

報告

神奈川県における保健医療データの活用の阻害要因に関する考察
Challenges for the Use of Health Care Data in Kanagawa草野哲史¹⁾*, 黒河昭雄¹⁾

1) 神奈川県立保健福祉大学ヘルスイノベーション研究科

Akifumi Kusano¹⁾, Akio Kurokawa¹⁾

1) Graduate School of Health Innovation, Kanagawa University of Human Services

抄 録

【目的】 広域自治体である神奈川県における保健医療データの活用の現状と課題を明らかにし、活用を促進するための実践的な方策を検討する。

【方法】 保健医療データの活用に関与する広域自治体および基礎自治体の職員、そして大学の研究者に対して、保健医療データの活用の現状と課題に関する半構造化インタビューを実施した。

【結果】 インタビュー調査の結果から、「神奈川県と市町村のデータ活用に対する認識」「データを活用した施策の実施に対する目的・インセンティブの認識」「データ活用目的を理解できる人材、分析できる人材」が保健医療データ活用を阻害する実践的課題として抽出された。

【結論】 データ活用に関わる都道府県、市町村、大学が、データ活用や人材について共通した認識を持ったうえで、連携しながら、それぞれの強みを活かす必要性が示唆された。

キーワード：データ活用、保健医療データ、医療政策、神奈川県基礎自治体、神奈川県広域自治体

Key Words : Data Use, Health Care Data, Health Care Policy, Local Government Units Serving Wide Areas in Kanagawa, Municipalities in Kanagawa

I. はじめに

少子高齢化が進み、超高齢者社会となっている日本においては、人とモノと資本といった資源の制約がある中で、人々の健康を増進しつつ、社会保障制度を維持可能なものにしていく必要がある。日本の将来推計人口（2023年推計）によれば、2070年には、総人口がおよそ8700万人となり、現在と比較すると7割となり、総人口に占める65歳以上の割合は、現在の28.6%から、2070年には38.7%となり、総人口の減少と高齢者の割合の増加が予想されている（国

立社会保障・人口問題研究所 2023)。このような状況の中で、2023年2月には、全世代対応型の社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律が可決されており、その法律の中では、効果的な予防・健康づくり・重症化予防に向けた保健事業における健診情報等の活用促進として、データヘルスの一層の推進が掲げられている^(注1)。また、医療分野でのデジタルトランスフォーメーションについての議論も活発になってきている^(注2)。このようにデータヘルスを中心とした保健医療データの活用に関する取り組みは、政策的にも社会的にもその重要性が高まっている。

先行研究においては、保健医療データを用いることで、どのような領域や事業においていかなる成果が期待されるのかといった点について論じているものが多い。松田（2016）は、Diagnosis Procedure

著者連絡先：*草野哲史

神奈川県立保健福祉大学ヘルスイノベーション研究科

E-mail : 62235005.tb5@kuhs.ac.jp

(受付 2023.9.4 / 受理 2024.1.22)

Combination (DPC) と National Data Base (NDB) の整備について述べたうえで、ビッグデータの活用の目的を臨床研究の推進とエビデンスに基づいた保健医療行政としたうえで、ビッグデータが臨床研究に活用された事例や政策研究に活用された事例を挙げることで、データを活用することの意義と効果について論じている^(注3)。伏見(2010)は、患者調査等の統計データとDPCデータを組み合わせて推計を行うことによって、二次医療圏内における患者の受療行動について明らかにしている。それによって、医療圏において、傷病・疾病ごとの患者の行動、また、それに応じて必要な医療資源について定量的に把握することができるとしている。津下(2014)は、NDBに保存されている特定健診・特定保健指導のデータを用いて、血圧やBody Mass Index (BMI)のデータの都道府県間比較、問診データの愛知県内における市町村比較を行ったうえで、地域の健康課題をデータにより明らかにし、データを用いた事業の企画・評価といったPlan-Do-Check-Actionの重要性を強調している。このように、保健医療データを政策形成およびその評価、そして研究用途で用いることにより、公衆衛生における介入のあり方をより効果的なものにするのが可能となることが報告されている。

保健医療データを用いることによる具体的なアウトカムの変化について論じられている一方で、保健医療データの活用がどの程度進んでいるのかについて論じたものは限られている。森川ら(2016)は、地域包括ケアシステム構築において行政データ、指標、ツールが整備されているなかで、これらが全国的にどの程度実際に活用されているかについて、全国の市町村の地域包括ケアを担当する課に対して質問紙を送付し調査を行っている。その結果、介護分野のデータが活用されている一方で、保健・医療分野のデータの活用はわずかなケースに留まっており、国保データベースが活用されていることはほとんどなかったとしている。

そこで本稿では、神奈川県を事例として、広域自治体における保健医療データの活用の状況についてインタビュー調査を行うことにより、保健医療データの活用が進まない阻害要因の整理とこれらの課題に対する解決策の提示を試みる。まず、背景・現状

