

- 令和6年度からの第3期データヘルス計画の策定に向けて、有識者検討会で議論を行い、計画の標準化、共通の評価指標、留意点等について整理し、令和5年5月18日に改正。改正のポイントは以下のとおり。

項目	ポイント
----	------

標準化の推進 (共通の様式例)	<ul style="list-style-type: none"> ○ 都道府県内で共通の評価指標を設定することにより、<u>域内保険者において経年的なモニタリング、他の保険者との比較、俯瞰的、客観的な状況を把握</u>することができ、また、<u>地域の健康課題の分析方法、計画策定、評価等の一連の流れを共通化</u>することで、これらの<u>業務負担を軽減</u>することができる。 ○ 都道府県、国保連等は、<u>域内の保険者が策定した計画を収集、分析、評価</u>し、その結果を都道府県が行う国保保健事業等や<u>保険者支援等に反映</u>させる。 ○ 域内保険者が把握すべき共通の情報については、都道府県が地域の実情を踏まえて決定する。<u>共通の様式例</u>については、以下のとおり例示。
--------------------	--

データヘルス計画策定のための共通の様式例

- この様式例は、計画の標準化を推進するために、都道府県が市区町村に提示する様式の一例を示したものである。都道府県において独自の様式を作成することを妨げるものではない。また、実際の活用状況を踏まえて、最終評価時に、適宜様式の見直しが必要となる。
- 本様式例を参考に共通の様式を作成する場合は、都道府県の判断により、適宜、内容を追加する等、修正することは可能である。
- 都道府県で共通の様式を市区町村に配付する際は、都道府県の健康課題や健康増進に係る取組の方向性も併せて市区町村に提示して、それらを踏まえて、様式を記入するよう市区町村に伝える必要がある。また、様式を配布するだけでなく、記載されたものや計画を収集、分析、評価し、市区町村の支援の参考情報として活用する。
- 市区町村においては、都道府県から共通の様式が提示された場合は、その様式を参考にして、計画を策定する。共通の様式にある記載事項は、都道府県が、市区町村に記載してもらいたいと考えた事項である。計画の策定の際には、市区町村の判断により、共通の様式にある記載事項に加え、それ以外の情報も参考として活用する。
- この様式例は、国保組合においても、活用することができる。適宜内容を修正し、例えば、複数の組合が、作成後の様式を交換し、比較することは可能である。また、企業の健康経営との連携（コラボヘルス）を推進することも重要である。
- 全てのシートのフォント、セルの高さ・幅等は適宜、変更可能である。
- 本様式は表計算ソフトで作成しているが、必要な表を追加すれば、ワープロソフトにより作成することは可能である。

※ 計画様式（Ⅰ～Ⅴ）は、東京大学「データヘルス計画標準化ツール®」を改変して作成。

国民健康保険保健事業の実施計画（データヘルス計画）策定の手引き【改正のポイント】

第〇期データヘルス計画

I 基本情報

(〇年〇月〇日時点)

人口・被保険者	被保険者等の基本情報					
	全体	%	男性	%	女性	%
人口(人)						
国民健康保険者数(人)						

※ 性・年齢階層別一覧表は、別表として添付する。

2-1.(1) 基本的事項	※ 手引きP14以降参照
2-1.(1) ①計画の趣旨	
2-1.(1) ②計画期間	
2-1.(1) ③実施体制	
2-1.(1) ④関係者連携	

保険者及び関係者	具体的な役割、連携内容
1.(4) ①市町村国保	
1.(4) ②都道府県(国保部局)	
1.(4) ③都道府県(保健衛生部局)	
1.(4) ④保健所	
1.(4) ⑤国民健康保険団体連合会及び保健事業支援・評価委員会、国民健康保険中央会	
1.(4) ⑥後期高齢者医療広域連合	
1.(4) ⑦保健医療関係者	
その他	

2-1.(2) 現状の整理	
2-1.(2) ①保険者の特性	※ 手引きP15参照
地域資源の状況	
2-1.(2) ②前期計画等に係る考察	

※ 項目名の前の数字は、手引きの見出しの番号。

<分析結果・グラフ等を貼付>

・「2-1.(1) ①計画の趣旨」は、計画策定の趣旨や背景、目的等について分かりやすく記載する。

・「2-1.(1) ②計画期間」は、令和6年度から11年度までを計画期間とすることを基本とするが、実態に応じて設定する。

・「2-1.(1) ③実施体制」は、計画の策定、事業実施、評価、見直しの一連のプロセスにおける実施体制を明確化する。

・「2-1.(1) ④関係者連携」は、計画の策定、評価、見直しの各段階における関係機関や被保険者等の参画について記載する。

・ 保険者及び関係者の「1.(4) ①市町村国保」以下は、手引きP6以降の「1.(4) 保険者及び関係者が果たすべき役割」を参照し、保険者及び関係者の役割を記載する。

