事　務　連　絡
令和５年５月 18 日

公益社団法人
日 本 看 護 協 会　御中

厚生労働省保険局国民健康保険課

「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」の改訂について

医療保険制度の円滑な実施につきまして、平素より格段のご協力、ご尽力を賜り厚く御礼申し上げます。

この度、令和６年度から開始となる第３期データヘルス計画の策定に向けて、データヘルス計画（国保・後期）の在り方に関する検討会での議論を踏まえ、「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」を別添のとおり改訂し、都道府県民生主管部（局）国民健康保険主管課（部）宛てに同日付けで送信いたしました。

保険者が、当該計画を策定し、PDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施、評価等を行うためには、行政と医療関係者等が協力・連携体制を構築していくことが重要ですので、貴会におかれましても、都道府県看護協会、郡市区看護協会等に対して周知していただくとともに、保険者との連携体制の構築へのご協力を何卒よろしくお願い申し上げます。

収受
No. 438
5.5.22
日本看護協会

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

（令和５年５月18日改正）

厚生労働省保険局国民健康保険課

１．計画の基本的事項 …… 2
（１）背景・目的 …… 2
（２）計画の位置付け …… 2
（３）標準化の推進 …… 3
① 標準化の利点 …… 3
② 取り組むべき事項 …… 4
（４）保険者及び関係者が果たすべき役割 …… 5
① 市町村国保、国保組合の役割 …… 6
② 都道府県（国保部局）の役割 …… 9
③ 都道府県（保健衛生部局）の役割 …… 11
④ 保健所の役割 …… 11
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の役割 …… 12
⑥ 後期高齢者医療広域連合の役割 …… 13
⑦ 保健医療関係者の役割 …… 13

２－１．計画に記載すべき事項と留意点（市町村国保） …… 13
（１）基本的事項 …… 14
① 計画の趣旨 …… 14
② 計画期間 …… 14
③ 実施体制・関係者連携 …… 15
（２）現状の整理 …… 15
① 保険者の特性 …… 15
② 前期計画等に係る考察 …… 15
（３）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 …… 16
（４）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 …… 20
（５）健康課題を解決するための個別の保健事業 …… 21
（６）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 …… 24
（７）計画の公表・周知 …… 25
（８）個人情報の取扱い …… 26
（９）地域包括ケアに係る取組及びその他の留意事項 …… 26

２－２．計画に記載すべき事項（国保組合） …… 28

３．国からの支援等 …… 28
（１）国保・後期高齢者ヘルスサポート事業 …… 28
（２）保険者努力支援制度等 …… 28

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

１．計画の基本的事項

（１）背景・目的

（保健事業実施計画の背景）

○　平成25年６月14日に閣議決定された「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として「データヘルス計画」の作成・公表、事業実施、評価等の取組を求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進する。」とされた。

○　平成26年３月、国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針[1]（以下「国指針」という。）において、市町村国保及び国民健康保険組合（以下、国民健康保険組合を「国保組合」という。以下、両者を併せて本手引きでは「保険者」という。）は、健康・医療情報を活用してＰＤＣＡサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画（データヘルス計画）を策定したうえで、保健事業の実施・評価・改善等を行うものとした。

○　その後、平成30年４月から都道府県が財政運営の責任主体として共同保険者となり、また、令和２年７月に閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針2020（骨太方針2020）」において、保険者のデータヘルスの計画の標準化等の取組の推進が掲げられ、令和４年12月に経済財政諮問会議における「新経済・財政再生計画改革工程表2022」において、「保険者が策定するデータヘルス計画の手引きの改訂等を行うとともに、当該計画の標準化の進展にあたり、保険者共通の評価指標やアウトカムベースでの適切なＫＰＩ[2]の設定を推進する。」と示された。

○　このように、全ての保険者にデータヘルス計画の策定が求められ、効果的・効率的な保健事業の実施に向けて、標準化の取組の推進や評価指標の設定の推進が進められている。

（市町村国保及び国民健康保険組合の保健事業の目的）

○　保険者においては、幅広い年代の被保険者が存在するため、これらの年代の身体的な状況等に応じた健康課題を的確に捉え、課題に応じた保健事業を実施することにより、健康の保持増進、生活の質（ＱＯＬ）の維持及び向上が図られ、結果として、医療費の適正化に資すると考えられる。

（この手引きの目的）

○　保険者及び関係者が効果的・効率的に保健事業を実施できるためのデータヘルス計画が策定されることに資する参考として示すものである。

（２）計画の位置付け

（データを活用したＰＤＣＡサイクルの遂行）

---

1 平成 16 年厚生労働省告示第 307 号。

2 Key Performance Indicator の略称。重要業績評価指標。

○　保健事業の実施計画（データヘルス計画）（以下「計画」という。）とは、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者が効果的・効率的な保健事業の実施を図るため、特定健康診査・特定保健指導の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、ＰＤＣＡサイクルに沿って運用するものである。

（他の法定計画等との調和）

○　計画は、健康増進法（平成14年法律第103号）に基づく基本方針[3]を踏まえるとともに、都道府県健康増進計画、都道府県医療費適正化計画、介護保険事業（支援）計画、高齢者保健事業の実施計画（以下「後期高齢者データヘルス計画」という。）、国民健康保険運営方針、特定健康診査等実施計画[4]と調和のとれたものとする必要がある。

○　その際、他計画の計画期間、目的、目標を把握し、データヘルス計画との関連事項・関連目標を確認するプロセスが重要である。また、他の計画における関連事項・関連目標を踏まえ、データヘルス計画において推進・強化する取組等について検討し、取組を実行していくうえで連携が必要となる関係者等に共有し、理解を図ることが重要である。

（３）標準化の推進

①　標準化の利点

○　一般に、標準化とは、品質や性能の確保、利便性の向上、効率化等の確保などを目指すために、一定の基準を設定し、それに従って、作り方や評価方法などを統一することとされている。

○　データヘルス計画を都道府県レベルで標準化することにより、以下のことが期待できる。

ア．保険者[5]

・　都道府県内で共通の評価指標を設定することにより、域内保険者において同じ指標で経年的にモニタリングできるようになるほか、他の保険者と比較したり、自保険者の客観的な状況を把握したりすることができる。[6]

・　地域の健康状況や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することで、これらの業務負担を軽減することができる。また、計画

---

3 健康増進法に基づく基本方針に基づき「二十一世紀における第三次国民健康づくり運動（健康日本 21（第三次））」が開始する予定である。

4 特定健康診査等実施計画は、保健事業の中核をなす特定健康診査・特定保健指導の具体的な実施方法等を定めるものなので、保険者が保健事業を総合的に企画し、効果的・効率的に実施することができるように、可能な限り本計画と特定健康診査等実施計画とを一体的に策定することが望ましい。

5 （３）の標準化の推進では、主に市町村国保を想定している。

6 全ての保険者で共通の評価指標が設定されれば、他都道府県の被保険者数が同規模の保険者と比較することも可能である。

等について、関係者の理解促進につながることや他計画等との調和を検討する際に有用である。

・　保健師や管理栄養士等の専門職（以下「保健師等の専門職」という）が配置されていない、あるいは配置されていても少数にとどまる保険者や、データ分析等に慣れていない保険者であっても、都道府県、国民健康保険団体連合会（以下「国保連」という。）等の支援を受けることにより、一定程度のデータ分析等を行うことができる。

イ．都道府県、保健所、国民健康保険団体連合会、保健事業支援・評価委員会

・　都道府県が、域内の健康課題の分析結果や共通の評価指標を含む健康づくり施策の方向性を保険者等に示すことによって、都道府県と保険者等とが共通の認識を持つことができ、域内の保険者が、一定の方向性を持って、保健事業を展開することができる。

