

神奈川支部
第2期データヘルス計画書
(平成30年度～令和5年度)

計画策定：平成29年12月

最終更新：令和3年1月



公立学校共済組合神奈川支部

第1章	はじめに.....	1
1	公立学校共済組合とは.....	1
2	データヘルス計画とは.....	1
3	公立学校共済組合におけるデータヘルス計画.....	2
4	計画期間.....	2
5	その他.....	2
第2章	公立学校共済組合神奈川支部が対策を講ずるべき疾病.....	4
1	神奈川支部の基本情報.....	4
2	疾病の分類と保健事業で対策を講ずる疾病の優先度.....	7
第3章	生活習慣病の傾向と対策.....	11
1	医療費の傾向.....	11
2	特定健康診査結果の傾向.....	19
3	生活習慣病の対策の方向性.....	32
第4章	悪性新生物の傾向と対策.....	33
1	医療費の傾向.....	33
2	悪性新生物の対策の方向性.....	40
第5章	精神の疾病の傾向と対策.....	41
1	医療費の傾向.....	41
2	精神の疾病の対策の方向性.....	48
第6章	健康課題に対応した保健事業の整理.....	49
1	生活習慣病に関する保健事業の整理.....	49
2	悪性新生物に関する保健事業の整理.....	52
3	精神の疾病に関する保健事業の整理.....	54
4	その他・共通に関する保健事業の整理.....	56
第7章	保健事業の評価項目及び目標値の設定.....	58
1	評価項目（大）の設定.....	58
2	評価項目（大）の目標値設定.....	58
3	評価項目（小）の設定及び目標値設定.....	60
第8章	中間分析（令和2年度実施）.....	62
1	評価項目（大）.....	62
2	保健事業の整理.....	80
3	評価項目（小）.....	82



第1章 はじめに

1 公立学校共済組合とは

公立学校共済組合（以下「当共済組合」といいます。）は、地方公務員等共済組合法（昭和37年法律第152号。以下「法」といいます。）に基づき設立され、公立学校の教職員及び都道府県教育委員会の職員などを組合員とし、組合員・被扶養者を合算した加入者数が176万人（平成27年度末）を超える大規模な医療保険者です。このため、保健事業の全体を本部が統括し、健診や保健指導の提供をはじめとした、具体的な健康管理のための事業については、各都道府県に設置された支部が主に計画・実施しています。

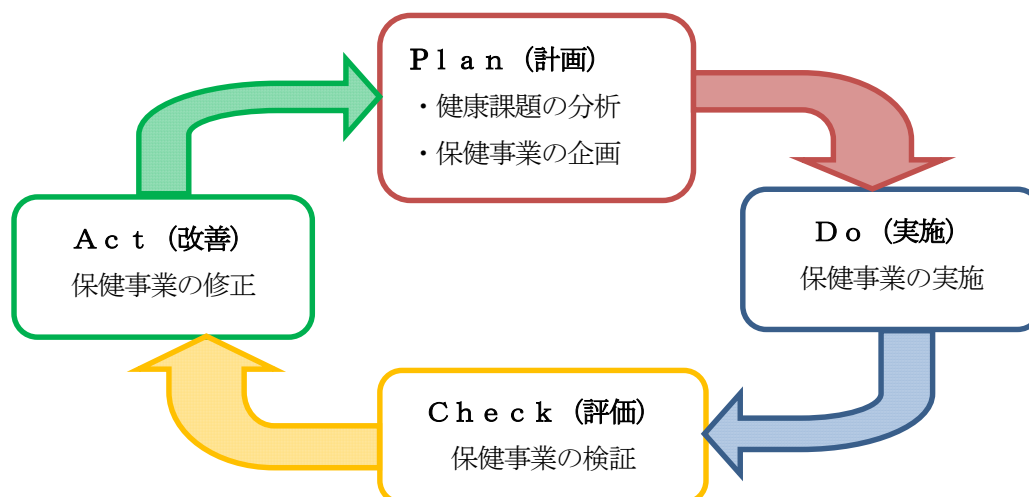
2 データヘルス計画とは

レセプトや健診情報等の健康状態に関するデータ分析に基づき、保健事業を効果的・効率的に実施するための事業計画を「データヘルス計画」といいます。

平成18年度からレセプトの電子化が段階的に義務付けられ、平成20年度に特定健康診査が導入されて統一した健診データの蓄積が進んできました。これを受けて、平成25年に国が閣議決定した「日本再興戦略」や関係閣僚申し合わせによる「健康・医療戦略」に基づき、予防、健康管理の推進に関する新たな仕組みづくりとして平成27年度から「データヘルス計画」が始まることとなりました。

「データヘルス計画」により、保健事業の効果的かつ効率的な推進を図るために、健康・医療情報（健康診査の結果や診療報酬明細書等から得られる情報、各種保健医療関連統計資料その他の健康や医療に関する情報）を活用して、PDCAサイクルに沿って事業運営を行うこととし、事業の運営に当たっては、費用対効果の観点も考慮することとしています（図1）。

図1 保健事業のPDCAサイクル



3 公立学校共済組合におけるデータヘルス計画

当共済組合においても平成27年度から「データヘルス計画」を開始しています。各支部において、既存事業の効果を検証し、医療保険分野に係る国のICT政策の動向を注視しつつ、健康情報の管理及び分析並びに活用をPDCAサイクルとして年間事業計画へ組み込み、「組合員とその家族の健康維持・増進及び医療費削減」を達成するための取り組みを進めています。

また、平成30年度から始まる第2期データヘルス計画においては、より本格的な保健事業に取り組むよう求められているため、支部で実施する運営審議会や検討委員会等において報告、検証し、次年度の事業の改善を図ることでデータヘルス計画の評価と見直しを効率的に進めることを考えています。第2期データヘルス計画の内容は、神奈川支部ホームページ等において公表します。また、計画の概要及び個別の保健事業の普及等に関しては、リーフレット等により組合員へ配付し、周知を図ることとしています。

4 計画期間

第2期データヘルス計画の計画期間は、平成30年度から令和5年度までの6年間としています。

5 その他

(1) 分析の対象について

■レセプトデータ

レセプトの基礎データについては、各年度の4月から翌年3月までに社会保険診療報酬支払基金から請求があり、その月に医療費を支払った分の医科レセプト、DPC（包括医療費支払い制度）レセプトの電子化されたもの（紙レセプトデータを除く）を分析対象としています。なお、調剤レセプトと歯科レセプトについては、分析対象外としています。

■組合員及び被扶養者データ

組合員及び被扶養者データについては、各年度の4月1日～翌年3月31日の間に1日でも資格を有していた者を抽出しています。組合員（※）及び任意継続組合員を組合員データとし、被扶養者（※）及び任意継続被扶養者を被扶養者データとして分析しています。

※ 組合員、被扶養者には、それぞれ船員組合員とその被扶養者を含みます。

■特定健康診査等データ

特定健康診査及び特定保健指導の実績については、当共済組合本部において各支部の実績を取りまとめ、翌年度に国へ報告した結果データを対象としています。

(2) 個人情報の保護について

健康情報の管理、分析及び事業者（事業者の委託先も含む。）からの取得等に当たっては、個人情報保護法（平成 15 年法律第 57 号）、公立学校共済組合個人情報保護規程（平成 17 年 3 月 16 日制定）その他の関係法令等の規定を遵守し、慎重に取り扱うものとします。

(3) 数値について

単位未満の端数は、調整しているため、内容の計と合計が一致しないことがあります。

第2章 公立学校共済組合神奈川支部が対策を講ずるべき疾病

データヘルス計画の目的である「データに基づき効果的・効率的に組合員及び被扶養者の健康維持・増進を図る」に照らし、また、医療保険者として「保健事業により事前に対策を講ずることで、その後の医療機関での治療行為を減らす」ことが優先度として高いという考えの基に、レセプト（医療費）データ・健診データの分析を実施しました。

1 神奈川支部の基本情報

(1) 加入者の構成

図2 「加入者」の構成（平成28年3月31日時点）

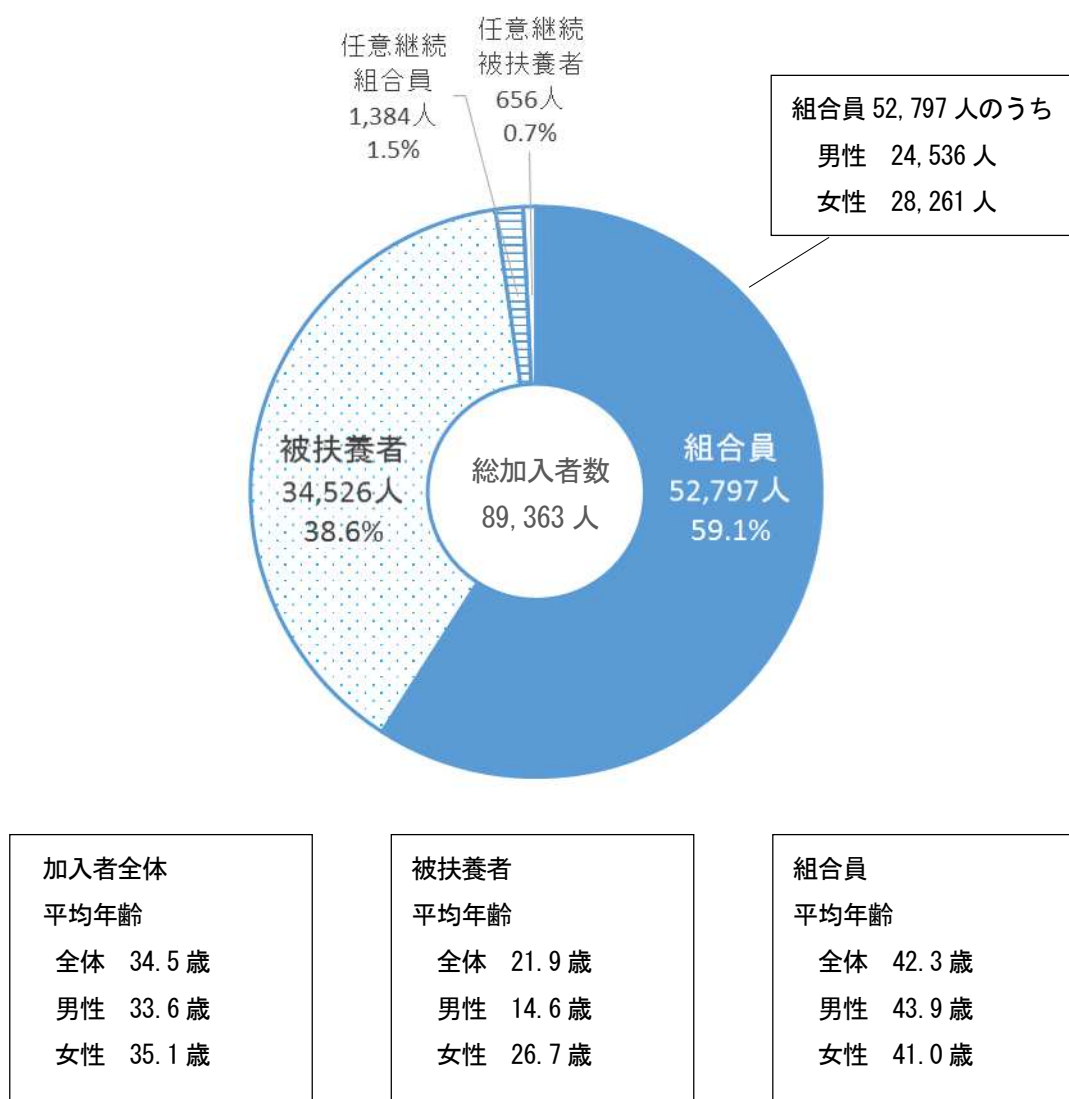


図3 「組合員」の年齢構成（平成27年9月30日時点）

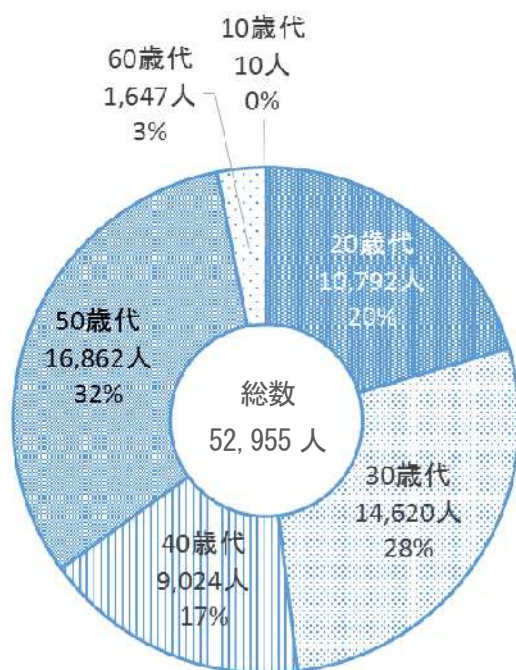
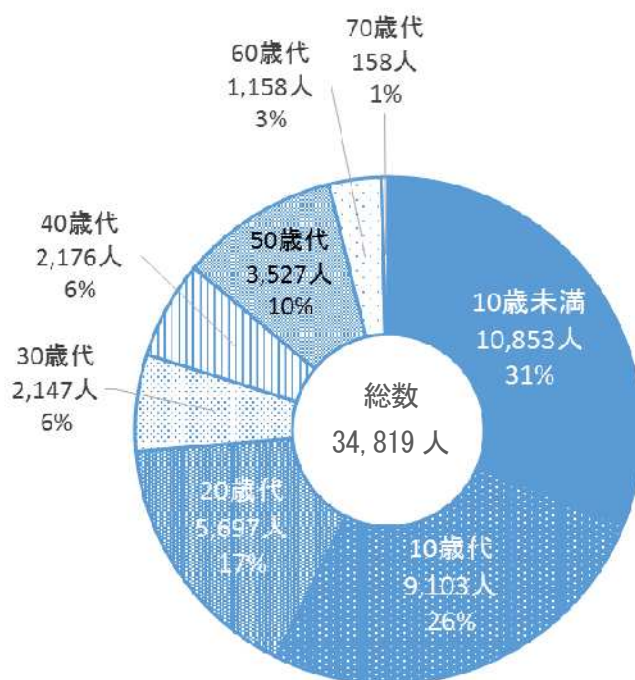


図4 「被扶養者」の年齢構成（平成27年9月30日時点）

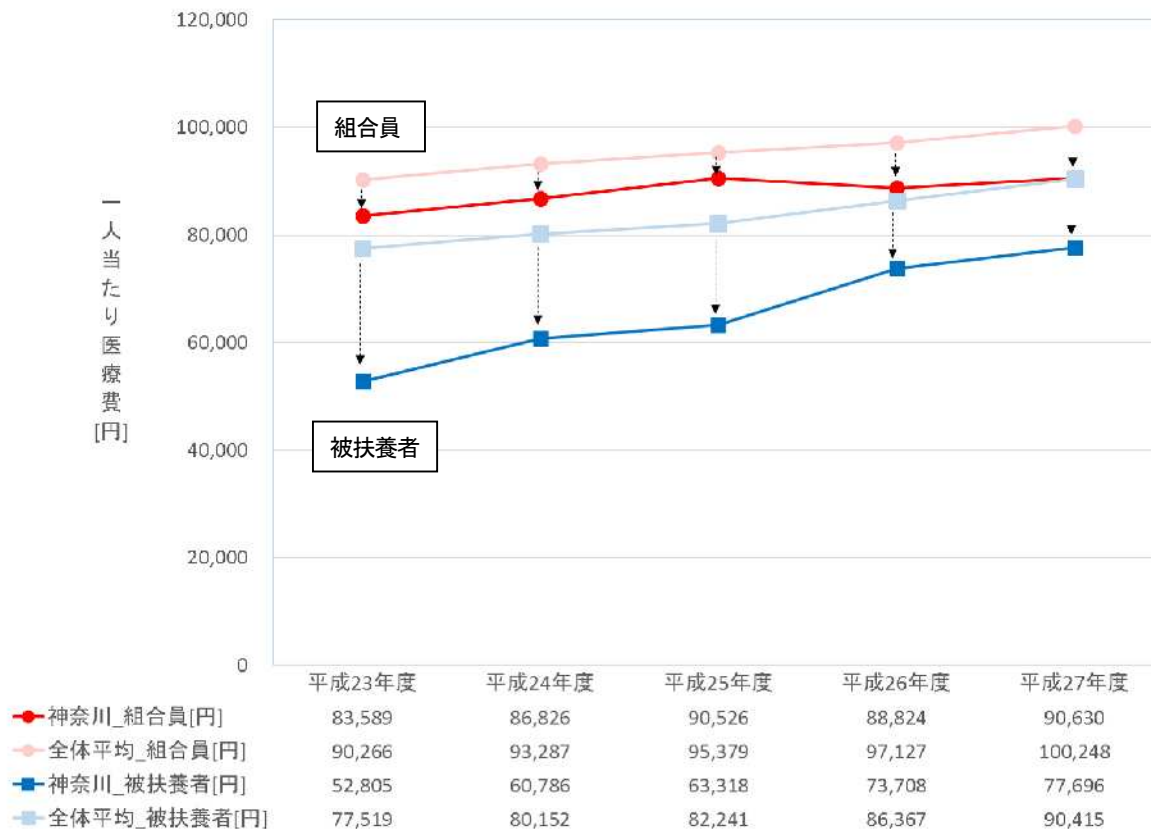


当共済組合の神奈川支部加入者は、図2に示したように、組合員（船員組合員含む）・被扶養者（船員被扶養者含む）・任意継続組合員・任意継続被扶養者で構成されています。加入者数は、平成28年3月31日時点で89,363人です。

年齢構成は図3、図4示したとおりです。年齢構成に任意継続組合員は含まれていません。

(2) 加入者一人当たりの医療費の傾向

図5 「加入者」一人当たり医療費の推移



当共済組合全体平均値（以下「全体平均」といいます。）に着目すると、加入者一人当たり医療費は、年々増加していることがわかります。同様に、神奈川支部に着目すると、平成26年度に組合員は一度減少していますが、翌年度には増加しており、組合員と被扶養者ともに、5年間でみると増加傾向にあることがわかります。また、神奈川支部の一人当たり医療費は、組合員と被扶養者共に全体平均を下回っていることがわかります。

2 疾病の分類と保健事業で対策を講ずる疾病の優先度

年々増加している医療費に対して、医療保険者の立場で対策を講ずるべき優先度の高い疾病を的確に把握するため、疾病を次のとおりタイプ1からタイプ4までの4つに分類して優先度をつけることとしました。

図6 疾病特性の分類（「対策の性質」と「リスク者の特定の可否」による分類）

		対策の性質	
		事前 (予防)	事後 (治療)
健診・検診によるリスク者の特定	できる	タイプ1 生活習慣病	タイプ2 悪性新生物
	できない	タイプ3 精神の疾病	タイプ4 その他の疾病

図7 神奈川支部の疾病特性の分類におけるタイプ別の加入者一人当たり医療費の内訳（平成27年度）

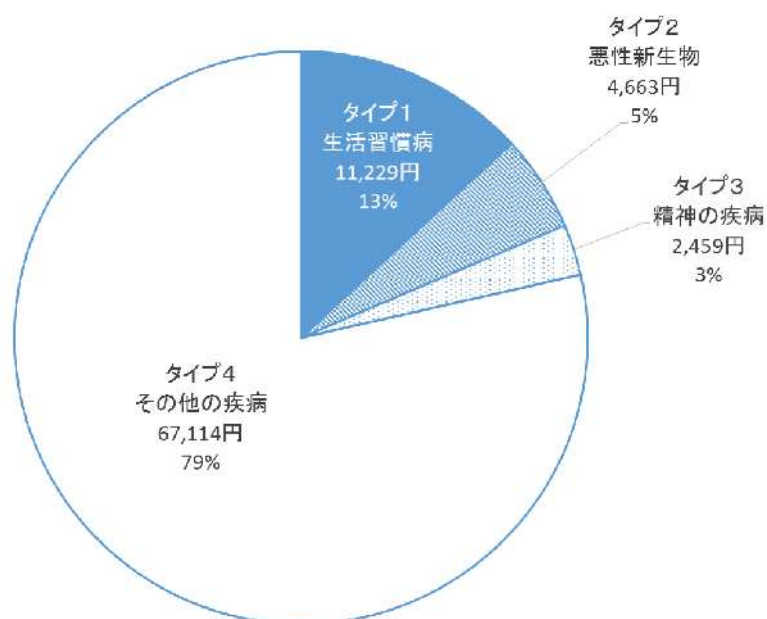


図 6 の分類は、予防医学の専門的な知識がない者でも、対策が必要な疾病を的確に把握し、その原因の類推ができるように工夫されたものとなっています。

図 6 の横軸は、保健事業により事前に予防が可能か、事後の治療のみ対策が可能かという分類です。「保健事業により事前に対策を講ずることで、その後の医療機関での治療行為を減らす」ことが優先度として高いという考えの基では、優先度が高いのは前者です。

図 6 の縦軸は、健康診断（健康状態を確認する）又は検診（特定の病気を発見する）によりリスク者を特定することができる疾病かどうかという分類です。保健事業では、リスク者を特定できる方が対策の効果（治療行為を減らし、医療費を下げる）が見込まれると考えられるため、優先度が高いのは前者です。

神奈川支部の場合、未成年者が加入者全体の 22%、被扶養者全体の 57%と割合が大きいです。未成年者を除外したタイプ別加入者一人当たり医療費の内訳は、加入者全体（図 7）の比率と大きな差はありませんでした。しかし、未成年者のタイプ別一人当たり医療費においては、加入者全体（図 7）の比率と大きく異なり、タイプ 4 が 97%を占めていました。

■タイプ 1：生活習慣病（糖尿病・高血圧など）

- ・健康状態を確認する「健康診断」でリスク者の特定が可能で、保健事業により事前の予防が可能な疾病です。
- ・生活習慣病のリスク者を特定・優先度付けし、リスクに応じた予防の対策を講じることが重要です。

以上の理由から、対策を講ずるべき優先度を第 1 位としました。

■タイプ 2：悪性新生物（がん）

- ・特定の病気を発見する「検診」でリスク者の特定が可能ですが、リスク者の特定ができた段階では治療が中心となり、保健事業により事前の予防が難しい疾病です。
- ・リスク者を早期治療に繋げるために、「検診」で早期発見の機会を提供することが重要です。
- ・図 7 よりタイプ 2 とタイプ 3 の医療費を比較すると、タイプ 2 の医療費が高いのがわかります。

以上の理由から、対策を講ずるべき優先度を第 2 位としました。

■タイプ 3：精神の疾病

- ・健康診断又は検診でのリスク者の特定が難しいものの、発生している年代、性別、所属などを確認し、保健事業により、それに応じた予防を全体に講じることが可能な疾病です。
- ・組合員の精神の疾病に関しては、職場での対応が中心となりますが、保険者の立場からの支援も重要です。
- ・図 7 よりタイプ 2 とタイプ 3 の医療費を比較すると、タイプ 3 の医療費が低いのがわかります。

以上の理由から、対策を講ずるべき優先度を第 3 位としました。

■タイプ 4：その他の疾病

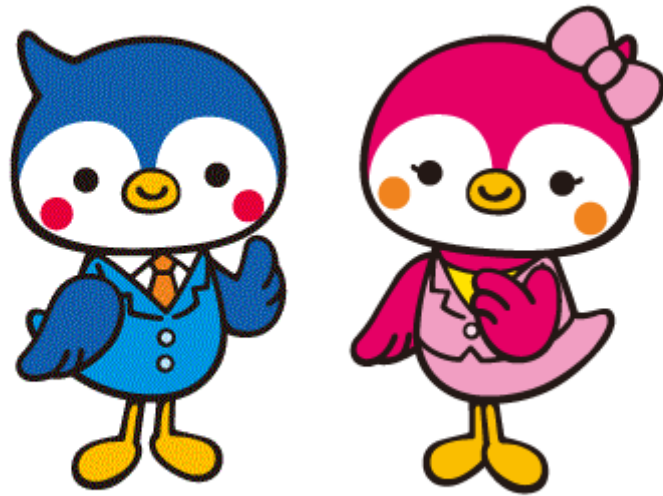
- ・健診又は検診によるリスク者の特定が難しく、保健事業により事前の予防も難しい疾病です。

このことから、保健事業により事前の予防の対策を講じることができないため、本計画書では分析・対策を行いませんが、今後は、未病（例：オーラルフレイル、認知症、ロコモティブシンドローム等）の改善にも取り組んでいきたいと考えています。

以上のことから、保健事業により対策を講ずる優先度は、タイプ1 生活習慣病>タイプ2 悪性新生物>タイプ3 精神の疾病 の順としました。具体的な疾病は以下の表1に示します。

表1 公立学校共済組合として再整理したタイプ別の疾病

優先度	タイプ	疾病	具体的な疾病名
I	タイプ1	生活習慣病	糖尿病 その他の内分泌、栄養及び代謝疾患（脂質異常など） 高血圧性疾患 虚血性心疾患 くも膜下出血 脳内出血 脳梗塞 脳動脈硬化（症） その他の脳血管疾患（動脈瘤など） 動脈硬化（症） 慢性閉塞性肺疾患 アルコール性肝疾患 腎不全
II	タイプ2	悪性新生物	胃の悪性新生物 結腸の悪性新生物 直腸S状結腸移行部及び直腸の悪性新生物 気管、気管支及び肺の悪性新生物 乳房の悪性新生物 子宮の悪性新生物
III	タイプ3	精神の疾病	気分〔感情〕障害（うつ病等） 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害
-	タイプ4	その他の疾病	タイプ1～3以外の疾患（風邪・先天性の疾患など）



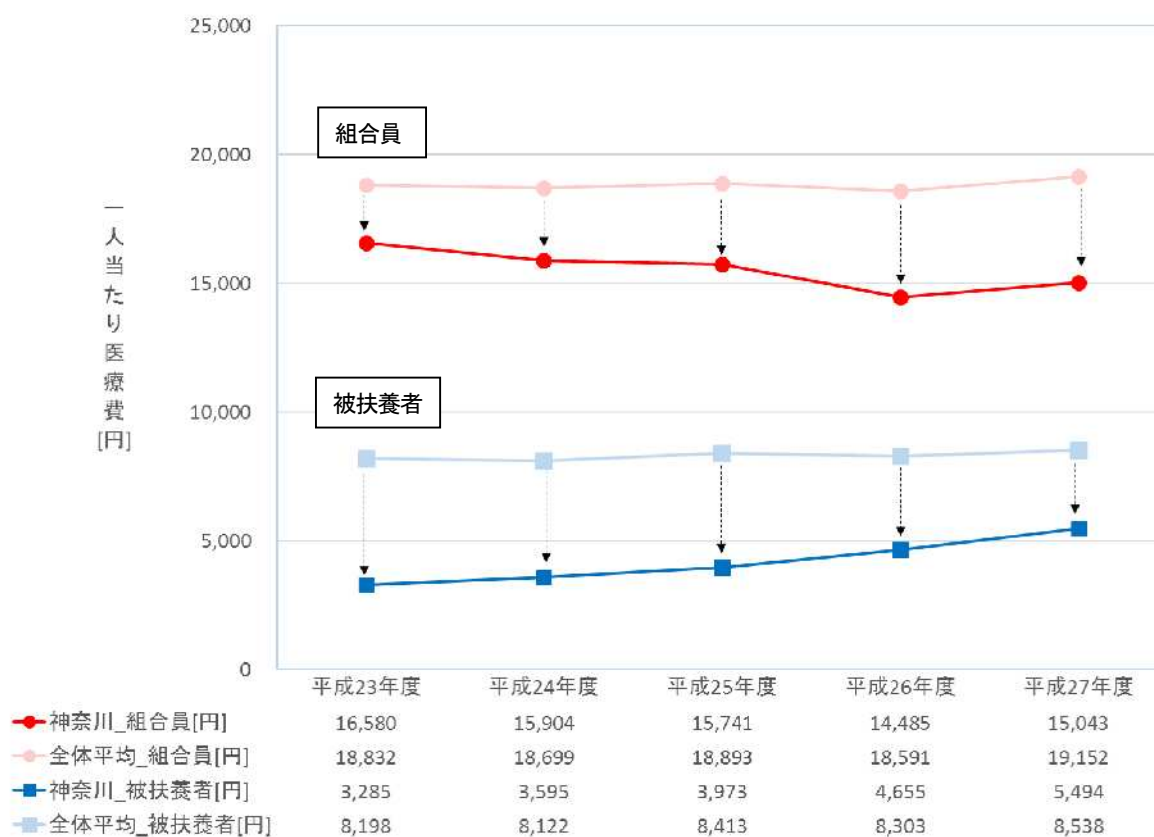
第3章 生活習慣病の傾向と対策

1 医療費の傾向

(1) 加入者一人当たり医療費

平成23年度から平成27年度までの生活習慣病における加入者一人当たり医療費の推移を以下に示します。

図8 生活習慣病における「加入者」一人当たり医療費の推移



全体平均では、組合員・被扶養者共に横ばいとなっていますが、神奈川支部では、組合員は減少傾向、被扶養者は増加傾向になっていることがわかります。また、神奈川支部は、組合員と被扶養者共に全体平均を下回っています。

(2) 疾病別加入者一人当たり医療費

医療費の高い疾病を特定するために、神奈川支部の疾病別加入者一人当たり医療費の推移を確認することとしました。

図 9 生活習慣病における疾病別「組合員」一人当たり医療費の推移



図 10 生活習慣病における疾病別「被扶養者」一人当たり医療費の推移



図9と図10から、組合員と被扶養者の上位4つの疾病は同じであり、「高血圧性疾患」「その他の内分泌、栄養及び代謝疾患」「糖尿病」「腎不全」となっています（※順番は異なる）。「高血圧性疾患」「糖尿病」「腎不全」については、組合員は減少傾向にあります、被扶養者は増加傾向にあります。「その他の内分泌、栄養及び代謝疾患」については、組合員と被扶養者ともに増加傾向にあります。

以上のことから、加入者一人当たり医療費が高い4つの疾病を特定することができました。次項では、保健事業としてどのような対策を講ずればよいかを検討するために、加入者一人当たり医療費を「有病者率」及び「有病者一人当たり医療費」に分解して、より詳細に分析していきます。

(3) 有病者率及び有病者一人当たり医療費

多くの人が罹る病気について、病気になる人を減らす・増やさない取組（1次予防）や、重症者が多い病気の医療機関への早期受診勧奨（2次予防）、重症化予防（3次予防）といった「対策の方向性」を明確にすることを目的として、生活習慣病における加入者一人当たり医療費を「有病者率」及び「有病者一人当たり医療費」に分解します。

図11 有病者率と有病者一人当たり医療費（「対策の方向性」を明確にする考え方）

$$\text{加入者一人当たり医療費} = \frac{\text{受診者数}}{\text{加入者数}} \times \frac{\text{医療費}}{\text{受診者数}}$$

↓
↓

(有病者率)
(有病者一人当たり医療費)

■有病者率

- ・有病者率は、加入者のうち、その疾病で医療機関に受診している者の割合を示しています。
- ・有病者率の高い疾病⇨「多くの人とその疾病で医療機関に受診している」と考えられることから、病気になる人を減らす・増やさない取組（1次予防）が重要であると考えられます。

■有病者一人当たり医療費

- ・その疾病で医療機関に受診している者のその疾病に対する一人当たり医療費を示しています。
- ・有病者一人当たり医療費が高い⇨「その疾病の重症化が進んでいる」と考えられることから、早期治療の勧奨を促す受診勧奨（2次予防）や重症化予防（3次予防）が重要であると考えられます。