・ 具体的には、保険者は、被保険者の健康の保持増進を図り、病気の予防や早期回復を図るために、国保部局が中心となって関係部局や関係機関の協力を得て、保険者の健康課題を分析し、計画を策定する。計画に基づき、効果的・効率的な保健事業を実施して、個別の保健事業の評価や計画の評価をし、必要に応じて、計画の見直しや次期計画に反映させる。

・ なお、関係者の具体的な役割(連携内容)を詳細に記載することにより、中間評価等の際に、達成できた要因及び達成が困難であった要因等が明確化されることが想定される。

・「2-1.(2) ①保険者の特性」は、被保険者の年齢構成、性別等のデータを把握し、被保険者がどのような特徴を持つ集団であるかを記載する。

・「地域資源の状況」は、被保険者の健康や生活を支えている、または今後連携が期待される、住民組織、民間企業や団体、保健医療福祉関係者、その他の関係機関やその活動状況などを記載する。

・「2-1.(2) ②前期計画等に係る考察」は、第二期データヘルス計画における保健事業の実施状況、目標の達成状況等を評価し、前期の計画全般について考察を行う。

国民健康保険保健事業の実施計画（データヘルス計画）策定の手引き【改正のポイント】

II 健康医療情報等の分析と課題

①健康・医療情報等の大分類	②左記の大分類のうち、健康・医療情報等の分析に必要な各種データ等の分析結果（必要に応じて適宜追加・削除）	参照データ	③健康課題との対応
平均寿命・標準化死亡比等	<ul style="list-style-type: none"> 平均寿命 標準化死亡比 （平均余命、健康寿命（平均自立期間））等 		
医療費の分析	<ul style="list-style-type: none"> 性・年齢階層別医療の受診率（必要とする年齢階層単位に再集計） 入院・外来別で医療費（点数）の高い疾病 重複・頻回の受診状況 重複服薬の状況等の傾向 等 		
特定健康診査・特定保健指導等の健診データ（質問票を含む）の分析	<ul style="list-style-type: none"> 性・年齢階層別特定健康診査受診率、特定保健指導実施率 各種検査項目の有所見率 健康状態、生活習慣の状況 等 		
レセプト・健診データ等を組み合わせた分析	<ul style="list-style-type: none"> レセプト・健診データの分析により明らかとなった健康課題を解決するための重症化予防等の対象となる被保険者数、割合の比較等 （例）医療費分析で脳血管疾患に要する医療費が高いこと、健診データ分析で血圧の有所見率が高いことが判明し、これらを健康課題と捉え、血圧が基準値以上の被保険者を対象に重症化予防を行うが、この対象被保険者数や割合について経年比較等により分析する。 		
介護費関係の分析	<ul style="list-style-type: none"> 介護給付費の状況 介護認定の状況 等 		
その他	<ul style="list-style-type: none"> 健康課題等に応じて適宜実施。 		

（注）上記各種データについては、経年比較、国・都道府県・同規模保険者との比較等により分析する方法もある。

参照データ （帳票名、データ項目名等を記載）	
---------------------------	--

手引きP16以降を参照。

①「健康・医療情報等の大分類」や②「健康・医療情報等の分析に必要な各種データ等」については、一例を示したものであり、必要に応じて適宜追加・削除し、分析の上、健康課題を把握する。

分析結果から抽出した健康課題については、「Ⅲ 計画全体」の②「健康課題」に記載し、「Ⅲ 計画全体」の②「健康課題」に対応する①「項目」のアルファベットを「II 健康医療情報等の分析と課題」の③「健康課題との対応」に記載する。

必ず、「II 健康医療情報等の分析と課題」の③「健康課題との対応」と「Ⅲ 計画全体」の②「健康課題」の対応関係が明確になるようにする。

なお、③「健康課題との対応」に記載する「Ⅲ 計画全体」の②「健康課題」に対応する①「項目」のアルファベットは、一つとは限らず、複数の②「健康課題」に対応することがあり得る。