において、データヘルス計画の概要および神奈川県における保健医療データの活用状況について整理し、次に政策形成過程におけるデータの活用が期待される地方自治体(広域自治体・基礎自治体)の職員と、データを用いた分析や知見の提供が期待される大学の研究者を対象に行ったインタビュー調査の結果を記述する。最後に考察において、インタビュー調査の結果から抽出された課題に対する解決策について論じる。

II. 背景・現状

1. 背景

保健医療データの活用について盛んに議論されるようになった背景には、データヘルスの取組みが求められたことがあげられる。日本においては、全ての健康保険者に対してデータヘルス計画を策定することが求められている。2013年に閣議決定された日本再興戦略において、「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」の策定を求めることが記載され、これを端緒としてデータを用いた保健事業の展開が施策として推進されることになった(首相官邸 2013)。また、厚生労働省は2017年からデータヘルス改革推進本部を設置し、国民の健康確保のためのビッグデータ活用推進に関するデータヘルス改革推進計画を公表している(厚生労働省 2017)。その計画では目標の一つとして「健康・医療・介護のビッグデータ連携・活用」が掲げられ、Personal Health Record (PHR)の実現により個人の医療データが時系列的に確認することができるようになることで個人の健康意識の変化につながったり、あるいはビッグデータの分析により健康・医療に関する様々な研究開発が促進されたりすることが将来的な展望として提示されている。

2. 現状

(1) 神奈川県による保健医療データ活用事業

本稿で調査の対象とした神奈川県においては、2018年から保健医療データ活用事業を開始している(神奈川県 n.d.)。神奈川県の保健医療データ活用事業は、保健医療データの収集・分析、健康づくりの

ためのデータ活用、事業評価といった内容によって構成されており、保健医療データを活用し、市町村が行う健康づくり事業をより効果的に展開していくことを目的とするものである。ここでいう保健医療データの収集・分析とは、「国保データ、人口動態統計等、様々な保健医療データを収集・分析し、市町村へ提供する」ことである。また、健康づくりのためのデータ活用とは「県と市町村が連携して、地域特性（食生活の状況、運動などの生活習慣）などを分析したうえで、地域の課題を洗い出し、解決策を検討する場をつくる」ことであり、事業評価は「市町村が実施する健康づくり事業について、市町村から希望を募り、専門家と共に事業評価を行う」とされ。

(2)大学との連携

特徴的なのは、神奈川県がこれらの施策を単独で推進しているわけではない点である。特に、保健医療データの収集・分析および健康づくりのためのデータ活用の推進にあたっては、神奈川県は神奈川県立保健福祉大学に設置された附置機関であるイノベーション政策研究センター（Center for Innovation Policy、以下CIP）に対して業務の一部を委託しており、CIPが県との委託契約に基づいて保健医療データの分析の実施と市町村職員（および保健所職員）向けのデータ活用研修を提供している。

CIPは、2019年から毎年、神奈川県から国保データベースを中心とする保健医療データを受領し、そのデータの解析（集積・分析、分析結果の加工、分析・加工した結果の提供、市町村等に対する助言・説明）と解析結果の提供を行っている。具体的には、保健医療データの解析を行った後、市町村が閲覧・利用可能な環境である「未病改善ナビサイト」に掲載することで知見の提供を行っている。また、データ活用研修も同じく2019年度から開始され、毎年提供内容の改善がはかられた結果、3年度目となる2021年度の研修内容は「エクセルで分析基礎トレーニング」、「実データ分析のトレーニング」、「かながわ未病改善ナビサイト統計データ操作」、「統計データの活用」、「施策へのデータ活用に向けて」、「ケーススタディ」となっている（神奈川県立保健福祉大学 2021）。2021年度の開催方式は、オンライン形式

であり、2022年度の開催方式は、オンライン形式と対面形式の二つの方式となっていた。

Ⅲ. 研究目的

本研究は、こうした背景と現状を踏まえつつ、広域自治体・基礎自治体とも保健医療データの活用を理念として提示しながらも、実際には必ずしも現場における施策レベルの意思決定には結びつけられていないという基本的な問題意識に立脚する。本研究の目的は、現場レベルで保健医療データの活用が進んでいない現状を捉えたうえで、自治体の政策担当者、大学の教員・研究者といった有識者に対してインタビュー調査を行うことにより、神奈川県の実施している保健医療データ活用事業の阻害要因を析出するとともに、活用を促進するための実践的な方策を検討することすることである。

Ⅳ. 調査方法

1. 調査対象と方法

インタビュー調査は、以下の方法により実施した。インタビューの対象者は、実際の保健医療データの活用が行政機関のみならず、大学等に所属する研究者の関与のもとに進められていることを踏まえ、神奈川県の職員、神奈川県内3市町村の職員、大学の研究者とした。大学の研究者には、神奈川県から実際に保健医療データ活用事業の委託を受けている神奈川県立保健福祉大学の研究者と他の都道府県等においてデータを活用した健康増進施策に関わっている研究者を含んでいる。神奈川県職員1名、市町村職員3名、大学の研究者4名にインタビューを実施した。インタビュー調査は半構造化インタビューの形式とし、事前に質問紙を作成のうえ対象者に送付する形で実施した。インタビューは、2023年2月から3月の間にZoomを用いたオンライン形式で行ったが、うち1市町村は書面での回答であった。

