

特集:令和6年度から始まる厚生労働省の施策

<総説>

第3期データヘルス計画 令和6年度~令和11年度 (6年)

尾島俊之

浜松医科大学健康社会医学講座

Data Health Plan, the 3rd-term: FY 2024 – FY 2029 (6 years)

OJIMA Toshiyuki

Department of Community Health and Preventive Medicine, Hamamatsu University School of Medicine

抄録

データヘルス計画とは、医療保険者による保健事業の実施計画であり、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、医療保険者等が効果的・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。「日本再興戦略」(平成25(2013)年、閣議決定)によって始められた、平成27(2015)年度~29(2017)年度(3か年)の第1期計画、平成30(2018)年度~令和5(2023)年度(6か年)の第2期計画が実施されており、令和6(2024)年度~令和11(2029)年度(6か年)の第3期計画が開始されている。データヘルス計画策定の最新の手引きとして、「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」、「高齢者保健事業の実施計画(データヘルス計画)策定の手引き」、「データヘルス計画作成の手引き 第3期改訂版」がそれぞれ示されている。本稿では、国民健康保険向けのものを中心に、上記の手引き等を参考に解説を行う。

第3期データヘルス計画の特徴は、標準化が行われたことである。標準化の利点として、同じ指標で経年的にモニタリングできる、他の保険者と比較できる、業務負担を軽減できるなどがあげられる。標準化の内容としては、①様式、②指標、③策定の流れの標準化がある。策定の流れとしては、現状の整理(分析)、健康課題の抽出、目的・目標・指標を達成するための戦略、個別の保健事業をそれぞれ検討して記載する。様式の標準化としては、計画全体のシートに、保険者の健康課題(優先する健康課題)、データヘルス計画全体における目的(計画全体における評価指標、目標値を含む)、目標を達成するための戦略、個別の保健事業を記載するようになっている。共通の評価指標が、国民健康保険、後期高齢者広域連合、健康保険組合等においてそれぞれ示されている。

策定の手引きでは、そのほかに、分析と健康課題の抽出、目的・目標・戦略、保健医療関係者等との連携、一体的実施と地域包括ケアなどについても記載されている。

健保組合に関しては、データヘルス・ポータルサイト、コラボヘルス、健康スコアリングレポートなどの取組が推進されている。

個別の保健事業等によるアクションによって、PDCAサイクルを回して、効果的・効率的に人々の健康の保持増進が図られることが期待される。

キーワード:データヘルス計画,国民健康保険,健康保険,後期高齢者医療

連絡先:尾島俊之
〒431-3192 静岡県浜松市中央区半田山1-20-1
1-20-1 Handayama, Chuo-ku, Hamamatsu city, Shizuoka, 431-3192, Japan
Tel: 053-435-2333 Fax: 053-435-2341
E-mail: ojima@hama-med.ac.jp
[令和6年4月3日受理]

Abstract

A data health plan is an implementation plan for the health services provided by medical insurers. To contribute to maintaining and promoting the health of the insured, medical insurers and others must provide health services effectively and efficiently, using health and medical information such as the results of specified health examinations, specified health guidance, and receipt data, among others, in the Plan-Do-Check-Action (PDCA) cycle. The data health plan was initiated by the Revitalization Strategy of Japan (approved by the Cabinet in 2013). The 1st-term plan for FY2015–FY2017 (3 years), 2nd-term plan for FY2015–FY2023 (6 years) have been completed, and 3rd-term plan for FY2024–FY2029 (6 years) are in progress. The latest guidance for formulating data health plans is contained in the Guidance for Formulating National Health Insurance Health Service Implementation Plan, Guidance for Formulating Health Service Implementation Plan for Older people, and Guidance for Formulating Data Health Plan 3rd Revised Edition, respectively. This study focuses on those for the national health insurance and provides explanations with reference to the abovementioned guidance and other documents.