これらの分析の目的は、健康課題の抽出の他、優先順位の判断及び今後の関係者との状況認識の共有等であるため、それぞれの分析の目的を意識し、必要以上に分析に労力を掛け過ぎないよう注意が必要。

また、「参照データ」は計画策定以降に同一の参照元を確認して評価等ができるよう記録に残しておくことが重要である。

国民健康保険保健事業の実施計画（データヘルス計画）策定の手引き【改正のポイント】

Ⅲ 計画全体

保険者の健康課題		被保険者の健康に関する課題	
①項目	②健康課題	③優先する健康課題	④対応する保健事業番号
A			1, 3
B			2
C			4
D			-

⑬項目	⑭データヘルス計画（保健事業全体）の目標を達成するための戦略
A, C	
B	
D	
-	

解決すべき健康課題と保健事業の対応づけ

データヘルス計画全体における目的		抽出した健康課題に対して、この計画によって目指す姿（目的）・目標・評価指標								
⑤項目	⑥データヘルス計画全体における目的	⑦評価指標	⑧計画策定時実績		⑨目標値					
			2022年度 (R4)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)	
A										
-										
B										
-										
-										
C										
-										
D										
-										

（注1）太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度。
（注2）実績年度が異なる場合には、欄外等に注釈を記載。

（注3）目標値は、必要な年度に記載。

個別の保健事業		
⑩事業番号	⑪事業名称	⑫重点・優先度
1		
2		
3		
4		
-		

手引きP16以降を参照。

「Ⅱ 健康医療情報等の分析と課題」の分析結果から抽出した健康課題は、「Ⅲ 計画全体」の②「健康課題」に記載し、この②「健康課題」に対応する①「項目」に記載されたアルファベットを「Ⅱ 健康医療情報等の分析と課題」の③「健康課題との対応」の欄に記載する。

記載の一例としては、②「健康課題」を記載後、②「健康課題」に対応する⑦「評価指標」を記載し、⑤「項目」と①「項目」は同一のアルファベットとする。

この⑦「評価指標」に対応する⑥「データヘルス計画全体における目的」を記載し、⑧「計画策定時実績」及び⑨「目標値」を記載する。

⑥「データヘルス計画全体における目的」は、一つとは限らず、複数の⑦「評価指標」を包含して記載しても良い。

なお、②「健康課題」に対応する⑦「評価指標」は、一つとは限らず、複数の⑦「評価指標」を包含して記載しても良い。

②「健康課題」を解決するための個別の保健事業は、⑩「事業番号」、⑪「事業名称」を記載し、⑫「重点・優先度」は、1から順位づけ、この⑩「事業番号」と④「対応する保健事業番号」を同一にし、③「優先する健康課題」は、1から順位づける。

⑬「データヘルス計画（保健事業全体）の目標を達成するための戦略」については、個々の②「健康課題」に応じて設定する必要はなく、複数の②「健康課題」を包含して記載しても良い。

この場合、⑬「項目」と①「項目」は同一のアルファベットとする。

②「健康課題」を解決するための個別の保健事業は、一つとは限らず、このため、④「対応する保健事業番号」は、複数の⑩「事業番号」を包含して記載しても良い。

なお、上記の一例の順序以外の順序で記載してもかまわない。

データヘルス計画に記載する個別の保健事業数は、5～10事業程度を想定している。ポピュレーションアプローチとハイリスクアプローチの両者を含める必要があるが、それぞれ別の保健事業として実施する形態と、ひとつの保健事業に両者を含める形態があり得る。

国民健康保険保健事業の実施計画（データヘルス計画）策定の手引き【改正のポイント】

IV 個別の保健事業

事業番号 1 ①事業名称	
②事業の目的	
③対象者	
④現在までの事業結果	

⑤今後の目標値

指標	⑥評価指標	⑦計画策定時実績	⑧目標値					
		2022年度 (R4)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム (成果) 指標								
アウトプット (実施量・率) 指標								