2. 仮説の構築と検証

インタビューを実施するに当たり、調査の仮説を設定するために文献調査等のデスクサーチに加え、次の2つの情報を用いた。1つは、神奈川県立

保健福祉大学が特定非営利活動法人日本医療政策機構に委託した保健医療データ活用に関する報告書である「未病改善に向けたヘルスケアデータに関する基礎調査等業務委託報告書」（以下、報告書）、もう1つは神奈川県の行政職員（データ活用担当）による保健医療データ活用事業に関する講演内容である。これらを通じて基本的な論点を整理したうえで、3つの仮説を設定した。1つ目は、講演内容を踏まえて、市町村においてデータを活用した具体の取組みが進んでいることが確認できなかったことから、「神奈川県と市町村のデータ活用に対する認識に相違がある」とした。2つ目は、報告書において、基礎自治体が保有している保健医療データについて、十分に把握できていないことが指摘されていたため、「市町村がデータを活用した施策の実施に対する目的・インセンティブを認識できていない」とした。3つ目は、報告書において、基礎自治体及び広域自治体職員のデータに関する知識が不足していること、データの利活用のための予算と人材といった資源が不足していることが指摘されていたため、「データの活用目的を理解できる人材、分析できる人材が不足している」とした。そのうえで、仮説の検証を目的とした調査票を設計し、実際に活用をめぐる主たるステークホルダーである基礎自治体の職員、広域自治体の職員、そして大学の研究者らに対する半構造化インタビューを実施することで課題の構造化を行った。調査票の内容は、表1のとおりである。

そのうえで、1から3の仮説に基づいて、インタビュー結果を分類した上で、インタビュー調査を通じて得られた知見をもとにグループワーク形式により解決策の検討を行った。

V. 結果

インタビュー結果については、事前の仮説に従ってそれぞれの調査対象者の回答内容を「神奈川県と市町村のデータ活用に対する認識」、「データを活用した施策の実施に対する目的・インセンティブ」、「データの活用目的を理解できる人材、分析できる人材」に分類して整理した。以下では、その概略を記述する。

1. 神奈川県と市町村のデータ活用に対する認識

県、大学、市町村といった各主体が持つ「データ活用」という言葉・概念に対する理解や期待感には、明らかな不一致（ずれ）がみられた。

データ活用をめぐる広域自治体による基礎自治体に対する支援のあり方については、基礎自治体による保健医療データの活用機会を保障することを目的としたデータベース等の基盤的整備こそが広域自治体の果たすべきであるとする規範的なアプローチ（normative approach）に基づく見解（いいかえれば、実際の分析や活用は基礎自治体が担うべきという考え）が窺われた一方で、それとは対照的にデータベースを整備するだけでは必ずしも十分ではなく、むしろ保健医療データに基づいて基礎自治体どのような政策を行うべきなのかについてある種のコンサルテーションを含めたサポートが必要である（いいかえれば、現実的には分析までは基礎自治体で担うことが困難であるという考え）という記述的なアプローチ（descriptive approach）に基づいた考えに至るまで、明確な隔たりが見受けられたのが特徴的であった。実際のインタビューでは、例えば「基礎自治体で行われている事業をデータ化できる基盤の整備が必要」（神奈川県職員A）「（基礎）自治体では、データに基づいて施策を展開していく仕組みが必要」（神奈川県職員A）「地域の実態把握のためには、国保データベース以外のデータも扱える」と良い」（市町村職員A）といった発言がみられた一方で、「どのような事業を実施すると良いか、提案やサポートが必要」（市町村職員B）といった発言もみられた。

また、データ活用を進めていくうえでの県と市町村の関係性についても言及があった。たとえば、「県と市町村の意思疎通が大切」（研究者A）「都道府県の役割は連絡調整とされていることが多いが、市町村を支援することも大きな役割である」（研究者A）などにみられるように、現状の県による市町村への関与や支援のあり方をめぐっては、そもそものコミュニケーションなど信頼関係の構築はもとより、支援内容そのものについても必ずしも満足感が得られていない現状にある様子が窺われた。

