地域医療に活用し、役立てていくことができるのか。地域医療構想の基本的な考え方を紹介することを通じて、地域医療を支える重要な役割としての医療保険者に対する期待と課題について考えたい。

【略歴】

平成2年厚生省入省。健康局健康対策推進官、日本年金機構事業企画部長・記録問題対策部長などを経て、平成26年7月から現職。

医療提供体制改革に際し、保険者に期待すること

産業医科大学医学部教授 松田 晋哉

【要旨】

社会の少子高齢化の進行により、社会保険制度の持続可能性に関する不安感が高まっている。抛出する側の人口が増加する一方で、少子化により支払う側の人口は減少する以上、公的社会保障が現状のままでは維持できなくなることは自明である。加えて、医療技術の不断の進歩と国民の医療に対する期待の高まりにより、医療サービスの価格も上昇し続けている。国は医療提供体制の変革、具体的にはかかりつけ医制度の充実（プライマリケア体制の強化）、在宅ケアの推進、病院の機能分化によって医療費の適正化を図ろうとしている。ただし、国民がこのような医療提供体制の変革の必要性を理解しなければこうした改革の実効性はあがらないだろう。一般的な傾向として患者は慢性期よりは急性期の病院をより「望ましい施設」とみなしがちだし、在宅よりは入院を希望する。また、在院日数の短縮に関しても、それほど好意的ではない。こうした患者及びその家族に対して、適切な情報を提供することが、まず医療側として保険者に期待することである。また、死が避けられないものである以上、人生の終末期をどのように生きるのかを考えるための情報提供も今後社会として必要になるであろう。これに関しても保険者は一定の役割を果たすことが期待される。

以上のことに加えて筆者が保険者に期待することは ageless 社会実現に向けての努力である。高度高齢社会では、高齢者が活動的であることが、社会の活力を維持するためには不可欠である。パネルデータによって高齢者が働き続けることができる条件を分析した清家篤らの研究では、専門的スキルを持っていること、職住近接であること、健康であることの3つが有意なものであった。さらにイギリスの Carol Black レポート（Working for healthier tomorrow）では「健康は就業の条件であると同時に、働くことは健康に良い影響がある」ことが明らかとされている。すなわち「働くことを支援する」医療の役割が重視されるようになってきているのである。我が国の保険者にも医療に対するこのようなポジティブな視点とプログラムが必要であると考えられる。これは現在の特定健診・特定保健指導事業の在り方を見直すことにつながるかもしれない。いずれにしても、これまで以上に健康政策に関して保険者の積極的なかわりが必要になると考えられる。

【略歴】

1985 年産業医科大学医学部卒業
1992 年フランス国立公衆衛生学校卒業
1993 年京都大学博士号（医学）取得
1993 年産業医科大学医学部公衆衛生学講師
1997 年産業医科大学医学部公衆衛生学助教授
1999 年産業医科大学医学部公衆衛生学教授

保険者としての地域医療構想への関与のあり方

伊奈川 秀和 全国健康保険協会理事

【要旨】

(協会けんぽが地域医療構想に関わることの意義)

協会けんぽは、日本最大の保険者組織であり、都道府県単位の支部により運営されている医療サービスの共同購入組織であることからすれば、本来的に医療提供体制により関わっていくべき主体と言える。

保険者協議会の法定化、各都道府県における地域医療構想調整会議に係る議論と関連する動きなどを含め、今後、協会けんぽが医療保険者として期待される役割は確実に大きくなっていくことが見込まれる。地域医療構想策定の動きは、保険者機能の発揮がより一層求められる中で、協会けんぽが地域医療のありように向き合い、加入者のためにより効率的で質の高い、かつ、将来を見据えた地域の医療提供体制の整備に関与することができる重要な機会である。

(意見発信に向けた取り組み)

各都道府県における地域医療構想策定への関与のあり方を模索するうえで、本部としては基本的な考え方を示すが、重要なのはそこから先、各支部が地域の現状を踏まえてどのように対応していくかである。

まず、地域医療構想策定前の段階から、医療審議会や構想策定後の具体的対応の協議の場となる地域医療構想調整会議等で保険者としてどのような貢献ができるかを検討することが必要となる。地域医療構想調整会議は二次医療圏をベースとして設定された構想区域ごとに設置するとされ、各都道府県に複数の場が設置されることになる。また、その保険者代表は都道府県が保険者協議会と協議の上で決定するとされているので、他の保険者とも連携して、加入者の意見が効果的に表明できるよう協働体制を構築していくことが必要となる。

(協会けんぽが果たすべき役割)

意見発信においては保険者機能の本来の姿として、加入者利益の実現、加入者代表としての視点を忘れてはならない。一口に意見発信と言っても、地域の医療提供体制の実情を的確に把握した上で将来のあるべき医療の姿を展望した保険者ならではの建設的な意見が期待される。この点、保有するデータから地域の実情や問題点を正確に把握できることが協会けんぽの強みとなる。保険者協議会や地域医療構想調整会議等でその把握結果に基づく意見を表明することに加えて、協会一丸となって各支部で集計したデータ分析結果等の提示を都道府県に申し出ることや、積極的に分析結果を公表し地域医療の実態を明らかにしていくこと等も通じて、その役割を十分に果たしていきたい。