・　被保険者の健康状態や健康課題の状況を俯瞰的、客観的に把握することができ、保険者への支援や助言を的確化、効率化することができる。

・　保健事業の成果や実施率向上等につながった知見を収集、分析して、域内の保険者と共有することにより、効果的・効率的な保健事業を実施することができる。

②　取り組むべき事項

（域内保険者の計画の収集、分析）

○　都道府県、保健所、国保連等は、域内の保険者が策定した計画を収集、分析、評価し、その結果を都道府県が行う国保保健事業等や保険者支援等に反映させる。

（域内保険者が把握すべき共通の情報の収集、分析）

○　都道府県は、計画策定時に、保険者が健康課題を把握するために必要な情報を整理し、これを保険者と共有し、都道府県に報告を求める。保険者が把握すべき域内共通の情報を決めるにあたっては、計画策定等に必要なものであり、かつ保険者が情報収集しやすいものとし、保険者と相談の上、決定することが望ましい。

○　域内保険者が把握すべき共通の情報については、例えば以下のようなものが考えられるが、都道府県が地域の実情を踏まえて決定する。保険者支援の観点や情報を整理する観点から、これらの情報を記載や収集するための共通の様式やツールを都道府県が作成し保険者に配布することも考えられる。共通の様式例を巻末に例示する。

（域内保険者が把握すべき共通の情報例）

・　人口や被保険者の構成、平均寿命、健康寿命、死因、生活習慣病の状況、特定健康診査や特定保健指導の実施状況や結果の状況、医療費分析、要介護の認定状況等、被保険者の健康状態や健康課題を把握するために必要な情報
・　上記情報の分析結果、分析結果から抽出した健康課題、健康課題に対応した解決の戦略
・　計画の目的、目標、評価指標、目標を達成するために実施する個別の保健事業
・　個別の保健事業ごとの目的、目標、評価指標、実施内容

（共通の評価指標の設定）

○　計画の達成状況を評価するためには評価指標の設定が必要であるが、評価指標は、保険者の健康課題や健康づくりの目指す方向等を踏まえて、保険者が設定するものである。一方で、他の保険者との比較や、域内での当該保険者の健康状況を把握するためには、域内で共通の評価指標を設定する必要がある。

○　域内保険者が把握すべき共通の情報と同様に、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なものであり、かつ国保データベース（ＫＤＢ）システム（以下「ＫＤＢシステム」という。）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し、保険者と相談の上、決定することが望ましい。

○　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巻末に例示する。

（効果的・効率的な保健事業の収集と域内保険者への周知）

○　都道府県は、標準化の推進によって得られた保険者の健康課題や計画の進捗状況、評価結果等から保健事業の成果や実施率の向上等につながった知見を収集、分析し、域内保険者と共有する。

（標準化にあたっての留意点）

○　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。従って、保険者は、健康課題や地域の実情に応じて、把握すべき情報や評価指標等を追加することなどにより、各保険者の特徴を踏まえた計画となるようにする。

○　標準化の推進は、都道府県と保険者とが協力して取り組む必要があるので、都道府県は標準化の意義や必要性を十分に理解したうえで、保険者に説明し協力を求める。

（４）保険者及び関係者が果たすべき役割

① 市町村国保、国保組合の役割

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[7]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。

以下は、主に市町村国保の役割を中心に記載しているが、国保組合もこれに準じて、計画の策定等に取り組む。

ア．健康課題の分析、計画の策定、保健事業の実施及び評価

○ 保険者の健康課題の分析や計画の策定、保健事業の実施、評価等は、保健衛生部局等の関係部局や都道府県、保健所、国保連等の関係機関の協力を得て、国保部局が主体となって行う。

○ 計画の策定等にあたっては、「２．計画に記載すべき事項と留意点」に示す記載事項を参考に策定する。また、都道府県から計画策定にあたって方針等が示される場合には、その方針等を踏まえて策定する。

○ 特に、市町村の国保部局では、後期高齢者医療部局や介護保険部局、生活保護部局（福祉事務所等）等と連携してそれぞれの健康課題を共有するとともに、国保被保険者の健康課題に加えて、可能な限り、後期高齢者や生活保護受給者の健康課題も踏まえて保健事業を展開する[8]。

また、保健事業の評価において、被保険者のり患状況や人工透析の導入等の重症化の進行状況などのように長期間の観察を必要とするものについては、ＫＤＢシステム等を活用して、後期高齢者医療制度等の健康・医療情報と併せて分析することに努める。

イ．市町村内の連携体制の確保

○ 市町村の国保部局においては、保健事業の積極的な推進を図るために、保健衛生部局等住民の健康の保持増進に関係する部局に協力を求め、市町村一体となって、計画の策定等を進める。

○ 具体的には、後期高齢者医療制度における保健事業を所管する高齢者医療部局、市町村において保健事業を主に所管する保健衛生部局、介護予防事業をはじめとする地域支援事業を所管する介護保険部局のほか、財政部局や企画部局、生活保護部局（福祉事務所等）等とも十分に連携し、計画策定等を進める。

---

7 保険者によっては国保保健事業を所管する保健衛生部局の場合もある。

8 若年期からの生活習慣病の結果が、高齢期での重症化事例や複数の慢性疾患につながることを踏まえて、市町村国保は保健事業を実施する必要がある。

○　特に、計画策定や保健事業の実施、評価等に当たっては、市町村健康増進計画や医療をはじめとする地域の社会資源の状況等を踏まえて対応する必要があるので、保健衛生部局との連携が必要である。

ウ．国保部局の体制の確保

○　計画の策定から評価までの一連のプロセス（計画の策定等）において、国保部局は、研修等による職員の資質向上に努める。

○　関係部局との連携に加え、保健衛生部局の専門職が計画の策定等に積極的に関与できるようにすることや都道府県等に技術的な支援を求めること、外部委託[9]の実施その他必要な措置を講じるなど、計画の実効性を確保する。関係部局との連携に加え、保険者の実情に応じ、国保部局においても専任の保健師等の専門職を配置するように努める。

○　計画期間を通じてＰＤＣＡサイクルに沿った確実な計画運用ができるよう、担当者・チームの業務をマニュアル化する等により、担当者が異動する際には経過等を含めて確実に引継ぎを行う等の体制を整える。

エ．関係機関との連携

（連携体制の構築）

○　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保健事業支援・評価委員会（以下「支援・評価委員会」という。）、地域の医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、栄養士会等の保健医療関係者等（以下「保健医療関係者」という。）、保険者協議会、後期高齢者医療広域連合（以下「広域連合」という。）、健康保険組合等の他の医療保険者、地域の医療機関や大学等の社会資源等と連携、協力する。

○　関係機関との連携・協力に当たっては、データヘルス計画の標準化やデータの見える化等を推進することにより、保険者の健康課題等を関係機関で共有する。

○　また、これらの者に対し、保険者等の職員向け研修への参画を求めることも考えられる。

（都道府県との連携）

○　都道府県は、市町村とともに国民健康保険の保険者であり、財政運営の責任

---

9 外部委託する場合、仕様書に保険者の考え方や方向性を記載する、委託事業者と会議を定期的に行う等により考え方に齟齬が生じないよう努めることが重要である。

主体として、特に市町村国保の保険者機能の強化については、都道府県の関与が更に重要となる。

○　このため、保険者、中でも市町村国保は、

・　計画素案について都道府県関係課と意見交換を行う

・　現状分析のために都道府県が保有する健康・医療等に関するデータの提供を求める

・　計画策定のための会議体に都道府県職員（保健所職員等）の出席を求める

ことなどを通じて、都道府県との連携に努める。

（国保連及び支援・評価委員会との連携）

○　国保連や支援・評価委員会は、計画の策定支援や個別の保健事業の実施支援等を行っており、多くの支援実績が蓄積されている。このため、保険者は、可能な限り支援・評価委員会等の支援・評価を受けて計画の策定等を進める。