表1 インタビューにおける質問内容

神奈川県と市町村のデータ活用に対する認識	県または市町村が行う健康増進事業において、今どのようなことが課題になっていると思いますか。	
	その課題において、健康増進事業を促進するうえで、困っていることはありますか。	
	データヘルス計画において、県はどのような支援をしてくれていると思いますか。	市町村の職員向け
	データヘルス計画を実施するうえで、県からどのような支援をしてほしいですか。	市町村の職員向け
	あなたご自身は、データヘルス（国保データやDPCデータ）を県あるいは市町村の健康増進事業においてどの程度活用しないといけないと意識していますか	
	データヘルス活用をする目的はどのようなものと考えますか？例えば、医療費抑制につながるためか、国からの助成金を得るためか？	
市町村がデータを活用した施策の実施に対する目的・インセンティブについて	データ活用した介入を行うことで、補助金が増える、自分の業績につながる、昇進・昇給につながるなど、何か報酬につながる意識がありますか？	
	データヘルス活用に関して、県庁および市町村の組織内で重要性を共有できていると思いますか？	
	データを活用した介入を提案するのは、誰がリーダーシップ（音頭）をとって行うべきだと思いますか？例えば、県庁のどの課なのか、保健所であれば所長、副所長、局長、担当保健師なのか？	
	データ活用をした事業をどこの部門（課）がメインで担当すべきだと思いますか？	
	分析データの解釈から介入策を検討するうえで、何か困っていることはありますか？	
	データヘルスとして、どのようなデータを利用できるか、利用の過程などについてどの程度ご存知だと思いますか？	
データの活用目的を理解できる人材、分析できる人材について	これまでどんな分析依頼を受けましたか（内容、扱うデータ、頻度）。	
	行政でデータ分析をするうえでの負担となることはありますか？もしあるとしたら、どのような内容ですか。	
	行政からの分析依頼の内容が具体的ですか。目的が明確化されていますか。	
	分析したデータの活用の実際について、フィードバックがありますか。どんなフィードバックが欲しいですか。	

2. データを活用した施策の実施に対する目的・インセンティブの認識

基礎自治体におけるデータ活用への認識自体は「基礎自治体の中で、どのような健康状態の地域差があるのかは把握したい」（研究者B）、「独自でデータベースを保有している基礎自治体は、自律的に

データの活用を進めている」（研究者B）という回答が得られており、必ずしもデータ活用に対する問題意識やモチベーションが欠如しているというわけではないことがわかった。一方で、その意識やモチベーションには自治体ごとにグラデーションが存在している様子が窺われた。

その差異を規定している大きな要因として、能力問題が挙げられる。具体的には、職員個人あるいは組織としての能力（capacity）の問題と組織における意思決定上の優先順位や資源制約などの業務管理上の実現可能性（capability）の2点である。前者としては「国保データベースの内容が十分に基礎自治体の人に理解されていない」（研究者B）といった回答に加えて、後述する分析能力を持った人材の不在が挙げられる。後者については「データ活用をすすめるためには、日々データを使える環境が必要」（研究者C）「その他の業務に追われて、データに向き合う時間が限られている」（市町村職員B）という回答から伺われるように、たとえ分析能力を有する人材が存在していたとしても、組織における資源の制約問題がデータの利用を阻む、あるいはそのモチベーションを低下させる誘因となっている可能性が示唆された。

なお、データの活用という観点では、これらの二つの能力は必要条件と十分条件の関係性にあるものと考えられる。

3. データの活用目的を理解できる人材、分析できる人材

「データの活用目的を理解できる人材、分析できる人材が不足している」という仮説に対して、インタビューから得られた人材に関連する回答内容を抽出した。その結果、特にデータ活用に関わる人材に求められるスキルについて、基礎自治体に属する者とそうでない者との見解に相違がみられていることがわかった。

基礎自治体に所属していない者は「担当者は保健医療データを事業でどのように活用するかを意識」（神奈川県職員A）、「基礎自治体には、データ分析を委託する際に、委託内容を明確に表現できる人材を確保することが必要」（研究者D）と考えていた。つまり、基礎自治体に属していない者は、基礎自治体の職員に求められるスキルは実際に手を動かしてデータを分析することではなく、データの分析結果を受けてそれを活用することにあると考えていた。その一方で、基礎自治体に所属する者の発言には「データ分析が属人的」とあるという課題感をはじめとしてデータを分析することそのものに着目した

発言が抽出されたことが特筆される。すなわち、基礎自治体に所属しない者による期待感とは裏腹に、これに所属する者は保健医療データを実際にどう分析するかに関心や課題感の重きを置いていることがわかる。このように、求められる人材像に着目した場合に、データを解釈してどのような政策を実施するのかを考える人材（データ活用能力）が求められているのか、それとも実際に手を動かしてデータを触って分析をする人材（データ分析能力）が求められているのかについて、神奈川県における保健医療データの活用に関するステークホルダーの間で共通認識が設定できていない様子が窺われた。

また、この人材の育成方法という観点から研修のあり方についてもインタビュー調査からキーワードを抽出した。研修をめぐるのは、研修自体の意義や参加することによる効果についての疑問や研修の設計自体についての課題に対する指摘がみられた。

