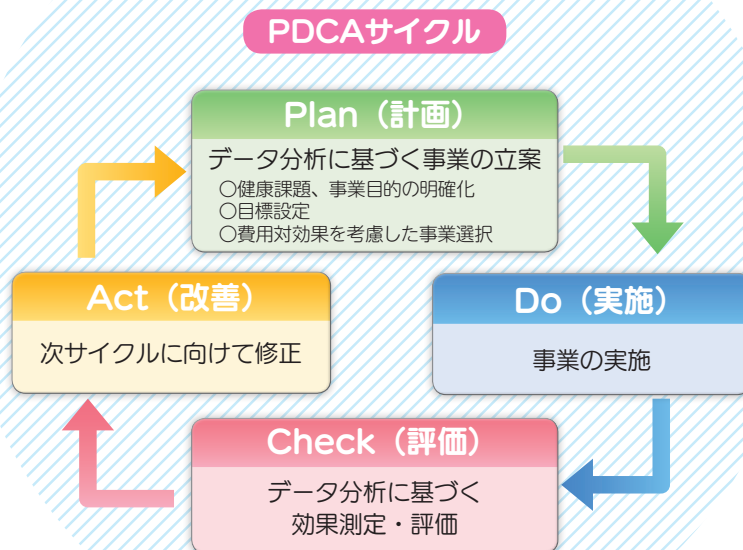


2018年度から

第2期

データヘルス計画が スタート！



データヘルス計画

「データヘルス計画」は、健康保険組合などが保有する健診結果と医療費データ（レセプト）などを分析したうえで事業を計画 (Plan) 実施 (Do) します。

実施した事業は評価 (Check) され、次年度の事業に向けて改善 (Act) し、年度ごとにPDCAサイクルを回します。

第1期データヘルス計画は2015年度から2017年度までの3年間実施されました。そして、2018年度から2023年度までの6年間は第2期データヘルス計画の実施期間になります。

第1期データヘルス計画の結果を踏まえ、「計画」「実施」「評価」「改善」のサイクルに沿って効果的かつ効率的に進めることが求められます。

鴻池健康保険組合

事業主とのコラボヘルス（協働）

コラボヘルスとは、「健康保険組合等の保険者と事業主が積極的に連携し、明確な役割分担と良好な職場環境のもと、加入者（従業員・家族）の健康づくりを効果的・効率的に実行すること」をいいます。

今後、少子高齢化の進展や定年延長などを考えると、労働力の高齢化は避けられず、企業にとって従業員の健康づくりは重要な経営課題となっています。

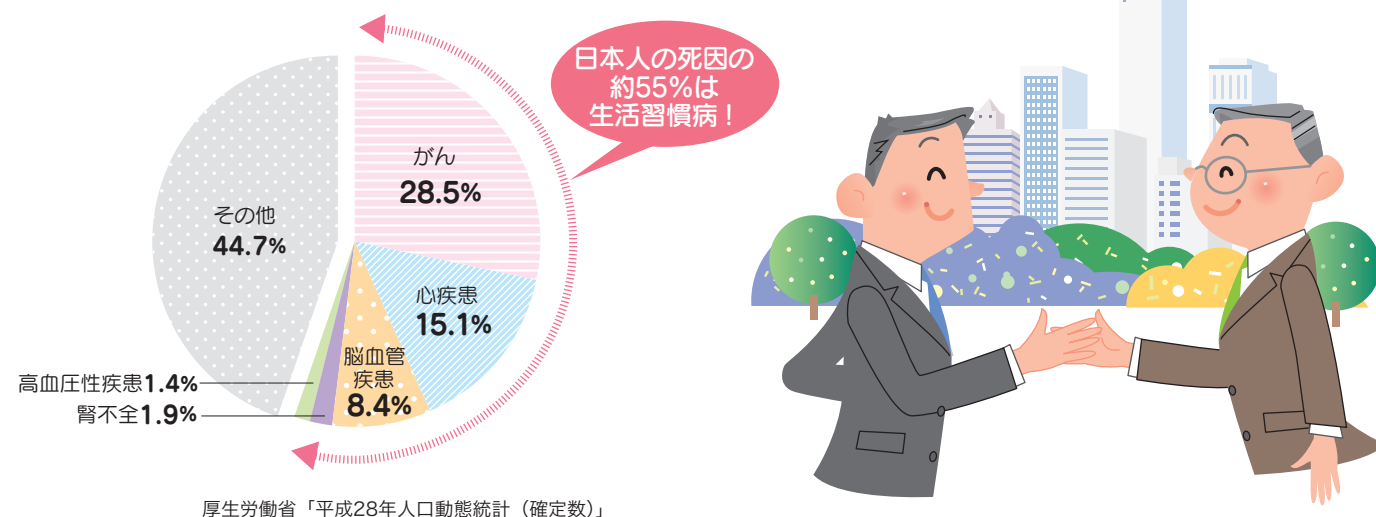
データヘルス計画では、事業主や事業所と健康保険組合が協力・連携して、みなさんの健康を推進する「コラボヘルス」も特徴となっています。

