



---

**【令和3年度】**  
**国保・後期高齢者ヘルスサポート事業報告書**  
**の取りまとめについて**

---



## 目次

I 調査概要	1
1. 調査の目的	1
2. 調査対象	1
3. 調査時期・調査方法	2
4. 調査内容	2
5. 回収状況	2
II 調査結果	4
1. 保険者等の支援状況	4
(1) 支援保険者数（国保）	6
(2) 支援保険者数（後期）	9
2. 支援・評価委員会の活動状況	13
(1) 支援・評価委員会の開催状況	14
(2) 支援・評価委員会の活動方法	16
(3) 国保連合会事務局による保険者（構成市町村を含む）支援の状況	21
3. 保険者別（都道府県、市町村国保、国保組合、広域連合、構成市町村）の支援状況	22
(1) 国保	23
(2) 後期	27
4. 支援・評価委員会の支援結果（事務局）	29
(1) 令和3年度の活動として見直した点及び工夫した点	29
(2) 国保連合会が支援をする上で参考となる事例	32
(3) 支援・評価委員会としての成果と残された課題	34
(4) 支援・評価委員会としての今後の支援のあり方（事務局意見）	39
5. 支援・評価委員会の支援結果（委員）	42
(1) 支援・評価委員会としての成果（委員）	42
(2) 支援・評価委員会としての今後の支援のあり方（委員）	44
III 調査結果を踏まえたヘルスサポート事業の現状と今後の支援の方向性について	46
(1) 調査結果より見えたヘルスサポート事業の現状（再掲）	46
(2) これからのヘルスサポート事業に求められる支援の方向性	46

## 別添資料

●令和2年度～令和3年度における支援・評価委員会等の支援状況

①市町村国保 ②国保組合 ③広域連合 ④構成市町村 ⑤都道府県

# I 調査概要

## 1. 調査の目的

国民健康保険中央会（以下、「国保中央会」という。）と各都道府県の国民健康保険団体連合会（以下、「国保連合会」という。）は、国民健康保険（以下、「国保」という。）の保険者及び後期高齢者医療制度（以下、「後期」という。）の運営主体である後期高齢者医療広域連合（以下、「広域連合」という。）による保健事業実施を支援する体制を構築すべく、平成 26 年度より、国保・後期高齢者ヘルスサポート事業（以下、「ヘルスサポート事業」という。）に取り組んでいる。同事業を展開するにあたり、国保連合会に設置された外部の有識者等で構成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。）により保険者へ支援を行っている。

本調査は、ヘルスサポート事業について、支援・評価委員会や国保連合会の活動及び支援状況を把握し、加えて支援を受ける立場である保険者側からの回答を含めて実態を把握することで、今後の保険者支援の更なる向上につなげる。

## 2. 調査対象

本調査の調査対象は、以下の表のとおり。

- 国保連合会、支援・評価委員会の委員
- ヘルスサポート事業による支援を受けている保険者等（国保・後期）

調査対象		調査対象数 <sup>1</sup>	(参考) 保険者総数
国保連合会		47	47
支援・評価委員会の委員		47	47
保険者 (国保)	都道府県	43	47
	市町村国保 <sup>2</sup>	1,012	1,716
	国保組合	43	161
保険者 (後期)	広域連合	38	47
	構成市町村 <sup>3</sup>	351	1,741

<sup>1</sup> 調査対象数は、本調査の国保連合会票で調査した「ヘルスサポート事業における支援した保険者数」で定義している。

<sup>2</sup> 市町村国保は市町村数としては 1,741 市町村あるものの、複数市町村で広域連合として事務を実施しているところがあるため、保険者数としては 1,716 となる。

<sup>3</sup> 支援・評価委員会から直接支援を受けている構成市町村

### 3. 調査時期・調査方法

調査時期：令和3年11月17日～令和4年3月31日

調査方法：国保連合会より管内保険者（構成市町村を含む）に調査票（国保連合会票、保険者票5種、委員票）を配布、回収し国保中央会にて集計

### 4. 調査内容

調査対象		調査内容
国保連合会		支援保険者の状況、活動として見直した点・工夫した点、支援の成果・残された課題、今後の支援のあり方、支援の活動状況
支援・評価委員会の委員		支援における成果、今後の支援のあり方、感想
保険者 (国保)	都道府県	個別保健事業別 ・支援・評価委員会へ希望した支援・支援助言内容 ・支援・助言の反映状況
	市町村国保	
	国保組合	
保険者 (後期)	広域連合	
	構成市町村	

### 5. 回収状況

調査対象		調査対象数 (再掲)	回収数	回収率
国保連合会		47	47	100%
支援・評価委員会の委員 <sup>4</sup>		43	39	90.7%
保険者 (国保)	都道府県 <sup>5</sup>	47	46	97.9%
	市町村国保 <sup>6</sup>	1,012	854	84.4%
	国保組合	43	29	67.4%
保険者 (後期)	広域連合	38	31	81.6%
	構成市町村	351	310	88.3%

<sup>4</sup> 支援・評価委員会の委員の回収数は、提出いただいた都道府県（支援・評価委員会）の数。

<sup>5</sup> 都道府県について、同一の保険者から（事業ごとに報告書を分けている等の理由で）複数の報告書の回答があった場合は、本ページの「回収数」では1とカウントし、次ページ以降の実際の集計においては複数（報告書の枚数）でカウントしている。

<sup>6</sup> 市町村国保については、北海道・山形県内の一部保険者より広域連合（介護等）単位での回答有。



## Ⅱ 調査結果

### 1. 保険者等の支援状況（国保連合会票より集計）（令和4年3月31日時点）

令和3年度のヘルスサポート事業における事業支援保険者数は1,136（直接支援した構成市町村は351）、事業支援率57.6%であった。令和2年度と比較すると、全体の事業支援保険者数は減少したものの、一体的実施の推進により構成市町村に対する支援は11.2%から20.2%に増加した（図表1-1）。

図表 1-1 保険者等の支援状況

No.	都道府県名	支援保険者数													
		都道府県			市町村国保						国保組合				
		管内保険 者数	支援数		管内保険 者数	ヘルスアッ プ事業 BまたはC	ヘルスアッ プ事業 A	ヘルスアッ プ事業 以外	合計		管内保険 者数	ヘルスアッ プ事業	ヘルスアッ プ事業 以外	合計	
1	北海道	1	1	(1)	157	87	43	9	139	(110)	4	-	1	1	(2)
2	青 森	1	1	(1)	40	1	-	3	4	(5)	1	-	-	-	-
3	岩 手	1	1	(1)	33	6	2	1	9	(13)	1	-	-	-	-
4	宮 城	1	1	(1)	35	1	3	3	7	(28)	3	-	1	1	(2)
5	秋 田	1	1	(1)	25	3	7	4	14	(12)	2	-	1	1	(1)
6	山 形	1	1	(1)	32	2	4	-	6	(10)	3	-	-	-	-
7	福 島	1	1	(1)	59	11	15	4	30	(36)	2	-	-	-	-
8	茨 城	1	1	(1)	44	18	18	-	36	(34)	2	-	1	1	-
9	栃 木	1	1	(1)	25	11	2	-	13	(14)	2	1	-	1	(1)
10	群 馬	1	1	(1)	35	2	3	9	14	(31)	2	-	-	-	-
11	埼 玉	1	1	(1)	63	16	2	-	18	(61)	6	-	-	-	(5)
12	千 葉	1	1	(1)	54	13	1	-	14	(13)	3	-	-	-	-
13	東 京	1	1	(1)	62	47	8	-	55	(39)	21	4	3	7	(4)
14	神奈川	1	1	(1)	33	12	11	-	23	(33)	6	1	-	1	(1)
15	新 潟	1	1	(1)	30	5	-	-	5	(14)	3	-	-	-	-
16	富 山	1	1	(1)	15	-	1	1	2	(4)	2	-	-	-	-
17	石 川	1	1	(1)	19	10	4	5	19	(19)	1	-	1	1	(1)
18	福 井	1	1	(1)	17	5	12	-	17	(17)	3	-	3	3	(3)
19	山 梨	1	1	(1)	27	1	-	24	25	(15)	1	-	1	1	-
20	長 野	1	-	-	77	8	1	-	9	(10)	2	-	-	-	-
21	岐 阜	1	1	(1)	42	2	-	40	42	(6)	2	-	2	2	(1)
22	静 岡	1	1	(1)	35	8	1	-	9	(25)	5	-	-	-	(1)
23	愛 知	1	1	(1)	54	10	15	1	26	(35)	6	-	1	1	(1)
24	三 重	1	1	(1)	29	6	21	-	27	(29)	4	-	-	-	-
25	滋 賀	1	1	(1)	19	11	7	-	18	(19)	1	-	-	-	-
26	京 都	1	1	(1)	26	3	5	1	9	(26)	11	1	1	2	(10)
27	大 阪	1	-	-	43	14	7	-	21	(22)	16	-	8	8	(7)
28	兵 庫	1	1	(1)	41	9	3	-	12	(16)	6	-	-	-	-
29	奈 良	1	1	(1)	39	6	27	6	39	(39)	2	-	-	-	-
30	和歌山	1	1	(1)	30	9	3	-	12	(16)	3	-	1	1	(3)
31	鳥 取	1	1	(1)	19	3	1	-	4	(11)	1	-	-	-	-
32	島 根	1	1	(1)	19	6	-	-	6	(3)	1	1	-	1	(1)
33	岡 山	1	-	-	27	7	1	6	14	(11)	3	-	-	-	-
34	広 島	1	1	(1)	23	17	-	1	18	(16)	3	-	-	-	(1)
35	山 口	1	1	(1)	19	12	5	-	17	(10)	1	-	-	-	-
36	徳 島	1	1	(1)	24	9	15	-	24	(24)	2	-	1	1	(2)
37	香 川	1	1	(1)	17	11	6	-	17	(16)	2	1	1	2	(1)
38	愛 媛	1	1	(1)	20	4	14	2	20	(19)	2	-	-	-	-
39	高 知	1	1	(1)	34	7	5	-	12	(23)	1	-	-	-	-
40	福 岡	1	1	-	60	20	1	-	21	(17)	3	-	-	-	-
41	佐 賀	1	1	(1)	20	3	17	-	20	(20)	3	3	-	3	(3)
42	長 崎	1	1	(1)	21	10	-	-	10	(11)	4	-	-	-	(3)
43	熊 本	1	1	(1)	45	17	27	-	44	(33)	2	-	-	-	(2)
44	大 分	1	1	(1)	18	12	6	-	18	(10)	2	1	1	2	-
45	宮 崎	1	-	-	26	9	10	-	19	(23)	2	1	-	1	-
46	鹿児島	1	1	(1)	43	21	12	-	33	(32)	2	-	-	-	(1)
47	沖 縄	1	1	(1)	41	18	21	2	41	(40)	1	-	1	1	-
合 計		47	43	(42)	1,716	523	367	122	1,012	(1,070)	161	14	29	43	(57)

※ 括弧内の数値は令和 2 年度

※1 「管内保険者数合計」は、都道府県ごとに「都道府県」「市町村国保」「国保組合」「後期高齢者医療広域連合」の管内保険者数を合計したもの。全国計は、これら 4 つの保険者について P.1 に記載した保険者総数を足し合わせた 1,971 となる。

※2 国保の事業支援率は、都道府県ごとに「事業支援保険者合計(P.5)」を「管内保険者数合計(P.5)」で割って算出したもの

※3 後期構成市町村の事業支援率（直接）は、都道府県ごとに「支援・評価委員会から直接支援(P.5)」を受けた構成市町村数の合計を、以下の J-LIS 典拠の管内市町村数で割って算出したもの。  
[https://www.j-lis.go.jp/spd/code-address/kenbetsu-inspection/cms\\_11914151.html](https://www.j-lis.go.jp/spd/code-address/kenbetsu-inspection/cms_11914151.html)