(注1) 評価指標が複数ある場合には、適宜行を追加する。

(注2) 太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度。

⑨目標を達成するための主な戦略	
-----------------	--

⑩現在までの実施方法（プロセス）

--

⑪今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標

--

⑫現在までの実施体制（ストラクチャー）

--

⑬今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標

--

⑭評価計画

--

手引きP21以降を参照。

①「事業名称」は、「Ⅲ 計画全体」の「個別の保健事業」の⑪「事業名称」を記載する。

②「事業の目的」は、解決すべき健康課題など、その事業の目的を記載する。

④「現在までの事業結果」は、過去の同一事業でどのような成果があったかなどを記載（新規事業の場合は、「一」を記載）する。アウトカムや、必要によりアウトプットも記載する。

⑤「今後の目標値」における⑥評価指標、⑦計画策定時の実績、⑧目標値は、個別の保健事業に対応する「Ⅲ 計画全体」の⑦評価指標、⑧計画策定時の実績、⑨目標値などを記載する。なお、各指標がアウトカム（成果）指標であるか、アウトプット（実施量・率）指標であるかは、専門家においても見解が分かれるものもあるため、保険者による判断で記載してかまわない。また、指標の数は必要により追加・削除してかまわない。

⑨「目標を達成するための主な戦略」は、地域資源の活用（活用する資源）、情報通信技術の活用、委託の活用、都道府県や有識者の支援など、この個別の保健事業を効果的に実施するために、主にどの戦略を優先して実施するか記載する。

⑩、⑪「実施方法」、⑫、⑬「実施体制」は、⑤で設定した「今後の目標」のアウトカムやアウトプットを意識して、そのために現在までに実施したこと、今後、改善する案や実施を目指す目標などを検討して記載する。

④「現在までの事業結果」、⑩「現在までの実施方法（プロセス）」、⑫「現在までの実施体制（ストラクチャー）」には、必要により考察も記載する。

⑨「目標を達成するための主な戦略」、⑪「今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標」、⑬「今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標」は、必ずしもすべてを実施しなければならないわけではない。

⑭「評価計画」は、取り組みの効果をどのように評価する計画であるかを主要なものについて、評価時点で実施しやすいように具体的に記載する。一般的に、時間による比較や、事業実施群と非実施群の比較などがある。時間による比較では、年度毎の比較の他、四半期毎の比較、啓発資料送付等の後の週毎の比較などがありえる。事業実施群と非実施群の比較では、対象者が自発的に参加した群と参加しなかった群を比較する方法、地区組織の活用等を先行して実施する地域と、後から実施する地域の比較、啓発資料等について新しい資料を送付する群と従来からの資料を送付する群の比較などがありえる。同時に多数の取り組みを行うと、どの取り組みの効果であるかがわかりにくいため、年次をずらして取り組みを行って評価を行う計画である場合には、その旨を記載する。

データヘルス計画に記載する個別の保健事業数は、5～10事業程度を想定している。

個別の保健事業の評価は年度ごとに行うことを基本として、計画策定時に設定した保健事業ごとの⑭「評価計画」に基づき、事業の効果や目標の達成状況を確認する。

<p>V その他</p>	
<p>データヘルス計画の 評価・見直し</p> <p>※ 手引き P24 参照</p>	
<p>データヘルス計画の 公表・周知</p> <p>※ 手引き P25 参照</p>	
<p>個人情報の取扱い</p> <p>※ 手引き P26 参照</p>	
<p>地域包括ケアに 係る取組</p> <p>※ 手引き P26 参照</p>	
<p>その他留意事項</p>	

項目	ポイント
標準化の推進（共通の評価指標例）	<ul style="list-style-type: none"> ○ 共通の評価指標を設定するにあたっては、計画の策定等に必要のものであり、かつKDBシステムから算出できるものや他計画等で把握すべき指標等、可能な限り、保険者が情報収集しやすいものとする。 ○ 共通の評価指標は、都道府県と域内保険者とが相談の上、設定するものであるが、共通の評価指標例を以下のとおり例示。 ○ 計画の標準化は、保険者の健康課題を効果的・効率的に解決するために行うものであり、各保険者において最低限把握すべき情報や評価指標等を統一するものである。

共通の評価指標について

共通の評価指標の考え方

- 共通の評価指標の設定は、データヘルス計画の標準化の要である。
- 指標の設定により、域内保険者の健康状況を経年的に観察することができ、保健事業の進捗状況を確認することができる。
- 域内のすべての保険者が設定することにより、他保険者との客観的な比較が可能になり、域内での自保険者の位置付けを確認することができる。

共通の評価指標の設定

1 すべての都道府県で設定することが望ましい指標

- 国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針や、医療費適正化に関する施策についての基本的な方針で示されているものについては、すべての都道府県で設定することが望ましい。