【略歴】

1982年東京外国語大学外国語学部卒業、同年厚生省（現厚生労働省）入省。厚生労働省年金局総務課長、参事官（社会保障担当）、内閣府大臣官房少子化・青少年対策審議官、厚生労働省中国四国厚生局長を経て、2014年10月より現職。博士（法学）（九州大学）。

「地方公共団体との連携について」～埼玉県との事例から～

柴田 潤一郎 全国健康保険協会埼玉支部長

【要旨】

このところの法整備において、医療計画等の策定に関する医療保険者の関わりが重要となってきたが、特に、加入者が日本の総人口の1/3弱を占める「協会けんぽ」としてはしっかりと関与していく必要がある。

そのような中で、全国47都道府県の支部としては、地域特性に応じた医療計画等の策定が行われるようにするために、いかに対応していけばよいのだろうか。医療計画等の策定時にだけ、意見を発信していくことで、意見反映が実現できるようなことはまずありえないだろう。常日頃から地域において医療保険者「協会けんぽ」として能動的な活動をし、さらに、その活動が地域のニーズにマッチし、また、必要とされて初めて、意見が受け入れられることになると思う。

そこで、埼玉支部の地域での活動状況が、今後の各支部の活動・意見発信のヒントになればと考え、以下の実例をもとに報告していきたい。

1. 埼玉県設置の会議への参画状況

(1) 埼玉県地域保健医療計画等推進協議会

- ・埼玉県地域保健医療計画及び埼玉県健康長寿サポートプラン（埼玉県医療費適正化計画）の試案作成と推進

(2) 埼玉県ジェネリック医薬品安心使用促進協議会

- ・埼玉県民及び医療関係者が安心してジェネリック医薬品を使用することができる環境整備についての協議会

(3) 埼玉県医療を考えるとことん会議（26年度6回開催の限定的な会議）

- ・県民目線で県の医療について議論し、抱える問題と解決提言をまとめ、県や県医師会などに提言することで、県民ニーズに即した医療政策や医療提供体制の実現につなげることを目指す。

2. 保険者協議会について

3. 埼玉県との連携状況

- (1) 健康づくりの推進に向けた包括的連携に関する協定
- (2) 「ジェネリック医薬品セミナー」の開催
- (3) 受診促進等のイベントでの連携

【略歴】1957年生まれ。80年慶應義塾大学経済学部卒業。同年埼玉銀行入行、東大宮支店長、鷺宮支店長、埼玉りそな銀行資金証券部長、法人部長を経て、2011年10月より現職

個別発表

協会データを活用した地域医療提供体制の分析について

本部 企画部研究室 室長 小澤 時男

【発表の概要】

(目的)

昨年に成立した地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律等の整備に関する法律に伴う医療法の改正により、医療計画や地域医療構想に医療保険者が法律上の根拠を伴って関与することとなる。

医療保険者は、加入者・事業主の代理（エージェント）として、医療サービスに対する支払い（保険給付）を行う主体であるとともに、医療サービスの共同購入組織としても位置付けられる。こうした医療保険者が良質かつ効率的な医療提供体制を実現していくことは、加入者利益につながるものであり、その実現に向けた意見発信が今後一層重要となる。

一方、医療保険者は、被保険者の適用や医療費の審査支払などを通じて、医療サービスの実態を詳細に把握できる立場にあり、そのデータの活用は、今後の医療提供体制の改善にとって不可欠なものと考えられる。

本発表では、協会データのもつ特徴やその活用によりどのような形で医療提供体制の改善等を提案できるか、また、今後さらに検討を進めるべき点等について説明する。

(協会が保有するデータの特徴)

協会は加入者に対して行われた診療のレセプトデータ等を分析し、医療費分析や保健事業の推進に活用しているが、これらのデータは医療提供体制の現状分析や課題抽出にも有効なツールとなり得る。

例えば、平成 25 年の医療計画策定時に厚生労働省は、患者調査のデータを基に、圏域内の人口が 20 万人以下でかつ患者流出率が 20%以上の二次医療圏域については、主な流出先の圏域との統合などの二次医療圏の見直しの検討対象とする方針を示していた。この患者調査は 3 年に 1 回行われるものであり、患者流出入に関して言えば、二次医療圏単位で入院患者のみ把握可能となっている。一方、レセプトデータ及び適用情報を用いれば、患者流出入の状況が最短で翌々月には月次単位でかつ市町村等のより細かい地域単位で把握が可能となる。さらに外来での患者動態も詳しく把握できるなど、既存のデータに比べて最新の受療状況をより詳細に把握できるなど、これまで把握が困難であった実態をより詳細に把握できる可能性をもつものとなる。

(分析例)