（保健医療関係者との連携）

○　計画の実効性を高めるためには、保健医療関係者との連携が重要である。

○　このため、保険者は、計画の策定等に保健医療関係者の協力が積極的に得られるよう、

・　意見交換や情報提供を日常的に行う

・　保健事業の構想段階から相談する

・　計画策定、保健事業の実施等に積極的に加わってもらう（策定等のための会議体に参画してもらう）

ことなどを通じて、連携に努める[10]。

（保険者協議会、他の医療保険者等との連携）

○　市町村国保には、退職や転職等に伴う被用者保険からの加入者が多いことを踏まえ、例えば保険者協議会等を活用して、市町村国保と国保組合、健康保険組合をはじめとする被用者保険の保険者との間で、健康・医療情報やその分析結果、健康課題、保健事業の実施状況等を共有したり[11]、連携して保健事業を展開したりすることに努める。

---

10 一つの市町村に医師会・歯科医師会・薬剤師会等が複数存在する場合もあるが、この場合、特定の保健医療関係者に偏らず、広く連携に努める必要がある。

また、複数市町村にまたがって医師会等が存在する場合もあるが、この場合、都道府県（保健所を含む。）の協力も得ながら、保健医療関係者と確実な連携に努める必要がある。

11 例えば、市町村国保の前期高齢者の被保険者の健康課題の分析結果を保険者協議会で共有し、被用者保険の保健事業に活用してもらうこと等が考えられる。

○　また、地域の保健、医療、介護、福祉、スポーツ等の関係者との連携等にも留意する。

（被保険者とのかかわり）

○　計画は、被保険者の健康の保持増進が最終的な目的であり、その実効性を高めるうえでは、被保険者自身が健康な生活習慣の重要性に対する関心と理解を深め、生涯にわたって、自らの健康状態を自覚するとともに、主体的・積極的に健康増進に取り組むことが重要である。

○　このため、保険者は、関係機関だけではなく、被保険者の立場からの意見を計画等に反映させるべきである。

市町村国保は、

・　自治会等の地域組織との意見交換や情報提供を行う

・　被保険者向けの説明会を実施し、意見交換を行う。その際、健康課題の分析結果を示す等、被保険者に当事者意識を持ってもらい、行動変容を促せるよう工夫する

・　計画の策定等の際、積極的に参画してもらう（自治会等の地域組織からの推薦や公募等により被保険者の立場の委員として参加してもらう）

・　計画の策定等の際以外にも、市町村の国民健康保険運営協議会等の場を通じて、議論に参画してもらう[12]

ことなどを通じて、意見反映に努める。

② 都道府県（国保部局）の役割

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。

（健康課題の分析と課題解決に向けた戦略の提示）

○　国保部局は、保健衛生部局等の関係部局、保健所、国保連、保険者等の協力を得て、広域的な観点から都道府県の健康課題や保健事業の実施状況等を把握、分析する。その際、支援の必要性等を踏まえ、保険者ごとに健康課題等の分析も併せて行うよう努める。

---

12 国民健康保険運営協議会には、国民健康保険法施行令（昭和33年政令第362号）第3条第1項に基づき、被保険者を代表する委員が参画することとされている。

○　国保部局は、健康課題や保健事業の実施状況等のほか、都道府県健康増進計画や医療費適正化計画等を踏まえたうえで、都道府県の健康課題や健康増進に係る取組の方向性を保険者に提示し、保険者が都道府県や保険者ごとの健康課題に対応した効果的・効率的な保健事業を実施することができるよう、保健所や国保連と連携して、保険者に対して必要な助言や支援を積極的に行う。

（計画策定と実施、評価の支援）

○　国保部局は、計画策定と計画に基づく保健事業の実施、計画の評価等について、関係部局、関係機関と連携して、保険者を支援する。

○　国保部局は、特に、保健所、国保連と連携し、ＫＤＢシステム等を活用した保険者ごとの健康課題等の分析、健康課題を踏まえた計画策定、国保ヘルスアップ事業等の個別の保健事業実施や評価、計画の評価、計画の見直しや次期計画策定への反映等、各段階において保険者を支援する。

○　計画策定等の支援にあたっては、国保部局は、データヘルス計画の標準化を推進する。データヘルス計画を標準化することは、保険者ごとの健康課題の解決と計画策定等に伴う保険者の業務負担の軽減につながるほか、都道府県、国保連等の保険者を支援する者が保険者ごとの健康課題等を客観的に把握、俯瞰することが可能になり、市町村への効果的・効率的な支援が可能になる。

（人材育成）

○　国保部局は、保健所や関係部局、国保連、保健医療関係者等の協力を得て、研修の実施や意見交換の場の設定等を通して、計画策定等や保健事業の業務に従事する者（委託先の者も含む）の人材育成をする。

（関係部局との連携）

○　健康づくりに関係する施策は、保健衛生部局、高齢者医療部局、福祉部局、まちづくり部局等様々な部局が関係しているため、国保部局は、都道府県内の関係部局、保健所と健康課題や解決に向けた方策等を共有したうえで連携して、保険者を支援する。とくに、国保部局に、保健師等の専門職が配置されていない場合には、保健衛生部局等に協力を求め、保険者の支援に専門職が関与することができるようにする。

○　地域の実情に応じたきめ細かな支援を行うために、国保部局は、保健衛生部局と調整のうえで、保健所と連携して保険者を支援する。保健所との連携にあたっては、保健所が自ら地域の健康課題等を分析することができるように、都道府県は、例えば、保健所がＫＤＢシステムのデータやデータ分析の結果を利活用することができるように、国保連と連携してそれらの情報を保健所に提供するなど、保健所を支援することが考えられる。

（関係機関との連携）

○　保険者支援にあたって、国保部局は、保健所との連携に加え、国保連や保健医療関係者等と健康課題や解決に向けた戦略等を共有したうえで連携して保険者を支援する等、重層的な支援体制を構築する。

○　都道府県の保健医療関係者と連携する場合は、例えば、都道府県医師会等を通じて郡市医師会等へ協力を呼び掛けるなど、保険者が郡市医師会等の地域の保健医療関係者と連携して保健事業を展開できるよう配慮することが期待される。

③　都道府県（保健衛生部局）の役割

保健衛生部局は、都道府県の健康づくり施策を担っていることを踏まえ、国保部局の求めに応じて、保健師等の専門職が技術的な支援を行う。また、保健所が効果的・効率的に保険者支援を展開できるように、国保部局と連携して、保健所を支援する。

④　保健所の役割

保健所は、都道府県（国保部局、保健衛生部局）や国保連、郡市医師会をはじめとする地域の保健医療関係者等と連携、調整して、地域の社会資源の状況等を踏まえたうえで、地域の実情に応じた保険者支援を行う[13]。

（域内の健康課題等の分析と市町村への共有）

○　保健所は、二次医療圏単位での健康課題等や域内市町村ごとの健康課題、保健事業の実施状況等を分析し、健康課題に応じた保健事業の展開に向けて、保健所の健康増進施策の方針を示したうえで、分析結果や今後の対応の方向性等について、市町村と情報共有する。

（域内市町村への技術的支援）

○　保健所は、市町村ごとの支援の必要性を踏まえたうえで、個別相談会の開催や保健所に配置されている保健師等の専門職による助言等を通して、市町村を支援する。とくに、被保険者数の少ない市町村や、保健師等の専門職の配置が少ない市町村に対しては、健康課題等の分析や計画策定、評価等について、市町村の専門職と保健所の専門職とが協力して取り組むなど、市町村ごとの支援の必要性を踏まえたうえで保険者支援を行う。