例えば、「基礎自治体にとって、研修がどのようなメリットがあるのか」（市町村職員C）というコメントにみられるように、研修自体の意義や効果が不明瞭であることに対する率直な疑問が提起されていた。少なくとも参加をする側の「メリット」について基礎自治体の職員が理解できる形で可視化されていないままに、納得感を欠いたなかで参加を強いられている可能性も考えられる。また、研修参加者の参加前の能力に隔たりがあることが指摘されており「研修の内容によっては、参加する人の持っている基礎知識に左右される部分も大きい」（研究者C）「研修参加者は、研修の内容が分かったという人と分からなかったという人に分かっている」（研究者C）「対面形式の開催だと、基礎知識をすでに持っている人が集まった印象」（研究者C）と研修に参加する人のばらつきが大きかった。さらに、研修の企画・実施側より「研修に参加した人が、実際に自分の仕事でどのように活用しているかは分からない」（研究者C）という回通が得られているように、研修終了時の満足度調査を目的としたアンケートはとられているものの、フォローアップ調査などを実施していないこともあり、研修が実際にどのように活用されているかは把握されていないのが現状である。

VI. 考察

広域自治体、基礎自治体それぞれの行政職員、そして大学等の研究者に対するインタビュー調査の結果から、保健医療データの活用を阻害する3つの要因が析出された。以下では、それぞれの課題に対する解決策について考察する。これらの解決策は、すでに言及したように、森川ら(2016)といったこれまでの文献では報告されていない知見であると考えられる。

1. モデル市町村に対するアジャイル実装

基礎自治体におけるデータ活用について、ステークホルダーの間で具体的なイメージが一致していない状況では、このイメージを明確にして共有する必要がある。基礎自治体におけるデータ活用のイメージを明確化するための一つの方法として、いくつかのモデル市町村でのデータ活用を試行的に行うことが考えられる。神奈川県内の市町村の中から、その規模や地域に応じてモデル市町村を選定したうえで、それらの市町村において具体的な医療や健康増進に関する施策を選び、実際にデータを活用した事業の企画、評価を実施することが考えられる。それにより、市町村はデータ活用に関する企画から実施に至るまでの一つのサイクルを経験することができる。

その後は、当該市町村においてはその経験を市町村内で横展開していくことにより、データ活用を促進していくことにつながる。モデル市町村は、モデル市町村以外の市町村にとっての身近な相談役、あるいは模倣の対象となることで、県内における水平的な展開にも発展していくことが期待される。

このようなアジャイル型の実践的なアプローチを通じて、「データ活用」の概念の明確化と共有が進むとともに、広域自治体による基礎自治体に対する支援の態様も変容することが想像される^(注4)。広域自治体による規範的なアプローチと基礎自治体による記述的なアプローチとの統合が進み、より現実的で実践的な意思決定を念頭においた処方的なアプローチ(prescriptive approach)へと収斂するものと考えられる。

2. データ活用人材と配置のあり方

先述のとおり、データ活用人材(能力)に対する都道府県、市町村、大学のそれぞれの認識は一致していない。そこで、こうしたずれを前提に、データ活用を促進していくためには、組織における意思決定過程において、いかなる能力をもった人材が、どこに、どのような役割で存在することが適切であるのかが明確にされる必要がある。文献調査やインタビュー調査から、データ活用に必要な人材にはいくつかのレベル感が存在していることがわかる。具体的には、第1に保健医療データを実際に分析し、問題の発見を行う人材(project)、第2に分析されたデータに基づいて課題解決のための施策を立案、実施し、評価する人材(program)、そして第3にデータ活用という制度全体を設計する人材(system)が挙げられる。

データ活用を進めるうえでは、いずれかの人材だけでは十分ではなく、いずれの人材をも充足させることが必要となるが、特に分析レベルの人材に着目した場合には、現実的な資源制約を考えれば、データを分析する人材を全ての市町村がそれぞれの市町村の職員として確保していくことは現実的ではない。また、都道府県レベルで配置する場合には、非常勤職員として雇用することなどが方策として考えられるが、データアナリストに関する市場競争が激化する現状において待遇面が人材確保における課題となりうる。一方で、CIPの例にみられるように、既に大学にはデータ分析のスキルを持った人材が一定数存在していることから、これらを外部資源としてかつようすることが効率的であると考えられる。ただし、大学側においても分析人材が十分ということではなく、常に不足した状況下にあることには留意する必要がある。

保健医療データの活用にあたっては、データ活用の能力か、データ分析の能力のいずれの人材も必要であることは明らかであり、どちらか一方を欠いた場合には現状と同じく活用は進まないものと予想される。一方で、保健医療データの活用を論じる場合には、スキル、すなわち質の問題に加え、量の問題が課題となりうる。しかしながら、保健医療データ活用事業に係る人材の量が不足しているかについては把握・評価できていないのが実態である。インタ