図 12 生活習慣病における「組合員」の有病者率と有病者一人当たり医療費の推移

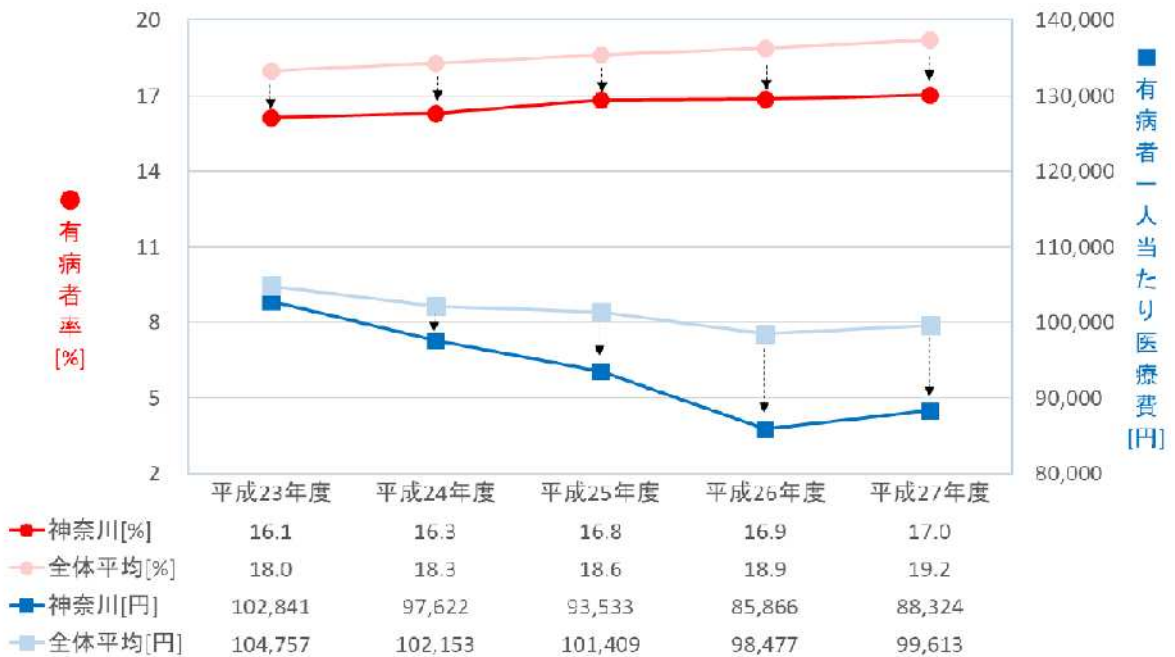
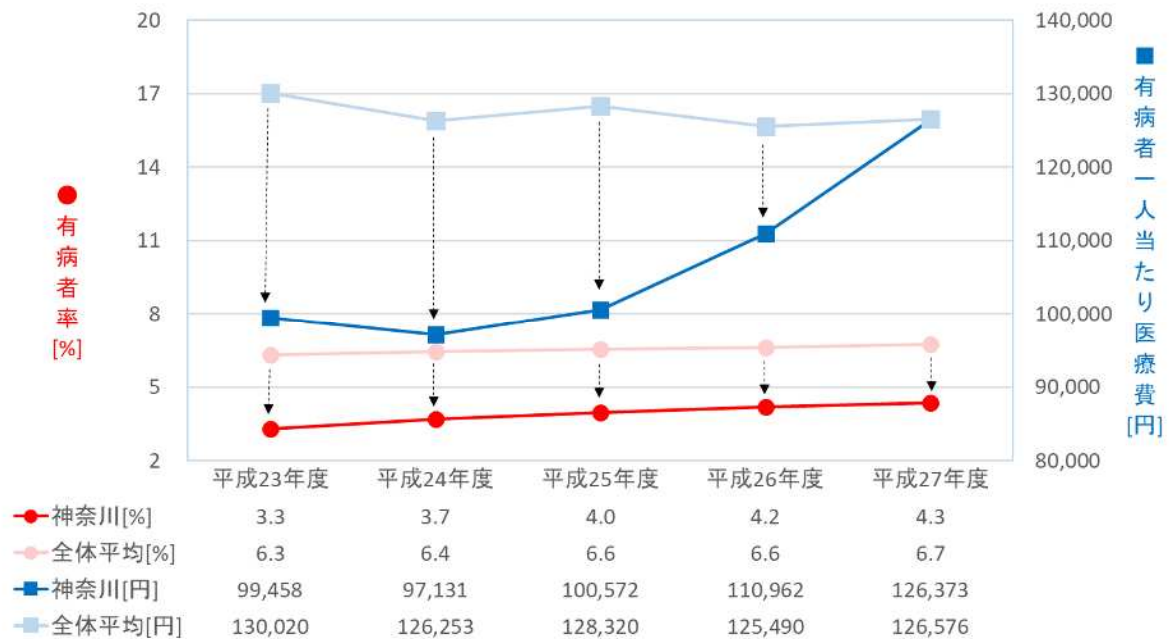


図 13 生活習慣病における「被扶養者」の有病者率と有病者一人当たり医療費の推移



まず、**図 12**のみ着目すると、組合員の有病者率は、神奈川支部と全体平均共に緩やかな増加傾向ではありますが、神奈川支部が全体平均を下回っており、その差に変化はありません。組合員の一人当たり医療費は、神奈川支部と全体平均がともに減少傾向かつ、神奈川支部が全体平均を下回っており、その差は年々拡大しています。したがって、組合員には、病気になる人を減らす・増やさない取組（1次予防）が重要であると考えられます。

次に、**図 13**のみ着目すると、被扶養者の有病者率も、神奈川支部と全体平均共に緩やかな増加傾向ではありますが、神奈川支部は全体平均を下回っています。一方、被扶養者の一人当たり医療費は、全体平均が緩やかな減少傾向に対し、神奈川支部は増加傾向にあります。特に近年の上昇幅が大きく、平成27年度では全体平均とほぼ同じ値になっています。有病者率に同様の変化が見られないため、被扶養者には、早期治療の勧奨を促す受診勧奨（2次予防）や重症化予防（3次予防）が重要であると考えられます。

(4) 疾病別有病者率及び有病者一人当たり医療費

第3章(2)と同じく、疾病別に分類して、神奈川支部の有病者率と有病者一人当たり医療費の推移を確認することとしました。

図 14 生活習慣病における「組合員」の疾病別有病者率の推移



図 15 生活習慣病における「組合員」の疾病別有病者一人当たり医療費の推移



図 16 生活習慣病における「被扶養者」の疾病別有病者率の推移

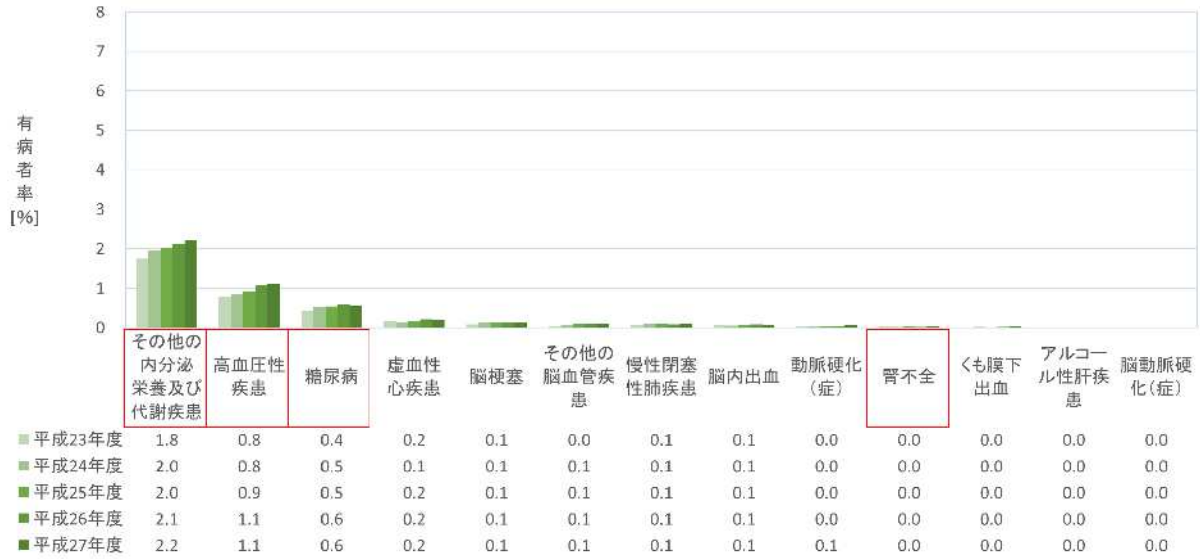
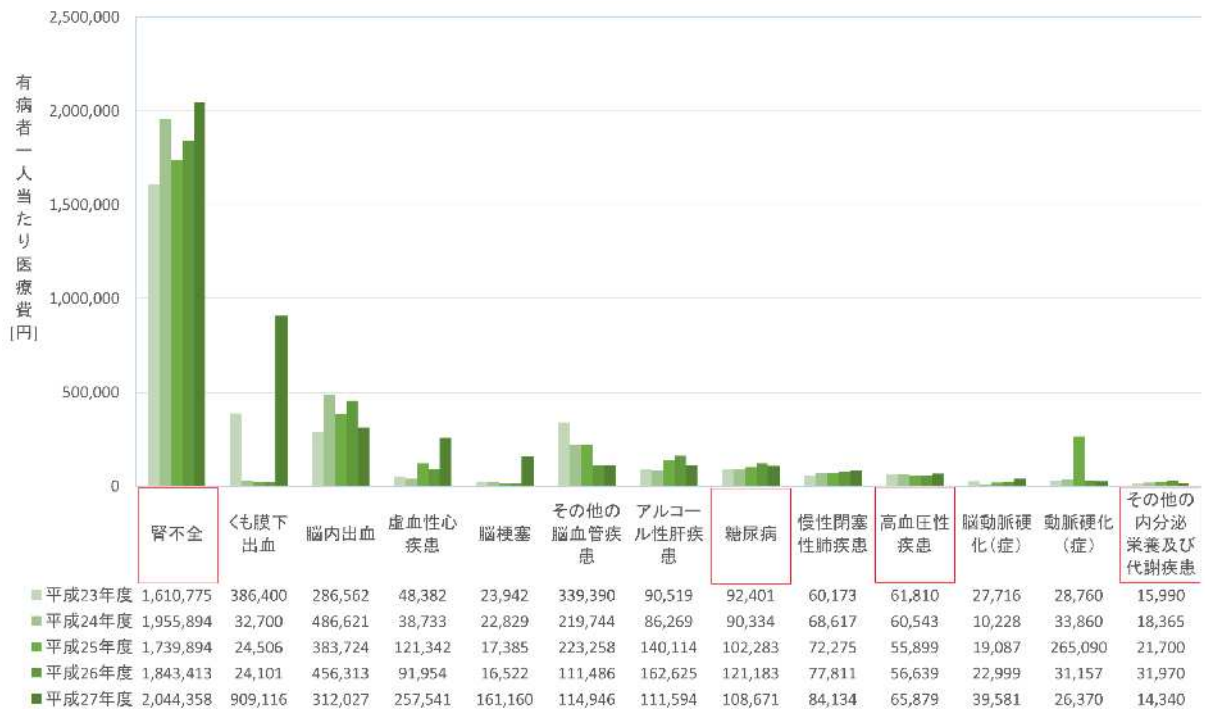


図 17 生活習慣病における「被扶養者」の疾病別有病者一人当たり医療費の推移



枠線内の疾病は、加入者一人当たり医療費上位4つの疾病です。図 14 に着目すると、組合員の有病者率に関しては、枠線内の疾病が上位3つを占めていることがわかります。中でも、「その他の内分泌、栄養及び代謝疾患（脂質代謝異常など）」が最も高く、唯一増加傾向にあることがわかりました。それ以外の疾病は横ばいあるいは緩やかな減少傾向であることから、図 12 に示した生活習慣病における組合

員の有病者率の緩やかな増加傾向の主因は「その他の内分泌、栄養及び代謝疾患」であると考えられます。また、「腎不全」の有病者率は0.1%と低いこともわかりました。

図 15 に着目すると、組合員の有病者一人当たり医療費に関しては、「腎不全」が最も高いことがわかりました。「腎不全」の有病者率は0.1%と低いのに関わらず、加入者一人当たり医療費上位4つの疾病として挙げられた原因は、有病者一人当たり医療費の高さにあることがわかりました。

以上のことから、組合員には「その他の内分泌、栄養及び代謝疾患（脂質代謝異常など）」「高血圧性疾患」「糖尿病」の1次予防対策が必要であると考えられます。

図 16 に着目すると、被扶養者の有病者率に関しては、「その他の内分泌、栄養及び代謝疾患（脂質代謝異常など）」「高血圧性疾患」「糖尿病」が上位3つを占め、かつ緩やかな増加傾向にあることがわかりました。図 13 に示した生活習慣病における被扶養者の有病者率の緩やかな増加傾向の原因は、これら3つの疾病にあると考えられます。

図 17 に着目すると、被扶養者の有病者一人当たり医療費に関しては、組合員と同様、「腎不全」が最も高く、かつ近年増加傾向にあることがわかりました。また、「くも膜下出血」「虚血性心疾患」「脳梗塞」の医療費も近年増加傾向にあることが見受けられます。これら4つの疾病の有病者率に大きな変化が見受けられないことから、図 13 に示した生活習慣病における被扶養者の有病者一人当たり医療費の近年の増加傾向の原因は、これら4つの疾病にあると考えられます。

以上のことから、被扶養者には、組合員と同様「その他の内分泌、栄養及び代謝疾患（脂質代謝異常など）」「高血圧性疾患」「糖尿病」の1次予防と、「腎不全」「くも膜下出血」「虚血性心疾患」「脳梗塞」の2・3次予防が必要であると考えられます。

2 特定健康診査結果の傾向

特定健康診査とは、年に一度、40歳以上75歳未満の加入者に実施する生活習慣病リスクを見つけるための健診です。

(1) 肥満状況及び生活習慣病リスク状況の全体平均との比較

まだ医療費としては発生していない生活習慣病の潜在的なリスクを確認することを目的に、下表の特定保健指導の階層化等の基準に基づき、平成27年度の特定健康診査の結果データを「健康分布」の図を用いて分析しました。

図18 「組合員」の健康分布図比較（平成27年度）

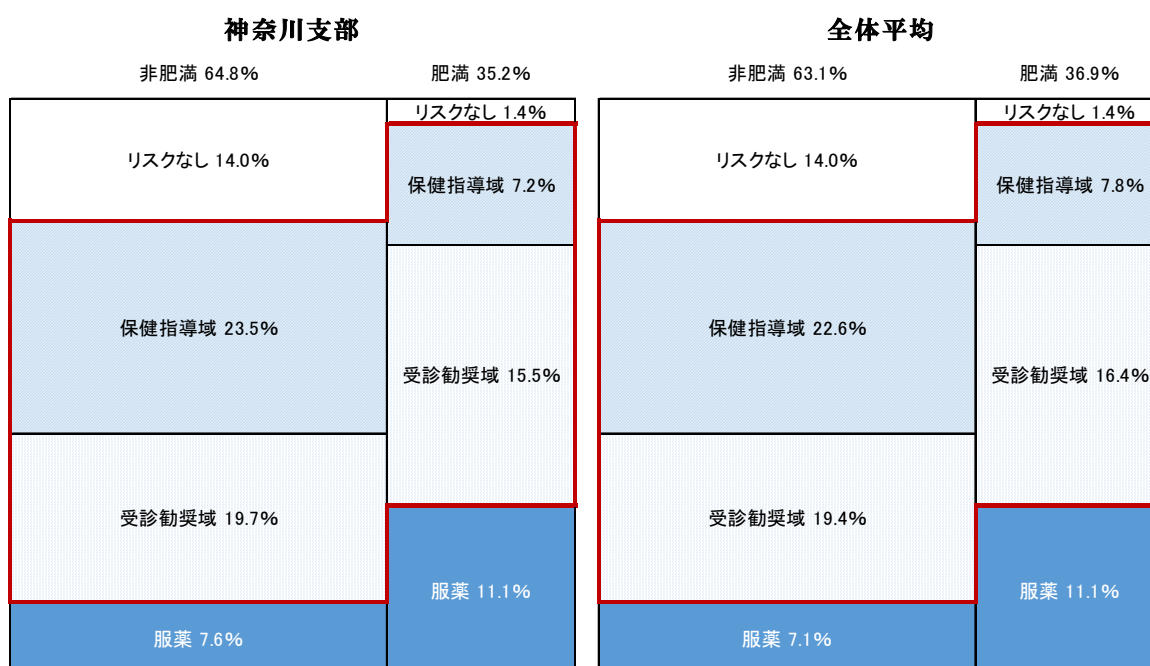
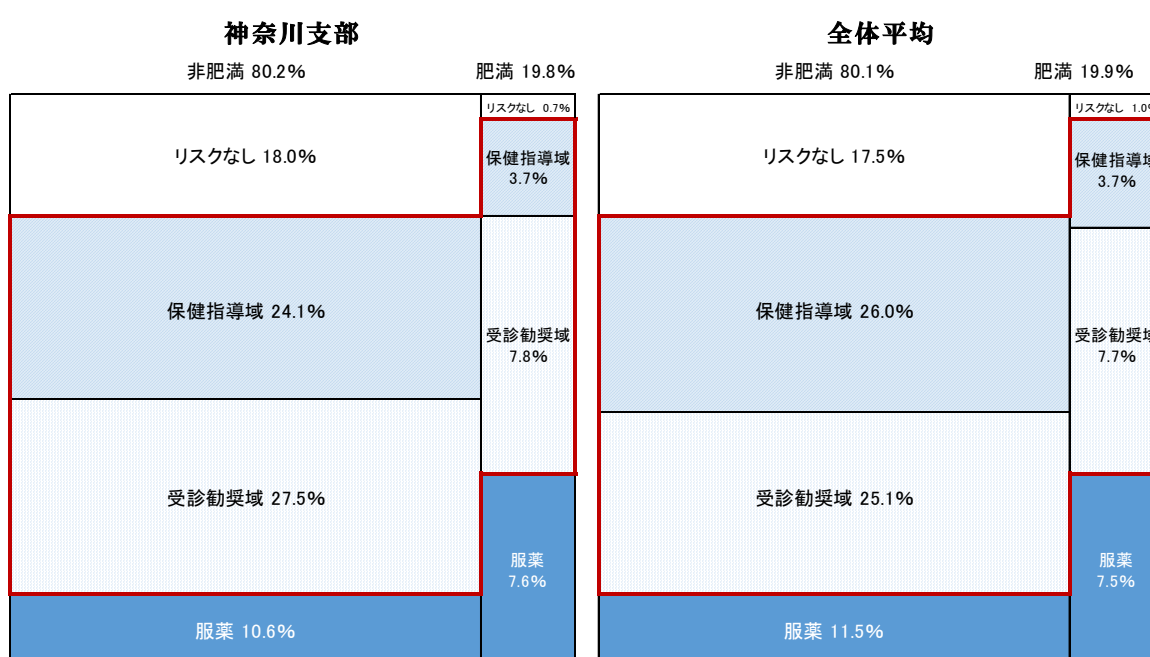


図19 「被扶養者」の健康分布図比較（平成27年度）



■肥満度(横軸)

肥満：腹囲が男性 85 cm 以上、女性 90 cm 以上、もしくは BMI が 25 以上の者

非肥満：肥満に該当しない者

※BMI とは、Body Mass Index (ボディ・マス・インデックス) の略で、体格指数とも呼ばれ、体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)で計算します。

■生活習慣病のリスク度(縦軸)

服薬：特定健康診査の問診において「**血圧**」・「**血糖**」及び「**脂質**」の服薬について「**服薬あり**」と回答している者

受診勧奨域：「**服薬**」でない者のうち、**表 2** の血液検査項目について、受診勧奨値以上の項目を 1 つ以上保有している者

保健指導域：「**服薬**」・「**受診勧奨域**」ではない者のうち、**表 2** の血液検査項目について、保健指導値以上の項目を 1 つ以上保有している者

リスクなし：「**服薬**」、「**受診勧奨域**」及び「**保健指導域**」に該当しない者

※リスクなし以外(「**服薬**」、「**受診勧奨域**」、「**保健指導域**」)の者をリスク者として考えます。

表 2 血液検査項目

		受診勧奨値	保健指導値
血糖	空腹時血糖 (mg/dl)	126 以上	100 以上
	ヘモグロビン A1c (NGSP 値として) (%)	6.5 以上	5.6 以上
脂質	中性脂肪 (mg/dl)	300 以上	150 以上
	HDL コレステロール (mg/dl)	34 以下	39 以下
血圧	収縮期血圧 (mmHg)	140 以上	130 以上
	拡張期血圧 (mmHg)	90 以上	85 以上
肝機能	AST (GOT) (U/I)	51 以上	31 以上
	ALT (GPT) (U/I)	51 以上	31 以上
	γ-GT (γ-GTP) (U/I)	101 以上	51 以上

まず、**図 18** と **図 19** より、神奈川支部と全体平均との分布図に差異がないことがわかりました。したがって、神奈川支部のデータのみ着目することにしました。

次に、肥満度に着目すると、組合員の方が被扶養者よりも肥満の割合が高いことがわかりました。続いて、生活習慣病のリスク度に着目すると、神奈川支部の組合員/被扶養者のリスク者(全体からリスクなしを除外した者)は 84.6/81.3%を占めることがわかりました。

最後に、まだ医療費としては発生していない生活習慣病の潜在的なリスクを確認します。上記リスク者から服薬者を除外した割合を特定健康診査の結果から何らかの生活習慣病対策が必要な者(**図 18** と **図 19** の太枠内)と考えます。結果、神奈川支部の組合員/被扶養者で 65.9/63.1%を占めることがわかりました。

(2) 肥満状況及び生活習慣病リスク状況の神奈川支部の推移

図 20 「組合員」の生活習慣病のリスク度の推移

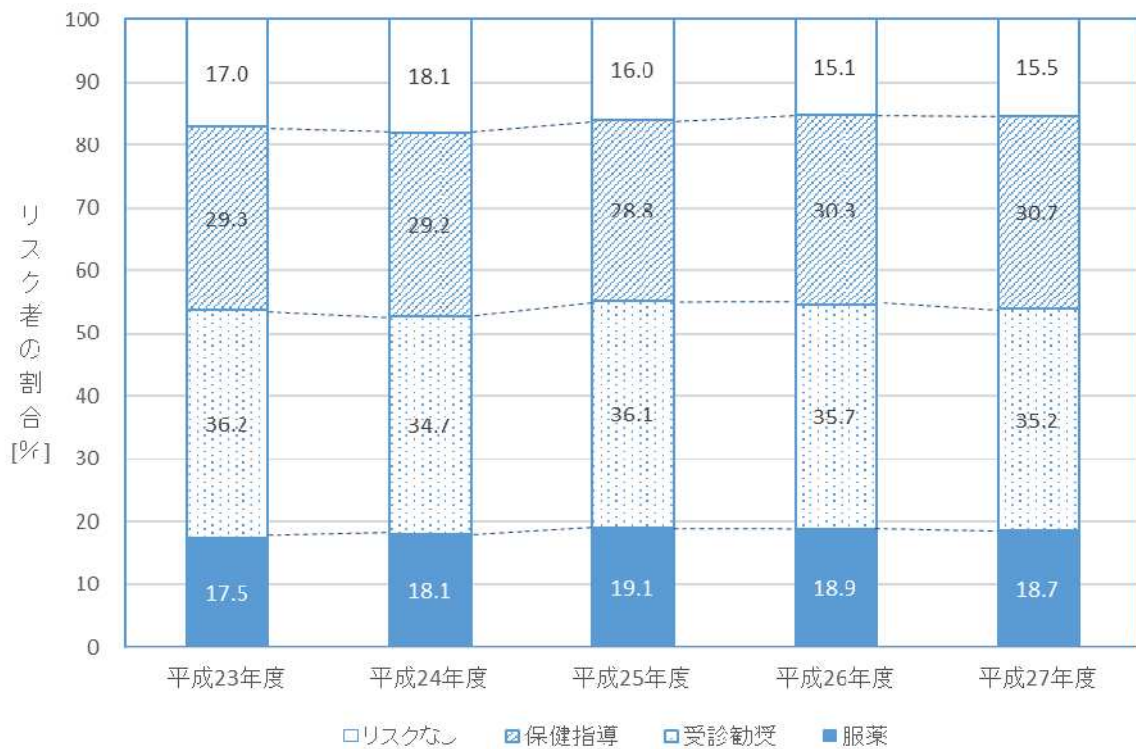


図 21 「被扶養者」の生活習慣病のリスク度の推移

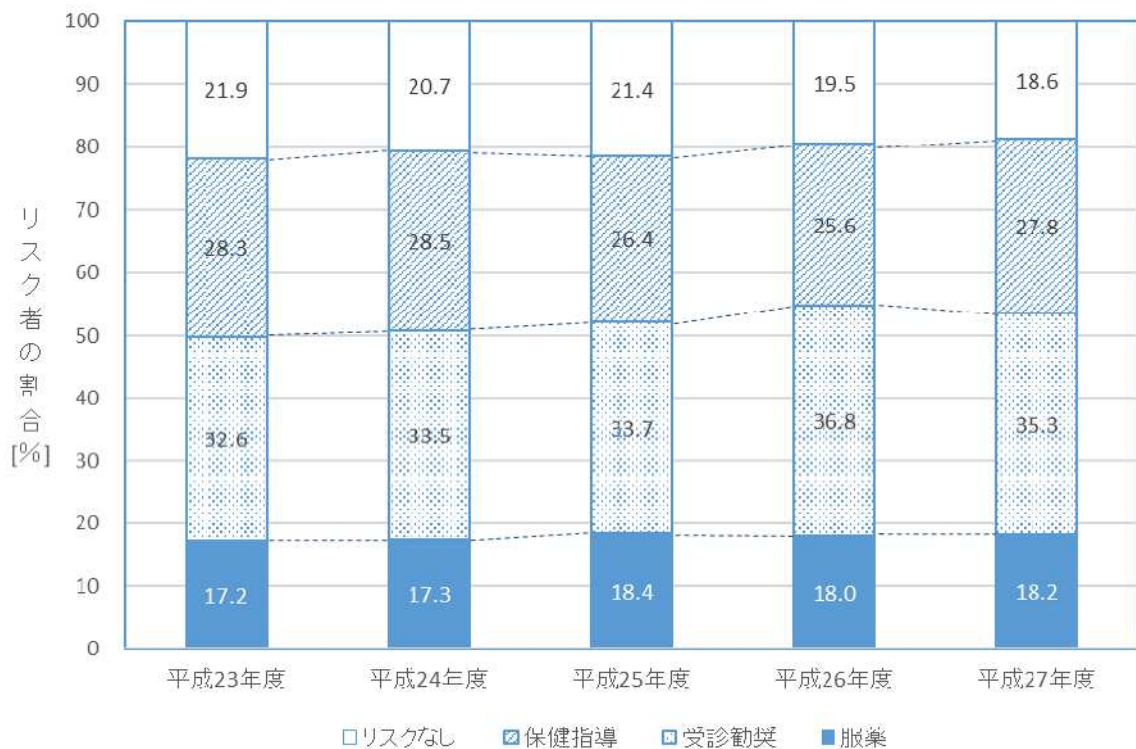
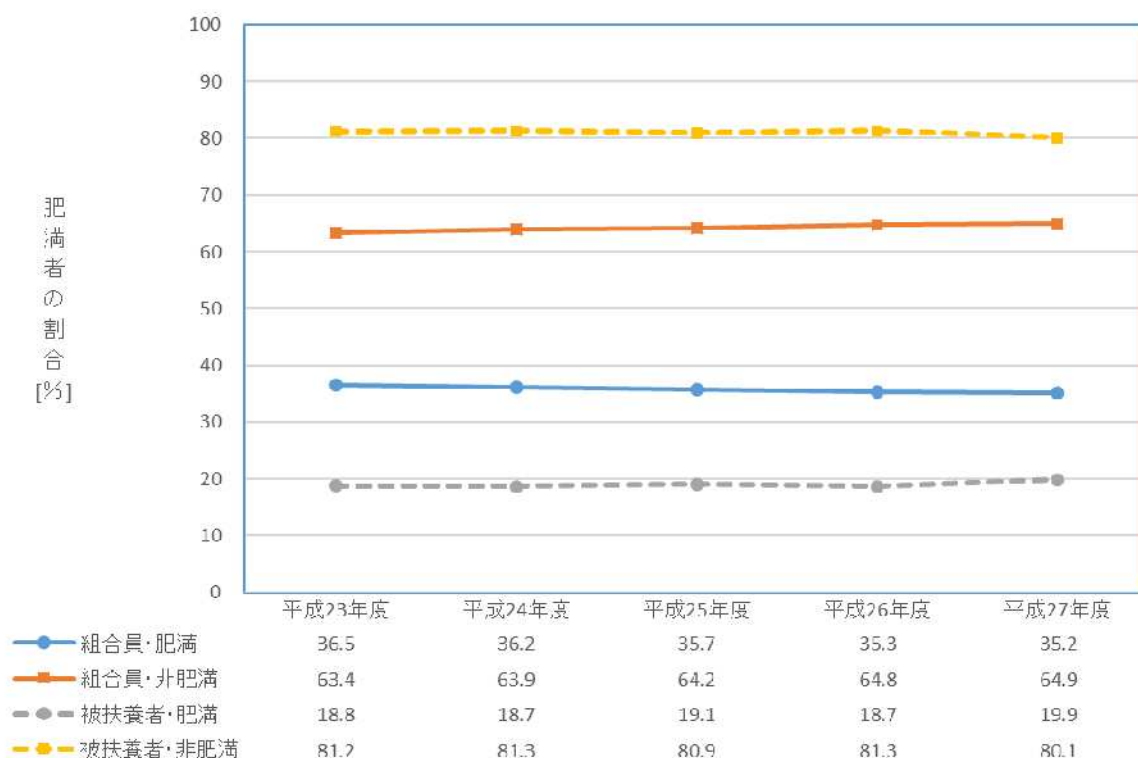


図 22 「加入者」の肥満者の割合の推移



生活習慣病のリスク度の推移を確認すると、組合員と被扶養者共に「リスクなし」が緩やかな減少傾向、「服薬」が緩やかな増加傾向にあることがわかります。「服薬」が増加したということは、有病者率が増加したことに同意です。事実、図 12 と図 13 に示した組合員と被扶養者の有病者率が緩やかな増加傾向にあることと対応しています。

肥満者の割合の推移を確認すると、組合員は「肥満」が緩やかな減少傾向にあり、被扶養者は「肥満」が緩やかな増加傾向にあることがわかります。この傾向は、図 8 に示した医療費の増減傾向と対応していると考えられます。つまり、「肥満」を減らし「非肥満」を増やす取り組みの対策を検討・実施することが重要であると考えられます。

(3) 健診項目別リスク者の割合

前項(2)の図20と図21に示したリスク者の分布は、表2に示した4つの血液検査項目のうち、一つでも該当した項目を保有した人がカウントされています。そこで、4つの項目に分類し、より詳細に確認することとしました。