---

13 保健所は、支援を通して市町村国保の健康課題を把握することで、保健所の保健活動に活用することができる。

（保健所設置市における保健所等との連携）

○　保健所設置市（特別区を含む）においては、当該市の保健所とは、保険者内の連携の一環として対応する。また、当該市を含む二次医療圏の医療体制について、都道府県保健所が所管している場合には、都道府県やその保健所との連携も重要である。さらに、広域的な健康課題等の分析においては、都道府県との連携が重要となる。

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の役割

ア．国民健康保険団体連合会及び保健事業支援・評価委員会

国保連及び支援・評価委員会は、計画の策定等の一連の流れに対して、保険者を支援する。支援に当たっては、状況に応じて、単に解決策を提示するだけではなく、都道府県の方針を踏まえたうえで計画立案の考え方や評価指標の設定の考え方などを提示するなど、保険者や地域の特性を踏まえて支援する。また、例えば、都道府県の求めに応じ都道府県の会議・研修会等に参画することや、都道府県と共同で研修会や意見交換の場を開催するなど、保険者を支援する立場にある都道府県との積極的な連携に努める。

（ＫＤＢシステム等を活用したデータ分析と人材育成）

○　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。

○　保険者が自らＫＤＢシステムを利用して、地域の健康課題の分析や保健事業の対象者の抽出、保健事業の評価等を行うことができるように、国保連は、研修会の開催や資料の配布等を通してＫＤＢシステムの利活用の支援をする。

（支援・評価委員会による支援）

○　支援・評価委員会は、計画の策定支援や個別の保健事業の実施支援等の実績を踏まえ、これまでの支援経験や構成員の幅広い専門的知見を活用して、保険者への支援等を積極的に行う。

イ．国民健康保険中央会

（保険者支援機能の強化）

○　国民健康保険中央会（以下、「国保中央会」という。）は、ＫＤＢシステムの運用・改善や国保・後期高齢者ヘルスサポート事業等により、国保連や支援・

評価委員会の支援を通して、保険者を支援する。

○　国保連や支援・評価委員会が行う保険者への支援を効果的・効率的なものにするために、国保中央会は、国保連等が行った支援や助言内容等を収集、分析し、優良な取組について横展開を図る。

（国保連等の人材育成）

○　国保連の保険者支援の機能や保健事業の推進体制を強化するために、国保中央会は、国保連の保健事業担当者等を対象に研修会の開催や意見交換の場の設定等をして、保険者支援にかかわる人材の資質向上を図る。

⑥　後期高齢者医療広域連合の役割

○　広域連合にあっては、多くの場合、住民に身近な構成市町村が、保健事業の主導的な役割を担い、実施の中心になることが想定されることから、構成市町村の意見を十分に聴きながら、後期高齢者データヘルス計画の策定等を進める必要がある。

○　策定の過程においては、都道府県内の全体的な状況と合わせて、構成市町村別の状況についても同様に把握し、記載するよう努める。その際、75 歳以上の健診・レセプト情報等を自らの現状分析に活用することはもとより、市町村国保が地域の世代間の疾病構造や医療費等の動向を連続して把握することができるよう、市町村国保と必要な情報の共有を図るよう努める。この場合、市町村国保は、健康課題の明確化や保健事業の効果検証等のため、共有された情報の活用を図るよう努める。

⑦　保健医療関係者の役割

○　保健医療関係者は、計画策定時だけではなく、保健事業の実施や評価、保健事業の業務に従事する者の人材育成等においても、保険者等の求めに応じ、保健医療に係る専門的見地から、保険者への支援等を積極的に行う。

２－１．計画に記載すべき事項と留意点（市町村国保）

計画に記載すべき事項は以下を基本とするが、保険者や地域の実情に応じて、創意工夫の上、計画を策定する。また、計画策定にあたっては、下記の事項に留意する。

○　市町村国保には、退職や転職等に伴う被用者保険からの加入者が多く、前期高齢者の被保険者の割合が高い傾向にあることを踏まえ、年齢層に応じた健康課題の抽出、保健事業の展開が必要である。

○　各項目はそれぞれが独立したものではなく相互に関係していることを認識し、計画の進捗管理や評価が可能となるよう配慮する。

○　計画の実効性を担保するために、計画の策定や進捗管理、評価にあたっては、保険者は、国保連の支援・評価委員会のような外部の第三者の専門家による支援や評価を積極的に受けることとする。

○　計画策定を外部事業者に委託する場合であっても、①健康課題を踏まえた計画の目的、目標、戦略の設定、②個別の保健事業の設定、③個別の保健事業や計画全体の評価、等については、保険者自らが取り組むことが望ましい。

【計画に記載すべき事項】

（１）基本的事項

①計画の趣旨、②計画期間、③実施体制・関係者連携等の基本的事項

（２）現状の整理

①保険者の特性、②前期計画等に係る考察等

（３）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

（４）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

（５）健康課題を解決するための個別の保健事業

（６）個別の保健事業及びデータヘルス計画（保健事業全体）の評価・見直し

（７）計画の公表・周知

（８）個人情報の取扱い

（９）地域包括ケアに係る取組及びその他の留意事項

各記載事項の留意点を以下に示す。

（１）　基本的事項

【記載内容】

①計画の趣旨、②計画期間、③実施体制・関係者連携等の基本的事項について記載する。　⇒　共通の様式例「Ⅰ　基本情報」の該当箇所を記載する

【留意点】

①　計画の趣旨

○　国指針等を踏まえ、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　計画期間

○　計画期間は、他の保健医療関係の法定計画との整合性を考慮する。

具体的には、都道府県における医療費適正化計画や医療計画等が、令和６年度から11年度までを次期計画期間としているので、これらとの整合性を図るため同期間

を計画期間とすることを基本とする。

③　実施体制・関係者連携

（関係部局との連携による実施体制の明確化）

○　1.（4）で記載した保険者及び関係者の役割を踏まえ、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。

○　その際、関係部局が参画するプロジェクトチーム方式による検討など、具体的な連携の戦略についても明確化することが望ましい。

（関係機関等の参画の明確化）

○　上記保険者及び関係者の役割を踏まえ、計画の策定、評価、見直しの各段階における関係機関[14]や被保険者等の参画について記載する。

○　その際、

・　関係機関や被保険者等が参画する会議体（既存の会議体を含む。）を活用する

・　関係機関や被保険者等から意見聴取を行う

などの具体的な参画の戦略についても明確化することが望ましい。

（2）現状の整理

【記載内容】

①保険者の特性、②前期計画等に係る考察等について、記載する。 ⇒　共通の様式例「Ⅰ　基本情報」の該当箇所を記載する

【留意点】

①　保険者の特性

○　被保険者の年齢構成、性別などのデータを把握し、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。

　年間の被保険者の異動の状況、居住地域などについても、保健事業の実施に当たり必要となる情報なので、記載することが望ましい。

②　前期計画等に係る考察

○　保健事業の実施状況、目標の達成状況等を評価するとともに、達成できた要因及び達成が困難であった要因を分析する等、前期の計画全般について考察を行う。

○　そのほか、保険者がこれまでに実施した保健事業に関して、その目的、対象、実施方法、内容、実施体制及び評価について考察を行う（保健事業の棚卸し）など、実績に基づいた保健事業の改善を検討する。

---

14 参画を求める関係機関には外部有識者も含む。

○　上記考察に当たっては、保険者の健康課題のうち、現在実施している保健事業で対応できていること、対応できていないこと等、対応状況も明らかにして記載するよう努める。

○　個別の保健事業における検討結果は「Ⅳ　個別の保健事業」に記載する形でも良い。

（３）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[15]

【記載内容】

前期計画の評価とともに、健康・医療情報等を活用して、被保険者の健康状態、疾患構成等を分析し、これらに基づき保険者が抱える健康課題を抽出して記載する。 ⇒　共通の様式例「Ⅱ　健康医療情報等の分析と課題」の該当箇所を記載する