ビューにおいては「データの分析をする人の数は限られている」ことが課題感として提示されており、現場レベルでは特にデータ分析能力の観点からの人材の絶対量が不足していると認識されている様子が窺える。ただし、これはデータ活用能力を持った人材の増強の必要性をないことを意味するわけではなく、そのような人材の必要性の認識が進んでいなかで、本インタビューにおいては直感的な不足感を的確に聞き取ることができなかつたものと考えられる。

分析されたデータに基づいて政策をつくる人材は、実際に施策を推進する主体である市町村に置かれている必要があるが、インタビュー調査からは市町村においてはこのprogramレベルの人材の不足が窺われた。そして、データ活用という制度全体をデザインする人材は、都道府県に置くことで、先のアジャイル型アプローチを含め、市町村全体のデータ活用を進めていくことに貢献することが重要となる。同時に、市町村における課題感に寄り添いつつ必要な支援策を検討する必要がある。そのためには、都道府県と市町村との間で良質なコミュニケーションを可能とする自治体間関係を構築することが不可欠である。

3. データ活用に関する研修のあり方

CIPは、既に市町村（および保健所）の職員向けにデータ活用研修を提供しているが、今後の研修のあり方としては単なるcapacity buildingを越えて、実際の業務の改善にいかにかに寄与できるかが挑戦となる。研修は、モデル事業に選定された対象とそれ以外に分けたうえで、市町村職員のスキル、前提知識といった能力のばらつき問題を一定程度解消することが可能である。たとえば、従来より実施しているオンライン型の研修では、エクセルの操作方法等をはじめとするデータ分析の基礎を中心とした内容を扱うようにし、できるだけ多くの行政職員が参加できるようにする。一方で、モデル事業に選定された市町村の職員に対しては、その市町村の抱える課題に対して、自らの自治体が保有する国保データ等の保健医療データを用いた分析を通じて、地域の課題発見から課題解決のための施策の検討、実施、評価といったデータ活用の一連のプロセスを経験しても

らう。その間、都道府県および大学は、基礎自治体による取り組みに対して伴走型支援を行うことで、実践的な研修機会を提供する。このような2つの異なる研修プログラムを実施することによって、県内の市町村職員全体のデータ活用スキルの向上のみならず、実際の政策形成への実装（implementation）にも貢献する。すでにCIPの取り組みのなかには、特定の市町村に対する伴走型支援を行っている事例がみられており、こうした取り組みをさらに拡充していくことが求められる。

なお、研修受講直後だけではなく、一定期間経過した後で、市町村の業務において、どのように活用しているのかをヒアリングし、研修の効果を把握するといったフォローアップの取り組みも必要である。

さらに、研修という取り組みを通じて操作できるのは能力問題として整理した要素のうち、capacityに関するもののみである。研修とはいわばデータ活用あるいはデータ分析に関する能力に関するcapacity buildingの試みであり、組織におけるデータ活用の実現可能性に関するcapabilityに対して直接的に貢献するアプローチではないことには留意する必要がある。その点では、どれだけ研修を通じてcapacity buildingが進められたとしても、組織における意思決定環境や資源制約の問題が解消しない限りデータの活用は進まないと予想される。ただし、この点は神奈川県や大学といった第三者的立場からの介入や支援が困難な要素といえる。

4. 都道府県、市町村、大学の役割

ここまで、インタビュー結果に基づいて、データ活用への認識、人材（能力）、研修の3点に関する課題を整理するとともに、その解決に向けた方策を提示してきた。その中では、直接的な施策の実施主体である基礎自治体の自助努力や業務改善だけではなく、広域自治体や大学等の研究機関が基礎自治体の取り組みにいかにかに貢献しえるかが重大な論点であることが分かる。ここでは、それぞれの果たすべき役割についてあらためて整理しておく。

まず、基礎自治体が保健医療データの活用において果たす役割は、市町村が行う事業において、企画段階でどのようにデータを活用するのか、事業を実

施した後の評価の段階で分析結果をどのように活用するのかといったように、実際の市町村の事務事業レベルにおいてデータを活用していくこととである。

次に、大学は自治体から依頼のあったデータ分析を行う人材や組織資源といった分析能力と体制の拡充を行い、データ分析（および基礎自治体による分析の支援）と分析結果に基づく知見を提供する役割を担う。

最後に、広域自治体は市町村における人材育成の後押しやデータベースなどの基盤整備のみならず、市町村や大学といった各ステークホルダーの取り組みを有機的に連携させ、保健医療データの活用が進むように、企画立案と調整を行うことが求められる。そのためには、それぞれのステークホルダーが抱える課題感やモチベーションを的確に把握しつつ、機動的な調整を可能とするだけの信頼関係を構築しておくことが求められる。

このように、都道府県、市町村、大学が、それぞれのもつ強み、資源を活用しながら、連携して進めていくことが保健医療データの活用を進めていく際には必要不可欠である。

VII. 結論

地方自治体は、データヘルス計画の策定を始めとして、保健医療データの活用を通じた効果的かつ効率的な社会保障施策の立案と実施が求められている。また、Evidence-based Policy Making (EBPM) の潮流は、こうした保健医療データの活用に対する期待感をさらに加速させつつある。しかしながら、広域自治体・基礎自治体とも保健医療データの活用を理念として提示しながらも、実際には必ずしも現場における施策レベルの意思決定には結びつけられていないのが現状である。