この「コラボヘルス」によって、健康保険組合の健康課題と企業の経営課題を改善する相乗効果が期待されます。

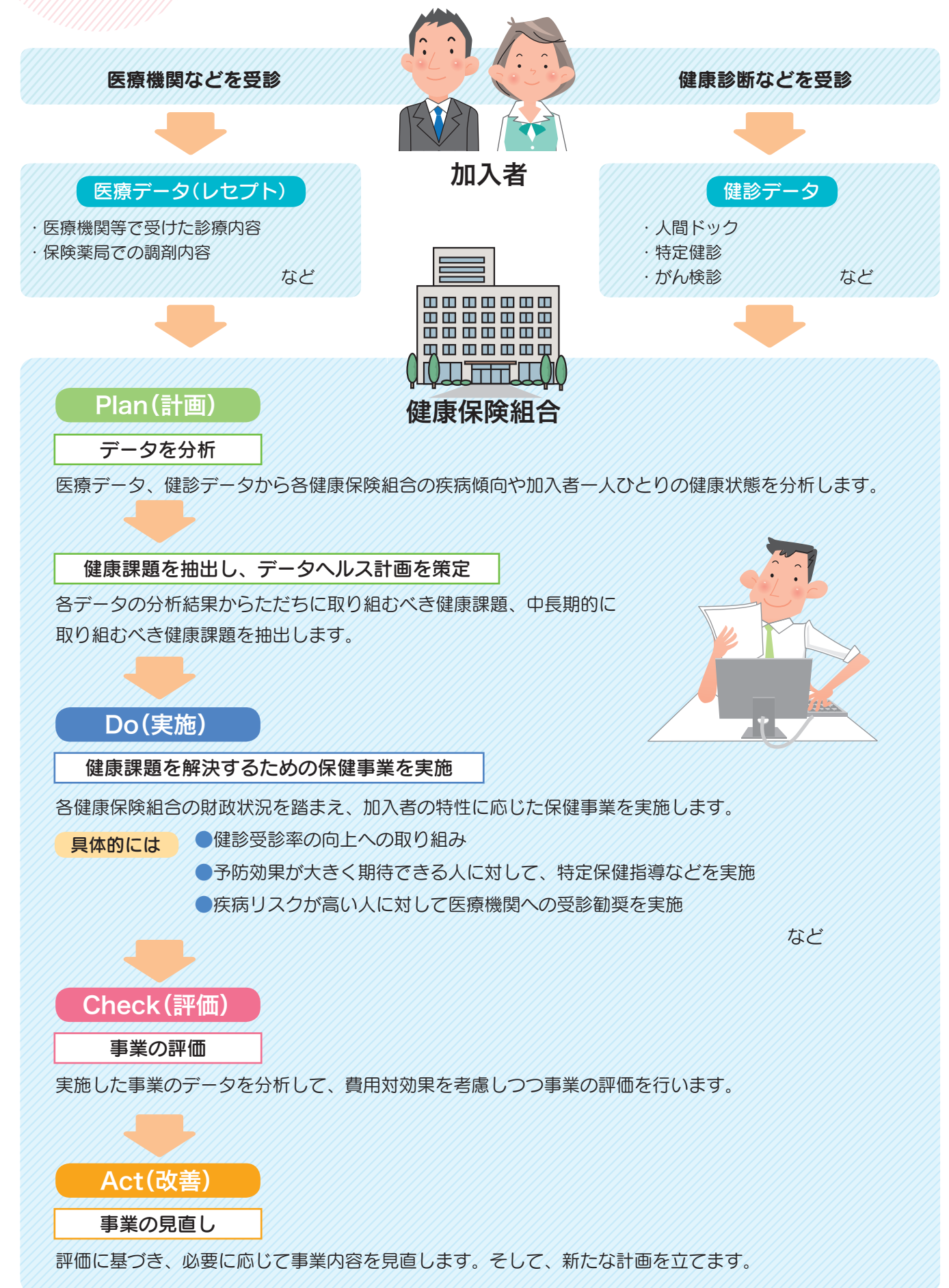


※健康経営®：事業主が従業員の健康に配慮することによって、経営面においても大きな成果が期待できるとの基盤に立って、健康管理を経営的視点から考え、戦略的に実践することを意味しています。
なお、健康経営®は、NPO法人健康経営研究会の登録商標となっています。

死因に占める生活習慣病の割合



データヘルス計画の流れ





当健康保険組合 第2期データ ヘルス計画の重点実施内容 メタボリック・シンドロームの予防と早期治療

(2018年度から2023年度)

メタボリック・シンドロームの予防または早期発見・早期治療のために、特定健診が毎年1回実施されています。



まず特定健診を受けます

- 対象者** 40～74歳の被保険者と被扶養者
- 必須項目** 1項目でも欠けると、特定健診を受けたことになりません。必須項目は必ず受診してください。



診 察

- ☒ 問診
- ☒ 身長
- ☒ 体重
- ☒ 肥満度
- ☒ 腹囲
- ☒ 身体診察
- ☒ 血圧

脂 質

- ☒ 中性脂肪
- ☒ HDLコレステロール
- ☒ LDLコレステロール (Non-HDLコレステロール)

肝 機 能

- ☒ AST (GOT)
- ☒ ALT (GPT)
- ☒ γ -GT (γ -GTP)

代 謝 系

- ☐ 空腹時血糖
- ☐ ヘモグロビンA1c
- ☐ 随時血糖

尿・腎機能

- ☒ 尿糖
- ☒ 尿たんぱく

※医師の判断に基づき選択的に実施する項目…ヘマトクリット値・血色素量・赤血球数・心電図・眼底検査・血清クレアチニン検査

