「第2期データヘルス計画」中間評価・見直しに向けて

データヘルスの先導役担う健保組合

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 特任教授
古井 祐司

加入者の健康に目を向けたいのに、財政難や2022年危機などへの対応に追われ「データヘルス計画」による保健事業に十分な人手が割けない――。そんな健保組合も多いのではないだろうか。しかし、その積み重ねは加入者の健康にとどまらず、わが国における社会課題の解決にもつながる重要な取り組みである。政府は骨太方針2018[1]で社会保障政策のトップに「予防・健康づくりの推進」を掲げ、データヘルス計画の普及による健康寿命の延伸をうたっており、健保組合は保険者の中でもそのけん引役として期待されている。

健保組合のデータヘルスが健康寿命延伸の鍵握る

1986年に男女ともに平均寿命世界一を達成し、高齢化率28%（2018年）の超高齢社会を迎えた長寿国・日本。政策の目標は長寿を目指すことから健康寿命を延ばすことに変わり、働き盛り世代の健康増進を進める健保組合によるデータヘルス計画の役割はとくに重要である。労働者の平均年齢はこの40年で7歳上昇し、職場の健康リスクは2倍に。このような環境変化も働き盛り世代の健康に注目する意義を高めている。

データヘルス計画の登場の背景には、〝治療から予防へ〟という政策の潮流がある。起点となったのは、2005年10月の厚生労働省「医療制度構造改革試案」[2]と、同年12月の政府・与党医療改革協議会「医療制度改革大綱」[3]。その後、「日本再興戦略」（13年）[4]において、データヘルス計画が国民の健康寿命の延伸のための予防・健康管理に資する新たな仕組みとして掲げられ、「全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータの分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として「データヘルス計画」の作成・公表、事業実施、評価等の取組を求める」とされた。さらに、骨太方針2016[5]により、データヘルス計画は働き盛り世代の健康増進と労働生産性の向上にも寄与する仕組みとして位置付けられた。実際、日本の企業を対象とした私たちの研究ユニットによる最新の研究によって、労働者の健康が労働生産性にプラスに影響することが示された[6]。

健保組合によるデータヘルス計画は、働き盛り世代がやりがいを持って仕事をし、生き生きと人生を送ることができる長寿国・日本を築く大切な基盤なのだ。

健保組合の優位性生かす

健保組合には、働き盛り世代の健康に寄り添い、成果を上げるための優位性がある。被保険者が勤務する適用事業所では、労働安全衛生法に基づき定期健康診断（特定健康診査として代替可）が実施されてきたことから健診データの捕捉率が高く、健康状況の推移や健康課題を見つけやすい。また、近年の健康増進法の改正や健康経営の普及などを背景に、健康づくりや受動喫煙対策といった取り組みが進んできたことで、保健事業の実行性が高まる環境が醸成されている。

第2期データヘルス計画の初年度（18年度）のみの評価結果ではあるが、後述する「データヘルス・ポータルサイト」（https://

datahealth-portal.jp/）から分析をすると、例えば、事業主との共創（コラボヘルス）を進めている健保組合では、実際に保健事業の実行性（アウトプット指標の達成度）が高いことが分かった。したがって、健保組合にとって事業主との共創体制はこれからも最優先課題であり、その体制構築のためには事業主が関心を持つデータヘルス計画の内容や、共有すべきタイミングなどを探ることが重要となる。具体的な分析結果は、次稿「平成30年度実績で見えた課題とポータルサイトの展望」をご参照いただきたい。

なお、保険者によるデータヘルス計画の策定および保健事業の運営を支援するポータルサイトは、東京大学が厚労省、健保連、協会けんぽとの共創のもとで開発・運営をしている。現在、全国の健保組合と協会けんぽの一部の都道府県支部で活用されており、保険者と事業主（専門職を含む）、外部委託機関とは必要に応じて共有できる。また、ポータルサイトの国民健康保険への適用については、自治体との協力のもと研究を進めている(7)。

中間評価・見直しが保健事業の成果上げる好機

今秋実施する「第2期データヘルス計画」の中間評価・見直しは、健保組合にとって大きな意義がある。自組合の進捗や課題を確認することにとどまらず、全国の健保組合から保健事業の工夫を抽出し、成果を上げるノウハウが蓄積・共有できるからだ。手順は、以下の2ステップから成る。

ステップ1 評価　事業目標の達成度（健康課題の解決度）を評価する。併せて、課題解決に必要な保健事業の実施量（実施率）を満たしたか否かも確認する。

ステップ2 見直し　目標が達成された／されなかった、必要な実施量を満たした／満たさなかった要因を整理する。併せて、目標を達成するための方法・体制や、必要に応じて健康課題を見直す。

ステップ1では、第2期データヘルス計画で保健事業ごとに設定したアウトカム指標、アウトプット指標に基づき、点数や○×△を付けていく。この際、評価指標が設定されていないと評価ができない。また、設定されている指標が適切でなかった場合には、他の健保組合との比較が難しく、自組合の保健事業の進捗や効果が客観的に捉えられない。そのような場合には、第2期の後半に向けて評価指標を修正する。