一方で、こうしたデータ活用の現状や課題については、森川ら（2016）が活用の状況について研究していた以外に、十分な研究上の蓄積がみられなかったところである。そこで、本研究では、神奈川県を事例に、ステークホルダーに対するインタビュー調査を通じてデータ活用をめぐる構造的な課題を明らかにするとともに、その課題の解決策について考察した。本研究結果の外的妥当性には限界があるものの、課題や課題の解決策の考察を通じて、データを使って何ができるのかを見せることは異なった学

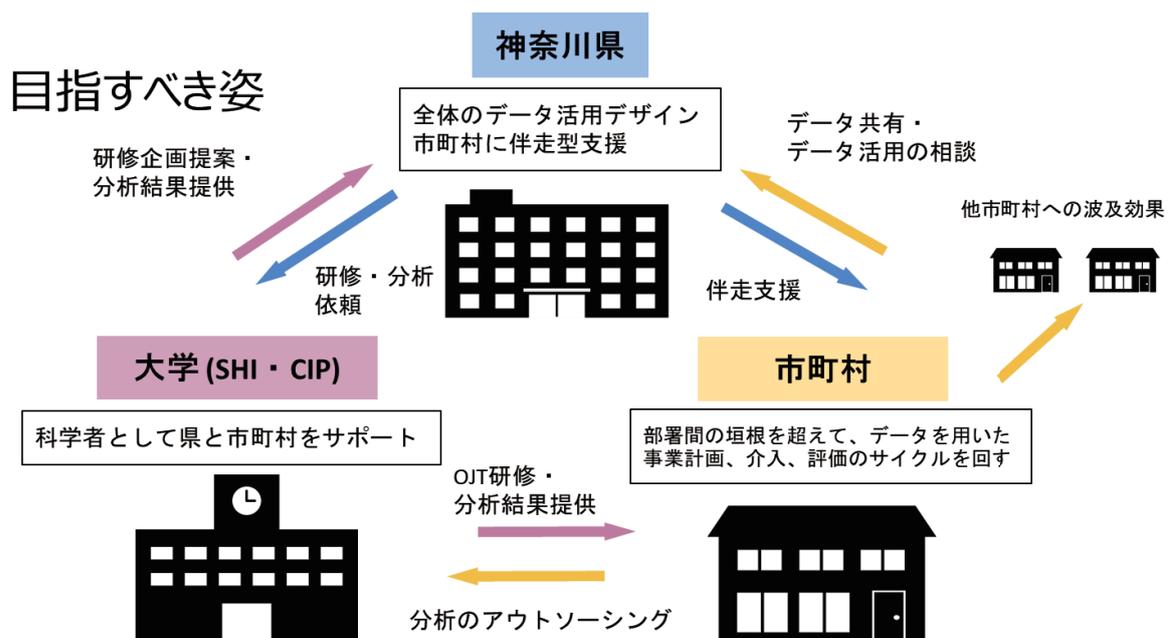


図1 望ましい都道府県—市町村—大学関係のモデル

術的な貢献をしている。

特に、データ活用への認識や人材については、都道府県、市町村、大学の間で認識の相違があり、今後のデータ活用の推進に当たっては阻害要因となることが示唆された。今後、データ活用を推進していくためには、まずは少数のモデル市町村を選定したうえで実際に保健医療データの分析・活用を行う政策形成のモデル事業を企画し、これを実施することが重要である。こうしたモデル事業を通じた実践的な知見の蓄積は、データ活用の求められる能力（スキルとナレッジ）の定義をより明確なものとするはずである。研修のプログラムはこうした求められる能力にもとづいているデザインされるとともに、よりきめ細やかな伴走型支援を行うことで、単なる能力開発に留まらず、地方自治体におけるデータ活用の実践にも実質的に貢献することが可能となることが期待される。

VIII. 限界

本研究は、インタビュー先の市町村の数が4市町村と限られている。そのため、神奈川県のすべての市町村にこの結果を当てはめることができない可能性が考えられる。また、今回の調査においてインタビューを行った市町村は、既にデータ活用に対して何らかの問題関心を持っている自治体が多かったこともあり、結果に偏りがみられることが考えられる。加えて、インタビュー時間の制約から、市町村が実施している保健医療分野のすべての施策におけるデータ活用の状況を網羅的に調べることはできなかった。そのため、施策ごとの活用状況の差を考慮できていないという課題を有する。

本研究で明らかにした課題の諸相について、その妥当性を検証し、解決策の実現可能性を評価するためには、今後は神奈川県にある全ての市町村に対して、施策ごとの状況も含めたより詳細な調査を実施することが求められる。