The 3rd-term data health plan is characterized by standardization. The advantages of standardization include monitoring over time using the same indicators, comparisons with other insurers, and a reduced workload. Standardization includes the standardization of (1) forms, (2) indicators, and (3) the flow of formulation. The flow of formulation involves analyzing the current situation, identifying health issues, and considering and describing objectives, goals, strategies to achieve the goals, and respective health projects. To standardize a form, the sheet of the overall plan is designed to describe the insured's health issues (priority health issues), objectives in the overall data health plan (including evaluation indicators and target values of the overall plan), strategies to achieve the objectives, and the respective health projects. Common evaluation indicators are provided for national health insurance, wide-area federations for older adults, and health insurance associations.

In addition, the formulation guidance describes points of analysis, an identification of health issues, objectives, targets, and strategies, a cooperation with healthcare professionals, an integrated implementation of health services and care prevention, and a comprehensive community care.

Health insurance associations are promoting initiatives such as data health portal sites, collaborative health, and health scoring reports.

The PDCA cycle is expected to be implemented through actions such as respective health projects to maintain and promote people's health effectively and efficiently.

keywords: Data Health Plan, National Health Insurance, Health Insurance, Late-Stage Senior Citizen's Health Care

(accepted for publication, April 3, 2024)

I. データヘルス計画とは

データヘルス計画とは、医療保険者による保健事業の実施計画であり、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、医療保険者等が効果的・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、DPCAサイクルに沿って運用するものである。また、結果として医療費の適正化、持続可能な保険制度にも資するものである。

「日本再興戦略」(平成25(2013)年6月14日、閣議決定)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

ことにより始められた。

平成27(2015)年度~29(2017)年度(3か年)の第1期計画、平成30(2018)年度~令和5(2023)年度(6か年)の第2期計画が実施されており、令和6(2024)年度~令和11(2029)年度(6か年)の第3期計画が開始されている。

データヘルス計画策定の最新の手引きとしては、国民健康保険(国保)向けの「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)[1]、後期高齢者広域連合(広域連合)向けの「高齢者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3月30日改正)[2]、健康保険組合(健保組合)等向けの「データヘルス計画作成の手引き 第3期改訂版」(令和5年6月)[3]がそれぞれ示されている。なお、健保組合等向けについては、「第3期データヘルス計画に向けた方針見直しのための検討会」によるとり

表1 データヘルス計画の策定単位となる保険者数

保険者	全体	市町村国保	健保組合	共済組合	国保組合	全国健康保険協会	広域連合
対象数	3,433	1,716	1,378	85	159	48	47

2023年度保険者データヘルス全数調査の対象保険者数を記載（2023年9月6日時点）
 全国健康保険協会においては、都道府県支部及び船員保険をカウント
 国保組合では、国民健康保険データヘルス計画策定の手引きが使用されている

まとめ [4]が公表されている。筆者は、厚生労働省保険局国民健康保険課が事務局を務める令和4年度「データヘルス計画（国保・後期）の在り方に関する検討会」座長を務めたことから、その検討会での議論も踏まえて、国民健康保険向けのもの[1]を中心に、上記の手引き等を参考に解説を行う。なお、詳細はそれぞれの手引きを適宜参照いただきたい。

データヘルス計画の策定単位となる保険者数は表1の通りである。全国で3000余りの医療保険者がデータヘルス計画を策定して、それに基づく保健事業を展開している。

II. 背景と経緯

データヘルス計画に関する背景と経緯の年表を表2に示す [1,3]。平成17（2005）年10月の厚生労働省「医療制度構造改革試案」、同年12月の政府・与党医療改革協議会「医療制度改革大綱」により、予防を重視する保健医療体系への転換が掲げられた。関連法改正を経て、平成20（2008）年4月より特定健康診査（以下、「特定健診」という。）制度が始まった。これにより、従来のレセプトデータに加えて、全国の特定健診・標準的質問票データと特定保健指導データの電子的標準化が実現した。このような情報基盤の整備を踏まえて、前述のように「日本再興戦略（平成25（2013）年）」において、国民の健康寿命の延伸のための予防・健康づくりに資する新たな仕組みとして、データヘルス計画作成の方針が示された。