【留意点】

ア．健康・医療情報の分析

健康・医療情報の分析では、分析の目的を明確にしたうえで、分析に用いるデータや分析内容等を厳選するなど、分析に過剰な負担がかからないように注意する。[16]

（全体像の把握）

○　被保険者の健康状況に係る全体像を把握する。

＜把握すべきデータとデータ分析の例[17][18]＞

・　健診データ（質問票を含む）

性・年齢別受診率や、各種検査項目の有所見率、既往歴、健康状態、生活習慣の状況など

・　レセプトデータ

性・年齢別受療率や、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など

・　介護データ

介護給付費や、要支援、要介護者の状況など

---

15 健康・医療情報等の分析や健康課題の抽出は重要であるが、課題の分析にとどまらず、保健事業の着実な実施や健康課題の解決につながるように留意する。

16 都道府県や国保連において、都道府県単位や市町村ごとに現状を把握、分析したうえで、市町村へ情報提供することにより、市町村の負担を軽減することも考えられる。

17 特定健康診査・特定保健指導は40歳以上75歳未満の者を対象としているが、医療費は全ての被保険者のデータを保有していることに留意する。

18 都道府県全域と市町村との比較や年次による比較において、特に年齢構成が異なる場合には、年齢階級で層化した分析や、年齢調整（標準化死亡比の算定を含む）をする必要があることに留意する。

・　その他の統計データ
　健康寿命、平均寿命、標準化死亡比、加入者の状況など

○　保険者の健康課題を的確に抽出するためには、上記データ単体にとどまらず、これらを組み合わせたり、他の統計も活用したりすること等により、多角的・複合的な視点に立った分析を行うことが望ましい。

○　市町村国保においては、地域の世代間の疾病構造や医療費等の動向を連続して把握し効率的・効果的な保健事業を展開することができるよう、広域連合から共有された、75歳以上の健診・レセプト情報等の分析結果を健康課題の明確化や保健事業の効果検証等に活用するよう努める。

○　また、データ分析や健康課題の抽出にあたっては、被保険者の年齢構成を踏まえて年齢層ごとに行うなど、以下の点に留意する。

・　被用者保険と比較して、被保険者に占める前期高齢者の割合が高く、加入者に占める割合も大きいことを踏まえ、生活習慣病の重症化予防に加え、高齢者の特性を考慮したデータ分析・課題の抽出を行う。

・　壮年期や中年期では、被用者保険と比較して、特定健康診査・特定保健指導をはじめとする健診の実施率が低い傾向にある[19]ことを踏まえ、例えば、健診の未受診の理由を分析するなど、課題の解決に資するデータ分析を行う。

・40歳未満の被保険者においては、可能な範囲で事業主健診等の情報も活用する。

（ＫＤＢシステム等の活用）

○　データ分析を効果的・効率的に進めるためには、ＫＤＢシステムの活用を基本としつつ、政府統計の総合窓口（ｅ－Ｓｔａｔ）など各種データベースを活用することが有効である。

○　ＫＤＢシステムの活用に当たっては、より効果的・効率的な分析に向けて、国保連等によるＫＤＢシステムの操作やデータ分析手法等についての研修の受講、他保険者の計画におけるＫＤＢシステム活用の好事例の情報収集等に努める。

（他との比較分析等）

○　自らの現在の立ち位置を確認することで健康課題がより明確になるので、ＫＤＢシステム等を活用し、同規模保険者と比較する、都道府県平均や全国平均のデータと比較をする、経年比較や将来推計を行う等の比較分析を行う。

○　計画策定を委託業者に外部委託した場合であっても、保険者が自らＫＤＢシス

---

[19] 保険者全体の特定健康診査・特定保健指導の実施率が高い場合であっても、年齢層別に実施率を見た場合、壮年期や中年期の実施率が低い場合もある。実際に、市町村国保全体の 40 歳代、50 歳代の特定健康診査の実施率（令和２年度）はそれぞれ 18.2%、22.8%であり、他の年齢層と比較して低い。（全体の実施率は 33.7%）

テム等を活用する等により、可能な限り的確な比較分析を行う。

○　健康・医療情報等の分析に当たっては、例えば、日常生活圏域ごとに分析を行うなど、保険者の集団内部における傾向等も分析する。

（質的情報の分析、地域資源の把握）

○　健康課題の抽出のためには、健診データや医療レセプトデータ等のみならず、個人の生活実態や社会環境[20]等に着目して、地域特有の質的情報の分析や地域資源の把握[21]に努めることも重要である。その際には、行政単位や中学校区単位などに着目するほか、地域における公共交通機関、医療機関へのアクセスの利便性などに着目することも考えられる。

○　また、特に市町村国保は高齢者の被保険者が多い傾向があることから、多角的・複合的に社会環境を把握するツールとして、日常生活圏域単位での現状分析、課題抽出、地域資源や社会資源の把握等が出来る「地域包括ケア「見える化」システム」、介護予防・日常生活圏域ニーズ調査の結果等を活用することも有用である。

イ．健康課題の抽出・明確化

（保健事業の対象となる健康課題の抽出・明確化）

○　上記の分析結果に基づき、前期計画の評価も踏まえ、健康課題を抽出・明確化し、関係者と共有する。

具体的には、例えば、

・　健診データ（質問票を含む。）により、有所見者割合の高い項目、性・年齢階層別や生活習慣の傾向を把握・分析する

・　医療費が高額となっている疾患について、中長期的な対策を含めて、予防可能な疾患かどうかを見極める

・　介護データから有病割合の高い疾病を確認し、要介護状態と生活習慣病の関連を把握する

等により、健康課題を抽出・明確化することが考えられる。

○　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・全県や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

---

[20] 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（平成24年厚生労働省告示第430号）第一の四においては「社会環境」について、「個人の健康は、家庭、学校、地域、職場等の社会環境の影響を受けることから、社会全体として、個人の健康を支え、守る環境づくりに努めていくことが重要」とされている。

[21] 質的情報とは、日ごろの保健活動における住民や保健医療関係者等の声、地域の状況について課題と感じていることや思いなど、単純な数値化が困難な情報を指す。地域資源とは、住民組織、民間企業や団体、保健医療関係者、保健活動に係るキーパーソン等を指し、その他、自然環境や建造環境（施設や道路等）、文化、行事、特産品等も含まれる。

標値との比較等が有用である。

（他保険者等との連携による健康課題の抽出・明確化）

○　保険者が保有するデータだけでは被保険者の実態を必ずしも十分に把握できないこともあるので、情報交換を行うなど他保険者等との連携を推進して[22]、健康課題をより明確にするよう努める。

○　特に、75歳到達により後期高齢者医療制度に新たに加入することとなることを踏まえ、市町村国保及び広域連合は、保険者等における健康課題の分析結果等を共有する等、綿密な連携に努める。特に、市町村国保で行う前期高齢者を対象にした保健事業の結果分析では、市町村国保のデータだけでは不十分なので、後期高齢者医療制度のデータと連結させて分析するなどの工夫が必要である。市町村国保は、前期高齢者の健康課題を広域連合に伝えるとともに、後期高齢者の健康課題を広域連合から収集して、市町村国保の保健事業に反映させることが必要である。

（優先して解決を目指す健康課題の優先順位づけ）

○　抽出した健康課題について、前期計画で取り組んでいる事業の状況や予算を含めた保険者の保健事業実施体制等を踏まえて、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。

○　優先順位を決める際は、都道府県や保健所、国保連、支援・評価委員会等の第三者[23]に意見を求めるとともに、保健衛生部局の保健師等の専門職を参画させたうえで、国保部局の責任で決定する。

○　特定健康診査・特定保健指導や糖尿病性腎症重症化予防等の生活習慣病重症化予防に係る健康課題等、全国的に優先して取り組まれている課題はその趣旨を踏まえて取り組む。