IX. 謝辞

本研究のインタビュー調査にご協力いただきました対象者の皆様には、業務で大変ご多忙の中ご対応

いただき心より感謝申し上げます。また、2023年度神奈川県立保健福祉大学研究発表会において、本研究に質問、コメントをいただきました教職員の先生方にも合わせて御礼申し上げます。

なお、本研究におけるインタビュー調査には、神奈川県立保健福祉大学ヘルスイノベーション研究科相原洋子氏、北原大氏、中原越氏にも携わっていただきました。

X. 付記

本研究は、神奈川県立保健福祉大学ヘルスイノベーション研究科における2022年度の授業科目「フィールド実習IB：政策立案・政策提案演習」の一環として実施した。

注

(注1) データヘルスとは、「(健康・医療) データを活用した予防・健康づくりの総称」である(中尾ほか2023:99)。

(注2) デジタルトランスフォーメーションとは、「デジタル技術によって、ビジネスや社会、生活の形・スタイルを変えること」である(内閣官房2023:2)。

(注3) DPCとは、「[診断群分類]、すなわち診断名と関連する診療行為などの情報に基づく患者分類の一種」(迫井2014:488)であり、「多彩な病態を持つ患者をある一定の条件で集約してグループ化することにより、統計的な分析を可能」(伏見2010:58)にしている。また、NDBとは、「1) 医療機関が医療保険者へ向けて発行するレセプト情報と、2) 特定健診・特定保健指導情報の2つの要素を格納」(6NC連携による医療政策研究等を目的としたNDB研究体制構築のための研究班n.d.)したデータベースである。

(注4) アジャイルとは、主にプログラム開発の工程を指す言葉で、「環境の変化に応じて、実行段階において計画が反復的(イテレーティブ)に見直すことを意味している(齊藤ほか2021:2)。

(注5) PHRとは、「個人の健康診断結果や服薬歴等の健康等情報を電子記録として本人や家族が正確に把握するための仕組みである」とされている (厚生労働省 2020)。

参考文献

- 6NC連携による医療政策研究等を目的としたNDB研究体制構築のための研究班 (n.d.) 『NDBとは』 <https://ndb6nc.ncgm.go.jp/outline/index.html> 11-23 (最終確認日: 2023年11月23日)
- 神奈川県立保健福祉大学 (2021) 『2021年度健康づくりのためのデータ活用研修』 https://www.kuhs.ac.jp/cip/news/details_01243.html (最終確認日: 2023年8月11日)
- 神奈川県 (n.d.) 『保健医療データ活用事業について』 <https://www.pref.kanagawa.jp/documents/57104/sankou11.pdf> / (最終確認日: 2023年8月11日)
- 厚生労働省 (2017) 『国民の健康確保のためのビッグデータ活用推進に関する データヘルス改革推進計画』 <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000170006.pdf> (最終確認日: 2023年8月25日)
- 国立社会保障・人口問題研究所 (2023) 『日本の将来推計人口 (令和5年推計)』 https://www.ipss.go.jp/pp-zenkoku/j/zenkoku2023/pp_zenkoku2023.asp (最終確認日: 2023年8月25日)
- 齊藤毅・井芹薫・中村正伸・中島洋行 (2021) 「テキストマイニングを用いたアジャイルプロジェクト研究の文献調査—アジャイル MCS の構築に向けて—」『中京経営研究』31 (1), 1-20
- 迫井正深 (2014) 「DPCはいかに誕生したか: DRGとDPCの違い」『保健医療科学』63 (6), 488-501
- 首相官邸 (2013) 『日本再興戦略』 https://www.kantei.go.jp/jp/singi/keizaisaisei/pdf/saikou_jpn.pdf (最終確認日: 2023年8月25日)
- 津下一代 (2014) 「特定健診 2 千万人のデータを活用した保健事業の PDCA」『保健医療科学』63 (5), 438-448, 10.11320/ningendock.31.7.
- 内閣官房 (2023) 『医療DXの推進に関する工程表』 https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/iryuu_dx_suishin/pdf/suisin_kouteihyou.pdf/11/23/ (最終確認日: 2023年11月23日)
- 中尾杏子・井出博生・古井祐司 (2023) 「データヘルス, コラボヘルスの現状と今後の方向性」『産業医学レビュー』36 (2)
- 伏見清秀 (2010) 「DPCデータを用いた地域医療資源の分析」『医療と社会』20 (1), 57-71, 10.4091/iken.20.57.
- 松田晋哉 (2016) 「医療ビッグデータの医療政策への活用」『医療と社会』26 (1), 25-35, 10.4091/iken.26.25.
- 森川美絵・玉置洋・大塚賀政昭・熊川寿郎 (2016) 「地域包括ケアシステム構築にむけた市町村のデータ活用に関する全国調査から捉えた医療介護連携の課題」『保健医療科学』65 (2), 145-153, 10.20683/jniph.65.2_145.