平成26（2014）年3月、「健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針」、「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」、「高齢者の医療の確保に関する法律に基づく高齢者保健事業の実施等に関する指針」が改正され、データヘルス計画の策定・実施が記載された。平成30（2018）年4月から「国民健康保険法」の一部改正が施行され、都道府県が財政運営の責任主体として共同保険者となった。また、令和2（2020）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た。令和4（2022）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の設定を推進する。」と示された。

一方、健保組合関係では、「経済財政運営と改革の基本方針（骨太方針）2016」により、データヘルス計画は働き盛り世代の健康増進と労働生産性の向上にも寄与する仕組みとして位置づけられた。また、データヘルス計画の展開を見通す上で重要な要素の1つに、企業による「人的資本投資」を推進する動向がある。政府は少子高齢化の進展や潜在成長率の停滞等を踏まえて、「経済財政運営と改革の基本方針（骨太方針）2022」により人への投資を重視する政策を掲げた。経済産業省も「人的資本経営の実現に向けた検討会報告書 ～人材版伊藤レポート2.0～」[5]で持続的な企業価値の向上を掲げ、企業は社員を資源ではなく資本として捉える人的資本経営を進めるべきだと提起している。従来から進められている健康経営は人的資本経営の重要な要素の1つとして位

表2 データヘルス計画に関する年表

平成17（2005）年	政府・与党医療改革協議会「医療制度改革大綱」:予防を重視する保健医療体系への転換
20（2008）年	厚生労働省「特定健康診査制度」:特定健診データ等の電子的標準化
25（2013）年	閣議決定「日本再興戦略」:国民の健康寿命の延伸を図るデータヘルス計画の導入
26（2014）年	厚生労働省「保健事業指針」一部改正:保健事業の実施計画（データヘルス計画）の策定・実施
27（2015）年	厚生労働省「第1期データヘルス計画」（～平成29（2017）年度）
28（2016）年	閣議決定「経済財政運営と改革の基本方針（骨太方針）2016」:データヘルス計画と健康経営の連携
30（2018）年	厚生労働省「第2期データヘルス計画」（～令和5（2023）年度）
30（2018）年	「国民健康保険法」一部改正:都道府県が国民健康保険の共同保険者に
令和2（2020）年	閣議決定「経済財政運営と改革の基本方針（骨太方針）2020」:データヘルス計画の標準化
4（2022）年	閣議決定「経済財政運営と改革の基本方針（骨太方針）2022」:人的資本投資の推進
4（2022）年	経済財政諮問会議「新経済・財政再生計画改革工程表2022」:共通指標・KPIの設定
6（2024）年	厚生労働省「第3期データヘルス計画」（～令和11（2029）年度）

置づけられ、上場企業に向けた規範・行動原則である改訂「コーポレートガバナンス・コード」[6]でも、人的資本経営が「サステナビリティの取組として開示すべき事項」として新たに追加された。健康経営の一環としてもデータヘルス計画の活用が進むと考えられる。これらの考え方は、国保や広域連合の保健事業の展開においても参考になると考えられる。

III. 標準化

1. 標準化の利点

第3期データヘルス計画の特徴は、標準化が行われたことである。前述の通り、令和2(2020)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、データヘルスの計画の標準化等が掲げられたことなどにより推進されている。

標準化の利点として、同じ指標で経年的にモニタリングできる、他の保険者と比較できる、業務負担を軽減できる、専門職等が少数の保険者等でも一定程度のデータ分析が可能ということがあげられる。

2. 標準化の内容

標準化の内容としては、① 様式、② 指標、③ 策定の流れの標準化がある。このうち、策定の流れとしては、現状の整理(分析)、健康課題の抽出、目的・目標・目標を達成するための戦略、個別の保健事業をそれぞれ検討して記載するものである。

策定の手引きにおいて、その目的として「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」と記載されている。データヘルス計画の標準化が推進されているものの、必ず手引きの記載の通りに策定しなければならないわけではなく、あくまでも参考として示しているものとしている。そこで、策定に当たって、どちらにするか悩む場合には、より効果的・効率的に保健事業が実施できると判断される選択をするのが良い。

