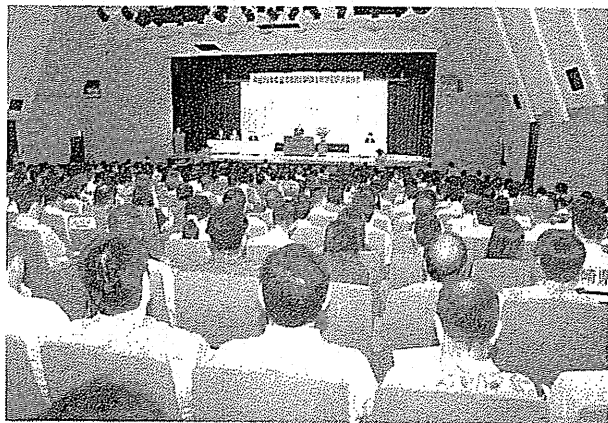




全国市町村国保主管課長研究協議会(8.28)

はコンセンサスは得られず、引き続き検討すべき課題も多く積み残しがあるが、今後、具体的な財政基盤強化策や保険者のあり方など、引き続き地方団体と十分協議し、意見をいただきながら検討を進めていきたい。今回の改革は、国保を国民皆保険を支える基盤として安定的、持続的な制度に再構築するための取組みであり、皆様のご理解を得て改革を進めていきたい」とのべた。

「データヘルス計画について」をテーマに講演した東京大学政策ビジョン研究センター特任助教の古井祐司氏は、データヘルスは、「データを使うことで人や集団や地域を動かすものである」と説明し、課題の明確化に際しては、「医療費や罹患率、有所見率などリスクの高いゾーンを狙うこと、また、そのなかで予防可能性があるものに絞ることである」とのべた。

「国保制度改革について」をテーマに講演した政策研究大学院大学教授の島崎謙治氏は、国保基盤強化協議会の中間報告に触れつつ、問題点として、保険者の主体をどこに置くのか、保険料の均てん化をどのように図るのかといった点を指摘した。

また、講演後には「被保険者の力を活かした保険運営を目指して」をテーマに、神奈川県立大学法学部自治行政学科教授の江口隆裕氏を司会に、助言者を島崎氏

が務め、各自治体担当者がそれぞれの取組みを発表した。

国民健康保険は国民皆保険制

データヘルス計画について

「新たな成長戦略下での効果的な保健事業」
東京大学政策ビジョン研究センター特任助教 古井祐司氏発言要旨

データを活用し予防を

いままでは崖の下に落ちた人をもどるように救い上げるのが課題であったが、今後は、まだ崖の上にいる人をいかにして落とさないか、つまり国民全体が加齢とともに健康を悪化させない、健康の維持が保険運営の最大のポイントになっている。

若いうちは健康づくりをしてもらっていても医療費に大きな差はないが、年齢を重ねるにつれて個人差が大きくなる。



古井 祐司氏

度の基盤として、引き続き適切な運営が図られる体制整備が望まれる。

したがって、健康づくりを行っている地域とそうでない地域で非常に格差が広がる。

日本の死亡率をみると、昔に比べて全都道府県で死亡率は減少し、健康格差も縮小した。しかし、どこかに課題があるのではないかとみると、脳血管疾患の死亡率は昔に比べて下がったものの、地域格差が大きいことがわかる。このようにデータを分解すると課題がみえてくる。

国家戦略上の課題として重要なことは、国民を健康づくりの土俵に乗せることである。データヘルスでわかってきたことは、必要な治療や予防医学的な知見が7割くらいの国民に伝わっていないということである。例えば、40〜60代の働き盛りの人で、心筋梗塞などの重症

疾患を新規に発症した人のレセプトの突合データをみると、3人に2人は発症までレセプトが5年くらいない。つまり、非常に血圧、血糖が高いのに、きちんと治療を受けていない人が3人に2人いるということである。

そのため、医療機関を受診した人だけでなく国民全員に網をかけようとするときに、国民皆保険を使って、医療保険の保健事業の仕組みを活用して、行動変容を促すような仕組みを地域、職域で作っていくというのがデータヘルスである。

意識づけと環境整備

データを活用することの一番の狙いは、健康に関心のない人に意識づけをすること、環境の整備を行うことである。データヘルスはよくデータ分析と間違われるが、データヘルスは、データを使うことで人や集団や地域を動かすものである。

特定健診のプログラムでは、

よくPDCAサイクルが強調される。これは闇雲に保健指導に取り組むのではなく、地域や集団の特徴をデータからつかんで、計画的・重点的に取り組んでいくということである。

