
協会けんぽ大阪支部の 平成30年度重点施策について

～保健事業の取組みについて～
第2期保健事業計画（データヘルス計画）

平成30年5月7日

1 大阪支部の健診・保健指導

特定健診受診率	33.4%	(全国47位)	全国平均	44.9%
特定保健指導実施率	5.3%	(全国45位)	全国平均	12.5%

※平成27年度実績

2 大阪府のがん検診受診率

胃がん検診	30.2%	(全国47位)
大腸がん検診	29.8%	(全国47位)
肺がん検診	32.3%	(全国47位)
乳がん検診	35.7%	(全国47位)
子宮がん検診	37.1%	(全国46位)

※厚生労働省「国民生活基礎調査(平成25年度)より抜粋

3 大阪支部の健診結果における検査指標からの課題

男性のLDLコレステロール値が全国平均より高い

男性126.7(全国平均125.4)

女性123.5(全国平均124.6)

要因① 就寝前2時間以内の夕食習慣の割合が全国と比べ高い

男性44.0%(全国平均40.1%)

女性28.1%(全国平均24.7%)

要因② 夕食後の間食の摂取割合が全国と比べ高い

男性16.6%(全国平均15.2%)

女性22.4%(全国平均21.6%)

要因③ 野菜摂取率が低く摂取不足である

男性 全国46位(目標量より 96g不足)

女性 全国47位(目標量より 123g不足)

※①②平成26年度生活習慣病予防健診問診結果より算出

※③平成28年度国民健康・栄養調査結果概要「都道府県別野菜摂取量の平均値」より抜粋

4 健診受診者のうち再検査等の判定者のうち 医療機関への未受診の方が多い

35歳以上で生活習慣病予防健診受診をされた方のうち

○ 血圧160/100mmHg以上の対象者
約4,200人 医療未受診の方 約60%

○ 空腹時血糖126mg/dl以上かつHbA1c6.5%以上の対象者
約5,000人 医療未受診の方 約50%

※平成27年度生活習慣病予防健診結果および健診後のレセプトデータより算出

5 疾病別の医療費総額上位3位(加入者合計)

第1位 高血圧性疾患 (構成比6.0%)

第2位 糖尿病(構成比4.25%)

第3位 その他の内分泌、栄養、代謝疾患 (構成比3.5%)

※平成27年度大阪支部疾病別医療費より算出

6 腎不全患者への移行の約45%は糖尿病の重症化が原因

○腎不全の患者割合と医療費

【協会けんぽ大阪支部】

全患者数の0.2%であるが、その医療費は20倍の4%を占める。

【国民健康保険・後期高齢者医療保険】

患者割合が0.5%に上昇し、医療費も9%に上昇している。

○他疾患と比べても患者数における医療費の割合が高く、元々は生活習慣の逸脱が主な要因である。また、保険者間の連携の視点でも、協会けんぽ加入者が透析治療継続の為、国民健康保険への移行も示唆され、対象者の治療に伴うQOLの低下や医療費の拡大が大阪府全体としても大きな問題点となっている。

※大阪がん循環器病予防センター「平成27年市町村国民健康保険及び協会けんぽにおける特定健診・特定保健指導のデータ分析並びに市町村国民健康保険、後期高齢者医療、及び協会けんぽにおける医療費データ分析」報告書参照

◆ 大阪支部の課題 ◆

- ・健診受診率・特定保健指導受診率が低いこと
- ・健診を受診していても重症者が医療受診できていないこと

等があげられ、その中でも、特に重症化すると治療により対象者のQOLに影響し、医療費の圧迫にも影響を与える糖尿病疾患が大阪支部の最も重要な健康課題と考える。

データヘルス計画の概要

上位目標

糖尿病にかかる被保険者1人当たりの医療費を平成27年度実績(7,626円)以下にする。

目標設定レベル

- ・上位目標
重大な疾病の発症を防ぐ事業
(10年先程度に 成果を評価する目標)

