

# 豊中市における健康データの利活用に関する調査研究

石村 知子

とよなか都市創造研究所 主任研究員

### <目次>

- 1 はじめに
- 2 市民の健康課題の見える化
- 3 被保護者健康管理支援データの活用
- 4 共同研究による健康政策形成の可能性
- 5 おわりに

## 1. はじめに

### 1-1 背景・目的

健康政策の分野では、早くから大量のレセプトデータ（医療費等の支払い業務データ）が扱われ、国の実施する公的統計データも数多く蓄積されてきた。ただし、これらのデータは、これまで、政策を立案するための判断材料として十分に生かされてきたとは言い難い。

豊中市における健康に関する諸施策の推進においても、市民の健康に関する膨大なレセプトデータや健診データや保険・医療等の健康データが蓄積されているものの、その活用が課題となっている。データを用いて医療・介護施策の効果を検証し、その結果を累積することで医療・介護の効率的運用を図る「根拠に基づく健康政策（EBHP、evidence-based health policy）」が求められるなか、本報告では、健康データをいかに活用し政策立案・評価に活かしていくか

について論じたい。

現在、国の法令、指針や自治体の計画等では、データを活用した健康政策推進が掲げられ、各自治体では、推進に向けてのデータ基盤整備を実施しているところである。ただし、データ自体は多く蓄積されているものの、現場で実際に活用する局面では課題が多い。例えば、健康データについては、専門性が高く構造が複雑なものが多いため、日々の業務繁忙の中、データの利用が関連計画策定時の分析等に留まることが多い。また、地域別や属性別の傾向にといった詳細について、十分に分析し、日々の対策や政策推進に活かすことが実務では、未だ難しいのが現状である。

そのため本報告では、庁内に蓄積する健康データを積極的に活用し根拠（エビデンス）に基づいた健康政策・健康まちづくりにつなげることを目的に以下の3つの研究課題を掲げ研究を進めることとした。

## 調査研究報告

- ①健康データの分析に裏づけられた豊中市民の健康課題の整理
- ②健康データを用いた豊中市における健康政策の分析
- ③健康データの利活用のありかたについての検討

1点目は、庁内に蓄積されているレセプトデータ、健診データや医療費データ等の健康データの基礎的な分析を通じて豊中市民の健康課題を整理することをねらいとする。2点目は、健康データをもとに、健康課題を解決するための政策・施策が適切であるかどうかや健康状況の決定要因についてデータを用いて検証することをめざす。3点目は、現場での活用に課題の多い健康データを、庁内でいかに活用するかという点を整理することを目標とする。

本報告では「健康と都市政策（総論）」で整理した、調査研究全体を貫くテーマである「健康の社会的決定要因への対応を通じた市民の健康・ウェルビーイングの増進」の視点に沿って論考を進める。すなわち医療・健康関連部門の職員以外の様々な関係者、政策の担当者も含め、私たちが個人として、或いは組織として、どのように市民の健康に関わることができるのかを考えるきっかけを提供することをめざしている。そのため、生物学的、医学的な観点からというよりは、多くは専門家ではない健康に関わる地域のアクターが、前段の報告でまとめた「社会的処方」の視点から地域社会全体として住民の健康にどう関与できるかという点に重きを置いて論じている。

また、健康データの分析を通じて豊中市の政策課題を抽出・整理するとともに、対策にかかわる多様な人材・組織間での健康データの利活用のありかたについても検討する。データの庁内縦断的な活用については、今後も重要なテーマとなることが見込まれる。健康分野以外のデータ利活用に応用できる知見を研究プロセス

の中で得ることについてもねらいとしたい。

特に、健康データの活用という専門性が高い分野であることから、本調査研究の一部においては医療・データ分析の専門家・研究者の参画を得ることとした。具体的には外部の研究者、健康政策の所管部局及び自治体シンクタンク（市の調査研究機関）であるとよなか都市創造研究所での共同研究を進めることとした。研究の推進においては、市の健康政策の実態・現場に精通した保健師、担当者、医学・経済学の専門家、それらをつなぐ本研究所のメンバーで打合せを何度も重ね、研究参加者が共に現場の課題を発掘・検討し、できる限り研究内容を実務にフィードバックできるように努めた。このような実践と研究が循環的に進められるアクション・リサーチ型の研究は本市の事例として数は多くないため、本調査研究の研究過程についても、政策への研究成果の実装のプロセスの一部として考察を加えていきたい。

### 1-2 報告の構成

本報告の構成は以下のとおりである。

1. 「はじめに」では、研究の背景・目的、データを利活用した健康政策の課題と意義、国・自治体の動向について整理する。また、自治体で利活用可能な具体的な健康データの概要、健康データに関わる法令等の他、先進事例についてまとめている。

2. 「市民の健康課題の見える化」では、研究課題の1つ目の健康データの分析に裏づけられた豊中市民の健康課題の整理を目的とし、国民健康保険データベース（KDB）のデータを活用して、全市的な健康水準及び医療費の状況と市内の地域別の状況を可視化する。このような地域の疾病構造の見える化により、他の地域よりも健康状況に課題があり、重点的に健康対策を進めるべき地域を明らかにすることをめざす。

3.「被保護者健康管理支援データの活用」では、研究課題の2つ目の健康データを用いた豊中市における健康政策の分析の視点に沿って、市福祉事務所が所管する生活保護受給者（被保護者）の健康管理支援データの活用について論じる。本データの活用については、専門的な内容であることから大学の研究者と本市との共同研究として分析に取り組んでおり、その概要を紹介する。

4.「共同研究による健康政策形成の可能性」では、上記の3.で実施した共同研究のプロセスをとりあげ、共同研究を今後の市の政策形成へどのように活かせるかについて論じる。自治体において、複雑化する地域課題を解決する方策の一つとして、共同研究は新たな可能性を秘めており、共同研究の意義、成果と課題及び今

後の展望について考察を行う。

1-3 データを活用した健康政策の課題と意義

基礎自治体の推進する健康政策においては、一律の答えはなく、地域ごとの特性を適切なエビデンスを用いて捉えたうえで、その地域、地域にあった施策実施が必要となる。同じ市町村の中でも地区ごとに居住者の健康状況、健康行動は大きく異なることが多く、地域・地区の状況について客観的なデータを利用し、健康政策を進めていくことが求められている。

ただし、健康政策の推進については、これまでに、いくつか特有の問題が指摘されてきた。代表的な課題、対策を進めるうえでの問題とその解決策をまとめると図表1のとおりとなる。

図表1 健康政策の課題等と対策

課題	対策を進める際の問題点	対策
①因果関係が複雑である	どれから着手するべきかわからない	見える化して優先順位をつける
②データの入手が困難又は入手できないものも多い	データがあったとしても担当部署が違う等で使いづらい	部署間連携と情報技術の活用を促進する
③他部署や外部組織との連携が必要	本来各部門目的は異なるので、連携を継続しにくい	見える化したデータを共有して、win-winの連携を探る
④すでに目の前の課題がたくさんある	社会環境という根本的な問題が無視されがち	見える化して優先順位をつける
⑤役割の細分化・分権化が進んでいる	利害関係者の調整がいつそう難しくなっている	見える化したデータを共有して、win-winの連携を探る
⑥健康はライフコースにわたる問題である	数年単位で計画を練る行政の業務計画のスケジュールにそぐわない	各ライフステージの特徴的課題や特に社会的弱者が陥りやすい課題に対応することで次のステージでのリスクが減らせる

出典：近藤（2016：25、表I-1、同：36、表I-3）をもとに作成。表現を一部改変している。

近藤（2016）に依拠し図表の内容を紹介すると、①因果関係が複雑については、健康に関連する要因が多岐にわたりどの要因から手をつければよいか分からなくなるという点が問題とな

る。

②データの入手については、多くの健康政策の分析においては、所管部署以外からもデータを入手する必要がある、健康の社会的な背景と

## 調査研究報告

して大きな影響を与えると思われる所得などの社会経済状況に関するデータは個人情報保護の観点から自治体内部であっても入手が困難なものもある。また、データを入手できたとしても専門外なので扱い方がわからないこともある。

③他部署等との連携については、健康づくりが担当でない部署については、協力が得にくく、(本来各部門の目的が異なるため)連携を継続しにくい。また、専門的な分野であるため、大学等の外部の組織との連携が期待されるが、連携事例や連携のためのノウハウが不足し、連携がうまく進まない自治体も多い。

④については、現時点ですでにたくさん課題があり、新しい課題として健康格差対策を追加すること自体が自治体職員にとって厄介な存在とされがちである。また、目の前の課題を解決することに注力するあまり、社会環境・地域環境の改善や近年注目されている地域の人と人のつながり(ソーシャル・キャピタル)の視点といった根本的なテーマが無視されやすい。

⑤の役割の細分化・分権化については、行政課題の多様化、複雑化から各部局で扱うテーマについて細分化、専門化が進みつつあり、利害関係者や担当者が増え、調整が難しくなっている。

⑥について、健康は、子どもから高齢者までライフコース全般にわたる問題であるため、10年スパンの長期計画の策定が必要となるものの、多くの計画は5年程度の計画期間を設定しておりそぐわないことも多い。業務担当者が3年程度で異動になることが多く、引継ぎが難しいことがある。

以上の健康政策推進上の課題について、近藤(2016)、近藤(2017)では、その解決策として、居住地域や所得等の社会経済的な背景ごとの健

康指標の差異を客観的なデータを用いて可視化する「見える化」や「見える化」したデータの関係者間における横断的な共有を提言する。また、見える化の必要性については①対策に関わる多様な人材や組織同士の課題共有のため、②対策の優先順位づけのため、③対策のマネジメントとして計画の立案と評価のための3点を強調している。

### 1-4 国・自治体のデータ利活用の動向

国においては、データ(エビデンス)に基づく健康政策を進めていくための支援が課題とされ、さまざまな戦略・方針が決定されてきた。

平成25年(2013年)6月に国が発表した日本再興戦略では、健康保険事業において、「保険者が健康管理や予防の必要性を認識しつつも、個人に対する動機付けの方策を十分講じていない」ことを課題として、「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”<sup>1)</sup>の作成・公表、事業実施、評価等の取組みを求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進する」ことを求めた。

また、日本再興戦略とともに、図表2のとおり、骨太の方針及び健康・医療分野における成長戦略である「健康医療戦略」、「国民の健康寿命が延伸する社会」に向けた「予防・検討管理に係る取組の推進」を決定し、保険情報のデータ分析や分析結果に基づく事業推進を、健康・医療分野における主要な政策として示した。

このような流れの中、厚生労働省は、全国規模の医療保険レセプトデータと特定健診・特定保健指導等のデータを接合した、「レセプト情

<sup>1)</sup> レセプトや健診等のデータを分析することで、効果的・効率的に保健事業を実施するための実施計画であり、データ分析を通じて被保険者の健康課題を把握し、PDCAサイ

クルに沿って事業展開を行う目的で策定されるものである。

## 豊中市における健康データの利活用に関する調査研究

報・特定健診等情報データベース（NDB、ナショナルデータベース）」を構築し、データの外部提供を平成 25 年（2013 年）度から本格的に開始している。また、国民健康保険連合会では、保険者の効率的かつ効果的な保健事業の実施を支援することを目的に、特定健診・特定保健指導、医療、介護保険等に関する情報を利活用するための国民健康保険データベース（KDB）システムを構築し、平成 25 年（2013 年）10 月からシステムを稼働した。平成 29 年（2017 年）には、厚生労働省が介護保険事業計画の策定・実施を総合的にサポートすることを目的に、「地

域包括ケア『見える化』システム」の開発・提供が開始された。

さらに、都道府県においても、基礎自治体が地域特性についてデータを用いて適切にとらえ施策を進めていくためのツールの開発が進められてきた。例えば、大阪府では、平成 30 年度（2018 年度）より大阪府ヘルスアップ支援事業「地域差見える化支援事業」を実施し、KDB データ等を用い、地域診断、保健事業の対象とすべきターゲットの可視化を行うことで、効果的な保健事業が実施できるような市町村向けのツールを開発するなどの取組を進めている。

図表 2 健康政策に関する主要な戦略・方針等

政府の施策方針	主要な内容	
日本再興戦略 (平成 25 年 (2013 年) 6 月 14 日 閣議決定)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 予防・健康管理の推進に関する新たなしくみづくり</li> <li>・ 医療情報の電子化</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 保険者によるレセプト等のデータ分析</li> <li>・ 分析に基づく健康保持増進のための事業計画・評価等</li> <li>・ ICT を活用したレセプト等のデータ分析と健康づくりの増進</li> </ul>
健康・医療戦略 (平成 25 年 (2013 年) 6 月 14 日 関係閣僚申合わせ)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 保健情報の分析促進</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 市町村によるレセプト等のデータ分析に基づく保健事業の実施を推進</li> <li>・ 市町村における KDB システムの利活用による医療介護情報の統合的利活用を推進</li> </ul>
経済財政運営と改革の基本方針 (骨太の方針) (平成 25 年 (2013 年) 6 月 14 日 閣議決定)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 健康管理・疾病予防に向けた医療関連情報の電子化・利活用の推進</li> <li>・ 医療保険者による疾病予防の促進</li> </ul>	
「国民の健康寿命が延伸する社会」に向けた・予防・検討管理に係る取組の推進について (平成 25 年 (2013 年) 8 月 30 日厚生労働大臣公表)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医療・介護情報の「見える化」等を通じた介護予防等の更なる推進</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 市町村は、後期高齢者医療広域連合における KDB を活用し、介護予防等の視点を踏まえた保健事業を推進</li> </ul>
経済財政運営と改革の基本方針 (骨太の方針) (平成元年 (2019 年) 6 月 21 日 閣議決定)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 予防・重症化予防・健康づくりの推進</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 疾病予防促進における保険者の予防・健康インセンティブの強化</li> <li>・ 介護予防促進における保険者と都道府県の予防・健康インセンティブの強化</li> <li>・ 地域の高齢者が集まり交流する集いの場の拡大・充実。ポイントの拡大</li> <li>・ 健康無関心層も含めた予防・健康づくりの促進及び地域・保険者間の格差の解消に向け、自然に健康になれる環境づくりや行動需要を促す仕掛けの創出</li> <li>・ 運動、口腔、栄養、社会参加などの観点から市町村における保健事業と介護予防の一体的な実施</li> </ul>
経済財政運営と改革の基本方針 (骨太の方針) (令和 2 年 (2020 年) 7 月 17 日 閣議決定)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医療・介護分野におけるデータ利活用の推進</li> <li>・ 予防・重症化予防・健康づくりの推進</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ PHR の拡充も含めたデータヘルス改革の推進</li> <li>・ データヘルス計画の標準化等の取組の推進</li> <li>・ 医師による遠隔健康相談の推進</li> <li>・ 介護予防サービス等におけるリモート活用</li> <li>・ 多職種連携による生活習慣病や慢性腎臓病の予防の推進</li> <li>・ 負荷の低い健診に向けた簡素化</li> </ul>

出典：国保データベース（KDB）システム活用マニュアル（国民健康保険中央会）より抜粋

## 調査研究報告

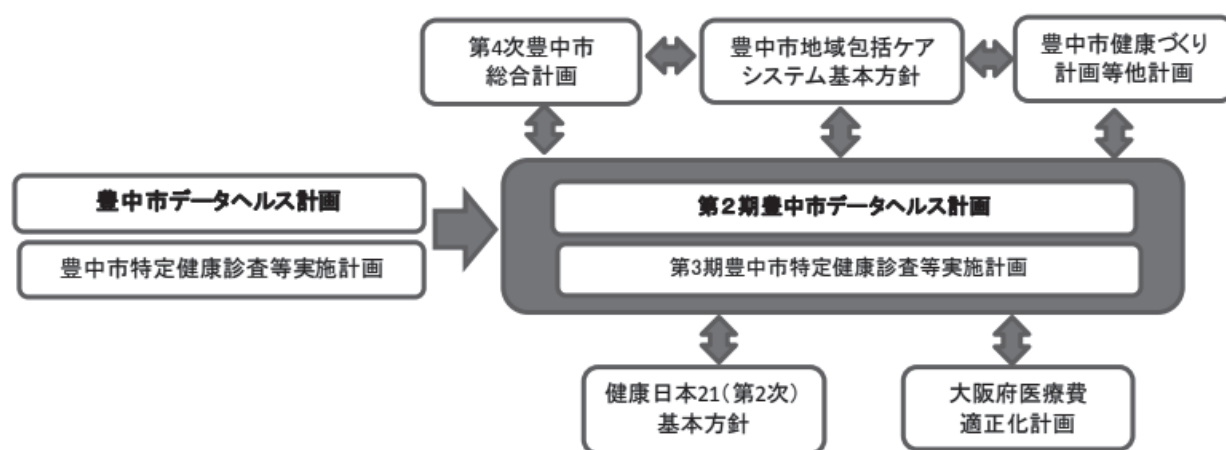
続いて、豊中市の取組の経過として、データを活用した健康政策の推進に関わりが深いデータヘルス計画の沿革について紹介する。

豊中市では、生活習慣病の発生予防、重症化予防を中心とした健康の保持・増進及び医療費適正化にむけ諸計画を策定し事業を推進している。

平成 20 年（2008 年）3 月に豊中市特定健康診査等実施計画、平成 25 年（2013 年）3 月に第 2 期豊中市特定健康診査等実施計画を策定し、特定健診及び特定保健指導等の保健事業を

進めてきた。平成 30 年（2018 年）3 月には、平成 30 年度（2018 年度）～令和 5 年度（2023 年度）を計画期間とする第 2 期データヘルス計画を策定し、第 3 期豊中市特定健康診査等実施計画と一体となった計画の推進を実施している。

図表 3 のとおり、データヘルス計画は、「第 4 次豊中市総合計画」、「豊中市健康づくり計画」等市の基幹計画との整合性を図り、「豊中市地域包括ケアシステム推進基本方針」を踏まえたものとなっている。



図表 3 豊中市データヘルス計画の位置づけ

出典：第 2 期豊中市国民健康保険 保険事業実施計画（データヘルス計画）（平成 30 年（2018 年）3 月）

### 1-5 自治体で利活用できる健康データ

自治体における健康課題については、地域間の相違が大きく、全国一律の健康政策の立案、評価ではなく、地域の特徴をとらえた政策立案、評価が必要となる。そのため、地域の健康状況を適切に示すデータを効果的に活用することが重要である。

ここでは、自治体が健康政策を検討する際に活用可能な代表的なデータとして、①レセプトデータ②国民健康保険データベース（KDB）

データ③ JAGES（日本老年学的評価研究）データ④被保護者健康管理支援データ⑤ヘルスケアデータの 5 つについて説明する。

#### (1) レセプトデータ<sup>2</sup>

地域の健康課題を詳細に分析していく際には、全国単位、地域単位等で集計されたデータとともに、特に、個人や施設ごとの状況を詳細に追うことができる、集計前の個人や施設ごとの生データ（マイクロデータ）を有効活用する視

<sup>2</sup> 本項目については、JAGES 事務局（日本老年学的評価機構）が開催した「JAGES サマーセミナー 2022 サイドイベント テーマ「医療経済」（令和 4 年（2022 年）7 月 29

日開催）での報告内容及びワークショップでの議論を参考としている。

## 豊中市における健康データの利活用に関する調査研究

点が求められる。日本では、徐々にマイクロデータを活用した研究成果が蓄積し始めているが、海外では、早くからマイクロデータが一般の研究者等にも広く公開され、膨大な健康政策に関する研究が蓄積しており、研究成果が具体的な政策立案の実践にも活かされている。近年、特に、自治体においては、地域の健康課題を明確化するにあたり、自らが保有し詳細な情報が含まれる国民健康保険のレセプトデータの活用やレセプトとレセプト以外の健診の状況、地域環境、経済状況等のデータを接合した分析の推進に注目が集まっている。

自治体で活用可能な代表的な健康に関するマイクロデータとして、レセプトデータが挙げられる。レセプトデータとは、患者が受けた診療内容について、医療機関や調剤薬局が保険者に対して費用を請求するために発行する請求明細書である。現在、自治体が政策の検討や研究で利用することができる主な国内のレセプトデータは図表4のとおりとなる。保有する主体については、大きくは国、企業、自治体などの保険者に区分できる。それぞれデータの構造はほぼ同じであるもののデータ固有の特徴がある。

図表4 自治体が利用可能なレセプトデータの概要

名称	保有主体	概要
NDB (レセプト情報・特定健診等情報データベース・ナショナルデータベース)	厚生労働大臣	<ul style="list-style-type: none"> <li>・日本最大の医療データベースであり、全レセプトの9割以上の情報を含む悉皆性の高さが特徴。</li> <li>・レセプト情報と特定健診・特定保健指導の情報を格納し、相互に紐づけた分析が可能。</li> <li>・個人情報保護の観点から、基本的に個人レベルの外部データと接合することが不可能。</li> <li>・利用申請の手続きが複雑で取得への労力、時間を多く要する。</li> </ul>
民間企業が販売するレセプトデータ	企業	<ul style="list-style-type: none"> <li>・複数の保険者から収集したレセプトデータを研究者や企業に有償で提供。NDBでは個人情報保護により研究者に提供されないデータが利用可能な場合もある</li> <li>・被保険者台帳が整備され、加工・分析がしやすいデータ構成となっている。</li> <li>・個人レベルデータと外部データとの結合は不可能。</li> </ul>
保険者のレセプトデータ等	保険者(自治体・保健組合等)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・個別の保険者のデータに限られるためデータ数が少ない。</li> <li>・保険者が変わるとその時点で個人の追跡が不可能。</li> <li>・NDBでは利用できない変数が利用可能な場合がある。</li> <li>・被保険者台帳等の基礎台帳が整備されている場合が多い。</li> <li>・個人レベルデータと外部データとの結合が可能。</li> <li>・データが分析用に整備されていることは少なく、データベース整備に労力がかかる場合が多い。</li> </ul>

図表の1番目のNDB(レセプト情報・特定健診等情報データベース(NDB: National Data Base)、ナショナルデータベース)は、厚生労働省が保有する全国規模の医療データ

ベースである。「高齢者の医療の確保に関する法律」(平成20年(2008年)4月施行)に基づき、保険者から収集したレセプト情報情報(平成21年度(2009年度)分以降)及び特定健診・