図23 「組合員」の「血糖」におけるリスク者の割合の推移

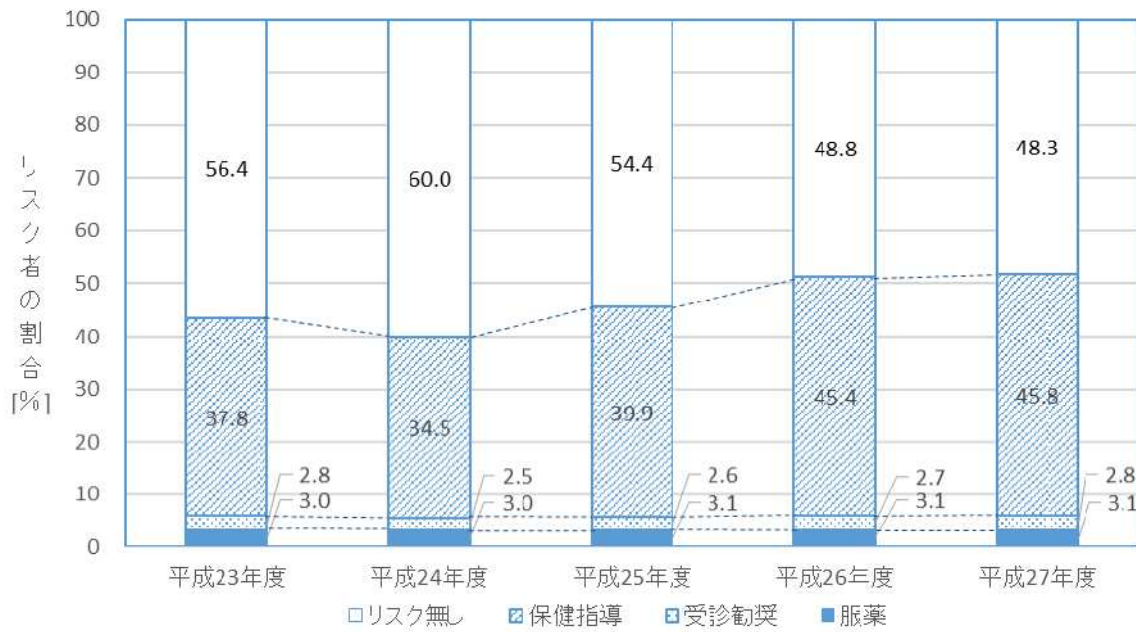


図24 「組合員」の「脂質」におけるリスク者の割合の推移



図 25 「組合員」の「血圧」におけるリスク者の割合の推移

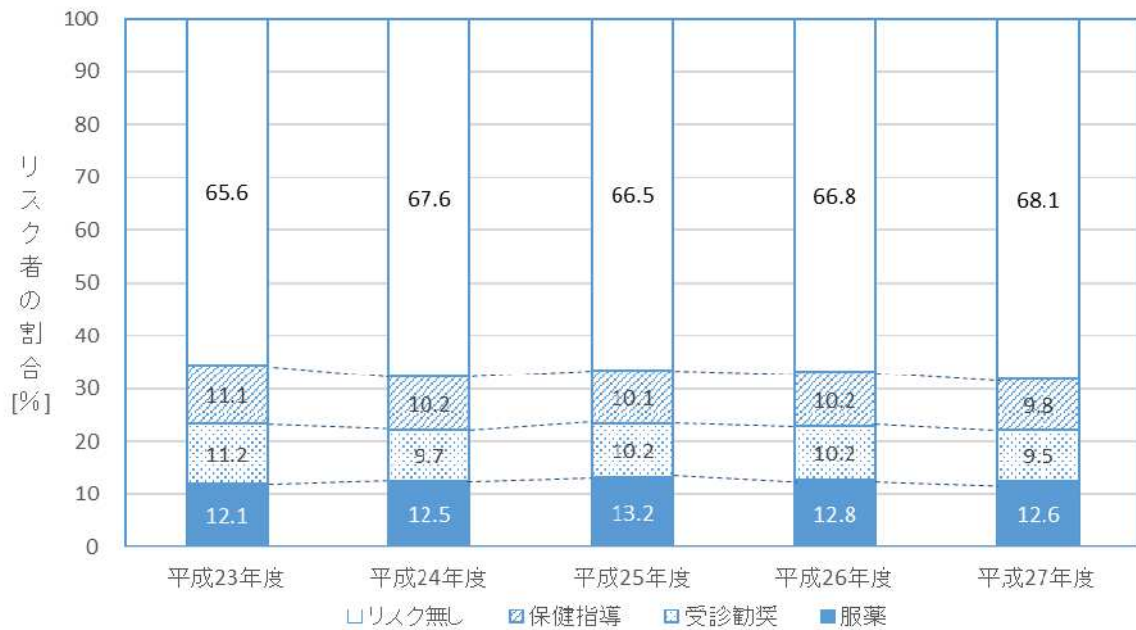


図 26 「組合員」の「肝機能」におけるリスク者の割合の推移

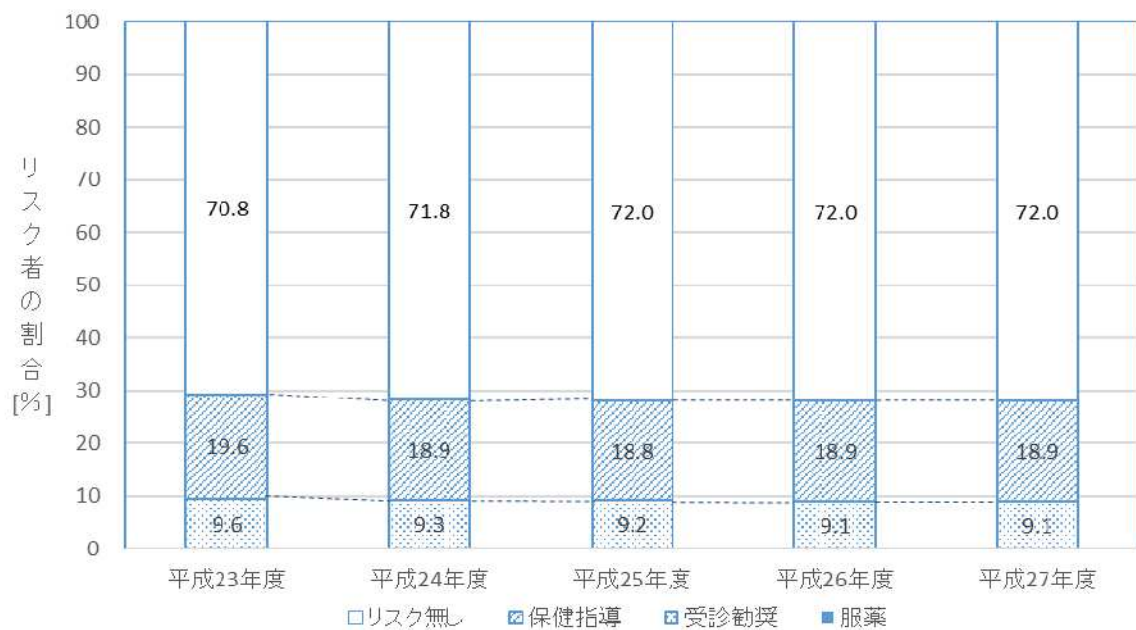


図 23 から図 26 に示したように、組合員における生活習慣病のリスクは「脂質」 > 「血糖」 > 「血圧」 > 「肝機能」の順で大きいことがわかりました。その中で、大きな変化が確認されたのは「血糖」であり、平成 23 年度から平成 27 年度の間で、リスクなしが 8%減少、保健指導が 8%増加していることがわかりました。このことから、「血糖」に関連する疾病（例：糖尿病など）の潜在的なリスクが高まっていると考えられます。

図 27 「被扶養者」の「血糖」におけるリスク者の割合の推移



図 28 「被扶養者」の「脂質」におけるリスク者の割合の推移

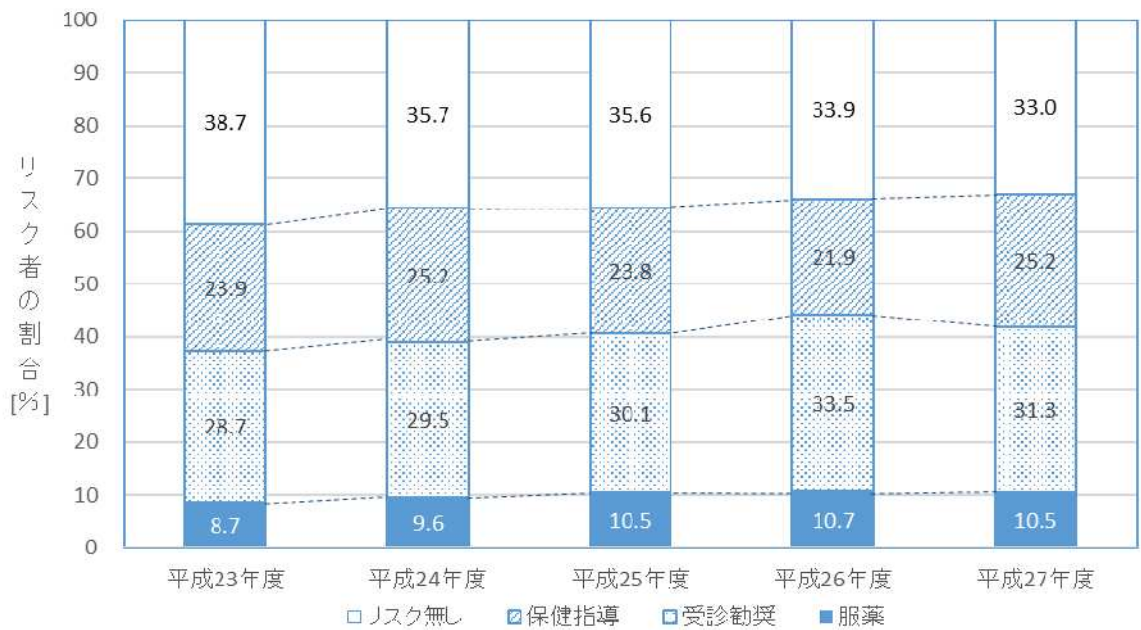


図 29 「被扶養者」の「血圧」におけるリスク者の割合の推移



図 30 「被扶養者」の「肝機能」におけるリスク者の割合の推移

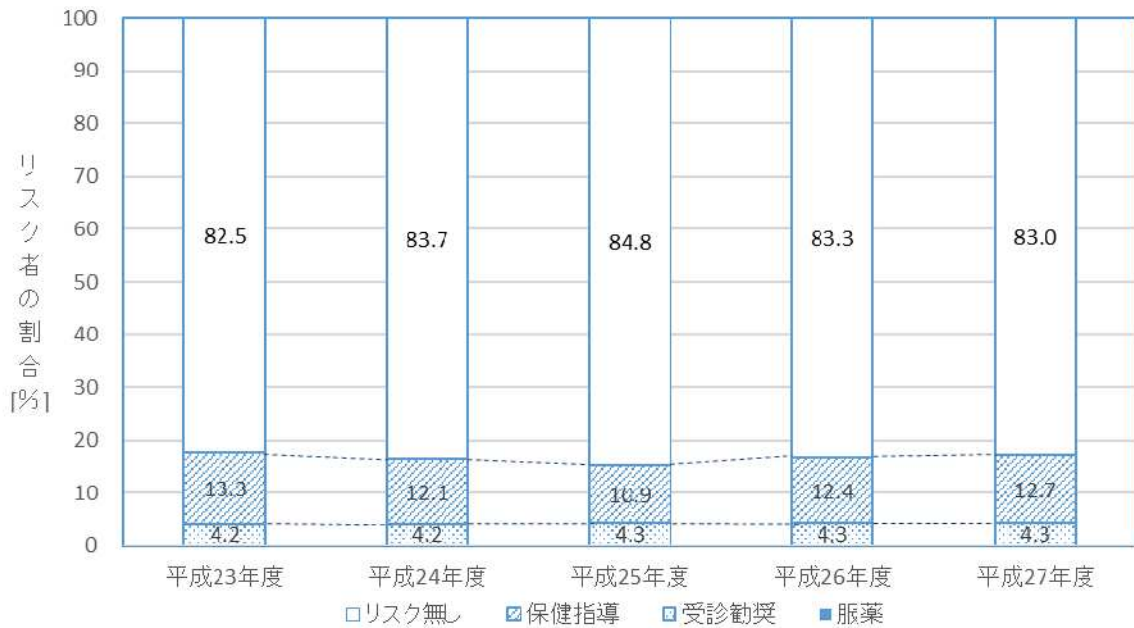


図 27 から図 30 に示したように、被扶養者における生活習慣病のリスクは「脂質」>「血圧」>「血糖」>「肝機能」の順で大きいことがわかりました。その中で、大きな変化が確認されたのは「脂質」であり、平成 23 年度から平成 27 年度の間で、リスクなしが 5.7%減少、保健指導・受診勧奨・服薬がそれぞれ 1～3%増加していることがわかりました。このことから、「脂質」に関連する疾病（例：脂質代謝異常など）の潜在的なリスクが高まっていると考えられます。

組合員と被扶養者の大きな違いは、「血糖」のリスク者の割合にあることがわかりました。組合員は51.7%であるのに対し、被扶養者は27.1%と約半分となっています。したがって、組合員の「血糖」に関連する疾病の潜在的なリスクは、被扶養者よりも高いことがわかりました。

(4) 問診から見る生活習慣の状況

問診とは、特定健康診査で実施している質問項目のことです。具体的な質問は、以下の**表3**に示します。

表3 問診における質問項目

質問項目	回答	
[1] 現在、血圧を下げる薬を飲んでいる	はい	いいえ
[2] 現在、インスリン注射又は血糖を下げる薬を飲んでいる	はい	いいえ
[3] 現在、コレステロールを下げる薬を飲んでいる	はい	いいえ
[4] 医師から、脳卒中(脳出血、脳梗塞等)にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか	はい	いいえ
[5] 医師から、心臓病(狭心症、心筋梗塞等)にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか	はい	いいえ
[6] 医師から、慢性の腎不全にかかっているといわれたり、治療(人工透析)を受けたことがありますか	はい	いいえ
[7] 医師から、貧血といわれたことがある	はい	いいえ
[8] 現在、たばこを習慣的に吸っている。	はい	いいえ
[9] 20歳の時の体重から10kg以上増加している	はい	いいえ
[10] 1回30分以上の汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施	はい	いいえ
[11] 日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施	はい	いいえ
[12] ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速い	速い	遅い
[13] この1年間で体重の増減が±3kg以上あった	はい	いいえ
[14] 人と比較して食べる速度が速い	速い	ふつう
		遅い
[15] 就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ある	はい	いいえ
[16] 夕食後に間食(3食以外の夜食)をとることが週に3回以上ある	はい	いいえ
[17] 朝食を抜くことが週に3回以上ある	はい	いいえ
[18] お酒(清酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲む頻度	毎日	時々
		ほとんど飲まない
[19] 飲酒日の1日当たりの飲酒量	1合未満	1~2合未満
	2~3合未満	3合以上
[20] 睡眠で休養が十分とれている	はい	いいえ
[21] 運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思いませんか	改善するつもりはない	
	改善するつもりである(概ね6か月以内)	
	近いうちに(概ね1か月以内)改善するつもりであり、少しずつ始めている	
	既に改善に取り組んでいる(6か月未満)	
	既に改善に取り組んでいる(6か月以上)	
[22] 生活習慣の改善について保健指導を受ける機会があれば、利用しますか	はい	いいえ

表3の太枠内は、望ましい健康状態と異なる生活習慣についての回答です。以下、神奈川支部の推移をまとめました。

図 31 「組合員」の「問診」の状況の推移



図 32 「被扶養者」の「問診」の状況の推移

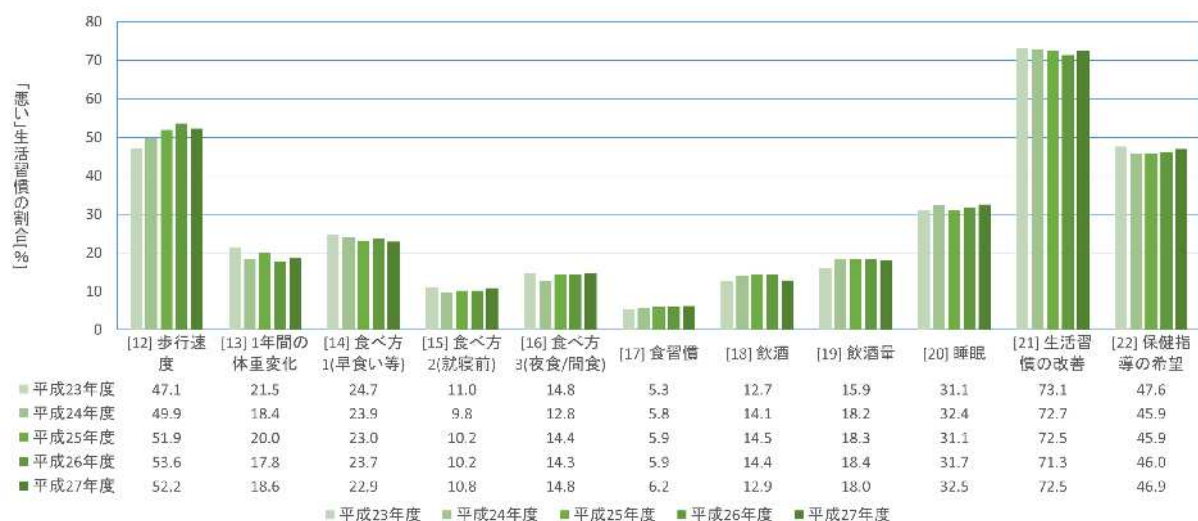
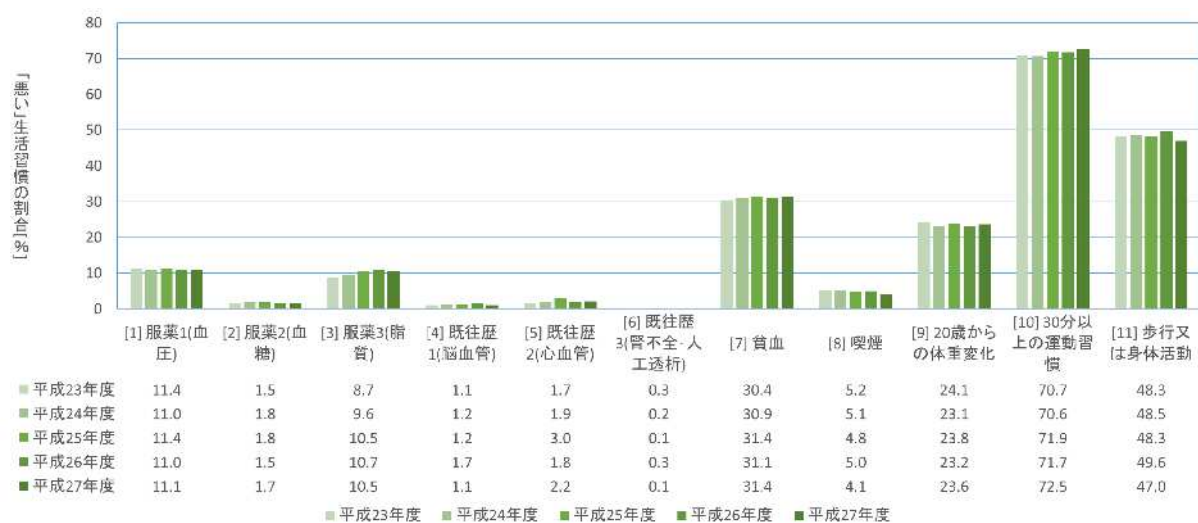


図 31 と図 32 に示したように、組合員及び被扶養者共に、大きな増減がないことがわかりました。最も変化があったのは、組合員[22] の保健指導を希望しない割合であり、生活習慣の改善に対する意識の低下があると考えられます。この意識低下に対する何らかの対策が必要であると考えられます。

(5) 特定健康診査の受診率・特定保健指導の実施率

特定保健指導とは、特定健康診査での診査項目基準値に該当した人に対して、生活習慣病を未然に防ぐために実施される保健指導です。以下、特定健康診査受診率及び特定保健指導利用率の推移をまとめました。

図 33 「組合員」及び「被扶養者」の「特定健康診査」の受診率

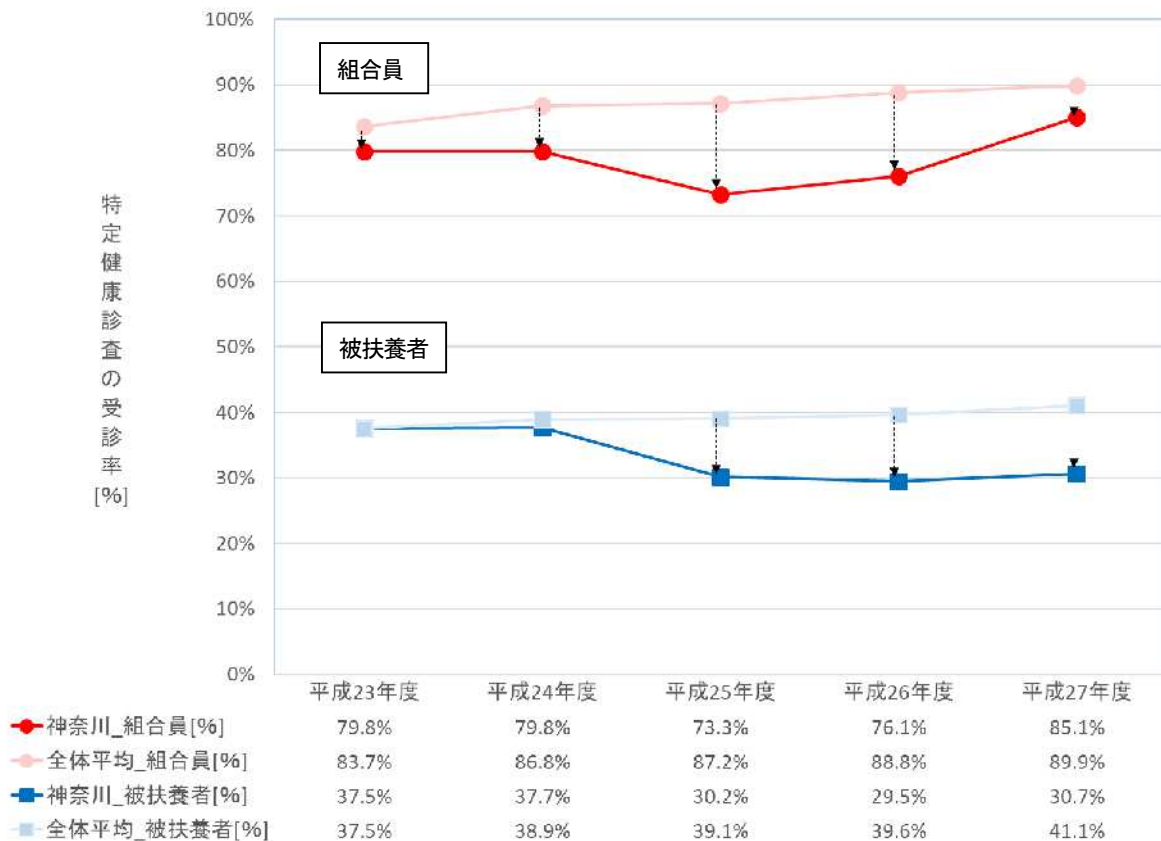
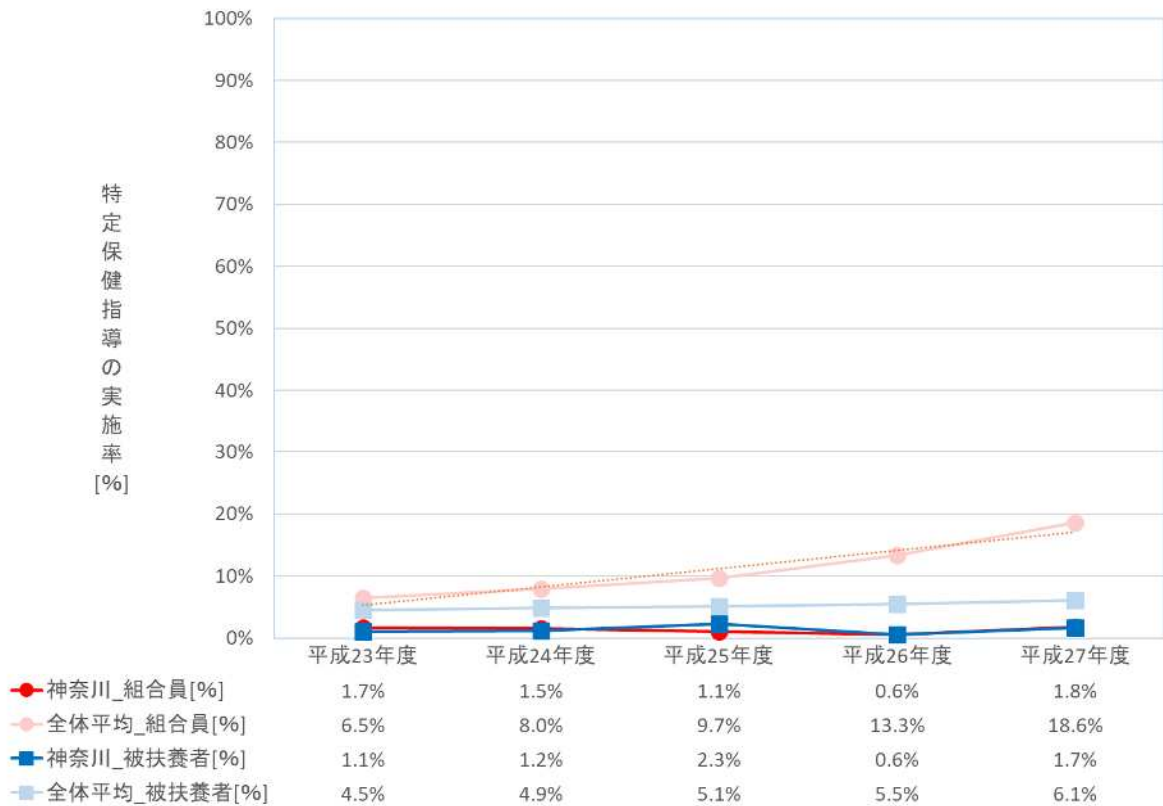


図 34 「組合員」及び「被扶養者」の「特定保健指導」の実施率



まず、組合員に着目すると、特定健康診査の受診率は約8割と高いものの、特定保健指導の実施率は2%以下と低いことがわかりました。また、神奈川支部は全体平均を常に下回っています。特定保健指導の実施率では、全体平均は増加傾向にあるのに対し、神奈川支部は横ばいであることもわかりました。

生活習慣病の有病者率及び有病者一人当たり医療費の分析から、組合員には、生活習慣病に対する1次予防対策が必要であると考えられており、特定保健指導に対する取り組みの強化が求められていることがわかりました。

一方、被扶養者に着目すると、特定健康診査の受診率は約3割と低く、特定保健指導の受診率も2%以下と低いことがわかりました。組合員と同様に、神奈川支部は全体平均を常に下回っています。これまでの分析から、被扶養者も組合員同様、1次予防が必要であると考えられています。したがって、特定健康診査と特定保健指導に対する新たな取り組みが求められていることがわかりました。

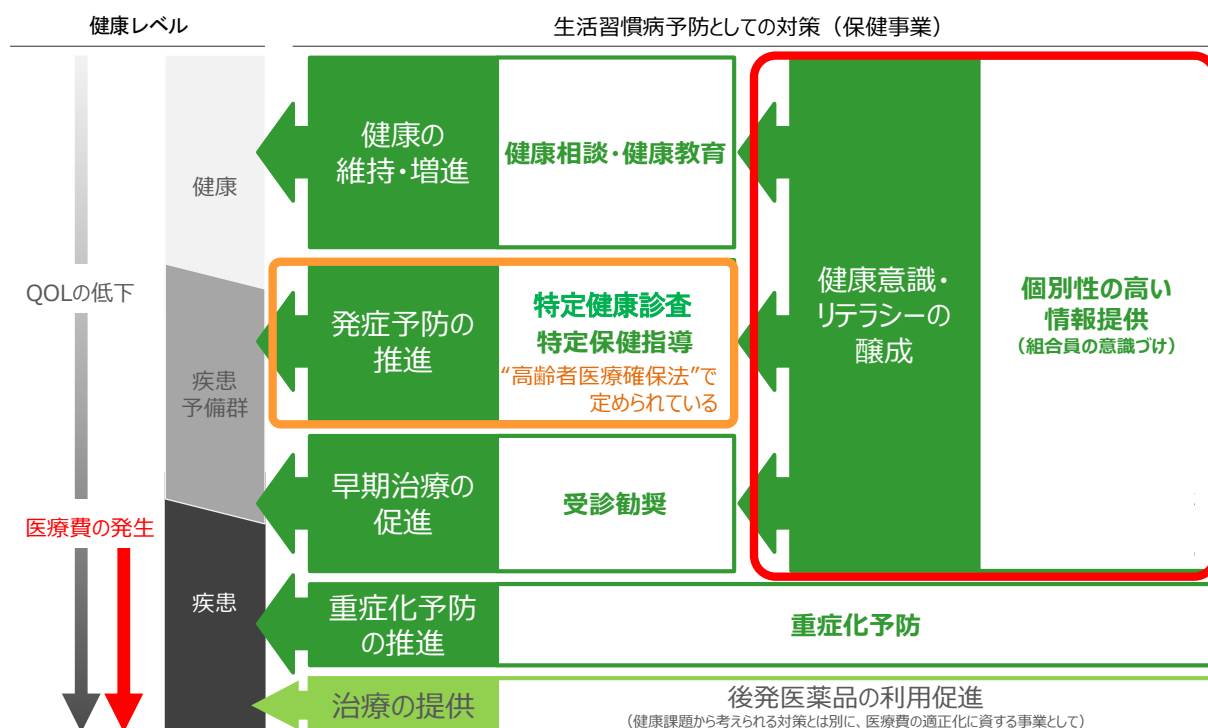
3 生活習慣病の対策の方向性

生活習慣病は一般的に健康リスクのない状態から急に発症するものではなく、生活習慣の積み重ねにより発症するものであり、発症を減らし、有病者を増やさないことが可能であること、また、悪性新生物等の他の疾患に比べリスク者が治療を開始しない・継続しない傾向があるとされています。

神奈川支部においては、医療費の傾向からは、「その他の内分泌、栄養及び代謝疾患（脂質代謝異常など）」「高血圧性疾患」「糖尿病」を中心とした対策が、また、特定健康診査の結果データからは、「血糖」「脂質」を中心とした対策の必要性が見えてきました。具体的には、組合員及び被扶養者の健康レベルに応じて図 35 のような取組みが必要です。

平成 20 年度から実施してきている「特定健康診査・特定保健指導」の継続と、更なる強化に加えて、全ての健康レベルの組合員の健康維持・増進に向けた取組みの基盤となる「健康意識・リテラシーの醸成（個別性の高い情報提供等）」への取組み、また、疾患の有病者率、有病者一人当たり医療費の多寡・増減、疾患特性を踏まえたリスク者の早期治療促進のための「受診勧奨」、医療費・QOL（クオリティーオブライフ）に多大な影響を与える疾患（糖尿病、高血圧等）の「重症化予防」の実施、強化をしていくことを考えています。詳しくは、第 6 章に記述します。

図 35 生活習慣病の対策フロー



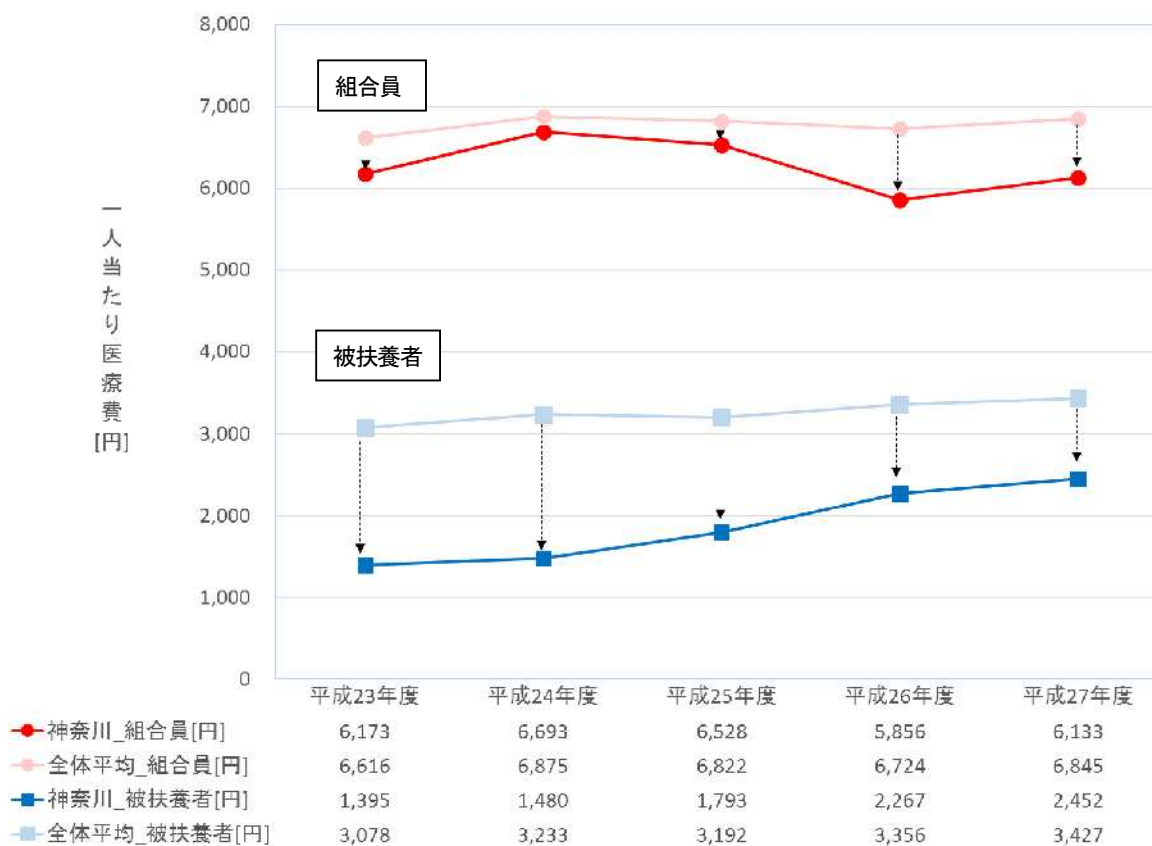
第4章 悪性新生物の傾向と対策

1 医療費の傾向

(1) 加入者一人当たり医療費

平成23年度から平成27年度までの悪性新生物における加入者一人当たり医療費の推移を以下に示します。

図 36 悪性新生物における「加入者」一人当たり医療費の推移



全体平均では、組合員・被扶養者共に緩やかな増加傾向となっていますが、神奈川支部では、組合員は横ばい、被扶養者は増加傾向になっていることがわかります。また、神奈川支部は、組合員と被扶養者共に全体平均を下回っています。