中位目標

生活習慣病予防健診受診者のうち、空腹時血糖値126mg/dl以上かつHbA1c6.5%以上の者を8.6%以下にする。

- ・中位目標
検査値の改善を目指す目標
(6年後に達成すべき目標)

下位目標

糖尿病性腎症重症化予防における医療受診者を10%以上にする。

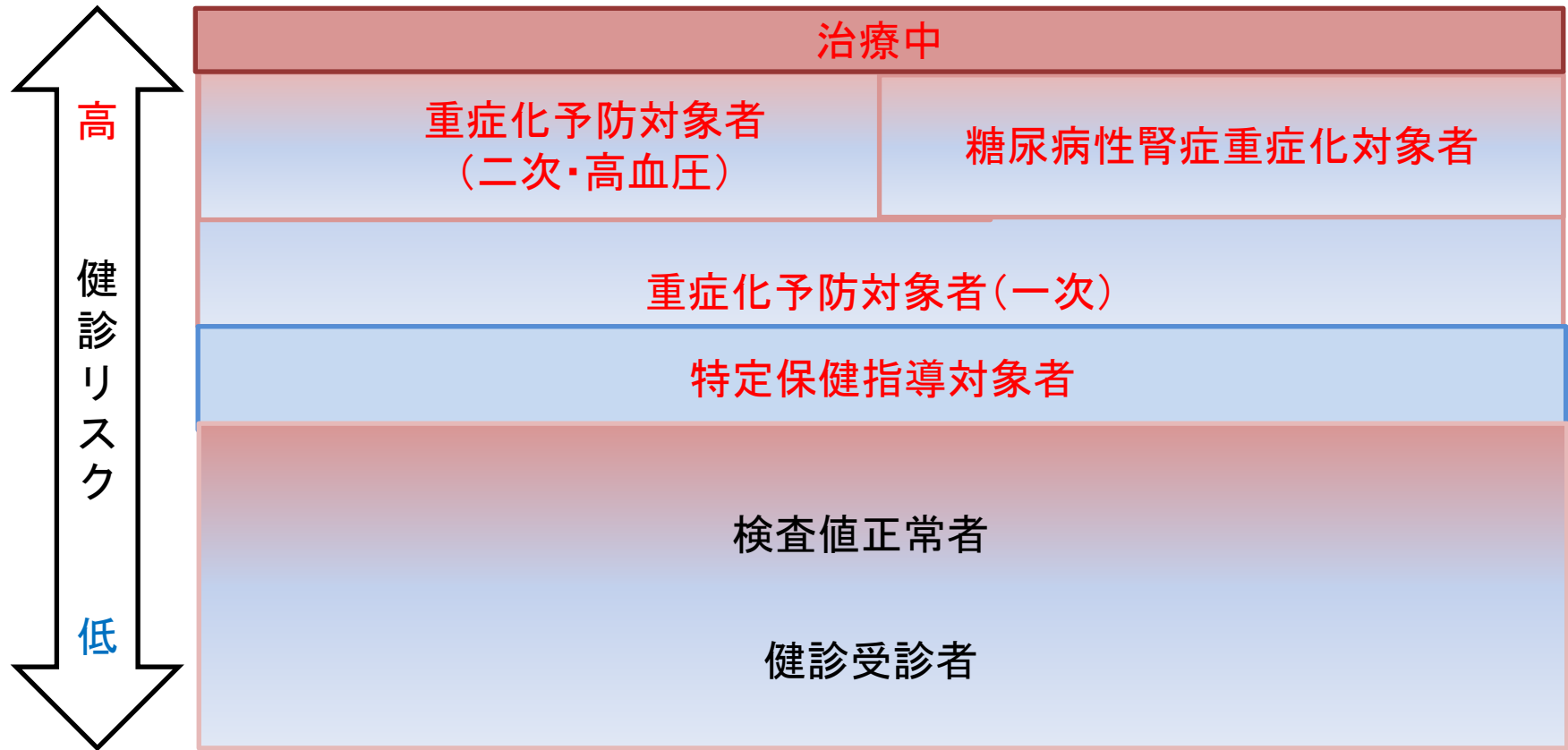
2次勧奨対象者のうち医療機関受診者を12%以上にする。

特定健診受診者数を平成35年度に100万人にする。

特定保健指導実施者数を平成35年度に65,000人にする。

- ・下位目標
生活習慣の改善、実施率の向上等上位目標を達成するための下位目標
(6年後に達成すべき目標)