## 調査研究報告

特定保健指導(平成20年度(2008年度)分以降)等に関する匿名化データを利用することができる。

令和2年(2020年)3月末現在、レセプトデータは、約187億6,800万件(平成21年度(2009年度)～令和元年(2019年)12月診療分)、特定健診・特定保健指導データは約2億8,700万件(平成20年度(2008年度)～平成30年度(2018年度)実施分)が収納され<sup>3</sup>、全レセプトの9割以上の情報を網羅する悉皆性の高さが特徴である。

当初は、国や都道府県の医療費適正化計画の作成、実施及び評価のための調査や分析などに用いるデータベースとして構築されたものの、平成25年度(2013年度)からは、医療サービスの質の向上等に向けた行政機関や大学等の公益的な研究への第三者提供が本格実施された。平成28年(2016年)からは、広く活用を進めるため、NDBデータから作成された都道府県別の診療行為の請求件数や薬剤の使用状況といった基礎的な集計表を「NDBオープンデータ」<sup>4</sup>としてホームページで一般公開している。

NDBデータに含まれる情報の詳細は図表5のとおりである。なお、レセプトは、保険診療に関する情報であるため、保険外の診療(健康診断、妊娠、予防医療等)はレセプトデータとして記録されない。匿名化されたレセプト情報と特定健診等情報が格納されており、相互に紐づけることにより、診療の情報と健康情報を関連づけた、様々な角度からの分析が可能となる。

令和2年(2020年)10月からは、介護データ、令和4年(2022年)4月からはDPC<sup>5</sup>データ、との連結を開始し、今後、他の保健医療分野の公的データベース(障害福祉、予防接種、感染症等)、民間データベースである次世代医療基盤データベース<sup>6</sup>、死亡情報との連結が国において検討されている<sup>7</sup>。

NDBのデータは、個人が特定できないように匿名化処理が施され、個人情報の保護、情報セキュリティ面に留意した形で地域別の受診状況や健診データの分析等が行えるように配慮されている。一方、匿名化処理がなされているものの、レセプト情報等には患者個人の年齢や性別、診療情報が含まれ、他の情報と接合することにより患者が特定される可能性がある。そのため、個人情報保護の観点から、基本的にNDBのデータと外部データと接合することは不可能となっている。また、個人情報保護の面から、使用許可申請は厳格なものとなっており、データ入手に時間を要し利用のハードルが高いことが課題となる。

図表4の2番目の民間企業が販売するレセプトデータについては、企業が複数の健康保険組合から収集したレセプトデータを研究のために有償提供するものである<sup>8</sup>。NDBとは異なり、全ての保険者のデータを網羅していないため、診療を受けた患者の保険者が変わると、その後の追跡が不可能になる場合がある。一方、NDBでは整備されていない、被保険者台帳が整備され研究者が加工・分析しやすいデータ構

<sup>3</sup> 厚生労働省保険局医療介護連携政策課保険データ企画室「第49回レセプト情報等の提供に関する有識者会議資料3「第三者提供の現状について」(令和2年(2020年)6月17日)(<https://www.jspe.jp/committee/pdf/db20210315TM.pdf>)

<sup>4</sup> 厚生労働省「NDBオープンデータ」(<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000177182.html>)

<sup>5</sup> 急性期入院医療を対象とした診療報酬の包括評価制度。DPCデータからは、急性期医療の状況が把握できる。

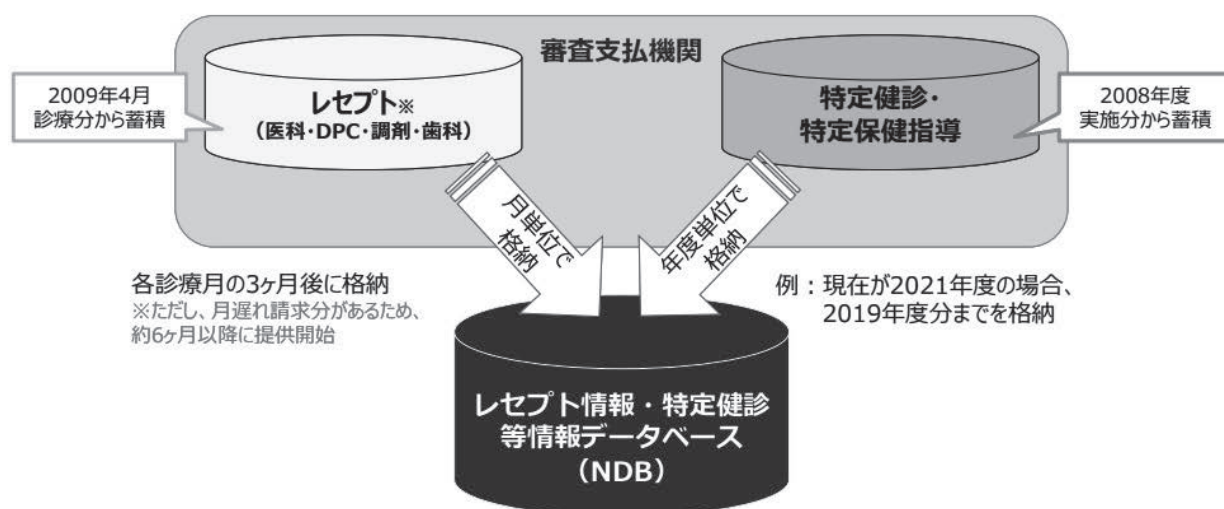
<sup>6</sup> 次世代医療基盤法に基づく主務大臣の認定を受けた認定

事業者が保有するデータベース

<sup>7</sup> 厚生労働省老健局老人保健課「今後の介護DBと他のDBとの連結について」第9回匿名医療・介護情報等の提供に関する委員会「今後の介護DBと他のDBとの連結について」第9回匿名医療・介護情報等の提供に関する委員会(令和4年(2022年)9月29日)資料(<https://www.mhlw.go.jp/content/12301000/000995137.pdf>)

<sup>8</sup> 例として、JMDC、MDVなどの企業が構築するデータベースが挙げられる。





図表5 NDB データに含まれる情報

出典：厚生労働省「[NDB] 匿名レセプト情報・匿名特定健診等情報の提供に関するホームページ」<sup>9</sup>

成となっている。被保険者台帳があることで、レセプトが発生していない健康な人(非受診者)を含めた全数調査も可能である。NDBでは個人情報保護の面から研究者に提供されないデータも利用可能な場合があるものの、NDBと同様、基本的に個人レベルデータと外部データとの結合は不可能である。

図表4の3番目は、自治体や健康保健組合等の保険者がそれぞれで保有するレセプトデータである。限られた集団内のデータとなり、総じて特定健診の受診率が低いことも相俟って、データの規模が極めて小さい。また、2番目の企業のレセプトデータと同様、診療を受けた患者の保険者が変わった時点でその後の追跡ができなくなる。例えば、自治体が保有する国民健康保険のレセプトデータは国民健康保険加入者のみのデータとなり、企業の被用者保険に変更した人のデータは取得することができない。

データ規模が小さく、特定の集団に限られたデータであるという課題がある一方、大きなメ

リットとして、NDB等では個人情報保護の面から研究に利用できないデータが、保険者が保有するレセプトデータでは利用可能となる場合がある点が挙げられる。特に、個人レベルの情報と外部データとの結合が可能であり、レセプトに含まれない情報を含めた分析を行うことができ、NDBや企業の販売するレセプトデータに比べて多様で幅広い視点での分析が可能となる。

また、保険加入者を管理する被保険者台帳が整備されており、レセプトが発生していない人も含めた全ての加入者の情報を利用することができる。但し、データが分析の用途では整理されておらず、データベース整備を研究者自身で行う必要がある場合が多い。データ提供方式については、NDBのように統一的な申請方式やガイドラインが定められているわけではなく、現状では、それぞれの自治体・健康保険組合と研究者間での個別のやり取りでデータの提供が行われている。

<sup>9</sup> 「利用を検討している方々へのマニュアル」より抜粋。  
(<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/>

[kenkou\\_iryuu/iryuuhoken/reseputo/index.html](http://kenkou_iryuu/iryuuhoken/reseputo/index.html))

## 調査研究報告

以上のように、3つの主なデータベースにはそれぞれ固有の特徴・限界があり、データの特性を理解した上での利用が重要である。各データの利用にあたって制度・時間・利用コストの問題が存在し、また、技術的な課題として、多くの場合、統計解析・分析に適した内容にデータを整備する必要がある。また、データ量が膨大で内容も非常に専門的なものとなるため、データ構造に関する知識や大量のデータを処理するためのデータ加工技術も不可欠である。

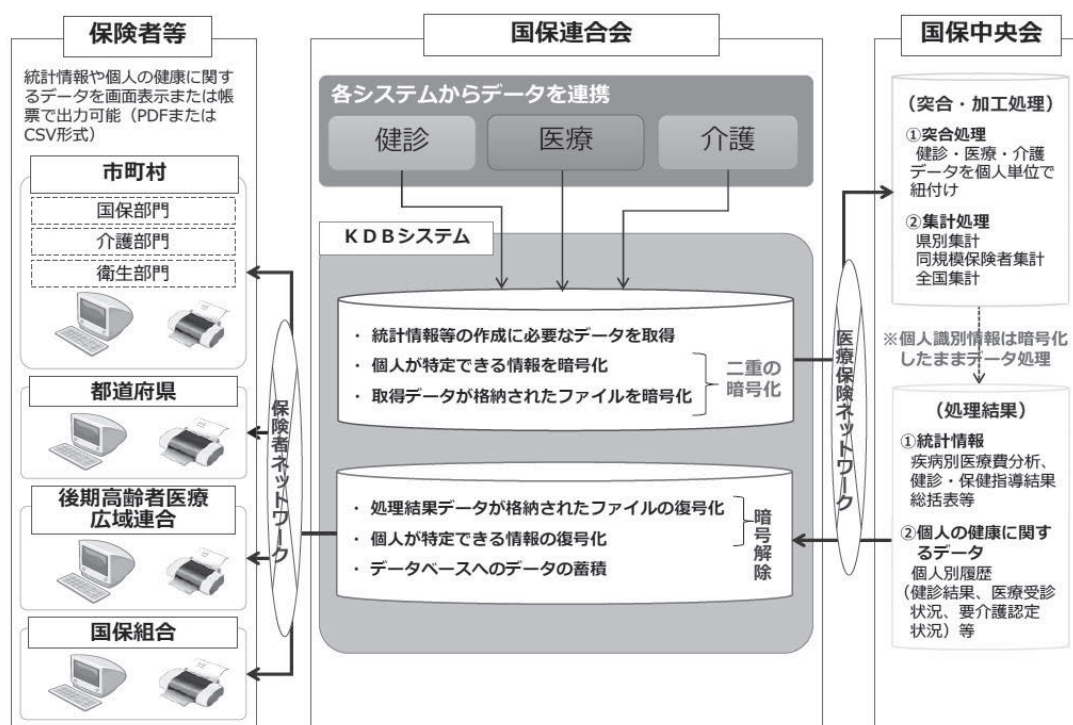
### (2) 国民健康保険データベース (KDB) データ

先述のとおり、これまで、国・自治体の施策においては、データを活用した効果的、効率的な保健事業の展開が目標とされてきた。そのような背景から保険者の効率的かつ効果的な保健事業の実施をサポートすることを目的として、

構築されたのが国民健康保険データベース (KDB) (以下「KDB」という) システムである。

KDB システムは、図表6のとおり国保連合会が各種業務を通じて管理する給付情報 (健診・医療・介護) 等から統計情報を作成すると同時に、保険者からの委託をうけて、個人の健康に関するデータを作成・提供するシステムとなっている。

KDB システムの活用においては、PDCA サイクルに沿った事業展開を目標としている。図表7のとおり、「地域の把握 (現状分析)」を行ったのち「重点化課題の抽出 (健康課題の明確化)」として地域住民の健康課題を明確化し、「重点課題への対策 (事業の実施)」として事業計画を策定した上で、それに沿った効率的・効果的な保健事業を実施し、「効果の確認 (事業の評価)」で評価を行い、次の課題解決に効率的な事業展開を実施することが可能となる。

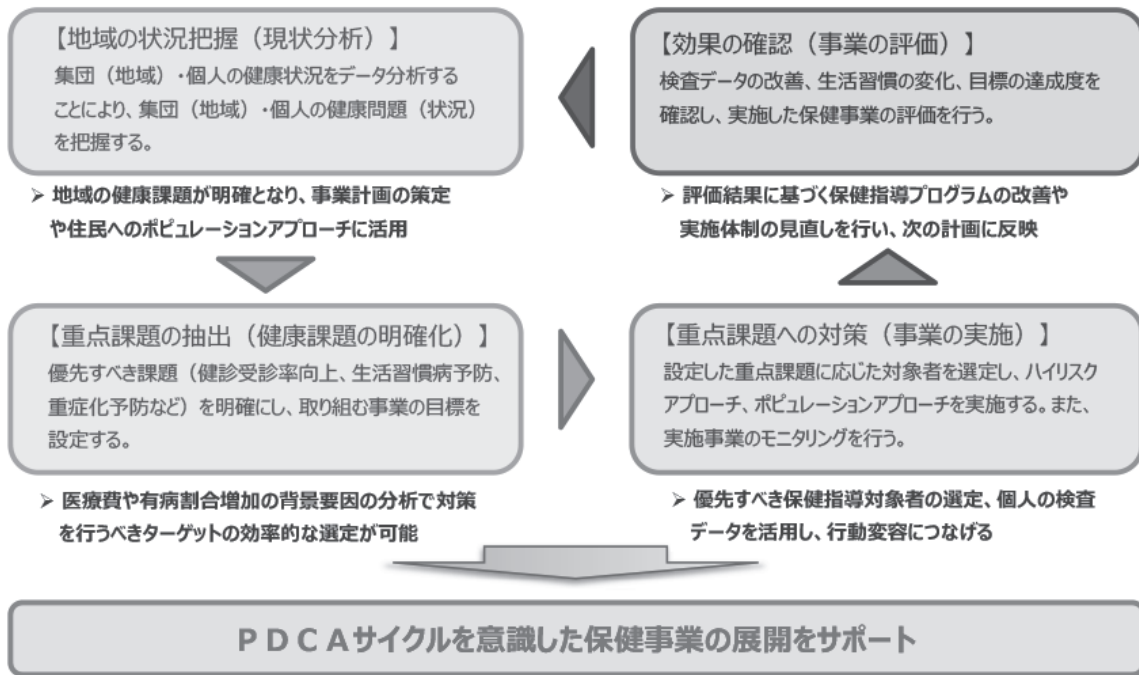


図表6 KDBシステムの概要

出典：(公財) 国民健康保険中央会ホームページ<sup>10</sup>

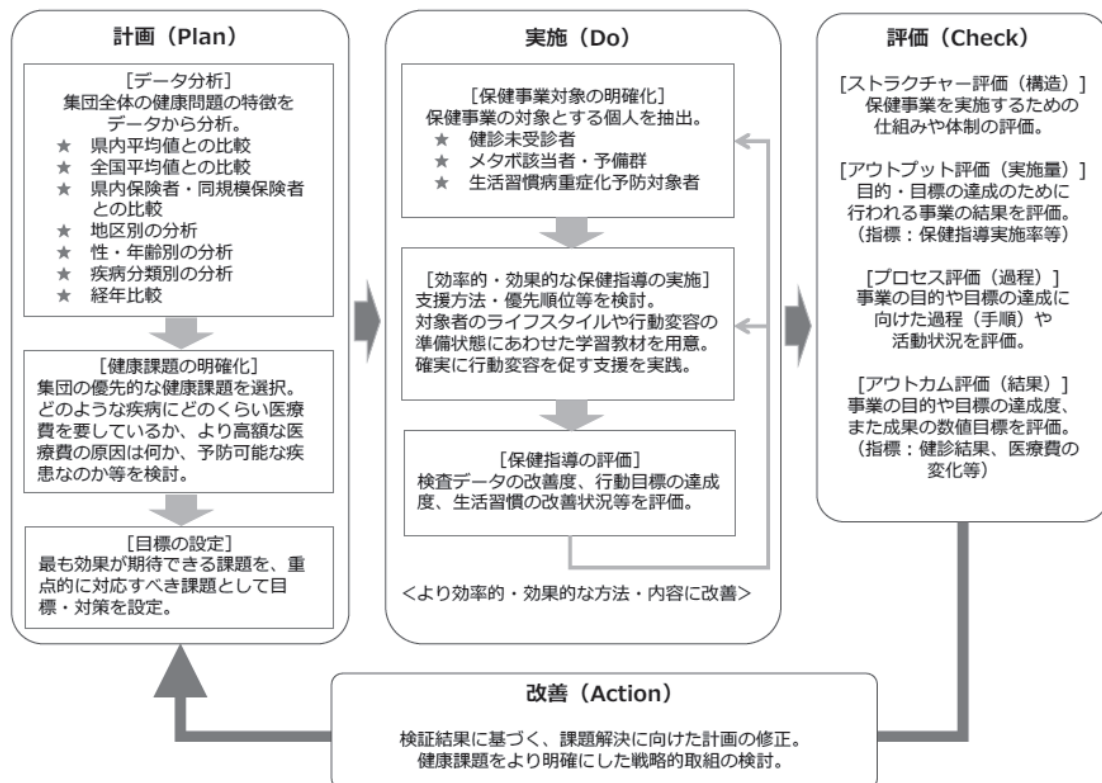
<sup>10</sup> 「国保データベース (KDB) システム」 (<https://www.kokuho.or.jp/hoken/kdb.html>) より抜粋。

## 豊中市における健康データの利活用に関する調査研究



図表7 KDB システムの活用

出典：（公財）国民健康保険中央会ホームページ



（注）「★」を付した部分が、KDB システムを特に活用できると思われるもの。

図表8 KDB システムと保健事業のPDCA サイクルとの関係

出典：KDB 等利活用部会（2018）

## 調査研究報告

また、KDB システム を活用することで、特に、図表 8 のとおり、PDCA のうち計画段階 (Plan) について、集団全体の健康問題の特徴をデータ面からとらえることが可能となる。また、実施段階 (Do) についても、健診未受診者、メタボ該当者・予備群、生活習慣病重症化予防対象者への対応を効果的に実施するために、事業の対象とすべき個人を抽出できるようになっ

ている。

KDB で扱うデータは図表 9 のとおりである。健診、医療、介護の各種データを個人、保険者、比較対象 (県・同規模保険者・全国) 単位で接合・集計し、帳票として出力することができる。帳票は PDF 及び CSV 形式での出力が可能となっている。

	0歳～	40歳～	65歳～	75歳～
健診	妊婦健康診査・乳幼児健康診査・学校健康診断情報 等			
	特定健診診査・特定保健指導情報		後期高齢者健康診査情報	
医療	被用者保険 (協会けんぽ、組合健保 等) 医療情報			後期高齢者医療情報
	国民健康保険医療情報			
介護	2号被保険者		介護保険情報	
			1号被保険者	
健診・保健指導		医療 (国保・後期)		介護
特定健診等データ管理システム <健診・保健指導等データ> <input type="checkbox"/> 検査問診結果台帳データ <input type="checkbox"/> 特定健診結果データ <input type="checkbox"/> 特定保健指導結果データ <input type="checkbox"/> 被保険者マスタ <input type="checkbox"/> 除外対象者データ <input type="checkbox"/> 保険者属性テーブル <input type="checkbox"/> 健診判定値テーブル <法定報告データ> <input type="checkbox"/> 特定健診リスクパターン別集計表 <input type="checkbox"/> 質問票項目別集計表 <input type="checkbox"/> 特定健診結果総括表 <input type="checkbox"/> 特定保健指導結果総括表 (動機付け) <input type="checkbox"/> 特定保健指導結果総括表 (積極的) <input type="checkbox"/> 特定健診・保健指導実施結果総括表 <input type="checkbox"/> 特定健診・保健指導進捗・実績管理表		国保総合システム・後期高齢者医療請求支払システム <input type="checkbox"/> 医科レセプト ・レセプト、患者、傷病名、摘要等の情報 <input type="checkbox"/> DPCレセプト ・レセプト、総括管理、包括評価部分、診断群分類、患者、傷病名、摘要、コーディングデータ等の情報 <input type="checkbox"/> 歯科レセプト ・レセプト、患者、傷病名、摘要等の情報 <input type="checkbox"/> 調剤レセプト ・レセプト、患者、医薬品、処方、調剤等の情報 <input type="checkbox"/> 被保険者マスタ <input type="checkbox"/> 地区名テーブル <input type="checkbox"/> 各種マスタ (保険者、傷病名、医薬品、診療行為、特定器材、医療機関、疾病分類)		介護保険審査支払等システム <input type="checkbox"/> 介護給付費給付実績 ・基本情報レコード ・集計情報レコード ・サービス計画費レコード ・特定入所者介護サービス費レコード <input type="checkbox"/> 総合事業費給付実績 ・基本情報レコード ・集計情報レコード <input type="checkbox"/> 指定・基準該当等サービス台帳 <input type="checkbox"/> 保険者台帳 <input type="checkbox"/> 広域連合・行政区台帳 <input type="checkbox"/> 事業所基本台帳 <input type="checkbox"/> 受給者台帳
その他：統計データ (総務省・厚労省のHPからダウンロード)				
<input type="checkbox"/> 同規模保険者情報 <input type="checkbox"/> 人口構成 <input type="checkbox"/> 平均寿命 <input type="checkbox"/> 死因 <input type="checkbox"/> 地域別状況 <input type="checkbox"/> 都道府県別状況 <input type="checkbox"/> 死亡数・出生数 <input type="checkbox"/> 医師数・診療所数・病院数・病床数				
KDB取扱範囲 (太枠内)				