データがあるとその分析をしなくなるが、保険者が取り組むべきことは、一つは事業を組み立てる、再構築することである。これは新しい事業を立ち上げる必要はなく、いままでの事業をもっとよくしていくということである。

もう一つ大事なことは、データヘルス計画をうまく進めていくために、財政担当者や医療提供者など関係者の協力を得るための素材としてデータ分析の結果を用いることである。

データをもとに集団の特徴を把握し、課題を明確化することになるが、課題の明確化のポイントは、例えば、医療費や罹患率、有所見率などリスクの高いゾーンを狙うこと、また、そのなかで予防可能性があるものに絞ることである。

事業を組み立てる際に、対象者には、自身が働く環境や地域の環境などの特徴を教えてあげることが大事である。一人ひとりの意識づけができてはじめて各種保健事業が成り立つ。意識づけがないと健康に関心のない人は保健事業になかなか参加しないからである。また、コラボヘルスといっているが、これか

国保制度改革について

政策研究大学院大学教授 島崎謙治氏(発言要旨)

保険料率平準化が課題

今回の国民健康保険の都道府

県化の一つの眼目は、医療の提供の責任主体を都道府県に移行していくが、現状では都道府県は財政責任を直接負ってはいないことである。すると、提供体制の改革にしっかりと取り組まないのではないかという懸念があり、したがって都道府県に一定の財政責任を負わせなければならぬ。そうしなければ医療提供体制の改革が難しいのでは

ら大事なことは、保険者と行政や企業などのコラボレーションである。その際に基盤となるのは、やはり意識づけや環境づくりである。それがあって、その上乗せで保健事業ができる。基盤となる事業の環境整備や健康意識づくりの徹底と、健康課題に応じた事業の設計が重要である。

ないかということであった。

国民健康保険が抱える基本的な問題は、三重の均てん性の欠落であると考えている。

一つ目は保険者の規模、二つ目は世帯主の職業分布、三つ目は所得分布である。これらはもと国保が抱える宿命であった。日本の医療保険制度は国保が最後の受け皿となっているために、人口構造や産業構造等の変化は国保を直撃することになった。

その解決に苦心し続け、老人保健制度や退職者医療制度、新



島崎 謙治氏

しい高齢者医療制度の創設は、その効果はともかくとして、一つの解答であった。しかし、これだけでは国民健康保険が安定しないために、再保険事業を進め、都道府県の関与を強化してきたという流れがある。

市町村国保が抱える構造的な問題について、社会保障改革プログラム法では、国民健康保険に対する財政支援の拡充と国民健康保険の財政上の構造問題の解決を図ったうえで、財政運営をはじめとして都道府県が担うことを基本としつつ、市町村の役割が積極的に果たされるよう都道府県と市町村において適切に役割を分担する等と書かれている。

これを受けて、国と地方の協議の場として、国保基盤強化協

議会が設置された。その主な論点は、国保の財政運営を都道府県が担うこととした場合における保険料の賦課・徴収の具体的な仕組みをどうするのか。二つ目は、都道府県が地域医療の現状水準と合わせて検討するとされた標準的な保険料等の住民負担の具体的な仕組みには、どのようなことが考えられるのか。三つ目は、都道府県が国保の財政運営を担うとした場合における保険給付や資格管理等の具体的な仕組みをどうするのかである。

8月に同協議会の中間整理がまとまったが、率直に言って、両論併記や曖昧な部分が残されている。しかし、ここまでの議論をとりまとめたという点では重要な文章である。

年末までに結論を

中間整理について指摘したいのは、財政安定化基金の創設の部分である。後期高齢者への全面総報酬割を導入した場合に生

ずる財源の活用も含めてとされるが、全面総報酬割の導入は決着しているわけではない。仮に決着したとしても、その財源を国保で使えるということにならない。被用者保険は被用者全体に使うべきと主張しており、国保で使うためにはいくつものハードルがある。この問題は予算編成過程で検討することになったっており、裏を返せば年末の予算編成までもつれるということである。

もう一つ重要なことは、両論併記が多いなか、分賦金方式を採ることが色濃く出ている。言い換えると、将来的にどうなるかはわからないが、当面は、市町村ごとの医療費水準や所得水準の差異が分賦課金に反映されるということを意味している。そうすると今の仕組みと何が違うのか。また、保険料水準の平準化に向けた仕組みとして、都道府県が県内の統一的な保険料算定方式を示すこと等によって平準化を推進するところがあるが、具体的にいままで、どのような方