※4 令和 2 年度は一体的実施支援有無について未調査のため合計値で表示

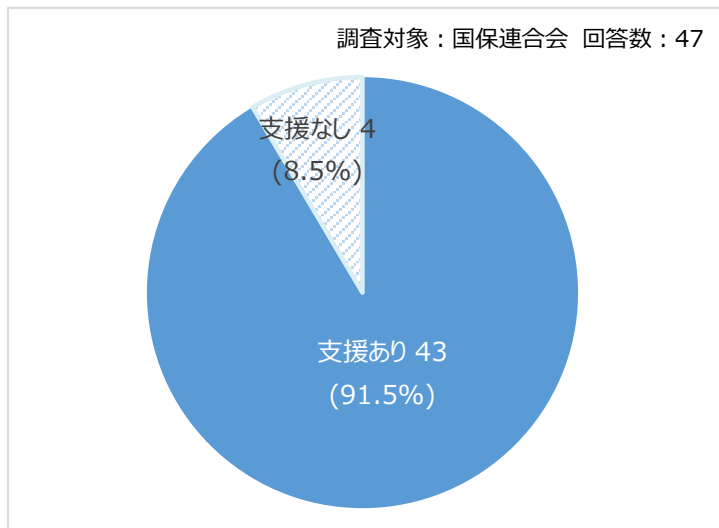
支援保険者数									支援保険者数							都道府県名		No.
後期高齢者医療広域連合				事業支援 保険者合計 （〔再掲〕は除く）					後期高齢者医療広域連合構成市町村									
管内保険 者数	支援数		〔再掲〕 一体的 実施支 援						管内構成 市町村数	広域連合を通じ 支援		支援・評価委員会から 直接支援		事業支援 率 （直接） ※3				
						※1	※2											
1	1	(1)	1	142	(114)	163	87.1%	(69.9%)	179	-	-	62	-	34.6%	北海道	1		
1	-	-	-	5	(6)	43	11.6%	(14.0%)	40	-	-	1	-	2.5%	青 森	2		
1	1	(1)	1	11	(15)	36	30.6%	(41.7%)	33	-	-	4	-	12.1%	岩 手	3		
1	1	-	1	10	(31)	40	25.0%	(77.5%)	35	26	-	9	-	25.7%	宮 城	4		
1	1	(1)	1	17	(15)	29	58.6%	(51.7%)	25	-	-	17	-	68.0%	秋 田	5		
1	1	(1)	1	8	(12)	37	21.6%	(32.4%)	35	-	-	8	-	22.9%	山 形	6		
1	1	(1)	1	32	(38)	63	50.8%	(60.3%)	59	-	-	26	-	44.1%	福 島	7		
1	1	(1)	1	39	(36)	48	81.3%	(75.0%)	44	21	-	-	-	-	茨 城	8		
1	1	(1)	1	16	(17)	29	55.2%	(58.6%)	25	6	-	-	-	-	栃 木	9		
1	-	(1)	-	15	(33)	39	38.5%	(84.6%)	35	-	-	11	1	34.3%	群 馬	10		
1	1	(1)	-	20	(68)	71	28.2%	(95.8%)	63	-	9	-	-	-	埼 玉	11		
1	-	(1)	-	15	(15)	59	25.4%	(25.4%)	54	-	-	5	-	9.3%	千 葉	12		
1	1	(1)	-	64	(45)	85	75.3%	(52.9%)	62	-	-	8	-	12.9%	東 京	13		
1	1	(1)	1	26	(36)	41	63.4%	(87.8%)	33	-	-	13	-	39.4%	神奈川	14		
1	1	(1)	1	7	(16)	35	20.0%	(45.7%)	30	-	-	7	-	23.3%	新 潟	15		
1	1	(1)	1	4	(6)	19	21.1%	(31.6%)	15	-	-	3	-	20.0%	富 山	16		
1	1	(1)	1	22	(22)	22	100.0%	(100.0%)	19	-	-	-	-	-	石 川	17		
1	1	(1)	1	22	(22)	22	100.0%	(100.0%)	17	-	-	1	-	5.9%	福 井	18		
1	-	-	-	27	(16)	30	90.0%	(53.3%)	27	-	-	1	-	3.7%	山 梨	19		
1	1	(1)	1	10	(11)	81	12.3%	(13.6%)	77	-	-	14	-	18.2%	長 野	20		
1	1	(1)	-	46	(9)	46	100.0%	(19.6%)	42	-	-	-	-	-	岐 阜	21		
1	1	(1)	1	11	(28)	42	26.2%	(66.7%)	35	-	-	9	-	25.7%	静 岡	22		
1	-	(1)	-	28	(38)	62	45.2%	(61.3%)	54	-	-	10	-	18.5%	愛 知	23		
1	1	(1)	1	29	(31)	35	82.9%	(88.6%)	29	-	-	5	-	17.2%	三 重	24		
1	1	-	1	20	(20)	22	90.9%	(90.9%)	19	-	-	5	-	26.3%	滋 賀	25		
1	-	(1)	-	12	(38)	39	30.8%	(97.4%)	26	-	-	12	-	46.2%	京 都	26		
1	1	(1)	1	30	(30)	61	49.2%	(49.2%)	43	12	-	-	-	-	大 阪	27		
1	1	(1)	1	14	(18)	49	28.6%	(36.7%)	41	-	-	22	-	53.7%	兵 庫	28		
1	-	-	1	40	(40)	43	93.0%	(93.0%)	39	-	-	2	-	5.1%	奈 良	29		
1	1	(1)	-	15	(21)	35	42.9%	(60.0%)	30	-	-	1	-	3.3%	和歌山	30		
1	1	(1)	1	6	(13)	22	27.3%	(59.1%)	19	-	-	2	-	10.5%	鳥 取	31		
1	1	(1)	1	9	(6)	22	40.9%	(27.3%)	19	-	-	-	-	-	島 根	32		
1	1	-	1	15	(11)	32	46.9%	(34.4%)	27	27	-	-	-	-	岡 山	33		
1	-	-	-	19	(18)	28	67.9%	(64.3%)	23	-	-	7	-	30.4%	広 島	34		
1	1	(1)	1	19	(12)	22	86.4%	(54.5%)	19	19	-	1	-	5.3%	山 口	35		
1	1	(1)	1	27	(28)	28	96.4%	(100.0%)	24	-	-	11	-	45.8%	徳 島	36		
1	1	(1)	1	21	(19)	21	100.0%	(90.5%)	17	17	-	1	-	5.9%	香 川	37		
1	1	(1)	1	22	(21)	24	91.7%	(87.5%)	20	16	4	1	-	5.0%	愛 媛	38		
1	-	-	-	13	(24)	37	35.1%	(64.9%)	34	-	-	3	4	20.6%	高 知	39		
1	1	(1)	1	23	(18)	65	35.4%	(27.7%)	60	22	-	-	-	-	福 岡	40		
1	1	(1)	1	25	(25)	25	100.0%	(100.0%)	20	19	1	-	-	-	佐 賀	41		
1	1	(1)	1	12	(16)	27	44.4%	(59.3%)	21	-	-	9	-	42.9%	長 崎	42		
1	1	-	-	46	(36)	49	93.9%	(73.5%)	45	-	-	5	-	11.1%	熊 本	43		
1	1	(1)	1	22	(12)	22	100.0%	(54.5%)	18	-	-	18	-	100.0%	大 分	44		
1	1	(1)	1	21	(24)	30	70.0%	(80.0%)	26	-	-	2	-	7.7%	宮 崎	45		
1	1	(1)	1	35	(35)	47	74.5%	(74.5%)	43	-	-	12	-	27.9%	鹿児島	46		
1	1	(1)	1	44	(42)	44	100.0%	(95.5%)	41	-	-	18	-	43.9%	沖 縄	47		
47	38	(38)	34	1,136	(1,207)	1,971	57.6%	(61.2%)	1,741	185	14	346	5	20.2%	合 計			
										※4	168	195	11.2%	令和 2 年度合計				

## (1)支援保険者数（国保）

### ➤ 都道府県の支援数について

都道府県の支援数は 47 都道府県のうち、43 都道府県（91.5%）であった（図表 1-2）。

図表 1-2 ヘルスサポート事業による都道府県支援数

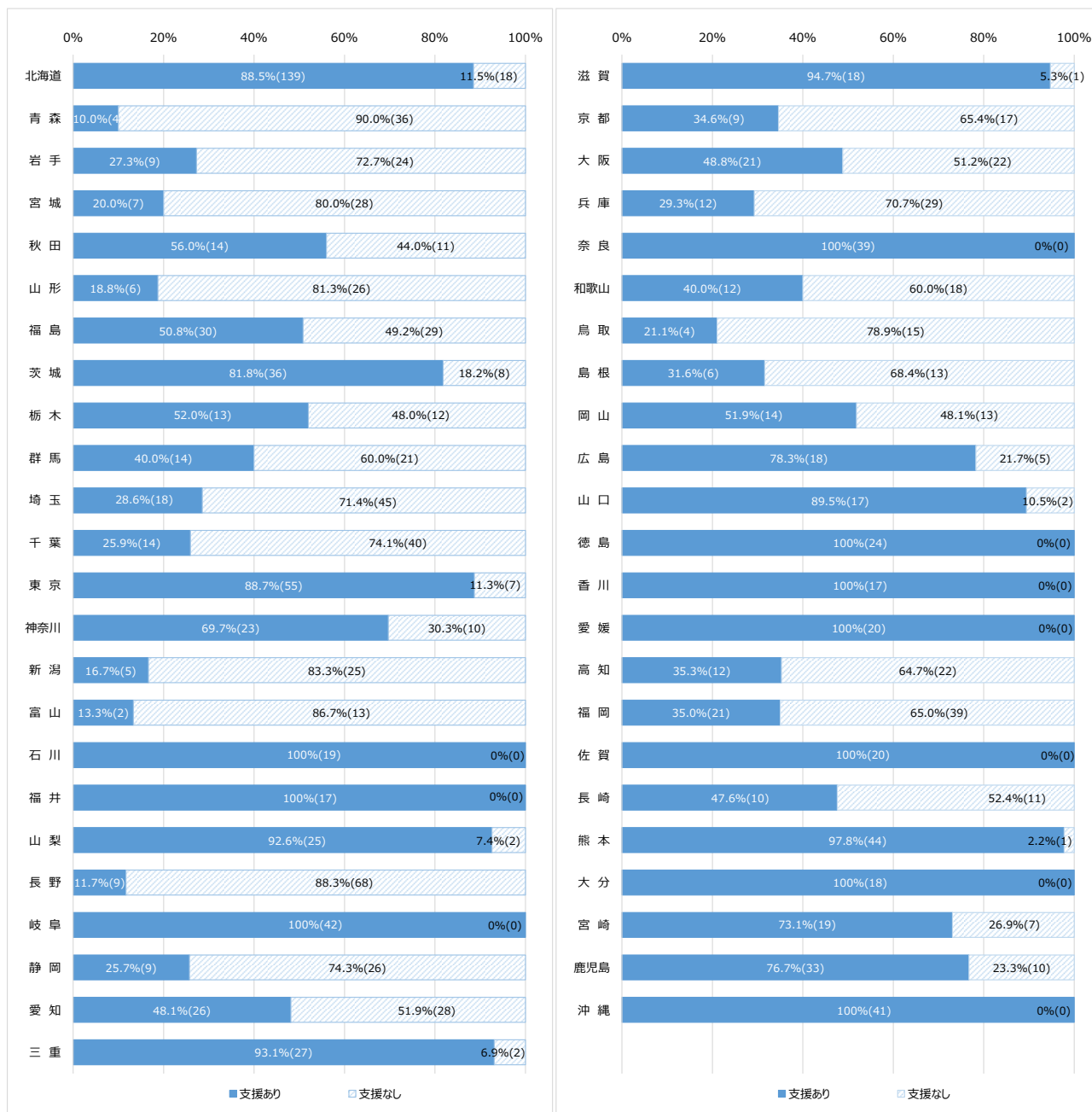




➤ 市町村国保の支援数について

P.4 の支援状況のうち、市町村国保の支援数について都道府県別に示した結果は以下のとおりであった（図表 1-3）。

図表 1-3 ヘルスサポート事業による市町村国保支援数（都道府県別）



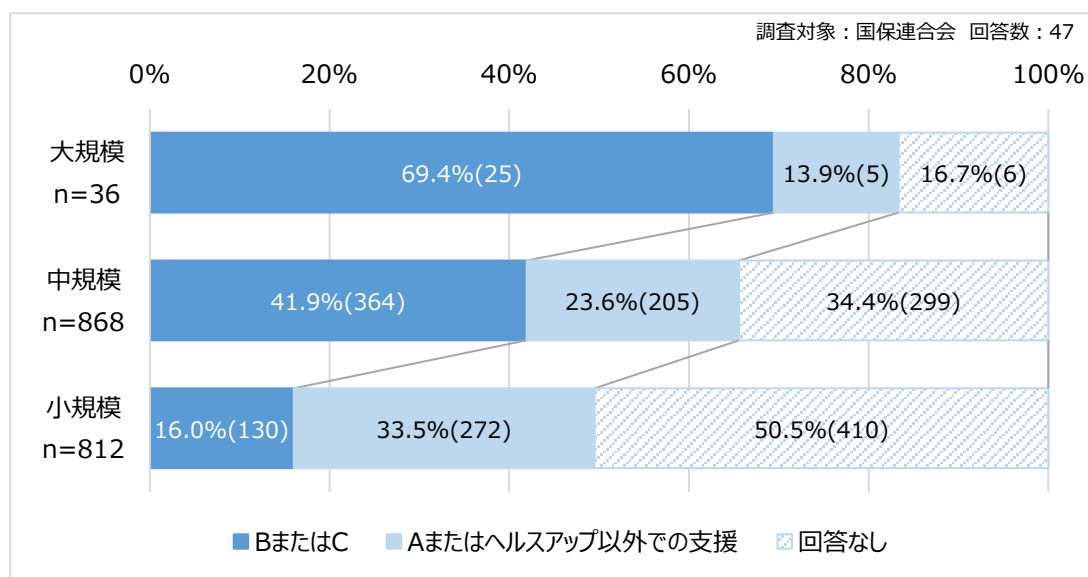
市町村国保の支援数は全市町村国保 1,716 のうち 1,012（59.0%）だった。そのうち、「ヘルスアップ B または C を申請」は 523 市町村（全市町村国保の 30.5%）、「ヘルスアップ A を申請」は 367 市町村（21.4%）、ヘルスアップ事業以外の枠で支援したのは 122 市町村（7.2%）であった（図表 1-4）。

図表 1-4 市町村国保支援状況（ヘルスアップ事業分類別）

ヘルスアップ事業分類	支援数	全市町村国保数に対する支援率
ヘルスアップ B または C を申請	523	30.5%
ヘルスアップ A を申請	367	21.4%
ヘルスアップ事業以外	122	7.2%
<b>合計</b>	<b>1,012</b>	<b>59.0%</b>

また、市町村国保支援数について、市町村被保険者数規模別<sup>7</sup>に支援状況を分類したところ、小規模市町村ほど支援率が低い一方、ヘルスアップ A 事業を申請しているか、ヘルスアップ事業の申請を行わずにヘルスサポートの支援を受ける割合が高く、被保険者数規模により支援率に差があることがわかる（図表 1-5）。

図表 1-5 支援した市町村国保支援のヘルスアップ申請状況（市町村被保険者数規模別）<sup>8</sup>



<sup>7</sup> 市町村被保険者数規模は、以下の分類を利用。（市町村被保険者数データは、令和 3 年度 9 月末時点）

・大規模：被保険者数 10 万人以上 ・中規模：被保険者数 5 千人以上、10 万人未満 ・小規模：被保険者数 5 千人未満  
市町村被保険者数は、e-stat の「国民健康保険実態調査 令和 3 年度速報（保険者票編）」のデータを使用。

<sup>8</sup> 複数市町村で広域連合として事務を実施している市町村国保については、被保険者数データが無いため被保険者数規模別集計から除外した箇所がある。

➤ 国保組合の支援数について

国保組合の支援数は全国保組合 161 のうち 43（26.7%）だった。そのうち、「ヘルスアップ事業を申請」は 14 国保組合（全国保組合の 8.7%）、ヘルスアップ事業以外の枠で支援したのは 29 国保組合（18.0%）であった（図表 1-6）。

図表 1-6 国保組合支援状況（ヘルスアップ事業分類別）

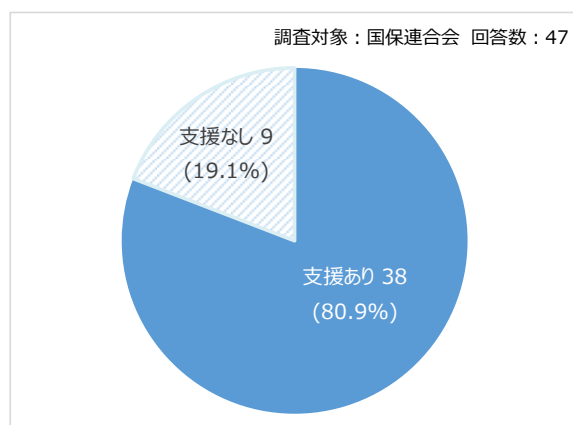
ヘルスアップ事業分類	支援数	全国保組合数に対する支援率
ヘルスアップ事業を申請	14	8.7%
ヘルスアップ事業以外	29	18.0%
<b>合計</b>	<b>43</b>	<b>26.7%</b>