図表 9 KDB で取り扱うデータ

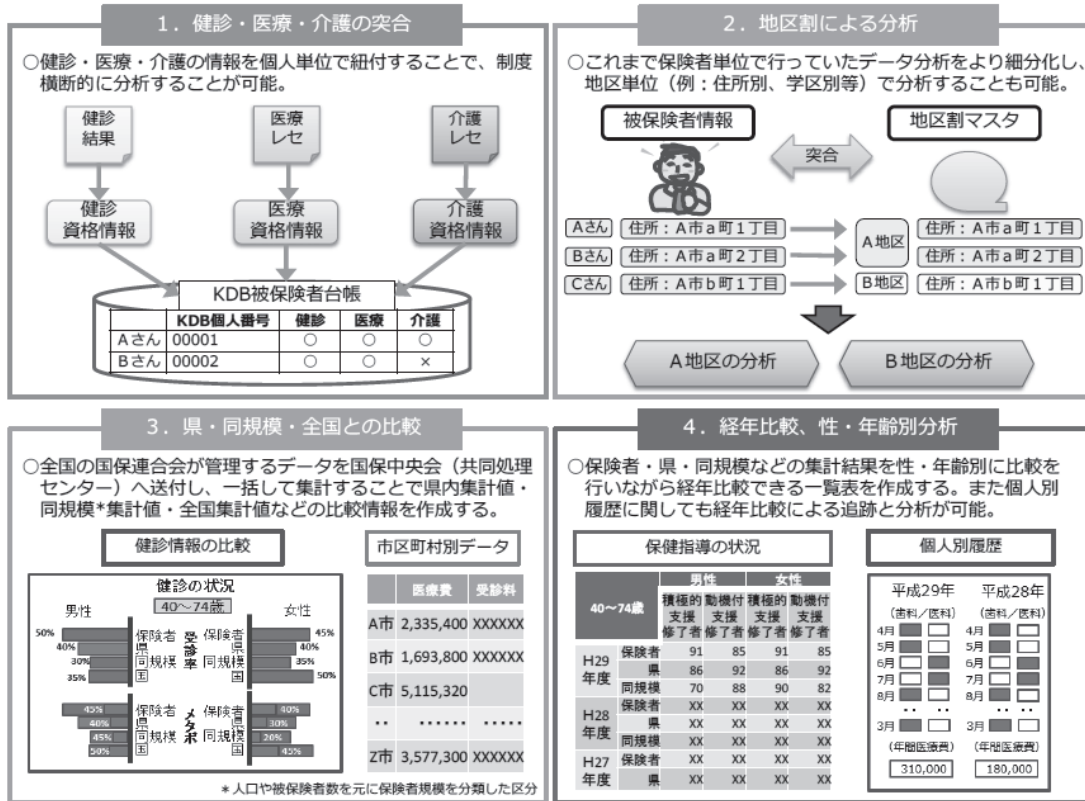
出典：KDB 等利活用部会 (2018)

KDB の特徴として図表 10 のとおり 4 点が挙げられる。KDB には健診・保健指導事業、医療、介護の情報が格納されており、健診・医療・介護のデータを接合させて利用できる点が大きな特徴である。この他、地区割による分析、県・同規模・全国との比較、経年比較、性・年齢別分析を行うことができる。地区割に関しては、行政区単位をさらに詳細に区分し、保険者の要

望に沿って、住所の丁目別、学区別といった地域分割によってデータ分析をすることができるものである。豊中市においては、地域福祉計画が定める日常生活圏域 (7 地域) での集計が可能となっている。県・同規模・全国との比較に関しては、都道府県内保険者との比較のほか、人口規模別に 12 分類した人口規模分類の中で、同規模程度の人口分類に属する保険者との比較

が可能となっている。経年比較、性・年齢別分析に関しては、現在、過去5年分のデータについてシステムの画面上で確認することができる。

このようにKDBは、地域の健康状況の見える化を推進し、それぞれの地区特性にあった施策立案の実施・評価をサポートするツールとなっている。



図表 10 国保データベースの特徴

出典：KDB 等利活用部会（2018）

(3) JAGES（日本老年学的評価研究）データ

JAGES（Japan Gerontological Evaluation Study, 日本老年学的評価研究）は健康長寿社会をめざした予防政策の科学的な基盤づくりを目的とした研究である。全国の25都道府県64市町村を対象に、要介護認定を受けていない高齢者を対象に質問紙調査を実施し、これまでに約25万人の高齢者が回答している。

全国の大学・国立研究所などの60超の機関に所属する研究者が多面的な分析を進めており、文部科学省、厚生労働省、米国 National Institute of Health（国立衛生研究所）を始めとする多数の研究助成を受け、その取組は国からも評価されている<sup>11</sup>。

JAGESプロジェクト参加自治体は、校区ごとの情報を地図やグラフにより見える化した支

<sup>11</sup> JAGESと共同研究を実施している熊本県御船町では、「地域づくり型の介護予防活動と健康格差対策の推進」に関する研究を行い令和4年度（2022年度）「第11回健康寿

命をのぼそう！アワード（介護予防・高齢者生活支援分野）」の自治体部門において、厚生労働省老健局長優良賞を受賞している。

## 調査研究報告

援システムを利用することができる。

質問紙調査の個票データにおいては、氏名、生年月日、住所、被保険者番号等の情報が含まれ、個人の情報と外部データの情報を紐づけることができるようになってきている。令和元年(2019年)調査には豊中市も参画しており<sup>12</sup>、質問紙調査の個票データが蓄積していることから、データの再分析や他のデータと突合させての分析が期待できる。

### (4) 生活保護受給者の健康データ

生活保護受給者(以下「被保護者」)の多くが健康上の課題を抱える中、近年、被保護者支援においては、従来の経済的な支援だけではなく、健康・生活面等への支援に力が入れている。平成25年度(2013年度)の生活保護法の一部を改正する法律(平成26年(2014年)1月施行)には、健康・生活面等に着目した支援について定められ、平成30年(2018年)6月の「生活困窮者等の自立を促進するための生活困窮者自立支援法等の一部を改正する法律案」によって、令和3年(2021年)には、「被保護者健康管理支援事業」が全国の福祉事務所で必須化され、データに基づいた疾病予防や健康支援の取組が開始されている。

被保護者は国民健康保険の被保険者から除外され、医療費は医療扶助で負担されている。そのため、国民健康保険のレセプトデータからは、被保護者の健康状況を把握することができない。豊中市では、福祉事務所が独自に収集・管理する医療扶助のレセプトや被保護者に関する基礎情報データを早くから蓄積しており、健診等の受診勧奨や頻回受診<sup>13</sup>の防止等の医療費

適正化業務に日々利用されている。これらのデータについては、基礎台帳を整備し、経年で保存している。被保護者の受診行動や健康行動や医療費・介護費などについて、詳細な分析が可能な内容となり、基礎的な分析とともに他の外部データを連結させる等発展的な研究利用も期待される。

### (5) ヘルスケアデータ

以上で紹介した健康データのほか、新しいデータとして健康な人を対象として日常的・継続的に取得されるヘルスケアデータの活用にも注目が集まっている。通信機能付きの歩数計や体組成計から得られた歩数、心拍数、体重等のデータに基づいて、生活習慣や運動習慣について維持、改善を促すモバイルアプリ等がその例である。ヘルスケアデータの活用の事例として、大阪府では、健康づくり支援プラットフォーム整備等事業「おおさか健活マイレージ アスマイル」<sup>14</sup>を企業と連携して実施し、スマートフォンアプリ「アスマイル」を通じて、ウォーキング、特定健診の受診や健康イベントへの参加などの活動実績に対してポイントを付与し、抽選への参加や電子マネーなどとの交換を可能とすることで、参加者の健康管理・意識向上につなげることをめざしている。

### 1-6 健康データに関わる法令等

続いて、健康データの取り扱いに関する法やガイドライン、自治体の取組についてまとめた。健康データには個人の病歴、通院記録等のプライバシーに関わる重要な情報が含まれ、データの取り扱いや分析においては、個人情報

<sup>12</sup> 豊中市が参画したJAGESプロジェクトについては、とよなか都市創造研究所(2022)「豊中市のアンケート調査の活用に関する調査研究——市民ニーズ等の把握手法の検討——」(pp30-31)において概要を紹介している。

<sup>13</sup> 治療に必要な範囲を超えて過度に病院を受診することで

あり、医療費適正化のうえでの課題の一つとなっている。

<sup>14</sup> 大阪府「おおさか健活マイレージ アスマイルについて」(<https://www.pref.osaka.lg.jp/kokuho/platform/asmile.html>)

の保護や、情報セキュリティについて十分配慮し進める必要がある。また、健康データの分析においては専門性や技術的な制約から自治体職員のみで行うことが難しく、外部の研究者と協力しながら調査研究を進める場合が多い。個人情報保護法等の法令等を前提に、自治体内部でのデータの取り扱いの検討やデータをどのように自治体の外部の研究者に提供するのかの枠組みを検討する必要がある。

平成 29 年（2017 年）には、個人情報の保護に関する法律（平成 15 年法律第 57 号）が改正され（平成 29 年（2017 年）5 月 30 日施行）病歴、健診結果等が含まれるレセプト・健診データ等については、「要配慮個人情報」として取扱いが厳格化されると同時に、「匿名加工情報」の条項が新設され、個人情報を匿名化した匿名加工情報<sup>15</sup>については、本人同意を要しないで第三者提供することが可能となった。特に、健康データの分析については、匿名加工情報の活用が有用であるが、個人情報保護法が定める安全管理、第三者提供時の公表・明示、識別行動の禁止に留意するほか、データの規模が小さい場合や希少疾患等に係る情報の取り扱いに注意する必要がある。国や関連団体、一部の自治体では、データ利活用に関する詳細を定めたガイドラインを策定している<sup>16</sup>。

自治体の事例として、足立区では「区保有データの外部提供に関する手引き」（令和 3 年（2021

年）4 月 26 日版）を制定し、個人情報の保護や情報セキュリティの確保をさらに確実なものにするため、データ提供について区として統一の方針や手続き方法を定めている。

また、健康データを扱ううえでは、個人情報法等の法令遵守に加えて、プライバシーや人権といった価値への倫理的な側面からの配慮も重要になっている。健診等のデータについての倫理的な取り扱い方針としては、「民間 PHR 事業者による健診等情報の取扱いに関する基本的指針」及び「民間利活用作業班報告書」（総務省・厚生労働省・経済産業省）が令和 3 年（2021 年）4 月に公表されている。

多くの大学では、健康分野の研究に関する倫理審査委員会が設置されており、先進的な自治体において倫理的側面を審査する組織を設置する事例が見受けられる。神戸市では、「神戸市保健事業に係る研究倫理審査会」を設置し、学術機関等へのデータの外部提供にあたって研究倫理審査会の承認を経た上で行うこととしている。さらに、研究概要を市のホームページに掲載し、市民への情報提供及びオプトアウト<sup>17</sup>の機会（拒否の機会）確保を図っている。

自治体から外部の研究者に対してのデータ提供の個別の方法に関しては、自治体の裁量にまかされている部分が多く、研究目的、研究期間、経費負担、守秘義務等について規定した協定書等に従って実施されることが多い。また、

<sup>15</sup> 個人情報を加工して、通常人の判断をもって、個人を特定することができず、かつ、加工する前の個人情報へと戻すことができない状態にした情報。

<sup>16</sup> 例として下記があげられる。

- ・厚生労働省個人情報保護委員会「健康保険組合等における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」（平成 29 年（2017 年）4 月 14 日（令和 4 年（2022 年）3 月一部改正））（[https://www.ppc.go.jp/personalinfo/legal/kenpokumiai\\_guidance/](https://www.ppc.go.jp/personalinfo/legal/kenpokumiai_guidance/)）
- ・全国健康保険協会「匿名加工情報によるレセプト等データの第三者提供等に関するガイドライン」（令和 4 年（2022 年）4 月 26 日）（<https://www.kyoukaikenpo.or.jp/~/>

[media/Files/honbu/other/sb7110/dai3shateikyougaido\\_rain\\_202204.pdf](https://www.kyoukaikenpo.or.jp/~/media/Files/honbu/other/sb7110/dai3shateikyougaido_rain_202204.pdf)

また、自治体に向けデータ利活用の方策を示した次のガイドブックでは、個人情報を含むデータ活用検討のためのワークシートや自治体での個人情報リスク評価、個人情報保護評価書について触れている

- ・総務省情報流通行政局地域通信振興課地方情報化推進室「地方公共団体におけるデータ利活用ガイドブック（Ver2）」（令和元年（2019 年）5 月）（[https://www.soumu.go.jp/main\\_content/000620312.pdf](https://www.soumu.go.jp/main_content/000620312.pdf)）

<sup>17</sup> 個人情報の第三者提供に関し、個人データの第三者への提供を本人の求めに応じて停止すること

## 調査研究報告

自治体と研究者・研究機関の共同研究の形式をとって実施される場合もある。例として、福岡市（福岡県）では、「地域包括ケア情報プラットフォーム」で集約したデータを活用し、令和2年（2020年）に九州大学と健康づくり施策に関するデータ分析を連携して進めていくこととした覚書（令和2年（2020年）7月31日付）を締結したうえで、九州大学と委託契約を締結し、健康課題に関するデータ分析を実施している。また、金沢大学との包括連携協定のもと小松市（石川県）では、「国保データベースシステムを活用した地域の健康づくりのための調査研究」（平成30年度（2018年度）、令和元年度（2019年度））、同県の羽咋市では「国保データベース・後期高齢者データベースなどを活用した地域の健康まちづくりのための調査研究」（平成30年度（2018年度）～令和2年度（2020年度）共同研究）が金沢大学共創型研究支援プロジェクトの中で実施されている。

データ提供の方法は様々であり、研究者に自治体が依頼・委託した形でのデータ提供のほか、研究者を自治体が非常勤職員や派遣職員として雇用し、研究者が自治体に出向いてデータ整備や匿名化加工を行う場合もある。研究目的、内容や自治体の実情に合わせた方法で、倫理性、法令遵守を担保しつつ弾力的にデータの取得・収集・分析を行うことが求められる。

### 1-7 健康データ利活用の先進事例

続いて、健康データを利活用し、政策展開につなげている自治体の先進事例を紹介する。各事例について概要をまとめるとともに、データ整備・運用について自治体に導入する際のコストについても触れた。

#### (1) 神戸市<sup>18</sup>

神戸市では、これまで所管ごとに保有していた医療・介護のレセプトデータや健診データを連結・匿名化した「ヘルスケアデータ連携システム」（図表11）を新たに整備し、令和2年（2020年）11月から運用を開始している。健康医療分野における施策評価のための基礎資料となる既存のデータが存在しないなか、新たに整備した悉皆性の高いデータを分析することで、市民全体の健康状態や課題の把握、保健事業の効果検証が可能となった。本システムの導入費・運用費は979千円（サーバー管理費、分析用データセット作成費等、令和3年度（2021年度）現在）である。

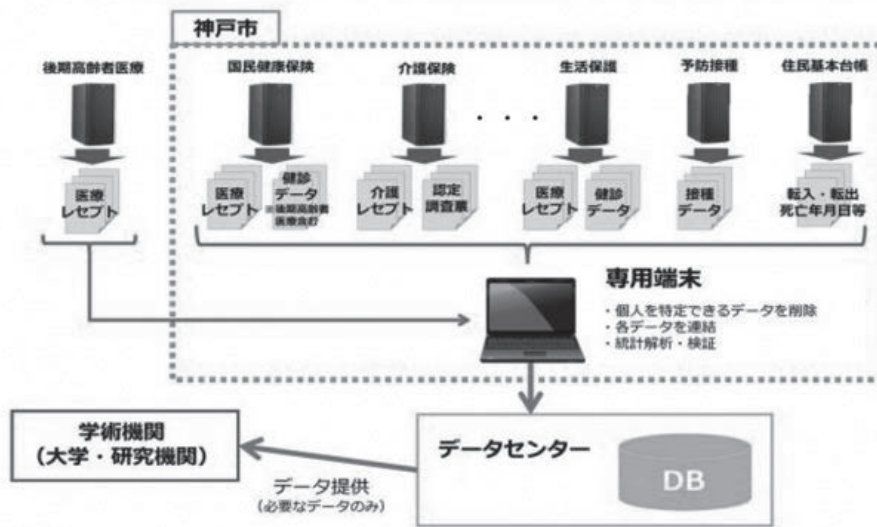
また、学術機関へデータ提供し、研究結果をフィードバックできる体制があり、新型コロナウイルス感染症の感染拡大期において、医療提供体制が維持されていたかについて、学術機関にデータを提供し検証を行っている。

個人情報の保護については、個人情報保護審議会の承認を得た上で、各所管部署より関連データを収集している。収集にあたっては、データ連結プログラムを活用し、各所管部署が保存するデータ形式のまま収集することで、各部署の負担軽減を図っている。先に述べたように、神戸市では、神戸市保健事業に係る研究倫理審査委員会を設置し、保健事業に係る研究を実施または協力をする際、「人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針」（令和3年（2021年）3月23日文科科学省・厚生労働省・経済産業省通知）を踏まえた倫理審査を実施している。また、個人情報の保護については個人が特定できる情報は削除し、匿名化された情報を学術機関に提供している。神戸市保健事業に

<sup>18</sup> 神戸市の事例については、以下を参照した。  
・神戸市ホームページ「ヘルスケアデータ連携システム」  
(<https://www.city.kobe.lg.jp/a15830/kenko/souzoutoshi/health-care-system2.html>)

・総務省統計局「地方公共団体のためのデータ利活用支援サイト（Data StaRt）」、先進事例2021、ヘルスケアデータ連携システム  
(<https://www.stat.go.jp/dstart/case/42.html>)





図表 11 ヘルスケアデータ連携システムのイメージ図

出典：神戸市ホームページ「ヘルスケアデータ連携システム」

係る研究倫理審査会の承認のもと実施される研究は、神戸市ホームページに掲載し、市民への情報提供とオプトアウトの機会確保を図っている。

(2) 佐賀市<sup>19</sup>

佐賀市では、令和2年度（2020年度）から医療・介護・健診等ビッグデータを活用し、地域の民生委員や医療機関等の関係者と連携して重症化リスクの高い高齢者の介護予防を推進するプロジェクトを実施している。支援対象者の抽出及び介護予防支援を行う仕組みづくりについて、データに基づいて実施し、高齢者の重症化予防・介護予防の佐賀市モデルを創出する取組である。本事業の運用費は6,000千円（データ分析委託料、令和3年度（2021年度現在））である。

事業の実施においては、重症化リスクが高い高齢者を抽出し、最適な支援を行うことが健康

寿命の延伸に結び付くという仮説を設定し、課題が多い後期高齢者の状況について把握するため、KDBを活用するとともに、民生委員の協力を得て市独自のデータを収集した。

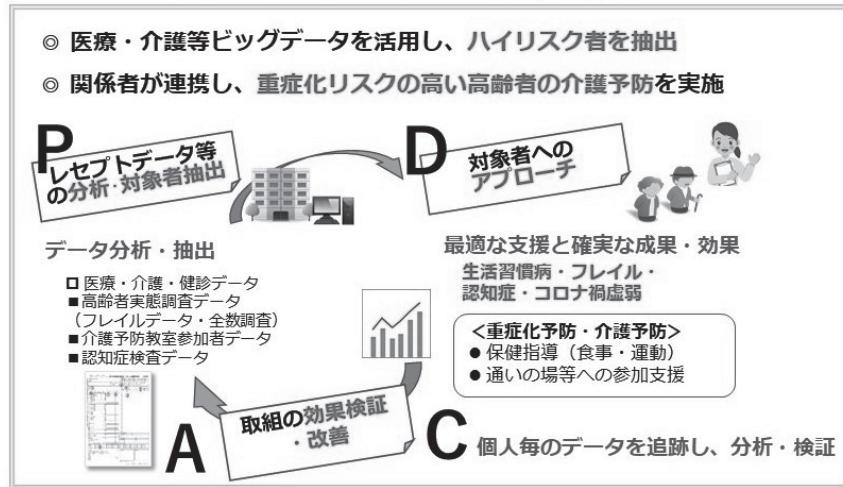
収集したデータから、介護や健診有無等の観点から後期高齢者を階層化し、ハイリスク者を抽出し支援対象者の優先順位付けを行い、重症化リスクが高い高齢者に対して医療専門職の指導と医療機関への受診勧奨を実施するなど分析結果を具体的な事業で活用している。また、フレイルに関する質問項目の結果をリスクスコアとして数値化し、見守りが必要な高齢者の見える化を進め、民生委員の見守り活動に活かす取組も進めている。

佐賀市では、上記の取組全体についての効果検証を行い、PDCAサイクルを確立するなど事例を横展開につなげる「佐賀市モデル」の構築（図表12）をめざしており、事業のモニタリングについても配慮している点が注目できる。

<sup>19</sup> 佐賀市の事例については、以下を参照した。  
 ・総務省統計局「地方公共団体のためのデータ利活用支援サイト(Data StaRt)」、先進事例2021、介護予防DX～データを活用した介護予防推進事業～

(<https://www.stat.go.jp/dstart/case/41.html>)  
 ・佐賀新聞「介護予防で総務大臣賞 佐賀市、データ利活用表彰」（令和3年（2021年）12月22日付）(<https://www.saga-s.co.jp/articles/-/787130>)

【高齢者の重症化予防・介護予防の『佐賀市モデル』の確立】



図表 12 佐賀市モデルの構築

出典：総務省統計局「地方公共団体のためのデータ利活用支援サイト（Data StaRt）」

(3) 静岡県<sup>20</sup>

静岡県では、自治体や医療保険者の生活習慣病対策の施策立案、健康づくりの活動の推進に向け、県内特定健診受診者の約8割にあたる68万人分の特定健診データを統合し、データから健康課題などを分析した上で、その結果をグラフや地図上に示す「見える化」を実施する。

市町国保・国保組合のデータだけではなく、共済組合、健保組合、協会けんぽといった県内に本部を置く全ての医療保険者の特定健診データを平成22年(2010年)から毎年収集し、地域・保険者の健康課題を明らかにする等多面的な分析を実施している点が特徴である。なお、本事業では運用費等においてコストをかけずに実施している(冊子印刷代のみ)。

分析においては、特定健診データを活用し、メタボリックシンドローム該当者や糖尿病患者を地図上に色分けして分かりやすく示している(図表13)。また、市町別標準化死亡比(SMR)