また、評価の判断が難しいという場合も考えられる。例えば、特定保健指導事業では多くの組合が「実施率」をアウトプット指標として設定している。仮に、実施率が目標の50％に届かなかったが、基準年度から10％上昇したときに、これは成功か否か。目標に対して未達成であった際に、実施率を事業所別、性・年齢階級別といったカテゴリーに分けて確認すると、実施率が高い／低い層が明確になり、今回のやり方がどの層に効果的であったか、次に重点を置くべき対象はどこか、どのような方法・体制が効果的か、といったことを考えるヒントとなる。今秋の評価に向けて、ポータルサイトなどを通じて標準的な評価指標の考え方や設定例を提示する予定であり、参考にしていただきたい。

ステップ2では、PDCAサイクルを経験すると、うまく回らないことや想定していなかったことが出てくる。そのときに、成功要因・失敗要因を抽出し、どこが良かったか、悪かったかを整理することで、対象の設定や方法・体制の工夫につながる。

ポータルサイトを活用してデータヘルス計画を実践している健保組合においては、健康課題の解決度を測る評価指標の標準化が進みやすいことから、今後、他の保険者に先行して保健事業の効果に寄与した方法・体制に関するノウハウが全国規模で蓄積され、保健事業のブラッシュアップや人材教育に活用されていくことが期待される。

ノウハウ共有で新たな価値を創出

(1)社会資源との共創

近年の少子高齢化の進展に伴って、雇用期間の延長や労働力の流動化、働き方の変化が進んでいる。これらを背景として、多様化する健康課題に対応する際に鍵となるのが、健保組合相互の連携による共同事業を通じて保健事業のノウハウを共有することや、事業主、外部委託機関等と協力して実行性を上げることだ。そのためには、データヘルス計画の枠組みを活用することで、それぞれの組織がため込んでいる暗黙知を明文化し、みんなで共有し活用することが重要である。例えば、健保組合のデータヘルス計画に、産業保健スタッフが持っている暗黙知を反映させることで、健康状況の背景にある働き方や職場環境といったデータには表れにくい特性が補完されたり、レセプトや健診データに基づく形式知が専門職の活動の効果や問題点を明確にし、次の活動に生かせるというメリットが生まれる。

データヘルス計画は公表が義務づけられているが、記載および公表する主な項目が提示されているだけで、どこまで具体的な内容とするかは現場の運用に任されている。今後、どのような内容をポータルサイトに記載し関係者で共有すれば、効果的な事業の設計や現場での活動に役立つかを検討することも重要である。

(2)健康づくりのバトンをつなぐ

健康寿命の延伸という視点では、働き盛り世代から高齢世代へ健康づくりのバトンをつなぐことも大切である。現行制度下では、退職後、地域に戻った際に特定健診の実施率が大幅に下がる構造となっているが、生活習慣病が重症化する時期とも重なることから、健康管理活動を低下させない取り組みが必要だ。

自治体を対象とした研究(8)では、企業や健保組合に対して働き盛り世代の健診・保健指導の受診状況の共有や地域保健活動の周知を要望していることが示された。そこで、複数の健保組合の共同事業(9)では、社員の居住市町村の地域保健のメニューを退職前に周知し、健康管理の継続を促すリーフレットを自治体と共同で作成した。そのひな型は全国の自治体、健保組合等で活用できるよう、ポータルサイト上で今春より公開する。19年9月に公表された「地域・職域連携推進ガイドライン―改訂版―」(10)でも、被扶養者を含む働き盛り世代の健康増進を目的として、地域・職域の連携に基づく社会資源の共有・活用を掲げている。

健保組合の皆さんの取り組みに一層〝魂〟が込められ、加入者の健康増進とともに社会に健康文化を醸成していただく役割に期待したい。

■文献・資料

(1)内閣府「経済財政運営と改革の基本方針2018」(2018年6月) https://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/cabinet/2018/2018_basicpolicies_ja.pdf
(2)厚生労働省「医療制度構造改革試案」(2005年10月) https://www.mhlw.go.jp/topics/2005/10/dl/tp1019-1c.pdf
(3)政府・与党医療改革協議会「医療制度改革大綱」(2005年12月) https://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihosho/iryouseido01/pdf/taikou.pdf
(4)内閣府「日本再興戦略」(2013年6月) https://www.kantei.go.jp/jp/singi/keizaisaisei/pdf/saikou_jpn.pdf
(5)内閣府「経済財政運営と改革の基本方針2016」(2016年6月)https://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/cabinet/2016/2016_basicpolicies_ja.pdf
(6)古井祐司、他「中小企業における労働生産性の損失とその影響要因」日本労働研究雑誌695:49～61(2018)
(7)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)「健康診査・保健指導の有効性評価に関する研究」報告書(研究代表者 自治医科大学学長 永井良三)
(8)小池創一、他「定年退職等により新たに国民健康保険の被保険者になった者の特徴および国保連が行う保険者支援に関する実態調査」厚生の指標66(7):1～7(2019年)
(9)厚生労働省「平成30年度高齢者医療運営円滑化等補助金における「レセプト・健診情報等を活用したデータヘルスの推進事業」」(2019年8月) https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000526147.pdf
(10)厚生労働省「地域・職域連携推進ガイドライン－改訂版－」(2019年9月) https://www.mhlw.go.jp/content/000551063.pdf