

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  
5 保険料率については、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
4 平均年齢		歳	
5 保険料率			

### 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
- 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)実施する事業は、既存の事業(の拡充)ですか。あるいは、新規ですか。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？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](mailto:hokenjigyo@tokyo-kokuhoren.or.jp)