○　都道府県が共通の評価指標を設定するなど、都道府県として優先している健康課題についてもその趣旨を踏まえて取り組む。

○　優先順位を決めるにあたっては、健康増進法に基づく基本方針や国保保健事業実施指針等で示される国全体の健康づくり施策の方向性を踏まえるとともに、既存の保健事業の実施状況や保険者の実施体制等のほかに、①当該健康課題が他の健康課題と比較して被保険者の健康に及ぼす影響の大きさ、②保健事業による課題の解決に向けた効果の程度、等を踏まえて決定する。

○　優先順位づけの目的は、あくまでも優先的に取り組むべき課題を整理することであり、優先順位が高くない課題に対して取り組む必要がないというものではない。優先順位が高くない課題に対しても、いつまでにどこまで何を取り組むべきかについて検討する。

---

[22] 市町村国保であれば、国保部局のみならず、保健衛生部局等の関係部局の保健師等の専門職が日頃の保健活動を通じて把握している情報等を踏まえる、国保組合や広域連合であれば、市町村の保健師等の専門職が日頃の保健活動を通じて把握している情報等を踏まえる等。

[23] 本手引きでいう第三者には保健事業の委託先事業者は含まない。

（4）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

【記載内容】

健康課題を抽出・明確化した後、データヘルス計画（保健事業全体）の目指すべき目的を設定したうえで、その目的が達成されるために必要な目標を記載する。 ⇒　共通の様式例「Ⅲ　計画全体」の該当箇所を記載する

【留意点】

ア．データヘルス計画（保健事業全体）の目的の設定

○　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。

イ．データヘルス計画（保健事業全体）の目標の設定

（目標の設定）

○　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する。

○　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種類の考え方がある。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。

（目標とその期間）

○　目標には、短期的な目標と中長期的な目標を設定する。

○　中長期的な目標は、計画の最終年度までに達成を目指す目標を設定する。

○　短期的な目標は、原則として年度ごとに、中長期的な目標を達成するために必要な保健事業等について、実施状況に関する目標や達成度合に関する目標を設定する。ただし、事業目的の達成のために保険者が適当な時期を設定することも考えられる。

○　各々の目標は、保健事業の実施体制等も勘案しつつ、抽出した健康課題に対応する目標を設定する。

（評価指標を用いた目標の設定）

○　目標の設定は、解決すべき健康課題に対応した評価指標を設定し、具体的な数値により根拠をもって行う。

数値目標については、健康日本21や市町村健康増進計画等の各種計画における

目標値が参考になる[24]。

○　都道府県が共通の評価指標を設定している場合は、保険者が設定した評価指標に加えてその評価指標も設定する。

○　なお、ストラクチャーやプロセスについては、評価指標を用いた目標の設定は必ずしも必須ではないが、進捗管理や計画の評価、計画の見直し等にあたっては、これらについても検証が必要になるので、評価することができるように目標を設定する。

（評価方法、体制の設定）

○　評価に用いるデータの入手時期や入手方法を含む評価方法や評価を行う体制についても、あらかじめ設定して計画に記載する。評価を行う体制とは、例えば、評価を行う会議体に外部有識者や被保険者に委員として参画してもらう、意見聴取を行う等の方法が考えられる。

（目標を達成するための戦略）

○　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を設定する。

○　目標を達成するための主な戦略としては、地域資源の活用（特に活用や連携を強化すべき資源の特定）、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、その他創意工夫をした取組等が考えられる。

（５）健康課題を解決するための個別の保健事業

【記載内容】

「健康課題を解決するための個別の保健事業」では、目標達成のため保険者の健康課題に対応した保健事業を選択・優先順位付けし、それぞれについて、実施内容等の必要事項を記載する。

⇒　共通の様式例「Ⅲ　計画全体」の「個別の保健事業」に健康課題に対応した保健事業の名称や概要等を記載し、事業ごとに、「Ⅳ　個別の保健事業」を作成する

【留意点】

ア．計画に記載する保健事業の選択・優先順位付け等

健康課題を解決するためには、適切な保健事業を選択し、対象者や実施方法等を十分に検討することが必要である。

---

24 特定健康診査・特定保健指導の実施率の目標値については、特定健康診査及び特定保健指導の適切かつ有効な実施を図るための基本的な指針（平成20年厚生労働省告示第150号）で示された目標値を最大限尊重し、保険者の特性や社会的要因を分析したうえで、各保険者が段階的に達成しうる挑戦可能な数値を設定することが考えられる。

（全ての保険者で取り組む保健事業）

○　第２期に引き続き、生活習慣病の発症予防と重症化予防に取り組む[25]。具体的には、特定健康診査・特定保健指導の実施率向上[26]と糖尿病性腎症等の生活習慣病の重症化予防に取り組む。その際、健康課題は年齢層ごとに異なることを踏まえ、例えば、青年期、壮年期・中年期、前期高齢期等に分けて、これらの事業に取り組むことも考えられる。

○　また、都道府県が共通の評価指標を設定する場合は、保険者は、地域の実情を踏まえたうえで、その評価指標に対応した保健事業を実施する。

（保健事業の選択・優先順位付け）

○　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、幅広な内容の保健指導、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。

○　保健事業の選択・優先順位付けは、解決すべき健康課題に対応しているか、費用対効果、影響する人数が多いか否か（対象者の規模）、予防可能な疾病か、改善可能性が高いか、緊急性があるか、地域特性や社会環境を踏まえたものか等を考慮して決定する。

○　保険者における人材や財源等は限られるため、抽出された健康課題や設定した目標を踏まえ、優先順位を付けて事業展開を行う。

○　これらの保健事業は、設定した目標に応じ、ポピュレーションアプローチとハイリスクアプローチを組み合わせる。

（他の事業との連携・役割分担）

○　市町村国保の場合、保険者として被保険者のみを対象として実施する保健事業のほか、当該市町村内の保健衛生部局等が実施する広く市民を対象とする保健事業等、健康の保持増進に資する事業が幅広く存在する。

　このため、保険者が行う保健事業の位置付けを明確にするためにも、他の部局と連携・役割分担し、これらの事業を自ら行う保健事業と併せて計画に盛り込むよう努める。

○　また、マイナンバーカードを取得している被保険者については、本人同意の下、マイナポータルに登録されている自身の保健医療情報を、自治体職員や医療従事

---

25 生活習慣病の発症予防と重症化予防では、ハイリスクアプローチに加えて、被保険者全体での生活習慣病の発症の減少効果が期待できるポピュレーションアプローチも併せて実施する。

26 当然のことであるが、特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上だけではなく、これらの実施により、被保険者の状況に応じた生活習慣の改善や、生活習慣病予防、重症化予防に取り組むことが必要である。

者と共有することができるので、これを活用した予防・健康づくりを推進することも考えられる。

（高齢者の特性を踏まえた事業展開）

○　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[27]を踏まえた、保健事業の選択を行うよう努める。

○　特定健康診査・特定保健指導において、前期高齢者の特定保健指導該当者は、積極的支援の該当者であっても動機付け支援の対象となるが、特定保健指導のみならず、例えば、糖尿病等の重症化予防を視野に入れた保健指導を実施したり、地域の社会資源を活用したフレイル予防の活動につなげたり等、被保険者の健康課題に応じた保健事業を展開できるように留意する。

○　また、令和２年度以降、広域連合と市町村は「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」（以下「一体的実施」という。）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。併せて、後期高齢者データヘルス計画における一体的実施に係る記載を中心に、課題や目標等について確認する。

○　なお、高齢者の特性を踏まえた保健事業の実施に当たっては、「高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン第２版）」（令和元年10月）及び「高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン第２版補足版」（令和４年３月）を有効に活用することが考えられる。

イ．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

○　計画に盛り込む個別の保健事業については、事業内容を評価可能なものとするとともに、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、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」等を整理し、計画に記載する。