3. 様式の標準化

様式については、東京大学「データヘルス計画標準化ツール®」を改変して作成した、「データヘルス計画策定のための共通の様式例」として、I. 基本情報、II. 健康医療情報等の分析と課題、III. 計画全体、IV. 個別の保健事業、V. その他のそれぞれのシートが手引きの中で示されている。

基本情報のシートには、人口・被保険者数、計画の趣旨・計画期間・実施体制、関係者連携(市町村国保、都道府県、保健所、国民健康保健団体連合会等、広域連合、保健医療関係者、その他)、現状の整理(保険者の特性、地域資源の状況、前期計画等に係る考察)を記載する。健康医療情報等の分析と課題のシートには、平均寿命・

標準化死亡比等、医療費の分析、特定健康診査・特定保健指導等の健診データの分析、レセプト・健診データ等を組み合わせた分析、介護費関係の分析、その他を記載する。これらの分析の多くは、国保データベース(KDB)システムを活用することができる。

計画全体のシートには、図1に示す通り、保険者の健康課題(優先する健康課題)、データヘルス計画全体における目的(計画全体における評価指標、目標値を含む)、目標を達成するための戦略、個別の保健事業を記載する。第2期までのデータヘルス計画では、分析によって明らかとなった健康課題と、重点的に取り組む個別の保健事業が対応しない場合も多かった。そこで、計画全体のシートでは、優先する健康課題毎に、対応する保健事業を記載して、解決すべき健康課題と保健事業の対応づけを行うようにしている。また、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」旨記載されている。これは、記載する事業数が増えると、策定の負担が増大し、それぞれの検討が薄くなるおそれがあるためである。保険者にとって優先度の高い事業に絞って記載することから、データヘルス計画に記載せずに実施する個別の保健事業もあることになる。個別の保健事業には、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。

個別の保健事業のシートには、事業名称、事業の目的、対象者、現在までの事業結果、今後の目標値(アウトカム指標、アウトプット指標の評価指標と目標値)、目標を達成するための主な戦略、現在までの実施方法(プロセス)、今後の実施方法(プロセス)の改善案・目標、現在までの実施体制(ストラクチャー)、今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案・目標、評価計画を記載する。その他のシートには、データヘルス計画の評価・見直し、データヘルス計画の公表・周知、個人情報の取扱い、地域包括ケアに係る取組、その他留意事項を記載する。

4. 共通の評価指標

指標(共通の評価指標)としては、表3に示す通り、すべての都道府県で設定することが望ましい指標(例)4指標、地域の実情に応じて都道府県が設定する指標(例)7指標について、それぞれ分母、分子、考え方(指標の必要性)が示されている。保険者の負担が過大にならないように、極力指標の個数を絞り込んで提示されている。

データヘルス計画は、健康増進計画等の他の計画と調和のとれたものとする必要がある。そこで、共通の評価指標の設定においては、極力、健康日本21(第三次)の目標指標と整合した指標とするようにしている。

参考として、広域連合における共通の評価指標を表4、健康保険組合等における共通の評価指標を表5に示す。

表3 国民健康保険における共通の評価指標

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 メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率（特定保健指導の対象者の減少率）	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短・中期的な視点で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
④ HbA1c 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、メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率、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 ≥ 130mmHg ② 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。

出典：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

表4 後期高齢者広域連合における共通の評価指標

<p>総合的な評価指標</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 健診受診率 ・ 歯科健診実施市町村数・割合 ・ 質問票を活用したハイリスク者把握に基づく保健事業を実施している市町村数・割合 <p>アウトプット</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 以下の保健事業（ハイリスクアプローチ）の実施市町村数・割合 低栄養 口腔 服薬（重複・多剤等） 重症化予防（糖尿病性腎症） 重症化予防（その他、身体的フレイルを含む）健康状態不明者対策 <p>※各事業における対象者の抽出基準は問わない</p> <p>アウトカム</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 以下の保健事業のハイリスク者割合（一体的実施支援ツールの抽出基準に該当する者／被保険者数） 低栄養 口腔 服薬（多剤）服薬（睡眠薬） 身体的フレイル（ロコモ含む） 重症化予防（コントロール不良者） 重症化予防（糖尿病等治療中断者） 重症化予防（基礎疾患保有＋フレイル）重症化予防（腎機能不良未受診者） 健康状態不明者対策 ・ 平均自立期間（要介護2以上）
--