の算出を行うほか、65歳以上の高齢者が要介護や寝たきりにならず自立して生活している期間について「お達者度」として提示を行っている。

同県の取組においては、分析結果を数字だけで表すのではなく、県内の医療保険者及び市町、健康福祉センター(保健所)等の関係者が、地域の実情を踏まえた具体的な目標値の設定や、目標の達成度の評価に利活用しやすいように示している点が注目される。各市町においては、結果を市町別に色分けしたマップ化を見て自分の市町を「良い色に変えたい(=改善したい)」といった健康課題に対する意識を高く持つようになったという。

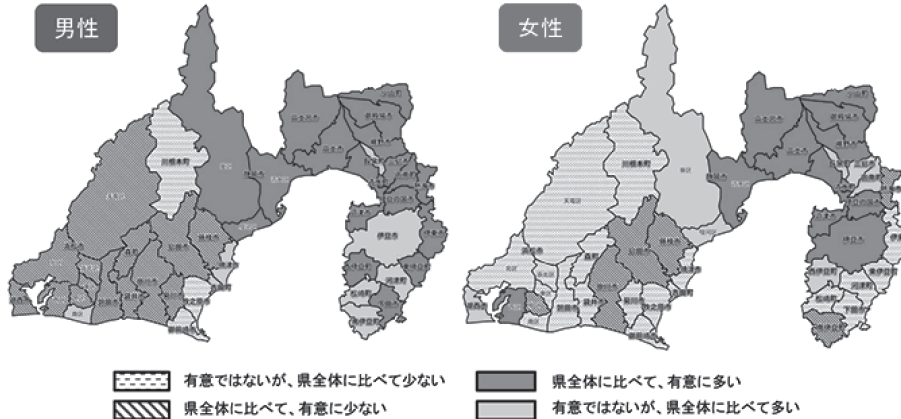
詳細な分析結果は、静岡県総合健康センターホームページ<sup>21</sup>において報告書としてまとめられており、医療保険者単位(市町単位等)で分析・評価した結果を経年でみることができ

<sup>20</sup> 静岡県の事例については、以下を参照した。  
 ・総務省統計局「地方公共団体のためのデータ利活用支援サイト(Data StaRt)健康課題の「見える化」～健診結果68万人ビッグデータをマップ化

(<https://www.stat.go.jp/dstart/case/08.html>)  
<sup>21</sup> 静岡県総合健康センターホームページ「特定健診等データ分析」([https://shizuoka-sogokenkocenter.jp/area\\_health/?page=sin\\_dan\\_data](https://shizuoka-sogokenkocenter.jp/area_health/?page=sin_dan_data))

H28特定健診結果「見える化」：メタボリックシンドローム該当者

県東部と静岡市でメタボリックシンドローム  
該当者が多い



図表 13 メタボリックシンドローム該当者の市町別の状況

出典：総務省統計局「地方公共団体のためのデータ利活用支援サイト（Data StaRt）」

2. 市民の健康課題の見える化

健康課題の解決へ向けての第一歩は課題を見える化し関係者間で共有することにある。本章では、第1章で紹介した自治体が保有する代表的な医療・健康に関するデータである国民健康保険データベース（KDB）のデータ（以下「KDBデータ」という）を用いて、豊中市民の健康課題を見える化（可視化）し、データに基づいた課題設定や解決策の検討に向けた手がかりを創出することをめざす。

KDBでは、蓄積した情報を集約し帳票及びCSVで出力することができる。また、各自治体・都道府県・全国・同規模自治体別の集計値の把握が可能であり、他の集団との比較ができるほか、経年変化や年齢別の状況が把握できるようになっている。KDBデータから得られる、健診、医療費のデータを用い、豊中市の地域別の健康状況について見える化を行うことで、他の地域よりも健康状況に課題があり、重点的にコスト

や労力をかけて健康対策を進めるべきエリアを明らかにすることを目標としたい。

以下では、まず、全国及び大阪府との比較を通じた豊中市の健康状況及び医療費の状況を整理したあと、豊中市の日常生活圏域に基づく7圏域の健康状況の特徴・傾向を把握する。KDBの出力帳票「地域の全体像の把握」によると、豊中市、大阪府、全国の被保険者の構成は図表14のとおりとなる。令和3年度（2021年度）の豊中市における被保険者は75,644人で人口総数の約2割を占める。

図表 14 被保険者の構成

	人口 総数	高齢 化率	被保険 者数	平均 年齢
豊中市	393,686	25.4	75,644	52.5
大阪府	8,713,089	26.1	1,973,502	50.5
全国	125,640,987	26.6	28,705,575	52.2

出典：KDB データ（健診・医療・介護データからみる地域の健康課題（令和3年度））

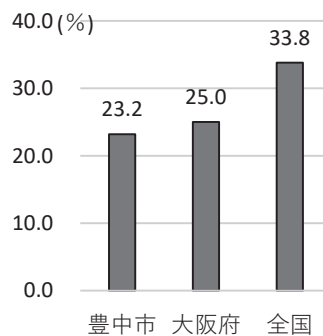
## 調査研究報告

### 2-1 市全体の健康課題

#### (1) 特定健診

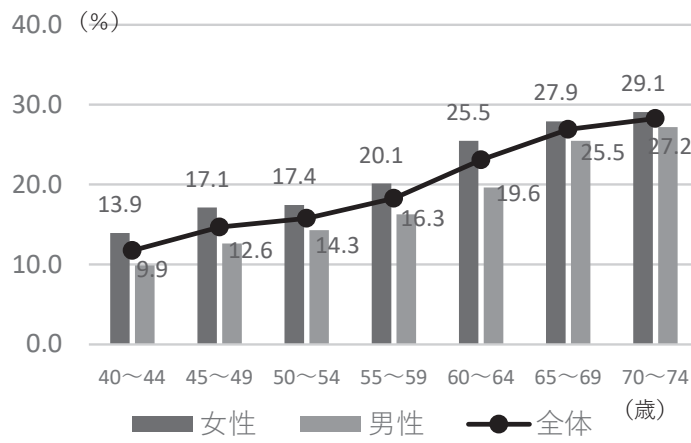
特定健診はメタボリックシンドローム該当者及び予備群の生活習慣の改善を図り、糖尿病等の生活習慣病の発症のリスクを軽減することを目的として実施する。対象は40～74歳となる。図表15は地域別の特定健診受診率を示したものである。令和3年度（2021年度）の豊中市の特定健診受診率は23.2%となり、コロナ禍で全国的に受診率が低下した令和2年度（2020年度）よりも増加傾向にあるものの、大阪府（25.0%）、全国（33.8%）の値よりも低くなっている。図表16のとおり、性別・年齢階級別にみると、女性のほうが男性よりも受診率が高い

傾向があり、男女とも年齢が高くなるとともに受診率は高まっている。女性は54歳以下、男性は64歳以下では受診率が2割を下回る。



図表15 特定健診受診率

出典：KDB データ（地域の全体像の把握（令和3年度））



図表16 豊中市の年齢階級・性別特定健診受診率

出典：KDB データ（健診の状況（令和3年度））

第2期豊中市国民健康保険保健事業実施計画（データヘルス計画）及び第3期豊中市国民健康保険特定健康診査等実施計画（中間評価）（令和4年（2022年）3月）においても、特定健診の受診率の低さを課題とし、受診率向上に向けた未受診者対策及び受診環境の整備について取り組まれている。

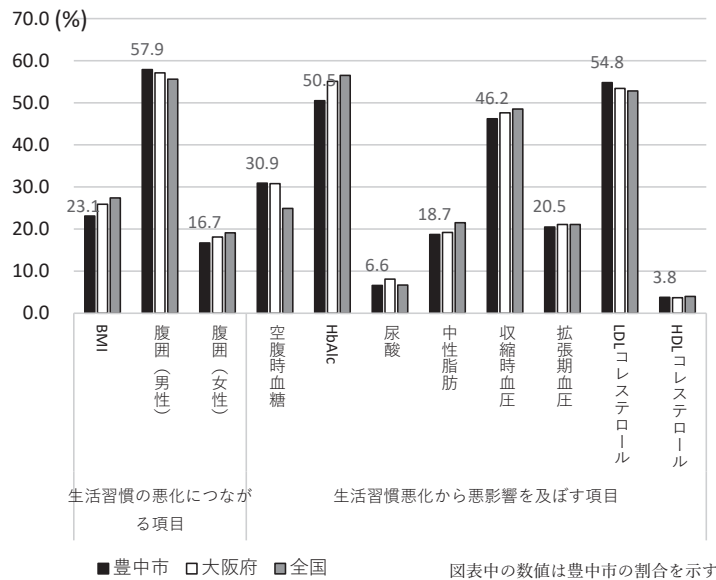
#### (2) 健康状況

厚生労働省が定める「標準的な健診・保健指

導プログラム（改定版）」を参考に、健康状況に課題のある有所見者の状況の把握を行った。有所見者の判定基準は図表17のとおりである。図表18で有所見者の状況を見ると、どの項目も概ね全国・大阪府と同じか、割合が下回っているものの、腹囲（男性）、LDL コレステロールの値が全国及び大阪府の割合よりも高くなっている。

図表 17 有所見者の判定基準

生活習慣の悪化につながる項目	BMI（肥満度）25 以上 腹囲（男性）90cm以上 腹囲（女性）85cm以上
生活習慣悪化から悪影響を及ぼす項目	空腹時血糖 100mg/dl 以上 HbA1c5.6%以上 尿酸 7.0mg/dl 以上 中性脂肪 150mg/dl 以上 収縮時血圧 130mmHg 以上 拡張時血圧 85 mm Hg 以上 LDL コレステロール 120mg/dl 以上 HDL コレステロール 40mg/dl 未満



図表 18 有所見者の状況

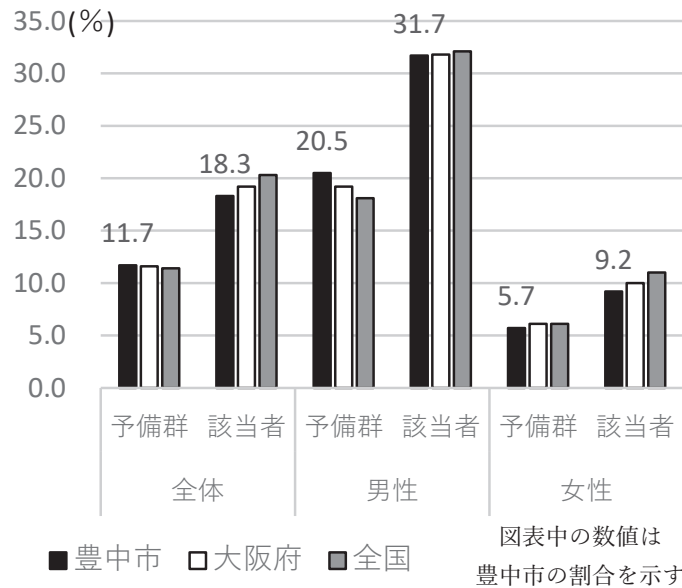
出典：KDB データ（厚生労働省様式 5-2（令和 3 年度））

図表 19 はメタボリックシンドローム該当者等の割合を地域別に示したものである。法定報告<sup>22</sup>によると豊中市のメタボリックシンドローム該当者（以下「メタボ該当者」）は年々微増傾向にありその対策が課題となっている。令和 3 年度（2021 年度）のメタボ該当者の割合は 18.3%、予備群は 11.7% となり、予備群の割合

が若干大阪府（11.6%）、全国（11.4%）より高くなっている。男性のほうがメタボ該当者・予備群とも割合が高く、男性予備群（20.5%）の割合は大阪府（19.2%）、全国（18.1%）の値を上回る。年齢別の状況をみると、メタボ該当者については、男女ともに年齢の上昇とともに割合が高くなっている（図表 20）。

<sup>22</sup> 国民健康保険加入者のうち健診実施年度中に 40～74 歳となる者（実施年度中に 75 歳になる 75 歳未満の者も含む）

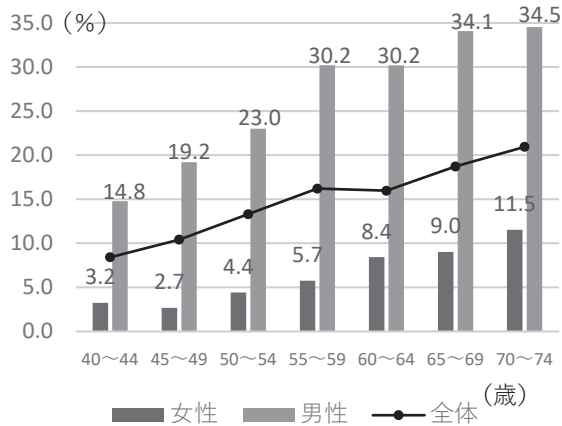
で、かつ当該実施年度の 1 年間を通じて加入している者（年度途中での加入・脱退等異動のない者）を対象とする。



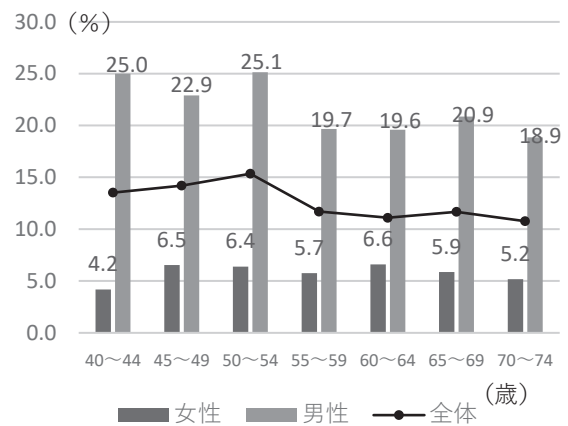
図表 19 メタボ該当者等の割合

出典：KDB データ（地域の全体像の把握（令和3年度））

■メタボ該当者



■予備群



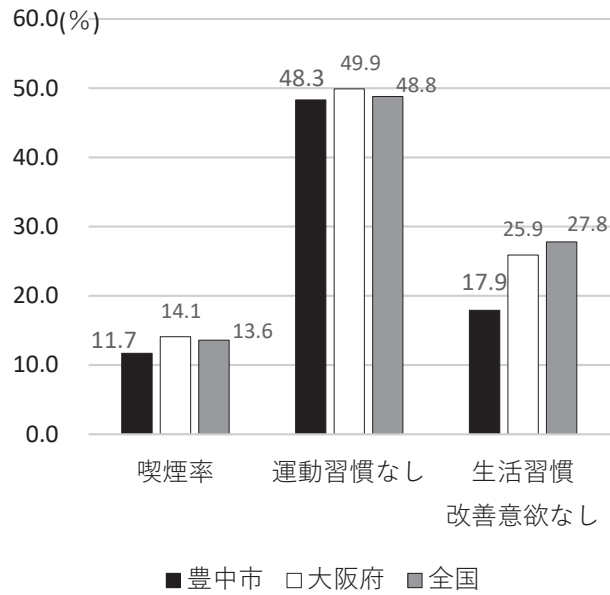
図表 20 豊中市の年齢階級別メタボ該当者等の割合

出典：KDB データ（健診の状況（令和3年度））

(3) 生活習慣

KDB データでは、特定健診の際に行う、健康につながる生活習慣についての質問の回答割合も集計している。図表 21 は喫煙率、1日30分以上の運動習慣のない人の割合（低いほうが良い）、生活習慣改善意欲のない人の割合（低

いほうが良い）を地域別に示したものである。全て、全国及び大阪府の割合を下回り、特に生活習慣改善意欲のない人の割合は、大阪府よりも8ポイント、全国よりも9.9ポイント低くなっている。



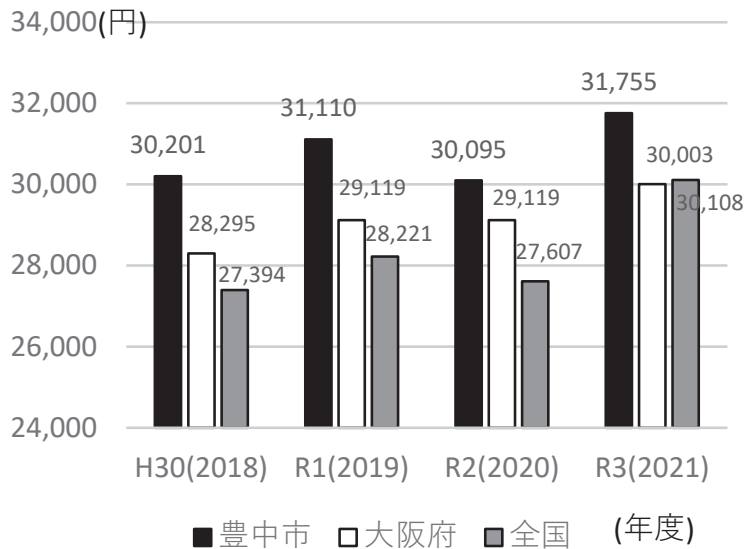
図表 21 生活習慣

出典：KDB データ（地域の全体像の把握（令和3年度））

(4) 1人あたり医療費

特定の集団における医療費の水準を表す代表的な指標に1人あたり医療費がある。図表22は豊中市の被保険者1人あたり医療費の経年推移を示している。これをみると、平成30年度から令和元年度までは増加しており、令和2年

度（2020年度）はコロナ禍の受診控えの傾向から医療費が減少している。令和3年度（2021年度）は31,755円となり、令和2年度よりも増加している。全国、大阪府も同様の傾向を示すが、豊中市の医療費はいずれの年度も全国及び大阪府よりも高くなっている。



図表 22 被保険者1人あたり医療費の推移

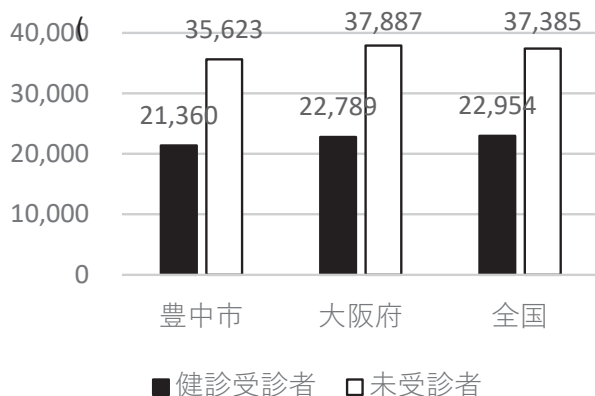
出典：KDB データ（健診・医療・介護データからみる地域の健康課題（令和3年度））

## 調査研究報告

### (5) 健診受診状況別医療費

図表 23 は健診受診状況別にレセプト 1 件あたりの医療費（入院+外来）を示したものである。豊中市の健診受診者と未受診者の医療費を

比較すると、健診受診者は 21,360 円となり非受診者よりも約 14,000 円低くなっている。大阪府、全国も同様の傾向である。



図表 23 健診受診状況別レセプト 1 件あたり医療費（入院+外来）

出典：KDB データ（健診・医療・介護データからみる地域の健康課題（令和 3 年度））

### (3) 疾病別医療費

図表 24 は疾病別（最大医療資源疾病名別<sup>23</sup>）の医療費構成を示している。がんが 31.6%と最も割合が高く、筋・骨格が 17.3%、精神が 13.0%と続く。全国または大阪府よりも割合が高い疾病名について網掛けを行っている。

図表 25 は最大医療資源疾病別構成比の経年変化を示している。大きな変動はなく、平成 30 年度（2018 年度）と令和 3 年度（2021 年度）年度を比較し、変動があったものを見ると、慢性腎臓病（透有）が 0.5 ポイント低下、がんが 0.6 ポイント増加、高血圧症が 0.7 ポイント低下している。

医療費について、さらに細かい分類（疾病中分類別）で見ると（図表 26）、総医療費に占める割合が高い疾病は、「腎不全」「その他の悪性新生物」「その他の心疾患」「糖尿病」「その他の消化器系の疾患」の順となる。腎不全、糖尿病、高血圧性疾患など生活習慣病が上位に位置

図表 24 豊中市の最大医療資源疾病別構成比

	豊中市	大阪府	全国
慢性腎臓病（透有）	9.7	9.6	8.2
慢性腎臓病（透無）	0.6	0.5	0.5
がん	31.6	32	31.5
精神	13	12.5	14.7
筋・骨格	17.3	17.3	16.6
糖尿病	9.1	9.9	10.5
高血圧症	5.7	5.9	6.1
高尿酸血症	0.1	0.1	0.1
脂肪肝	0.2	0.2	0.2
動脈硬化症	0.4	0.2	0.2
脳出血	1.4	1.4	1.3
脳梗塞	3	2.7	2.7
狭心症	2.4	2.2	2.3
心筋梗塞	0.8	0.7	0.7
脂質異常症	4.6	4.7	4.5

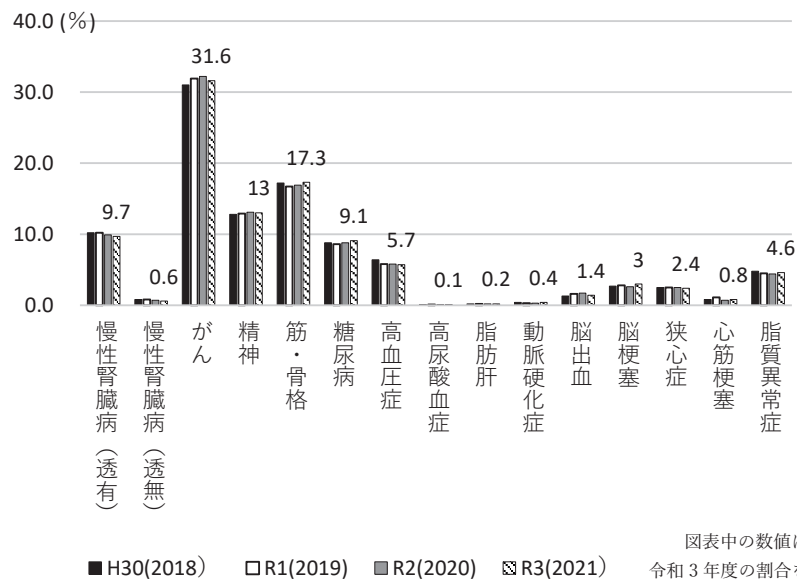
出典：KDB データ（健診・医療・介護データからみる地域の健康課題（令和 3 年度））  
（※四捨五入の関係で合計が 100%にならない場合がある。以下同じ。）