## (2)支援保険者数（後期）

➤ 広域連合の支援数について

広域連合の支援数は 47 広域連合のうち、38 広域連合（80.9%）であった（図表 1-7）。ただし、「支援なし」と回答した 9 広域連合についても、支援・評価委員会による構成市町村への支援が行われていた。

図表 1-7 ヘルスサポート事業による広域連合支援数



➤ 構成市町村の支援数について

支援・評価委員会が直接支援した構成市町村数は、全市町村 1,741 のうち 351 であった。構成市町村に対し、「広域連合を通じて支援をしたか / 支援・評価委員会が直接支援をしたか」、「一体的実施の内容を含めて支援したか / 一体的実施以外の内容で支援したか」をそれぞれ調査しており、調査結果は以下のとおりであった（図表 1-8）。

図表 1-8 構成市町村支援状況<sup>9</sup>

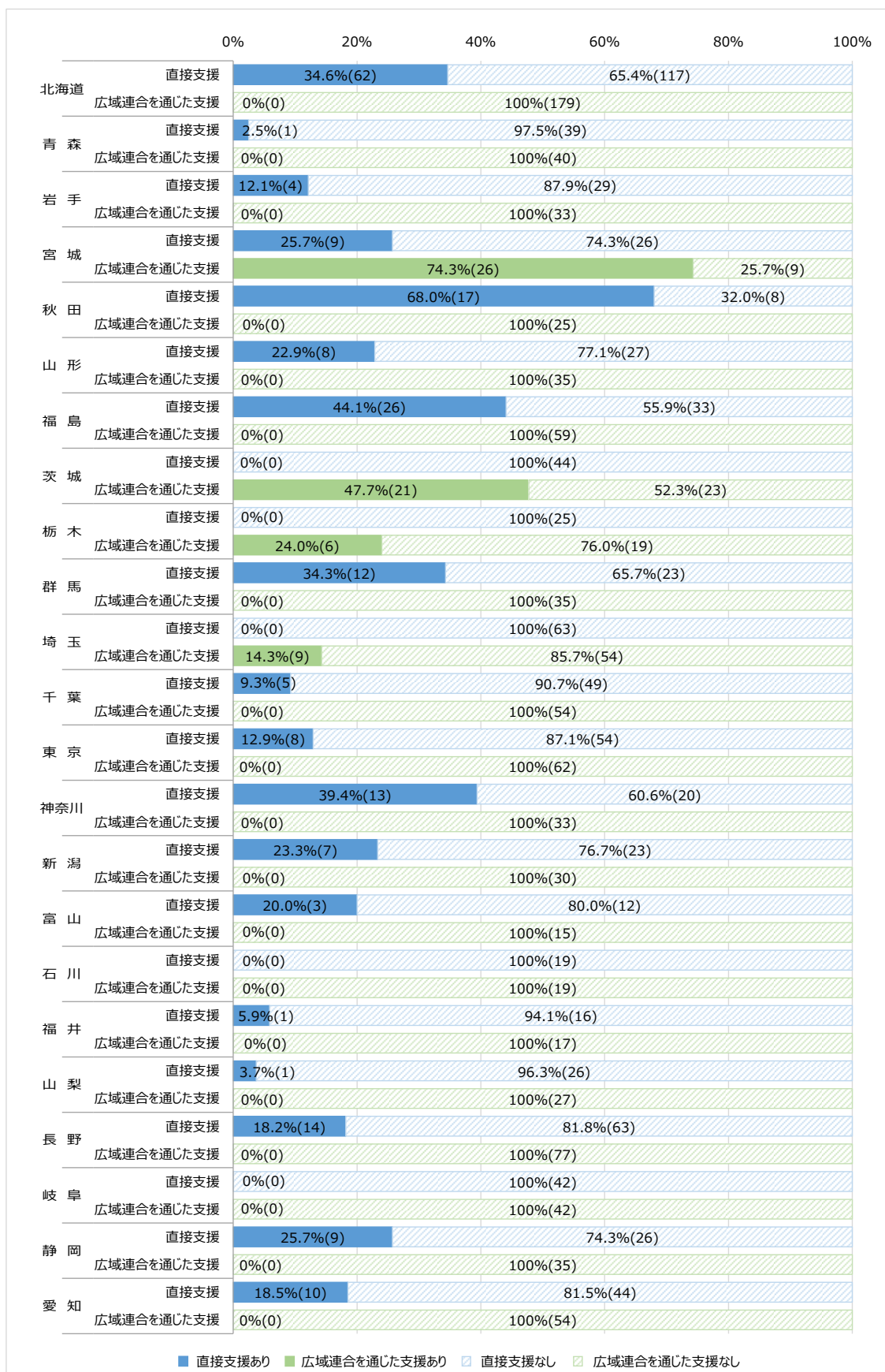
支援の分類	広域連合を通じ支援した 構成市町村数	支援・評価委員会が直接 支援した構成市町村数
一体的実施の内容を含めて支援	203 (11.7%)	346 (19.9%)
一体的実施以外の内容で支援	14 (0.8%)	5 (0.3%)
<b>合計</b>	<b>217 (12.5%)</b>	<b>351 (20.2%)</b>

<sup>9</sup> ( ) 内の数値は、全国の構成市町村数（1,741）に対する割合を表示したもの。

なお、広域連合を通じて支援した構成市町村と、支援・評価委員会が直接支援した構成市町村は一部重複している。

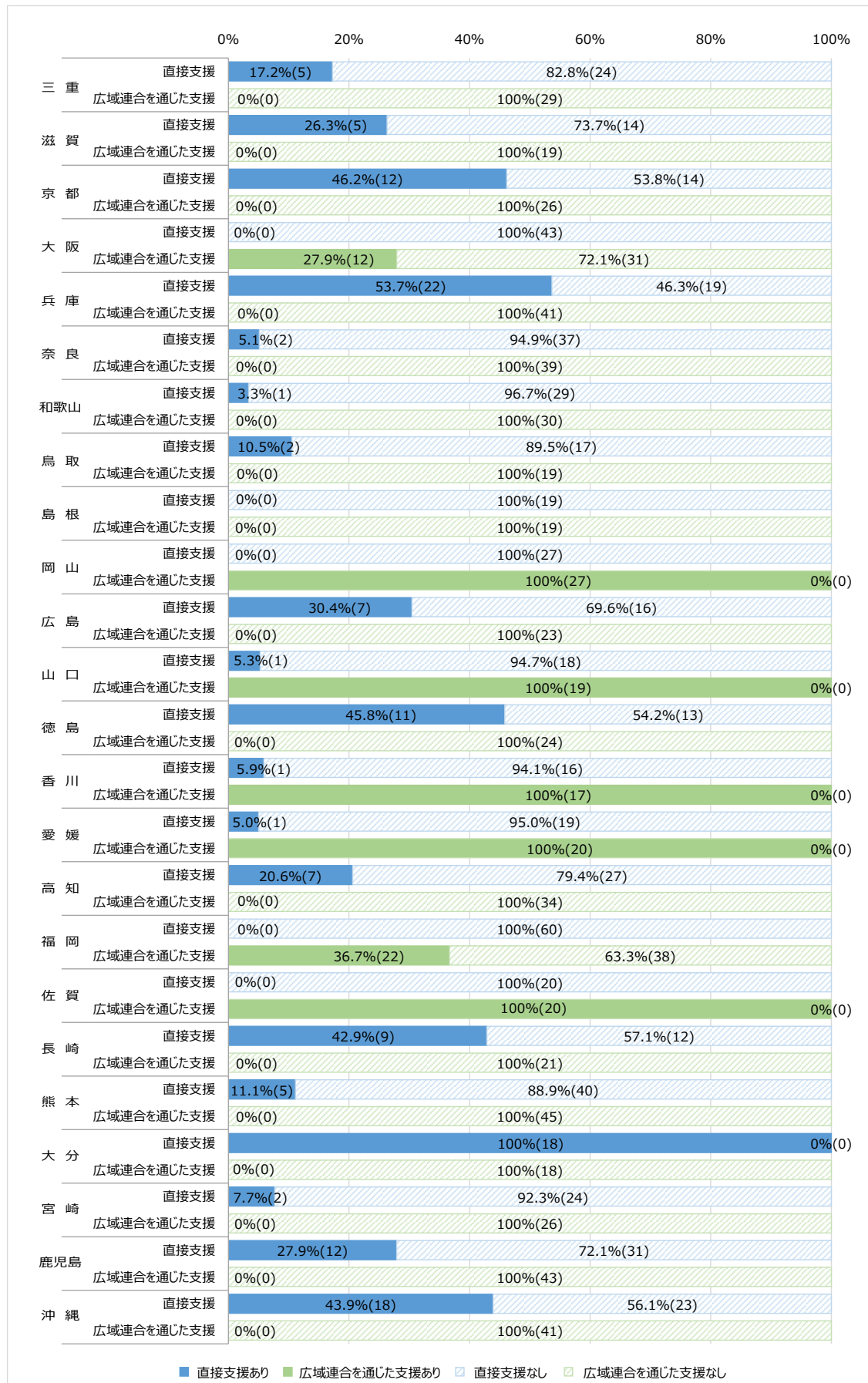
P.4 の支援状況のうち、支援・評価委員会が直接支援した構成市町村数と広域連合を通じ支援した構成市町村数について、都道府県別に示した結果は以下のとおりであった（図表 1-9）。

図表 1-9 支援・評価委員会が直接支援した構成市町村数及び広域連合を通じ支援した構成市町村数（都道府県別）



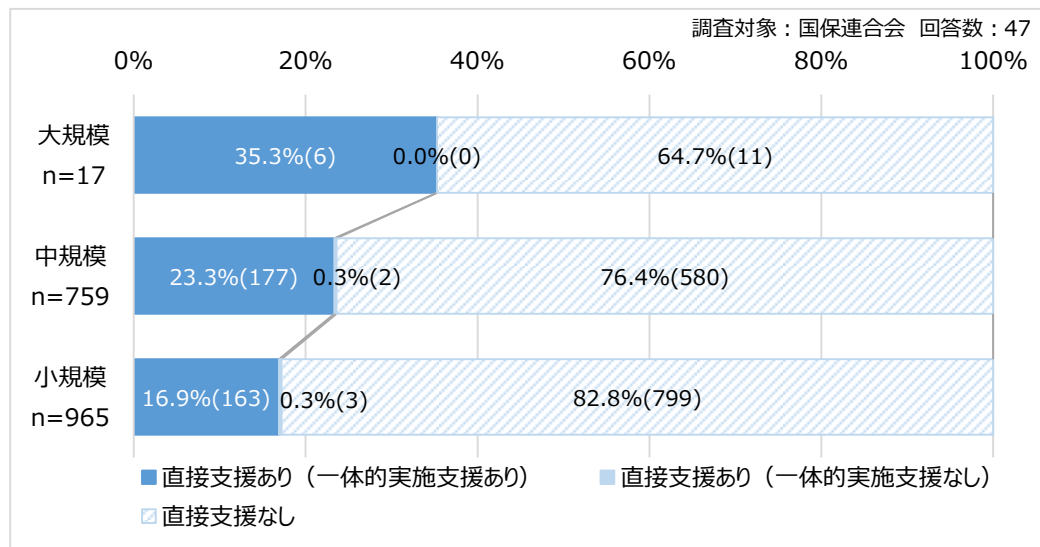
※ ここでの構成市町村の「直接支援」とは、構成市町村の担当職員が支援・評価委員会に直接参加し、委員から助言を受けている場合が該当する。

また、「広域連合を通じた支援」とは、都道府県の広域連合が（一部の）管内構成市町村の事業計画書・報告書等を取りまとめて支援・評価委員会に諮っている場合が該当する。



また、構成市町村支援数について、構成市町村被保険者数規模<sup>10</sup>に支援状況を分類したところ、市町村国保と同様に規模が大きいほど支援を行っている割合が高かった（図表 1-10）。

図表 1-10 構成市町村支援状況（構成市町村被保険者数規模別）



<sup>10</sup> 構成市町村被保険者数規模は、以下の分類を利用。（構成市町村被保険者数データは、令和3年度9月末時点）

・大規模：被保険者数10万人以上 ・中規模：被保険者数5千人以上、10万人未満 ・小規模：被保険者数5千人未満  
構成市町村被保険者数は、e-statの「令和3年度 後期高齢者医療制度被保険者実態調査 市区町村別データ」を使用。

## 2. 支援・評価委員会の活動状況 (国保連合会票より集計)



- 委員会の開催回数が10回以上であった都道府県は、北海道、兵庫県、石川県、福島県、島根県、熊本県であった。ワーキング・グループの開催回数が10回以上だった都道府県は、千葉県、兵庫県であった。
- 支援・評価委員会の活動方法は、令和2年度と比較して、集団支援が増加し、Webの活用が倍以上に増加していた。
- 委員会や研修会等の年間の開催時期については、6月以降で大幅に開催数が増加していた。
- 支援・評価委員会と外部機関の連携状況では、連携先では都道府県が最も多かった。都道府県別の連携数では、岩手県、福井県、静岡県、福岡県、熊本県で多かった。
- 国保連合会事務局による支援の内容は、KDBシステムの操作・活用等が最も多かった。