(2) 疾病別加入者一人当たり医療費

医療費の高い疾病を特定するために、神奈川支部の疾病別加入者一人当たり医療費の推移を確認することとしました。

図 37 悪性新生物における疾病別「組合員」一人当たり医療費の推移

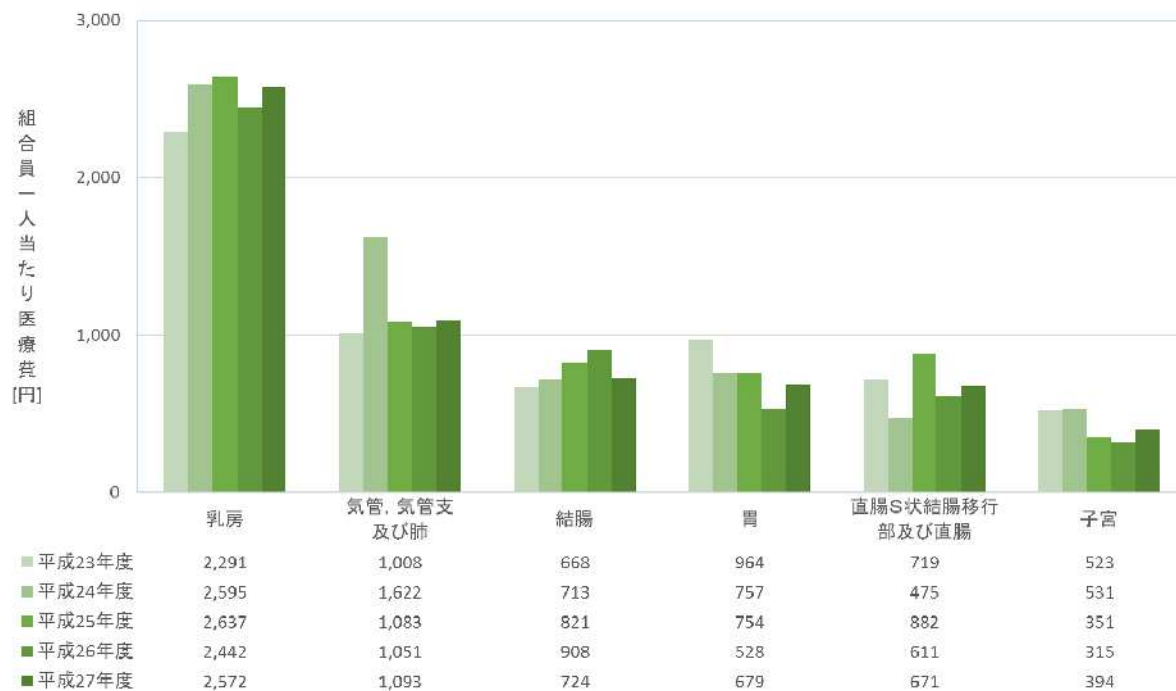


図 38 悪性新生物における疾病別「被扶養者」一人当たり医療費の推移

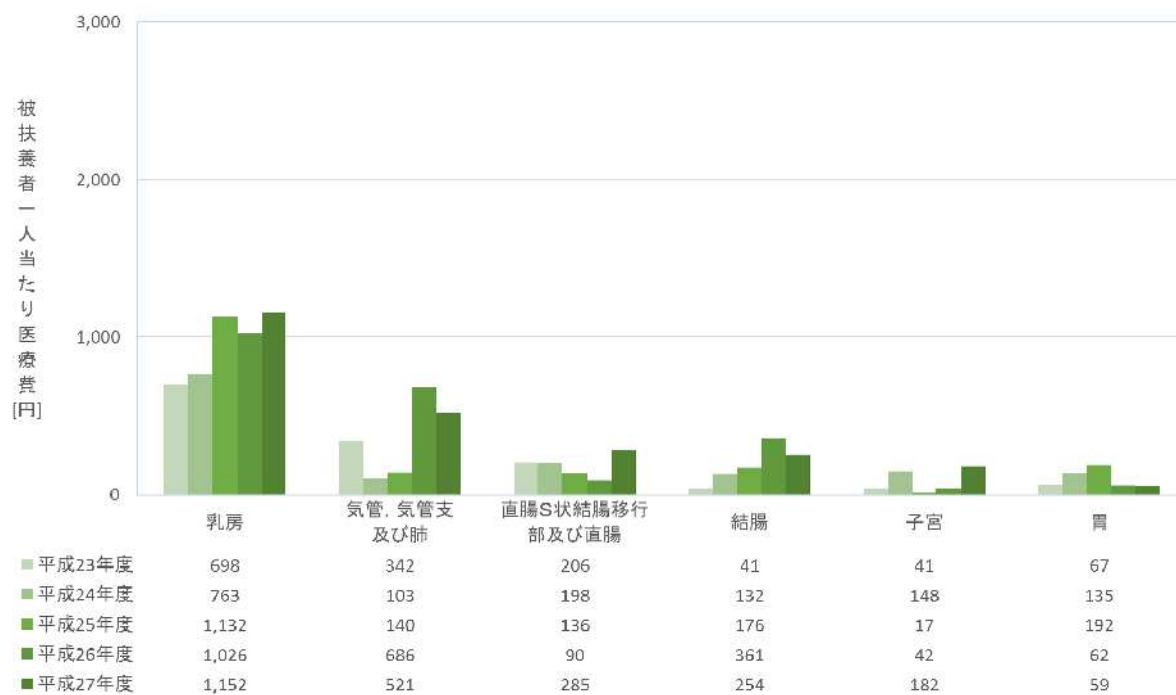


図 37 と図 38 から、組合員と被扶養者共に「乳房の悪性新生物」の医療費が最も高く、緩やかな増加傾向にあることがわかりました。次いで、「気管、気管支及び肺の悪性新生物」の医療費は2番目に高く、被扶養者のみ緩やかな増加傾向にあることがわかりました。その他の疾病に関しては、若干の増減はあるもののほぼ横ばいであることがわかりました。

以上のことから、加入者一人当たり医療費が高い疾病を特定することができました。次項では、保健事業として、悪性新生物の早期発見・早期治療を実現できているかを確認するために、加入者一人当たり医療費を「有病者率」及び「有病者一人当たり医療費」に分解して、より詳細に分析していきます。

(3) 有病者率及び有病者一人当たり医療費

図 39 悪性新生物における「組合員」の有病者率と有病者一人当たり医療費の推移

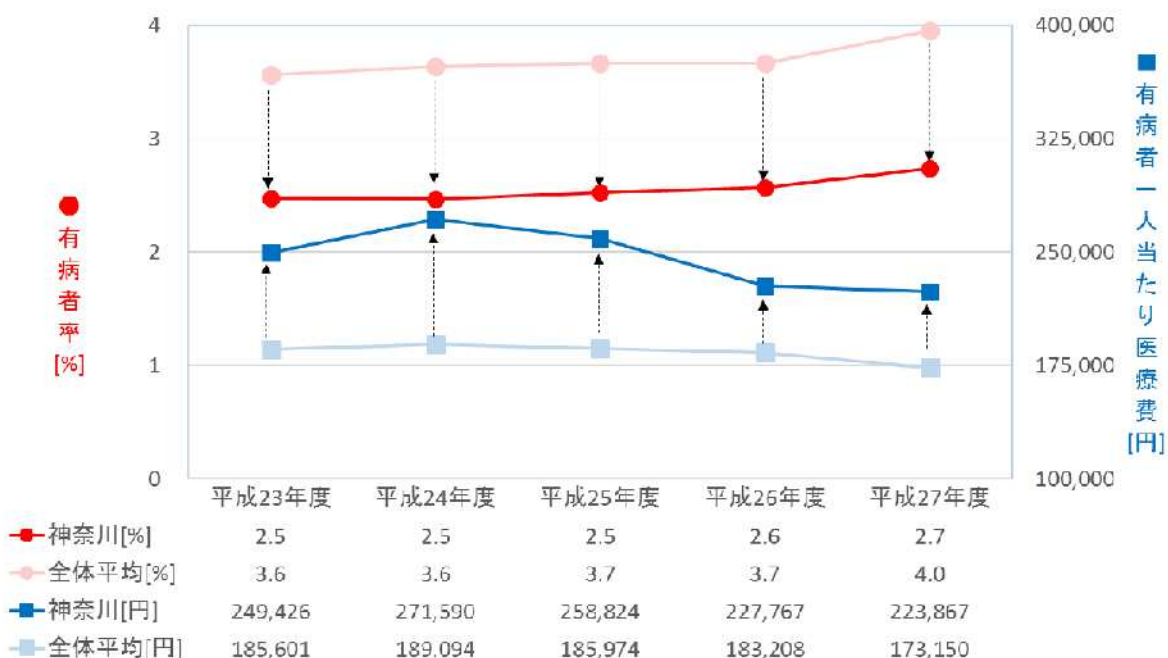
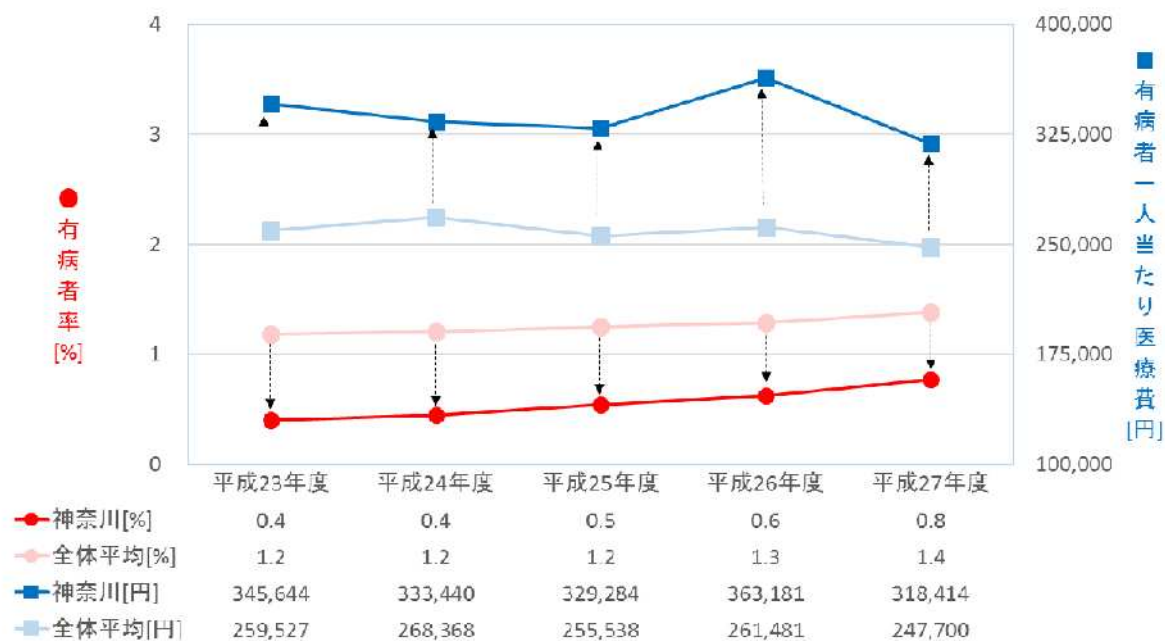


図 40 悪性新生物における「被扶養者」の有病者率と有病者一人当たり医療費の推移



まず、図 39 に着目すると、組合員の有病者率は、神奈川支部と全体平均共に緩やかな増加傾向ではありますが、神奈川支部が全体平均を下回っており、その差に変化はありません。組合員の有病者一人当たり医療費は、神奈川支部と全体平均共に減少傾向であり、神奈川支部が全体平均を上回っており、その差が年々縮小しています。

次に、**図 40** に着目すると、被扶養者の有病者率も、神奈川支部と全体平均共に緩やかな増加傾向ではありますが、神奈川支部が全体平均を下回っています。一方、被扶養者の一人当たり医療費は、神奈川支部と全体平均共に増減しつつ横ばいであり、神奈川支部は全体平均を上回っています。

以上のことから、組合員に関しては、**図 36** に示したように、組合員一人当たり医療費は大きく変わらないものの、有病者率が緩やかな増加傾向及び有病者一人当たり医療費が減少傾向を示しており、悪性新生物の早期発見・早期治療の体制が構築されつつあると考えられます。

一方、被扶養者に関しては、**図 39** と **図 40** に示したように、被扶養者一人当たり医療費は組合員よりも低いものの、有病者一人当たり医療費は組合員よりも高くなっています。被扶養者の有病者率は1%未満と低いことを考慮すると、組合員に比べて悪性新生物の早期発見・早期治療の体制は不十分であり、疾病が重症化してから発見・治療されていると考えられます。

(4) 疾病別有病者率及び有病者一人当たり医療費

疾病別に分類して、神奈川支部の有病者率と有病者一人当たり医療費の推移を確認することとしました。

図 41 悪性新生物における「組合員」の疾病別有病者率の推移

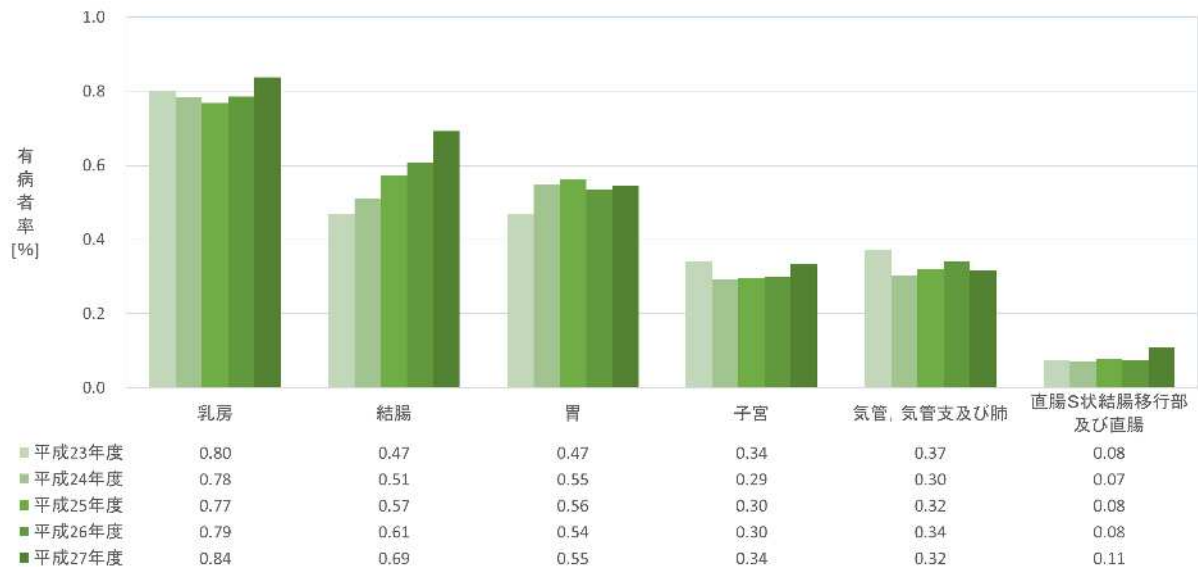


図 42 悪性新生物における「組合員」の疾病別有病者一人当たり医療費の推移

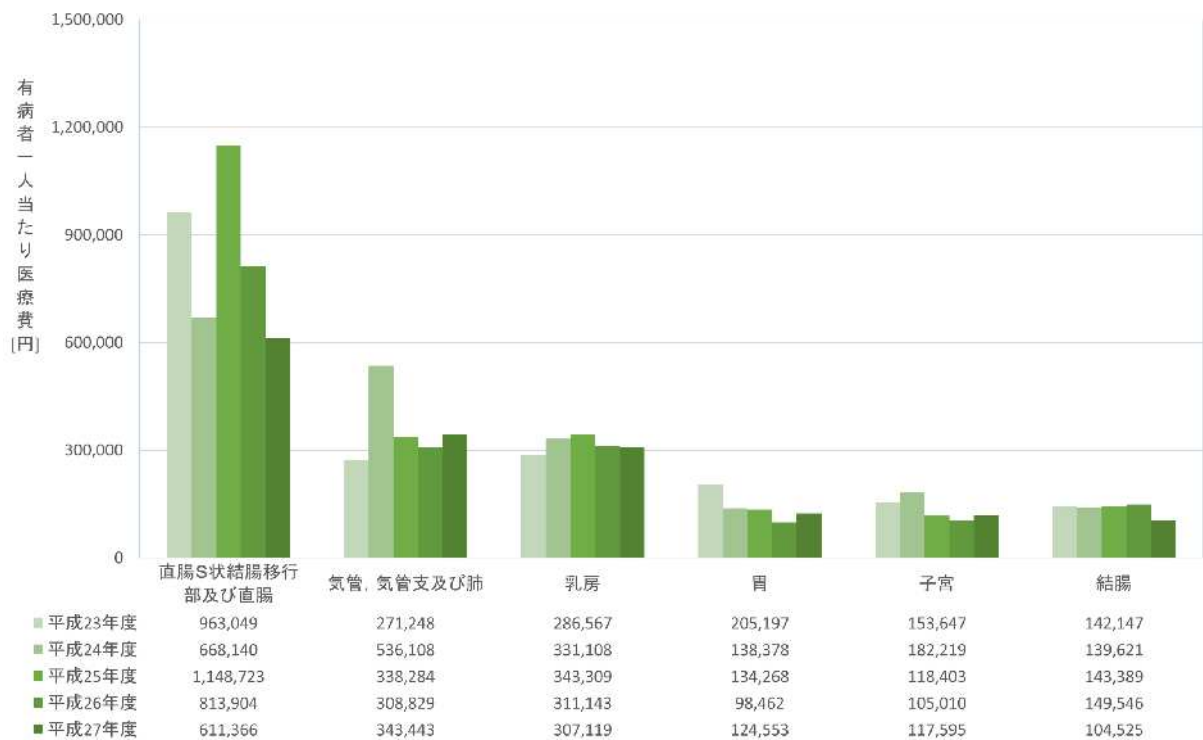


図 43 悪性新生物における「被扶養者」の疾病別有病者率の推移

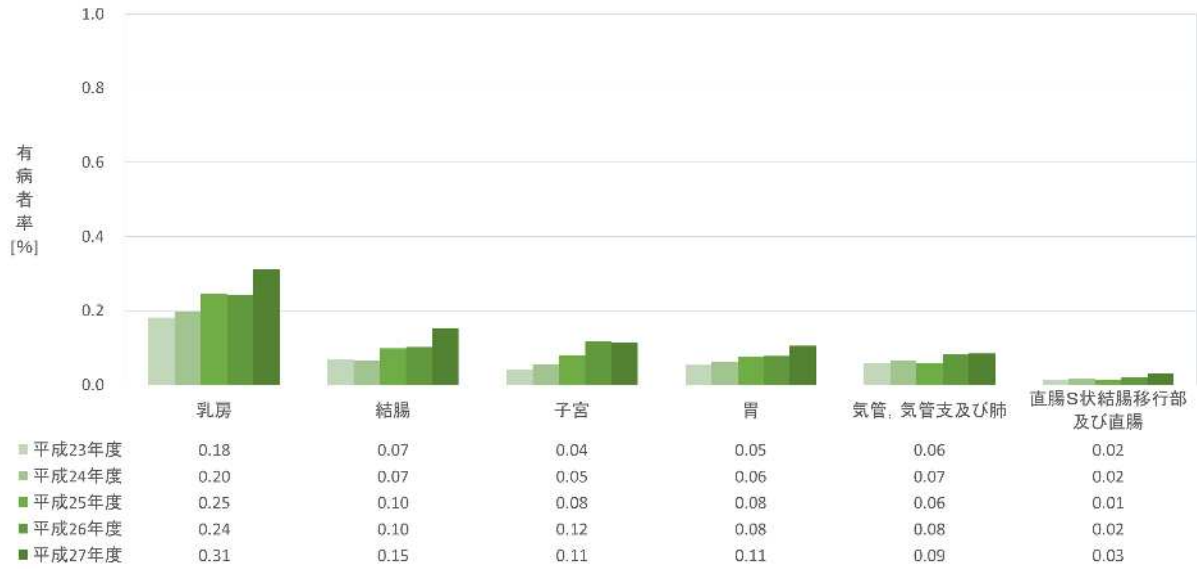


図 44 悪性新生物における「被扶養者」の疾病別有病者一人当たり医療費の推移

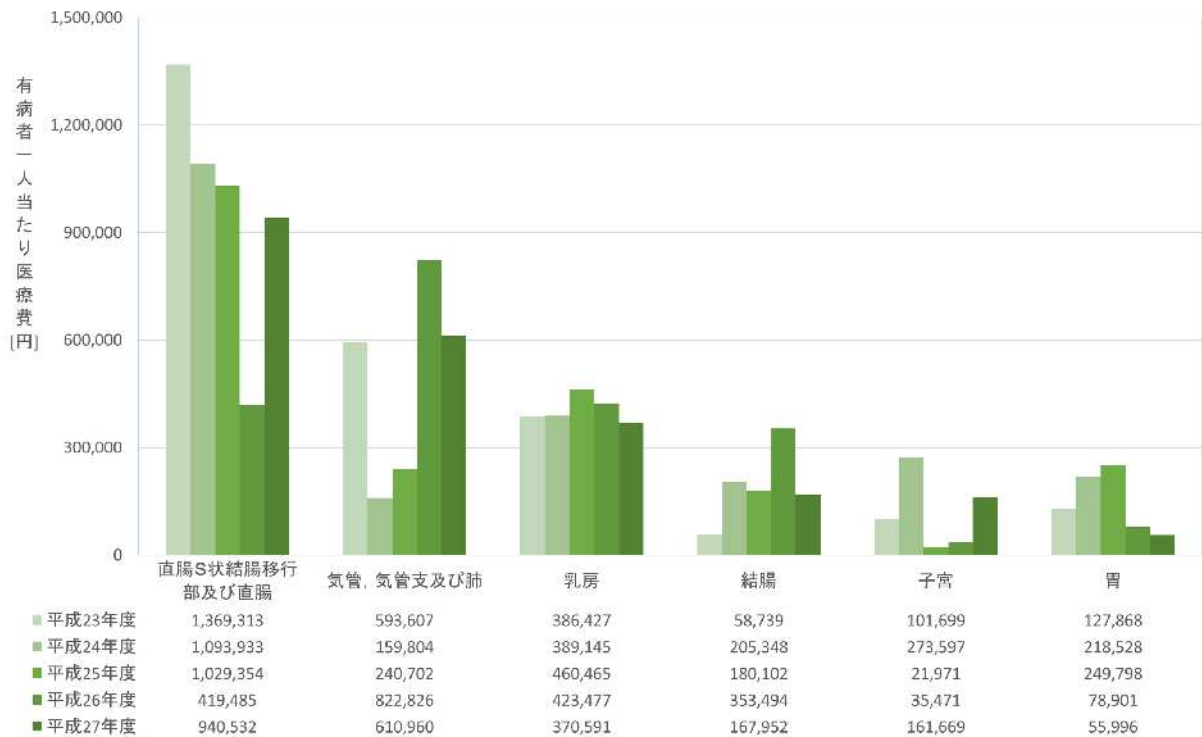


図 39 と図 40 に示したように、組合員と被扶養者共に有病者率は増加傾向にあります。図 42 に着目すると、組合員の有病者一人当たり医療費は、「直腸S状結腸移行部及び直腸の悪性新生物」「気管、気管支及び肺の悪性新生物」に大きな増減があり、それ以外の疾病は横ばいであることがわかりました。したがって、図 39 に示した悪性新生物における組合員の有病者一人当たり医療費の減少傾向の原因は、

「直腸S状結腸移行部及び直腸の悪性新生物」「気管、気管支及び肺の悪性新生物」であることがわかりました。

詳しく見てみると、「直腸S状結腸移行部及び直腸の悪性新生物」は平成24年度から平成25年度は50万円増加、平成25年度以降は30万円ずつ減少しています。「気管、気管支及び肺の悪性新生物」は平成24年度から平成25年度は20万円減少、平成25年度以降は横ばいです。両者の有病者率には3倍の違いがあるため、平成24年度から平成25年度の変化は差し引き10万円減少となります。この結果、**図39**に示した平成24年度から続く悪性新生物における組合員の有病者一人当たり医療費の減少傾向を説明することができました。

図44に着目すると、被扶養者の有病者一人当たり医療費は疾病ごとに増減が見受けられ、特定の傾向がないことがわかりました。

また、**図41**から**図44**に示したように、組合員と被扶養者に共通していることとして、有病者率の疾病順位が同じであることと、有病者一人当たり医療費の上位3位が同じであることがわかります。上位3位の疾病とは「直腸S上結腸移行部及び直腸の悪性新生物」と「気管、気管支及び肺の悪性新生物」と「乳房」です。

2 悪性新生物の対策の方向性

悪性新生物は、保健事業による事前の予防が難しい疾病であり、検診でリスク者を早期発見し、早期治療を促すことで、重症者を出さないようにすることが主な対策になるものと考えます。

神奈川支部においては、有病率の上位である「乳房」「結腸」「胃」「子宮」の予防と早期発見の必要性が見えてきました。また、有病者一人当たり医療費の高い疾病の2・3次予防も重要であると考えます。したがって、今後2・3次予防であるがん検診のさらなる充実に向けた検討していきます。

また、悪性新生物の原因となり得る、喫煙・飲酒などの生活習慣についても、生活習慣病と共通する部分があり、生活習慣病対策を通じて実施していくものとします。詳しくは、第6章に記述します。

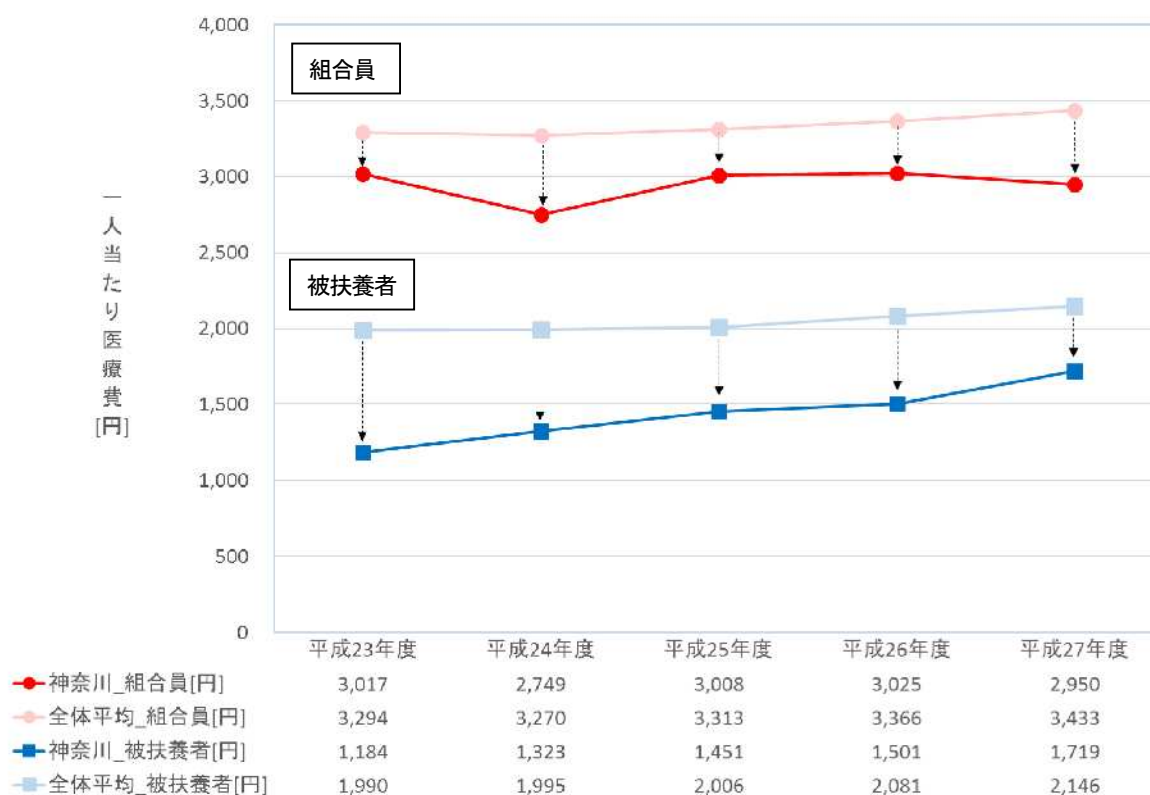
第5章 精神の疾病の傾向と対策

1 医療費の傾向

(1) 加入者一人当たり医療費

平成23年度から平成27年度までの精神の疾病における加入者一人当たり医療費の推移を以下に示します。

図45 精神の疾病における「加入者」一人当たり医療費の推移



全体平均では、組合員・被扶養者共に近年に緩やかな増加傾向となっていますが、神奈川支部では、組合員は横ばい、被扶養者は増加傾向になっていることがわかります。また、神奈川支部は、組合員と被扶養者共に全体平均を下回っています。