策で行うのかについても必ずしも明確ではない。

私見をのべると、国保の保険者を市町村以外とした場合、国保の事務はその保険者で完結をしない。仮に都道府県を保険者とした場合、賦課方法と保険料率の統一が可能なのか。

また、現実的に保険料の格差を県内で均てん化させることができるのか。それから、保険給付は一体誰が行うのか。仮に保険給付も含めてそれは市町村がということになると、現状と何が違うのかということになる。都道府県が担うことになる。保険料の徴収と給付が分離してしまい、給付と負担を一体的にみながら運営するという社会保険方式のよさが失われはしないか。そして、国保の基盤強化の財源規模は、どの程度を示せば納得が得られるのか。

次期通常国会への法案提出はプログラム法で規定されている。議論は年末まで続くが、最終的な着地点がどうなるのかは予断を許さない。



私のまちの 健康に資する保健事業の 設計と実施(1)

～データヘルス計画の動向を踏まえて～

国立大学法人東京大学 政策ビジョン研究センター 特任助教
ヘルスケア・コミッティー株式会社 代表取締役会長 古井祐司

はじめに

私が20代で全国の国民健康保険直営診療施設（国保直診）をまわっていた際に、“出前医療”の重要性を学んだことが予防医学に目を向けるきっかけになりましたが、同時に地域によってなりやすい病気が違うという印象を持ちました。

それから10余年を経て、2008年度の特健診制度の導入により、全国で健診データの電子的標準化が図られ、他地域と比較することで当該地域の特性が明確になったことに大きな意義を感じます。これにより、地域によって疾病構造や健康状況が大きく異なることがわかり、その背景にある健康課題を構造的に探ることも可能になりました。

2013年6月に閣議決定された政府戦略の一環で、データを活用して人および地域を健康にする“データヘルス計画”を医療保険制度下で運営することとなり、効果的な保健事業の設計と実施がいよいよ現実のものとなります。

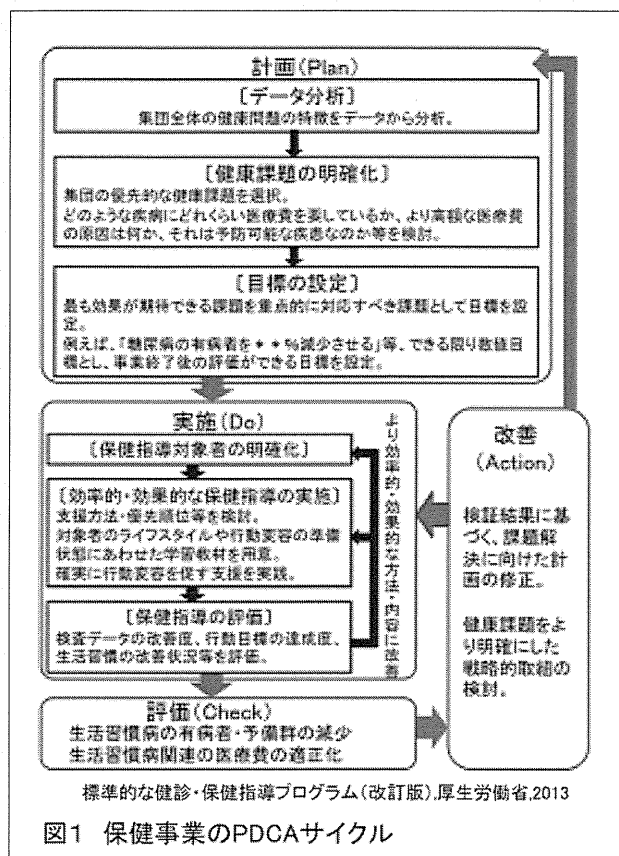
本稿では、データを活用した「私のまちの健康に資する保健事業の設計と実施」に寄与する目的で、研究成果や先行事業を整理してご紹介したいと思います。

1. 私のまちを知ることから始まる 保健事業

効果があがる保健事業を設計するには、当該地域の特性を知ることが大切です。地域の特性を捉えるには、データを活用（分析）することが重要です。データを分析する際には、①具体的なアクション（保健事業）の検討に資すること、②保健事業の運営に関わる関係者への説明・理解に資すること、この2つを強く