## (1)支援・評価委員会の開催状況

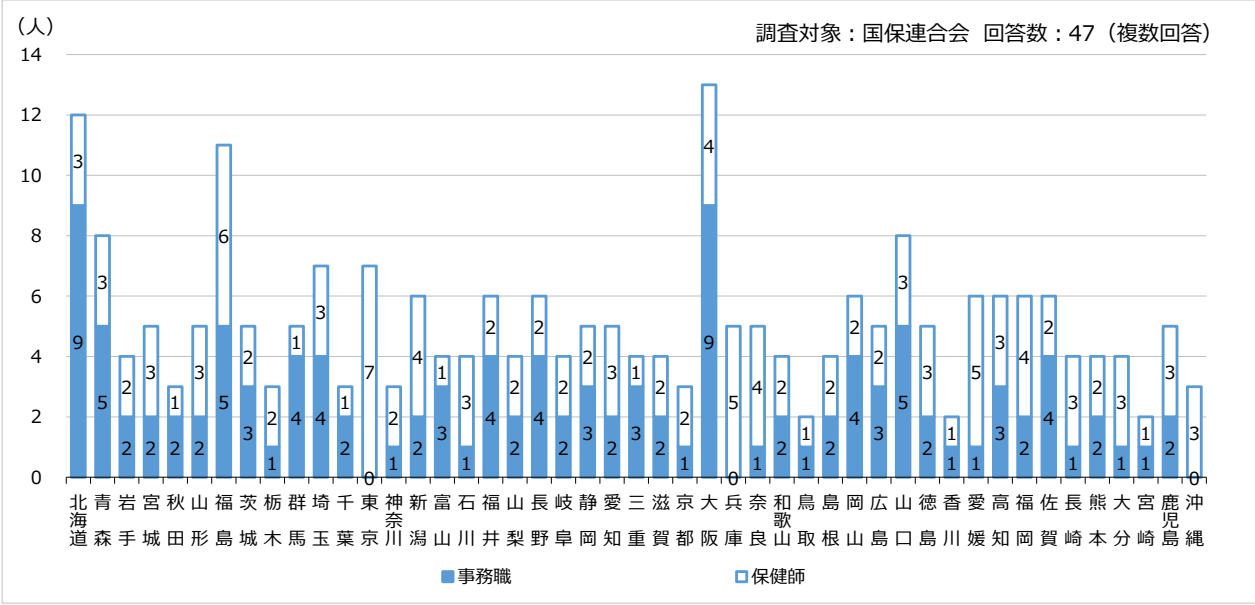
図表 2-1 都道府県別事務局体制・説明会等の開催状況

No.	都道府県名	事務局体制（人）			説明会等の開催回数（回）					
		事務職	保健師	計	説明会	ヒアリング	研修会	委員会	ワーキング	計
1	北海道	9	3	12	-	-	1	18	-	19
2	青森	5	3	8	-	5	4	2	5	16
3	岩手	2	2	4	1	-	-	6	-	7
4	宮城	2	3	5	-	-	-	4	-	4
5	秋田	2	1	3	-	1	1	5	-	7
6	山形	2	3	5	-	1	1	9	-	11
7	福島	5	6	11	-	-	-	10	-	10
8	茨城	3	2	5	-	3	-	2	-	5
9	栃木	1	2	3	-	-	-	4	-	4
10	群馬	4	1	5	-	3	2	4	-	9
11	埼玉	4	3	7	-	-	-	2	-	2
12	千葉	2	1	3	-	-	-	3	17	20
13	東京	-	7	7	1	-	3	3	-	7
14	神奈川	1	2	3	-	1	2	3	-	6
15	新潟	2	4	6	-	1	1	6	-	8
16	富山	3	1	4	-	-	-	1	2	3
17	石川	1	3	4	-	1	7	11	1	20
18	福井	4	2	6	2	16	4	5	3	30
19	山梨	2	2	4	-	-	5	3	-	8
20	長野	4	2	6	-	-	2	4	-	6
21	岐阜	2	2	4	1	6	6	3	-	16
22	静岡	3	2	5	-	-	-	3	-	3
23	愛知	2	3	5	-	-	1	3	-	4
24	三重	3	1	4	-	14	1	2	7	24
25	滋賀	2	2	4	-	2	-	7	-	9
26	京都	1	2	3	-	-	-	6	-	6
27	大阪	9	4	13	-	-	-	5	5	10
28	兵庫	-	5	5	-	-	7	14	11	32
29	奈良	1	4	5	-	-	-	2	-	2
30	和歌山	2	2	4	-	-	1	6	-	7
31	鳥取	1	1	2	-	-	-	3	-	3
32	島根	2	2	4	-	-	-	10	-	10
33	岡山	4	2	6	-	-	6	3	-	9
34	広島	3	2	5	-	4	1	5	-	10
35	山口	5	3	8	-	5	1	1	2	9
36	徳島	2	3	5	-	2	-	4	-	6
37	香川	1	1	2	-	4	1	2	-	7
38	愛媛	1	5	6	4	-	4	3	-	11
39	高知	3	3	6	2	5	-	6	-	13
40	福岡	2	4	6	13	13	1	2	6	35
41	佐賀	4	2	6	-	1	1	7	-	9
42	長崎	1	3	4	-	-	1	7	-	8
43	熊本	2	2	4	-	-	1	10	-	11
44	大分	1	3	4	-	1	2	8	-	11
45	宮崎	1	1	2	-	1	-	7	-	8
46	鹿児島	2	3	5	-	-	-	7	-	7
47	沖縄	-	3	3	-	-	-	4	-	4
合 計		118	123	241	24	90	68	245	59	486



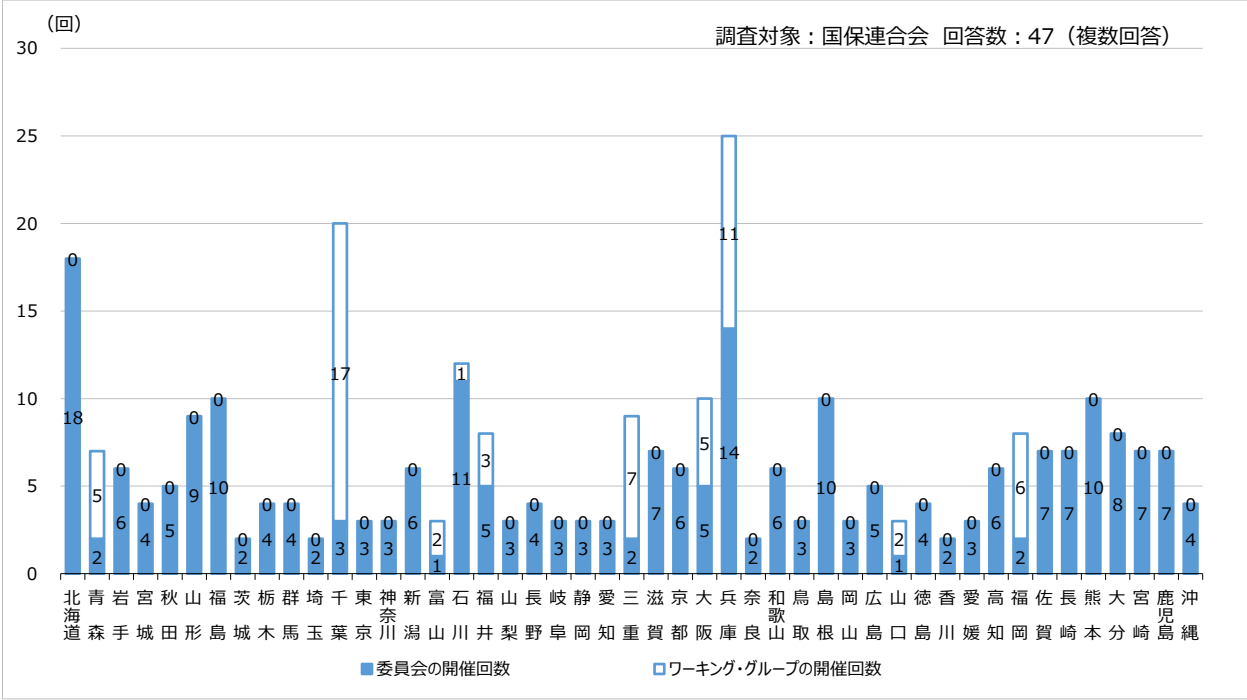
都道府県ごとの事務局体制（人数）は、多い順に、大阪府（13）、北海道（12）、福島県（11）であった（図表 2-2）。

図表 2-2 支援・評価委員会の事務局体制（都道府県別）



都道府県ごとの委員会の開催状況は、開催回数が多い順に、北海道（18）、兵庫県（14）、石川県（11）、福島県（10）、島根県（10）、熊本県（10）、山形県（9）であった（図表 2-3）。ワーキンググループを開催しているのは 10 道府県であり、開催回数は多い順に、千葉県（17）、兵庫県（11）、三重県（7）、福岡県（6）、青森県（5）、大阪府（5）、福井県（3）、富山県（2）、山口県（2）、石川県（1）であった。

図表 2-3 委員会・ワーキンググループの開催回数（都道府県別）

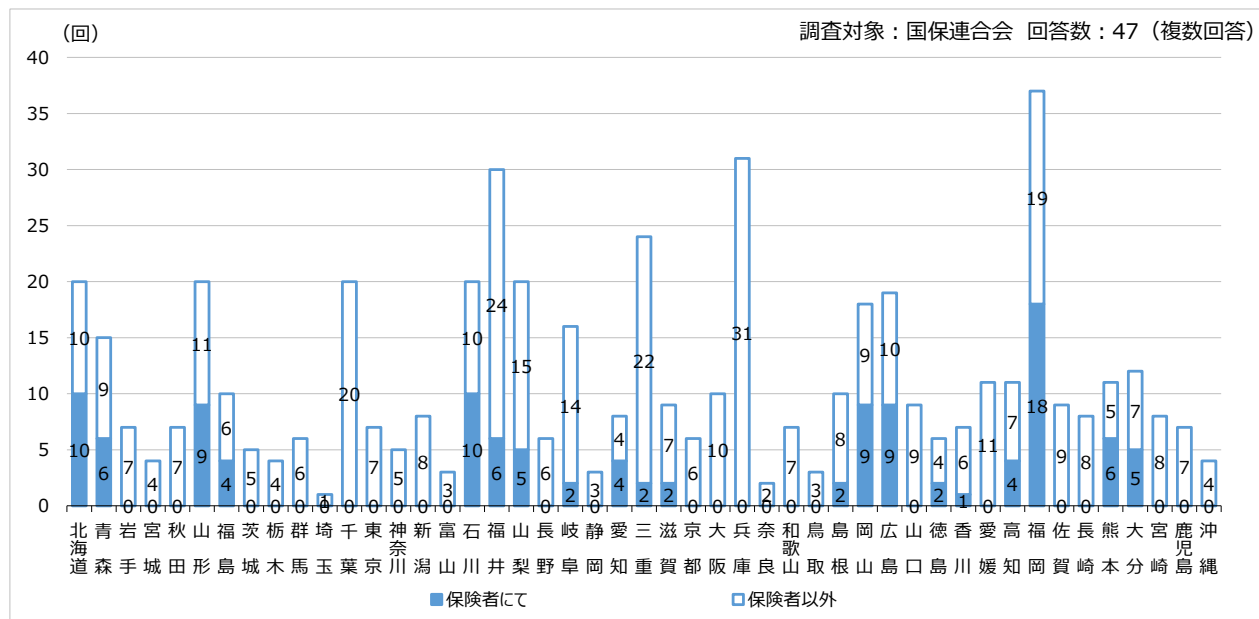


## (2) 支援・評価委員会の活動方法

### ① 支援・評価委員会の活動方法（都道府県別比較）

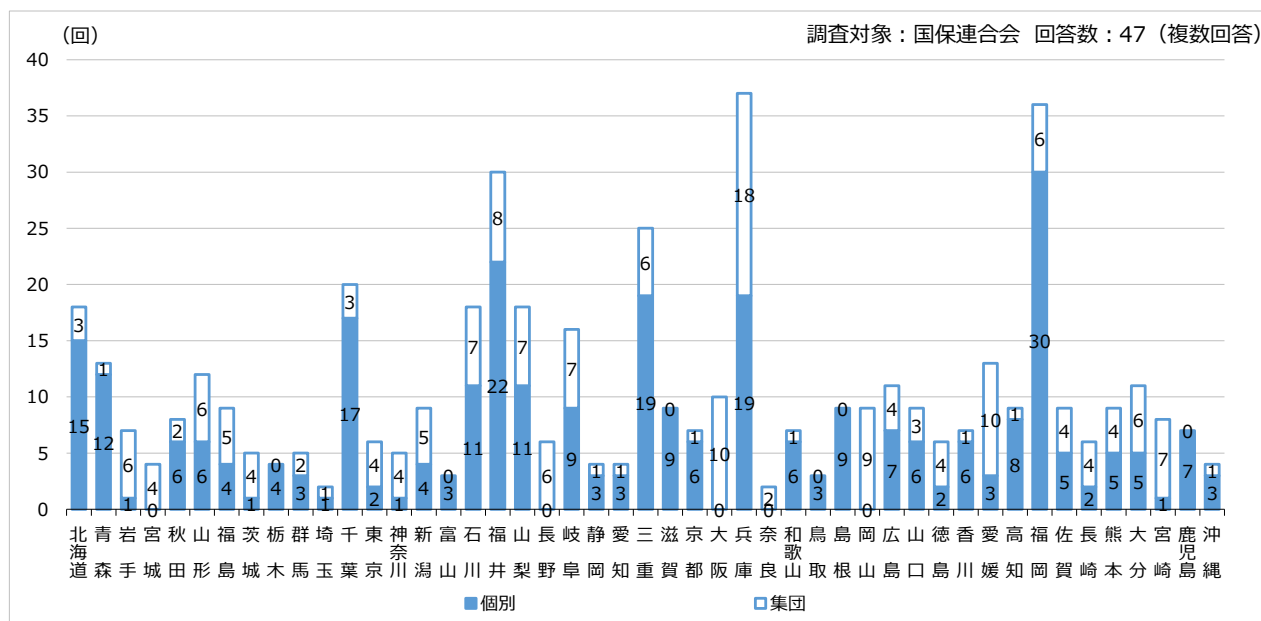
支援・評価委員会（説明会、ヒアリング、研修会、委員会、ワーキングを含む）の活動方法について、開催（支援）場所を都道府県ごとに見ると、保険者での開催（支援）が多かったのは、福岡県（18）、北海道（10）、石川県（10）であった。保険者以外での開催（支援）が多かったのは、兵庫県（31）、福井県（24）、三重県（22）であった（図表 2-4）。

図表 2-4 開催（支援）場所（都道府県別）



支援形態を都道府県ごとに見ると、個別支援は、多い順に福岡県（30）、福井県（22）、三重県（19）、兵庫県（19）であった。集団支援は、多い順に、兵庫県（18）、大阪府（10）、愛媛県（10）であった（図表 2-5）。

図表 2-5 支援形態（都道府県別）



## ② 支援・評価委員会の活動方法（経年比較）

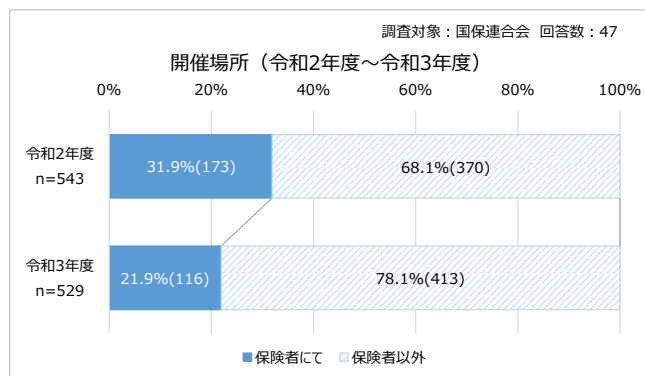
開催（支援）場所は保険者以外での実施が多く、令和2年度と比較すると、保険者以外での実施が増加していた（図表 2-6）。