(2) 疾病別加入者一人当たり医療費

医療費の高い疾病を特定するために、神奈川支部の疾病別加入者一人当たり医療費の推移を確認することとしました。

図 46 精神の疾病における疾病別「組合員」一人当たり医療費の推移

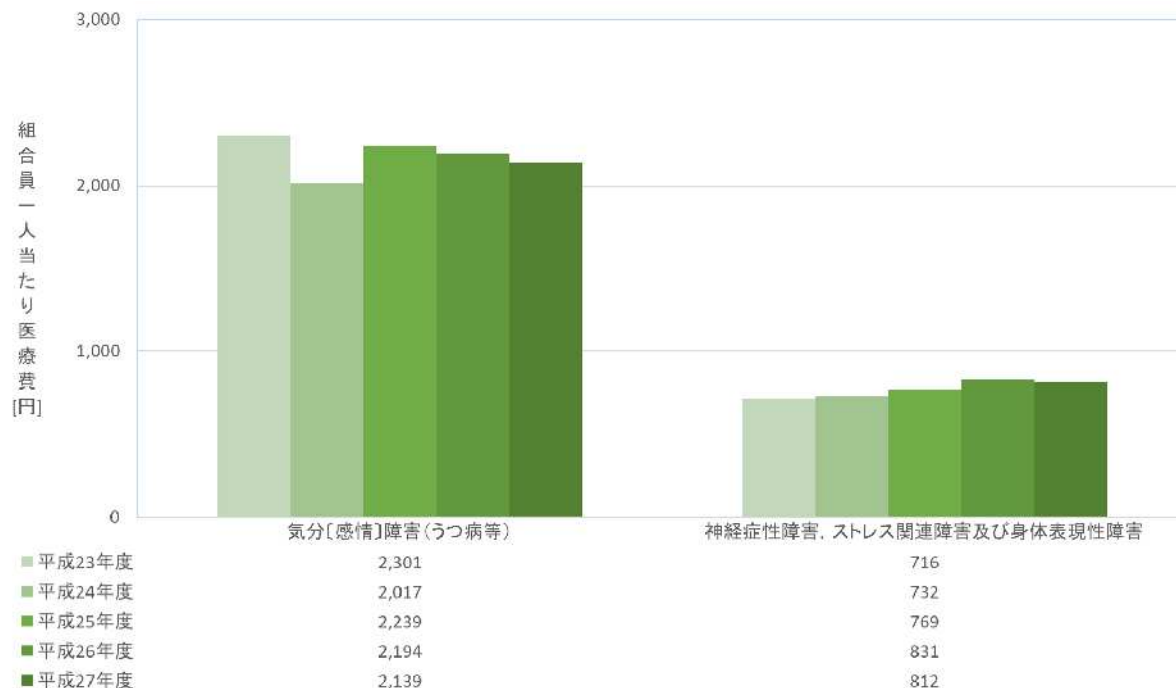


図 47 精神の疾病における疾病別「被扶養者」一人当たり医療費の推移

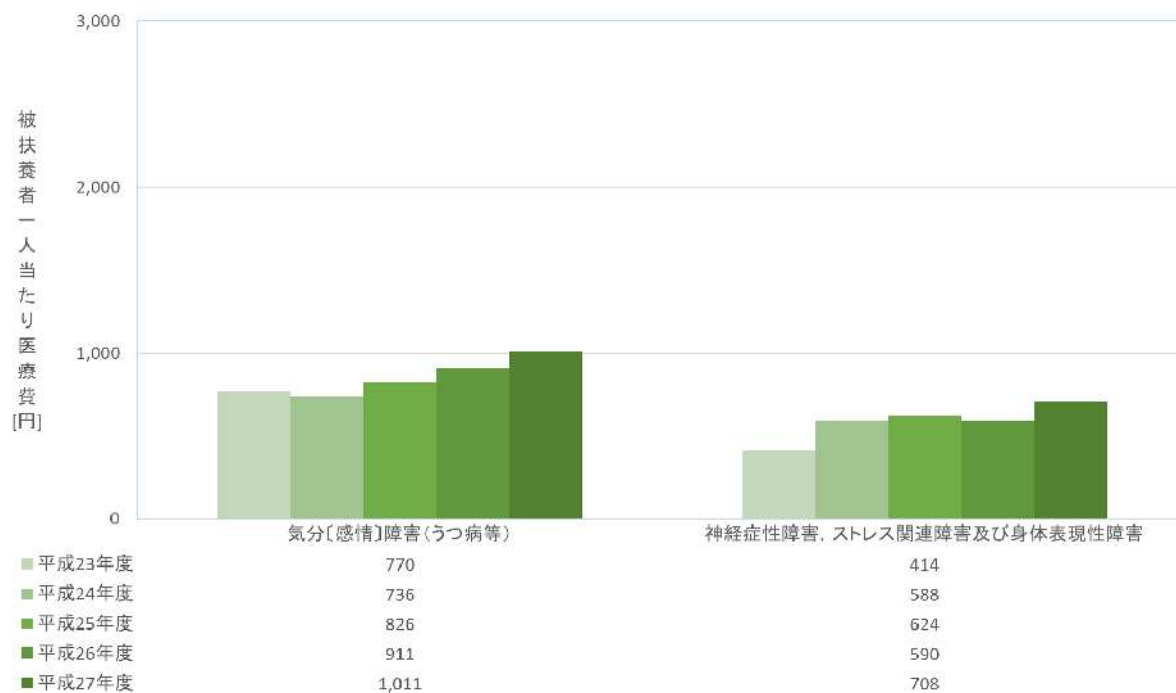


図 46 と図 47 から、組合員と被扶養者共に「気分〔感情〕障害（うつ病等）」の医療費が最も高いことがわかりました。また、組合員は「気分〔感情〕障害（うつ病等）」の医療費は「神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現 性障害」の医療費の 2.5～3 倍であるのに対して、被扶養者では 1.5 倍程度となっていることがわかりました。

(3) 有病者率及び有病者一人当たり医療費

図 48 精神の疾病における「組合員」の有病者率と有病者一人当たり医療費の推移

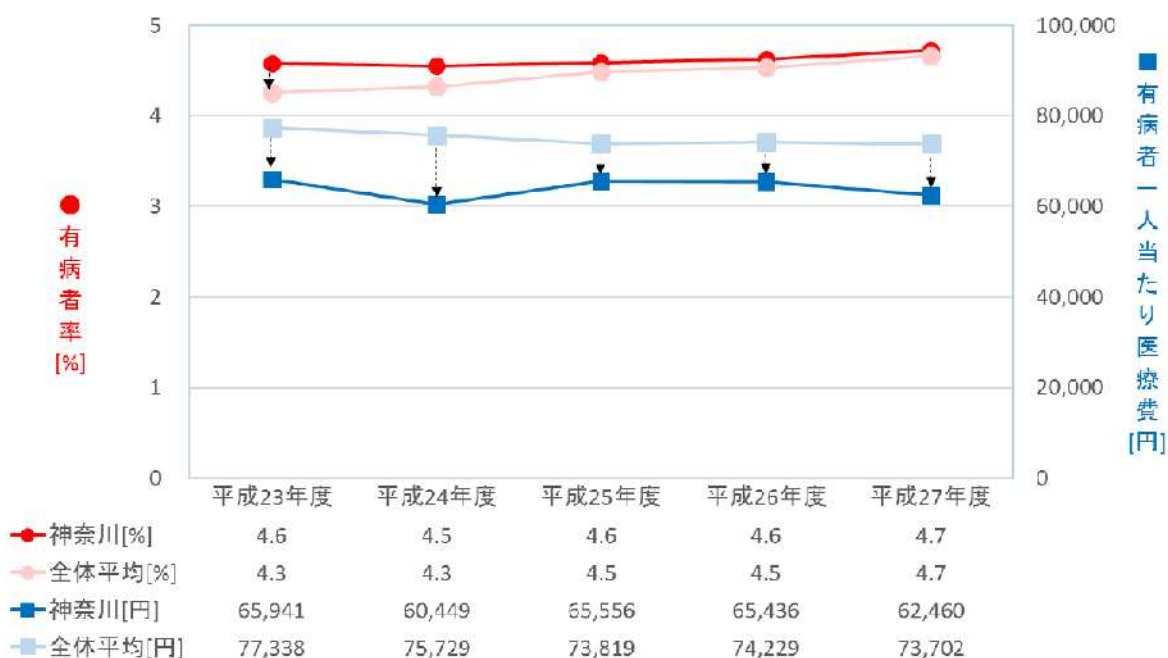
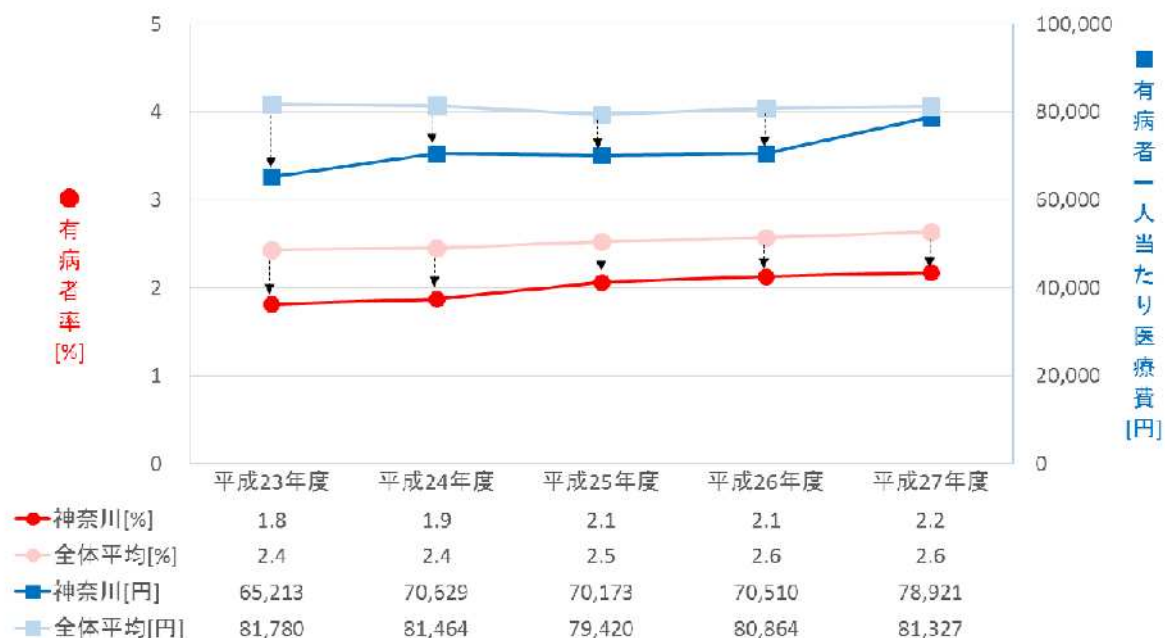


図 49 精神の疾病における「被扶養者」の有病者率と有病者一人当たり医療費の推移



まず、図 48 に着目すると、組合員の有病者率は、神奈川支部は横ばい、全体平均は緩やかな増加傾向であり、平成 27 年度にほぼ一致しています。一方、組合員の有病者一人当たり医療費は、神奈川支部が全体平均を下回っており、神奈川支部は横ばい、全体平均は緩やかな減少傾向にあることがわかりました。

次に、**図 49** に着目すると、被扶養者の有病者率も、神奈川支部と全体平均共に緩やかな増加傾向ではありますが、神奈川支部が全体平均を下回っています。被扶養者の一人当たり医療費は、全体平均は横ばい、神奈川支部は増加傾向にあり、神奈川支部は全体平均を下回っています。

(4) 疾病別有病者率及び有病者一人当たり医療費

疾病別に分類して、神奈川支部の有病者率と有病者一人当たり医療費の推移を確認することとしました。

図 50 精神の疾病における「組合員」の疾病別有病者率の推移

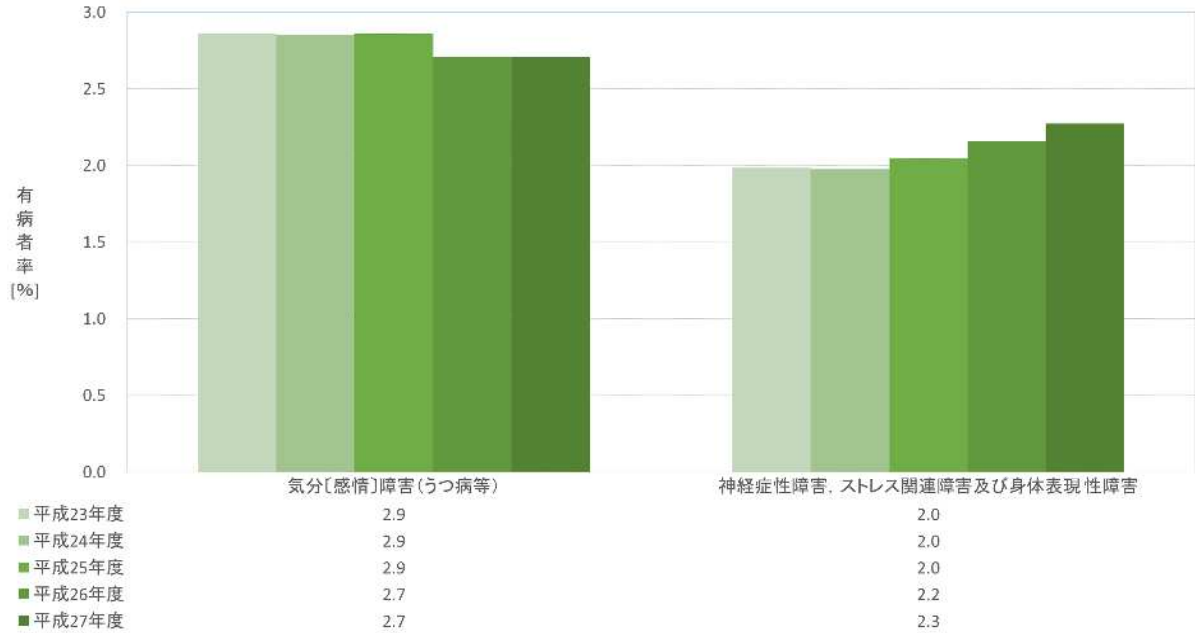


図 51 精神の疾病における「組合員」の疾病別有病者一人当たり医療費の推移

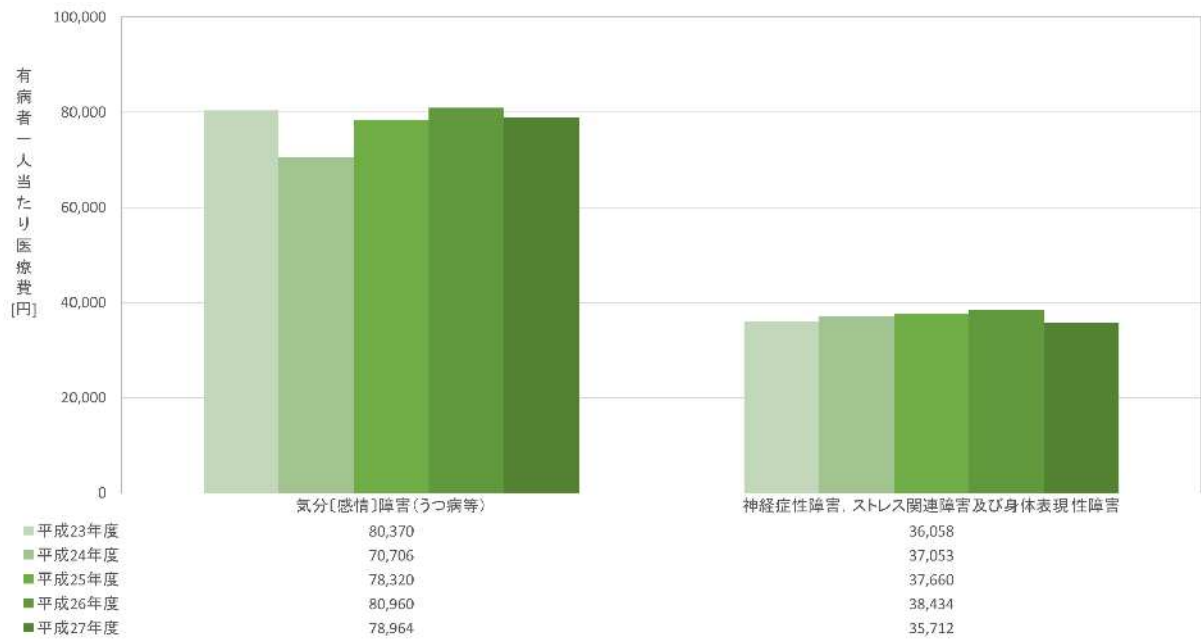


図 52 精神の疾病における「被扶養者」の疾病別有病者率の推移

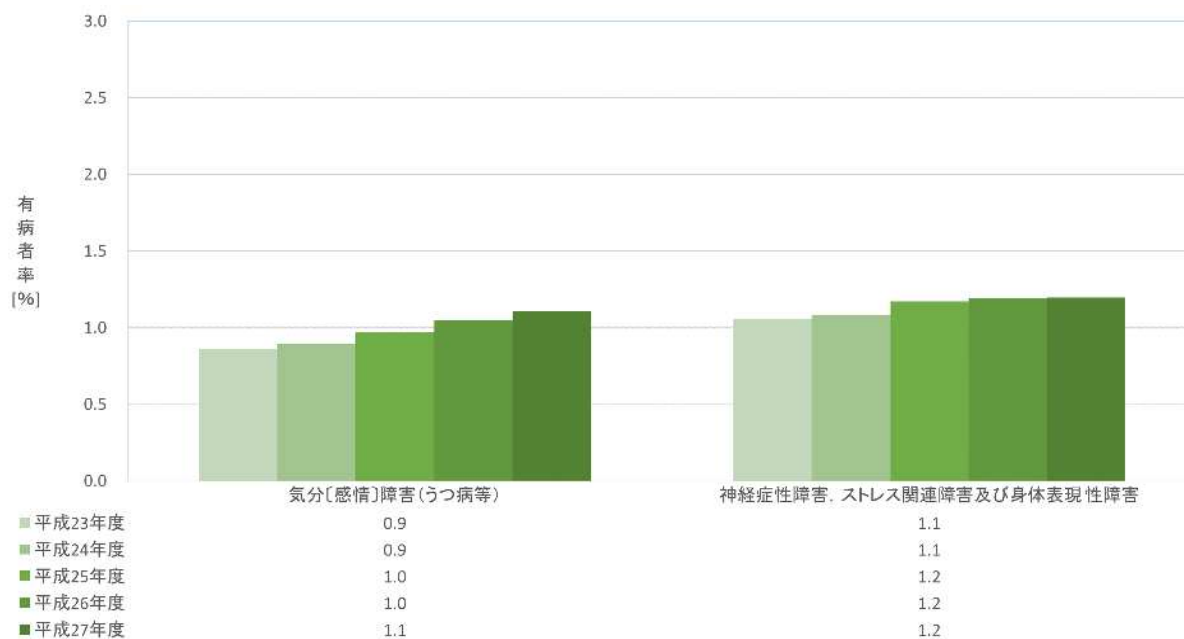


図 53 精神の疾病における「被扶養者」の疾病別有病者一人当たり医療費の推移

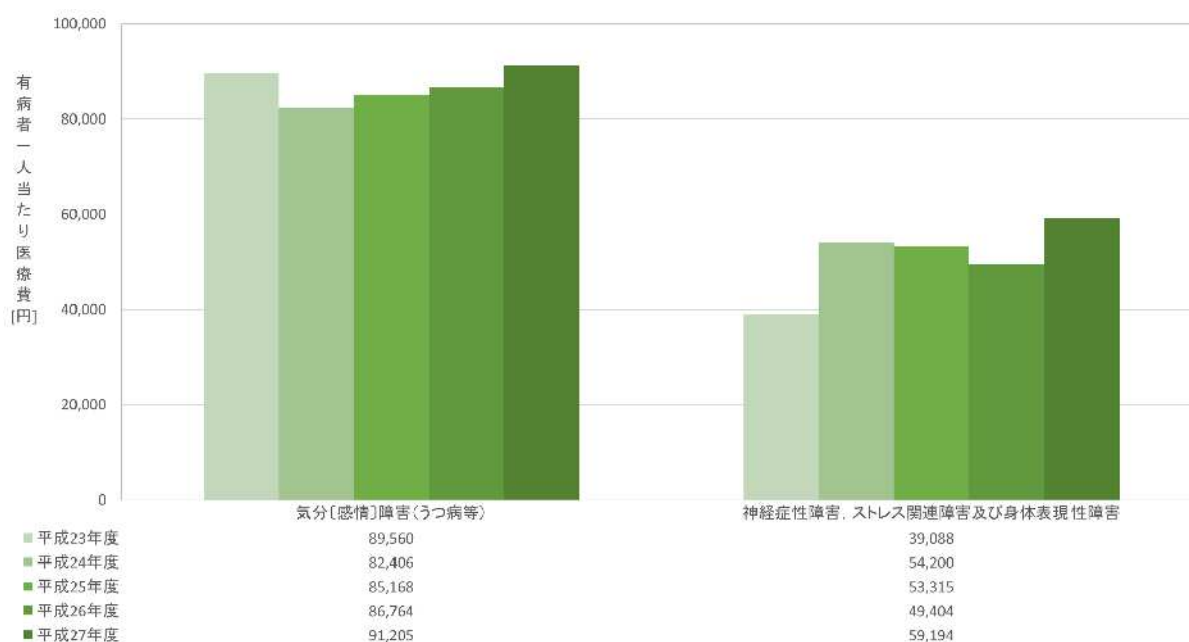


図 50 から図 53 より、組合員に関しては、特定の疾病の有病者率及び有病者一人当たり医療費に大きな増減傾向がないことがわかりました。これは、図 48 に示した、組合員の有病者率及び有病者一人当たり医療費が横ばいであったことと対応しています。被扶養者に関しては、有病者率及び有病者一人当たり医療費が緩やかな増加傾向にあることがわかりました。図 49 に示した精神の疾病における被扶養者の有病者一人当たり医療費の増加傾向は特定の疾病によるものではなく、全体的なものであることがわかりました。

2 精神の疾病の対策の方向性

組合員、被扶養者ともに、「気分〔感情〕障害（うつ病等）」を中心に、有病者を増やさない・減らす、悪化者を増やさない・減らす対策が必要とされています。

組合員の精神の疾病における不調の未然防止のためには、職場環境の改善等による心理的負担の軽減、労働者のストレスマネジメントの向上を促すこと（セルフケア）が重要とされており、そのために、1次予防として、事業主にストレスチェックが義務付けられ、労働者の心理的な負担の程度を把握し、セルフケアや、職場環境の改善につなげる取組の強化が求められています。また、2次予防として、上司、産業保健スタッフ等によるメンタルヘルス不調の早期発見と適切な対応（ラインケア）があり、3次予防は職場復帰・再発防止の取組みになります。このように、組合員は事業主による対策が中心となります。

被扶養者についても、有病者を増やさない・減らす、悪化者を増やさない・減らす対策が必要とされていますが、2・3次予防を保健事業として行うことは難しく、1次予防に関する事業を強化することが必要であると考えられます。

医療保険者としてできることは限られますが、組合員には事業主との連携及びセルフケアの教育機会を設けること、組合員及び被扶養者には、健康相談窓口の年間を通じた提供などを充実していくべきものと考えています。詳しくは、第6章に記述します。

第6章 健康課題に対応した保健事業の整理

1 生活習慣病に関する保健事業の整理

(1) 神奈川支部の従来取組と当共済組合全体の取組方針

神奈川支部がこれまで取り組んでいた保健事業と、当共済組合全体で、生活習慣病において取り組むこととしている保健事業との対応を表4に示します。

表4 生活習慣病における当共済組合全体の取組及び神奈川支部の従来取組

疾病特性の区分	当共済組合全体の方向性	左記方向性に基づき必要と考えられる保健事業		事業目的	法定事業 (●) 支援金加減算対象	当共済組合全体の重点取組事項	これまでの神奈川支部事業
生活習慣病 (タイプ1)	<ul style="list-style-type: none"> ・特定健康診査・特定保健指導の実施率向上 ・組合員等の利便を考慮した実施体制の整備及び周知 ・事業主健診の結果授受その他の事業者との間の事務を円滑に行うための所要の整備 ・個人に合わせた情報提供の拡充及び実施方法の工夫(必要に応じICTを活用) ・LDL(脂質の検査項目)とHbA1c(血糖の検査項目)について優先的に改善 ・若年層(40歳未満の組合員)に対し健康増進に寄与する事業を推進 	1-1	特定健康診査 (事業主健診結果受領・人間ドック) 【1次予防】	生活習慣病リスクの早期発見の機会提供を行うとともに、特定保健指導をはじめとした各種予防対策を必要とする者を的確に選別すること。	●	○	○
		1-2	特定保健指導 【1次予防】	対象者の個別の状況に応じ必要な指導及び助言を行い、これを通じて生活習慣病に移行させないこと。 (医療費の適正化)	●	○	○
		1-3	個別性の高い情報提供 (ICTの活用を含む) 【1次予防】	健診結果から自らの健康状況を認識するとともに、健康な生活習慣の重要性に対する理解と関心を深め、主体的に健康の維持・改善活動を行うきっかけとなるよう意識づけを行うこと。 (健康行動への意識づけ)	○	○	○
		1-4	生活習慣病に関する意識啓発 【1・2・3次予防】	参加者が生活習慣病予防に関する必要な知識を獲得し、必要な意思決定ができるように、そして生活習慣病予防に自ら積極的に取り組む実行力を身につけることができるように援助すること。			
		1-5	医療機関の受診勧奨 【2次予防】	対象者が健診結果から自らの健康状況を強く認識し、生活習慣病の早期治療の開始(医療機関の受診)や、生活習慣の改善行動に繋がるよう促すこと。 (高額医療への発展リスクの低減/生涯医療費の抑制)	○		
		1-6	重症化予防 【3次予防】	既に治療を開始している対象者において、かかりつけ医と連携し、身体機能の維持に必要な自己管理の指導及び助言を行い、これを通じて慢性疾患の重症化や合併症の発症・再発を防止すること。	○		
		1-7	40歳未満に対する人間ドック・保健指導 【1次予防】	生活習慣病リスクの早期発見の機会提供を行うとともに、対象者の個別の状況に応じ必要な指導及び助言を行うことで、40歳に到達したときにメタボリックシンドローム及びその予備群に該当しないこと。		○	○

疾病特性の区分	当共済組合全体の方向性	左記方向性に基づき必要と考えられる保健事業	事業目的	法定事業 (●) 支援金加減 算対象	当共済組合 全体の重点取 組事項	これまでの 神奈川 支部事業	
(続き)	※今回、1-8～12について注目した分析は行っていないが、当共済組合における取組事項としている。	1-8	運動習慣づくりの支援【1次予防】	運動施設の利用等を通じて、運動習慣を継続するための機会を提供すること。	○	○	○
		1-9	飲酒が健康に与える影響についての意識啓発【1次予防】	飲酒が健康に与える影響に関する必要な知識を獲得して、必要な意思決定ができるように、そして節酒に自ら積極的に取り組む実行力を身につけることができるように援助すること。		○	
		1-10	慢性閉塞性肺疾患(COPD)の認知度の向上【1次予防】	組合員等が広報等を通じてCOPDに関する知識を獲得し、自ら予防に取り組むよう誘導すること。		○	
		1-11	禁煙についての意識啓発【1次予防】	組合員等が禁煙に関する必要な知識を獲得して、必要な意思決定ができるように、そして禁煙に自ら積極的に取り組む実行力を身につけることができるように援助すること。	○	○	
		1-12	禁煙支援【1次予防】	喫煙者に禁煙プログラムへの参加や禁煙外来の助成、禁煙補助薬の配付・助成を通じて、禁煙を開始させ、定着化させること。	○	○	

表 4 中の「当共済組合全体の方向性」とは、当共済組合が平成 29 年 6 月 29 日に制定した「保健事業実施に関するガイドライン」(以下「ガイドライン」といいます。)によって示されています。(以下表 6、表 8、表 10 も同じ) このガイドラインは、組合員及びその被扶養者の健康の保持増進及び疾病予防のため、また、健全な財政運営により組合員の負担の抑制につながる医療費の適正化に資するために制定されました。今後は、このガイドラインに沿って保健事業の実施・見直しを図ることとなります。

神奈川支部では、表 4 最右列で「○」と記した事業に取り組んでいます。精神の疾病の対策の方向性で示した「特定健康診査・特定保健指導」「健康意識・リテラシーの醸成(個別性の高い情報提供等)」については、表 4 の 1-1 から 1-3 としてすでに取り組んでいますので、従来の保健事業をより強化して実施していきます。しかしながら、「受診勧奨」「重症化予防」及び当共済組合全体の重点取組事業となっている 1-9 から 1-12 に関しては、神奈川支部は取り組んでおらず、今後の分析等状況の変化により、検討すべき事業であると考えます。

(2) 神奈川支部の今後の取組

神奈川支部の今後の取組を以下にまとめました。

表 5 生活習慣病における神奈川支部の今後の事業

疾病分類	予防段階	事業名	表3対応No.	内容	開始年度	組合員	被扶養者
生活習慣病 (タイプ1)	1次予防	特定健康診査	1-1	特定健康診査受診券の配付	—	×	○
				受診勧奨はがきの送付	平成28年度	×	○
				健診結果送付用封筒の配付	平成28年度	×	○
				人間ドックにおける特定健康診査受診券の利用	平成29年度	×	○ ※
				広報誌による普及啓発	—	○	○
		特定保健指導	1-2 1-3	特定保健指導利用券の配付	—	○	○
				訪問型特定保健指導	平成28年度	○	×
				個別通知(健康読本)配付	平成27年度	○	×
				広報誌による普及啓発	—	○	○
				特定健康診査当日の特定保健指導実施	平成31年度 予定	検討中	○
	その他	1-8	ベネフィット・ステーションでのスポーツ施設等利用	平成24年度	○	○	
	2次・3次 予防	人間ドック	1-1 1-7	人間ドック受診	—	○ 補助あり	○ ※ 補助なし
		脳ドック	1-1 1-7	脳ドック受診	—	○ 補助あり 40～64偶数歳	○ ※ 補助なし

任意継続組合員については記載していません。 ※ 平成29年度は被扶養配偶者のみが対象、平成30年度より被扶養者に拡大。

表 5 の太枠内は、平成 28 年度以降に強化または実施予定の保健事業です。

生活習慣病の対策の方向性では、組合員は、病気の発症を減らし、有病者を増やさないための1次予防が重要であると結論付けました。**表 5** に示したとおり、平成 27 年度は個別通知（健康読本）の配付を開始し、平成 28 年度からは訪問型特定保健指導を導入し、1次予防である特定保健指導の強化を図っています。

被扶養者は、1次予防に加え、2・3次予防が重要であると結論付けました。**表 5** に示したとおり、1次予防は、平成 28 年度から、受診勧奨はがきの送付及び健診結果送付用封筒の配付を開始しました。平成 29 年度からは配偶者の人間ドックにおける特定健康診査受診券の利用を開始し、通常よりも安価に人間ドックが受診できるようになりました。平成 31 年度からは、特定健康診査当日に特定保健指導を実施することを検討しています。2・3次予防については、平成 30 年度から、人間ドック（補助なし）の受診を、配偶者から被扶養者全体に拡大する予定です。

これらの取組により、神奈川支部として、組合員と被扶養者の健康維持・増進に資すると考えています。ただし、神奈川支部は、特定健康診査の受診率及び特定保健指導の利用率ともに全体平均より下回っているのが現状です。受診率及び利用率が低いままであると、分析可能なデータ数が少ないた

めに、組合員と被扶養者の健康状態を十分に把握できない可能性があります。十分な分析と費用対効果の高い保健事業の強化を実現するために、今後も特定健康診査受診率及び特定保健指導利用率を上げるよう事業を進め、双方の継続と、強化を図ります。

2 悪性新生物に関する保健事業の整理

(1) 神奈川支部の従来取組と当共済組合全体の取組方針

神奈川支部がこれまで取り組んでいた保健事業と、当共済組合全体で、悪性新生物において取り組むこととしている保健事業との対応を**表 6**に示します。

表 6 悪性新生物における当共済組合全体の取組及び神奈川支部の従来取組

疾病特性の区分	当共済組合全体の方向性	左記方向性に基づき必要と考えられる保健事業		事業目的	法定事業 (●) 支援金加減算対象	当共済組合全体の重点取組事項	これまでの神奈川支部事業
悪性新生物 (タイプ2)	・特に婦人がん検診の拡充	2-1	胃がん検診【2次予防】	胃がんの早期発見の機会提供を行うこと。	○		○
		2-2	大腸がん検診【2次予防】	大腸がんの早期発見の機会提供を行うこと。			○
		2-3	肺がん検診【2次予防】	肺がんの早期発見の機会提供を行うこと。			○
		2-4	乳がん検診【2次予防】	乳がんの早期発見の機会提供を行うこと。		○	○
		2-5	子宮頸がん検診【2次予防】	子宮頸がんの早期発見の機会提供を行うこと。			○
		2-6	その他のがん検診【2次予防】	上記5大がん以外のがんの早期発見の機会提供を行うこと。			○
		2-7	がんに関する意識啓発【1次予防】	組合員等が婦人がんを始めとしたがんに関する必要な知識を獲得し、必要な意思決定ができるように、また、がんの予防及び早期発見に自ら積極的に取り組む実行力を身につけることができるように援助すること。			○

