

# 国保・後期高齢者ヘルスサポート事業 事業報告書

平成26年度の支援・評価委員会、国保連合会の活動報告

第7回 国保・後期高齢者ヘルスサポート事業運営委員会	参考資料
平成28年7月14日（木）	No.1

連合会名		所属部署名	
役職		担当者名	
電話番号		メールアドレス	

送付先：国民健康保険中央会保健事業部保

報告期限：平成27年6月12日（金）

## 平成26年度版の報告様式

### 1. 保健事業支援・評価委員会の状況

#### 1) 本委員会の状況

##### ① 委員会メンバー

委員会での役割	氏名	所属・職名	職種
委員長			

合計 \_\_\_\_\_ 人

国保・後期高齢者ヘルスサポート事業 事業報告書  
平成26年度の支援・評価委員会、国保連合会の活動報告

② 委員会の開催記録（日時、議事内容）

※各回の資料及び議事要旨（ある場合）については添付してください。

第1回	平成      年      月      日	
協議事項		
協議内容		
第2回	平成      年      月      日	
協議事項		
協議内容		
第3回	平成      年      月      日	
協議事項		
協議内容		
第4回	平成      年      月      日	
協議事項		
協議内容		

※支援・評価委員会を5回以上開催している場合には、欄を追加してご記入ください。

2) ワーキング等の状況

- ① 設置の有無 ⇒ (有・無)  
⇒②以降は「有」の場合のみご記入ください。

② ワーキングメンバー

ワーキングでの役割	氏名	所属・職名	職種
座長			

合計 人

国保・後期高齢者ヘルスサポート事業 事業報告書  
平成26年度の支援・評価委員会、国保連合会の活動報告

③ワーキングの開催記録（日時、議事内容）

※各回の資料及び議事要旨（ある場合）については添付してください。

第1回	平成      年      月      日	
協議事項		
協議内容		
第2回	平成      年      月      日	
協議事項		
協議内容		
第3回	平成      年      月      日	
協議事項		
協議内容		
第4回	平成      年      月      日	
協議事項		
協議内容		

※ワーキングを5回以上開催している場合には、欄を追加してご記入ください。

2. 保健事業支援・評価委員会による活動状況

1) 支援（申請）保険者等の状況

支援（申請）保険者等数 ⇒ 国保ヘルスアップ事業支援（申請）保険者： \_\_\_\_\_ 保険者  
⇒ 国保ヘルスアップ事業以外での支援（申請）保険者： \_\_\_\_\_ 保険者  
⇒ 後期高齢者医療広域連合の支援（申請）：（有・無）

2) 保健事業支援・評価委員会による支援の方法

① 支援の形態

国保ヘルスアップ事業	国保ヘルスアップ事業以外		
	データヘルス計画策定支援	個別保健事業計画策定支援	個別保健事業の評価
<input type="checkbox"/> 個別保険者ごとの支援 <input type="checkbox"/> 複数保険者合同での支援 <input type="checkbox"/> 上記の組み合わせ <input type="checkbox"/> 未実施	<input type="checkbox"/> 個別保険者ごとの支援 <input type="checkbox"/> 複数保険者合同での支援 <input type="checkbox"/> 上記の組み合わせ <input type="checkbox"/> 未実施	<input type="checkbox"/> 個別保険者ごとの支援 <input type="checkbox"/> 複数保険者合同での支援 <input type="checkbox"/> 上記の組み合わせ <input type="checkbox"/> 未実施	<input type="checkbox"/> 個別保険者ごとの支援 <input type="checkbox"/> 複数保険者合同での支援 <input type="checkbox"/> 上記の組み合わせ <input type="checkbox"/> 未実施

② 複数保険者を支援した際の具体的な方法（対象保険者数や頻度等も含めてご記入ください）

支援・評価委員会による支援	事務局による支援

国保・後期高齢者ヘルスサポート事業 事業報告書  
 平成26年度の支援・評価委員会、国保連合会の活動報告

3) 支援対象保険者の個別の状況（支援した保険者等 1 か所につき 1 件ずつご記入ください）

保険者等名： \_\_\_\_\_

申請時の状況	申請時に希望した支援内容	<input type="checkbox"/> 保健事業実施計画（データヘルス計画）の策定支援 <input type="checkbox"/> 個別保健事業計画の策定支援 <input type="checkbox"/> 個別保健事業の評価				
事前ヒアリング	<input type="checkbox"/> 実施有 → <div> <div>実施場所</div> <div>出席者</div> </div>		保険者等側	支援・評価委員会	事務局側	
	<input type="checkbox"/> 実施無 <div>ヒアリングで明らかになった課題</div>					
支援の状況	日時／ 所要時間	場所もしくは手段 (メール／電話等)	対応者 保険者等側    支援・評価委員会    事務局側			支援内容

平成26年度の支援・評価委員会、国保連合会の活動報告

(※) 健康課題分析や保健事業評価により保健事業の体系化、プロセスや事業の改善につながったこと 等

3. 事務局の体制と保険者等との関わり

1) 事務局体制

事務職 \_\_\_\_\_ 人 保健師 \_\_\_\_\_ 人 その他 \_\_\_\_\_ 人 事務局運営に関する委託の有無 \_\_\_\_\_ 有 ・ 無

2) 事務局による保険者等への国保・後期高齢者ヘルスサポート事業に関する説明会等の開催状況

説明会等開催回数 \_\_\_\_\_ 回

説明会等で実施した内容（説明会等の開催ごとにご記入ください）

説明会等の名称	開催年月日	対象者・参加人数	内容

※説明会等を4回以上開催している場合には、欄を追加してご記入ください。

3) 事務局単独による保険者等への支援の状況（対象保険者数や方法、頻度等も含めてご記入ください）



#### 4. 保健事業支援・評価委員会の運営等評価すべき点並びに課題

	評価すべき点	課題
支援・評価委員会委員		
事務局		

※体制、予算等この事業を実施していく中で、評価すべき点並びに課題についてご記入ください。