支援形態は集団支援より個別支援が多いが、令和2年度と比較すると、集団支援は増加し、個別支援は減少していた（図表 2-7）。

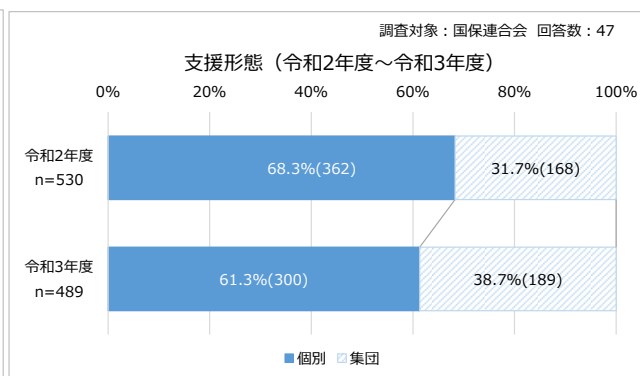
保険者同士が意見交換する場を設定しないケースは、意見交換を設定するケースの4倍以上多く、令和2年度と同水準であった（図表 2-8）。

Webの活用状況は、半数以上の252開催で活用されていた。令和2年度では、Webの活用は全体の2割弱だったのに対して、令和3年度は5割を超える割合となり、コロナ禍でのWeb活用が進んだことがうかがえる（図表 2-9）。なお、令和2年度は「書面にて開催」に該当する活動が50開催ほどあったが、令和3年度では僅かであった。

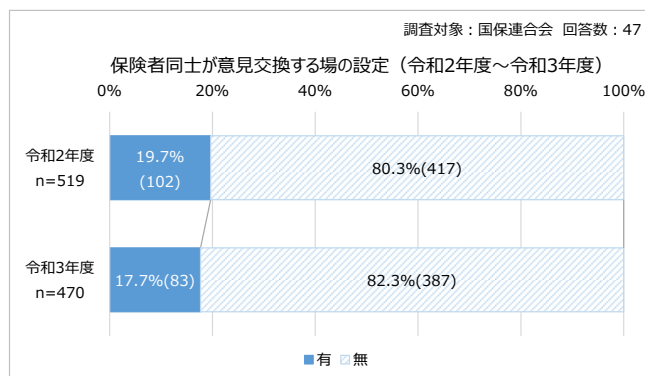
図表 2-6 支援・評価委員会の開催（支援）場所



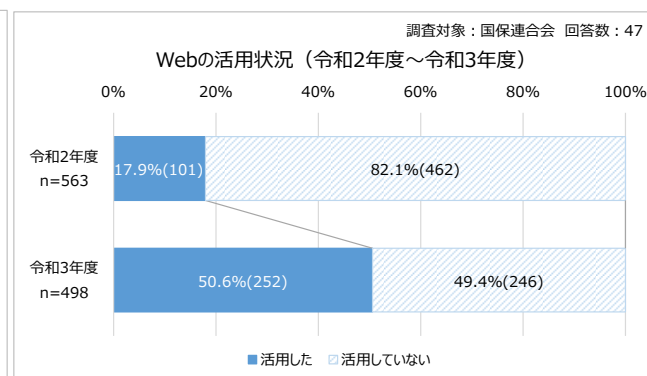
図表 2-7 支援・評価委員会の支援形態



図表 2-8 保険者同士が意見交換する場の設定



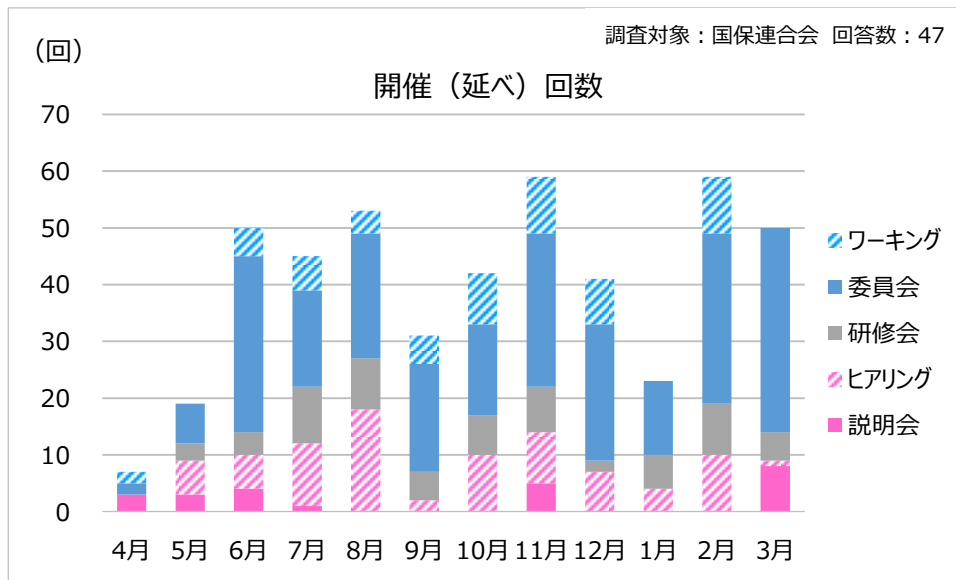
図表 2-9 支援・評価委員会の Web の活用状況



### ③ 支援・評価委員会の活動方法（月別比較）

支援・評価委員会の活動は、委員会以外にもワーキングや研修会等様々な方法での開催がされており、特に6月以降で活動回数が大幅に増加していた（図表 2-10）。

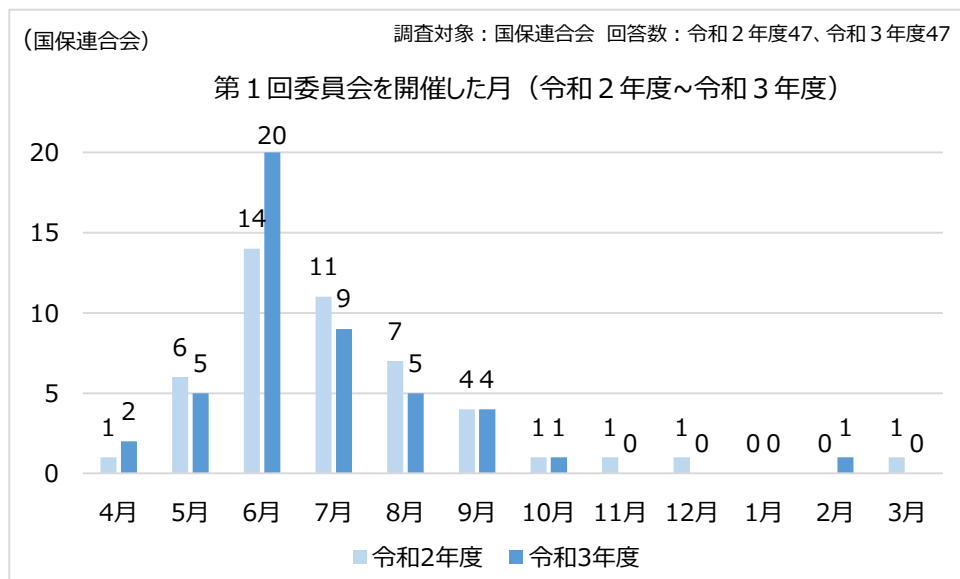
図表 2-10 支援・評価委員会等の開催（延べ）回数



支援・評価委員会の初回開催は、6月が最も多く、45 都道府県において9月以前に開始していた（図表 2-11）。

令和2年度と比較しても、6月開催が増加していた。

図表 2-11 第1回委員会開催月別国保連合会数



#### ④ 支援・評価委員会と外部機関との連携状況

外部機関との連携状況について、「外部機関と連携している」と回答した国保連合会が 35 連合会であった。

具体的な連携先は「都道府県」が最も多かった。関わり方を見ると、「情報を共有している」、「必要に応じて相談を行っている」が多かった（図表 2-12）。

なお、外部機関との連携について未回答だった国保連合会についても、支援・評価委員会の委員として外部機関の方が参画している実態があった。また、「その他」の関わり方では、「支援・評価委員会の委員として選出」、「支援・評価委員会にオブザーバーとして参加」が多かった。

図表 2-12 支援・評価委員会と外部機関との連携<sup>11</sup>

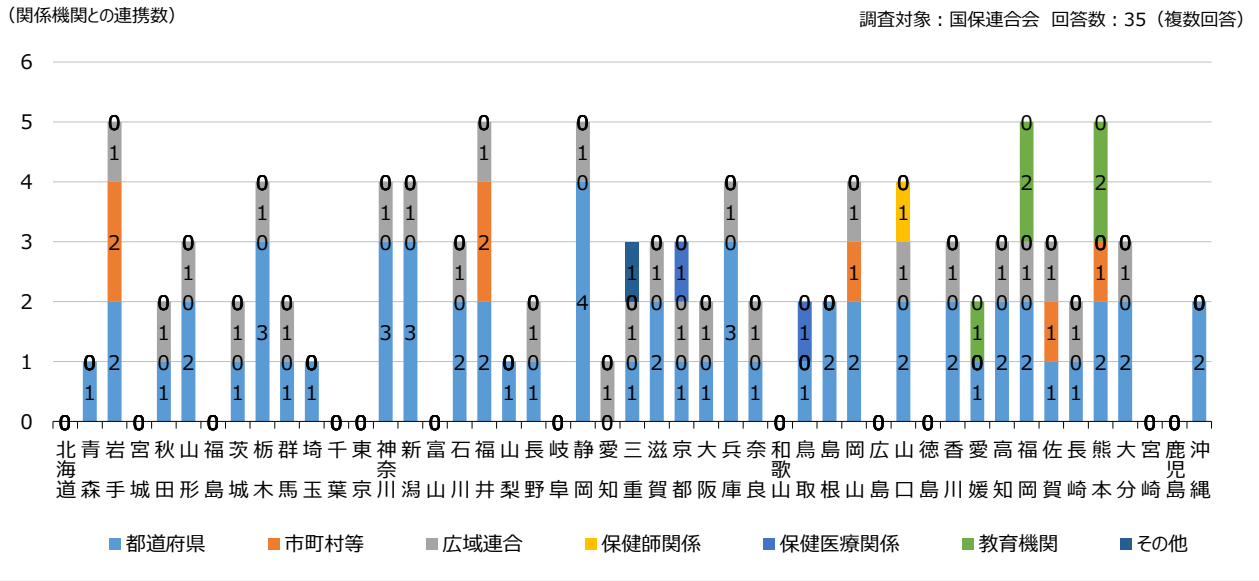
外部機関 大分類	外部機関 中分類	連携している 国保連合会数	具体的な連携内容（各連携先について、以下から複数選択）						
			情報を 共有している	必要に応じて 相談を行って いる	定期的に会議 を開催している	事業実施の 協力を得ている （データ提供、 講演実施等）	事業を共同で 実施している	事業評価に 関わっている	その他
都道府県	小計（都道府県）	34	31	29	6	15	11	8	7
	国保主管課	30	27	27	5	12	8	4	5
	健康増進主管課	13	12	10	2	6	7	4	1
	高齢者福祉主管課	5	5	4	2	2	1	0	0
	介護保険主管課	1	1	1	0	0	0	0	0
	保健所	8	6	5	0	1	1	3	4
	その他	2	2	0	0	0	0	0	1
市町村等	小計（市町村等）	5	5	5	2	3	1	3	2
	国保主管課	3	3	3	2	2	1	2	0
	健康増進主管課	4	4	4	2	2	1	2	2
広域連合	-	27	26	25	8	14	10	5	1
保健師関係	市町村保健活動協議会	1	0	0	0	0	0	1	0
保健医療関係	その他	2	0	1	0	1	0	0	0
教育機関	大学	3	2	3	0	0	0	3	4
その他	その他	1	0	1	0	0	0	0	1
合計		73	64	64	16	33	22	20	15

<sup>11</sup> 各国保連合会に対して支援・評価委員会が連携した外部機関名称と連携内容（複数回答）を調査したもの。  
表内のデータバーは、列ごとの合計に対する割合をそれぞれ表示したものである。