神奈川支部では、**表 6**最右列で「○」と記した事業に取り組んでおり、神奈川支部の有病率の上位である「乳房」「結腸」「胃」「子宮」のがん検診については、すでに取り組んでいます。これは、特定のがん検診の実施によるものではなく、人間ドックの実施によるものです。悪性新生物の疾病は、事前の予防が難しく、早期発見・早期治療が重要です。そのため、1次予防としての生活習慣の改善とともに、2・3次予防を強化すべきと考えており、今後もがん検診の充実を図ります。また、神奈川支部では、1次予防である2-7には取り組んでいませんので、今後の必要性について検討していきたいと考えています。

(2) 神奈川支部の今後の取組

神奈川支部の今後の取組を以下にまとめました。

表 7 悪性新生物における神奈川支部の今後の事業

疾病分類	予防段階	事業名	表5対応No.	内容	開始年度	組合員	被扶養者
悪性新生物 (タイプ2)	2次 ・ 予防 3次	胃がん検診	2-1	人間ドックの中で実施	—	○ 補助あり	○ 補助なし
		大腸がん検診	2-2	人間ドックの中で実施	—	○ 補助あり	○ 補助なし
		肺がん検診	2-3	人間ドックの中で実施	—	○ 補助あり	○ 補助なし
		乳がん検診	2-4	人間ドックのオプションとして実施	—	○ 補助あり	○ 補助なし
		子宮がん検診	2-5	人間ドックのオプションとして実施	—	○ 補助あり	○ 補助なし
		PET検診	2-6	PET検診の受診	—	○ 補助あり 50歳	○ 補助なし

任意継続組合員については記載していません。 ※ 平成29年度は被扶養配偶者のみが対象、平成30年度より被扶養者に拡大。

表 7の太枠内は、平成 28 年度以降強化した保健事業です。

神奈川支部の組合員に対しての人間ドックは実施水準が高く、悪性新生物における医療費が全体平均よりも低いことの1つの要因であると考えられます。

また、被扶養者は、組合員に比べて、早期発見・早期治療の体制が不十分であることがわかったため、被扶養者の対象者は、配偶者のみだったものを被扶養者全体に平成 30 年度から拡大する予定です。

これらの取組により、神奈川支部として、組合員と被扶養者の健康維持・増進に資すると考えています。ただし、費用対効果の観点から、年齢別や性別で医療費傾向や有病者率を分析し、より神奈川支部の現状に合った人間ドックの実施方法を検討する必要があると考えられます。また、現時点では、被扶養者に対しては共済組合からの補助がなく、今後のデータ分析結果により検診のさらなる充実が必要となった場合は、共済組合からの補助を検討する必要があると考えられます。

3 精神の疾病に関する保健事業の整理

(1) 神奈川支部の従来の取組と当共済組合全体の取組方針

神奈川支部がこれまで取り組んでいた保健事業と、当共済組合全体で、精神の疾病において取り組むこととしている保健事業との対応を表 8 に示します。

表 8 精神の疾病における当共済組合全体の取組及び神奈川支部の従来の取組

疾病特性の区分	当共済組合全体の方向性	左記方向性に基づき必要と考えられる保健事業		事業目的	法定事業 (●) 支援金加減算対象	当共済組合全体の重点取組事項	これまでの神奈川支部事業
精神の疾病 (タイプ3)	・法定のストレスチェック受検後のフォローアップに活用することを意識	3-1	メンタルヘルス相談 【1次予防】	メンタルヘルスに関する個別の相談に応じ必要な指導及び助言を行い、悩みや不安を解消すること。	○	○	○
		3-2	メンタルヘルスに関する意識啓発 【1次予防】	参加者（一般の組合員等/管理監督者）がメンタルヘルスケアに関する必要な知識を獲得し、必要な意思決定ができるように、そしてメンタルヘルスケアに自ら積極的に取り組む実行力を身につけることができるように援助すること。		○	○
		3-3	ストレスチェック (心の健康チェック事業) 【1次予防】	メンタルヘルス不調の気付きを促すとともに、ストレスの原因となる職場環境の改善につなげること。(ストレスチェックは事業者を実施義務があるため、共済組合はそれを支援する。)		○	○

神奈川支部では、表 8 最右列で「○」と記した事業に取り組んでいますが、3-1と3-3については、本部事業となっています。

組合員及び被扶養者ともに、精神の疾病の1次予防に関する事業を強化することが必要であると考えられます。したがって、従来の保健事業は継続して実施してまいります。医療保険者としてできることは限られますが、組合員については事業主との連携の強化と、組合員及び被扶養者には、健康相談窓口の年間を通じた提供などの充実を、今後も検討していくべきものと考えています。

(2) 神奈川支部の今後の取組

神奈川支部の今後の取組を以下にまとめました。

表 9 精神の疾病における神奈川支部の今後の事業

疾病分類	予防段階	事業名	表7対応No.	内容	開始年度	組合員	被扶養者
精神の疾病 (タイプ3)	1次予防	教職員メンタルヘルス相談(面談)	3-1	県内のカウンセリングルームでメンタルヘルス相談を実施	—	○	○
		教職員メンタルヘルス相談(電話)	3-1	電話によるメンタルヘルス相談	平成29年度	○	○
		Web相談(こころの相談)	3-1	Webによるメンタルヘルス相談	平成29年度	○	○
		メンタルヘルスに関するリーフレット	3-2	メンタルヘルスに関するリーフレットの配布	—	○	×
		心のセルフチェックシステム	3-3	自身のストレス状況を把握できるシステム	平成28年度	○	×
		メンタルヘルスに関する講習会	3-2	検討中	検討中	検討中	検討中

任意継続組合員については記載していません。

表 9 の太枠内は、平成 28 年度以降強化または実施予定の保健事業です。

平成 28 年度より、本部事業である、心のセルフチェックシステムを開始しました。さらに、平成 29 年度より、本部事業であるメンタルヘルス相談（電話）及びWeb相談を開始し、メンタルヘルス相談事業の拡充を図りました。組合員及び被扶養者ともに、1次予防に関する事業を強化することが必要であるため、今後神奈川支部において、メンタルヘルスに関する講習会を実施することを検討しています。これらの取組により、神奈川支部として、組合員と被扶養者の健康維持・増進に資すると考えています。今後は、本部及び事業主と連携し、さらなる事業の強化の検討をしていきます。

4 その他・共通に関する保健事業の整理

その他の疾病については、健診又は検診によるリスク者の特定が難しく、保健事業により事前の予防も難しい疾病のため、分析を行っていません。そのため、その他の疾病についての方向性は示していませんが、未病についての取り組みや、健康意識に関する事業について整理します。

(1) 神奈川支部の従来取組と当共済組合全体の取組方針

当共済組合全体で、その他・共通において取り組むこととしている保健事業について、 **表 10** に示します。

表 10 その他・共通における当共済組合全体の取組及び神奈川支部の従来取組

疾病特性の区分	当共済組合全体の方向性	左記方向性に基づき必要と考えられる保健事業		事業目的	法定事業 (●) 支援金加減算対象	当共済組合全体の重点取組事項	これまでの神奈川支部事業
歯の疾病 (その他)	※今回、歯科に注目した分析は行っていないが、当共済組合における重点取組事項としている。	4-1	歯の喪失防止についての意識啓発【1次予防】	発生する年代・性別に応じて歯科疾患の予防に関する注意喚起の情報発信及び保健物資の配付を行うこと。		○	
		4-2	歯科健診【1次予防】	う蝕や歯肉炎の早期発見の機会提供を行うこと。	○		
季節性疾患 (その他)	・重点取組事項ではないが、加減算の指標の1つである。	4-3	予防接種の実施【1次予防】	インフルエンザ予防接種等の負担軽減を実施することで、感染予防を行うこと。	○		
共通	・組合員等の年齢及び性別等に応じた効果的かつ効率的な事業	4-4	健康相談【1次予防】	心と身体全般に関する相談に応じ、必要な指導及び助言を行い、悩みや不安を解消すること。			○
		4-5	個人の予防・健康づくりに向けたインセンティブ【1次予防】	健康に関する問題意識の喚起及び行動変容を実現するよう援助すること。	○	○	
		4-6	職場環境の整備（コラポヘルス）の推進	組合員が保健事業に参加しやすい職場環境を醸成し、個々の組合員が健康づくりに自主的に取り組みやすい環境が職場において実現すること。	○	○	○

神奈川支部では、**表 10** 最右列で「○」と記した事業に取り組んでおり、4-4については本部事業ですが、4-4及び4-6については、継続して実施していきます。4-1から4-3、及び4-5には取り組んでいませんので、今後実施の検討を考えています。特に、特定健康診査の問診において、組合員の生活習慣改善に対する意識の低下、つまりは健康意識の低下が見受けられたため、組合員の健康意識を高めるための事業は行う必要があると考えられます。

(2) 神奈川支部の今後の取組

神奈川支部の今後の取組を以下にまとめました。

表 11 その他・共通における神奈川支部の今後の事業

疾病分類	予防段階	事業名	表9対応No.	内容	開始年度	組合員	被扶養者
共通	1次予防	教職員 健康相談24	4-4	電話による24時間の健康相談	—	○	○
		個人の予防・健康づくり に向けたインセンティブ	4-5	検討中	検討中	○	検討中
		プール施設補助	—	プール施設の利用補助	—	○	○
		教職員 体育大会	—	教職員体育大会の事業費の 一部を補助	—	○	×
		医療費通知	—	医療費通知を配付する	平成30年度	○	○

任意継続組合員については記載していません。

表 11 の太枠内は、平成 28 年度以降実施予定の保健事業です。

平成 30 年度より、医療費通知の配付を開始予定です。また、個人の予防・健康づくりに向けたインセンティブの実施については、現在検討しています。この医療費通知及び個人の予防・健康づくりに向けたインセンティブの目的は、健康に対する認識を深め、健康意識を高めるためです。これらの取組により、神奈川支部として、組合員と被扶養者の健康維持・増進に資すると考えています。

第7章 保健事業の評価項目及び目標値の設定

第2～5章では、公立学校共済組合神奈川支部が対策を講ずるべき疾病を分析し、第6章ではその分析結果を基に神奈川支部が取り組む保健事業を整理しました。本章では、神奈川支部が取り組む保健事業の効果を検証するための評価項目及び目標値を設定します。なお、この目標値には調剤レセプト及び歯科レセプトは含まれていません。

1 評価項目（大）の設定

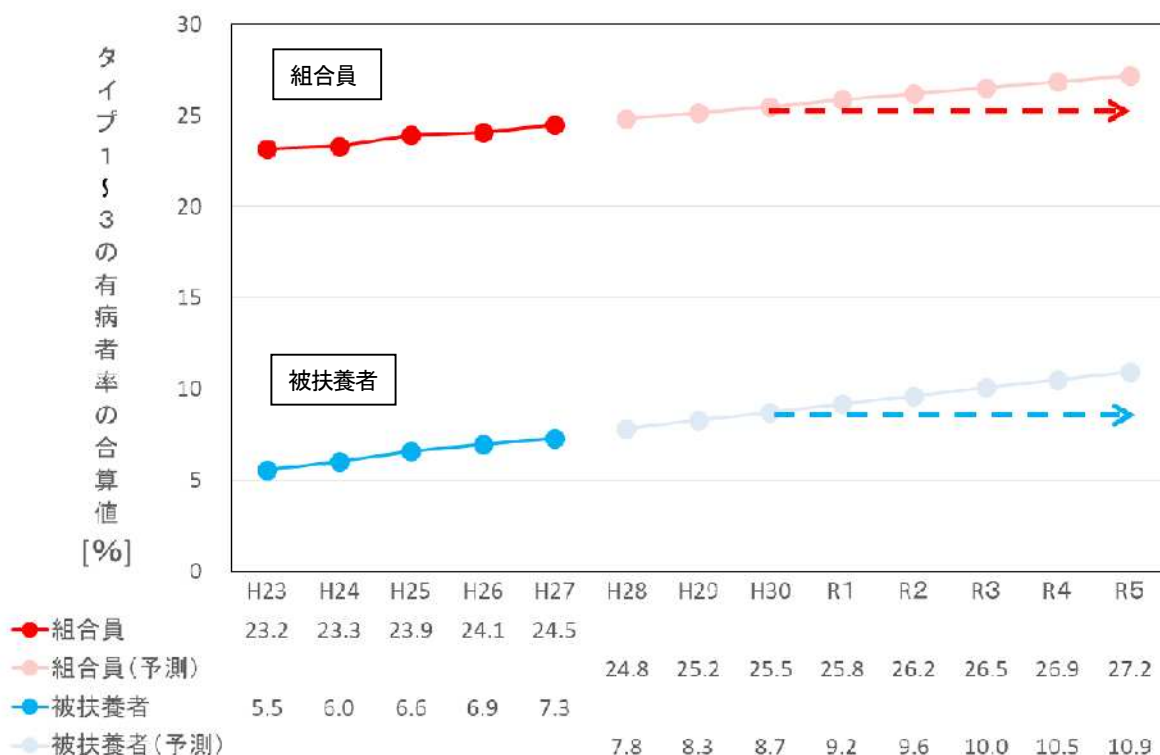
第1章－3で述べたように、公立学校共済組合におけるデータヘルス計画は「組合員とその家族の健康維持・増進及び医療費削減」を達成するための取組です。したがって、「健康維持・増進」については「有病者率」、「医療費削減」については「加入者一人当たり医療費」が大きな評価項目になると考えられます。そこで、データヘルス計画の対象としている疾病であるタイプ1～3「生活習慣病」「悪性新生物」「精神の疾病」の「有病者率」と「加入者一人当たり医療費」の合算値を評価項目（大）と設定します。

2 評価項目（大）の目標値設定

(1) 有病者率

タイプ1～3の「有病者率」は第3～5章で示しており、それらを合算した値の推移を以下に示します。

図 54 タイプ1～3（合算値）の「有病者率」の推移



平成 23 年度～27 年度では、組合員も被扶養者も緩やかな増加傾向にあることがわかります。この 5 年分の実績値を基に、平成 28 年度以降の有病者率を予測しました。つまり、平成 27 年度以前の保健事業のまま何も変更しない場合、平成 28 年度以降の有病者率が過去 5 年の傾向と同様に推移していくと予測しました。ただし、実際には、第 6 章で述べたように、保健事業を平成 28 年度から強化しているため、有病者率の緩やかな増加傾向を横ばいあるいは減少傾向へ改善することができると考えています。したがって、令和 5 年度において、組合員であれば 27.2%、被扶養者であれば 10.9%を下回る実績値が得られれば、保健事業を強化した効果があったと考えられます。

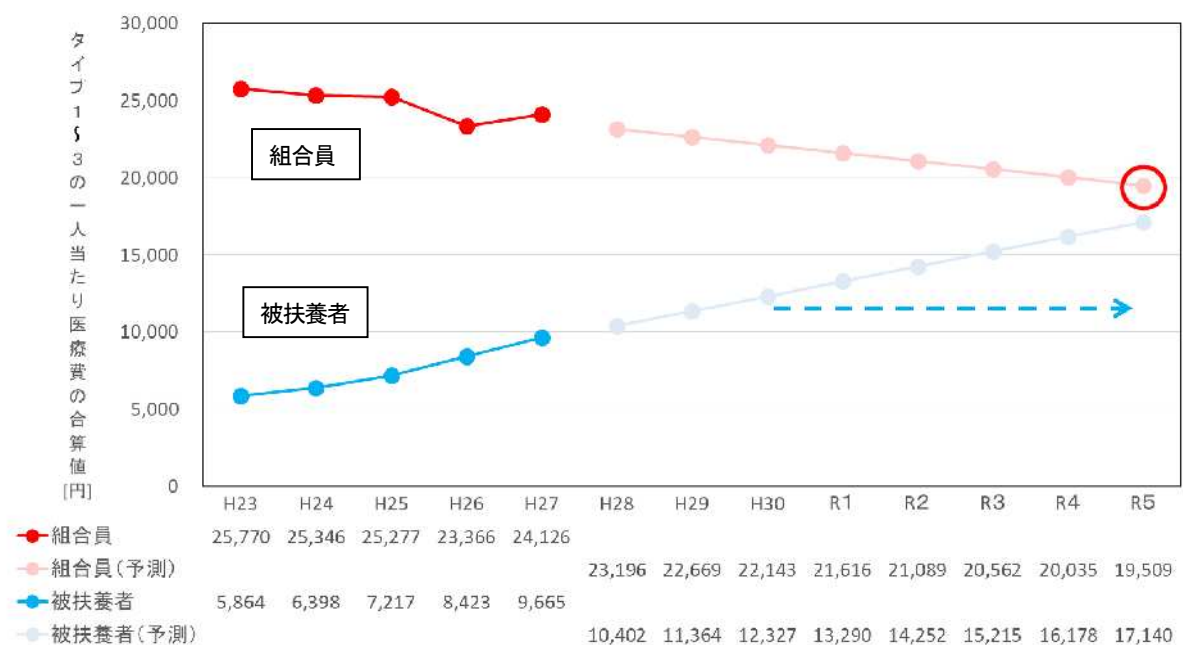
平成 28、29 年度から強化した保健事業が多く、強化した内容が浸透するまでの時間を考慮すると、効果が現れるのは早くても平成 30 年度以降だと考えられます。そこで、神奈川支部では平成 30 年度の予測値を基に目標値を設定しました。また、有病者率の緩やかな増加傾向を改善できたかどうかを確認するために、前年度との差分に着目し目標値を設定しました。

- ① 組合員：25.5%以下、被扶養者：8.7%以下
- ② 前年度との差分がマイナスであること

(2) 加入者一人当たり医療費

タイプ 1～3 の「加入者一人当たり医療費」は第 3～5 章で示しており、それらを合算した値の推移を以下に示します。

図 55 タイプ 1～3 (合算値) の「加入者一人当たり医療費」の推移



平成 23 年度～27 年度では、組合員は減少傾向、被扶養者は増加傾向にあることがわかります。この 5 年分の実績値を基に、平成 28 年度以降の加入者一人当たり医療費を予測しました。組合員は平成 26 年度から平成 27 年度に増加しているため、予測のような減少傾向を維持し続けられないことも考えられます。

これを加味して神奈川支部では、組合員は令和5年度の予測値を、被扶養者は平成30年度の予測値を基に目標値を設定しました。また、加入者一人当たり医療費の増減傾向をより改善できたかどうかを確認するために、前年度との差分に着目し目標値を設定しました。

- ① 組合員：19,509円以下、被扶養者：12,327円以下
- ② 組合員と被扶養者の前年度との差分合算値がマイナスであること

以上、説明しました評価項目（大）の目標値を以下にまとめます。

表 12 評価項目（大）目標値

評価項目（大）	現在値（平成27年度）		目標値（令和5年度）	
	組合員	被扶養者	組合員	被扶養者
有病者率	①	24.5%	25.5%	8.7%
	②	0.4%	マイナス	マイナス
加入者一人当たり医療費	①	24,126円	19,509円以下	12,327円以下
	②	2,002円（760+1,242）	マイナス	

3 評価項目（小）の設定及び目標値設定

データヘルス計画で分析しているデータの中で、代表的なデータ（例：特定健康診査の受診率など）を評価項目（小）と設定します。この評価項目（小）の設定により、第6章で説明した神奈川支部が取り組むこととしている保健事業毎にその効果の有無を検証できると考えています。設定項目（小）を以下の表にまとめます。なお、目標値については、健康日本21（平成24年7月10日 厚生労働省告示第四百三十号 「二十一世紀における第二次国民健康づくり運動」）、かながわ健康プラン21（平成25年3月策定）、神奈川県医療費適正化計画（平成30年3月策定）等を参考にしています。

表 13 評価項目 (小) 目標値

評価項目 (小)		当共済組合現在値	神奈川支部現在値	神奈川支部目標値 (令和5年)	参考目標値		使用データ・情報等
特定健診受診率		81.8% (平成28年度)	81.7% (平成28年度)	90%	90%	当共済組合目標値	特定健診データ
特定保健指導実施率		26.2% (平成28年度)	23.1% (平成28年度)	45%	45%	当共済組合目標値	特定健診データ
メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少		該当者11.5% 予備群11.2% (平成27年度)	該当者11.1% 予備群10.6% (平成27年度)	該当者9% 予備群3%	25%減少 (平成20年対比)	健康日本21 かながわ健康プラン21	特定健診データ
脂質異常症の減少 (LDLコレステロール160mg/dl以上の者の割合)		男性13.6% 女性12.9% (平成27年度)	男性13.5% 女性13.9% (平成27年度)	男性9% 女性10%	男性9% 女性10% (令和4年度)	かながわ健康プラン21	特定健診データ
血糖コントロール指標におけるコントロール不良者の割合の減少 (HbA1cがDC値8.0% (NGSP値8.4%) 以上の者の割合)		0.8% (平成27年度)	0.8% (平成27年度)	0.5%	1.0% (令和4年度)	健康日本21 かながわ健康プラン21	特定健診データ
運動習慣づくり支援の利用者数		-	49,965人 (平成28年度)	55,000人	-	-	プール施設補助者数
がん検診受診率 (もしくは費用補助 の利用率)	胃がん	-	29% (平成28年度)	30%	50% (平成28年度)	健康日本21 かながわ健康プラン21 神奈川県医療費適正化計画	人間ドック費用補助 の利用者数
	大腸がん	-	29% (平成28年度)	30%	50% (平成28年度)	健康日本21 かながわ健康プラン21 神奈川県医療費適正化計画	人間ドック費用補助 の利用者数
	肺がん	-	29% (平成28年度)	30%	50% (平成28年度)	健康日本21 かながわ健康プラン21 神奈川県医療費適正化計画	人間ドック費用補助 の利用者数
	乳がん	-	22% (平成28年度)	25%	50% (平成28年度)	健康日本21 かながわ健康プラン21 神奈川県医療費適正化計画	人間ドック費用補助 の利用者数
	子宮頸がん	-	20% (平成28年度)	25%	50% (平成28年度)	健康日本21 かながわ健康プラン21 神奈川県医療費適正化計画	人間ドック費用補助 の利用者数
	その他のがん	-	0.2% (平成28年度)	1%	-	-	PET検診 費用補助の利用者数
	メンタルヘルスに関する啓発	セミナー実施 有無	-	無	有	-	-
	広報の配付数 (掲載数)	-	53,141人 (平成28年度)	53,141人	-	-	広報誌配布者数
個人の予防・健康 づくりに向けたインセ ンティブの実施状況	実施の有無	-	無	有	-	-	-
	利用者数 (率)	-	-	-	-	-	-

第8章 中間分析（令和2年度実施）

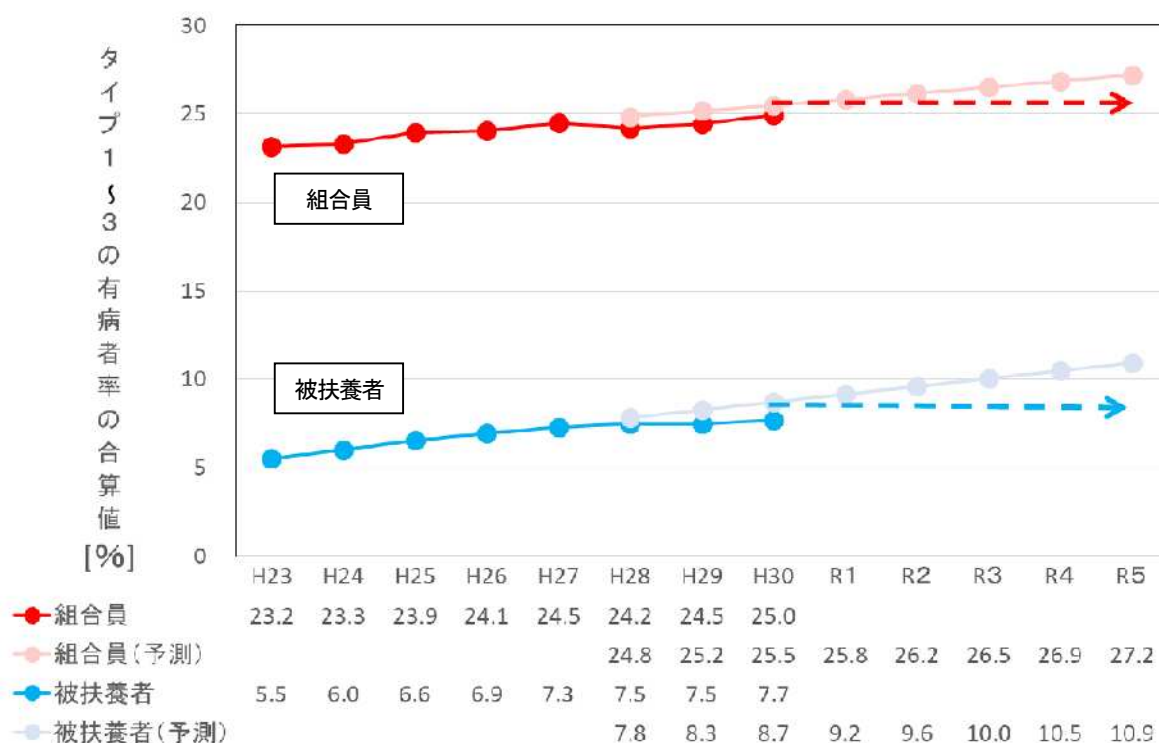
第8章では、新たに平成28年度～30年度の実績値を追加し、神奈川支部が保健事業を効果的に実施できているかを分析し、神奈川支部が取り組むべき保健事業を見直します。具体的には、第7章で設定した評価項目の目標達成見込みの有無を確認します。

1 評価項目（大）

（1）実績値の確認

第7章－2に示した評価項目（大）の平成23年度～27年度の実績値に加え、新たに平成28年度～30年度の実績値をそれぞれ以下に示します。

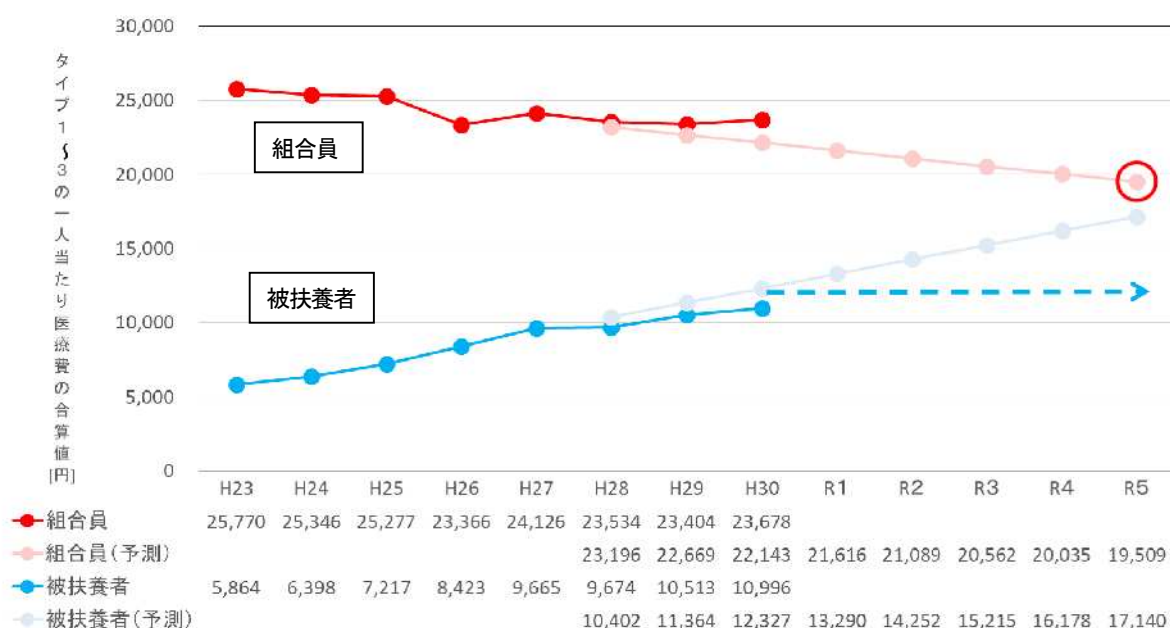
図 56 タイプ1～3（合算値）の「有病者率」の推移



組合員に関して、新たに追加された実績値に着目すると、平成28年度で減少したものの、平成29年度以降は平成27年度以前と同じ緩やかな増加傾向にあることがわかりました。現状では、令和5年度の目標値：25.5%を下回っているものの、緩やかな増加傾向に変化が見られないため、目標達成見込みが低いと考えられます。

被扶養者に関して、新たに追加された実績値に着目すると、平成28年度以降は横ばいになっており、平成27年度以前に確認された緩やかな増加傾向から良化していることがわかりました。現状では、令和5年度の目標値：8.7%を下回っており、このまま横ばいを維持できれば目標を達成する見込みがあると考えられます。

図 57 タイプ1～3（合算値）の「加入者一人当たり医療費」の推移



組合員に関して、新たに追加された実績値に着目すると、平成28年度以降は横ばいになっており平成27年度以前に確認された減少傾向から悪化していることがわかりました。保健事業を強化することで、令和5年度まで減少傾向を維持するという前提で目標値：19,509円を設定しましたが、傾向が横ばいに変化したため、目標達成見込みが低いと考えられます。

被扶養者に関して、新たに追加された実績値に着目すると、平成28年度以降は緩やかな増加になっており、平成27年度以前に確認された増加傾向から良化していることがわかりました。現状では、令和5年度の目標値：12,327円を下回っており、このまま傾向が良化すれば目標を達成する見込みがあると考えられます。

以上、評価項目（大）の実績値と目標値、及びその傾向を、以下にまとめます。

表 14 評価項目（大）の実績値と目標値

評価項目（大）		策定時の値（平成27年度）		現在値（平成30年度）		目標値（令和5年度）	
		組合員	被扶養者	組合員	被扶養者	組合員	被扶養者
有病者率	①	24.5%	7.3%	25.0%	7.7%	25.5%	8.7%
	②	0.4%	0.4%	0.5%	0.2%	マイナス	マイナス
加入者一人当たり医療費	①	24,126円	9,665円	23,678円	10,996円	19,509円以下	12,327円以下
	②	2,002円	(760+1,242)	757円	(274+483)	マイナス	

※ 有病者率②：前年度差分、加入者一人当たり医療費②：前年度差分の合算値

表 15 評価項目（大）の傾向まとめ

評価項目（大）		平成23～27年度	平成28～30年度
有病者率	組合員	緩やかな増加	緩やかな増加
	被扶養者	緩やかな増加	横ばい(良化)
加入者一人当たり医療費	組合員	減少	横ばい(悪化)
	被扶養者	増加	緩やかな増加(良化)

第7章－2では、保健事業を何も変更しない場合、平成23年度～27年度の傾向と同様に推移していく、つまり傾向に変化がないと予測しました。一方、神奈川支部では、保健事業を平成28年度以降に強化しています。そのため、実施している保健事業が効果的であれば、平成23年度～27年度の傾向と比較して、平成28年度～30年度の傾向が改善すると考えています。また、強化した保健事業が浸透し、効果が現れるまでは、時間を要するとも考えています。