データヘルス計画の取り組みイメージ



○健診受診者のうち、健診リスクに応じて「特定保健指導」、一定の検査値以上の方に対しては、「重症化予防」として医療受診を勧奨し、検査値の改善を推進していくことで、加入者の健康を高めていく。

○「重症化予防」では、血圧の検査値に応じて、「一次受診勧奨」「二次受診勧奨」を実施するとともに、血糖値の検査値に応じて、「糖尿病性腎症重症化予防」の三本建てで取り組んでいく。

平成35年度(2023年度)までの健診事業の計画値

(単位:千人)

受診者数	H28年度	H29年度	H30年度	H31年度	H32年度	H33年度	H34年度	H35年度	H35-H29	6年間平均
生活健診	402.8	431.0	470.0	520.0	580.0	650.0	700.0	730.0	299.0	49.8
データ取得	53.3	57.0	68.0	80.0	105.0	115.0	120.0	130.0	73.0	12.2
本人計	456.1	488.0	538.0	600.0	685.0	765.0	820.0	860.0	372.0	62.0
家族計	80.5	86.2	101.0	108.0	116.0	124.0	132.0	140.0	53.8	9.0
合計	536.6	574.2	639.0	708.0	801.0	889.0	952.0	1,000.0	425.8	71.0
前年増減数	—	37.6	64.8	69.0	93.0	88.0	63.0	48.0	—	—
前年比	—	107.0%	111.3%	110.8%	113.1%	111.0%	107.1%	105.0%	174.2%	109.7%
受診率	35.3%	37.8%	40.6%	45.2%	51.4%	57.4%	61.8%	65.3%	27.5%	4.6%

※前年増減数・前年比・受診率は合計に対する数値。平成29年度は見込値。

平成35年度の健診対象者数(40歳以上見込数)

本人=約1,139千人、家族=約392千人、合計=1,532千人

◆ 平成35年度末までに、国から目標化されている受診率65.0%を基に計画値を作成。

⇒ 平成35年度末 100万人の健診受診を目指す！！

(現状) 大阪支部は、平成28年度まで全国で最下位の受診率となっている。

1 生活習慣病予防健診への切替え促進

- ①既存健診機関のベースアップ
- ②健診機関数の拡大
- ③集団健診の企画拡大
- ④新規適用事業所への受診勧奨

2 定期健康診断結果の協会けんぽへデータ提供促進

- ①継続したデータ提供の確実な実施
- ②委託事業によるデータ提供勧奨の実施

3 家族における特定健診の促進

- ①府内施設受診の拡大
- ②府内集団健診の企画拡大
- ③他府県居住者への受診者数拡大

平成35年度(2023年度)までの保健指導事業の計画値

(単位:人)

実施者数	H28年度	H29年度	H30年度	H31年度	H32年度	H33年度	H34年度	H35年度	H35-H29	6年間平均
協会	4,916	6,391	7,000	7,000	6,500	6,000	6,000	5,600	-791	-132
委託	3,001	3,901	9,600	18,000	27,200	37,000	47,000	57,000	53,099	8,850
本人計	7,917	10,292	16,600	25,000	33,700	43,000	53,000	62,600	52,308	8,718
家族計	354	460	815	1,000	1,300	1,600	2,000	2,400	1,940	323
合計	8,271	10,752	17,415	26,000	35,000	44,600	55,000	65,000	54,248	9,041
前年増減数	—	2,481	6,663	8,585	9,000	9,600	10,400	10,000	—	—
前年比	—	130.0%	162.0%	149.3%	134.6%	127.4%	123.3%	118.2%	604.5%	135.8%
実施率	8.5%	10.3%	15.0%	20.2%	23.9%	27.3%	31.5%	35.4%	25.1%	4.2%