<sup>23</sup> レセプトに複数の疾病名がある場合、最も医療資源（医

療費）を要した疾病名



## 豊中市における健康データの利活用に関する調査研究



図表 25 豊中市の最大医療資源疾病別構成比の推移

出典：KDB データ（健診・医療・介護データからみる地域の健康課題（令和3年度））

している。

図表 27 は総医療費、レセプト件数、レセプト 1 件あたり医療費について上位 5 件を示しており、全国、大阪府とほぼ同じ傾向が確認できる。レセプト件数では「高血圧性疾患」「脂質

異常症」「糖尿病」といった生活習慣病が上位を占め、レセプト 1 件あたり医療費においては高い順に「白血病」、「くも膜下出血」、「その他の周産期に発生した病態」となった。

図表 26 豊中市の疾病中分類別医療費の状況（上位 10 位）

順位	疾病項目	構成比 (%)	医療費 (百万円)
1	腎不全	7.4	1,958
2	その他の悪性新生物<腫瘍>	5.9	1,578
3	その他の心疾患	5.2	1,382
4	糖尿病	4.9	1,307
5	その他の消化器系の疾患	3.6	964
6	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	3.2	863
7	気管、気管支及び肺の悪性新生物<腫瘍>	3.0	789
8	高血圧性疾患	3.0	787
9	その他の神経系の疾患	2.9	762
10	その他の眼及び付属器の疾患	2.5	677
	それ以外	58.4	15,554
	合計	100.0	26,621

出典：KDB データ（医療費分析 大、中、細小分類（令和3年度））

# 調査研究報告

図表 27 疾病中分類別医療費等（地域別・上位 5 位）

■総医療費

順位	豊中市	大阪府	全国
1	腎不全	腎不全	その他の悪性新生物<腫瘍>
2	その他の悪性新生物<腫瘍>	その他の悪性新生物<腫瘍>	腎不全
3	その他の心疾患	糖尿病	糖尿病
4	糖尿病	その他の心疾患	その他の心疾患
5	その他の消化器系の疾患	その他の消化器系の疾患	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害

■レセプト件数

順位	豊中市	大阪府	全国
1	高血圧性疾患	高血圧性疾患	高血圧性疾患
2	脂質異常症	脂質異常症	糖尿病
3	糖尿病	糖尿病	脂質異常症
4	その他の眼及び付属器の疾患	その他の眼及び付属器の疾患	その他の眼及び付属器の疾患
5	皮膚炎及び湿疹	その他	その他の神経系の疾患

■レセプト 1 件あたり医療費

順位	豊中市	大阪府	全国
1	白血病	白血病	白血病
2	くも膜下出血	くも膜下出血	くも膜下出血
3	その他の周産期に発生した病態	その他の血液及び造血管の疾患並びに免疫機構の障害	その他の血液及び造血管の疾患並びに免疫機構の障害
4	肺炎	脳内出血	脳内出血
5	その他の血液及び造血管の疾患並びに免疫機構の障害	肺炎	肺炎

出典：KDB データ（医療費分析 大、中、細小分類（令和 3 年度））

## 2-2 日常生活圏域（7 圏域）別の健康課題

続いて、豊中市を 7 つの地域に分けて健康状況等を把握する。地域区分については、前出の「豊中市における孤独・孤立に関する調査研究」と同様に、豊中市地域福祉計画による日常生活圏域（7 圏域）を用いた<sup>24</sup>。日常生活圏域は住

民に身近な地域福祉の単位として、複数の小学校区から構成され、北東部、北中部、北西部、中部、中東部、中西部、南部の区分となる。各地域の被保険者の構成は図表 28 のとおりである。

図表 28 被保険者の構成（7 圏域別）

		市全体	北東部	北中部	北西部	中部	中東部	中西部	南部	その他
被保険者数（人）		75,644	9,408	10,621	13,260	10,248	9,569	11,723	10,203	612
年齢構成（%）	～ 39 歳	25.2	20.0	23.2	27.1	24.5	26.9	26.8	25.1	52.6
	40-64 歳	33.9	33.1	31.8	32.8	33.9	35.1	34.8	36.4	29.2
	65-74 歳	41.0	46.9	45.1	40.2	41.7	38.0	38.5	38.5	18.1

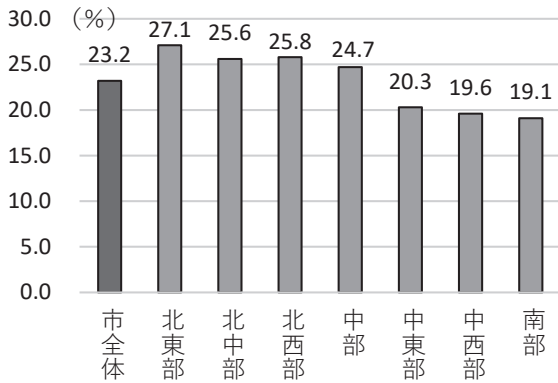
出典：KDB データ（地域の全体像の把握（令和 3 年度））

<sup>24</sup> 7 圏域の位置図は「豊中市における孤独・孤立に関する調査研究」の図表 5 豊中市における日常生活圏域（p50）

を参照されたい。

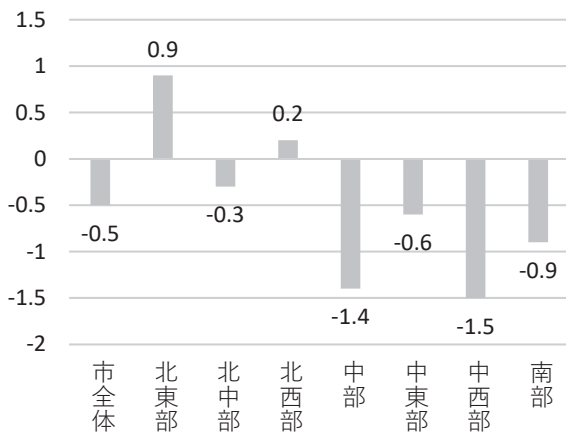
(1) 特定健診受診率 (7 圏域別)

図表 29 は 7 圏域別の特定健診受診率を示している。市全体の 23.2% を下回るのは、低い順に、南部(19.1%)、中西部(19.6%)、中東部(20.3%)である。また、図表 30 で令和 2 年度(2020 年度)と令和 3 年度 (2021 年度) の受診率の差をみると、全体では 0.5 ポイント低下している。北東部は 0.9 ポイント、北西部は 0.2 ポイント増加しているものの、中部は 1.4 ポイント、中西部は 1.5 ポイント下落している。



図表 29 特定健診受診率 (7 圏域別)

出典：KDB データ (地域の全体像の把握 (令和 3 年度))

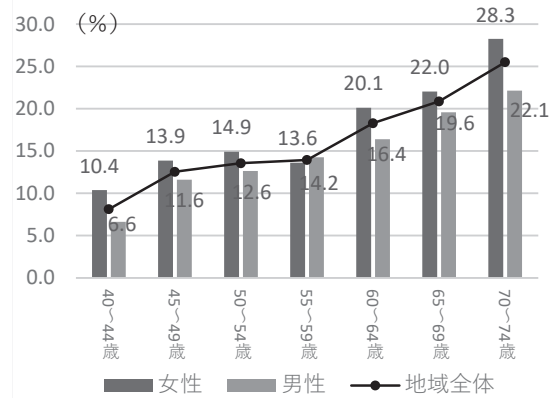


図表 30 特定健診受診率の変化 (R2 → R3 年度・7 圏域別)

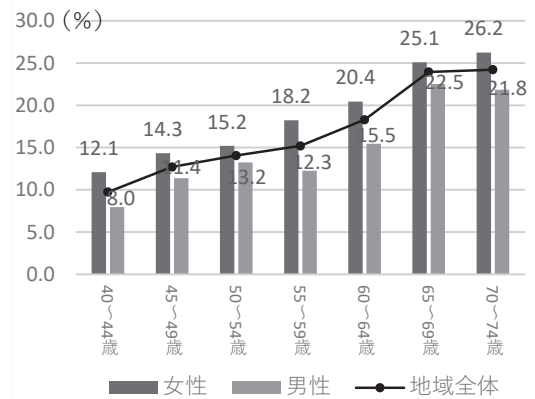
出典：KDB データ (地域の全体像の把握 (各年度))

図表 31 は令和 3 年度 (2021 年度) の特定健診受診率が市全体を下回った地域の年齢構成別受診率を示している。いずれの地域においても、40 代前半で健診受診率が特に低い傾向がみられる。

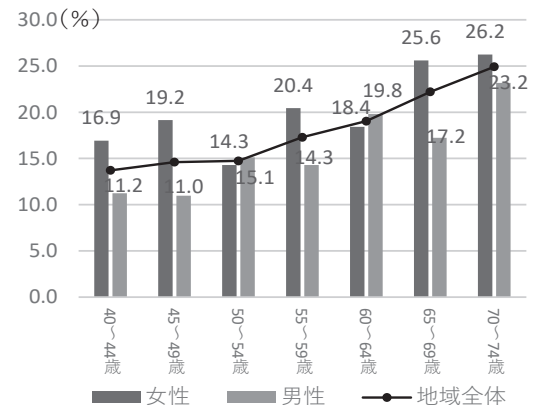
■南部



■中西部



■中東部



図表 31 年齢別特定健診受診率 (南部・中西部・中東部)

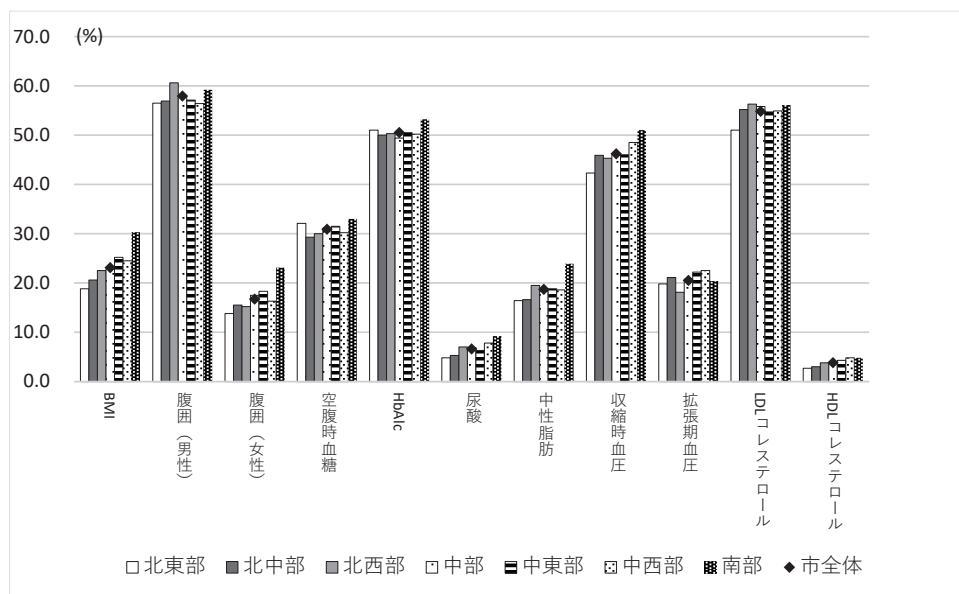
出典：KDB データ (健診の状況 (令和 3 年度))

## 調査研究報告

### (2) 有所見者の状況

地域別の有所見者の状況は図表 32 のとおりである。市全体の値よりも 5 ポイント以上割合が高いものを抽出すると、BMI について南部地域が 30.3%（市全体との差は 5.8 ポイント）、

腹囲（女性）について南部地域が 23.1%（市全体との差 6.8 ポイント）、中性脂肪について 23.9%（市全体との差 5.3 ポイント）となり、南部地域で特に割合が高くなっている。



図表 32 有所見者の状況 (7 圏域別)

出典：KDB データ（厚生労働省様式（様式 5-2）（令和 3 年度））

図表 33 は南部地域の有所見者の年齢構成別状況を示している。地域全体の値よりも割合が高いものに網掛けをしており、これをみると BMI では 40 歳代、50 歳代、65～69 歳、腹囲（女性）及び中性脂肪では、50 歳代、60 歳代が全体よりも高い傾向を示す。

図表 33 有所見者の年齢構成（南部）

(%)	BMI	腹囲（女性）	中性脂肪
40 歳代	41.5	17.9	22.0
50 歳代	37.7	24.7	27.5
60～64 歳	26.6	28.2	25.9
65～69 歳	34.1	27.0	28.6
70～74 歳	24.9	20.9	20.6
全体	30.3	23.1	23.9

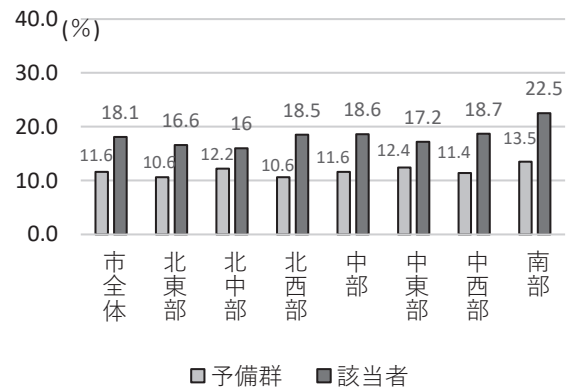
出典：KDB（厚生労働省様式（様式 5-2））

### (2) メタボ該当者等

図表 34 は、メタボ該当者及び予備群の割合を示している。メタボ該当者の割合について、市全体よりも高い地域をみると、高い順に南部（22.5%）、中西部（18.7%）、中部（18.6%）、北西部（18.5%）となる。最も割合の高い南部地域では、メタボ該当者の割合が市全体よりも 4.4 ポイント高くなっている。予備群について、市全体よりも高い地域をみると、高い順に南部（13.5%）、中東部（12.4%）、北中部（12.2%）となる。

図表 35 はメタボ該当者及び予備群の状況を男女別に見たものである。メタボ該当者の男性について、市全体よりも割合が高い地域をみると、高い順に南部（34.1%）、北西部（33.0%）、中部（31.7%）となる。男性の予備群では、中

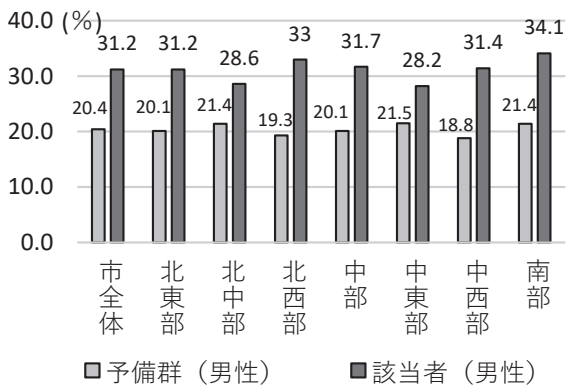
東部（21.5%）、北中部・南部（21.4%）が市全体よりも高い割合を示す。メタボ該当者の女性では、市全体よりも割合が高い地域をみると、高い順に南部（13.4%）、中東部・中部（9.6%）、中西部（9.3%）となり、最も高い南部地域では市全体よりも4.3ポイント高くなっている。女性の予備群では、南部が7.2%と最も高く、中東部（6.1%）、北中部（6.0%）、中部・中西部（5.8%）の順に市全体よりも高い値となる。



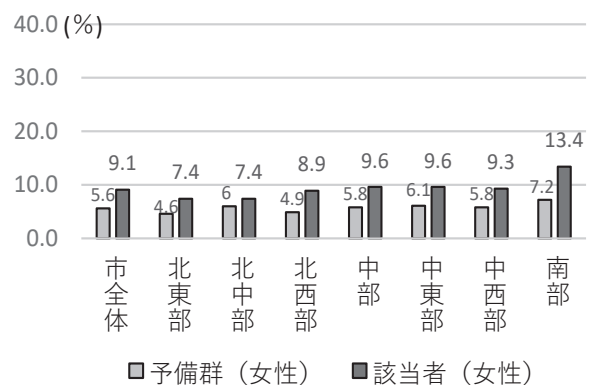
図表 34 メタボ該当者及び予備群（7 圏域別）

出典：KDB データ（地域の全体像の把握（令和 3 年度））

■男性



■女性

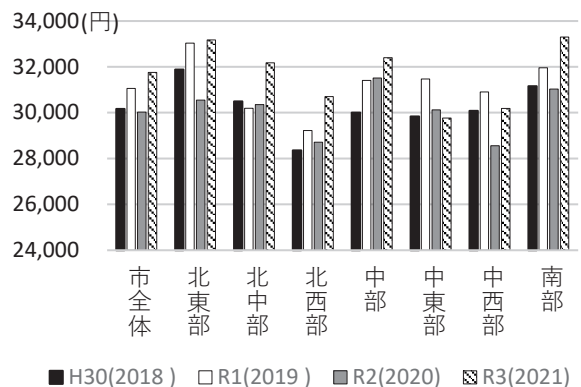


図表 35 メタボ該当者及び予備群（7 圏域別・性別）

出典：KDB データ（地域の全体像の把握（令和 3 年度））

(3) 1人あたり医療費

図表 36 は 1 人あたり医療費の地域別の経年変化を示している。平成 30 年度（2018 年度）から令和元年度（2019 年度）にかけては増加傾向となり、令和 2 年度（2020 年度）はコロナ禍による受診控えの影響もあり医療費が低下している。令和 3 年度（2021 年度）はその反動から増加傾向を示す地域が多い。令和 3 年度（2021 年度）の 1 人あたり医療費について市全体（31,755 円）より高い地域をみると、高い順に、南部（33,295 円）、北東部（33,175 円）、中部（32,398 円）、北中部（32,173 円）となる。



図表 36 1人あたり医療費の推移（7 圏域別）

出典：KDB データ（健診・医療・介護データからみる地域の健康課題（各年度））

## 調査研究報告

### (4) 疾病別医療費

最大医療資源疾病の状況については図表 37

のとおりである。市全体よりも高い割合を示すものに網掛けをしている。

図表 37 最大医療資源疾病の状況 (7 圏域別)

	市全体	北東部	北中部	北西部	中部	中東部	中西部	南部
がん	31.6	34.0	34.7	30.6	32.7	26.7	33.1	30.3
筋・骨格	17.3	17.3	18.1	19.8	18.7	15.6	15.3	16.3
精神	13.0	12.0	13.0	12.1	10.9	13.9	14.5	13.1
慢性腎臓病（透析有）	9.7	9.3	7.3	8.6	8.7	13.9	10.3	11.0
糖尿病	9.1	8.3	8.5	8.6	9.1	10.2	9.0	10.8
高血圧症	5.7	5.2	5.6	5.6	6.5	6.1	5.8	5.4
その他	13.5	8.4	7.8	10.6	13.3	13.8	12.1	13.1

出典：KDB データ（健診・医療・介護データからみる地域の健康課題（令和3年度））

### (5) 生活習慣

図表 38 は喫煙率、生活習慣改善意欲なし（低い値のほうが良い）、1日30分以上の運動習慣なし（低い値のほうが良い）の地域別の割合について示している。市全体（11.7%）より高い値を示すものをみると、喫煙率では、南部（17.0%）、中東部（14.8%）、中西部（13.1%）、生活習慣改善の意欲なしでは、北東部・中東部（20.3%）、中西部（20.0%）、北西部（19.8%）、となる。運動習慣なしでは、北西部（65.2%）、中西部（61.8%）、南部（61.4%）が市全体より高くなっている。市全体の割合と5ポイント以上差があるものをみると、喫煙率では南部が17.0%と市全体より5.3ポイント高くなっている。また、運動習慣では、北西部が9.7ポイント、中西部が6.3ポイント、南部が5.9ポイント、市全体よりも高くなっている。

以上のKDBデータの地域別の整理から、市内でも地域によって特定健診の受診状況や健康状況、医療費、健康につながる生活習慣にかなりばらつきがあることがわかる。内容によっては、市全体の値と非常に大きな差がある地域も見受けられた。

本章では、データの基本的な集計結果から、重点的にコストや労力をかけて健康対策を進め

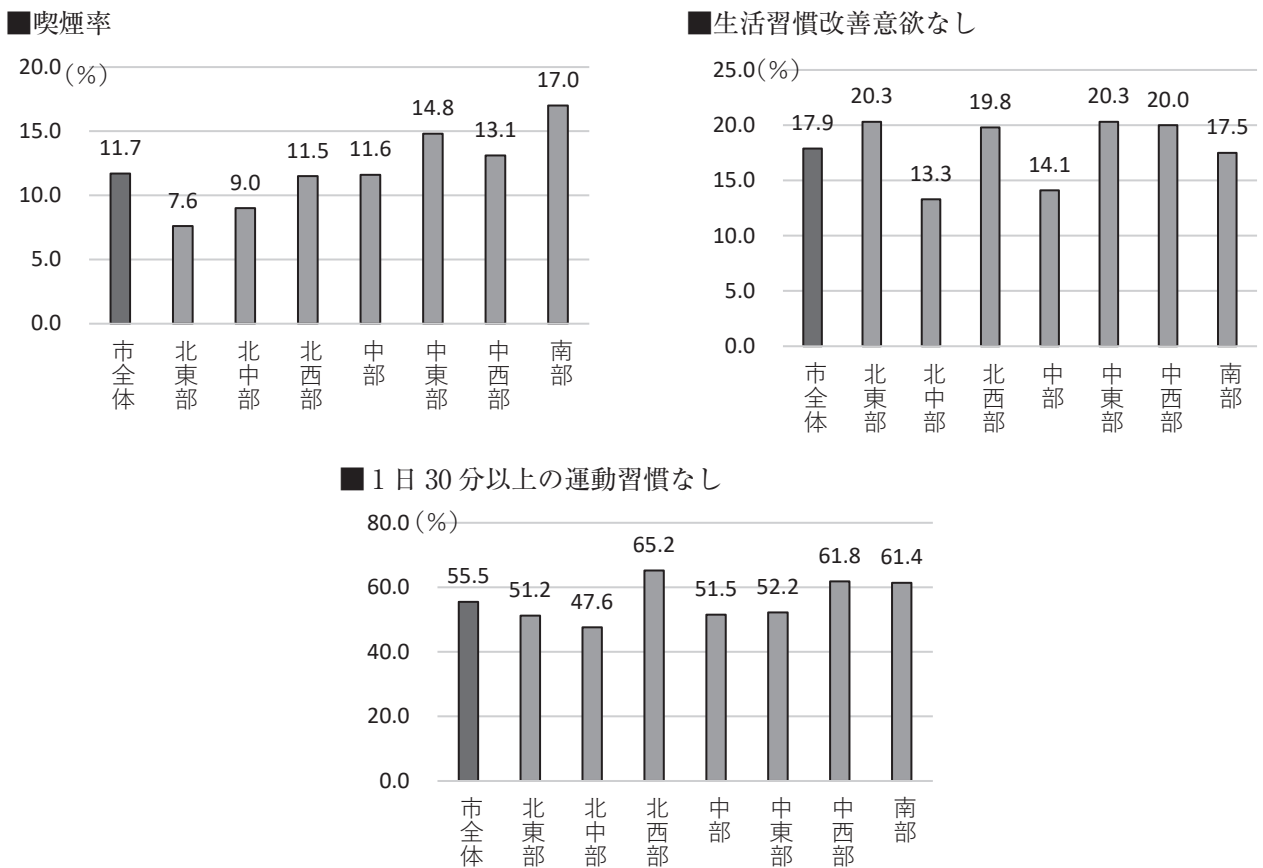
るべきエリアを「見える化」して特定し、関係者間で共有するための基礎資料の作成をめざした。次のステップとしては、見える化した内容を関係者間で共有し政策を立案し、事業を実践・効果を検証するというKDBの目的の一つであるPDCAサイクルを意識した事業展開にいかにつなげるかが求められる。