表 16 傾向の変化から追加対策を必要とする判断基準

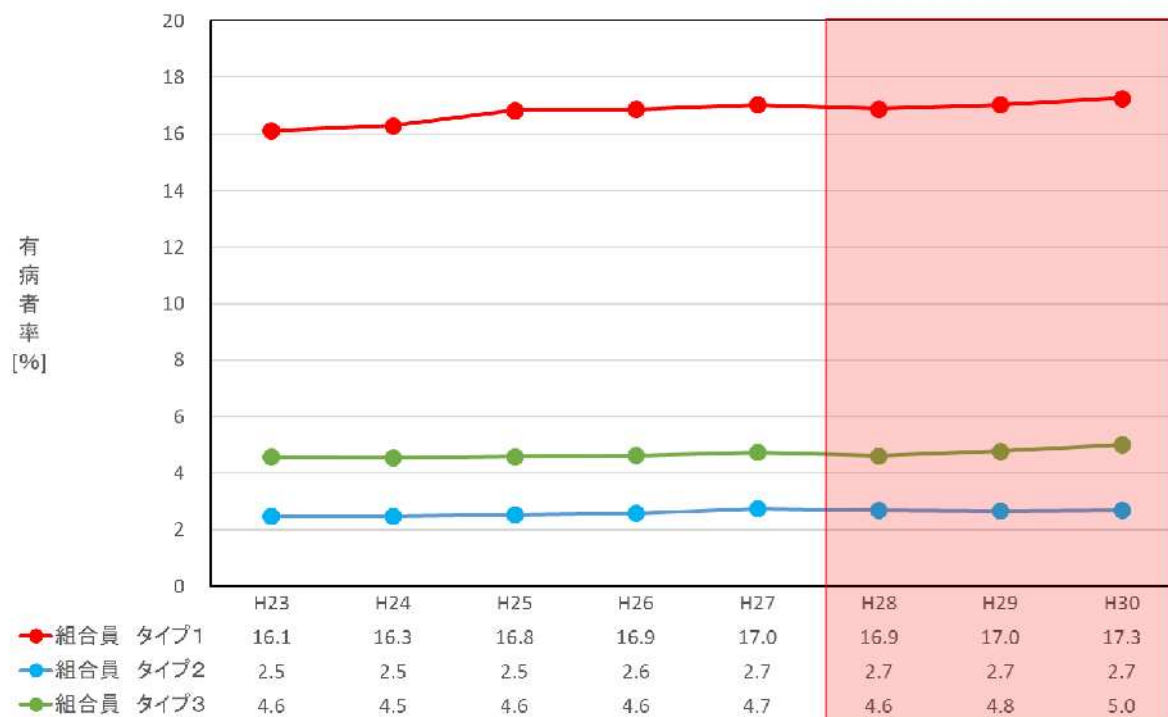
傾向の変化	保健事業の効果の有無	追加対策の必要性
良化した	効果が現れた	なし
変化なし	効果が現れなかった	あり
	効果が現れるのに時間を要する	なし
悪化した	効果が現れなかった	あり

表15に示した、平成23年度～27年度と平成28年度～30年度の傾向の変化を見ると、良化したのは被扶養者における「有病者率」と「加入者一人当たり医療費」、変化なしは組合員における「有病者率」、悪化したのは組合員における「加入者一人当たり医療費」です。このため、追加対策の必要性を分析すべきは、組合員における「有病者率」と「加入者一人当たり医療費」であると考えました。

(2) タイプ別分析

ここでは、評価項目（大）で合算していたタイプ1～3の実績値をタイプ毎に分けて分析することで、強化すべき保健事業のタイプを把握します。なお、参考として、被扶養者もタイプ別分析及び有病者一人当たり医療費の分析を行います。

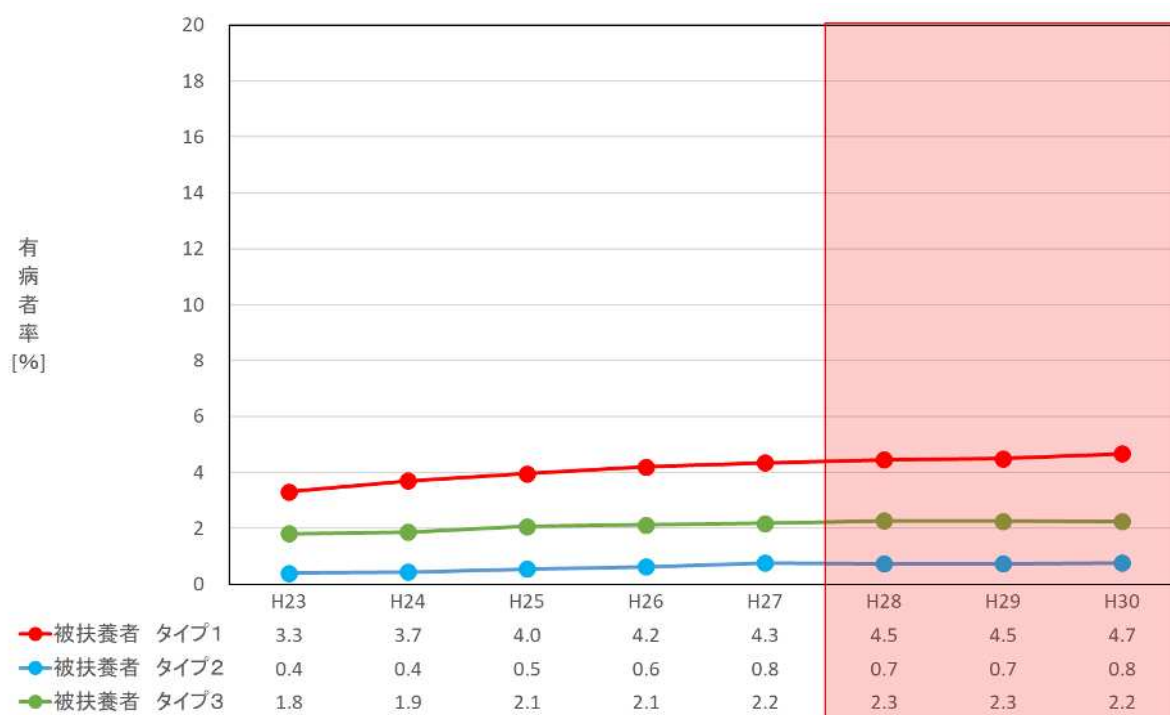
図 58 「組合員」におけるタイプ1～3の「有病者率」の推移



組合員におけるタイプ1（生活習慣病）の有病者率は、平成23年度～27年度、平成28年度～30年度ともに緩やかな増加傾向であり、大きな変化は見られませんでした。続いて、タイプ2（悪性新生物）については、平成23年度～27年度、平成28年度～30年度ともに横ばいであり、大きな変化は見られませんでした。最後に、タイプ3（精神の疾病）についても、平成23年度～27年度、平成28年度～30年度ともに横ばいであり、大きな変化は見られませんでした。

全体をみると、タイプ1が最も大きな割合を占めていることがわかります。

図 59 「被扶養者」におけるタイプ1～3の「有病者率」の推移



被扶養者におけるタイプ1の有病者率は、平成23年度～27年度、平成28年度～30年度ともに緩やかな増加傾向であり、大きな変化は見られませんでした。続いて、タイプ2については、平成23年度～27年度は緩やかな増加傾向でしたが、平成28年度～30年度は横ばいになっており、良化していることがわかりました。最後に、タイプ3については、平成23年度～27年度は緩やかな増加傾向でしたが、平成28年度～30年度は横ばいになっており、タイプ2と同様に、良化していることがわかりました。

全体をみると、タイプ1が最も大きな割合を占めていることがわかります。

以上、組合員及び被扶養者におけるタイプ別有病者率の傾向を、以下にまとめます。

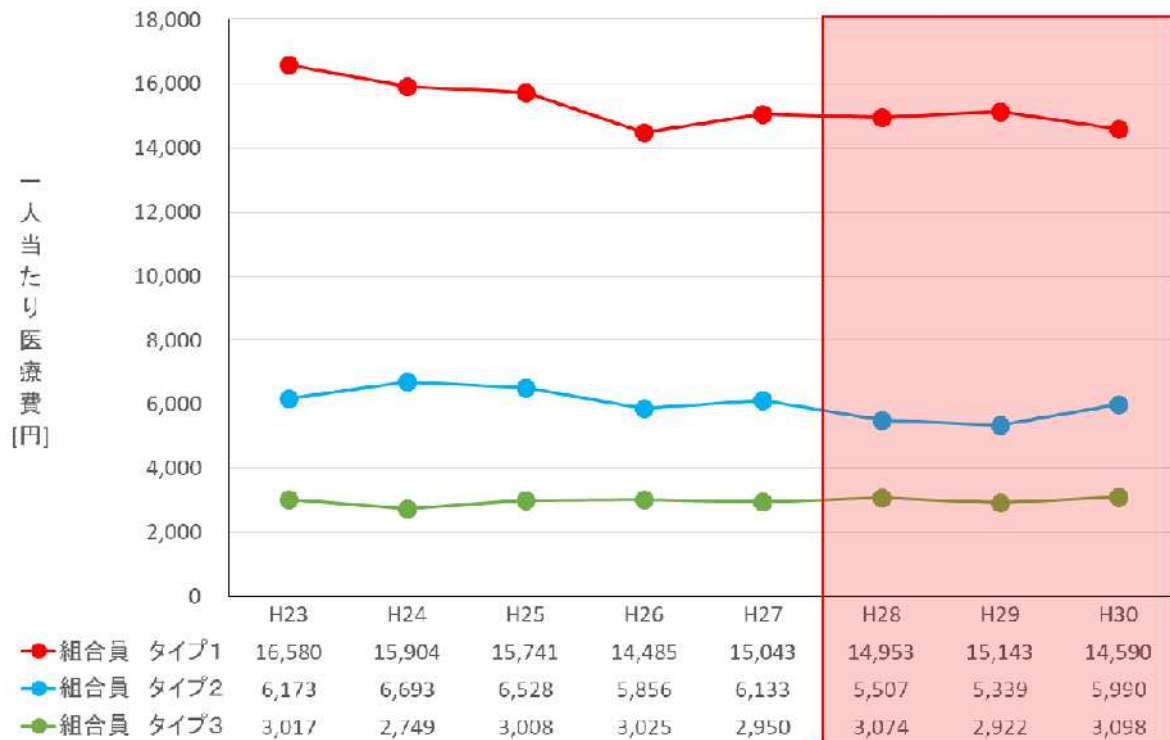
表 17 タイプ別有病者率の傾向のまとめ

有病者率			
	タイプ1	タイプ2	タイプ3
組合員	緩やかな増加 ↓ 緩やかな増加	横ばい ↓ 横ばい	横ばい ↓ 横ばい
被扶養者	緩やかな増加 ↓ 緩やかな増加	緩やかな増加 ↓ 横ばい(良化)	緩やかな増加 ↓ 横ばい(良化)

※上段：平成23年度～27年度、下段：平成28年度～30年度

続いて、加入者一人当たり医療費についてタイプ別分析を行います。

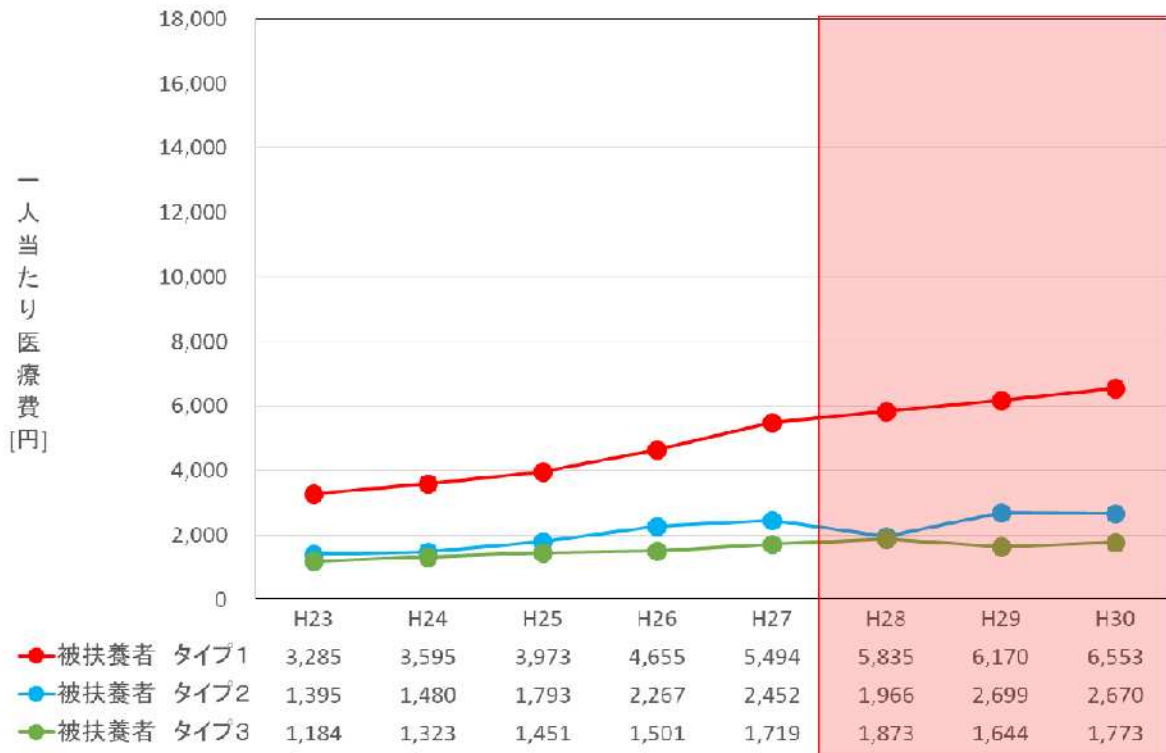
図 60 「組合員」におけるタイプ1～3の「加入者一人当たり医療費」の推移



組合員におけるタイプ1の加入者一人当たり医療費は、平成23年度～27年度は減少傾向でしたが、平成28年度～30年度は横ばいになっており、悪化していることがわかりました。続いて、タイプ2については、平成23年度～27年度、平成28年度～30年度ともに横ばいであり、大きな変化は見られませんでした。最後に、タイプ3についても、平成23年度～27年度、平成28年度～30年度ともに横ばいであり、タイプ2と同様に、大きな変化は見られませんでした。

全体をみると、タイプ1が最も大きな割合を占めていることがわかります。

図 61 「被扶養者」におけるタイプ1～3の「加入者一人当たり医療費」の推移



被扶養者におけるタイプ1の加入者一人当たり医療費は、平成23年度～27年度、平成28年度～30年度ともに増加傾向であり、大きな変化は見られませんでした。続いて、タイプ2については、平成23年度～27年度は緩やかな増加傾向にありましたが、平成28年度～30年度は横ばいになっており、良化していることがわかりました。最後に、タイプ3については、平成23年度～27年度は緩やかな増加傾向でしたが、平成28年度～30年度は横ばいになっており、タイプ2と同様に、良化していることがわかりました。

全体をみると、タイプ1が最も大きな割合を占めていることがわかります。

以上、組合員及び被扶養者におけるタイプ別加入者一人当たり医療費の傾向を、以下にまとめます。

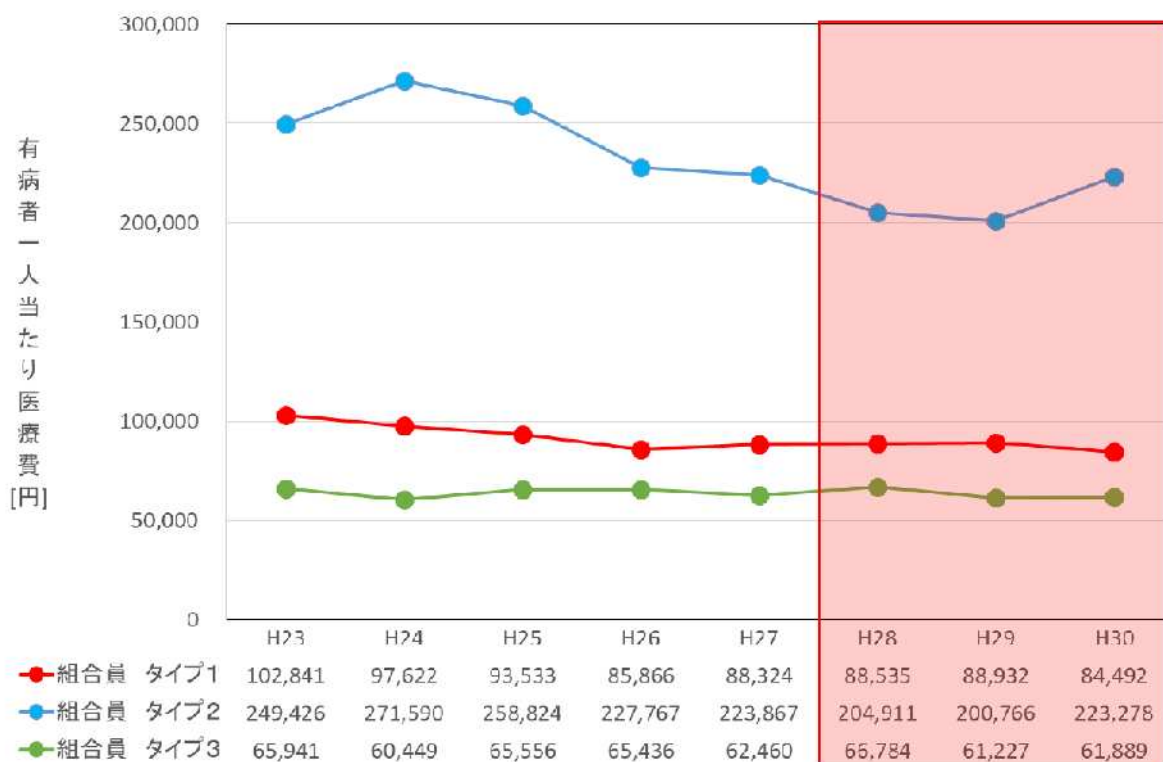
表 18 タイプ別加入者一人当たり医療費の傾向のまとめ

加入者一人当たり医療費			
	タイプ1	タイプ2	タイプ3
組合員	減少 ↓ 横ばい(悪化)	横ばい ↓ 横ばい	横ばい ↓ 横ばい
被扶養者	増加 ↓ 増加	緩やかな増加 ↓ 横ばい(良化)	緩やかな増加 ↓ 横ばい(良化)

※上段：平成23年度～27年度、下段：平成28年度～30年度

最後に、有病者一人当たり医療費についてタイプ別分析を行います。

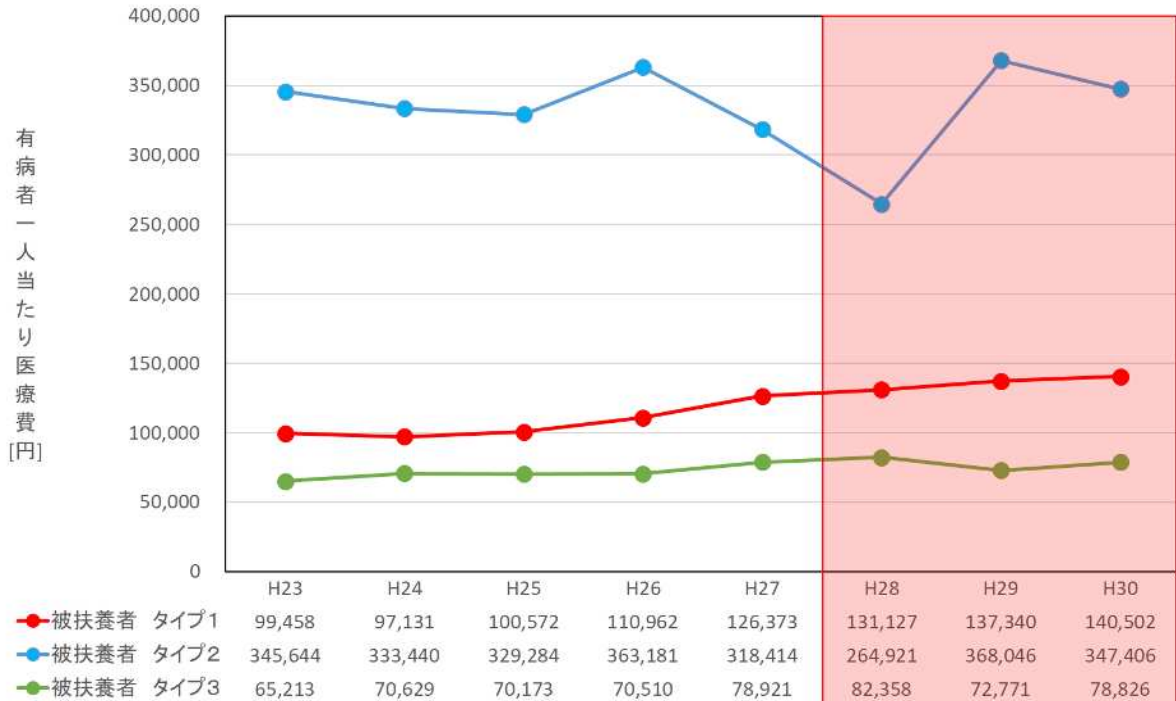
図 62 「組合員」におけるタイプ1～3の「有病者一人当たり医療費」の推移



組合員におけるタイプ1の有病者一人当たり医療費は、平成23年度～27年度は緩やかな減少傾向にありましたが、平成28年度～30年度は横ばいになっており、悪化していることがわかりました。続いて、タイプ2については、平成23年度～27年度は減少傾向にありましたが、平成28年度～30年度は増減しつつ横ばいになっており、タイプ1と同様に、悪化していることがわかりました。最後に、タイプ3については、平成23年度～27年度、平成28年度～30年度ともに横ばいであり、大きな変化は見られませんでした。

全体をみると、タイプ2が最も大きな割合を占めていることがわかります。

図 63 「被扶養者」におけるタイプ1～3の「有病者一人当たり医療費」の推移



被扶養者におけるタイプ1の有病者一人当たり医療費は、平成23年度～27年度、平成28年度～30年度ともに緩やかな増加傾向にあり、大きな変化は見られませんでした。続いて、タイプ2については、平成23年度～27年度、平成28年度～30年度ともに増減しつつ横ばいであり、何かしらの傾向にあるとは言いがたい状況です。最後に、タイプ3については、平成23年度～27年度は緩やかな増加傾向にありましたが、平成28年度～30年度は横ばいになっており、良化していることがわかりました。

全体をみると、タイプ2が最も大きな割合を占めていることがわかります。

以上、組合員及び被扶養者におけるタイプ別有病者一人当たり医療費の傾向を以下にまとめ、組合員と被扶養者に分けて詳細分析を行います。

表 19 タイプ別有病者一人当たり医療費の傾向のまとめ

有病者一人当たり医療費			
	タイプ1	タイプ2	タイプ3
組合員	緩やかな減少 ↓ 横ばい(悪化)	減少 ↓ 増減しつつ横ばい(悪化)	横ばい ↓ 横ばい
被扶養者	緩やかな増加 ↓ 緩やかな増加	増減しつつ横ばい ↓ 増減しつつ横ばい	緩やかな増加 ↓ 横ばい(良化)

※上段：平成 23 年度～27 年度、下段：平成 28 年度～30 年度

表 20 組合員におけるタイプ別傾向のまとめ

		評価項目(大)		有病者一人当たり医療費	まとめ	
		有病者率	加入者一人当たり医療費			
組合員	タイプ 1	H23～27	緩やかな増加	減少	緩やかな減少	有病者は増え続け、 軽症化が進まなくなる
		H28～30	緩やかな増加	横ばい(悪化)	横ばい(悪化)	
	タイプ 2	H23～27	横ばい	横ばい	減少	有病者は増減せず、 軽症化が進まなくなる
		H28～30	横ばい	横ばい	増減しつつ横ばい(悪化)	
	タイプ 3	H23～27	横ばい	横ばい	横ばい	有病者は増減せず、 軽・重症化も変化なし
		H28～30	横ばい	横ばい	横ばい	

組合員に関してタイプ別に傾向を確認した結果、良化しているものはありませんでした。そのため、全タイプにおける追加対策の必要性を以下で検討していきます。

組合員の「有病者率」に関しては、タイプ 1 は緩やかな増加で変化なし、タイプ 2 及びタイプ 3 は横ばいで変化なしと、全タイプで変化なしであることがわかりました。このことから、タイプ 1～3 の合算値 (図 56) で緩やかな増加で変化なしとなっているのは、タイプ 1 の緩やかな増加が原因であることがわかりました。このため、タイプ 1 の緩やかな増加傾向を横ばいに良化することができれば、目標の達成見込みがあると考えられます。

組合員の「加入者一人当たり医療費」に関しては、タイプ 1 で減少から横ばいに悪化し、それ以外は横ばいで変化なしであることがわかりました。このことから、タイプ 1～3 の合算値 (図 57) で減少から横ばい(悪化)となっているのは、タイプ 1 が原因であることがわかりました。目標達成のためには、横ばいを維持するのではなく、タイプ 1～3 を減少傾向に変えていく必要があると考えています。ただし、図 60 に示したように、タイプ 1 が最も大きい割合を占めているため、タイプ 1 の保健事業を強化することが効果的だと考えられます。

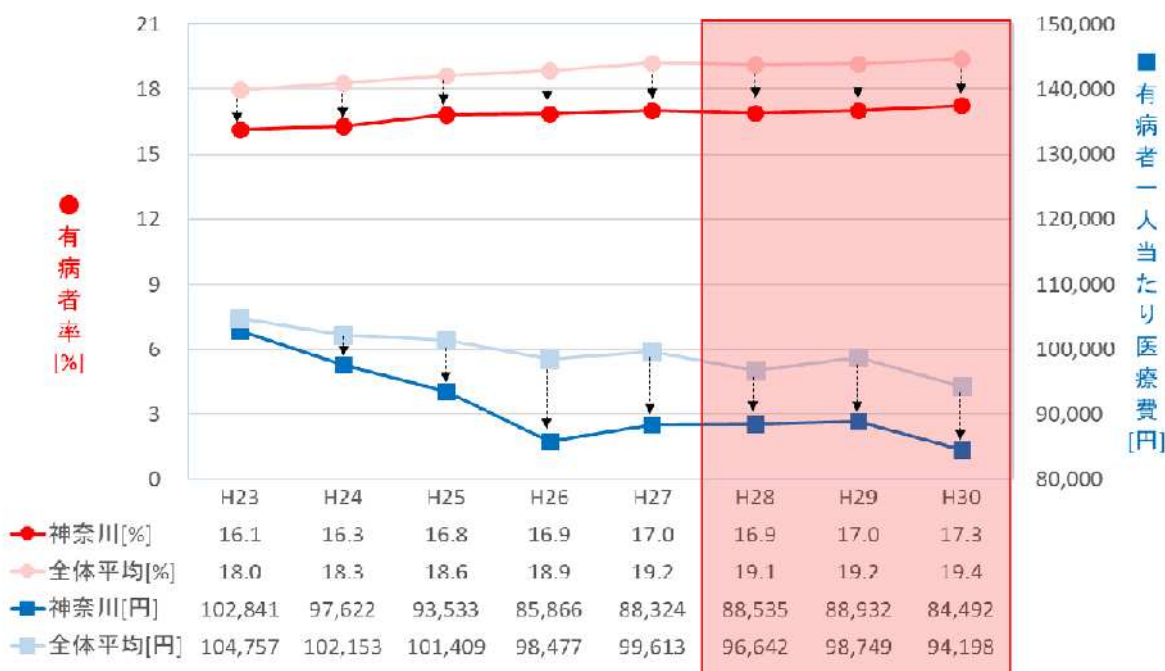
組合員の「有病者一人当たり医療費」に関しては、タイプ 1 とタイプ 2 で減少から横ばいに悪化しており、軽症化が進まなくなったことを意味しています。また、図 11 を見ると、タイプ 1 の「加入者一人当たり医療費」が悪化した原因は、タイプ 1 において軽症化が進まなくなったことにあると考えられます。一方で、タイプ 2 の「加入者一人当たり医療費」は横ばいで変化なしとなっていますが、これはタイプ 2 の「有病者率」が小さいために、図 11 における「有病者率」と「有病者一人当たり医療費」の乗算から算出される「加入者一人当たり医療費」に与える影響が小さいために、変化がみられなかったと考えられます。

タイプ 1 に関しては、保健事業により事前の予防が可能な疾病ですが、組合員では有病者が増え続けています。神奈川支部では、生活習慣病のリスク者が有病者にならないように働きかける特定保健指導を平成 28 年度から訪問型で実施する等、病気になる人を減らす・増やさない 1 次予防を強化しています。この強化により、平成 27 年度時点では 1.8% であった神奈川支部の組合員における特定保健指導の実施率 (図 34) は、平成 28 年度時点で 23.7% になり大幅な改善が見られています (詳細は図 69 を用いて

後述)。また、最新実績値である平成 30 年度時点では 31.0%まで改善が進んでいます。しかしながら、生活習慣病のリスク者のうち、69%の組合員に対しては特定保健指導が実施されていないともいえます。このことから、特定保健指導に 1 次予防の対策効果がないのではなく、特定保健指導が実施されないことが課題であると考えられます。そのため、特定保健指導の認知度向上に努めることで実施率を向上させ、1 次予防を強化することが必要だと考えています。

また、タイプ 1 の軽症化が進まなくなった原因としては、様々な場合が考えられます。例えば、軽症であった有病者が完治して有病者ではなくなった、軽症であった有病者が重症化した、新たな有病者がすでに重症であった等です。タイプ 1 の性質として、事前の予防が可能なこと及びリスク者の特定が可能なことから、新たな有病者を可能な限り軽症な状態で発見することが重要になります。先述のとおり、近年、特定保健指導の実施率が増加していることから、今後、新たな有病者を軽症状態で発見できることが予測されます。また、**図 12** に示した生活習慣病における有病者一人当たり医療費に対して、新たな実績値を追加します。

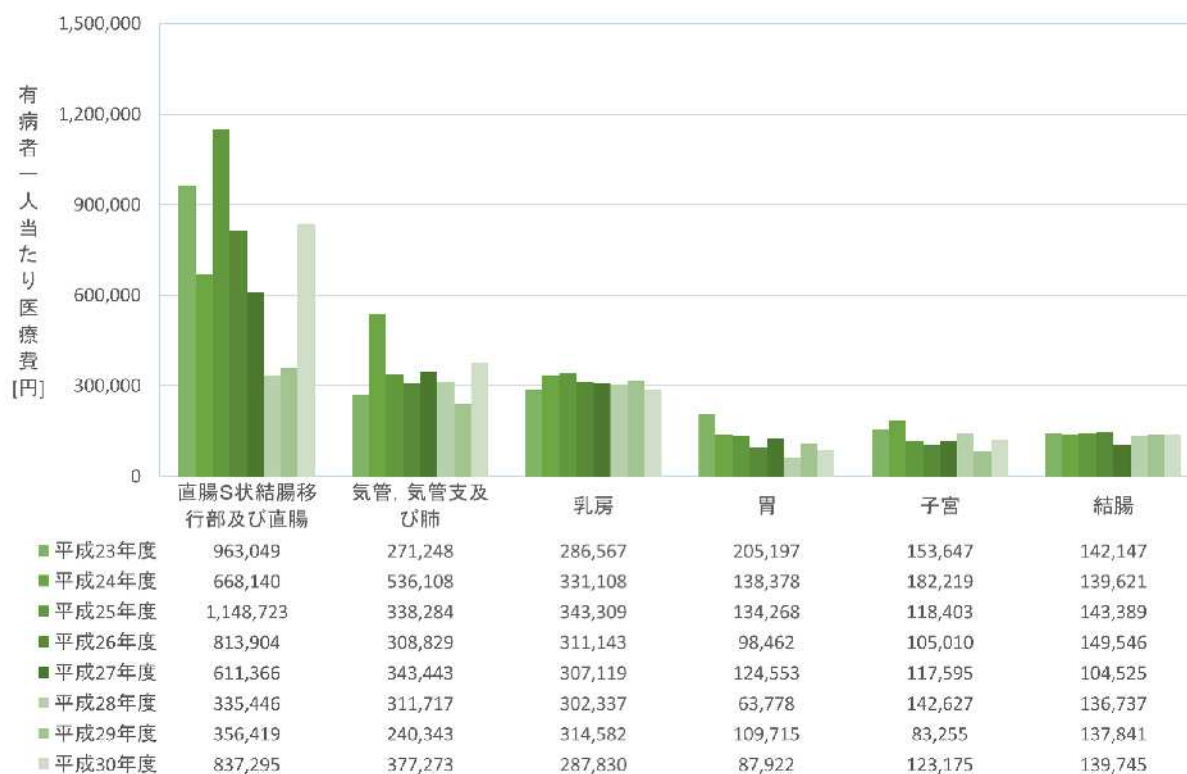
図 64 生活習慣病における「組合員」の有病者率と有病者一人当たり医療費の推移



平成 28 年度～30 年度において、神奈川支部は全体平均と比較して約 10,000 円下回っている状態で推移しており、さらなる軽症化が進んでいないものの、全体平均と比較すると軽症状態を維持しているとも考えられます。