連携先「大学」の「その他」については、1 連携先に対して 2 つ以上の連携内容を回答された国保連合会があった。

図表 2-12 の「連携している国保連合会数」を都道府県別に見ると、連携数で多かったのは、岩手県、福井県、静岡県、福岡県、熊本県であった（図表 2-13）。

図表 2-13 支援・評価委員会と外部機関との連携（都道府県別）

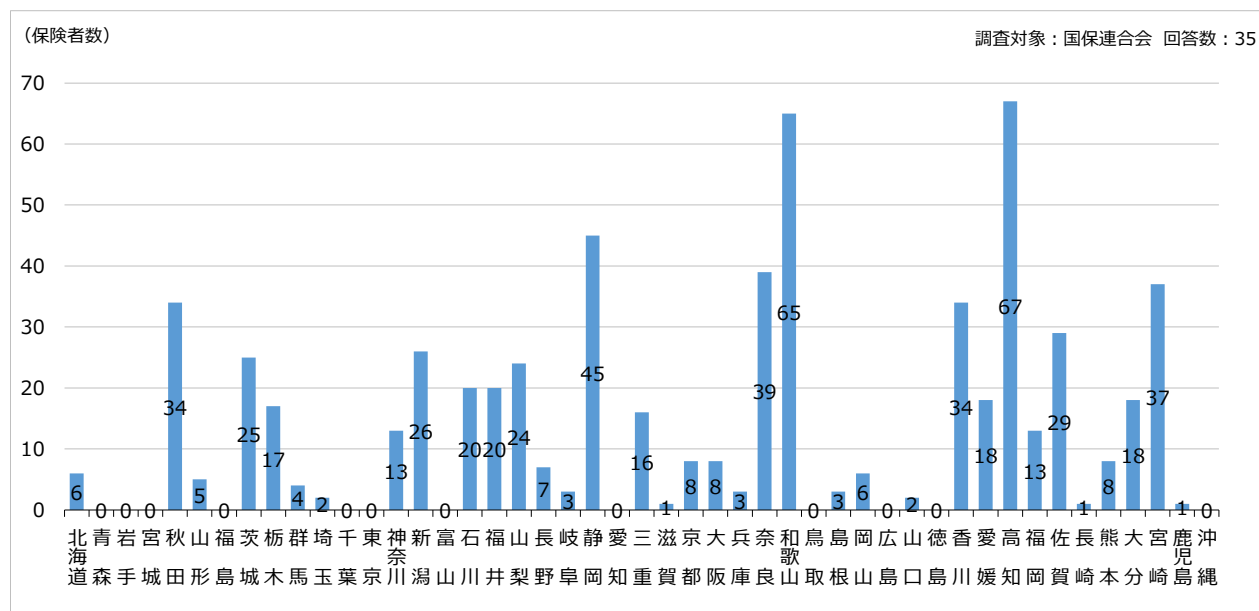


### (3) 国保連合会事務局による保険者（構成市町村を含む）支援の状況

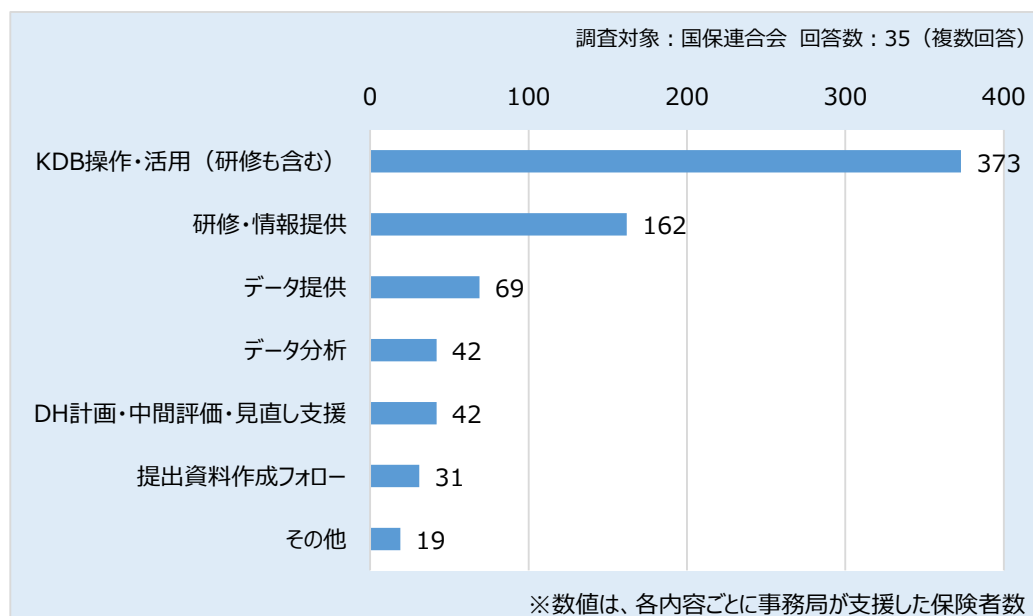
支援・評価委員会を利用せず、国保連合会事務局が単独で支援した保険者がいると回答したのは 35 連合会であった。

各国保連合会について、事務局が支援を行った保険者数および支援の内容を調査したところ、以下のような結果であった（図表 2-14、図表 2-15）。

図表 2-14 事務局が単独で支援した保険者（構成市町村を含む）数（都道府県別）



図表 2-15 事務局支援の内容<sup>12</sup>



<sup>12</sup> 国保連合会より自由記載形式で回答のあった支援内容を分類したもの。

### 3. 保険者別（都道府県、市町村国保、国保組合、広域連合、構成市町村）の支援状況（保険者票より集計）



#### <国保>

○都道府県 → 支援を受けた事業は、「KDB等のデータベースを活用した現状把握、事業対象者の抽出、効果分析や課題整理を行う事業」が多かった。

全事業総合計で支援希望と支援実績を比較すると、ほとんどの内容で支援希望より支援実績が上回っていた。

○市町村国保 → 支援を受けた事業は、「特定健診未受診者対策」、「糖尿病性腎症重症化予防」、「生活習慣病重症化予防における保健指導」が多かった。

全事業総合計で支援希望と支援実績を比較すると、全ての内容で支援希望より支援実績が上回っていた。

○国保組合 → 支援を受けた事業は、「特定健診受診率・特定保健指導実施率向上のための対策」、「糖尿病性腎症重症化予防」が多かった。

#### <後期>

○広域連合、構成市町村 → 支援を受けた事業は、「生活習慣病等の重症化予防に関わる相談・指導」、「事業の企画・健康課題の分析等」が両者とも多かった。

構成市町村は、支援を受けた構成市町村及び支援を受けた事業が大きく増加しており、それに伴い支援実績も令和2年度より大きく増加していた。

👉 本章に掲載している内容は、別添資料「支援・評価委員会等の支援状況」に掲載した集計結果を要約・分析したものです。  
掲載内容の詳細については、別添資料の保険者別集計結果を参照してください。



## (1) 国保

### ① 都道府県への支援状況

	令和3年度 支援を受けた事業（上位5事業）	都道府県数
1	KDB等のデータベースを活用した現状把握、事業対象者の抽出、効果分析や課題整理を行う事業	24
2	保健事業に関わる都道府県及び市町村職員を対象とした人材育成	17
3	都道府県が市町村と共同または支援により行う保健事業	15
4	予防・健康づくりの周知・啓発	14
5	かかりつけ医等に対する研修	11

#### 令和3年度 その他の事業

「ビックデータを活用した健康づくり事業」、「医歯薬連携による糖尿病重症化予防モデル事業」等

	令和2年度 支援を受けた事業（上位5事業）	都道府県数
1	予防・健康づくりの周知・啓発	19
2	人材育成（管内全域から参加できる研修の開催等）	17
2	KDBシステムと他のデータベースを合わせた分析	17
2	先進的な保健事業、重症化予防、フレイル対策、重複多剤投与者に対する保健事業	17
5	かかりつけ医等に対する研修	13

### (ア) 支援組織

- ・ 全事業総合計で見ると、支援・評価委員会の支援を受けたのは129事業、支援・評価委員会以外の第三者の支援を受けたのは7事業、両方から支援を受けたのは2事業であった。
- ・ 支援・評価委員会以外の第三者では、糖尿病関係の会議が多かった。

☞ 詳細については、別添資料「支援・評価委員会等の支援状況(1)国保①都道府県 事業総合計＜支援組織＞」を参照してください。

### (イ) 支援希望と支援実績の状況

#### ○令和3年度の状況

- ・ 全事業総合計の支援・助言を受けた内容別で見ると、支援希望・支援実績ともに、「事業の方法、内容」が最も多く、次に「事業の目的（背景・位置づけ）・目標・評価指標の設定方法」、「事業の実施体制（事業関係者における連絡・調整・情報共有・連携の方法）」であった。
- ・ 全事業総合計で支援希望と支援実績を比較すると、支援希望より支援実績が上回っているものが多かった。特に、「事業の目的（背景・位置づけ）・目標・評価指標の設定方法」と「事業の方法、内容」が支援希望より支援実績が大きく上回っていた。

#### ○令和2年度と令和3年度の比較

- ・ 令和2年度と比較した全事業総合計の支援実績では、「事業のスケジュール管理」が増加していた。

☞ 詳細については、別添資料「支援・評価委員会等の支援状況(1)国保①都道府県 事業総合計＜支援・助言を受けた内容＞、＜支援・助言を受けた内容＞（経年比較）」を参照してください。

### (ウ) 支援・助言の反映状況

- ・ 全事業の総合計では、「助言を受け、方向性ややり方の確認ができた」が最も多かった。
- ・ 「助言を希望したが、受けられなかった」と回答したのは、1都道府県の1事業のみであった。

☞ 詳細については、別添資料「支援・評価委員会等の支援状況(1)国保①都道府県 事業総合計＜支援・助言の結果＞」を参照してください。

## ② 市町村国保への支援状況

	令和3年度 支援を受けた事業（上位5事業）	市町村数
1	特定健診未受診者対策	550
2	糖尿病性腎症重症化予防（大規模実証事業に参加して実施するものも含む）	408
3	生活習慣病重症化予防における保健指導	218
4	データヘルス計画策定・データヘルス計画の中間評価	194
5	受診勧奨判定値を超えている者への受診勧奨	162

### 令和3年度 その他の事業

「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業」、「がん検診」、「健康ポイント事業」等

	令和2年度 支援を受けた事業（上位5事業）	市町村数
1	特定健診未受診者対策	513
2	データヘルス計画の中間評価・データヘルス計画策定	474
3	糖尿病性腎症重症化予防	368
4	特定健診受診者のフォローアップ（受診勧奨判定値を超えている者への対策）	180
5	生活習慣病予防における保健指導	158

### (ア)支援組織

- ・ 全事業総合計で見ると、支援・評価委員会の支援を受けたのは1,786事業、支援・評価委員会以外の第三者の支援を受けたのは74事業、両方から支援を受けたのは65事業であった。

☞詳細については、別添資料「支援・評価委員会等の支援状況(1)国保②市町村国保 事業総合計<支援組織>」を参照してください。

### (イ)支援希望と支援実績の状況

#### ○令和3年度の状況

- ・ 全事業総合計の支援・助言を受けた内容別で見ると、「特に支援を希望していた事項（以下、「支援希望」という。）」及び「支援・評価委員会等で実際に受けた支援・助言内容（以下、「支援実績」という。）」は「事業の方法、内容」が最も多く、次に「評価指標の収集及び事業評価の方法」であった。
- ・ 全事業総合計で支援希望と支援実績を比較すると、全ての内容で支援希望より支援実績が上回っていた。

#### ○令和2年度と令和3年度の比較

- ・ 令和2年度と比較した全事業総合計の支援実績では、「事業の方法、内容」、「事業を継続的に実施する方策（脱落防止等）」は増加していたものの、それ以外は減少していた。

☞詳細については、別添資料「支援・評価委員会等の支援状況(1)国保②市町村国保 事業総合計<支援・助言を受けた内容>、<支援・助言を受けた内容>（経年比較）」を参照してください。

### (ウ)支援・助言の反映状況

- ・ 全事業総合計では、「助言を受け、方向性ややり方の確認ができた」が最も多かった。
- ・ 「その他」と回答した中で最も多かったのは、「来年度に助言内容を反映する予定」という意見であった。

☞詳細については、別添資料「支援・評価委員会等の支援状況(1)国保②市町村国保 事業総合計<支援・助言の結果>」を参照してください。

### ③ 国保組合への支援状況

	令和3年度 支援を受けた事業（上位5事業）	国保組合数
1	特定健診受診率・特定保健指導実施率向上のための対策	22
2	糖尿病性腎症重症化予防	13
3	データヘルス計画に基づく個別の保健事業の単年度の実施計画の策定・実施評価	3
4	保健事業全体の中長期的なデータヘルス計画の策定	2
4	重複・頻回受診者への訪問指導	2

#### 令和3年度 その他の事業

「ジェネリック医薬品使用促進の取組への現状分析と評価」、「高血圧重症化予防」等

	令和2年度 支援を受けた事業（上位5事業）	国保組合数
1	特定健診未受診者対策	21
2	データヘルス計画の中間評価・データヘルス計画策定	20
3	特定健診受診者のフォローアップ（特定健診継続受診対策）	11
4	特定健診受診者のフォローアップ（特定保健指導未利用者対策）	10
5	糖尿病性腎症重症化予防	6

※ 令和2年度調査は、令和3年度とは異なる事業区分で調査している。

#### (ア) 支援希望と支援実績の状況

- ・ 全事業総合計の支援・助言を受けた内容別で見ると、支援希望・支援実績ともに、「事業の方法、内容」が最も多く、次に「事業実施後の事業評価」であった。
- ・ 全事業総合計で支援希望と支援実績を比較すると、「事業実施後の事業評価」についてが、支援希望より支援実績が下回っており、最も乖離が大きかった。

☞ 詳細については、別添資料「支援・評価委員会等の支援状況(1)国保③国保組合 事業総合計＜支援・助言を受けた内容＞」を参照してください。

#### (イ) 支援・助言の反映状況

- ・ 全事業総合計では、「助言を受け、方向性ややり方の確認ができた」が最も多かった。
- ・ 「助言を希望したが、受けられなかった」とした回答が、全ての事業で0であった。

☞ 詳細については、別添資料「支援・評価委員会等の支援状況(1)国保③国保組合 事業総合計＜支援・助言の結果＞」を参照してください。

※ 国保組合は支援組織の調査なし

## (2)後期

### ① 広域連合への支援状況

	令和3年度 支援を受けた事業（上位5事業）	広域連合数
1	生活習慣病等の重症化予防に関わる相談・指導	14
2	データヘルス計画策定・データヘルス計画の中間評価	12
3	健診や医療の受診勧奨や介護サービス等の利用勧奨など	7
4	事業の企画・健康課題の分析等	6
5	口腔に関する相談・指導	3
5	重複・頻回受診者、重複投薬者等への相談・指導の取組	3
5	健康状態が不明な高齢者の状態把握、必要なサービスへの接続	3

#### 令和3年度 その他の事業

「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施事業」、「健診事業」、「歯科健診事業」等

	令和2年度 支援を受けた事業（上位5事業）	広域連合数
1	データヘルス計画の中間評価	19
2	生活習慣病等の重症化予防	17
3	栄養に関する相談・指導	8
4	口腔に関する相談・指導	7
4	重複・頻回受診者、重複投薬者等への相談・指導	7

#### (ア)支援組織

- ・ 全事業総合計で見ると、支援・評価委員会の支援を受けたのは47事業、支援・評価委員会以外の第三者の支援を受けたのは1事業、両方から支援を受けたのは3事業であった。

☞詳細については、別添資料「支援・評価委員会等の支援状況(2)後期①広域連合 事業総合計<支援組織>」を参照してください。

#### (イ)支援希望と支援実績の状況

##### ○令和3年度の状況

- ・ 全事業総合計の支援・助言を受けた内容別で見ると、支援希望・支援実績ともに、「事業の対象者（選定基準を含む）と募集方法」と「事業の方法、内容」が多かった。
- ・ 全事業総合計で支援希望と支援実績を比較すると、「既存事業の内容とその達成状況の整理（棚卸し）」が、支援希望より支援実績が大きく下回っていた。

##### ○令和2年度と令和3年度の比較

- ・ 令和2年度と比較した全事業総合計の支援実績では、令和2年度より減少しているものが多かった。大きく減少していたのは、「事業の目的（背景・位置づけ）・目標・評価指標の設定方法」であった。

☞詳細については、別添資料「支援・評価委員会等の支援状況(2)後期①広域連合 事業総合計<支援・助言を受けた内容>、<支援・助言を受けた内容>（経年比較）」を参照してください。