2 地域の実情に応じて都道府県が設定する指標

- すべての都道府県で設定することが望ましい指標について、例えば、前期高齢期、壮年期・中年期、青年期等の年齢層別に指標を設定する。
- 都道府県の健康課題や高齢者の特性に応じた評価指標を設定する。
- 地域の実情に応じて指標を設定する場合は、保健事業支援・評価委員会等の第三者に意見を求めることが望ましい。

保険者との考え方の共有

- 共通指標の設定は、保険者の理解と協力が必要であるので、都道府県は共通指標設定の意義や必要性を理解した上で、保険者に説明する。
- 都道府県の健康課題や健康づくり施策の方向性を踏まえて、保険者と相談して設定する。
- 健康増進計画等他計画やKDBで定常的に把握できるもの等、保険者に過度な負担がかからない指標が望ましい。

留意事項

- 全被保険者の指標の他に、例えば、65歳未満の者と65歳以上の者などのように、年齢層別に指標を設定することも検討する。
- 指標の設定にあたっては、事前に把握方法を検討しておく。把握に過度な費用や労力がかかるものは指標として望ましくない。
- 健康寿命や医療費適正化の進展具合等の長期的なアウトカム指標は、経年的にモニタリングできるようにしておく。

国民健康保険保健事業の実施計画（データヘルス計画）策定の手引き【改正のポイント】

すべての都道府県で設定することが望ましい指標（例）

指標（例）	分母	分子	考え方（指標の必要性）
①特定健康診査実施率	特定健康診査対象者数	特定健康診査受診者数	<ul style="list-style-type: none"> ・ 特定健康診査の対象者が実際に受診したかを測るアウトプット指標 ・ 実施率が低い場合、特定健康診査で早期発見が可能であったはずのメタボリックシンドローム該当者等を発見できず、特定健康診査の効果が下がる
②特定保健指導実施率	特定保健指導対象者数	特定保健指導終了者数	<ul style="list-style-type: none"> ・ 特定保健指導の対象者が実際に保健指導を受け終了したかを測るアウトプット指標 ・ 実施率が低い場合、メタボリックシンドローム該当者等に適切な保健指導ができず、特定保健指導の効果が下がる
③特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	昨年度の特定保健指導の利用者数	分母のうち、今年度は特定保健指導の対象者ではなくなった者の数（※）	<ul style="list-style-type: none"> ・ 特定保健指導による効果を評価するアウトカム指標 ・ 特定保健指導の実施体制や保健指導の技術的な面等が適切だったかを検討する際に活用する
④HbA1c 8.0%以上の者の割合	特定健康診査受診者のうち、HbA1cの検査結果がある者の数	HbA1c 8.0%以上の者の数	<ul style="list-style-type: none"> ・ 血糖コントロール不良者数の状況を測るアウトカム指標 ・ 糖尿病重症化予防の取組が適切だったかを検討する際に活用する

①～③は、法定報告の数値を用いて算出することを基本とする。 ※詳細は、法定報告に関する通知を参照して集計を行う。

④は、国保データベース（KDB）システムを用いて算出することを基本とする。この場合、該当年度（4月1日～3月31日）の集計値、KDBシステムであると翌年度の11月処理時点以降の値を参照する。それ以前における値を暫定値として用いても良い。