福井県のデータを基に、レセプトデータ等を使用した地域の医療提供体制の実態と課題抽出に試みた。比較的県の規模が小さく、分析結果等を比較的分かりやすくお示しできること等の理由により例として取り上げている。データは、平成 25 年 4 月時点の協会けんぽ福井支部の加入者の入院・外来レセプト全件を用いており、患

者一人に相当するデータとして、レセプト1件を単位として集計を行った。

1 全傷病（入院・外来）

福井県は、福井・坂井、奥越、丹南、嶺南の4つの二次医療圏域で構成され、平成20年患者調査の特別集計結果によれば、福井・坂井圏域と嶺南圏域はいずれも入院患者流出率とも20%未満の自己完結型の圏域と位置付けられる一方で、奥越と丹南は入院患者流出率が20%超と流出型の圏域と位置付けられる。

協会のレセプトデータを用いた分析でも同様の傾向が見られるが、入院患者流出率は患者調査の結果よりも高くなっている。この背景には、協会の場合は現役世代の比率が高く、高齢世代と比べて移動が容易であること等の要因として考えられる。

また、協会けんぽのレセプトデータでは、各市町村単位の受療動向の分析も可能となる。例えば、丹南圏域に属する鯖江市を例に見た場合、鯖江市内で入院する者（被保険者の住所が鯖江市である入院中加入者の33.0%）よりも福井市内で入院する者（同56.4%）の数が約1.7倍に達している一方で、丹南圏域の他の市町で入院している数はわずか3.1%である。これらにより鯖江市の受療行動の実態としては、同一の二次医療圏域内よりも福井市により一体化していることが把握できる。

レセプトデータでは外来についても二次医療圏別・市町村別の受療動向が分析可能であり、奥越圏域と丹南圏域は患者流出傾向が強いことが把握できる。

2 がん（入院、外来）

主傷病又はレセプトの先頭の病名ががん（悪性新生物）となっているものについても同じく入院と外来で集計した。入院では奥越圏域の流出率が95.7%、丹南圏域の流出率が78.7%と残りの2圏域よりも著しく高い値となっている。この背景には福井県のがん診療連携拠点病院はいずれも福井・坂井圏域と嶺南圏域に置かれていること等に起因すると推測される。しかし、外来のがん患者流出率についても奥越圏域75.7%、丹南圏域68.5%と相当程度高い流出率となっている。これは、外来のがん患者の多くが退院後も入院時の病院等で診療を継続していること等が背景にあると推測され、がん診療に係る実態をさらに分析し地域連携クリティカルパスの再点検等を検討する必要性が示唆される。

（考察）

協会けんぽが自ら保有するデータを用いて地域の医療提供体制を分析することは、いまだ着手したばかりであり、分析方法・課題抽出の方法とも開発途上であることは認める必要がある。

また、協会けんぽは、医療保険加入者全体の3.6人に1人が加入する日本最大の保険者であり、医療保険加入者全体を母集団と考えれば協会自身のデータ分析結果は全体の約3分の1の実態に相当するが、一方で、医療費全体から見れば協会けんぽのシェアは1割強にとどまることも課題となる。

今後、良質かつ効率的な地域の医療提供体制の実現に向けて協会けんぽが貢献していくためには、協会自身でも更なる分析方法の開発を進めるとともに、個人情報保護に配慮しつつ都道府県や他の保険者と共同・連携して分析等を行い、より詳細な地域医療の実態・課題を明らかにしていく必要があると考える。

（備考）

個別発表

被保険者の生活習慣の特徴 ～業態に注目して～

本部 保健第二グループ 専門職 山崎 衣津子

【発表の概要】

（目的）

特定健診結果の分析より、メタボリックシンドロームのリスク因子の分布が業態によって異なることは第 25 回日本疫学会において報告したところだが、生活習慣病に深く関与する食事・喫煙・飲酒・ストレスなどの生活習慣についても業態による違いがあると考えられる。本分析は腹囲の平均値が高い 5 業態に着目し、生活習慣の比較をすることで、業態別に生活習慣に違いがあるか、あるとしたらどのような特徴があるのかを把握することで、業態別に効果的な保健事業展開のための基礎資料とすることを目的とする。

（方法）

平成 24 年度に特定保健指導の積極的支援に該当した者の保健指導結果データのうち、生活習慣（栄養・食習慣、運動、休養、アルコール、タバコ）について、肥満の指標となる腹囲の年齢調整平均値が高かった 5 業態（その他運輸業、総合工事業、道路貨物運送業、鉱業・採石・砂利採取業、情報通信業）の分析を行った。

（結果）

特定健診結果において腹囲の平均値が高いという共通点はあるが、他の検査項目を見てみると、その他の運輸業（鉄道業、道路旅客運送業、航空運輸業等）は全ての項目についてほとんどトップレベルに悪く、道路貨物運送業（一般貨物自動車運送業、集配利用運送業等）も全ての項目が良くないが、特に血圧がほとんどトップレベルに悪い、総合工事業（土木工事、建築工事等）は LDL コレステロールがほぼ平均的である以外、他の項目は悪い、情報通信業は血圧のみ平均的で他の項目は悪い、鉱業・採石業・砂利採取業は LDL コレステロールのみが良いなど、業態による特徴が見られた。