#### (ウ)支援・助言の反映状況

- ・ 全事業総合計で、「助言を希望したが、受けられなかった」と回答したのは、1広域連合の1事業のみであった。
- ・ 「その他」の内容は、「市町村に対し支援を受けたため、反映したかどうかは不明」等であった。

☞詳細については、別添資料「支援・評価委員会等の支援状況(2)後期①広域連合 事業総合計<支援・助言の結果>」を参照してください。

## ② 構成市町村への支援状況

	令和3年度 支援を受けた事業（上位5事業）	構成市町村数
1	生活習慣病等の重症化予防に関わる相談・指導	248
2	事業の企画・健康課題の分析等	110
3	フレイル予防の普及啓発活動やフレイル予防などの健康教育・健康相談	91
4	健康状態が不明な高齢者の状態把握、必要なサービスへの接続	62
5	栄養に関する相談・指導	57

### 令和3年度 その他の事業

「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業」、「糖尿病性腎症重症化予防事業」等

	令和2年度 支援を受けた事業（上位5事業）	構成市町村数
1	生活習慣病等の重症化予防	90
2	フレイル予防の普及啓発活動や運動・栄養・口腔等のフレイル予防などの健康教育・健康相談	44
3	健康状態が不明な高齢者の状態把握、必要なサービスへの接続	34
4	フレイル状態にある高齢者等を把握し、低栄養や筋力低下等の状態に応じた保健指導や生活機能向上に向けた支援	29
5	栄養に関する相談・指導	24

### (ア)支援組織

- ・ 全事業総合計で見ると、支援・評価委員会の支援を受けたのは562事業、支援・評価委員会以外の第三者の支援を受けたのは34事業、両方から支援を受けたのは32事業であった。

☞詳細については、別添資料「支援・評価委員会等の支援状況(2)後期②構成市町村 事業総合計<支援組織>」を参照してください。

### (イ)支援希望と支援実績の状況

#### ○令和3年度の状況

- ・ 全事業総合計の支援・助言を受けた内容別で見ると、支援希望・支援実績ともに、「事業の方法、内容」が最も多く、次に、「事業の対象者（選定基準を含む）と募集方法」と「評価指標の収集及び事業評価の方法」であった。
- ・ 全事業総合計で支援希望と支援実績を比較すると、支援希望より支援実績が上回っているものが多かった。特に、「事業の方法、内容」では、支援希望より支援実績が大きく上回っていた。

#### ○令和2年度と令和3年度の比較

- ・ 令和2年度と比較した全事業総合計の支援実績では、支援を受けた構成市町村が増加したことにより、ほとんどの内容で大きく増加していた。

☞詳細については、別添資料「支援・評価委員会等の支援状況(2)後期②構成市町村 事業総合計<支援・助言を受けた内容>、<支援・助言を受けた内容>（経年比較）」を参照してください。

### (ウ)支援・助言の反映状況

- ・ 全事業総合計では、「助言を受け、方向性ややり方の確認ができた」が最も多かった。
- ・ 「その他」と回答した中で最も多かったのは、「来年度に助言内容を反映する予定」という意見であった。

☞詳細については、別添資料「支援・評価委員会等の支援状況(2)後期②構成市町村 事業総合計<支援・助言の結果>」を参照してください。



## 4. 支援・評価委員会の支援結果（事務局）（国保連合会票より集計）



- 支援希望保険者が増加し、助言希望の方法、内容が多様化しており、支援・評価委員会の負担が毎年大きくなっている。このため、支援方法の効率化等により委員の負担軽減につながる対応が必要となる。
- 取組が遅れている保険者や長期間支援を行っていない保険者等を含め、保険者全体に目配りをしながら保険者ニーズに応じた支援が求められている。
- 糖尿病対策や一体的実施の事業推進等により専門的な知見からの意見が求められており、支援・評価委員会の委員構成や役割分担についても工夫する必要がある。

### (1)令和 3 年度の活動として見直した点及び工夫した点

支援活動において見直した点・工夫した点については、提出書類の見直しや支援体制の工夫等、主に効果的・効率的な支援を行うことを目的としているものが多かった。また、コロナ禍もあり Web を活用した内容も多かった。

#### ア) 支援体制

見直した点	<p>【支援体制の見直し】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●昨年度まで、意見書案を主に保健師 1 名で作成していたが、今年度からは保健師 2 名で相談しながら作成することで支援の迅速化につなげることができた。</li> <li>●国保ヘルスアップに申請する保険者のみを支援対象とするのではなく、<b>支援を希望する全保険者が支援を受けることができる</b>ようにした。</li> <li>●令和 2 年度は、市町村支援の際に保健師だけで訪問していたが、令和 3 年度は、<b>事務職も一緒に訪問することで、KDB システムの活用等について理解が深まった。</b></li> </ul>
	<p>【委員の増員】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●県内保険者共通の課題である高血圧を解決するため、<b>循環器専門医をオブザーバーとして招聘した。</b></li> </ul>
工夫した点	<p>【支援体制の工夫】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●係員の約半数が入れ替わったため、保険者担当制での支援ができなくなった。希望のあった保険者に対し複数人で支援を行う形に変更した。</li> <li>●国保ヘルスアップ事業実施市町村が増加しているため、文書助言の際には、<b>保健師委員及び事務局保健師で担当分け</b>を行った。</li> <li>●<b>ワーキングチームと本体委員会の役割分担</b>を決めて、同じことを繰り返すだけにならないようにした。</li> <li>●圏域内の市町村の課題を知って頂くため、保健所にも出席いただいた。</li> <li>●連合会内部で<b>事務職と保健師が連携</b>し支援できるよう、支援保険者の支援計画や支援記録を両者で共有した。</li> </ul>

イ) 支援方法

見直した点	<p>【開催方法の見直し】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 委員会に申請している市町村保険者間での Web（Zoom 使用）による視聴を可能とした。</li> <li>● 委員会では出席した市町村の担当者間で課題の共有ができるよう、委員からの支援の前に情報交換の時間を作った。</li> <li>● 令和 5 年度の第 3 期データヘルス計画策定に向けて、健康課題を把握し課題解決のための事業の方向性の検討や事業実施のための体制づくりを行うため、二次医療圏域別の研修会を実施した。</li> </ul> <p>【提出物の見直し】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 個別保健事業の様式に、データヘルス計画の目標の明記欄を設け、データヘルス計画の目標を達成のための事業（データヘルス計画全体の中での個別保健事業の位置）を意識できるようにした。</li> <li>● 昨年度、委員会提出様式を極力選択式で回答できるようなものにしたが、保険者によって賛否両論があったため、令和元年度までの様式に再度変更した。支援保険者数は年々増加しているため、引き続き提出様式の簡略化等の検討を行ってきたい。</li> </ul>
工夫した点	<p>【未支援保険者への工夫】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>申請期限を 2 回設けたこと。</b> 一度、申請をしていただいた保険者については随時相談を受け付けた。また、県から情報提供をしていただき、2 回目の申請期限時にヘルスアップ事業 B に申請をしていてヘルスサポートの申請がなかった市町村、中間評価未実施の市町村に対して電話連絡をして支援につながった市町村があった。</li> <li>● 「どのような支援を受けることができるかわからない」や「支援の手続き等がよくわからず利用しにくい」との理由から委員会支援を希望しない保険者があるため、<b>研修会及び連合会ホームページにて委員会の PR</b>を行った。</li> <li>● 年度当初に支援希望調査を実施し、支援希望内容に応じて優先順位をつけ、支援を行っている。保険者からの支援希望はないが<b>支援の必要性があると判断した保険者には、連合会から声掛けし支援につなげた。</b></li> </ul> <p>【コロナ禍の工夫】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● コロナ禍で集合形式での支援が難しい状況が続いていることから、基本支援とした委員会主催研修はオンライン開催とし、講義動画等を本会ホームページへ掲載した。</li> <li>● 新型コロナウイルス感染拡大防止のため、保険者の出席人数並びに研修時間を制限して行った。</li> <li>● 新型コロナウイルス感染症の影響もあり、今年度も Web 会議システムを活用し、委員会を実施した。また、委員会の傍聴を可能とし、委員会の活動を出席保険者以外にも知ってもらえるよう取組んだ。</li> <li>● KDB 操作研修については個別研修とし、希望保険者に出向いて支援を行った。</li> </ul>



ウ) 支援内容

見直した点	<p>【保険者ニーズに沿った支援】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 保険者に提出していただく事前課題について、負担があるとの保険者からの意見を踏まえ、連合会が一部作成支援を行った。</li> <li>● より気軽に保険者が委員会の支援を受けやすくするために、今年度は初めて委員会を活用する保険者に対して、分析を行うためのツールや KDB システムの操作方法等、保健事業を行う上での基本的な内容の支援から丁寧に行っていった。</li> </ul> <p>【効率的な支援】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 多くの保険者に対して効果的に支援を行うため<b>年間計画を作成</b>し、各回テーマに沿った内容を中心に支援を行った。（第 1 回：糖尿病重症化予防、第 2 回：高齢者の一体的実施、第 3 回：高血圧への取組）</li> <li>● 高齢者の保健事業に関する<b>質問・助言一覧</b>については、後期高齢者医療広域連合・構成市町村が共有しているポータルサイトに掲載し、自由に確認できるようにした。国保保健事業についても、<b>これまでのアドバイス</b>をまとめて、公開していく予定である。</li> </ul>
工夫した点	<p>【資料・データ作成の工夫】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 支援時の参考資料として、保健事業を実施するうえで指標となるデータについて、<b>保険者ごとの計画策定時点（H28 年度～）からの推移を確認できる資料を作成</b>した。資料には、健診未受診者対策事業の支援依頼が多いため、月別受診者数のグラフ（最新年度とその前年度）も掲載している。</li> <li>● 現状分析や評価指標の設定について苦慮している保険者が多いことを感じ、KDB から抽出可能な医療費等のデータを集計し、現状把握や評価指標のベースとして<b>参考となる基礎データ一覧</b>をまとめ保険者及び県、保健所への提供を開始した。データ更新ごとに最新のデータをまとめ提供。</li> <li>● 保険者から提出された資料が大量になったため、事務局において一覧表を作成し、<b>各項目の保険者間の比較</b>ができるようにした。</li> <li>● 以前の支援・評価委員会の助言内容等から、個別健診・集団健診別月別曜日別地区別年代別データ及び生活習慣病で医療機関受診中の特定健診対象者の統計データを作成した。</li> <li>● <b>経年的な振り返りが出来るためのシート</b>や、体制図の作成など関係者が作成することで、振り返りが出来るようにした。</li> </ul> <p>【研修の工夫】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 全市町村を対象とした研修会を開催し、過去 3 年分の特定健診事業について経過を記載いただき、その後の各保健所の会議等で委員からも助言をいただくことで全体支援を行い、<b>研修会後のフォロー</b>も実施した。</li> <li>● 重症化予防について、多くの保険者で課題となっている<b>医療機関・医師会との連携</b>について、研修会で実施した。</li> </ul>

## (2) 国保連合会が支援をする上で参考となる事例

国保連合会が支援する上で参考となる事例について、24 国保連合会から 37 事例を提供いただいた。その中から一部を抜粋して以下に掲載した。

事業内容で最も多かったものは、「特定健診受診率向上」についてであった。

### ア) 特定健診受診率向上

区分	市町村
事業内容	特定健診未受診者対策
支援内容	PDCA が確認できるように、委員会での助言を次年度にどのように活かしたか、わかるような経年表の作成をお願いした。
参考になるポイント	いつの年度の、どの事業の、どの部分が委員会で助言をもらって始めた(変えた)のかわかるようにしたことで、担当者が異動しても理解できる。

区分	国保組合
事業内容	特定健診の受診率向上（未受診者対策、被保険者からの健診情報提供）
支援内容	受診勧奨ハガキの内容や健診情報提供についての文書の内容について変更点案と、返信用封筒を同封する案について助言。
参考になるポイント	<p>委員会終了後すぐに次のようなアクションを起こした。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・受診勧奨ハガキに健診受診料が無料というメリットを記載するとともに、健診結果の提出に関する文書を入れた。</li> <li>・健康診断等補助金の支給要件として、健診結果の添付が必要となるよう規定を検討中。</li> <li>・健診結果の提出を依頼する際、返信用封筒を同封。</li> </ul> <p>昨年度までは、マンパワー不足により助言内容を事業に反映することができずにいたが、今年度は昨年度と同じ体制でも、助言内容を取り入れるために動くことができた。</p> <p>また、他事業についても、外部委託等活用し次々と実施に結び付けることができた。委員会で把握した他保険者等の取組について事務局から情報提供すると、当該保険者等へ問い合わせ、補助金等を活用し、栄養士会や薬剤師会等への委託を進めた。</p> <p>6 年にわたる委員会での助言や励ましが積み重なり、委員や事務局との関係作りが行動変容の一つの要因となったと考える。</p>

### イ) 受診勧奨

区分	市町村
事業内容	要治療者への受診勧奨
支援内容	事業の最終評価時期が次年度以降となることなどから、アウトカム評価を「現時点では評価できず」としている箇所について、過去の暫定値等を使用して評価をするなど評価方法を検討するよう促した。
参考になるポイント	PDCA サイクルを回しながら個別保健事業計画の評価及び策定を行うという観点から、評価を記載することで、経年的に継続して評価ができるような支援を行った。

ウ) 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

区分	市町村
事業内容	高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施
支援内容	モデル地区支援として 3 回、健康・医療情報活用支援として 1 回支援を実施。 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施に向けた健康課題の把握及び体制づくり、既存事業との連携について支援を行った。
参考になるポイント	データヘルス計画とのつながりを意識出来るよう、成人期と高齢期の実態や健康課題をワンペーパーで見えるシートを作成し活用した。健康課題を成人期・高齢期の双方向から見ることで課題解決に向けた取組を考えることが出来た。 提出資料等から庁内での議論が深まっていない状況が散見され、保健所支援を活用出来るよう調整した。 市からは、保健所の支援を受け、他市町村の取組に関する情報提供や住民目線で考えることの助言が得られ良かったという評価であった。