国民健康保険保健事業の実施計画（データヘルス計画）策定の手引き【改正のポイント】

地域の実情に応じて都道府県が設定する指標（例）

指標（例）	分母	分子	考え方（指標の必要性）
特定健康診査・特定保健指導実施率、特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率、HbA1c 8.0%以上の者の割合の年齢階層別指標	各年齢層の分母該当者数	各年齢層の分子該当者数	例えば、40歳～64歳、65歳～74歳などの年齢層別に各指標の状況进行评估する
高血糖者の割合	特定健康診査受診者のうち、HbA1cの検査結果がある者の数	HbA1c 6.5%以上の者の数	糖尿病が強く疑われる者の数の状況进行评估する
HbA1c 6.5%以上の者のうち、糖尿病のレセプトがない者の割合	HbA1c 6.5%以上の者の数	HbA1c 6.5%以上の者のうち、糖尿病のレセプトがない者（※）の数	糖尿病が疑われるが治療を受けていない者の数进行评估する
血圧が保健指導判定値以上の者の割合	特定健康診査受診者のうち、血圧の検査結果がある者の数	①、②のいずれかを満たす者の数 ①収縮期血圧 \geq 130mmHg ②拡張期血圧 \geq 85mmHg	血圧が保健指導判定値以上の者の数进行评估する
運動習慣のある者の割合	特定健康診査受診者のうち、当該回答がある者の数	標準的な質問票10で「①はい」と回答した者の数	運動習慣のある者の数进行评估する
前期高齢者のうち、BMIが20kg/m ² 以下の者の割合	前期高齢者の特定健康診査受診者のうち、当該データがある者の数	BMIが20kg/m ² 以下の者の数	前期高齢者のうち、低栄養傾向の者の数进行评估する
50歳以上74歳以下における咀嚼良好者の割合	50歳以上74歳以下の特定健康診査受診者のうち、当該回答がある者の数	標準的な質問票13で「①何でもかんで食べることができる」と回答した者の数	咀嚼良好者数进行评估する。必要により、50歳～64歳、65歳～74歳などの年齢層別に評価する

（※）レセプトにおけるICD10コードが、E11（2型糖尿病）、E12（栄養不良関連糖尿病）、E13（その他の明示された糖尿病）、E14（詳細不明の糖尿病）に該当しない者、かつ、「服薬歴_血糖」に該当しない者で抽出。