※前年増減数・前年比・受診率は合計に対する数値。平成29年度は見込値。

平成35年度の保健指導対象者数(見込数) ※健診受診者の目標数に対応した見込数

本人=約172,000人、家族=約12,000人、合計=184,000人

◆ 平成35年度末までに、国から目標化されている実施率35.0%を基に計画値を作成。

⇒ 平成35年度末 65,000人の特定保健指導実施(完了者)を目指す！！

(現状) 大阪支部は、平成28年度全国で42位の実施率となっている。

特定保健指導対象者の判定基準

- I ① 腹囲: 男性85cm以上、女性90cm以上
② 腹囲: 男性85cm未満、女性90cm未満 かつ BMI 25以上

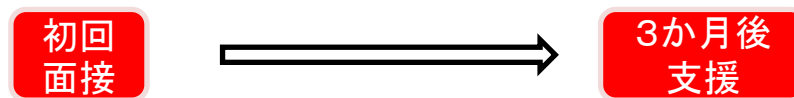
II 追加リスク

- ① 血 糖・・・空腹時血糖値100mg/dl以上またはHbA1c5.6%以上(NGSP値)
② 血中脂質・・・中性脂肪150mg/dl以上またはHDLコレステロール40mg/dl未満
③ 血 圧・・・収縮期血圧130mmHg以上または拡張期血圧85mmHg以上
④ 喫 煙・・・①～③のリスクが1つでもある場合にリスクとして追加

特定保健指導のタイプが決定

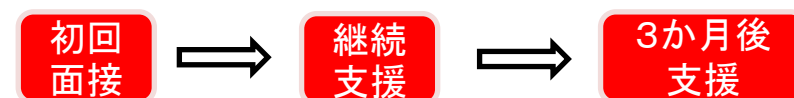
《動機づけ支援》

- I-① ⇒ IIでリスクが1つ
I-② ⇒ IIでリスクが1～2つ



《積極的支援》

- I-① ⇒ IIでリスクが2つ
I-② ⇒ IIでリスクが3つ以上



特定保健指導を向上させるために

1 大阪支部保健指導員による効率的な保健指導の実施

- ①初回面談を主とし、継続支援は外部専門機関に委託する割合を高め、業務効率化を図ることで中断率を下げ評価件数の向上を行う。

2 専門機関の委託による活用

- ①外部専門機関における委託量の増大により保健指導数の拡大を図る。
- ②外部専門機関の複数契約により保健指導数の量的拡大を図る。

3 特定保健指導契約機関の契約数の拡大と体制整備への助言

- ①平成30年度から制度改正された健診当日の保健指導実施の緩和により、健診機関に健診当日実施のための指導を行うとともに保健指導機関としての契約増大を図る。
- ②既存保健指導機関に対しては、健診当日実施に向けた体制整備の働きかけを行う。

4 事業所への保健指導受け入れの勧奨

- ①対象者50名以上の事業所および健康宣言事業所で保健指導実施件数が低い事業所に保健指導受け入れ勧奨を行う。

重症化予防事業(1次・2次勧奨)事業

《勧奨対象者の条件 一次勧奨》

収縮期血圧	拡張期血圧	空腹時血糖	HbA1c(NGSP値)
160mmHg以上	100mmHg以上	126mg/dl以上	6.5%以上

※上記検査値は、日本人間ドック学会における要治療・要精検の基準値および協会けんぽの生活習慣病予防健診における要治療の基準値

※HbA1c検査数値は、25年度からの国際基準であるNGSP値による判定値

《勧奨対象者の条件 二次勧奨》

収縮期血圧	拡張期血圧	空腹時血糖	HbA1c(NGSP値)
180mmHg以上	110mmHg以上	160mg/dl以上	8.4%以上

※上記血圧に関する検査値は、日本高血圧学会におけるⅢ度高血圧判定値であり、血糖に関する検査値は、日本糖尿病学会における「血糖コントロール指標と評価」が「不可」の値