出典：高齢者保健事業の実施計画（データヘルス計画）策定の手引き

表5 健康保険組合等における共通の評価指標

共通評価指標分類	指標名
生活習慣病対策 （早期治療・重症化予防）	受診勧奨対象者の医療機関受診率
	疾患群の病態コントロール割合（高血圧症・糖尿病・脂質異常症）
がん対策	5大がん精密検査受診率
上手な医療のかかり方	後発医薬品の使用割合
	重複・多剤投薬の患者割合
生活習慣病対策 （予防・早期発見）	特定健診実施率
	特定保健指導実施率
	生活習慣リスク保有者率（喫煙率を含む）
	内臓脂肪症候群該当者割合
	特定保健指導対象者割合
	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率
	肥満解消率
疾患予備群の状態コントロール割合（高血圧症・糖尿病・脂質異常症）	

出典：データヘルス計画作成の手引き 第3期改訂版

IV. 分析と健康課題の抽出

1. 分析の考え方

第2期までのデータヘルス計画では、膨大な分析を行ってそこで力尽きて、どのような保健事業を展開するか検討が薄いものが多かった。そこで、策定の手引きでは「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」と記載されている。また、「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に注意が必要」と記載されている。分析によって、結局、何が言えたかを関係者と共有しやすいコンパクトな分量でまとめることが重要である。

また、「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), 目標値との比較等が有用である」旨が記載されている。

把握すべきデータの例として, 健診データ(質問票を含む), レセプトデータ, 介護データ, その他の統計データ(健康寿命, 平均寿命, 標準化死亡率, 加入者の状況など)があげられている。

分析に当たって, 「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等に注目して, 地域特有の質的情報の分析や地域資源の把握に努めることも重要である」とされている。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」と説明している。

V. 目的・目標・戦略

1. 目的や戦略の明確化

効果的・効率的な事業展開のためには, 具体的な目標, 戦略の設定とともに, その前により高次の大枠としての目的, 戦略を明確化することが重要である。そこで, 共通の様式例では, それらを記載するようにしている。目的は目指すべき状態・方向性であり, 目標は各年度(または中間年度と計画の最終年度)における評価指標の値である。

2. 評価指標と目標

評価指標には, 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)がある。なお, 例えば, 特定健診受診率は, 本質的にはアウトプット指標であるが, 特定健診受診率向上の個別の保健事業においてはアウトカム指標とする考え方もありえる。そこで, ある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こととしている。また, アウトカム, アウトプットの指標は定量的であることが多いのに対し, プロセス, ストラクチャーは必ずしも定量的ではないことから, 個別の保健事業のシートに文章で記載する形としている。

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。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。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。

3. 戦略

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の例示がされている。

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」と解説されている。個別の保健事業における取組内容を検討すると, 他地域での成功例と同様の取組を導入しようという話になることが多い。しかしながら, 闇雲に真似してもうまくいかないことが多い。成功例においては, その取組が成功するための地域資源があるためであり, その地域資源がない地域では厳しい。一方で, 自分の地域には何らかの別の地域資源があり, その地域資源が生きる取り組みを行うことが重要である。

VI. 連携等

1. 保健医療関係者等との連携

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。その連携に苦慮している保険者も多いことから, そのためのポイントが策定の手引きに記載されている。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, ①意見交換や情報提供を日常的に行う, ②保健事業の構想段階から相談する, ③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」ことが重要である。また, 保健所の役割として, 「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」こと, また「域内の健康課題等の分析と市町村への共有」, 「域内市町村への技術的支援」が記載されている。

その他に, 市町村内の連携体制の確保, 都道府県との連携, 国保連及び支援・評価委員会との連携, 保険者協議会・他の医療保険者等との連携, 被保険者とのかわりについても記載されている。

2. 一体的実施と地域包括ケア

一体的実施は、データヘルス計画において具体的な取組として重要である。「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」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」と記載されている。