国民健康保険保健事業の実施計画（データヘルス計画）策定の手引き【改正のポイント】

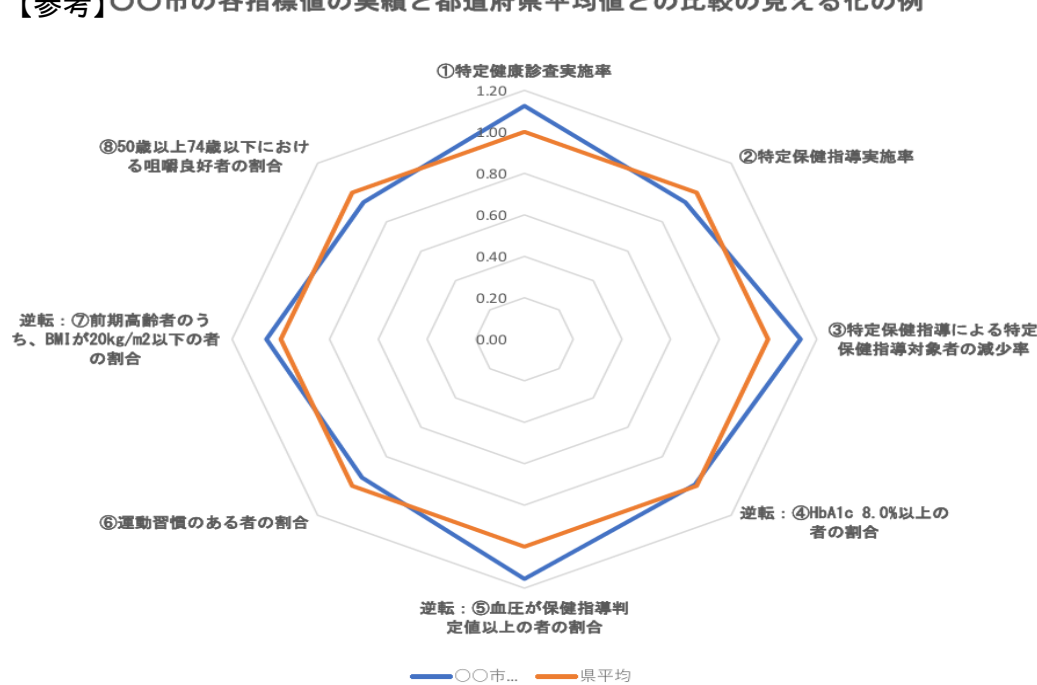
項目	ポイント
関係機関との連携	<ul style="list-style-type: none"> ○ 計画の実効性を高めるためには、計画の策定等において、関係機関との連携・協力が重要となる。 ○ 計画の策定等を進めるに当たっては、共同保険者である都道府県のほか、国保連や国保連に設置される支援・評価委員会、保健医療関係者、保険者協議会、広域連合、他の医療保険者、地域の医療機関や大学等の社会資源等と連携、協力する。
都道府県（国保部局）の役割	<ul style="list-style-type: none"> ○ 被保険者の健康の保持増進のために、保険者が、効果的・効率的に保健事業を実施することができるよう、都道府県国保部局は、関係機関との連絡調整や専門職の派遣や助言等の技術的な支援、情報提供等を通じて、積極的に保険者を支援することが求められる。特に、人材が不足傾向にある小規模の市町村国保については、都道府県の支援に加えて国保連や支援・評価委員会の支援を受けられることができるように、保健所と協力して、市町村国保の体制の整備を支援する。
国保連の役割	<ul style="list-style-type: none"> ○ 国保連は、都道府県や保険者の意見も踏まえ、KDBシステム等を活用し、健康・医療情報を分析して、分析結果やその活用方法等を都道府県や保険者に提供する。
健康・医療情報等の分析・分析結果に基づく健康課題の抽出・明確化	<ul style="list-style-type: none"> ○ 健康課題の抽出・明確化のための分析としては、疾病間の比較（死亡や医療費に占める割合が高い疾病等）、地域間の比較（全国、都道府県内、他の保険者との比較、保険者内の地域間の比較等）、時間による比較（悪化・改善している指標等）、目標値との比較等が有用である。 ○ 上記の分析結果に基づき、健康課題を抽出・明確化し、関係者と共有し、優先して解決を目指す健康課題を選定し、優先順位を決める。
データヘルス計画（保健事業全体）の目的、目標、目標を達成するための戦略	<ul style="list-style-type: none"> ○ 目的は、計画の策定により数年後に実現しているべき「改善された状態」や、被保険者に期待する変化を示すものであり、抽出された健康課題と対応して設定する。 ○ 目標は、健康課題と対応して設定した目的に到達するため、各年度、計画の中間年度等といった経過ごと、異なる視点ごと等に設定し、目標値には、理想として目指したい値（期待値）、一応満足できる値（充足値）、最低限達成すべき値（限界値）の3種類の考え方があり、ひとつの計画の中で指標によって混在して設定する場合も多い。 ○ 目標には、短期的な目標（原則、年度ごと）と中長期的な目標（計画の最終年度までに達成を目指す）を設定する。 ○ 抽出された健康課題や保健事業全体の目標、目的を踏まえて、健康課題を解決し、目標を達成するための戦略（地域資源・ICT・委託の活用、有識者等の支援、その他創意工夫をした取組等）を設定する。
健康課題を解決するための個別の保健事業	<ul style="list-style-type: none"> ○ 健康課題や目標を十分に踏まえて、全ての保険者が取り組むべき保健事業に加えて、幅広い内容の保健指導、非肥満者への保健指導、重複・頻回受診者対策、重複・多剤服薬者対策など、保健事業を選択・優先順位付けする。 ○ 75歳に達すると後期高齢者医療制度の被保険者となることを踏まえ、前期高齢者の多くが加入する市町村国保においても、地域包括ケアシステムの構築に向けて、広域連合とも連携しつつ健康・医療情報等の共有・分析を進め、生活習慣病の重症化予防に加え、高齢者の特性を踏まえた、保健事業の選択を行うよう努める。 ○ また、令和2年度以降、広域連合と市町村は一体的実施を開始しているため、市町村における保健事業の実施を検討する際には、75歳以上の高齢者に対する課題や目標について、広域連合と共有したうえで、検討を進めることが重要である。