同様に、生活習慣についても、その他の運輸業は、朝食を毎日摂る者の割合が 32.2%（30.1－52.0%：平均 42.0%）で全 42 業態中下位から 2 番目に位置し、カルシウムを毎日摂取している者の割合 8.4%（7.8－17.7%：平均 11.5%）、味付けが薄い、普通の者の割合 42.9%（42.7－54.0%：平均 48.0%）で同じく下位から 2 番目、喫煙しない者の割合 22.2%（20.5－40.1%：平均 27.7%）で下位から 3 番目となっており、全業態の中で生活習慣が下位 10 位以下に位置している項目数が 2 番目に多かった。道路貨物運送業は生活習慣が下位 10 位以下に位置している項目数が最も多く、その他の運輸業とともに生活習慣全般が下位に位置している業態だった。

一方、総合工事業は喫煙している者で禁煙の意志のある者の割合が 16.1%（10.1－17.3%：平均 14.0%）と 5 番目に高く、禁煙を望む者は多いが、飲酒が週 5 日以下である者の割合は 28.2%（23.2－39.5%：平均 31.9%）と 4 番目に低く、飲酒している者が多い。また、ストレスを感じない者、起床時の疲労感がない者もそれぞれ 16.9%（13.1－23.2%：平均 16.7%）、19.0%（10.7－22.0%：平均 14.2%）と、休養については良い業態だった。

情報通信業は、味付けが薄い、普通の者の割合は51.8%（42.7－54.0%：平均48.0%）で上位4番目に位置していたが、朝食を毎日摂る者の割合が39.6%と下位から9番目であった。また、通勤時片道20分以上（徒歩、自転車）の者の割合が6.8%（0.6－7.1%：平均2.9%）で2番目に高く、ストレスを感じない者の割合は11.5%で下位5番目だが、ストレスを感じるが解消法を持っている者の割合は27.3%（11.8－32.1%：平均20.9%）で2番目に高かった。食事のうち特に栄養バランス、運動、ストレスに特徴のある業態だった。

鉱業、採石業、砂利採取業については、栄養・食生活における1日に主食・主菜・副菜の揃った適量の食事を摂らない者の割合は50.9%（50.9－70.7%：平均59.4%）と最も少なく、適量の食事である者の割合が高いと思われるが、味付けが薄い、普通の者の割合（42.7%）、飲酒は週5日以下である者の割合（23.2%）、ストレスを感じるが解消法を持っている者（11.8%）が最下位だった。塩分摂取、飲酒、ストレス対策について特徴が見られた。

（考察）

協会けんぽは約170万の事業所が加入し、42の全ての業態が存在する日本最大の医療保険者である。今回はその特徴を活かし、業態別の生活習慣の分析を行い、業態によって生活習慣の違いがあることが分かった。このことにより画一的な保健指導や保健事業の展開では効果が期待できないことも推察され、業態毎の生活習慣、健康状態の特徴を踏まえた戦略的な保健事業の展開が求められる。

タクシー運転手や長距離トラック運転手に生活習慣が好ましくない者が多いことは、現場で保健指導に従事している保健師・管理栄養士は感覚的に理解していたが、今回の分析において、その他の運輸業、道路貨物運送業はいずれの生活習慣についても好ましくない者の割合が多く、国立保健医療科学院と共同で実施した特定健診・特定保健指導データ分析における業態別集計においても、その他の運輸業はメタボリックシンドロームのリスク因子が全業態の中でもトップレベルに悪かったことから、現場の知見がデータによって裏付けられた結果だった。さらに業態別健康問題に関しては、早稲田大学と協会けんぽ共同で実施した「からだと心の健康づくりプログラム」の中で、現場で保健指導に従事している保健師・管理栄養士を対象とした業態別の健康問題とその悪化要因・緩和要因に関するアンケートを実施しているが、同じ肥満、腰痛、肩こりといった症状でも、その他の運輸業であるタクシー運転手などは長時間の運転による影響が大きく、情報通信業であるプログラマーやシステムエンジニアなどはPC操作が主となり、デスクワークによって引き起こされるなど、業態によって原因が異なっていた。

協会けんぽは特定健康診査及び特定保健指導の推進を保健事業における重点事項として掲げ、保健師、管理栄養士は個人を対象としたハイリスクアプローチを推進しているところだが、予防という観点では対象を一部に限定しない、集団全体へのポピュレーションアプローチも統合して推進することが効果的であると言われている。集団を対象に実施するポピュレーションアプローチであっても、これらの業態別健康問題の原因や生活習慣の特徴に合わせた施策とすることで、画一的でない効果的な事業が期待できる。