一方で、地域包括ケアは、地域の体制づくりとして重要である。「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」とされている。

VII. 健保組合に関する追加事項

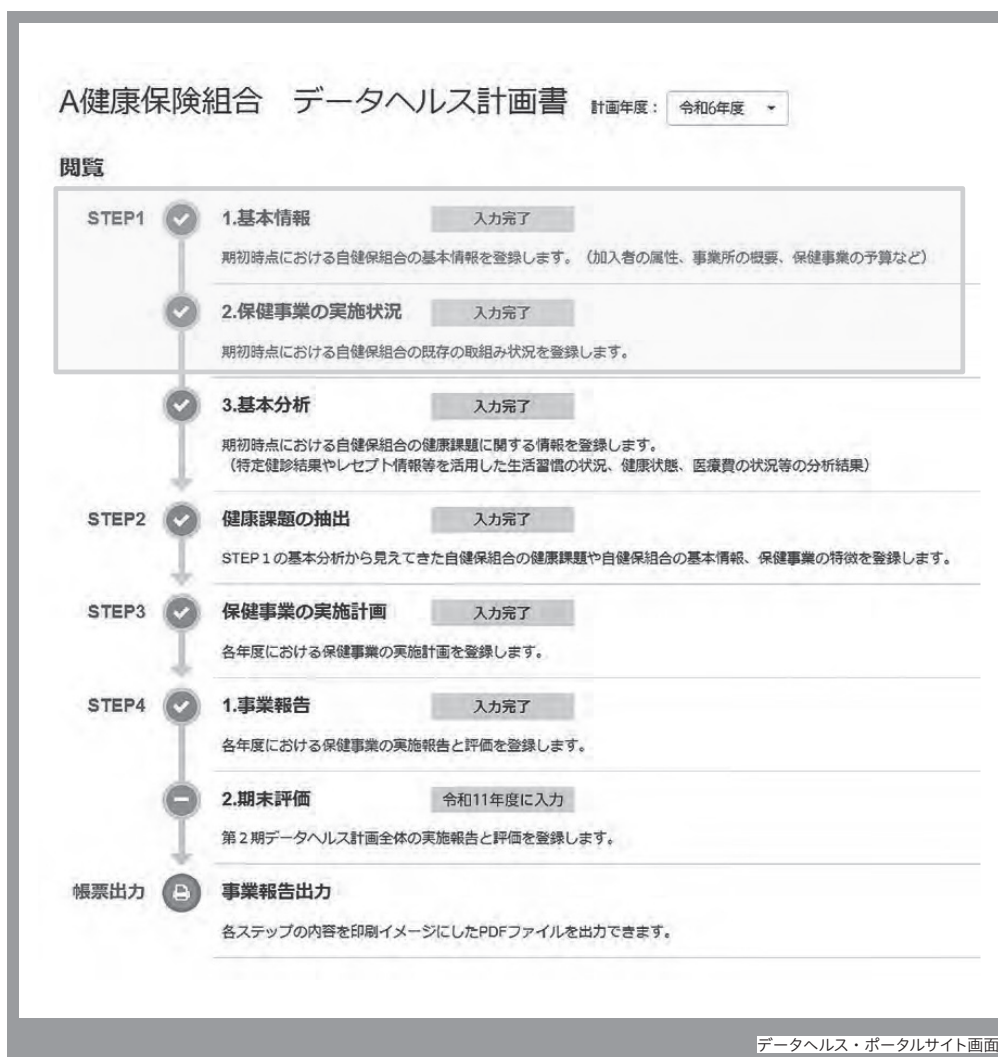
ここまで、国民健康保険向けのデータヘルス計画策定

の手引きを中心に解説を行ってきたが、健保組合関係での重要な点についてデータヘルス計画作成の手引き第3期改訂版[3]の中から紹介したい。

1. データヘルス・ポータルサイト

データヘルス・ポータルサイト ([https:// datahealth-portal.jp/](https://datahealth-portal.jp/)) は、健保組合によるデータヘルス計画の標準化の基盤となるものであり、平成28(2016)年に厚生労働省の補助事業として東京大学が開発した。試行利用を経て、第2期データヘルス計画が始まった平成30(2016)年以降は、全国の健保組合で活用されている。令和4(2022)年7月に東京大学から社会保険診療報酬支払基金に移管され、今後は厚生労働省、健康保険連合会、東京大学との協創のもとでデータヘルス計画に関する分析や保険者への情報提供が行われる予定となっている。