タイプ 2 に関しては、保健事業により事前の予防が難しく、リスク者を早期治療につなげるために検診で早期発見の機会を提供することが重要です。表 20 に示したように、有病者は増減していませんが、有病者一人当たり医療費の減少傾向が横ばいになったため、軽症化しなくなっています。タイプ 2 の場合、疾病別に事業を実施すること（検診）が効果的だと考えられるため、主にどの疾病が重症化しているかを把握するため、**図 42** に示した疾病別の有病者一人当たり医療費に対して、新たな実績値を追加します。

図 65 悪性新生物における「組合員」の疾病別有病者一人当たり医療費の推移



近年、最も重症化していた疾病である「直腸S状結腸移行部及び直腸」に軽症化が見受けられていましたが、平成30年度に再び重症化していることがわかりました。この「直腸S状結腸移行部及び直腸」が原因で、タイプ2の有病者一人当たり医療費が減少傾向から増減しつつ横ばいに悪化したと考えられます。

神奈川支部では、第2期データヘルス計画の策定当時に「直腸S状結腸移行部及び直腸」の有病者一人当たり医療費の高さに着目し、令和元年度から大腸がん検査を無料で受診できる取り組みを実施しています（8章—2で後述）。したがって、タイプ2の有病者一人当たり医療費の悪化傾向を改善することに寄与できると考えています。

タイプ3に関しては、有病者は増減せず、軽症化も重症化もしていません。神奈川支部では、平成30年度にメンタルヘルスセミナーの実施等で保健事業を強化しましたが、効果が現れるのに時間を要している段階だと考えています。

表 21 被扶養者におけるタイプ別傾向のまとめ

		評価項目(大)		有病者一人当たり医療費	まとめ	
		有病者率	加入者一人当たり医療費			
被扶養者	タイプ1	H23～27	緩やかな増加	増加	緩やかな増加	有病者は増え続け、重症化している
		H28～30	↓	増加	↓	
	タイプ2	H23～27	緩やかな増加	緩やかな増加	増減しつつ横ばい	有病者は増えなくなり、軽・重症化は変化なし
		H28～30	↓	横ばい(良化)	↓	
	タイプ3	H23～27	緩やかな増加	緩やかな増加	緩やかな増加	有病者は増えなくなり、軽症化している
		H28～30	↓	横ばい(良化)	↓	

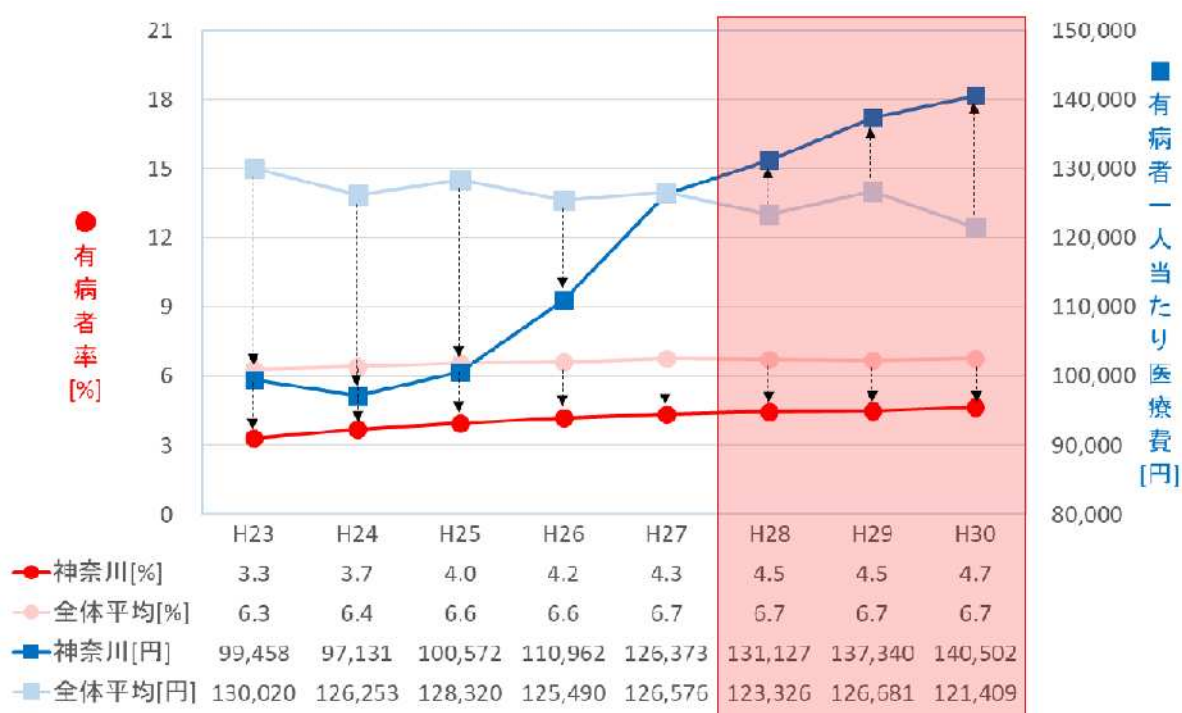
被扶養者に関してタイプ毎に確認した結果、タイプ2とタイプ3で良化していることがわかりました。そのため、唯一良化しなかったタイプ1における追加対策の必要性を以下で検討していきます。

被扶養者の「有病者率」に関しては、タイプ2とタイプ3が緩やかな増加から横ばいに良化し、タイプ1は緩やかな増加で変化なしであることがわかりました。このことから、タイプ1～3の合算値(図56)で横ばい(良化)となっているのは、タイプ2とタイプ3が原因であることがわかりました。しかし、タイプ1が緩やかな増加であるにもかかわらず、タイプ1～3の合算値で横ばいとなっている理由は、タイプ1の緩やかな増加の度合いが小さいためだと考えています。

被扶養者の「加入者一人当たり医療費」に関しては、タイプ2とタイプ3が緩やかな増加から横ばいに良化し、タイプ1は増加で変化なしであることがわかりました。このことから、タイプ1～3の合算値(図57)で緩やかな増加(良化)となっているのは、タイプ2とタイプ3が原因であることがわかりました。

被扶養者の「有病者一人当たり医療費」に関しては、タイプ3が緩やかな増加から横ばいに良化し、タイプ1は緩やかな増加で変化なし、タイプ2は増減しつつ横ばいで変化なしであることがわかりました。タイプ1のみ増加傾向にあり、重症化が進行していることがわかります。図13に示した生活習慣病における有病者一人当たり医療費に対して、新たな実績値を追加します。

図 66 生活習慣病における「被扶養者」の有病者率と有病者一人当たり医療費の推移



タイプ1に関しては、保健事業により事前の予防が可能な疾病ですが、組合員同様、被扶養者も有病者が増え続けています。加えて、有病者一人当たり医療費が全体平均を上回るほど大きく増加しており、重症化が進行していることが明らかです。被扶養者は、組合員と同じく特定保健指導の実施率が低いこと（図 34）に加えて、特定健康診査の受診率が低いこと（図 33）も課題であると考えられます。

そのため、神奈川支部では、第2期データヘルス計画の策定時に「有病者一人当たり医療費」の増加傾向に着目し、被扶養者の重症化の進行を抑制するため、令和元年度から特定健康診査当日の特定保健指導を導入しています。この狙いとしては、新たな有病者を可能な限り軽症な状態で発見することにあります。これにより、後日改めて医療機関に行くことなく特定保健指導を実施でき、利用者の利便性の向上及び特定健康診査の受診率、特定保健指導の実施率の向上が望めると考えています。

ここで、平成23年度～27年度の特定健康診査の受診率及び特定保健指導の実施率に加え、新たに平成28年度～30年度の受診率及び実施率をそれぞれ次に示します。また、受診率や実施率は、対象者のうち何%の人が受診あるいは実施したかという比率になります。この対象者、受診者、実施者の絶対値データも併せて示します。

図 67 「組合員」及び「被扶養者」の「特定健康診査」の受診率

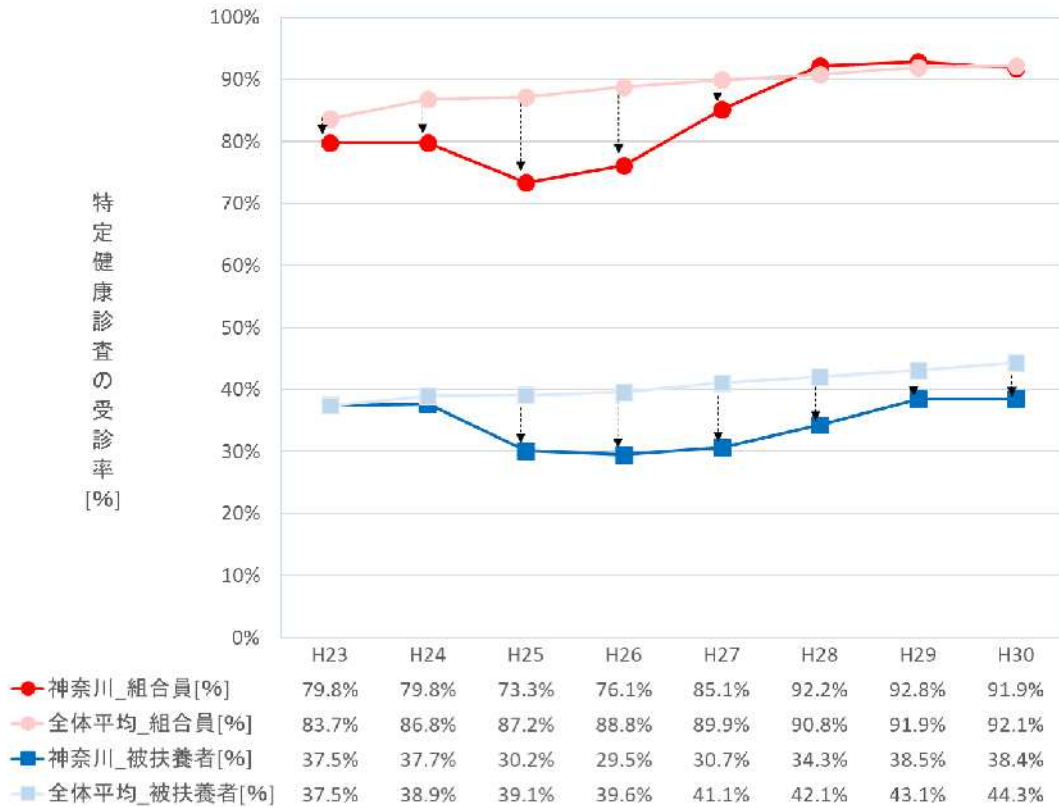
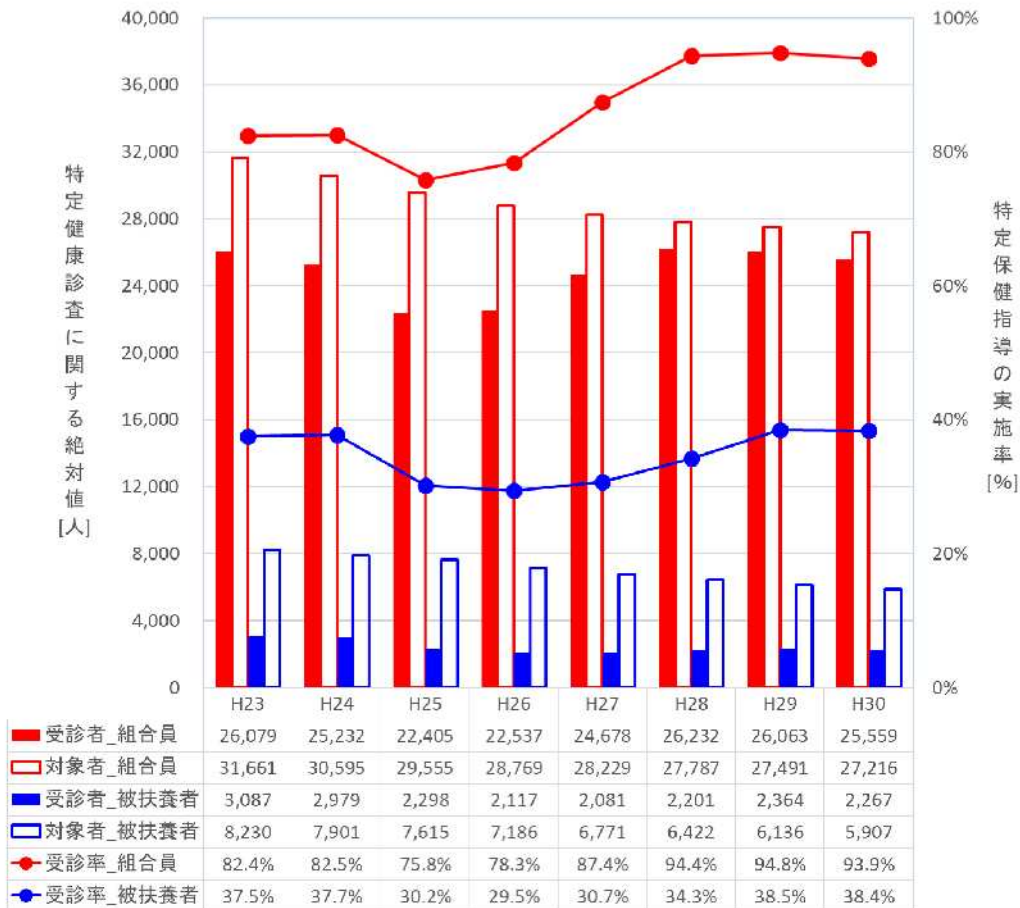


図 68 特定健康診査の対象者と受診者 ※任意継続組合員含まず



組合員の特定健康診査受診率は、平成 23 年度～27 年度において、神奈川支部は全体平均を下回る 80% 前後で推移しており、平成 25 年度から改善が見られていました。平成 28 年度～30 年度においても、引き続き改善が見られ、神奈川支部は全体平均と同じ水準である 90% 台前半で安定して推移していることがわかります。

一方、被扶養者の特定健康診査受診率は、全ての期間で 30～40% の範囲で推移しており、全体平均を下回り続けています。ただし、全体平均も 40% 前後で推移しており、全国的に被扶養者の受診率が高くないことがわかります。

図 68 に示した絶対値に着目すると、組合員と被扶養者の対象者人数に 4 倍前後の違いがあることがわかりました。また、対象者人数は年々減少していることもわかります。

神奈川支部は組合員の特定健康診査に関する保健事業を強化していませんが、特定健康診査の受診率は改善しています。これは、特定健康診査の実施データの回収率が改善したことを意味しています。組合員には神奈川支部で実施している人間ドックに加え、事業主による健康診断が行われており、この結果を、特定健康診査の結果とすることができるため、そうしたデータが確実に回収できれば受診率は高くなります。組合員の受診率が 100% に到達しない理由は、データが回収されない場合、あるいはデータに欠損がある場合の 2 通りがあります。神奈川支部では、この回収に関する業務改善やリソース追加等を適宜行っていることから、特定健康診査の受診率が改善されたと考えています。

一方、被扶養者に関しては、特定健康診査の受診が被扶養者自身の判断に委ねられている中、被扶養者が受診した医療機関からは、結果データが全て神奈川支部に送付されるため、受診率が 100% に到達しない理由は、データの未回収でなく、単純に受診していないことによると考えています。

評価項目（小）の特定健康診査受診率は、組合員及び被扶養者の合算になります。組合員の受診率の改善余地は 6.1%（1,657 人（=27,216 人－25,559 人））であるのに対して、被扶養者の受診率の改善余地は 61.6%（3,640 人（=5,907 人－2,267 人））となっています。このことから、評価項目（小）である特定健康診査の受診率を改善するためには、被扶養者への特定健康診査の受診勧奨に関する保健事業を強化した方が効果的だといえます。

前述のとおり、神奈川支部では被扶養者に対して、平成 28 年度～29 年度に受診勧奨はがきの送付、健診結果送付用封筒の配付、人間ドックにおける特定健康診査受診券の利用等を実施し、特定健康診査の受診率の向上を図っています。加えて、令和元年度から特定健康診査当日の特定保健指導を導入しています。しかしながら、前者に関しては、効果がまだ得られていない、あるいは効果が低いと考えることもでき、後者に関しては、効果を確認できるのは早くとも令和元年度からになります。これらのことから、前者の保健事業の見直しや、後者の保健事業の効果確認を適切に行う等、効果的な保健事業の検討を進めます。

図 69 「組合員」及び「被扶養者」の「特定保健指導」の実施率

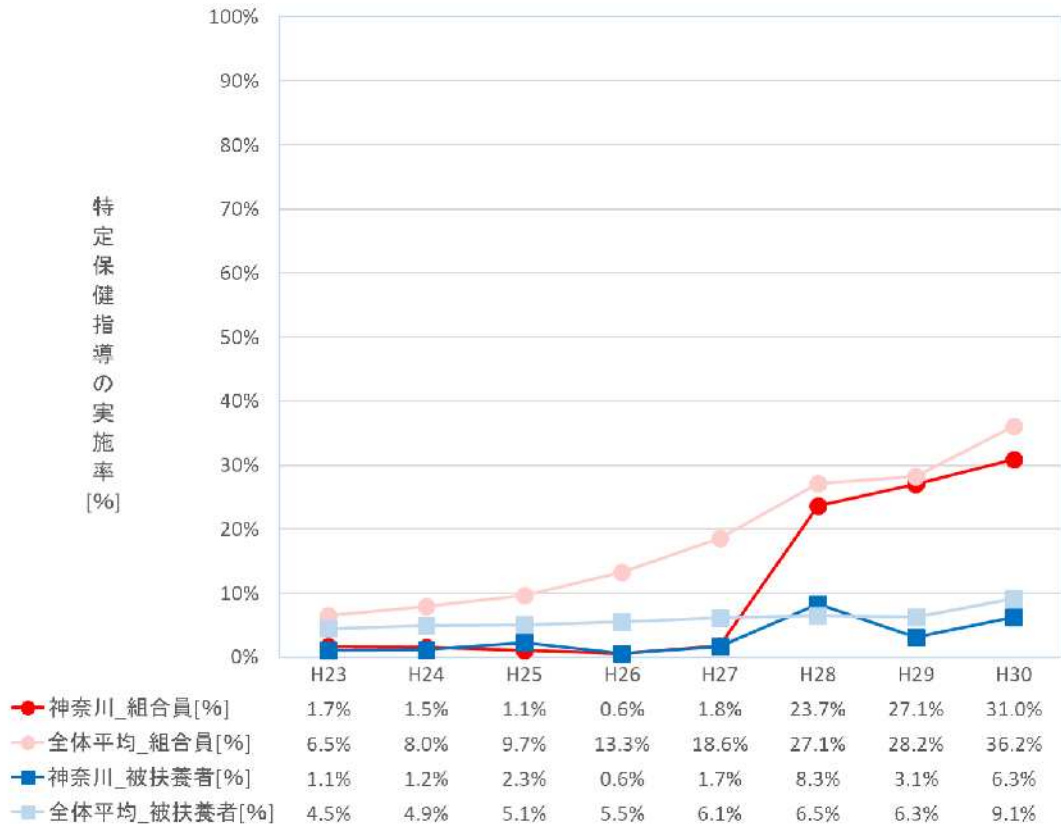
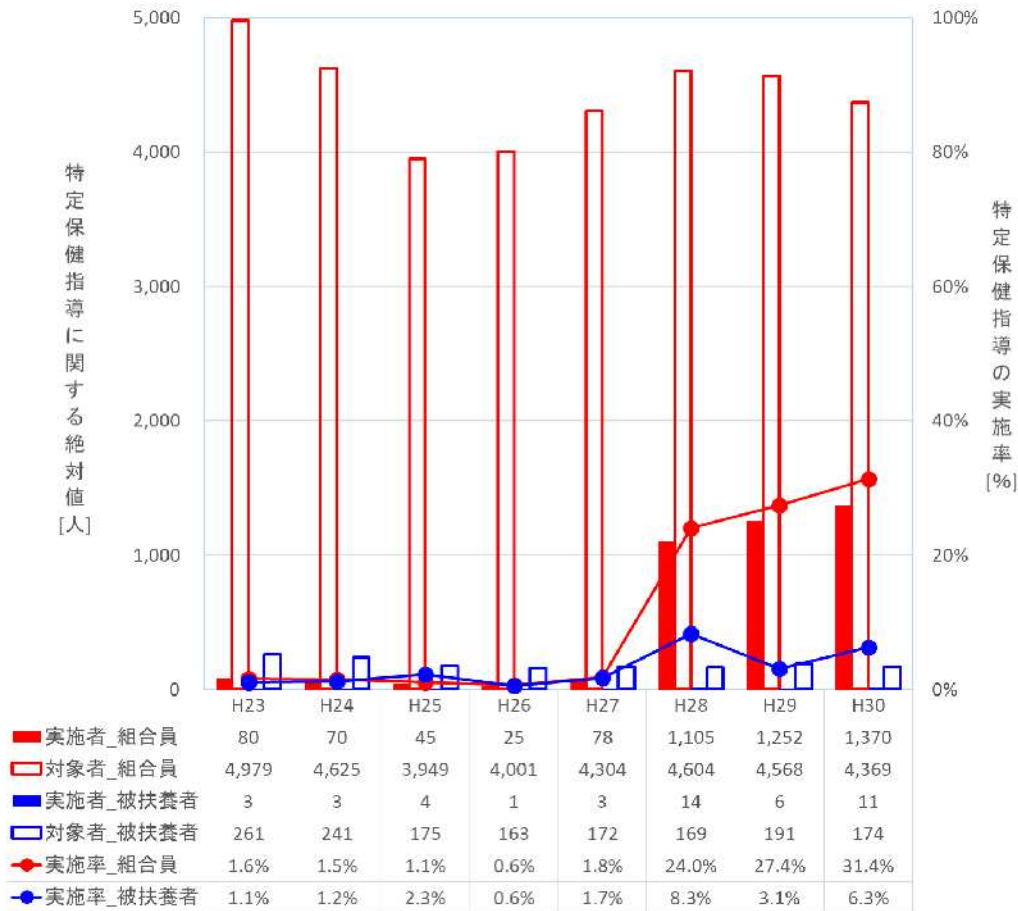


図 70 特定保健指導の対象者と実施者 ※任意継続組合員含まず



組合員の特定保健指導実施率は、平成 28 年度から訪問型で実施することにしたこと等により、平成 27 年度時点では 1.8%であったのに対して、翌年の平成 28 年度には 23.7%になり、全体平均同等まで改善していることがわかります。また、最新実績値である平成 30 年度時点では 31.0%まで改善が進んでいます。

また、被扶養者の特定保健指導実施率は、平成 28 年度から若干の改善が見られます。これは、被扶養者の特定保健指導対象者人数が 200 人前後と少ないことに起因しており、実施者人数のわずかな変化で実施率が変動しやすいためだと考えています。

評価項目（小）の特定健診受診率は、組合員及び被扶養者の合算になります。特定保健指導の未実施者人数に着目すると、平成 30 年度時点で組合員は 2,999 人（=4,369 人－1,370 人）であり、被扶養者は 163 人（=174 人－11 人）であることがわかります。このことから、評価項目（小）である特定保健指導の実施率を改善するためには、組合員に対する保健事業を強化した方が効果的だといえます。

組合員に対しては、訪問型の特定保健指導が実施率向上に大きく寄与していることが判明しました。この訪問型の特定保健指導を継続させるとともに、特定保健指導の認知度向上につながるよう、効果的な保健事業の検討を進めます。被扶養者に対しては、前述のとおり、令和元年度から特定健康診査当日の特定保健指導を導入しており、今後その効果を見極めつつ、効果的な保健事業の検討を進めます。

以上説明したように、本節では評価項目（大）の目標達成見込みの有無を確認し、組合員と被扶養者に分けてタイプ別分析を行い、保健事業の追加対策等を検討しました。まとめを以下に示します。

表 22 タイプ別分析結果と追加対策のまとめ

	組合員			被扶養者		
	タイプ1	タイプ2	タイプ3	タイプ1	タイプ2	タイプ3
有病者率	増え続けている	増減せず	増減せず	増え続けている	増えなくなった	増えなくなった
状態	軽症化が進まなくなる	軽症化が進まなくなる	軽・重症化変化なし	重症化している	軽・重症化変化なし	軽症化している
対策等	引き続き特定保健指導の推進	大腸がん検査（無料）	メンタルヘルスセミナー	特定健診・特定保健指導の強化の検討	現行の事業を引き続き実施	現行の事業を引き続き実施

2 保健事業の整理

表 23 神奈川支部における保健事業まとめ (中間分析時点)

疾病分類	予防段階	事業名	表3対応No.	内容	開始年度	組合員	被扶養者
生活習慣病 (タイプ1)	1次予防	特定健康診査	1-1	特定健康診査受診券の配付	—	×	○
				受診勧奨はがきの送付	平成28年度	×	○
				健診結果送付用封筒の配付	平成28年度	×	○
				人間ドックにおける特定健康診査受診券の利用	平成29年度	×	○ ※
				広報誌による普及啓発	—	○	○
	特定保健指導	1-2 1-3	特定保健指導	特定保健指導利用券の配付	—	○	○
				訪問型特定保健指導	平成28年度	○	×
				個別通知(健康読本)配付	平成27年度	○	×
				広報誌による普及啓発	—	○	○
	特定健康診査当日の特定保健指導実施	令和元年度	×	○			
その他	1-8	アウトソーシングによるスポーツ施設等利用	平成24年度	○	○		
2次・ 3次	人間ドック	1-1 1-7	人間ドック受診	—	○ 補助あり	○ ※ 補助なし	
	脳ドック	1-1 1-7	脳ドック受診	—	○ 補助あり 40～64偶数歳	○ ※ 補助なし	
悪性新生物 (タイプ2)	2次・ 3次	胃がん検診	2-1	人間ドックの中で実施	—	○ 補助あり	○ 補助なし
		大腸がん検診	2-2	人間ドックの中で実施	—	○ 補助あり	○ 補助なし
				郵送による大腸がん検査の実施	令和元年度	○ 無料	×
		肺がん検診	2-3	人間ドックの中で実施	—	○ 補助あり	○ 補助なし
		乳がん検診	2-4	人間ドックのオプションとして実施	—	○ 補助あり	○ 補助なし
		子宮がん検診	2-5	人間ドックのオプションとして実施	—	○ 補助あり	○ 補助なし
		PET検診	2-6	PET検診の受診	—	○ 補助あり 50歳	○ 補助なし
精神の疾病 (タイプ3)	1次予防	教職員メンタルヘルス相談(面談)	3-1	県内のカウンセリングルームでメンタルヘルス相談を実施	—	○	○
		教職員メンタルヘルス相談(電話)	3-1	電話によるメンタルヘルス相談	平成29年度	○	○
		Web相談(こころの相談)	3-1	Webによるメンタルヘルス相談	平成29年度	○	○
		メンタルヘルスに関するリーフレット	3-2	メンタルヘルスに関するリーフレットの配付	—	○	×
		心のセルフチェックシステム	3-3	自身のストレス状況を把握できるシステム	平成28年度	○	×
		メンタルヘルスに関する講習会	3-2	メンタルヘルスセミナーの実施	平成30年度	○	×
その他 (共通)	1次予防	教職員健康相談24	4-1	電話による24時間の健康相談	—	○	○
		個人の予防・健康づくりに向けたインセンティブ	4-2	歩数を競うイベントの実施	令和2年度	○	×
	プール施設補助	—	プール施設の利用補助	—	○	○	
	教職員体育大会	—	教職員体育大会の事業費の一部を補助	—	○	×	
	ライフプランセミナー	—	特定年齢を対象に健康等についての講演を実施	—	○	×	
医療費通知	—	医療費通知を配付する	平成30年度	○	○		

任意継続組合員については記載していません。 ※ 平成29年度は被扶養配偶者のみが対象、平成30年度より被扶養者に拡大。

8章—1で述べたタイプ別分析結果から保健事業を見直した結果を表23に示します。赤枠内は、第2期データヘルス計画策定当時から変更があった保健事業であり、3つの保健事業で変更があります。

1つ目は、令和元年度から開始している特定健康診査当日の特定保健指導実施（被扶養者のみ）です。これは、特定健康診査及び特定保健指導をセットにすることで、被扶養者の受診率及び実施率向上を図り、被扶養者のタイプ1の改善につなげるものになります。組合員は検討中としていましたが、検討の結果、現時点では導入していません。

2つ目は、令和元年度から開始している郵送による大腸がん検査の実施（組合員のみ）です。これは、8章—1で述べたように、第2期データヘルス計画の策定当時に「直腸S状結腸移行部及び直腸」の有病者一人当たり医療費の高さに着目し、大腸がん検査を無料で受診できる新たな取り組みを進めました。その結果、令和元年度及び2年度の実績では、神奈川支部で予め用意していた枠を大きく超える応募があり、抽選形式を採用せざるを得ませんでした。このことから、定員の拡大を検討するなど、タイプ2の有病者一人当たり医療費の今後の推移に着目しつつ、効果的な保健事業を進めていきます。

3つ目は、令和2年度から開始予定であった歩数を競う健康イベントの実施（組合員のみ）です。これは、検討中としていた個人の予防・健康づくりに向けたインセンティブに関する保健事業になります。残念ながら、新型コロナウイルスの感染拡大防止の観点から中止としました（不要不急の外出を促すことに相当すると判断）。現状、再開目途は立っておらず、実施については今後の状況を見て判断していきます。

3 評価項目 (小)

表 24 評価項目 (小) 目標値 (中間分析時点)

評価項目 (小)		当共済組合 策定時値	当共済組合現在値	神奈川支部 策定時値	神奈川支部 平成30年度値	神奈川支部目標値 (令和5年)
特定健診受診率		81.8% (平成28年度)	83.6% (平成30年度)	81.7% (平成28年度)	82.7%	90%
特定保健指導実施率		26.2% (平成28年度)	34.9% (平成30年度)	23.1% (平成28年度)	30.0%	45%
メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少		該当者11.5% 予備群11.2% (平成27年度)	該当者12.3% 予備群11.4% (平成30年度)	該当者11.1% 予備群10.6% (平成27年度)	該当者11.4% 予備群10.3%	該当者9% 予備群3%
脂質異常症の減少 (LDLコレステロール160mg/dl以上の者の割合)		男性13.6% 女性12.9% (平成27年度)	男性13.7% 女性12.8% (平成30年度)	男性13.5% 女性13.9% (平成27年度)	男性13.7% 女性13.4%	男性9% 女性10%
血糖コントロール指標におけるコントロール不良者の割合の減少 (HbA1cがJDC値8.0% (NGSP値8.4%) 以上の者の割合)		0.8% (平成27年度)	0.8% (平成30年度)	0.8% (平成27年度)	0.6%	0.5%
運動習慣づくり支援の利用者数		-	-	49,965人 (平成28年度)	58,929人	55,000人
がん検診受診率 (もしくは費用補助 の利用率)	胃がん	-	-	29% (平成28年度)	28%	30%
	大腸がん	-	-	29% (平成28年度)	28%	30%
	肺がん	-	-	29% (平成28年度)	28%	30%
	乳がん	-	-	22% (平成28年度)	21%	25%
	子宮頸がん	-	-	20% (平成28年度)	18%	25%
	その他のがん	-	-	0.2% (平成28年度)	0.1%	1%
メンタルヘルスに関する啓発	セミナー実施 有無	-	-	無	有	有
	広報の配付数 (掲載数)	-	-	53,141人 (平成28年度)	53,796人	53,141人
個人の予防・健康 づくりに向けたインセ ンティブの実施状況	実施の有無	-	-	無	無	有
	利用者数 (率)	-	-	-	-	-

第7章—3で設定した評価項目(小)に平成30年度の実績値を加えた結果を表24に示します。特定健診の受診率及び特定保健指導の実施率はともに改善が見られました。中でも、特定保健指導の実施率は訪問型特定保健指導の実施が大きく影響し、6.9%改善しました。メタボリックシンドロームの該当者は0.3%増加し、予備軍は0.3%減少しました。脂質異常症の男性は0.2%増加し、女性は0.5%減少しました。血糖コントロール指標におけるコントロール不良者の割合は0.2%減少しました。今後も評価項目(大)を中心に、評価項目(小)の値にも注視していきます。