

記入日

※YYYY/MM/DDの形式でご記入
ください。例)2015/03/01

「データヘルス計画」についての調査票

I 基礎情報

※ 3 被保険者数・4 平均年齢は、平成27年2月28日時点の数値を
5 保険料月額については、平成27年度予算の数値をご記入ください。

1 保険者の名称				
2 記入担当	①所属部署名			
	②氏名			
	③電話			
	④E-mail			
3 被保険者数	①被保険者数	人	②被保険者数(40～74歳) 再掲	人
4 平均年齢		歳		
5 保険料月額 (円)				
医 療 分				
組 合 員			家 族	
事 業 主		従 業 員		
後期高齢者支援金分		介 護 分		後期高齢者組合員分

II データヘルス計画について

1. データヘルス計画の策定について

データヘルス計画を策定されていますか？該当する番号をお答えください。

- ① 策定している(策定途中も含む)
- ② 策定していない ⇒ 質問は以上です

回答欄	
-----	--

ア) データヘルス計画の策定について該当する番号をお答えください。

- ① 自前
- ② 外部委託 ⇒ イ)、ウ)へ

回答欄	
-----	--

イ) 外部委託先は、どちらの委託事業所ですか？差し支えなければ、お書きください。

回答欄	
-----	--

ウ) 委託されている内容について該当する番号をお答えください。(複数回答可)

④ その他の場合は【 】内にお書きください。

- ① 医療費分析
- ② データヘルス計画の基礎資料の作成
- ③ データヘルス計画全般
- ④ その他 【 】

回答欄	

2. 実施する(保健)事業について

(1)実施する(実施を予定している)事業名をお書きください。実施事業が多数ある場合、3つまでお書きください。

回答欄	事業【1】	
	事業【2】	
	事業【3】	

(2)(1)でお答えいただきました事業【1】～事業【3】についてお伺いします。

ア)実施する(実施を予定している)事業は、既存の事業(の拡充)ですか。あるいは、新規事業ですか。
該当する番号をお答えください。

- ① 既存事業(の拡充)
- ② 新規事業

回答欄	事業【1】	
	事業【2】	
	事業【3】	

イ)実施する(実施を予定している)事業内容についてをお書きください。

(※)PDCAサイクルによる評価期間とは、実施する事業の評価期間(1年、3年、4年以上等)をご記入ください。

回答欄		対象者	事業内容	PDCAサイクルによる評価期間
	事業【1】			
事業【2】				
事業【3】				

3. 医療費分析の方法について

(1)医療費分析を行う際に使用した(使用する)データについて該当する番号をお答えください。(複数回答可)

③ その他の場合は【 】内にお書きください。

- ① 医療費データ
- ② 健診データ
- ③ その他【 】

回答欄	

(2)医療費分析の実施方法について該当する番号をお答えください。

- ① 自前
- ② 外部委託 ⇒ ア)へ

回答欄	
-----	--

ア)外部委託先は、どちらの委託事業所ですか？差し支えなければ、お書きください。

回答欄	
-----	--

(3)どのような方法で医療費分析を実施されていますか？(実施される予定ですか？)該当する番号をお答えください

(複数回答可) ④ その他の場合は【 】内にお書きください。

- ① 医療費データと健診データを突合して課題抽出
- ② 特定の疾病を絞り込んだ分析
- ③ 生活習慣病に特化した分析
- ④ その他【 】

回答欄	

4. データヘルス計画を策定する上での課題及び対応について

データヘルス計画を策定する上で課題だった(課題である)こと及びその対応についてお書きください。

回答欄	課題	
	対応	

備考

～～ ご協力ありがとうございました。～～

ご回答いただいたアンケートの取り扱いは「個人情報の保護に関する法律」に従い、目的の範囲内で利用いたします。

【 アンケートの送付先・問い合わせ先 】

≪東京都保険者協議会 事務局≫

〒102-0072

東京都千代田区飯田橋3-5-1 東京区政会館 11 階

東京都国民健康保険団体連合会

企画事業部 保健事業担当 保健事業担当係

担 当 柿 本 ・ 飯 田

ダイヤルイン 03(6238)0151

E-mail hokenjigyo@tokyo-kokuhoren.or.jp