健診結果をもとに階層化

階層化のしかた 内臓脂肪が蓄積し、リスクが重なっている人を抽出します。

内臓脂肪をチェック

- ① **腹囲**が男性85cm以上
女性90cm以上
- ② **BMI***が25以上

* BMI = 体重(kg) ÷ 身長(m)²

リスクの重なりをチェック

- ① **血糖**が高い
- ② **血圧**が高い
- ③ **脂質**が基準外
- ④ **喫煙習慣**がある

- リスク **低** 情報提供
- リスク **中** 動機づけ支援
- リスク **高** 積極的支援

積極的支援・動機づけ支援の対象となった人に特定保健指導を実施

特定保健指導

- 実施方法** 特定保健指導の対象となった方には、当健康保険組合からご案内書をお出しします。実施の意向を示された方には、外部委託先（SOMPOリスクアマネジメント㈱）に所属する保健師・看護師・管理栄養士などの資格を有する健康相談員が、職場やご自宅まで出向いて面談のうえ、取り組み方法のアドバイスなどを行います。
- ※従来の特定保健指導では、ご本人が病院を「見つけ」「予約して」出向いて行き、面談・アドバイスを受けていましたが、その必要がなくなります。対象者自らが病院へ「出向く保健指導」から、ご自身の職場やご自宅など対象者のもとへ「来てもらう保健指導」に変わります。

実施期間 6カ月間

- 実施内容**
- 初回面談** 職場やご自宅で特定健診結果の数値確認や6カ月後の目標設定などを30分～60分程度行います
 - 積極的支援** 健康相談員からの電話による生活改善サポートを期間中に4回行い、最終評価も電話にて行います
 - 動機づけ支援** (中間の追跡・確認はありません) 健康相談員からの電話による最終評価を行います