意識することが重要です。

データ分析によって地域の健康課題が明確になれば、その課題を解決する保健事業の設計につながりやすくなります。「標準的な健診・保健指導プログラム（改訂版）」（厚生労働省, 2013）では、分析により集団全体の健康問題（課題）の特徴を明らかにすることが、保健事業のPDCAの起点に位置づけられました（図1）。また、疾病別の医療費とその背景を探り、予防可能性の検討を加えることで、優



先的な課題を選択することが示されています。

比較することで客観的に現状を把握する

それでは、データを分析する際に、何かコツはあるのでしょうか。たとえば、「循環器疾患の一人当たり医療費は〇〇円以下が良い」といった絶対基準はありません。したがって、県全体や他の市町村と比較することで、自らの地域の特性を浮き彫りにします。個々の健診結果を集団の中でA判定、B判定と位置づけて、受診者の特性（健康課題）を明示するやり方と同じです。さらに、「あなたと同じ40代の男性の中では100人中90位ですよ」といった類似集団における比較が心に響くように、人口規模や年齢構成などが似通った市町村相互での比較も有効かもしれません。

静岡県では、国民健康保険団体連合会などとの連携のもと特定健診データを分析し、市町村ごとの健康マップを作成して、地域特性の可視化を図り、「第1回健康寿命をのばそう!アワー

ド」の厚生労働大臣最優秀賞も受賞されました。健康寿命が長い静岡県でも、県内で比較をすると、西部、中部、東部によって大きく健康状況は異なります。たとえば、東部ではメタボリック・シンジロームの割合が非常に高く、その背景として働き方や食文化の可能性が検討されました。観光業や漁業では時期により飲食のタイミングが不規則になることや、塩気の多い干物、また緑茶の摂取量が県内で少ないこともあがりました。このような現状と背景がわかると、庁内の衛生・国保所管長をはじめ、場合によっては首長までが対策に本気になります。これまで保健師が孤軍奮闘していた状況をダイナミックに変えることが可能です。地域の文化や産業が背景にあることが示せば、それを活用して健康づくりを進めることもできます。緑茶をキーワードにした健康施策で成果があがれば、住民の健康増進だけでなく、まちの産業の活性化にもつながるかもしれません。

愛知県では東海市が、「第1回健康寿命をのばそう!アワード」の厚生労働省健康局長優良賞を受賞されました。審査委員が初めて資料を拝見しても、当市の特性が客観的にわかりやすく整理されており、健康施策を設計されたストーリーが理解できました。

データを活用することで現状とその背景がわかれば、金太郎飴的な事業ではなく、地域ごとの健康課題を解決する目標が設定でき、その目標に応じた事業設計が可能になります。

構造化することで俯瞰する

医療費が高い（低い）状況を、どんな疾病の医療費が高いのか、それは多くの人が罹っている病気なのか、少数の人が重症で密度の高い医療を受けているのか、またどこかの層に偏っているのか、といったように構造的に捉えることが重要です。

心筋梗塞や腎不全といった重症疾患はQOLを下げるだけでなく、高額医療費を発生すること

から、生活習慣病の重症化防止は医療費適正化を図るうえで注目すべき視点です。人工透析を要する患者一人当たりの医療費を算出すると年間で500万円程度と高額であり、対策の重要性がうかがえます。ただ、保健事業の効果を最大化するためには、高額医療費が顕在化した個人だけでなく、集団全体での構造をつかみ、全体最適を実現する設計につなげる必要があります。

平成23年度国民医療費の概況（厚生労働省）によると、医療費に占める疾病の上位をみると、疾病大分類では循環器が20.8%、新生物が13.1%の順で高く、生活習慣病に関する疾病を疾病中分類でみると、高血圧性疾患6.9%、脳血管疾患6.4%、心疾患6.1%、糸球体疾患、腎尿細管間質性疾患及び腎不全5.3%などが高い割合を占めています。高血圧は患者一人当たりの単価は腎不全に比較して1桁小さくても医療費のボリュームは大きく、多くの被保険者が罹患している構造です。また、高血圧は加齢に伴い増加するだけでなく、心血管疾患の基盤になること、また高血圧に肥満や高血糖が重なると薬が効きにくいこと、そして対策が可能であることから、保健事業としての優先度は高くなります。

このように、集団の特性を構造的に捉えることで、目前に見える問題への対症療法的な取り組みだけでなく、健康課題の背景（原因）を意識した原因療法的な取り組みが可能となります。厚生労働省保険局の健康保険組合向けの事務連絡（平成26年3月28日）ではありますが、モデルとなるデータヘルス計画の要件として、「計画には、短期的な医療費削減の視点だけでなく、健康増進を通じて医療費の発生そのものを減らす中長期的な視点を盛り込むこと」とされ、集団全体を俯瞰した根本的な取り組みが求められます。