《勧奨対象者数・受診者目標数》

○一次勧奨対象者数:年間約20,000人 (内、二次勧奨対象者数:年間約5,000人)

○医療受診者数:対象者の12%以上

重症化予防事業(1次・2次勧奨)事業

①健診日当日、血圧値(180/110mmHg以上)の対象者には、健診日に受診勧奨と特定保健指導受診の勧奨を行う。

◆ 健診機関への受診勧奨の協力依頼を実施し、600人受診に繋げる。

②協会けんぽ本部より1次勧奨対象者には勧奨文書を送付。勧奨後、未受診者には支部より電話支援を実施し、医療機関への受診勧奨を行う。

(28年度健診結果では1次勧奨対象者は20,018人。2次勧奨対象者は5,558人)

◆ 支部内保健師の受診勧奨で50人受診し検査値の改善に繋げる。

③H31年以降は薬剤師会とも連携し、血糖コントロール不良者への内服指導も行っていく。

◆ 内服コントロール不良者に服薬支援ができるように茨木市薬剤師会と連携し、薬剤師による服薬管理不良者の指導を実施体制を整え、大阪府内全域に広げていく。

④健康保険委員のセミナーで「糖尿病」「禁煙」の情報の周知を行う。

◆ 健康保険委員等の糖尿病予防セミナーを30回実施する。最終年度は禁煙セミナーを30回実施する。

⑤健康相談のイベント参加時に血圧測定を実施。参加者に「禁煙」パンフレットの配布による啓発を実施する。

◆ 年3回のイベントの健康相談開設時に血圧測定の実施。「禁煙」パンフレットを配布する。

《勧奨対象者の条件》

次のAまたはBに該当する者

A: 空腹時血糖が126mg/dl以上、または、HbA1Cが6.5%以上かつ尿蛋白1+以上

B: 空腹時血糖が126mg/dl以上、または、HbA1Cが6.5%以上かつeGFR60未満

《勧奨対象者数・受診者目標数》

○勧奨対象者数: 年間約3,000人 医療受診者数: 対象者の10%以上

《事業の取り組み 1》

○医療受診勧奨

・外部委託機関より勧奨対象者に受診案内を送付し、電話勧奨により医療受診勧奨および保健指導の受け入れを勧奨する。

○保健指導

・保健指導プログラム受け入れ者に対して、受診する医療機関と連携し、受診内容も確認しながら保健指導を実施する。また、継続支援の都度、保健指導の報告書を医療機関にフィードバックすることで、その後の医療受診による検査値の改善を高めていく。

○医師会等との連携

・効果的な重症化予防とするためには、医師等の連携が不可欠なことから、関係団体である大阪府医師会や大阪府と連携を密に行い、必要な協議会や研修会の場への参加による事業説明、広報協力等について連携していく。

《事業の取り組み 2》

・原疾患である糖尿病を予防するために、ポピュレーションアプローチとして高血糖のリスク・糖尿病の3大合併症（腎症・網膜症・神経障害）の情報提供と受診勧奨を実施する。

<メールマガジン作成>

・大阪支部のメールマガジンで糖尿病（腎症を含む）の受診勧奨を目的とした、メールマガジンを作成し、配信する。

<健康講座のセミナー実施>

・事業所を対象に年120回、外部委託によるセミナーを実施し情報提供を行い、従業員の健康意識啓発により、事業所全体の健康度を高めていきます。

<BDHQを用いたセミナーの実施>

・BDHQを用いたセミナーを30回実施し、翌年の事業所カルテの血糖値に改善する。
※BDHQとは、参加者の過去1か月の食事摂取状況を把握・分析しおおよその栄養素摂取状況に応じて食事指導を行うものです。