○　目標の設定は、保健事業全体の目標設定と同様に、短期的な目標、中長期的な目標を設定する。

○　評価指標はアウトカム・アウトプットを中心とし、設定したアウトカム・アウ

---

27 複数の慢性疾患を有し、フレイルなどの要因とする老年症候群の症状が混在するため、包括的な疾病管理がより重要になる。

トプットを達成するために必要となるプロセス・ストラクチャーについて、個別の保健事業ごとに計画を策定することが重要である[28]。

【例】特定保健指導に４指標を位置付けてみると
○アウトカム指標　　：特定保健指導対象者割合（目標値 25%未満）
○アウトプット指標　：特定保健指導実施率（目標値 60%以上）
○プロセス　　：*初回面接後２週間以内での進捗の確認（目標値 90%以上）*
○ストラクチャー：*当日面接可能な健診機関との連携体制（目標値 ３機関以上）*

このうち、斜体部分は、保険者の保健事業に係る運営上の業務にかかわる内容であり、毎年の工夫で変わる要素も多く、必ずしも定量的ではないことから、計画に評価指標・目標値を設定することは必須ではないが、評価時にはプロセスやストラクチャーの視点での評価も重要である。

ウ．個別の保健事業とデータヘルス計画の関係

○　データヘルス計画は保険者の健康課題を解決するための計画であり、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、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。

（６）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

【記載内容】

設定した目標等について、いつ、どのような評価を行うかを記載する。
⇒　共通の様式例「Ⅳ　個別の保健事業」に基づき個別の保健事業の評価を行う。その結果を踏まえて、「Ⅲ　計画全体」に基づきデータヘルス計画の評価・見直しを行い、「Ⅴ　その他」の「データヘルス計画の評価・見直し」に記載する。

---

28 アウトカム（成果）：設定した目標に達することができたか、など
アウトプット（保健事業の実施状況・実施量）：計画した保健事業を実施したか、など
プロセス（保健事業の実施過程）：必要なデータを入手しているか、人員配置が適切であるか、スケジュール通りに行われているか、など
ストラクチャー（計画立案体制・実施構成・評価体制）：事業の運営状況を定期的に管理できる体制を整備しているか、など
なお、各指標がアウトカム指標であるか、アウトプット指標であるかは、専門家においても見解が分かれるものもあるため、適宜助言を受けつつ保険者による判断で記載して差し支えない。

【留意点】

ア．個別の保健事業の評価・見直し

○　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評価指標に基づき、事業の効果や目標の達成状況を確認する。

○　事業の評価は、健康・医療情報を活用して、費用対効果の観点も考慮して行う。

○　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して、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させる。

イ．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

①　評価の時期

○　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、当該最終年度の上半期に仮評価を行うことなどについても考慮する。

②　評価方法・体制

○　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、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を行う。

○　評価に当たっては、市町村国保における保健事業の評価を広域連合と連携して行うなど、必要に応じ他の保険者等との連携・協力体制を整備することも重要である。

（7）計画の公表・周知

【記載内容】

策定した計画の具体的な公表方法（広報誌やホームページへの掲載等）、周知方法等を記載する。 ⇒　共通の様式例「Ⅴ　その他」の該当箇所を記載する

【留意点】

○　計画は、被保険者や保健医療関係者等が容易に知り得るべきものとすることが重要であり、このため、国指針において、公表するものとされている。

　具体的には、ホームページや広報誌を通じた周知のほか、都道府県、国保連、保健医療関係者経由で医療機関等に周知し、配布する[29]。

○　これらの公表・配布に当たっては、被保険者、保健医療関係者の理解を促進する

[29] 配布先が多数ある場合等には、計画を公表しているＵＲＬを案内する等の対応も考えられる。

ため、計画の要旨等をまとめた簡易版を策定する等の工夫が必要である。

○　また、都道府県は、例えば、保険者から計画を収集する一環として、保険者が計画を掲載したリンクを収集し、その一覧を都道府県のホームページに掲載することなどの工夫も考えられる。

（８）個人情報の取扱い

【記載内容】

保険者における個人情報の取扱いは、個人情報の保護に関する各種法令・ガイドライン等によること等を記載する。 ⇒　共通の様式例「Ｖ　その他」の該当箇所を記載する

【留意点】

（個人情報に関する法令等の遵守等）

○　計画の策定に当たっては、活用するデータの種類や活用方法が多岐にわたり、特にＫＤＢシステムを活用する場合等には、健診結果やレセプトデータ情報を突合し加工する等による統計情報と、個別の個人情報とが存在する。

特に、健診データやレセプトに関する個人情報は、一般的には個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号）に定める要配慮個人情報に該当するため、他の個人情報よりも慎重に取り扱うべきである。

○　保険者においては、個人情報の保護に関する各種法令・ガイドラインに基づき、庁内等での利用、外部委託事業者への業務委託等の各場面で、その保有する個人情報の適切な取扱いが確保されるよう措置を講じる。

○　なお、個人情報の取り扱いについては、以下のガイドラインを参照すること。

※　「個人情報の保護に関する法律についてのガイドライン（行政機関等編）」（令和４年１月（令和４年９月一部改正）個人情報保護委員会）
https://www.ppc.go.jp/files/pdf/230401_koutekibumon_guidelines.pdf

（業務委託する場合の対応）

○　特に、保険者が計画の策定支援業務を外部事業者に委託し、分析等の委託業務の遂行のために健診結果やレセプトデータ等を当該事業者に渡す場合には、個人データの盗難・紛失等を防ぐための組織的、人的、物理的、技術的な安全管理措置及び外的環境の把握等に留意して委託仕様等を作成するとともに、委託先において当該個人データの安全管理措置等が適切に講じられるよう、保険者が必要かつ適切な管理、監督をするなど、個人情報の管理について、万全の対策を講じる。

（９）地域包括ケアに係る取組及びその他の留意事項

【記載内容】

市町村国保においては、高齢者の被保険者が多いという保険者の特性を踏まえ、地域包括ケアに係る取組等について可能な限り記載するほか、その他の留意事項を必要に応じて記載する。 ⇒　共通の様式例「Ⅴ　その他」の該当箇所を記載する

【留意点】

ア．地域包括ケアに係る取組

○　市町村国保や広域連合では、介護保険サービスを利用する被保険者が相対的に多いという保険者特性を踏まえ、地域包括ケアに係る分析や課題抽出、保健事業等について、可能な限り記載する。

○　具体的には、

①　地域で被保険者を支える連携の促進

・　医療・介護・予防・住まい・生活支援など暮らし全般を支えるための直面する課題などについての議論（地域ケア会議等）に保険者として参加

・　広域連合においては、市町村や地域の医療･介護関係者の取組を支援・協力すること　など

②　課題を抱える被保険者層の分析

・　ＫＤＢシステムによるデータなどを活用してハイリスク群・予備群等のターゲット層を性・年齢階層・日常生活圏域等に着目して抽出し、関係者と共有　など

③　地域で被保険者を支える事業の実施

・　②により抽出されたターゲット層にお知らせ・保健師等の専門職による訪問活動などにより働きかけ

・　地域住民の参加する介護予防を目的とした運動指導の実施、健康教室等の開催、自主組織の育成　など

④　国民健康保険診療施設の施設・人材の活用[30]

⑤　地域包括ケアに係る事業等（①～④までの取組等）の評価

などが考えられる。

イ．その他の留意事項

○　他の項目に該当しない事項について、保険者の特性や現状等を踏まえ、必要に応じて記載する。

---

30 国民健康保険診療施設の医療提供における役割だけでなく、地域で必要とされている保健事業、訪問診療、介護サービス、生活支援等の一体的・総合的な提供における役割を考慮する。国民健康保険診療施設がない場合であっても、公立病院等の活用が考えられる。