2. データを活用した被保険者の意識づけが保健事業の起点

データヘルス計画導入の背景のひとつは、超少子高齢化に伴い地域の平均年齢が上昇する構造です。これを予防医学的な視点で捉えと、加齢とともに心筋梗塞など生活習慣病の重症化が増えるという構造的な課題を地域が内包していることです。厚生労働省人口動態統計によると、40代後半の男性の心疾患の発症率は40代前半に比べて1.7倍高くなっており、平均年齢の上昇に伴う集団におけるリスクの上昇は不可避となります（図2）。つまり、超少子高齢社会では国民の健康維持（予防）が最大の課題なのです。予防効果をあげるには、一部の高リスク者だけでなく、集団全体（未病段階）に働きかけをすることが不可欠です。

保健事業の遂行にあたり、被保険者が意識・行動変容し、健康の維持・改善を実現するためには、「やる気になる」、「適切な行動計画を設定する」、「取り組みを続ける」という3つの要素が必要です（図3）。データヘルス計画では、保健事業の起点になるはずの健診を受けても、自らの健診結果を認識していない受診者が7割という現状を踏まえ、健診結果票とは別に、被保険者個々の健診データに基づくオーダーメイド

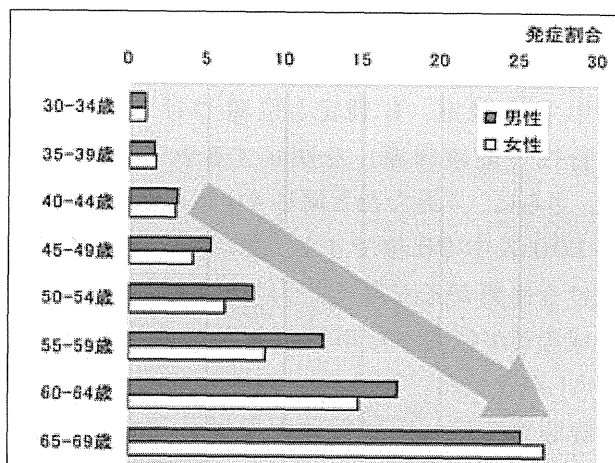


図2 心疾患の発症割合（厚生労働省人口動態統計に基づき作成）

30代前半の発症割合を1としたときの性・年齢階級ごとの心疾患の発症割合を示しています。加齢とともに、発症率が高くなっています。



図3 被保険者の健康維持・改善を実現する要素
未病段階を含む集団全体を対象とした保健事業では意識づけが起点になります。

的な情報提供による“健康意識づくり”が必須とされます。意識がなければ、プログラムに参加したり、行動が継続することもなく、結果として効果があがらないからです。

厚生労働科学研究「集団特性に応じた効果的な保健事業のあり方に関する研究」（研究代表者 古井祐司）によると、年間10数名の重症疾患が新規に発症している1万人規模の被保険者において、発症者の3分の2は未治療（未受診）であることがわかりました。健診は受けても自らのリスクを認識せず、医療機関への受診や生活習慣の改善といった行動変容に結びつかない状況がうかがえます。

次号では、データ分析の実例をご紹介しますと思います。

なお、本稿は厚生労働科学研究循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業「個人特性に応じた効果的な行動変容を促す手法に関する研究」（研究代表者 自治医科大学永井良三学長）、同研究事業「集団特性に応じた効果的な保健事業のあり方に関する研究」（研究代表者 東京大学古井祐司）、経済産業省医療・介護等関連分野における規制改革・産業創出調査研究事業「健康経営による健康・医療の産業化調査研究」の成果の一部を活用しています。

Profile

古井 祐司



東京大学大学院医学系研究科修了、医学博士。

東京大学医科学研究所、同大学医学部附属病院などを経て、平成16年同大学附属病院22世紀医療センター助教、ヘルスケア・コミッティー株式会社代表取締役就任。東大病院では国立大学の法人化の流れの中で、産学連携のもとで予防医学の研究・教育を担う22世紀医療センターの創設に関わる。同時期に健康委員会（ヘルスケア・コミッティー）を株式会社化し、医療保険者の保健事業を受託しながら、産官学での予防医学研究を進める。平成24年からは健康経営を普及する研究拠点を同大学政策ビジョン研究センター内に創設、同助教就任。厚生労働省、経済産業省、自治体、保険者団体などで委員を務める。専門は予防医学、保健医療政策。