今回の分析は特定保健指導の積極的支援対象者であり、かつ保健指導を受けた者に限定しているため、被保険者全体の業態別生活習慣の特徴を反映していないという限界はあるが、本分析を基礎資料として、業態別生活習慣の特徴を活かした保健事業の展開を考えて行きたい。

（備考）

個別発表

茨城支部における業態別健康リスクの状況

茨城支部 企画総務グループ リーダー 齋藤 義輝（発表者）
企画総務グループ グループ長 齋藤 敦匡

【発表の概要】

（目的）

協会けんぽ茨城支部は、加入者1人あたり医療費は全国平均と比較して低いものの、生活習慣病に関連する医療費は高い傾向にあり、リスク保有割合は全てにおいて全国平均を上回っている。また、加入事業所は中小企業を中心に様々な業態で構成されていることから、業態ごとのリスク保有割合を把握することで効率的・効果的な保健事業の実施に繋げる。

（方法）

平成24年度に生活習慣病予防健診を受診した、任意継続被保険者を除く35歳以上の茨城支部の被保険者のうち、検査結果データに欠損値がなくリスク判定が可能な88,702名のデータをもとに、業態ごとに腹囲、血圧、脂質、代謝、メタボリックシンドローム等の各リスク保有割合と喫煙割合、医療機関を受診した方の入院及び外来の1人あたり医療費等を算出した。また、リスク保有割合については、平成24年度末時点の被保険者数をもとに、被保険者数10人未満、10人～49人、50人～99人、100人以上と事業所規模別にも算出した。なお、算出にあたっては業種によって年齢構成や性別構成に差があるため、業種間の差を分析するにあたり年齢性別調整を実施した。業態別のリスク保有者の割合に関しては、特徴的な結果が出た運輸業と運輸業以外においてカイ2乗検定を実施し、男性については腹囲、血圧、脂質、代謝、メタボリックシンドロームの各リスクともに $P<0.05$ と有意差を確認した。1人あたり医療費についてもMann-Whitney（マン・ホイットニイ）検定を実施し、外来については $P<0.05$ と有意差を確認した。

（成果）

業態によって各項目のリスク保有割合に差が見られたが、運輸・郵便業においては表1のとおり喫煙率を含む全てのリスクで茨城支部平均を上回り、腹囲リスクの他2項目で正常値を超えた場合に該当するメタボリックリスクにおいては茨城支部平均15.7%に対し、運輸・郵便業は20.1%と、2番目に高かった建設業の16.5%を大きく上回った。被保険者数の規模別では、50人未満の小規模事業所においてリスク保有割合が高い傾向にあった。また、健診受診者1人あたりの医療費を分析すると、運輸・郵便業の外来医療費は91,004円と茨城支部平均95,327円よりも下回ったが、入院医療費は26,913円と茨城支部平均25,935円を上回った。1,000人あたりの年あたり診療日数についても、運輸・郵便業は外来が18.09日と茨城支部平均20.34日を下回ったが、入院では1.64日と茨城支部平均1.20日上回り、外来よりも入院の比率が高い結果となった。

【表 1：業態別リスク保有割合（健診受診者数より上位 6 業種）】

業態 ()内は健診受診者数	腹囲リスク	血圧リスク	代謝リスク	脂質リスク	メタボリック 予備群	メタボリック リスク	喫煙率
製造業 (21,288 人)	32.7%	46.6%	15.7%	28.6%	12.7%	14.2%	37.7%
医療・福祉 (14,285 人)	35.7%	42.3%	16.6%	30.9%	13.6%	15.5%	28.0%
卸売業・小売業 (12,250 人)	34.7%	46.2%	14.9%	30.4%	13.1%	15.5%	35.9%
建設業 (9,406 人)	36.9%	41.5%	16.4%	33.5%	13.6%	16.5%	39.0%
サービス業 (7,962 人)	34.0%	43.5%	14.9%	30.4%	13.0%	15.0%	33.8%
運輸業、郵便業 (6,994 人)	39.2%	48.9%	17.9%	36.0%	13.8%	20.1%	43.1%
茨城支部平均 (88,702 人)	35.1%	44.3%	15.7%	31.0%	13.3%	15.7%	35.6%

(※性・年齢調整後)

【表 2：業態別健診受診者 1 人あたり医療費等（健診受診者数より上位 6 業種）】

業態 ()内は健診受診者数	入院医療費	外来医療費	年あたり入院 日数/千人	年あたり外来 日数/千人
製造業 (21,288 人)	25,822 円	89,864 円	1.22 日	19.24 日
医療・福祉 (14,285 人)	29,178 円	115,945 円	1.03 日	23.74 日
卸売業・小売業 (12,250 人)	26,189 円	93,934 円	1.11 日	19.12 日
建設業 (9,406 人)	28,692 円	94,628 円	1.49 日	19.58 日
サービス業 (7,962 人)	22,382 円	92,824 円	1.15 日	19.97 日
運輸業、郵便業 (6,994 人)	26,913 円	91,004 円	1.64 日	18.09 日
茨城支部平均 (88,702 人)	25,935 円	95,327 円	1.20 日	20.34 日