健保組合等のデータヘルス計画について、データヘルス・ポータルサイトの「データヘルス計画作成/評価及



出典：データヘルス計画作成の手引き 第3期改訂版

図2 データヘルス・ポータルサイトの入力画面

び見直し支援ツール」を活用して入力を行う。入力項目は、図2に示す通り、基本情報、保健事業の実施状況、基本分析、健康課題の抽出、保健事業の実施計画である。また、事業実施後においては、事業報告と期末評価を登録する。

データヘルス・ポータルサイトの「データヘルス計画の集計・可視化」の機能を用いることで、健保組合における共通の評価指標に関する他健保組合との比較が可能である。具体的には、内臓脂肪症候群該当者割合、特定保健指導対象者割合、特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率、特定健診実施率、特定保健指導実施率といった項目に関して、形態（単一・連合・総合）別、業種別に自健保組合の立ち位置を把握することができる。その他に、後述する「健康スコアリングレポート」の結果も活用できる。

2. コラボヘルス

コラボヘルスとは、健保組合と事業主が積極的に連携し、明確な役割分担と良好な職場環境のもと、加入者である従業員と家族の予防・健康づくりを効果的・効率的に実行することである。健保組合が健康課題を解決するためのデータヘルス計画を作成し、その実効性を上げるには、コラボヘルスが不可欠である。そのためには職場の健康状況及び生活習慣の状況を分析し、その分析結果を健保組合及び事業主が同じ場で共有し、健康課題と課題解決の必要性について事業主の理解を得ることが前提となる。

そのきっかけとして、加入者の健康状況や医療費、予防・健康づくりへの取組み状況等について、全健保組合平均や業態平均と比較して、自健保組合や各事業所の立ち位置を把握することができるツールである健康スコアリングレポートの活用が有効である。最も重要なことは、データ分析結果から具体的なアクションにつなげることである。事業主と健保組合で問題意識の共有を図った上で、課題解決に向けた推進体制の構築、役割分担による対策の実行、そして取組みの評価・改善を進める。

関連する政策で注目しておきたいのは、産業保健にコラボヘルスを導入する動きである。厚生労働省労働基準局では、すべての人が生き生きとやりがいを持って働ける環境整備の一環で、産業保健でのデータヘルス計画の活用や、事業主と保険者の役割の明確化など、コラボヘルスを推進するための施策が検討されている。令和元（2019）年度の「事業場における労働者の健康保持増進のための指針（THP指針）」の改正で示された「事業場ごとの特徴を踏まえた集団への健康保持増進措置の視点を強化」する施策も、コラボヘルスによって実現しやすくなると考えられる。

3. 健康スコアリングレポート

健康スコアリングレポートは、政府の「未来投資戦略2017」を受け、厚生労働省・日本健康会議・経済産

業省が連携して、平成30（2018）年度に初めて作成され、各健保組合に通知された。令和3（2021）年度（令和2（2020）年度実績分）からは、保険者単位のレポートに加え、特定健診の対象となる被保険者数50名以上の事業所を対象とした事業主単位のレポートも作成・通知されている。

健康スコアリングレポートの構成と指標については、大きく次のとおりである。

(1) 予防・健康づくりの取組み状況

特定健診・特定保健指導の実施率について、保険者種別（単一・総合）ごとの平均や業態平均と経年比較して示している。

(2) 健康状況

特定健診の結果より、肥満・血圧・肝機能・脂質・血糖の5項目について、リスク保有者（保健指導判定基準に該当する者）の割合を全健保組合平均や業態平均と比較して示している。

(3) 生活習慣の状況

特定健診の質問票の回答結果より、喫煙・運動・食事・飲酒・睡眠の生活習慣5項目について、適正な生活習慣を有している者の割合を全健保組合平均・業態平均と比較して示している。