### 2-3 ソーシャル・キャピタルと地域の健康水準

地域の健康課題を解決していくためにはどのような施策や対策が有効となるだろうか。近年、健康に関するさまざまな課題の解決に向けて、地域や人のつながりや信頼関係であるソーシャル・キャピタル（以下「SC」(Social capital)という)を政策的に活用する視点が注目される。そして様々な研究結果からSCの水準が高い地域ほど、個人・地域の健康指標が良好であることが報告されている。

ここでは、既往研究が示すように豊中市内においても地域の健康状況にSCが好ましい影響を与えているかどうか確認してみたい。分析にあたっては、市内の41小学校区別のSCの指標と地域の健康指標の2つの変数の関係について把握するため相関分析の手法を用いる。

分析に利用するデータについて、SCの指標



図表 38 生活習慣 (7 圏域別)

出典：KDB データ (地域の全体像の把握 (令和3年度))

については、多くの研究において SC の代表指標として使われている他者への「一般的な信頼」を使用する。令和2年度 (2020年度) に本研究所が実施した「豊中市における多文化共生の地域づくりに向けたアンケート」(対象6,000人・有効回収率40.2%)における一般的信頼に関する設問を用い、41小学校区ごとに信頼に関する指標 (アンケート回答者のうち一般的な信頼があると答えた人の地域での割合)を作成した。各小学校区の SC の指標の状況については図表

39 のとおりである。小学校区別の健康状況の指標については、KDB データから得られる令和2年度 (2020年度) の小学校区ごとの特定健診受診率、1人あたり医療費、メタボ該当者の割合を用いた。

相関分析の結果は図表40のとおりである。健診受診率は相関係数が0.244となり、弱い正の相関、1人あたり医療費 (=相関係数 - 0.239) 及びメタボ該当者 (=相関係数 - 0.265) では同じく弱い負の相関がみられる<sup>25</sup>。この結果が

<sup>25</sup> 相関係数は絶対値が1に近いほど強い相関があり、今回の分析では一般に相関の強弱の目安として用いられる以下の基準を用いて解釈した。相関係数を  $r$  とすると、 $|r|$  (絶対値) = 0.0 ~ 0.2 ほとんど相関関係がない、 $|r|$  = 0.2 ~ 0.4 弱い相関関係がある、 $|r|$  = 0.4 ~ 0.7 やや相関関係がある、 $|r|$  = 0.7 ~ 1 強い相関がある。

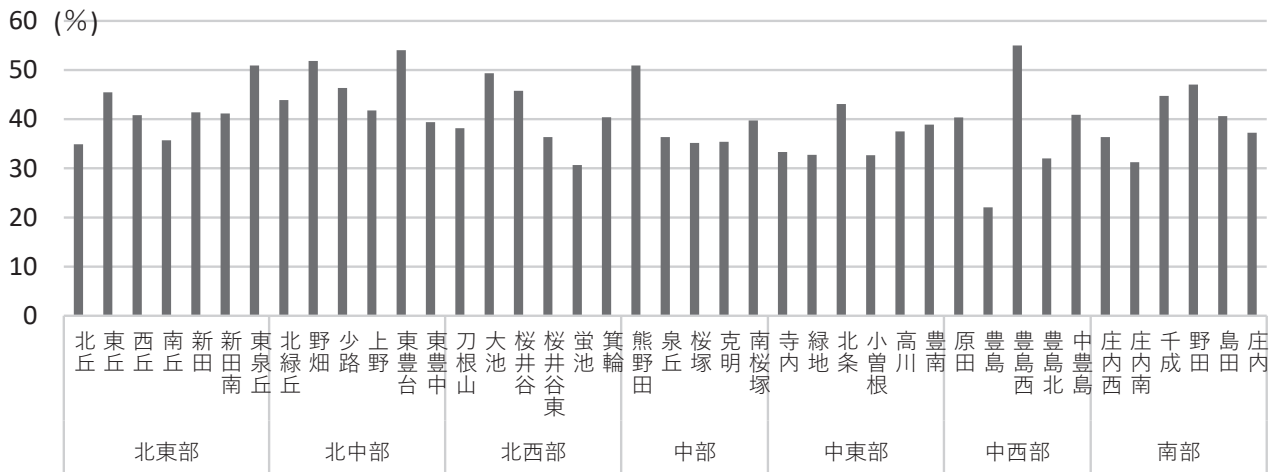
なお、相関分析の結果については、図表の散布図をみると外れ値 (他のデータからみて、異常に大きな (小さな) 値) の影響を受けている可能性も考えられる。参考に、外れ値を除いた分析を行った結果、特定健診受診率では相関係数が0.290 (N=39)、メタボ該当者では相関係数が - 0.396 (N=39) となりより高い相関を示した。

## 調査研究報告

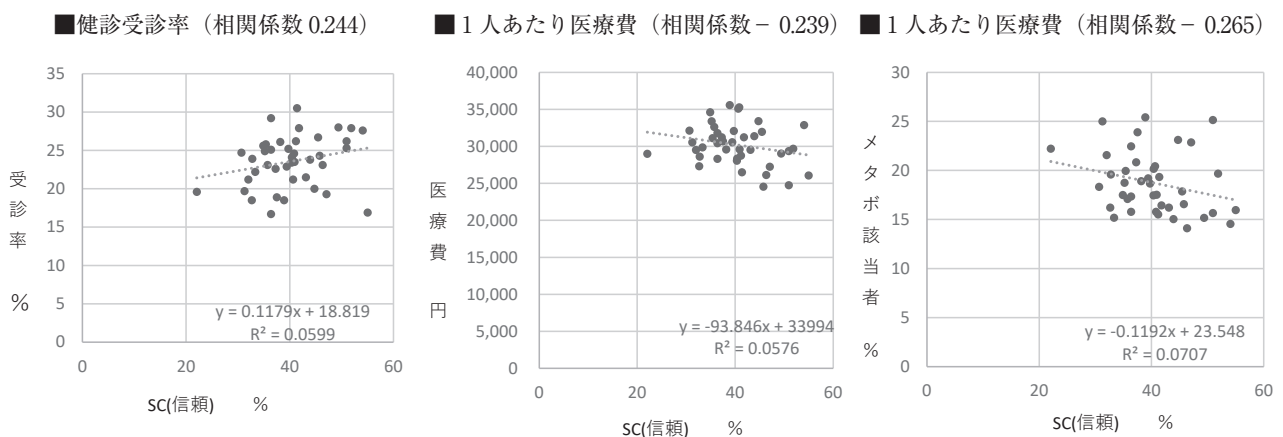
ら、SCが高い地域ほど健診受診率が高い傾向にあり、医療費、メタボ該当者の割合は低い傾向にあることが確認できる。豊中市においても地域のSCが健康に好ましい影響を与えていることが示唆され、これまでも取り組まれてきた地域コミュニティでの居場所づくりや人と人との交流の場・機会の創出といったSCの醸成につながる様々な取組の推進は、地域の健康水準の向上にも寄与することが期待できる。

但し、地域や個人の健康水準には様々な要因

が影響を及ぼしており、SCが健康につながるメカニズム・経路については十分解明されているとはいえないため、この結果を単純に因果関係に結び付けることはできない。さらに地域の所得水準等の他の指標との疑似相関（見せかけの相関）の可能性もあり、おおよその傾向をつかむ、或いは発展的なデータ分析を行う前の一つの手がかりとして分析結果の指標の関係を捉える視点が必要である。



図表 39 41 小学校区別 SC (信頼)



図表 40 相関分析 (小学校区別健康状況×SC (信頼)、N=41)



### 3. 被保護者健康管理支援データの活用

#### 3-1 背景・目的

前段の「健康と都市政策（総論）」で触れたように、地域の健康課題の解決に向けては、居住地域や社会経済状況等の違いによって生じる健康格差の縮小の観点が必要となる。格差の縮小に向けては、ポピュレーション・アプローチとして地域全体を対象として働きかけを行い、健康水準を向上させる取組とともに、生活困窮者などの困難な状況に置かれやすい層を対象を絞ったアプローチが必要である<sup>26</sup>。本章では、対象を特定したアプローチの一例である、生活保護制度の被保護者の健康管理支援事業を取り上げる。

生活保護受給者（以下「被保護者」という）は、健康上の課題を抱える人が多いことが統計的に示されてきたものの、これまでその対策が十分に実施されていない状況があった。

経済的な自立に加え、健康管理や生活支援の側面からの支援が必要とされる一方、医療扶助等のデータが蓄積しているにも関わらず、客観的な現状把握やデータ分析を行い、被保護者の健康課題に対応してきたとは言い難かった。

このような状況のもと、平成30年（2018年）の生活保護法改正により、被保護者健康管理支援事業が創設され、令和3年（2021年）1月からは全国の福祉事務所において必須事業として施行され、被保護者に対する生活習慣病対策等の取組が進められることとなった。

健康管理支援事業は、福祉事務所がデータに基づき被保護者の生活習慣病の発症予防や重症化予防を推進することを目的としており、自治

体ごとに現状の医療・健康情報、地域資源を調査分析することで、被保護者の健康課題を把握し、各自治体における事業方針を作成し、事業評価を行うという一連のサイクルが示されている<sup>27</sup>。

健康管理支援事業の方針においては、（ア）健診受診勧奨、（イ）医療機関受診勧奨、（ウ）生活習慣病等に関する保健指導・生活支援、（エ）主治医と連携した保健指導・生活支援（重症化予防）、（オ）頻回受診指導の5つの取組が掲げられ、そのうち（オ）の頻回受診指導は必ず実施することとし、（ア）～（エ）の事業のうちから少なくとも一つを各福祉事務所が選択して実施することとされる。

豊中市福祉事務所においては、必須事業化以前から、独自に医療扶助に特化した実施方針を策定し、保健師等の専門職員の積極的な配置を進めながら、被保護者における生活習慣病対策等の取組を推進してきた経過がある。今後の更なる事業推進にあたり、これまで蓄積してきた事業実績データに基づき、事業実施による効果を検証し、見える形で示していくことが課題となっている。

#### 3-2 共同研究の経緯と体制

とよなか都市創造研究所では、豊中市の内部に設置された自治体シンクタンクとして、市の政策形成能力の向上をめざし、他部局からの調査研究に関する相談への伴走支援を行ってきた。この取組を進める中で、令和3年度（2021年度）に、先述の背景のもと福祉事務所から被保護者健康管理支援データを用いた事業の効果検証についての相談があり、これをきっかけに、

<sup>26</sup> ただし、特定の集団に特化した選別的なアプローチについては、以下の注意点と課題が指摘されており（近藤2016, p.26）、これらに留意しながら政策検討を行う必要がある。①社会的弱者にレッテルを張り、差別を生む可能性がある②支援対象者の基準選定（線引き）が難しい③支援

制度の申請手続きが難しく、社会的な弱者にはハードルが高い。

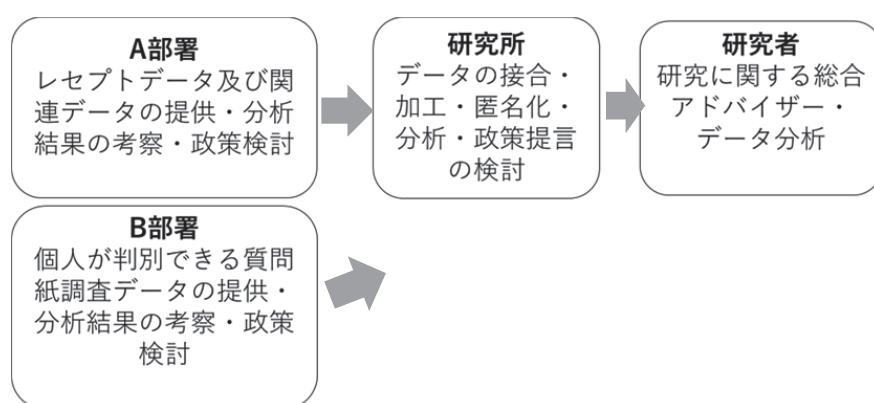
<sup>27</sup> <https://www.mhlw.go.jp/content/12000000/000809908.pdf> 被保護者健康管理支援事業の手引き－厚生労働省（令和2年（2020年）8月改定版）2022.6.13 閲覧

## 調査研究報告

令和4年度（2022年度）に被保護者のデータを分析し政策立案につなげるという本報告の研究課題が提起された。

被保護者のデータ分析については専門的な知識が必要であるため、外部の研究者をとよなか都市創造研究所がコーディネータとなって探索し、大学の研究者、福祉部門、とよなか都市創造研究所で実施する共同研究の体制を構築した。

共同研究におけるデータ整備・分析体制概要は図表41、令和4年度（2022年度）スケジュールは図表42のとおりである。共同研究については、後で述べるように、最終的に研究者の所属する大学と豊中市とで共同研究契約を締結することとなった。共同研究契約及び研究内容の概要、役割分担等の詳細は巻末の参考資料1に示している。



図表41 データ整備・分析体制

図表42 令和4年度（2022年度）の共同研究のスケジュール

日程	内容
5月27日	研究①打合せ・研究目的、課題について
6月15日	研究②打合せ・研究目的、課題について
6月17日	研究①打合せ・分析内容について
7月21日	研究②打合せ・分析データについて
8月～11月	庁内データの収集・整備、共同研究契約締結関連事務 研究①京都先端科学大学との共同研究契約締結（11月1日）、 研究②大阪医科薬科大学との共同研究契約締結（9月26日）
11月～	データ分析実施
2月1日	研究①打合せ
2月7日	研究②打合せ

図表42で経過を示したとおり、5月以降打合せを重ね、8月から11月にかけては、研究に使用する庁内データの収集、分析用データの整備（データ突合作業等）、データに関する所

管課及び法務部門との諸調整や大学との共同研究の締結事務について等の事務をとよなか都市創造研究所が調整役となって実施した。11月以降は外部の共同研究者にデータ提供し、具体

的な分析を進め、2月に担当者での打ち合わせで研究の進捗状況を共有した。今回の共同研究にあたっては、大学との共同研究契約書を取りかわすこととしたが当初のスケジュールで想定していたよりも多くの時間を割いた。本市では今回のような共同研究の事例は多くなく、共同研究契約書の様式についても、大学の雛形に準拠しつつ、今回の研究の趣旨に沿った内容に変更を加える必要があったため、関係部局、法務部門の協力を得ながら契約書の文言の細かな修正を何度も行った。データ整備や分析以外の大学との公民連携部門の担当者との調整、契約締結など、諸調整事務にも時間が割かれることとなった。

なお、この図表以外でも、分析に用いるデータの内容等細かい問合せについても随時メール等で行い、研究者と密に相談する体制を構築している。

### 3-3 研究計画

共同研究においては、研究者・福祉部門・とよなか都市創造研究所で打合せを重ね、研究目的・内容等のすり合わせを行い、最終的には2つのテーマで研究を実施することとなった（令和4年度（2022年度）現在）。

1つ目の研究については、生活保護受給者の医療費・介護費が年々増加傾向にあるなか、生活保護受給者の医療費・介護費に関する分析をテーマとした。本テーマにおいては医療経済・データ分析の専門家（京都先端科学大学経済経営学部 跡田直澄特任教授・新潟大学経済学部 小川顕正准教授）、市福祉事務所、とよなか都市創造研究所で構成する共同研究チームを組織し研究を進めることとした。本研究は市の被保護者健康管理支援事業の効果について医療・介護の両面から検証するものである。研究の進め方については、まず、福祉事務所が被保護者に行う保健指導・受診勧奨等の政策的介入

を受けた者と受けなかった者とで、医療費・介護費に統計的な差があるかどうかを分析し、次に、医療費・介護費の変化を、個人の健康状況や社会経済状況などを統制したうえで、計量分析の手法を通じてとらえることを予定している。

2つ目の研究としては、生活保護受給者の健康行動・健康状態に関する分析をテーマにした。本テーマについては被保護者に関する医療面での専門的な知見をもつ研究者（大阪医科薬科大学医療統計室 西岡大輔講師）、市福祉部及びとよなか都市創造研究所からなるチームを組織した。本テーマでの研究計画としては、市の被保護者健康管理支援事業の推進にあたり、被保護者の健康状態や健康行動が地域の社会環境によってどのように異なるのかを検証し、政策に応用する資料を作成する。分析にあたってはJAGES（日本老年学的評価研究）の市内調査をもとに算出された地域レベルのソーシャル・キャピタルを被保護者の個票データと接合し、ソーシャル・キャピタルが被保護者個人の健康状態や健康行動（入院・受診中断・頻回受診等）に関連するかどうかを分析することを計画している。

研究で扱うデータについては被保護者に関する重要な状況が含まれているため、研究目的・研究計画及びデータの取り扱い、研究上知りえた情報の秘密の保持、研究成果の公表等を定めた共同研究契約書を作成し、共同研究に参加する研究者の所属大学と豊中市で共同研究契約を締結した。また、共同研究契約書で定めた研究内容については、各研究者の所属大学の倫理審査を経ている。

各共同研究の期間については、長期的な視点が必要な研究テーマとなるため調査研究①では令和5年度（2023年度）末、調査研究②では令和6年度（2024年度）末まで継続して実施することを予定している。共同研究に係る経費については、大学・研究者、豊中市とも負担な

## 調査研究報告

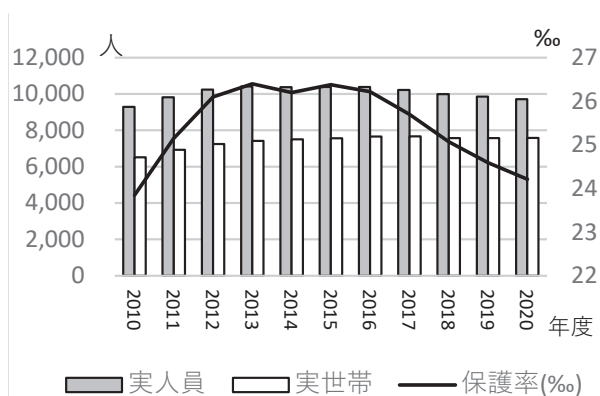
しとし、研究に係る委託料等は発生していない。なお、打合せの際に外部の研究者に対して指導・助言に係る謝礼金を支払っている。

以下では、共同研究の現時点での成果を紹介したい。それに先立って、豊中市のこれまでの被保護者の健康支援の状況、被保護者の健康課題を概説する。

### 3-4 豊中市における生活保護の状況

#### (1) 被保護者の現状

図表 43 は豊中市の生活保護者の動向の経年推移を示している。豊中市の被保護実人員は、令和 4 年(2022 年)10 月現在 9,417 人(前年 9,709 人)、被保護者世帯数 7,503 世帯(前年 7,853 人)、保護受給率は 23.55% (前年 24.21%) となる。過去からの推移をみると平成 20 年(2008 年)の世界金融危機(リーマンショック)の影響から平成 24 年(2012 年)～平成 28 年(2016 年)までは、保護率が上昇したものの、その後減少に転じている。直近の 5 年をみると実人員・保護率は減少傾向、保護世帯数は微増傾向を示す。



図表 43 豊中市の生活保護者の動向

出典：豊中市市政年鑑(各年度)

#### (2) 医療扶助費・介護扶助費

生活保護は(1)生活扶助、(2)教育扶助、(3)

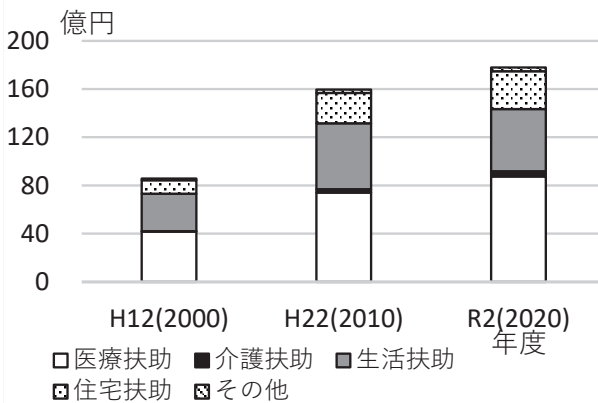
住宅扶助、(4)医療扶助、(5)介護扶助、(6)出産扶助、(7)生業扶助、(8)葬祭扶助の8つから構成されている<sup>28</sup>。健康に関わる扶助としては、(4)医療扶助と(5)介護扶助がある。(4)医療扶助は、病気やケガの際に、医療機関を受診するための費用であり、(5)介護扶助は、介護保険の給付対象となる介護サービスを利用するための費用となり、どちらも現物給付となる。