(※医療費については性・年齢調整後)

(考察)

茨城支部には様々な業種の事業所があるなか、特に運輸・郵便業のリスク保有割合が高く、1 人あたり医療費や年あたり診療日数についても支部平均と比較して外来より入院の割合が高い傾向にある。また、協会けんぽ本部と国立保健医療科学院との共同分析結果によると運輸・郵便業は全国的にも他の業態よりリスク保有割合が高い傾向だが、茨城支部の運輸・郵便業は更に高い結果も出ている。

これらの結果を踏まえ、平成 26 年 9 月に運輸業界の団体である茨城県トラック協会を訪問し、業態別のリスク保有割合をまとめた資料を提示のうえ連携した取り組みについて協力を求めたところ、同協会が会員事業所に対して毎月発行している『茨城トラック情報』10 月号に運輸業界の健康実態に関する記事を無料で掲載していただいた。

現時点では、業界団体広報誌への記事掲載といった連携にとどまっているが、今後はこの結果を資料として活用し、運輸業の事業所の健康課題を解決すべく、健康づくりプログラムの提案など連携を深めていきたい。

(備考)

「平成 26 年 11 月 7 日 第 73 回日本公衆衛生学会総会」で発表演題を一部加筆修正

個別発表

収縮期血圧に対する健診・保健指導の効果分析

栃木支部 企画総務グループ リーダー 長谷川 郷（発表者）
保健グループ グループ長 浅川 美知子

【発表の概要】

（目的）

特定健診・特定保健指導の開始から5年が経過し、効果の検証と現場へのフィードバックが求められている。また、栃木県における健康課題として、長年にわたり脳血管疾患や心疾患による死亡率が全国比で高く、危険因子であるメタボリックシンドロームのリスクも全国比で高くなっている。今回は、脳卒中の主要な危険因子とされる高血圧に着目し、特定保健指導に関して分析を行うこととした。また、高血圧の指標として健康日本21（第二次）に倣い、収縮期血圧を用いた。

全国健康保険協会（協会けんぽ）栃木支部の生活習慣病予防健診受診者について、特定保健指導の対象及び参加の有無で区分し、収縮期血圧値の経年変化を調査・分析することで、健診・保健指導の効果を検証した。得られた分析結果については今後の保健指導の在り方についての検証材料として活用する。

（方法）

協会けんぽ栃木支部加入の被保険者で平成22・23・24年度のいずれも生活習慣病予防健診を受診し、収縮期血圧値の比較が可能な者を対象とした。平成22年度末の被保険者数は272,171人、平成22年度生活習慣病予防健診受診者は66,292人、血圧値の比較可能者は50,547人となっている。

22年度の健診結果に基づき、特定保健指導の判定基準を用い、積極的支援、動機づけ支援、保健指導対象外で区分。保健指導対象者はさらに参加の有無、保健指導対象外者は高血圧に対する服薬の有無で区分した。各群について22年度から24年度の生活習慣病予防健診結果より、収縮期血圧値を集計し、血圧階級別の分布及び、血圧の平均値の変動を分析した。各群の内訳は、積極的支援参加群1,367人、積極的支援不参加群4,469人、動機づけ支援参加群755人、動機づけ支援不参加群2,283人、保健指導対象外服薬なし群34,228人となっている。

有意水準は5%とし、血圧階級別の分布の変化についてはカイ二乗検定、平均値の変動については対応のあるサンプルのt検定を行った。

（結果）

<1. 分布の経年による変化>

各群について、収縮期血圧130mmHgを基準として二つに分け、年度別で分布に変化があったか検証を行った。結果、積極的支援参加群、積極的支援不参加群、保健指導対象外・服薬無群で有意に分布に変化が見られた。

積極的支援参加群では130mmHg未満の割合が平成22年度40.6%から24年度46.0%へ増加、積極的支援不参加群では38.6%から43.5%へ増加、保健指導対象外・服薬

無群では79.4%から74.9%へ減少となった。

<2. 各群の平均値の経年変化>

積極的支援参加群では平成22年度133.20mmHgから24年度131.98mmHgへ有意に減少した。また、男女別でもそれぞれ有意に減少した。積極的支援不参加群では22年度133.86mmHgから24年度133.58mmHgへ減少したが有意差は確認できなかった。女性では有意に減少していたが、男性では有意差は確認できなかった。

動機付け支援参加群では22年度129.03mmHgから24年度130.10mmHgへ有意に増加した。また、男女別でもそれぞれ増加していたが、有意差は確認できなかった。動機付け支援不参加群では22年度129.28mmHgから24年度130.26mmHgへ有意に増加した。また、男性では有意に増加していたが、女性では有意差は確認できなかった。指導対象外服薬無群では22年度118.49mmHgから24年度120.43mmHgへ有意に増加した。また、男女別でもそれぞれ有意に増加した。

(考察)