国民健康保険保健事業の実施計画（データヘルス計画）策定の手引き【改正のポイント】

項目		ポイント
健康課題を解決するための個別の保健事業	個別の保健事業に係る目的、目標、評価指標の設定、実施内容等の明確化	<ul style="list-style-type: none"> ○ 計画に盛り込む個別の保健事業については、<u>事業内容を評価可能なものとする</u>とともに、同様の健康課題を抱える保険者との取組の比較が可能となるよう、<u>保健事業ごとに「目的」、「目標」、「評価指標」、「対象者」、「事業内容」、「実施方法」、「評価体制・方法」、「実施体制」、「実施スケジュール」、「実施期間」、「実施場所」等を整理</u>し、計画に記載し、目標の設定は、保健事業全体の目標設定と同様に、<u>短期的な目標、中長期的な目標を設定</u>する。
	個別の保健事業とデータヘルス計画の関係	<ul style="list-style-type: none"> ○ データヘルス計画は<u>保険者の健康課題を解決するための計画</u>であり、個別の保健事業の計画を単純に1つにまとめたものではない。 ○ データヘルス計画は、<u>保険者の健康課題、計画の目的、目標、目標を達成するための戦略、個別の保健事業、それらの評価に必要な評価項目と目標値等を体系的に統合したものである。</u>
個別の保健事業及び個別の保健事業の評価に基づくデータヘルス計画（保健事業全体）の評価・見直し	個別の保健事業の評価・見直し	<ul style="list-style-type: none"> ○ <u>個別の保健事業の評価は年度ごと</u>に行うことを基本として、計画策定時に設定した<u>保健事業ごとの評価指標に基づき、事業の効果や目標の達成状況を確認</u>する。 ○ <u>目標の達成状況が想定に達していない場合は、ストラクチャーやプロセスが適切であったか等を確認の上、目標を達成できなかった原因や事業の必要性等を検討</u>して、<u>次年度の保健事業の実施やデータヘルス計画の見直しに反映</u>させる。
	個別保健事業の評価に基づくデータヘルス計画全体の評価・見直し	<ul style="list-style-type: none"> ○ <u>設定した評価指標に基づき、計画の最終年度のみならず、年度ごと、中間時点等計画期間の途中で進捗確認・中間評価</u>を行うことを計画に記載する。 また、計画の最終年度においては、その次の期の計画の策定を円滑に行うため、当該<u>最終年度の上半期に仮評価</u>を行うことなどについても考慮する。 ○ 計画は、中長期的な計画運営を行うものであることを踏まえ、<u>短期では評価が難しいアウトカム(成果)指標を中心とした評価指標による評価</u>を行う。

国民健康保険保健事業の実施計画（データヘルス計画）策定の手引き【改正のポイント】

【参考】〇〇市の各指標値の実績と都道府県平均値との比較の見える化の例



(単位：%)

	レーダーチャートの数値		実績値	
	〇〇市 (a/b or (100-a)/(100-b))	県平均	〇〇市 (a)	県平均 (b)
①特定健康診査実施率	1.13	1.00	45	40
②特定保健指導実施率	0.93	1.00	28	30
③特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	1.13	1.00	17	15
逆転：④HbA1c 8.0%以上の者の割合	0.99	1.00	3	2
逆転：⑤血圧が保健指導判定値以上の者の割合	1.16	1.00	48	55
⑥運動習慣のある者の割合	0.94	1.00	33	35
逆転：⑦前期高齢者のうち、BMIが20kg/m ² 以下の者の割合	1.06	1.00	10	15
⑧50歳以上74歳以下における咀嚼良好者の割合	0.93	1.00	70	75

(注) 数値は、ダミーデータを使用。

(※1)レーダーチャートの数値のうち、高い数値がより良い項目の場合は、 a/b で算出する。

低い数値がより良い項目（上記の場合は、④、⑤及び⑦のみ）の場合は、 $(100-a)/(100-b)$ で算出する。

(※2) $(100-a)/(100-b)$ により算定した項目は、項目名の冒頭に「逆転：」と付記するなど、レーダーチャートだけを見た際にも、その旨が誤解なく分かるようにする。

(※3)各種指標のうち、低い数値がより良いため、 $(100-a)/(100-b)$ で算出する項目の例。

- HbA1c 8.0%以上の者の割合
- 高血糖者の割合
- HbA1c 6.5%以上の者のうち、糖尿病のレセプトがない者の割合
- 血圧が保健指導判定値以上の者の割合
- 前期高齢者のうち、BMIが20kg/m²以下の者の割合

(※4)一般的に、下記の示し方などがあり、地域の状況に応じて適宜活用する。また、同規模保険者の値を追加する方法もある。

- 当該保険者と県の数値を割算した比率をレーダーチャートに示す。（本例）
- 県内全保険者の標準偏差を算定し、それにより偏差値を算定して、レーダーチャートに示す。（本来は、この方法が望ましいが、今回は簡易的な上記方法を例示。）
- 種々の指標について、課題の大きい順、または、良好な順に並び替えて折れ線グラフに示す。
- 共通の指標のうち、特に重要な指標について、県と当該保険者の指標値の年次推移を折れ線グラフに示す。

(※5)「共通の指標」等について、県内の全保険者の過去数年分を表に示す方法もある。表は基礎資料として沢山の情報を掲載できる一方で、そのままでは読み取りが難しい面もある。注目したい指標等を抜き出して図に示したり、並び替えをしたりすることで、読み取りが行いやすくなる。