なお、被保護者は国民健康保険の被保険者から除外されているため、ほとんどの被保護者の医療費は全額医療扶助で負担される。医療扶助による医療の給付は、生活保護法の指定を受けた医療機関等に委託して実施し、指定医療機関の診療方針及び診療報酬は、別に定める場合を除き、国民健康保険の例による。

介護については、生活保護を受けていても、65歳以上(第1号被保険者)と40歳以上65歳未満の医療保険加入者(第2号被保険者)は、介護保険の被保険者となる。介護保険の被保険者である場合には、自己負担部分(介護費の1割分)が生活保護からの給付(介護扶助)となり、介護保険の被保険者以外の者の場合には、介護扶助として10割全額が給付される。他法令等による給付がある場合には、その給付が優先される。介護扶助の介護方針及び介護報酬は、介護保険の介護方針及び介護報酬の例による。

図表 44 で豊中市の令和 2 年度(2020 年度)・平成 22 年度(2010 年度)、平成 12 年度(2000 年度)の生活保護費の総額及び扶助費の種類別構成をみると、令和 2 年度(2020 年度)については、生活保護費総額約 117.9 億円のうち医療扶助費は 87.5 億円(49.2%)、介護扶助費は 4.3 億円(2.4%)となり、医療扶助費は生活保護費全体の約 5 割を占めている。総額は年々増加傾向にあり、構成比は各年度ともほぼ同じとなっている。

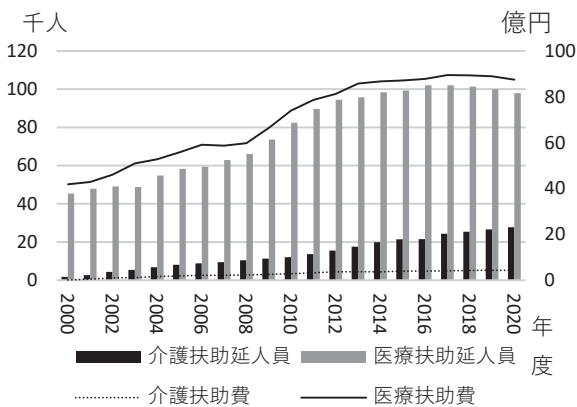
<sup>28</sup> 生活保護法(昭和 25 年法律第 144 号)第 11 条～18 条



図表 44 保護費の総額及び扶助費の種類別構成の推移

出典：豊中市統計書（各年度）

また、図表 45 で平成 12 年（2000 年）から令和 2 年（2020 年）までの医療扶助・介護扶助（費用・人員）の推移をみると、医療扶助費、人員とも平成 28 年（2016 年）頃までは増加傾向にあったものの、近年は減少傾向を示している。一方介護扶助費、介護扶助人員は、一貫して増加している。



図表 45 医療扶助・介護扶助（費用・人員）の推移

出典：豊中市統計書（各年度）

### (3) 豊中市の健康管理支援の沿革<sup>29</sup>

豊中市の被保護者に対する健康管理支援は、国の取組に先駆けて行われてきた。平成 22 年度（2010 年度）に、健康管理支援員（非常勤職員・保健師）を配置し、CW（＝ケースワーカー・地区担当員）との同行による個別支援を開始し、平成 27 年度（2015 年度）には、後に必須事業のメニュー（ア）（イ）（ウ）に挙げられている健診受診勧奨や受診後のフォロー事業に着手した。令和 4 年（2022 年）4 月現在、健康管理支援員として保健師 4 名（うち 1 名欠員）及び精神保健福祉士 1 名（社会福祉職として採用）が健康管理支援業務に従事している。

平成 28 年度（2016 年度）に糖尿病の重症化が疑われる者への個別支援（必須事業メニュー（エ）に該当）を開始し、令和 3 年度（2021 年度）には、一定期間改善が見られない頻回受診者への個別支援（必須事業メニュー（オ）に該当）を開始した。また、令和元年度（2019 年度）からは、データ利活用基盤の整備にむけ、レセプト管理システムを改修し健康管理支援機能を追加している。令和 2 年度（2020 年度）には、レセプト管理システムを用いた健康・医療データ分析を実施し、専門職員の体制強化に向け、業務量の増加見込みや効果額の積算を実施した。

また、平成 28 年（2016 年）7 月には、医療扶助費の伸び、被保護者の高齢化、生活習慣病対策の重要性の高まり等の状況をふまえ、医療扶助のあるべき姿と取組の方向性を明確化させる目的で「豊中市医療扶助の適正な実施に関する方針（第 1 期）」を策定した。本方針は平成 30 年（2018 年）3 月に第 2 期方針を策定し、

<sup>29</sup> 本項目については以下の資料を参考にした。  
 ・厚生労働省 令和 3 年度（2021 年度）「被保護者健康管理支援事業に関する担当者会議」（令和 4 年（2022 年）1 月 14 日）資料 6「豊中市福祉事務所における「被保護者健康管理支援事業」の取組状況」（<https://www.mhlw.go.jp/content/12000000/000878238.pdf>）

・厚生労働省 第 7 回 医療扶助に関する検討会（令和 4 年（2022 年）7 月 22 日）参考資料 2「豊中市における「被保護者健康管理支援事業」の取り組みについて」（<https://www.mhlw.go.jp/content/12002000/000967021.pdf>）

## 調査研究報告

令和3年（2021年）3月に中間評価と方針の見直しを実施している。

なお、本方針は豊中市独自で策定しており、PDCAサイクルに沿って年度ごとに実施スケジュールを決定するとともに、進捗管理については、市社会福祉審議会で報告を行うなど外部意見を聴取するよう工夫している。

さらに、令和3年度（2021年度）には、被保護者健康管理支援事業実施マニュアルを作成した。当マニュアルは①医療扶助に特化した方針の策定によるPDCAサイクルを取り入れた支援②評価指標と数値目標の設定と外部評価を取り入れた支援③行動変容理論に基づく保健指導を取り入れた支援④関係機関（医療機関）や関係部局（保健部門）との連携を重視した支援⑤コロナ禍においても持続可能な支援の5つの支援の方向性とそのサイクルを示している。

以上で述べた様々な取組については、厚生労働省の担当者会議<sup>30</sup>にて発表するなど、先進事例として国や他の自治体からも注目されているところである。

### (4) 近年の取組

以下では、令和3年度（2021年度）以降に実施した具体的な取組を紹介する。

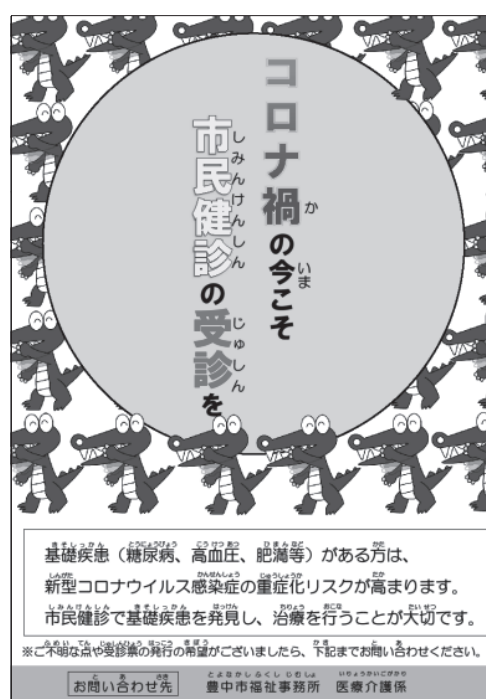
#### ①必須事業メニュー（ア） 健診受診勧奨

健診受診勧奨においては、生活保護開始者・全被保護世帯について指定医療機関との連携による働きかけを行っている。また、健診受診勧奨強化月間を設定し、9月末、12月末、3月末に被保護者に向けて健診受診の案内チラシを送付し、年間を通じて生活保護新規開始者に向けた健診受診勧奨を行うとともに、保護開始説明の面接時においても健康管理支援員が同席し、健診受診勧奨を実施している。

上記の取組に加え、より効果的な受診勧奨の

推進に向け、令和3年度（2021年度）には初めての試みとして、健診受診勧奨におけるターゲット層を決定し、ターゲット層に該当する対象者について、医療担当者から電話による健診受診勧奨を実施している。

さらに、コロナ禍においても持続可能な支援を検討している。コロナの重症化リスクを高める基礎疾患の早期発見・治療に向けた健診受診の啓発ポスター（図表46）を作成するなど、コロナ禍特有の課題を踏まえた働きかけにも力を入れている。



図表46 啓発ポスター

#### ②必須事業メニュー（イ）（ウ） 医療機関受診勧奨並びに保健指導・生活支援

健診受診後のフォローとして、市民健診受診結果のうちメタボリックシンドロームに関連する項目の「要医療」該当者に対して医療機関の受診勧奨を行い、必要時には同行受診を行っている。また、保健指導・生活支援においては、

<sup>30</sup> 厚生労働省主催「被保護者健康管理支援事業に関する担

当者会議」（令和4年1月14日開催）

特定保健指導における判定基準を参考に指導・支援該当者を抽出し、健診の重要性を示した啓発媒体を送付するほか、動機づけ支援対象者・積極的支援対象者を振り分けての個別連絡（行動変容のためのプランやモニタリングシートの作成、個別指導の3か月プログラムの策定）を行っている。

③必須事業メニュー（エ） 主治医と連携した保健指導・生活指導重症化予防

糖尿病患者全体への働きかけのほか、重症化リスクの高い糖尿病患者への働きかけを実施している。支援対象者については、糖尿病重症化予防支援（個別支援）用モニタリングシートを作成し、モニタリングを行っている。令和2年度（2020年度）からは、医療機関（主治医）から、生活習慣病などで通院している人の中で、生活習慣の改善が見込まれる人の情報を福祉事務所に提供してもらい、本人と医療機関の協力のもと重症化予防プログラムを実施している。

上記以外にも、医療受診が必要と考えられる者や受診を中断している者、医療受診中であるが経過不良の者等については、CWからの依頼に基づき同行訪問や同行受診を行い、受療支援を行っている。

(5) 健康管理支援における課題

上記で紹介した、市の被保護者健康管理支援事業の推進体制をさらに強化していくためには、これまでの成果を「見える化」していくことが必要である。特に、成果においては、費用対効果の指標が求められ、健診受診の推奨、重症化予防、受診行動の適正化等の様々な支援が、どの程度医療扶助費・介護扶助費の抑制につながっているのかのエビデンスの創生が課題である。

3-5 令和4年度（2022年度）の共同研究概要

令和4年度（2022年度）は分析に利用するデータの収集・整備を実施した。ここでは、分析に利用するデータの内容と整備状況について触れる。

図表47は分析に用いるデータの概要である。データは①基礎データ、②収入データ、③他法情報データ、④介護等データ、⑤健診データ、⑥レセプトデータの6種類から構成される。今後、これらのデータを接合して基礎分析を実施するとともに、パネルデータ化し、経年分析等発展的な分析を行う予定である。各データの詳細については参考資料2にまとめている。

図表47 データの概要（令和4年度（2022年度）時点）

データ項目	内容	ID 附番数
①基礎データ	令和元年度（2019年度）から令和3年度（2021年度）までに被保護者となった者の年齢、性別、住所、家族構成（独居かどうか）・国籍等	12,883
②収入データ	基礎データにある者の収入・就労状況に関する情報（各月データ・延べ件数）	43,197
③他法情報データ	基礎データにある者の他法情報（障害者手帳等の情報等）	17,663
④介護等データ	基礎データにある者の介護認定状況（介護状況（要介護・要支援度等）、介護費用、障害の程度等）	16,275
⑤健診データ	基礎データにある者の健診受診、保健指導の有無・内容等	452
⑥レセプトデータ	基礎データにある者の受診日、受診内容（疾病名）、医療費等（医療機関等受診者のみ・延べ件数）	742,868

## 調査研究報告

各データは福祉事務所が業務で利用している被保護者健康管理支援データベースから、令和元年度（2019年度）～令和3年度（2021年度）分のデータを抽出し、とよなか都市創造研究所の研究員が分析に適する形に加工した。①の基礎データは被保護者の属性等の基礎情報で構成されており、令和元年度（2019年度）～令和3年度（2021年度）の間に1度でも生活保護を受給した者のデータを抽出した（なお基礎データには、当該期間の途中で廃止・死亡、途中から開始した者も含まれている）。①～⑥のデータを接合するため、とよなか都市創造研究所において、共通する独自キーIDを設定し、各ファイルを接合できるようデータを加工した。共同

研究者である外部の研究者に提供する際には法務部門及びデータ提供課と相談のうえ、個人情報情報を削除し、匿名化したデータを提供している<sup>31</sup>。

図表48は、今年度及び次年度以降のスケジュール概要である。先述のとおり今年度は主にデータ収集・整備を実施し被保護者データ及びJAGESデータの接合作業及び次年度分析内容の検討を行った。利活用体制については、データ整備・活用面の課題を整理し、庁内連携体制の構築を進めるとともに、主にデータ整備面での振り返りを行い共同研究者間で課題を共有した。次年度以降も引き続き本スケジュールをもとに共同研究を推進する。

図表 48 今後の共同研究スケジュール

項目	令和4年度（2022年度）	令和5年度（2023年度）～
データ整備	<ul style="list-style-type: none"> <li>・被保護者データの接合</li> <li>・JAGESデータの接合</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・被保護者データの接合</li> <li>・JAGESデータの接合</li> </ul>
データ分析	<ul style="list-style-type: none"> <li>・次年度分析内容の検討</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・基礎分析</li> <li>・詳細分析</li> </ul>
利活用体制	<ul style="list-style-type: none"> <li>・データ整備・活用面の課題の整理</li> <li>・庁内連携体制の構築</li> <li>・データ整備面での振り返り</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・結果報告会の実施</li> <li>・取組のモニタリング</li> </ul>

## 4. 共同研究と自治体の政策形成の可能性<sup>32</sup>

自治体には、すでに住民基本台帳データやレセプトデータをはじめとした様々なデータが多く蓄積されている。しかし、現状では、データ処理・分析を行う人材・ノウハウが不足し、データが十分に政策に活かされているとは言い難

い。EBPM（Evidence-Based Policy Making 根拠に基づく政策立案）が求められるなか、高度な専門知識を有する研究者・事業者等と共同し、様々な行政データを活用しながら多面的に地域課題を分析していく共同研究の取組は今後さらに重要になってくるだろう。

ここでは、前述の研究における共同研究のプ

<sup>31</sup> データ提供に際しては、法務部門及びデータ提供課と相談を重ね特に個人情報保護に留意した。被保護者番号、名前、住所等の個人情報情報を削除し、元のデータに復元が不可能なように附番したキーIDを設定した。また、個人が特定される恐れがある諸給付・事業の開始年月等のデータについては極力削除して外部提供を行ったが、研究上どうしても必要なものについては、元データに任意の年月を加え

る等共同研究参加者以外には元のデータの内容が分からないように調整する等工夫を行った。

<sup>32</sup> 本章の内容は、日本計画行政学会全国大会 in 山口（令和4年（2022年）9月10日）におけるワークショップでの発表「自治体の政策における研究の意義－自治体シンクタンクの事例から」の発表内容をもとに作成している。



ロセスから見えてきた共同研究の意義及び課題と成果について論じたい。

### 4-1 自治体と大学等の共同研究推進

少子高齢化の中で地域活性化・イノベーションの創出推進が自治体の重要なテーマとなるなか大学、企業、国・自治体、公的研究機関などが、それぞれの特徴・強みを生かしながら研究を進める公民学連携の取組が広がっている。また、ICTの進展によりビッグデータの利用可能性が拡大し、EBPMの推進について社会的な関心が高まる一方、自治体には高度なデータ処理・分析を行うことのできる人材・ノウハウが不足している。

このような背景のもと、自治体においては高度な専門性を有する大学・研究者などと共同研究を行うニーズが近年急速に高まっており、実際に連携する事例も増加している。ただし多くの自治体では連携の経験やノウハウに乏しく、共同研究の実施が円滑に進まない事例もみられる。また、政策に共同研究の成果が十分生かされているとは言い難い状況にある。

今後、各自治体にとっては、いかに大学や研究者と連携し、その知的、人的、物的資源を活用し、地域活性化や地域課題の解決につなげるかが、持続可能な地域づくりの鍵となるだろう。現状では、共同研究の内容、方法は各自治体の裁量に委ねられ、手探りで進められている。自治体、大学・研究者双方がどのような状況、体制であれば、最も効果的であるかということをお互いに議論し、より良い関係をつくりながら連携の条件・環境を整えていくことが必要である。

### 4-2 豊中市における共同研究の背景

豊中市では、市や民間事業者、NPO法人、教育機関といった多様な主体がつながり、連携することにより、市民サービスの向上や、複雑

化・多様化する地域課題の解決をめざす取組として「公民学連携」を推進している。

令和元年度（2019年度）には、公民連携の専門部署を創設し、専門窓口として「公民学連携窓口」を立ち上げた。市の課題に対応した実証実験の成果としてシェアサイクルやキッチンカーの導入といった具体的な施策が企業や大学との連携のもと創出されている。

とよなか都市創造研究所は豊中市の内部に設置されたシンクタンクとして、中長期的な視点に立った都市政策に関する調査研究及び人材育成等を所掌するところ、公民学連携については、特に大学や研究者・学生との調査研究分野に力点を置き、調査研究活動の専門性の確保や研究の客観性の向上に努めてきた。

現在、市内でより専門性の高い調査研究ニーズが高まっている。例えば、とよなか都市創造研究所においても、AIを用いた効果的な税収向上に関する研究やレセプトデータの分析など、データ処理や分析にあたり専門性が高く、職員の力だけでは限界があり、データ処理や分析をするにあたり外部の研究者と連携を希望する相談を受ける機会が増加している。前章で紹介したとおり、本年度については、福祉部局からの相談をきっかけにこれまでに連携の蓄積が少ない「健康データの活用」をテーマに医療・健康分野の研究者と共同研究を実施することとなった。

### 4-3 共同研究の意義

先述の「3. 被保護者健康管理支援データの活用」では被保護者の健康データ分析における共同研究を実施した。ここではその経過の詳細を紹介するとともに、研究のプロセスから共同研究の意義について考えてみたい。

研究のきっかけについては、令和3年度（2021年度）末に福祉事務所の担当者から、とよなか都市創造研究所に生活保護受給者のレセプト

## 調査研究報告

データについて、より詳しい分析を行い、医療費の削減や健診受診率の向上に資する政策を検討したいという問題提起があったことが出発点であった。専門的な内容であるため、とよなか都市創造研究所で助言・指導を行える外部の研究者を探すこととし、研究所の機関誌の寄稿者や過去に市の事業でつながりのあった学識経験者等に照会し研究者を探索することとなった。

研究の推進にあたっては、最終的に共同研究契約を締結して進めることとなったが、研究者、担当課、研究所の3者が研究の目的やゴールを共有し、信頼関係を構築することが重要であると考え、打合せの場を数度設定し、共同研究参加者で研究内容や目標を確認できてから本格的に研究を進めていくことにした。

業務繁忙の中、担当課にとって、通常業務以外に新しく調査研究を開始するのは大きな負担を伴うことが多い。そこで、とよなか都市創造研究所では、調査研究・分析のサポートとともに、共同研究が円滑に行えるよう、打合せの場の設定・日程調整などの研究者と担当課のコーディネート、データ提供に関する法令等の調査、共同研究契約の締結事務、研究者への謝礼金支給等の調整事務も併せて実施した。

また、本年度の共同研究においては、研究に利用するデータ収集・整備をメインに実施した。その際に留意したのは、データ利用に関する知見を庁内に蓄積することを目的に、外部への委託を行わず、とよなか都市創造研究所の研究員で分担し、データの加工作業を実施することとした点である。研究員がデータの構成や加工を行った内容については簡易なマニュアルを作成し、次年度以降も同じようにデータ加工ができるよう作業の標準化に努めた。なお、データ整理においては、庁内の職員が誰でも実施でき、引継ぎが容易に行えるように、特別な統計ソフトを利用することはせず、エクセルを利用した。なおデータ加工においてはエクセルの関数を使

用し誰もが理解しやすい手法をとるよう留意している。

本年度から開始した共同研究においては、調査研究に関するノウハウや知見を市の内部に蓄積し、市の政策形成能力を向上させることが一つの意義であるといえ、その実現に向けてはデータから課題を発見し、それを施策に落とし込んでいく過程を共同研究に参加した関係部局の職員とともに実施していくことが重要である。

数値をどのように読み解き、分析し、その結果を市民に説明していくかという点について、外部の研究者やとよなか都市創造研究所の研究員だけではなく、共同研究の関係部局の職員も主体的に関わりながら進めていく今回の試みは、現在のところ順調に進捗しているように思われる。

その要因としては、担当部局発意で調査研究が始まり、関係部局の職員に強い問題意識があったため研究課題が明確であったことや、関係部局から、このデータを分析してほしいという具体的な依頼がスタートラインにあったため、データ提供・加工が非常にスムーズに進んだ点が挙げられる。調査研究のプロセスにおいては、関係部局の職員が外部の研究者に研究してもらい、また、外部の研究者も研究してあげるといった姿勢ではなく、当事者意識をもってそれぞれの役割分担の中でお互いにフラットな関係で信頼感をもって調査研究に臨めたことも共同研究の円滑な推進につながっているのではないだろうか。

さらに、今回の共同研究は生活保護をテーマとしたものであったが、取組の中で得られたノウハウや体制は、他の分野でのデータ利活用や各種の調査研究においても応用が可能であると思われる。生活保護受給者以外の生活困窮者、ヤングケアラー、ひとり親家庭等特に支援の必要性が高い層に向けた重点的な支援を検討する