<1. 結果のまとめ>

積極的支援参加群において、収縮期血圧値の改善が示され、積極的支援不参加群でも一部改善傾向が見られたが、改善幅は参加群よりも少なかった。両群は積極的支援参加の有無で単純に区分しているため、厳密な検証は困難であるが、平均年齢や男女比に大きな違いはなく、参加群において不参加群より高い改善傾向が見られたことは、保健指導による効果の可能性を示唆するものと考えられる。動機づけ支援群においては、今回の検証の中では明確な改善効果は確認できなかった。

比較方法等が異なるため一概には比較できないが、厚生労働省における同様の調査^(注)と比べた場合、傾向としては同様だが、特に動機づけ支援群でその改善効果が少なかった。要因については今後の検討課題となるが、介入群の定義が異なり、厚生労働省の調査では6か月評価を終了した者としていること、本研究の調査対象者が少なく外れ値の影響を受けやすいこと、が可能性として挙げられる。

(注)「特定健診・保健指導の医療費適正化効果等の検証のためのワーキンググループ中間取りまとめ(平成26年4月)」

<2. 今後の事業への活用>

保健指導の利用を促すことと、加入者自身の予防的取組みの推進のため、指導対象者、事業主などに対し、地元や事業所単位での分析結果を提供し、情報発信することが有効と考えられる。特に被保険者の保健指導には事業主の理解・協力が不可欠であることから、こうしたデータも活用し、いわゆる健康経営を目指したコラボヘルスを進めていくこととしたい。

一方で、さらに有効的な勧奨に繋げるためにも、今後も地域の健康課題に着目したデータの分析を継続していくことが必要である。地域や業種といった保健指導以外の要因の検証や拡張期血圧の分析など、より精緻な効果検証を継続していきたい。また、血圧値の高い者が多い地域特性に着目し、食事などの生活習慣といった要因も加味した分析を行うことでより効果的な支援に繋げることとしたい。

(備考)

「平成26年10月18日 第37回日本高血圧学会」発表演題を一部加筆修正

個別発表

GIS を活用したデータヘルス事業の推進

兵庫支部 企画総務グループ リーダー 芦澤 収 (発表者)
企画総務グループ 統括リーダー 八木 正行
保健グループ リーダー 今井 哲也、スタッフ 尾花 昌志
国際医療福祉大学大学院 准教授 小川 俊夫 (アドバイザー)

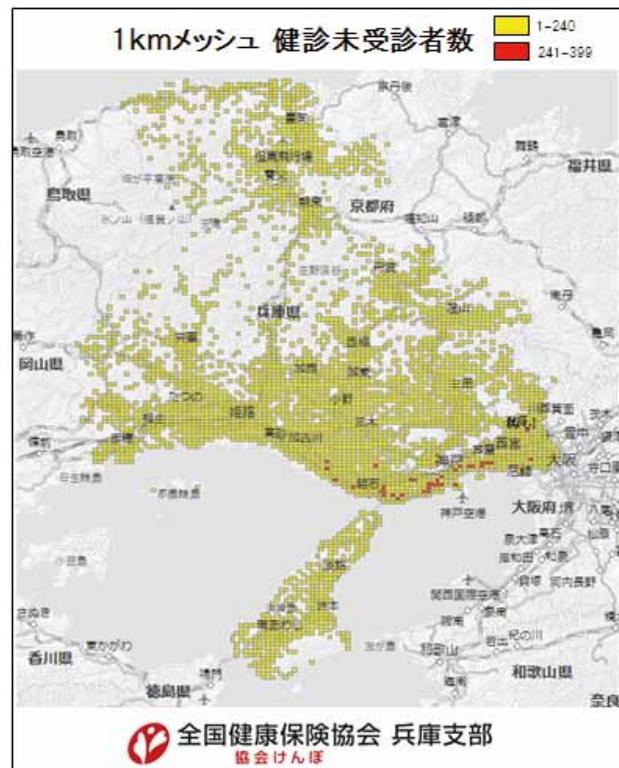
【発表の概要】

(目的)

平成 26 年度にスタートしたデータヘルス計画に基づき、保険者は診療報酬明細書や健康診査の結果などの各種情報を活用し、加入者の健康づくりや疾病予防、重症化予防に取り組んでいる。その際に、計画策定のための各種情報の効果的な入手と分析が必要であり、またこれらの分析結果など各種情報の「見える化」が重要である。兵庫支部では、データヘルス計画の効果的な実施と分析結果など各種情報の「見える化」を目的として、被扶養者のうち特定健康診査（以下：特定健診）の未受診者の分析と受診勧奨及び加入者の医療機関受診行動分析について地理情報システム (Geographic Information System: GIS) を用いて実施した。さらに、分析結果を用いて適正な健診実施場所と再勧奨とそれに対する効果を検証した。

(方法)