健診結果から要加療数値などの確認

対象者 抽出のしかた

血圧や血糖の数値から要加療状態の方をリストアップし、病院からのレセプトと突合させて対象者を抽出します。



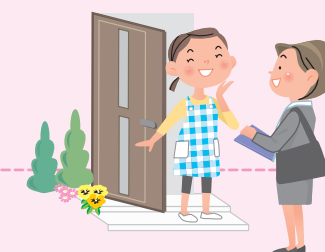
対象となった人に重症化予防のため医療機関での受診勧奨を実施

重症化予防事業

- 実施方法** 重症化予防事業の対象となった方には、当健康保険組合からご案内書をお出しします。実施の意向を示された方には、外部委託先（SOMPOリスクアマネジメント㈱）に所属する保健師・看護師・管理栄養士などの資格を有する健康相談員が、職場やご自宅まで出向いて面談のうえ、早期受診の促しなどを行います。

実施期間 3カ月間

- 実施内容**
- 初回面談** 職場やご自宅で特定健診結果の数値確認・検査値の表す意味合い・正常値との乖離など説明のうえ、専門の医療機関での早期受診につなげるアドバイスを行います
 - 実施期間中の追跡・確認** 健康相談員からの電話による受診勧奨を期間中に3回行います



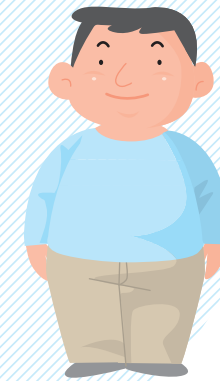
早い段階から生活習慣を改善し、 病気の発症を未然に防ぎましょう



ご存知ですか？ データヘルス計画関連用語

メタボリックシンドロームとは？

お腹に脂肪がたまる内臓脂肪型肥満に、高血圧・高血糖・脂質異常が複数重なった状態が、メタボリックシンドロームです。



特定保健指導とは？

血圧・血糖・脂質の値が治療を要するほどではなくても、動脈硬化が進行しやすい状態のため、この段階で専門スタッフのサポートを受けて生活習慣の改善に取り組みます。



「動機づけ支援」と「積極的支援」のちがいは？

特定健診の結果、カウントされるリスクの数が違い、より多い人が積極的支援になります。つまり、よりリスクの高い人が積極的支援の対象となります。初回面談で目標と行動計画を定め、後で評価する流れは同じですが、積極的支援では、初回面談が終わったあと、電話やメールなどによる継続的な支援があり、より手厚いフォローが行われます。なお、2年連続して積極的支援の対象となった人が、1年目の支援を終了して状態が改善していれば、初回面談後のフォローが行われない場合があります（平成30年度から）。

動機づけ支援→積極的支援よりもリスクが低い
積極的支援→動機づけ支援よりもリスクが高い
継続的な支援あり



重症化予防の面談とは？

血圧・血糖・脂質の値が要加療の状態であるにもかかわらず、医療機関で治療を行っていないと思われるため、専門スタッフから治療の開始や再開などのアドバイスを受けます。



参考資料：鴻池健康保険組合 基本情報

2017年12月31日現在

被 保 険 者 数	17,122人 男性83.0%（平均年齢42.3歳） 女性17.0%（平均年齢38.7歳）
加 入 者 数	32,224人 男性59.7% 女性42.3%
扶 養 率	0.88
適用事業所数	27力所
年 齢 分 布	男女とも45～49歳の年齢階層がもっとも多い。 以下、40～44歳、35～39歳が続く（下表参照）。 (歳) 70～74 65～69 60～64 55～59 50～54 45～49 40～44 35～39 30～34 25～29 20～24 15～19 10～14 7～9 5～6 3～4 0～2 2,500 2,000 1,500 1,000 500 0 500 1,000 1,500 2,000 2,500 (人) ■ 男性(被保険者) ■ 男性(被扶養者) ■ 女性(被保険者) ■ 女性(被扶養者)
主たる業態	建設業ならびに運輸業
主たる事業主	(株)鴻池組ならびに鴻池運輸(株)および関連グループ会社