際の庁内でのモデルケースとしての役割も期待できるのではないだろうか。

#### 4-4 共同研究の課題・成果

以上の共同研究のプロセスを振り返り、以下では共同研究における課題及び成果の詳細を取り上げる。

##### (1) 共同研究における課題

###### ①データ整備面での課題

研究を進める際にまず障壁となったのは、個人情報を含む元データをどのように加工し、外部の共同研究者に提供すればよいかという点であった。最終的には個人情報を含まないデータに庁内で加工してから外部提供することになった。研究に携わったメンバーのデータ整備・提供に関する経験・知識があまりなかったことから一から提供方法を調査し検討した。検討にあたっては、市の法務部門の助言を得るとともに、先進自治体の事例を調査し担当者にヒアリングを行う他、学術機関が行う医療データ分析の勉強会に研究員が参加した。また、共同研究者の過去の研究事例等を参考に外部提供の方法を整理した。検討の結果、研究所で個人情報を削除し、特定の個人が判別できないよう匿名化した上で外部提供を行うこととした。

次いで具体的なデータの整理・加工をどのように行うかも大きな課題となった。自治体内部で保有するデータについては、業務の目的に沿って整備されているため、調査研究での分析・データ接合を意識した構造とはなっていない。今回の共同研究に利用するデータについては、6種類のファイルに格納されていたため、それぞれのファイルを接合しうる共通のキーIDを設定する必要があった。当初複数のファイルについて、それぞれ、名前・生年月日・被保護者番号から同一人物を特定し、接合のためのIDを附番する予定としていたが、婚姻等により苗

字が変わる事例やシステム上の問題で名前の字体、表記が統一されていないデータが見られ、そのままでは利用することはできなかった。また、後からファイルの中に生年月日がないファイルがあることが分かり、また、同一人物であっても、場合によっては被保護者番号が途中から変更される事例がある等イレギュラーなパターンがあることが分かり、当初の接合手順を変更しなければならなくなった。何度も試行錯誤しながら接合の方法を検討し、データ整備を進め、分析に至る前のデータ整備にも多くの労力と時間を割いた。

今回の共同研究で扱うデータについては、データ構造がそれほど複雑ではなく、ファイルも6種類であったため、とよなか都市創造研究所職員のみでデータ加工を行うことができ、また、エクセルで接合作業ができる内容であったため、データ加工・整備に関する委託料等の費用は発生しなかった。ただし、今後、様々な庁内データを活用する際には、より膨大で構造が複雑なデータを扱う可能性もあり、誰がデータ加工を担当するかという点や、外部研究者との共同研究における費用負担の問題も看過できないものとなるだろう。

EBPMの基盤となる自治体内部のデータ整備に向けては、接合しやすいデータを蓄積するシステム・既存データの接合方法の検討が課題である。多くの研究者から、一自治体に留まらない他市との比較や広域的なデータ活用の視点も提案されているところであるが、課題が多く実現が難しいのが現状である。データ提供に際しては、現状では、担当課、担当者の裁量による部分が大きく、データ取得からデータベース管理に至るまでのデータガバナンスや個人情報保護以外のデータ提供の倫理面にも配慮した取り扱いについても今後の検討課題となる。

特に近年ではデータを活用した調査研究テーマが増加している。その際、大学等の外部の研

## 調査研究報告

究者と協力して研究を進める事例が多いが、自治体の外部の研究者に業務上重要なデータを提供することには、個人情報保護の要請の高まりから自治体職員にとっては非常にハードルが高い行為となる。データを提供して分析を行う事例では、まずは本格的に研究を開始する前に、密に打合せを実施するなど自治体職員と研究者がお互いに信頼関係を構築したうえで、法令面、制度面をチェックしながら共同研究を進めていく必要があるだろう。

### ②共同研究者の探索

とよなか都市創造研究所が庁内から受ける相談事例で多いのが、外部の研究者とどうコンタクトをとるか、どうつながって調査研究を進めるかである。今回の共同研究では、過去の事業のつながりから研究者を探索し、幸い共同研究に発展させることができたものの、今後も別のテーマを扱う際や他部局からの相談の際にどのように、豊中市が求めるニーズにあった研究者を探していくかは引き続きの課題となる。

総じて自治体と共同研究を円滑に実施している研究者については、審議会や自治体の事業などで自治体と過去に関わりのあった研究者やその研究者の紹介でのつながりができた研究者であることが多い。まずは所管の審議会や会議などで知り合った学識経験者にコンタクトをとってみることがはじめの第一歩かもしれない。また、全く新しい分野の研究者を見つける必要がある場合などには、関連分野の学会発表の参加者から探索を進める方法もある。実際の発表内容を聞いて、研究者の問題意識や詳細な専門分野を知ってからアプローチすることも有用であると思われる。

多くの大学に設置されている公民学連携窓口に相談して共同研究者を見つける方法もよく取られる。但し、大学によっては、自治体が求める実用的・実務的な知見というよりも新たな知

見の創出やイノベーションなどの成果を強く求める場合もあり、共同研究が成立しない事例も見られる。このような大学側の立ち位置のほか、自治体側の姿勢が共同研究での連携を難しくしている可能性もある。大学・研究者への依頼内容が整理できていない場合や研究内容が漠然としかイメージできていない場合、研究をいわば丸投げしてしまう場合も散見され、自治体側も相談する前に研究内容を十分整理する必要がある。

### (2) 共同研究の成果

続いて、今回の共同研究から見えてきた利点や成果を紹介したい。

#### ①庁内連携の促進・政策形成能力の向上

今回の共同研究の成果は、第一に研究を通じて庁内の連携が促進された点や新しい分析視点、知見が得られ市の政策形成能力の向上につながった点である。

共同研究では、当初は福祉事務所の被保護者健康管理支援データのみを利用することを検討していたが、研究者の提案により、他部署の実施したアンケートデータも接合して研究に活用することとなり、「研究」というキーワードで所属を超えた連携・交流がスムーズに行われた。共同研究が庁内横断型の研究を進めるきっかけとなり、職員の問題意識をより広げ、初めに利用を予定していたデータ以外のデータを利用することにもつながり、現場だけでは思いつかない総合的・相対的な視点や実務以外での問題意識が得られることとなった。

また、先述の(1)でデータ整備面での課題を取り上げたが、外部の研究者の知見により、克服することが可能なものも多くあった。データ整備の面やどのデータを利用し具体的にどのように分析を行えば良いかといった市職員のみでは難しい問題について、専門的・技術的な助言を細やかに得ることができ、研究が大きく前

進したことも共同研究を実施した利点といえる。

### ② EBPM に資する人材育成の推進

さらに共同研究者は研究に参加した職員の政策形成能力の向上や人材育成にもつながっている。令和2年（2020年）から本格的に広がったコロナ禍では、基礎自治体の政策・施策の推進において、これまでの経験が通用しない局面が数多く見受けられた。

その際に頼りにされたのは、信頼できるデータに基づく科学的・合理的な説明であった。住民への説明責任の増強、費用対効果の高い政策推進が求められる中、基礎自治体においては、様々な課題・障壁を、データを活用しながら多面的に分析する必要がある。そして、分析結果を内部や地域をとりまくアクター間での課題共有につなげ、効果的な政策検討を実施する視点が求められている。

データに基づく政策推進については、課題を発見し、仮説を立て、データを収集・分析し評価するサイクルを職員が実践していくことが重要となる。仮説を立てて検証を行うアプローチ方法や調査研究の進め方について、共同研究のプロセスの随所で外部の研究者から学ぶことができ、豊中市の政策形成能力の向上や人材育成に大きくつながったといえる。

### 4-5 今後の展望——研究成果の共有に向けて——

共同研究の実施後の問題点の一つに、研究者と自治体の求める成果の食い違いが挙げられる。自治体によっては外部の研究者が実施した分析結果が殆ど政策や事業で利用されていない事例も多い。自治体の政策現場にとって重要なテーマは、研究者にとって重要とは限らず、自治体と研究者の問題意識の違いが大きいため研究成果の政策への反映が難しいという点が課題として指摘されている（鈴木 2018）。自治体

側のニーズとして議会や市民説明のため主に1年間での成果等短期的な成果・評価を求めるものが多く、中長期的な目標のもと進められる調査研究と成果がそぐわない場合もある。解決方法としては、短期的・実務的な成果と中長期的な成果、学術的な成果を分けて目標を設定するといった工夫が考えられる。

今回の共同研究では本格的な研究を始めるまえに、打合せの場を何度かを設定し研究成果のイメージを共有してから研究を開始したため、今のところ、成果のイメージを共同研究者間で共有しながら研究を推進することができている。定期的に打合せを行い、コミュニケーションを密にすることで、問題意識や成果のイメージを共有しお互いの食い違いを防いでいく地道な積み重ねが、求める成果の共有につながるのではないだろうか。

本市では、大学との共同研究の蓄積が多いとはいえ、今回実施した共同研究については現場の意識から施策の効果を検証し、政策の精度を向上させていく過程について、所管部局及び研究者のフィードバックの中で少しずつ進み始めている好事例といえる。共同研究の取組が次年度以降も継続するが、引き続き定期的な打合せを実施する等コミュニケーションを密にし、成果を確認しながら進めていきたい。

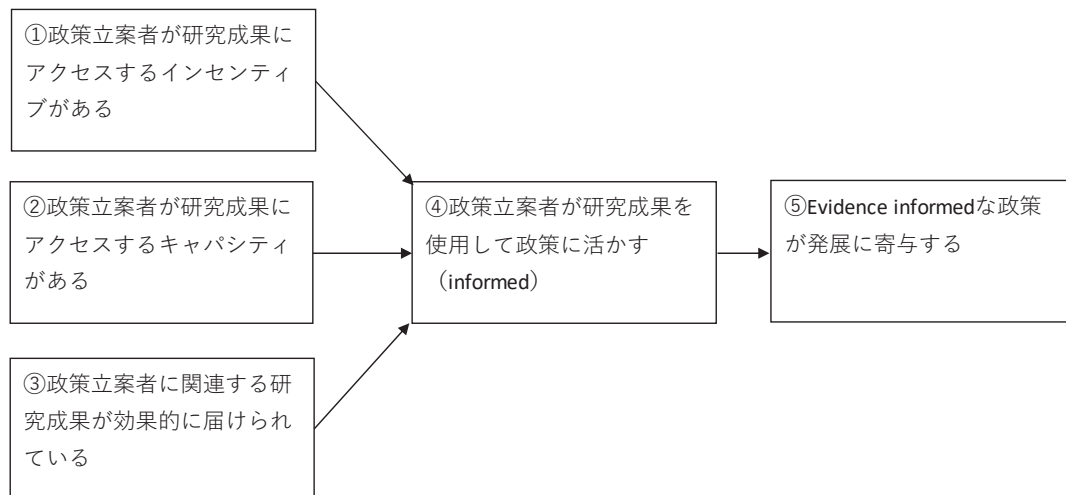
## 5. おわりに

ヨーロッパでの健康格差対策の取組の差を検証した Mackenbach (2002) では、取組の差ができる要因として①データ②研究③政治的意思の3点を挙げている。このことは、健康に関するデータの収集・整備と研究のみでは健康政策につながらず、何が問題であるのかをまずは政策担当者や地域住民が知り、適切な政策・対策を社会・地域政策として講じる必要性を示している（近藤 2016）。

## 調査研究報告

本研究では、データ分析・結果の報告に留まらない政策への実装性を重視し、健康政策所管部局とすり合わせを行いながら、現場での実践に寄与する調査研究をめざした。データ・研究内容を政策立案につなげるには何が必要だろうか。解決策の一つとして、政策立案者に研究内

容をいかに分かりやすく届けるか（informed）という“EIPM”（Evidence-Informed Policy Making：エビデンスを踏まえた政策形成）の視点が注目される。現在、WHO等の国際機関などでは“EIPM”による政策推進が進み始めている（WHO 2017）。



図表 49 エビデンスに基づく政策立案の枠組み

出典：松本（2020：190）より一部を加工している

図表 49 は、研究成果（エビデンス）を政策立案担当者が政策に活かすまでに必要な視点を示している。①政策立案者側のインセンティブ（＝なぜ研究成果を利用するかがはっきりしている）、②キャパシティ（＝研究成果を読み解く力がある）とともに、③研究者が研究成果を政策立案者に分かりやすく届ける（informed）ことの重要性の3点を指摘したものである。政策立案者側の要素と研究実施者側の要素の2方向がうまく調和することではじめて、研究が政策に活かされることが伺われる。そのためには、日ごろから政策立案者と研究実施者がコミュニケーションをとり、信頼感をもってつながっていることが必要である（松本 2020）。この点、政策立案者と研究実施者の橋渡し役として自治体シンクタンクとしてのとよなか都市創造研究所の果たす役割、意義があるのではないだろう

か。「研究所」という立場で、全庁的・中長期的な視点での検討、庁内横断的な連携が進めやすい利点を活かし、大学等の研究者のニーズの把握に努めるとともに、庁内のデータ収集・整備を実施しながら、担当部局、市民、府、近隣市、他の大学、シンクタンクなど市の健康課題をとりまく様々なアクターを意識し、積極的に連携を深める姿勢と行動が今後も引き続き重要となる。外部の研究者や大学と自治体との共同研究には様々な形があるが、研究者、自治体の双方の様々な事情から共同研究に発展し成功を収める事例は必ずしも多くない。自治体シンクタンクがコーディネート役として、円滑な研究推進をサポートすることが期待される。

最後に改めて自治体が健康データを用い調査研究・分析を進める際の留意点・展望についてまとめたい。

第一に、データ固有の特徴・限界に留意し、調査研究の目的を明確にしてデータを活用する必要がある。健康データは量が膨大で、様々な内容を含むため、しばしば、自治体の現場では何から手をつけてよいか分からないといった声が散見される。さまざまな意思決定、政策推進を有意義に行うためのデータ利活用という基本に立ち帰り、課題や目的を明確にしたうえで、適切なデータを入手し活用する必要がある。

また、データを基に施策を決めるのは重要であるが、数値に振り回され、拙速に施策や制度の方向性を変えていくのは好ましくない。中長期的な観点からみるデータ、短期的視点でみるデータなど、データの活用にあたっては、その政策活用の意義と射程、具体的な活用方法についても整理する必要があるだろう。

第二に、多くのデータは政策を実施のためや、個々の事務処理のために取りまとめられているので、必ずしも研究目的に対応した形で収集されているわけではない。分析に必要なデータが1つのファイルに全て格納されている場合はまれで、多くの場合、複数のデータが格納されたファイルを探索し、それらを分析可能な形式に接合する必要がある。分析以前にデータの整備に一定の時間がかかり、また、データの整備に

おいては技術的な制約が高い場合が多いため、この点に留意しデータを取り扱い、調査研究の進行管理を検討する必要がある。

第三に自治体が自ら管理している健康データの特徴と活用のメリットを意識したうえで調査研究を進めることが有用である。近年では、データ利活用が重要なテーマとなるなか、自治体内部に蓄積しているレセプトデータや健診等の情報を、自治体内部で分析し活用する事例が増加している。個々の自治体が持つデータは特定の集団に限られ、規模が小さいという課題がある一方、大きな利点としては、①個人を識別できる基礎台帳が整備され、データ全体の構造が明確であること②レセプトデータやアンケート調査結果の個票データ等に含まれない外部の情報を個人レベルで結合して詳細な分析を行うことが挙げられる。特に、2番目の他のデータとの接合は、自治体データを使うメリットといえ、個人の情報と居住環境や社会経済状況等を連携させることで、豊かな研究成果を導くことができる。このような自治体の保有データの特徴と利点を意識し、調査研究を進めることで、より地域政策の立案に資する知見を得ることが可能となるだろう。

### 【参考文献】

- KDB 等利活用部会, 2018, 「KDB 等利活用部会報告書～KDB の利活用の推進・高度化に向けて」(平成 30 年 7 月 4 日).
- 近藤克則, 2017, 『健康格差社会への処方箋』医学書院.
- 近藤尚己, 2016, 『健康格差対策の進め方 効果をもたらす 5 つの視点』医学書院.
- Mackenbach, Johan and Martijntje Bakker eds., 2002, *Reducing Inequalities in Health: A European Perspective*, London, Routledge.
- 松本晴樹, 2020, 「第 3 章コメント: EBM から学ぶ EBPM に必要なステップと EBPM ならではの注意点」, 大橋弘編 『EBPM の経済学 エビデンスを重視した政策立

- 案』東京大学出版, : 173-192.
- 鈴木亘, 2018, 「EBPM に対する温度差が意味するところ」『医療経済研究』30 (1) : 1-4.
- World Health Organization (WHO), 2017, *Situation analysis on evidence-informed policy-making: Slovenia*, EVIPNet Europe Series, No.1, HO Regional Office for Europe.

### 【参考資料】

- 参考資料 1 共同研究契約の概要
- ①京都先端科学大学及び豊中市の共同研究契約の概要
1. 共同研究題目「生活保護受給者の医療費・介護費の評価に関する分析」

## 調査研究報告

2. 共同研究契約締結日 令和4年(2022年)11月1日
3. 共同研究期間 令和4年(2022年)11月1日～令和6年(2024年)3月31日
4. 研究目的・内容 豊中市における被保護者健康管理支援事業の効果について、被保護者健康管理支援データを用い、医療・介護の両面から計量分析の手法を用いて検証する。
5. 研究費用(運用・データ整備費) 0円
6. 役割分担

氏名	所属部局・職名	本研究における役割
跡田 直澄	京都先端科学大学経済経営学部経済学科特任教授	研究全体のアドバイザー・データ分析・総括
小川 顕正	新潟大学経済科学部准教授	研究アドバイザー・データ分析・分析結果の考察
宮城 節子	豊中市福祉部長	政策展開
森 浩也	豊中市福祉部福祉事務所長	分析結果の考察、政策の検討、実施
本城 吉訓	豊中市福祉事務所長補佐	分析結果の考察、政策の検討、実施
※武本 翔子	豊中市福祉部福祉事務所医療介護係長	データ提供・ヒアリング協力・分析結果の考察、政策の検討、実施
小久保 小百合	豊中市福祉部福祉事務所医療介護係	データ提供・ヒアリング協力・分析結果の考察、政策の検討、実施
森田 宏人	豊中市都市経営部とよなか都市創造研究所長	分析結果の考察・政策提言の検討
石村 知子	豊中市都市経営部とよなか都市創造研究所主任研究員	データ整理・分析・分析結果の考察・政策提言の検討
比嘉 康則	豊中市都市経営部とよなか都市創造研究所研究員	データ整理・分析・分析結果の考察・政策提言の検討
平田 誠一郎	豊中市都市経営部とよなか都市創造研究所研究員	データ整理・分析・分析結果の考察・政策提言の検討

※研究担当代表者

### ②大阪医科薬科大学及び豊中市の共同研究契約の概要

1. 共同研究題目「生活保護受給者の健康行動・健康状態に関する分析」
2. 共同研究契約締結日 令和4年(2022年)9月26日
3. 共同研究期間 令和4年(2022年)9月26日～令和7年(2025年)3月31日
4. 研究目的・内容 豊中市における被保護者健康管理支援事業の推進に向け、被保護者健康管理支援データ等の行政データを利用し、被保護者の健康状態や健康行動と地域レベルのソーシャル・キャピタルの関連について多変量解析等の手法で明らかにする。
5. 研究経費(運用・データ整備費) 0円

### 6. 役割分担

氏名	所属部局・職名	本研究における役割
西岡 大輔	大阪医科薬科大学研究支援センター医療統計室講師	研究全体のアドバイザー・データ分析・総括
宮城 節子	豊中市福祉部長	政策展開
森 浩也	豊中市福祉部福祉事務所長	分析結果の考察、政策の検討、実施
本城 吉訓	豊中市福祉事務所長補佐	分析結果の考察、政策の検討、実施
※武本 翔子	豊中市福祉部福祉事務所医療介護係長	データ提供・ヒアリング協力・分析結果の考察、政策の検討、実施
小久保 小百合	豊中市福祉部福祉事務所医療介護係	データ提供・ヒアリング協力・分析結果の考察、政策の検討、実施
山岸 明子	豊中市福祉部長寿社会政策課長	データ提供、政策の検討、実施
森本 亮	豊中市福祉部長寿社会政策課長補佐	データ提供、政策の検討、実施
伊藤 富貴子	豊中市福祉部長寿社会政策課副主幹兼計画推進係長	データ提供、政策の検討、実施
小林 拓哉	豊中市福祉部長寿社会政策課	データ提供、政策の検討、実施
森田 宏人	豊中市都市経営部とよなか都市創造研究所長	分析結果の考察・政策提言の検討
石村 知子	豊中市都市経営部とよなか都市創造研究所主任研究員	データ整理・分析・分析結果の考察・政策提言の検討
比嘉 康則	豊中市都市経営部とよなか都市創造研究所研究員	データ整理・分析・分析結果の考察・政策提言の検討
平田 誠一郎	豊中市都市経営部とよなか都市創造研究所研究員	データ整理・分析・分析結果の考察・政策提言の検討

※研究担当代表者



## 豊中市における健康データの利活用に関する調査研究

### 参考資料2 分析データ詳細

種 類	主なデータ内容
基礎データ	匿名 ID、世帯匿名 ID、性別、年齢、続柄、国籍、世帯人員数、保護開始年月日、保護停止年月日、保護再開年月日、世帯員廃止年月日、世帯類型、開始理由、居住地区（日常生活圏域）他 （※令和元年度～令和3年度の間に1度でも生活保護を受給した者のデータ。当該期間の途中で廃止・死亡、途中から開始した者も含まれている。）
介護認定データ	匿名 ID、正式名称、要介護認定（開始）、要介護認定（終了）他
就労収入状況データ	匿名 ID、収入種別、各月収入額、年度合計、地区
他法情報データ	匿名 ID、正式名称、略式名称、他法 CD、資格取得年月日、資格喪失年月日
健診データ	匿名 ID、受診時年齢、支援区分、基準該当（胸囲＋血糖）、基準該当、検診方式、受診日、現病歴、既往歴、食後時間、喫煙状況、飲酒状況、身長、体重、標準体重、BMI、胸囲、最高血圧、最低血圧、中性脂肪、HDLc、LDLc、血糖値、ヘモグロビン A1c、AST（GOT）、GPT、 $\gamma$ -GTP、尿酸、クレアチニン、尿蛋白、尿糖他
レセプトデータ	匿名 ID、診療・調剤年月、点数、傷病コード、受診回数、医薬品・特定機材・診療行為・歯科診療コード、医薬品等使用量、医薬品等点数、医薬品等回数名他 （※医療機関等への受診歴がない対象者は含まれない）