兵庫支部被扶養者のうち特定健診を受診していない 154,071 人を抽出した。抽出した未受診者の自宅住所情報を用いて GIS 上に配置し、1km メッシュ (1km × 1km) を用いてメッシュ内の未受診者数を集計し、未受診者の密集地域を特定した。その上で契約健診機関と協議し、対象密集地の近辺で健診ができる場所を決定し、無料集団健診業務と合わせ、未受診者の自宅近辺でかつ無料で健診が受診できる事を再勧奨通知により連絡した。また、密集地以外の地域にはかかりつけ医での受診を勧めたうえで、GIS の機能によって未受診者の自宅と最寄りの健診機関を紐付け、最寄りの健診機関を案内する事で受診行動を促した。



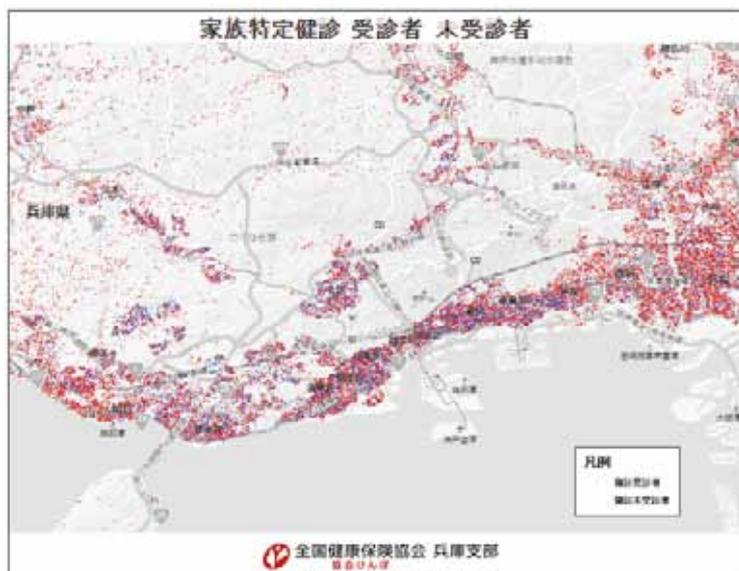
(結果)

抽出した特定健診の未受診者 154,071 人の自宅情報を GIS に配置し、1km メッシュごとの未受診者数を推計したところ、最大で 399 人から最小で 1 人と大きな差が見られた。また、特定健診の未受診者は、都市部と郊外の団地群で多い傾向が見られた。

そこで未受診者が多い上位 25 カ所 (1km メッシュ内 241 名以上) を選定し健診実施場所と決定した。該当箇所での健診を周辺地域加入者に勧奨文書で案内したところ、多くの反響と問い合わせがあり、約 1 カ月半で 4000 件の受診券発行申請があった。未受診者の多い地域において受診勧奨を行ったが、地域によりその利用には差が見られた。

(考察)

GIS を用いることで、特定健診の未受診者の地域的な分布を視覚的に把握できるばかりではなく、1km メッシュを用いることで数値的にも把握することが可能であり、従来は経験値に頼っていた健診実施場所の配置計画の際に、エビデンスを用いた計画策定が可能となった。特に、本研究により都市部のみならず郊外の団地群などが特定



健診の未受診者の多い地域であることが明らかになったことから、より効果的な健診実施場所の配置などが可能になることが示唆された。また、実際に再勧奨を行うことで、未受診者が多い地域すべてで受診促進が見込めるわけではなく、健診実施場所周辺の環境や会場の知名度、立地等も受診行動に影響を与える事が明らかになった。例えば公共交通機関のアクセスが悪い場所や、周辺に目立った施設が無い住宅地近辺の会場などは受診者が少ないケースもあり、逆

に近隣に大型ショッピングモールがある場所や駅近辺などは多数の受診者が訪れる事が多かった。単に「近所で健診を受けられる会場」というだけでは大多数の加入者が行動を起こす訳ではなく、公共交通機関のアクセスや立地等の条件も影響する事が示唆された。なお、多数の受診者が訪れた西宮市の会場で行ったアンケートでは、回答した 95 人中、49 名が今回受診された理由について「会場が近かったから」と回答しており、密集地に基づいて会場を選定した事で、多くの加入者が受診行動を起こした事が示唆された。

今年度は対象者の住所のみを基準にして実施会場を選定したが、今後は今回の受診者の住所と受診会場を紐づけて分析することや、健診会場で実施するアンケートを用いて受診者の行動様式を調査し、より効果的な実施会場を選定していきたいと考えている。

当事業により、GIS を用いた各種情報の「見える化」に基づいた受診勧奨や介入が特定健診の受診率の向上に効果があることが示唆された。さらに、健康診査のみならず、医療費や健康状態の地域特性を正確に把握し医療機関への受診行動に関する分析等を行う事で加入者の実態に即した保健事業の提供や保険者運営が可能になると考えられる。また兵庫支部では、協会の重要項目である地域医療への関与に置いても、各市区町村別もしくは二次医療圏別の加入者と医療機関の緯度経度を基にした GIS 受診行動分析等を行っており、保険者としての役割を担える要素となると思われる。

(備考) 「平成 27 年 5 月 16 日 第 88 回日本産業衛生学会」で発表 (口演)

《 M E M O 》