２－２．計画に記載すべき事項（国保組合）

基本的には、市町村国保の計画策定の考え方と同様、①現状の整理、②健康・医療情報等の分析、③分析結果に基づく健康課題の抽出、④計画の目的、目標、戦略の設定、⑤個別の保健事業の決定、実施⑥個別の保健事業と計画の評価、の流れで進めるが、以下の点に留意する。

○　国保組合は、母体団体の業種・業態、加入者の構成は様々で、健康課題も異なるので、それらの実態を把握し、国保組合の持つ強みや特性を踏まえた計画の策定等を進める。

○　業態により被保険者の労働環境や生活環境が異なることを踏まえて健康・医療情報のデータ分析を行い、被保険者の実態にあった健康課題を抽出し、保健事業を展開する。

○　計画の策定等の一連の流れにおいて、国保組合は、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、健康保険組合等の他の医療保険者、地域の医療機関や大学等の社会資源等と連携、協力する。

○　被用者保険のデータヘルス計画策定の手引きも、必要に応じて参考にする。

３．国からの支援等

（１）国保・後期高齢者ヘルスサポート事業

○　国保連・国保中央会の保健事業として、平成26年度より、国保・後期高齢者ヘルスサポート事業が開始され、国保連に支援・評価委員会を、国保中央会に国保・後期高齢者ヘルスサポート事業運営委員会を設置し、国保保険者及び広域連合等を支援している。

○　具体的には、保険者等がレセプトや健診データ等の分析に基づいた効果的・効率的な保健事業を実施することができるように、各国保連の支援・評価委員会は、保険者等からの求めに応じ、データヘルス計画の策定、評価、国保ヘルスアップ事業等の支援などを行っている。

○　国保中央会の国保・後期高齢者ヘルスサポート事業運営委員会は、各国保連の支援・評価委員会の支援状況等を収集、分析の上、情報提供することにより、各国保連や支援・評価委員会等を支援している。

○　計画は、第三者の視点を加えて策定・評価することが重要であり、また、支援・評価委員会には、計画の策定支援等についての知見が蓄積されているので、全ての保険者等で活用されることが期待される。

（２）保険者努力支援制度等

○　国民健康保険の保険者努力支援制度は、保険者における医療費適正化に向けた取組等に対する支援を行うため、保険者の取組状況に応じて交付金を交付する制度として、平成30年度より本格実施している（取組評価分）。

○　令和２年度からは、予防・健康づくり事業の「事業費」として交付する部分を創設（従来の国保ヘルスアップ事業を統合）し、「事業費」に連動して配分する部分と併せて交付することにより、保険者における予防・健康づくり事業の取組を後押している（事業費分・事業費連動分）。

○　保険者努力支援制度（事業費分）では、計画に基づく保健事業の実施及び計画策定に係る費用の一部に対して助成しており、保険者は同制度を有効に活用し、より質の高い計画策定・実施・評価を目指し、策定を進めることが考えられる。

○　国保組合においても、平成30年度から各国保組合の取組状況等を評価して特別調整補助金の一部を活用することで、国保組合の取組の支援を行うこととしている。

○　保険者が計画に沿って質の高い効果的・効率的な保健事業を展開するためには、保険者努力支援制度等の仕組みが必要不可欠であり、今後も、本制度等の積極的かつ効果的・効率的な活用が期待されている。

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、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はなく、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。

第○期データヘルス計画

Ⅰ　基本情報　　（○年○月○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）						
国保被保険者数（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）③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

※ 手引きP15参照

２－１．（２）①保険者の特性	
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）③関係者連携」は、計画の策定、評価、見直しの各段

・　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。

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となる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	・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	・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	・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	・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	・介護給付費の状況 ・介護認定の状況　等		
その他	・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となる各種データ等」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。

＜分析結果・グラフ等を貼付＞

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３）目標値は、必要な年度に記載。
（注２）実績年度が異なる場合には、欄外等に注釈を記載。

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。
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」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。

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）

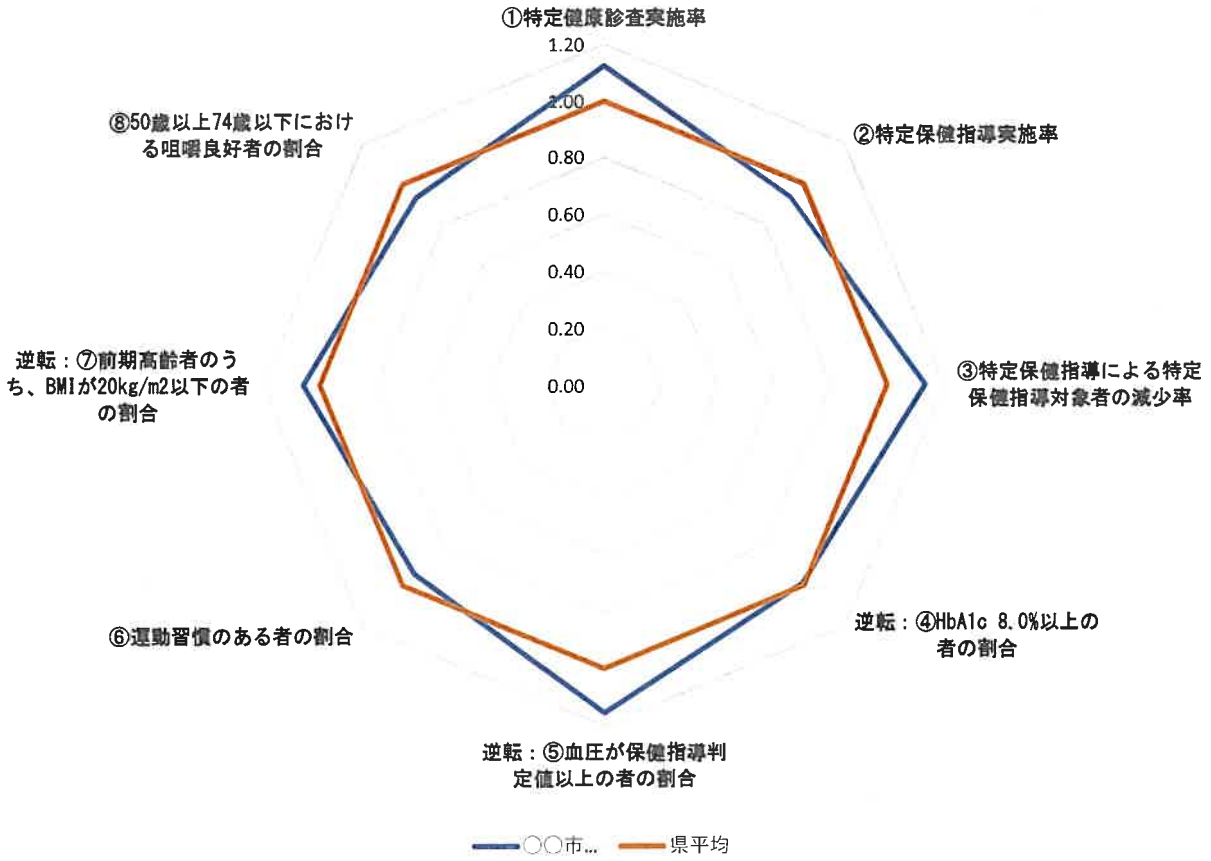
⑬今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標

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、「ー」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。

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

○○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	
	○○市 (a/b or (100-a)/(100-b))	県平均	○○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みた際にも、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/m^2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。

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。

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	・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	・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（※）	・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	・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。

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を評価する
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を評価する
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を評価する
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≧130mmHg②拡張期血圧≧85mmHg	血圧が保健指導判定値以上の者の数を評価する
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を評価する
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を評価する
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	咀嚼良好者数を評価する。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。