(4) 医療費の状況

各健保組合の1人当たり年間医療費及び性・年齢補正後標準医療費（全健保組合平均の性・年齢階級別1人当たり医療費を、各健保組合の性・年齢階級別加入者数に当てはめて算出した1人当たり医療費）の推移等を示している。

VIII. まとめ

全国で3000余りの医療保険者により第3期データヘルス計画が策定され、令和6（2024）年度から開始された。標準化の推進により、共通の評価指標、KDB、健康スコアリングレポート等による保険者間の比較も行いながらの進捗管理が行いやすくなった。個別の保健事業等によるアクションによって、PDCAサイクルを回して、効果的・効率的に人々の健康の保持増進が図られることが期待される。

利益相反

なし

引用文献

- [1] 厚生労働省保険局国民健康保険課。国民健康保険健康事業の実施計画（データヘルス計画）策定の手引き（令和5年5月18日改正）。2023。
National Health Insurance Division, Insurance Bureau, Ministry of Health, Labor and Welfare. [Kokumin

- kenko hoken hoken jigyo no jissshi keikaku (data health keikaku) sakutei no tebiki (Reiwa 5 nen 5 gatsu 18 nichi kaisei)]
https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-hoken_474087.html (in Japanese) (accessed 2024-03-22)
- [2] 厚生労働省保険局高齢者医療課. 高齢者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3月30日改正）. 2023.
Elderly Healthcare Division, Health Insurance Bureau, Ministry of Health, Labour and Welfare. [Koreisha hoken jigyo no jissshi keikaku (data health keikaku) sakutei no tebiki (Reiwa 5 nen 3 gatsu 30 nichi kaisei)]
https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-hoken_553056_00027.html (in Japanese) (accessed 2024-03-22)
- [3] 厚生労働省保険局, 健康保険組合連合会. データヘルス計画作成の手引き 第3期改訂版（編集 国立大学法人東京大学 未来ビジョン研究センター データヘルス研究ユニット）. 令和5年6月. 2023.
Health Insurance Bureau, Ministry of Health, Labour and Welfare, Federation of Health Insurance Associations. [Data health keikaku sakutei no tebiki dai 3 ki kaiteiban (henshu kokuritsu daigaku hojin Tokyo daigaku mirai vision kenkyu center data health kenkyu unit) Reiwa 5 nen 6 gatsu] <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000061273.html> (in Japanese) (accessed 2024-03-22)
- [4] 厚生労働省保険局保険課データヘルス担当, 第3期
データヘルス計画に向けた方針見直しのための検討会. 第3期データヘルス計画に向けた方針見直しについて（とりまとめ）. 令和5年3月23日. 2023.
Data Health, Insurance Division, Insurance Bureau, Ministry of Health, Labour and Welfare, Study Group for Policy Review for the Third Term Data Health Plan. [Dai 3 ki data health keikaku ni muketa hoshin minaoshi ni tsuite (torimatome) Reiwa 5 nen 3 gatsu 23 nichi]
https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-hoken_129197_00004.html (in Japanese) (accessed 2024-03-22)
- [5] 経済産業省「人的資本経営の実現に向けた検討会報告書～人材版伊藤レポート2.0～」（令和4年5月）. 2022.
Ministry of Economy, Trade and Industry. [Jinteki shihon keiei no jitsugen ni muketa kentokai hokokusho : jinzaiban Ito report 2.0 (Reiwa 4 nen 5 gatsu)] 2022.
https://www.meti.go.jp/policy/economy/jinteki_shihon/pdf/report2.0.pdf (in Japanese) (accessed 2024-03-22)
- [6] 株式会社東京証券取引所「コーポレートガバナンス・コード」（令和3年6月11日）. 2021.
Tokyo Stock Exchange. [Corporate governance code (Reiwa 3 nen 6 gatsu 11 nichi)]2021.
<https://www.jpx.co.jp/news/1020/nlsgeu0000051-n9r-att/nlsgeu0000051ne9.pdf> (in Japanese) (accessed 2024-03-22)