

# 第3期データヘルス計画策定に向けて

## 第3回 健康課題を解決する計画の実例

### 東京大学未来ビジョン研究センターデータヘルス研究ユニット



ふるい ゆうじ  
古井 祐司

東京都生まれ。医学博士、専門は予防医学・保健医療政策。30代で過疎地の「出前医療」に魅せられ、基礎医学から予防医学に転向。2015年から政府の経済財政諮問会議専門委員として骨太方針等の策定過程に関わり、政策と現場とのつながりや、実証研究の大切さを再認識する。



よこやま よしの  
横山 芳乃

神奈川県生まれ。保健学修士、専門は予防医学・産業保健。臨床看護、産業保健、看護教育の経験を生かして、地域・職域での予防医学の普及と実証研究に努める。

### はじめに

第2回でご紹介したように、第3期データヘルス計画では、保健事業の実施を通じて地域の健康課題を解決することを目的とします。最終的には、地域住民の健康寿命の延伸、持続可能な国民健康保険の構築を目指しています。そこで、最終回では第3期計画策定の参考になるよう、「健康課題を解決するデータヘルス計画の実例」をご紹介します。なお、本稿では、2020年度から実施してきた東京大学と10の都県および国民健康保険団体連合会との標準化研究<sup>1)</sup>で得られた成果の一部を活用しています。

### 1. 地域住民の健康課題を解決する計画を創る(計画全体)

第3期計画の特長のひとつは、「地域住民の健康課題を解決する計画の全体像を可視化する」ことです。具体的にイメージしていただくために、東京大学の「データヘルス計画標準化ツール<sup>®</sup>」(以下、標準化ツール)のシートIII(計画全体シート)をご覧ください(図1)。(厚生労働省の手引きの巻末に例示された「共通の様式例」でも構いません)

シートIIIの左側には健康課題を、右側の上段には目標・評価指標、右側の下段には保健事業を記入します。ポイントは、左側の健康課題と右側の目標・評価指標を対応づけることと、健康課題とそれを解決する右下の保健事業を対応づけることの2点です。なお、評価指標については、都道府県ごとに設定する「共通の評価指標」

を参考にします。

愛知県における「共通の評価指標」をみると、計画全体の評価指標に用いる「総合アウトカム指標」として長期的な健康度、医療費の水準、生活習慣病発症の状況が挙げられ、健康寿命の延伸や生活習慣病の罹患及び重症化予防という目標の達成度を測る指標となっています。市町村の皆さんが取り入れやすい指標だと思います。

ただし、シートIIIに記載する健康課題は、標準化ツールのシートIIから抽出します。ですので、手順としてはシートII(健康・医療情報等の分析と課題シート)から始めます。具体的には、KDBの図表、あるいは委託事業者の集計結果から健康課題を文章にします。シートIIには、健康課題がカテゴリー(医療費の分析、特定健康診査・特定保健指導の分析、介護費関係の分析など)ごとに示されているので、その欄に当てはめると整理しやすいと思います。愛知県国保連合会が計画作



図1 データヘルス計画標準化ツール<sup>®</sup> シートIII(計画全体シート)

成を支援する市町村の場合、シートIIは連合会の皆さんがKDBの図表から文章化した状態で提供されます。

### 2. 健康課題と対応づけた保健事業は効果を上げやすい(個別事業)

計画全体を作成したら、次は保健事業です。標準化ツールのシートIV(個別事業シート)を使って各保健事業の計画を作成する際の3つのポイントを整理します。

■ 目的; シートIIIでは、これまでのように事業を実施すること自体が目的ではなく、各保健事業と対応づけた健康課題を解決することが目的になります。

■ 評価指標; アウトカム指標(健康課題の解決度を測る)とアウトプット指標(そのために必要な実施量・率を測る)に分けて設定します。ここでも、都道府県から示された「共通の評価指標」が活用できます。愛知県では、特定健康診査、特定保健指導、重症化予防、後発医薬品使用促進、適正受診・適正服薬の各事業について、「個別事業アウトカム指標」と「個別事業アウトプット指標」が示されており、これを活用することで市町村相互に実績の比較が可能となります。

■ 方法・体制; 同じ保健事業でも、どのような健康課題を解決するかによって方法・体制の工夫は異なります。ここでは、循環器の医療費が県平均より高いことと、40代・50代の健康意識が低い(健診実施率が低い)ことを健康課題に挙げた市の特定健康診査の中身を見てみましょう。特定健康診査の方法として、「高血圧者への健診結果票に家庭血圧記録表を同封する」、「40代・50代で結果説明を受けなかった受診者に電話でフォローして翌年度の受診を促す(電話フォロー率50%以上)」などの工夫が考えられます(図2)。体制に関しては、「ハイリスク者(収縮期血圧 $\geq 180$ mmHg、拡張期血圧 $\geq 110$ mmHg)に健診機関から健康づくり課へ連絡し、フォローする連携体制を構築する(集団健診は100%、個別健診は50%以上で連携)」といったことが有用です。また、ウォーキング事業など、他事業との連携も事業効果を上げる要素になり得ます。



図2 データヘルス計画標準化ツール<sup>®</sup> シートIV(個別事業シート)

### おわりに

健康課題と対応づけられたデータヘルス計画が策定されると、職員の異動があったり、民間業者に委託する場合でも、今これらの事業を実施している背景や目的を理解して、実務を進めやすくなります。また、計画様式や評価指標の標準化によって、効果を上げる方法・体制の工夫が抽出され、知見の横展開及び地域格差の是正につながることも期待されます<sup>2)</sup>。

### 参考文献・資料

- 1) 東京大学. 都道府県向け予防・健康づくり標準化研究(2020~2023年度)
- 2) 経済財政運営と改革の基本方針(骨太方針)2023  
[https://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/cabinet/honebuto/2023/2023\\_basicpolicies\\_ja.pdf](https://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/cabinet/honebuto/2023/2023_basicpolicies_ja.pdf)