エ) 糖尿病性腎症重症化予防

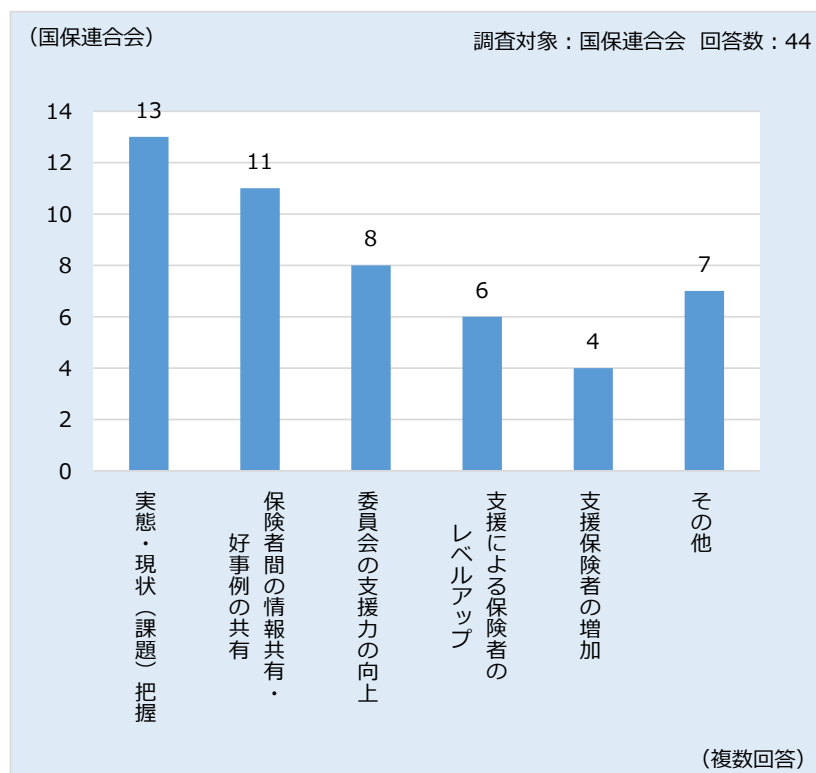
区分	市町村
事業内容	糖尿病性腎症重症化予防事業
支援内容	医師との連携並びに事業評価を中心に助言を行った。 ・保健師が利用者と関わって得られた情報及び支援の方向性について医師と情報共有すること、市保健師と医師の役割を明確にすることを提案。 ・事業評価の評価指標に、医師との連携について追加し事業見直しを図ることを提案。
参考になるポイント	事業を実施するうえで、医師とどのように連携をとる必要があるか助言を得られた。 地域医師会との連携は多くの保険者が課題としているが、事業を実施するうえで、医師との情報共有が重要であることを保険者が認識できた。

### (3) 支援・評価委員会としての成果と残された課題

#### ① 支援の成果

支援の成果として最も多かった意見は、「実態・現状（課題）把握」であり、次に「保険者間の情報共有・好事例の共有」であった。（図表 4-1）。

図表 4-1 支援の成果<sup>13</sup>



#### ◆以下、事務局意見抜粋

##### ア) 実態・現状（課題）把握

- 特定健診等の効果的な受診勧奨に課題を抱える保険者が多いことを認識することができた。その結果、国保・後期高齢者ヘルスサポート事業として実施した研修会の企画に活かすことができた。
- ヒアリングを保険者へ出向いて行うことで保険者の庁舎内外の雰囲気や書面では把握しづらいことなど情報収集をすることができた。
- 多くの自治体が未受診者への架電や特定保健指導を業者に委託しているが、丸投げ状態で委託契約の内容が十分吟味されていないことも多く、期待された効果が表れないケースや、業者の対応が十分でないケースがあることがわかってきた。このことを踏まえ、委託する際の確認すべきポイント等という観点からも支援していく必要がある。

<sup>13</sup> 国保連合会より自由記載形式で回答のあった内容を集計作業にて分類したもの。

#### イ) 保険者間の情報共有・好事例の共有

- **支援申請市町村同士の視聴を可能としたこと**で、事業計画・評価内容の共有ができ、好事例の横展開にもつながった。
- 委員会において**市町村間での情報交換の時間をとったこと**で、他保険者と課題の共有ができ、委員に支援を受ける際に課題のブラッシュアップにつながった。
- コロナ禍に対応し委員会を **Web 開催としたこと**で、**傍聴保険者が増加した**。保険者提出資料も許可を得て公開していることから、他の保険者の取組みについて把握できる場となっている。

#### ウ) 委員会の支援力の向上

- 支援体制の充実・強化に向けて、保健所と協働した支援を目指し、委員会や連合会主催の各種事業の出席を求めてきたが、今年度は保健所独自に継続的な保険者支援を実施した例や保健所主催の会議で支援保険者が取組事例の報告を行ったとの情報を得ており、少しずつ**保健所と協働した支援体制**が出来てきていると実感した。
- 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施が開始となり、支援・評価委員会にて事業の企画や実施方法への助言を行ったことにより、委員会の支援の幅が広がった。
- **医学的な見地からの助言**など、保険者間で共通する課題に対して、標準的な支援が展開できるようになった。

#### エ) 支援による保険者のレベルアップ

- これまでの取組みで、**保険者には PDCA サイクルを回して事業を展開することの意識が定着した**。
- 昨年度から継続して委員会を活用した保険者からは、委員からの助言により、実施内容の見直しを行ったことで成果につながったとの報告があり、**委員会を活用することで事業の PDCA の効果が得られている**。
- ヒアリング等を実施する中で、「前回の委員会で、こういう助言を受けたから、こう変えたい」という言葉が聞かれるようになった。今年度、事務局が事業の進捗状況や質問等をまとめて報告するなど効率的な委員会運営を図ったことにより、保険者も集中して助言を受けることができたのではないかと考える。
- 今年度から体制が大幅に変わり、事業の進め方を模索していた保険者が、今回初めて委員会の支援を受け、委員会で得たアドバイスを参考に今年度の事業を進めていくことが出来た。

#### オ) 支援保険者の増加

- オンライン開催や高齢者の一体的実施事業の支援を開始することにより、市町健康増進や後期高齢者の担当者の出席者が増加した。
- 昨年度データヘルズ計画の中間評価を実施していない市町村を優先的に支援したことで、中間評価を実施した保険者が増加した。また、中間評価の支援をきっかけに、今まで支援希望がなかった保険者に支援することができた。

カ) その他

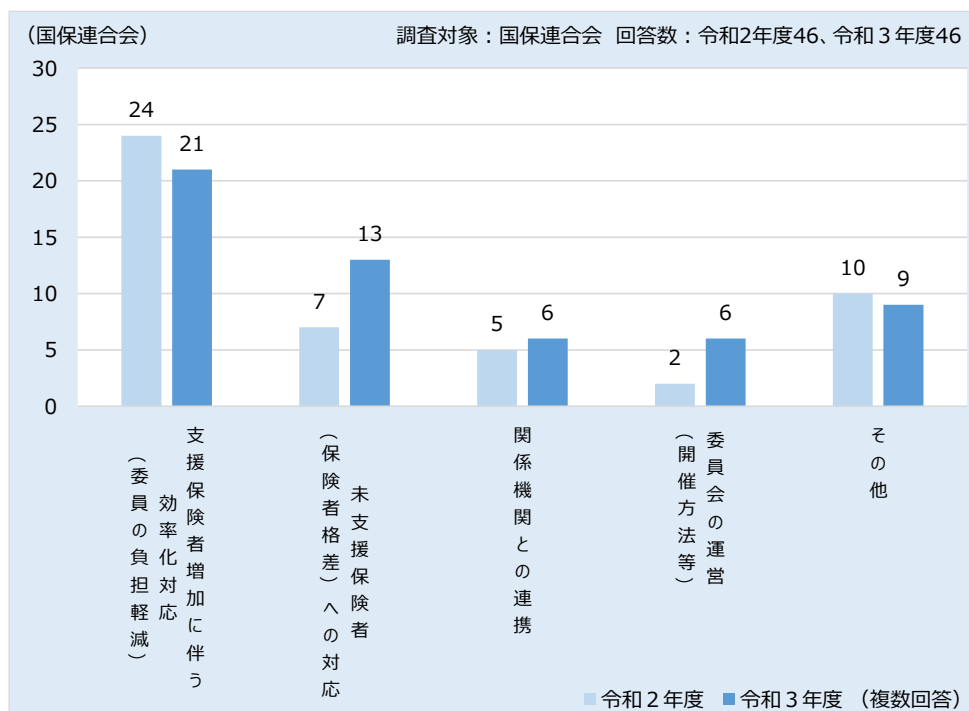
- 第二期データヘルス計画中間評価において、HbA1cと尿蛋白有所見の割合の増加がみられず、重症化予防への取組支援の効果があったと考えられる。

## ② 支援実施後に残された課題

残された課題として最も多かった意見は、「支援保険者増加に伴う効率化対応」であった。高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施事業の拡大に伴い、構成市町村の支援が増加傾向にある中で、より支援の効率化を図るための体制整備や支援方法等を課題として挙げる国保連合会が多くみられた。

次に多かった意見は、「未支援保険者（保険者格差）への対応」で、昨年度より課題として挙げる国保連合会が増加していた（図表 4-2）。

図表 4-2 支援実施後に残された課題の状況<sup>14</sup>



### ◆以下、事務局意見抜粋

#### ア) 支援保険者増加に伴う効率化対応（委員の負担軽減）

- 支援希望保険者が増加し、助言希望の方法、内容も多様化している。
- 支援・評価委員会の負担が毎年大きくなっており、委員構成や役割分担についての調整が難しい。
- 事業全般に関する支援は、各種法令、事業運営セオリー、医学的根拠のみでなく、地域の実情を実務者からよく聞き取り、その要素を踏まえて支援することが重要だが、Web・書面による実施方式や、支援保険者数・支援事業数の増加により、地域の実情や実務者の思いを踏まえた支援が難しい。
- 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施への支援が期待されており、事業実施市町村からの支援依頼が増え、委員、事務局の負担が大きくなると考えている。限られた開催回数・人員の中で、効果的・効率的な支援をどう行っていくか。
- 一体的事業の実施市町数が増加することで、委員会の開催方法等を見直す必要がある。

<sup>14</sup> 国保連合会より自由記載形式で回答のあった内容を集計作業にて分類したもの。

#### イ) 未支援保険者（保険者格差）への対応

- 事業を実施するうえで、**市町村格差が顕著化**してきた。リピート率が高く、支援を受けない市町村が固定化している。
- 保険者間の委員会利用状況と国保主管課、健康づくり主管課、後期高齢者主管課の連携についての高低差の改善が必要である。
- 支援・評価委員の助言により、確実に効果を上げている市町村がある一方で、傍聴等しても、委員会の内容を活かしていない市町村もある。
- 委員会の様子がわからないことで支援希望の手挙げをためらう保険者があることも予想され、他の国保連合会で行われているような委員会の傍聴の検討も必要だが、実現のためにはクリアすべき課題がたくさんある。
- まだ一度も委員会の支援を受けたことが無い保険者が支援を受けたいと思えるためには、連合会がどのような支援していけばよいのかを課題に感じている。

#### ウ) 関係機関との連携

- 今年度より開始した一体的実施についての市町支援は広域連合を介しての支援となっているので、より効率的・効果的な支援となるように、**広域連合との協議、連携**が必要である。
- 県関係課、保健所へはオブザーバー参加を呼びかけているが、参加が難しい状況にある。県、保健所との連携は、広域的な支援や委員会の内容の施策への反映、フォロー体制の構築においても重要だと考えている。**県、保健所との連携は、県全体としての保健事業の推進に向けて大きな課題**である。

#### エ) 委員会等の運営

- Web 開催のデメリットとして、対面支援時に比べ**保険者間の情報交換（対話）が難しい**現状がある。一部の保険者から、もう少し活発に意見交換をしたいとの要望もあり、委員会の運営について検討する必要がある。
- 検討会や本体委員会では、基本的に保険者に対して委員が各々コメントするのみにとどまっており、委員同士での議論が行えていない。加えて、委員と事務局との意見交換（保険者支援や委員会運営についての相談等）の場が持てていない。

#### オ) その他

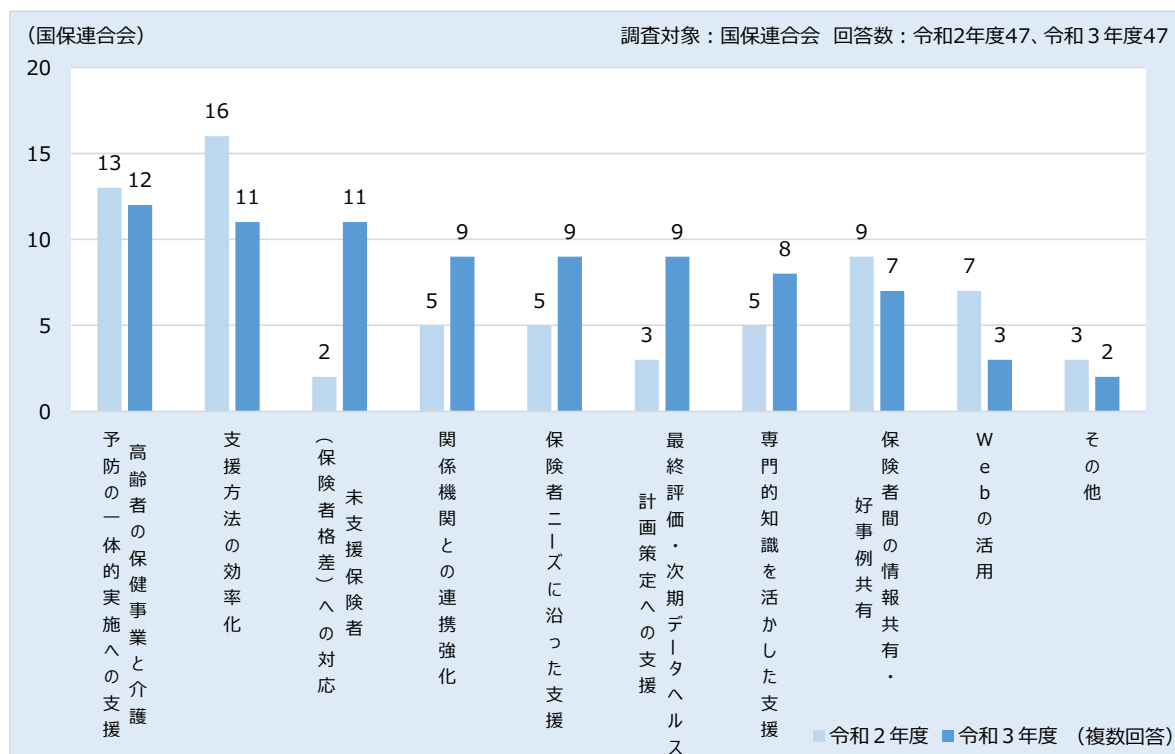
- **国保組合と広域連合の支援**について、市町村と同様の方法で支援を行うと、事業の毛色が若干異なることから要望にそぐわないことがあり、対応に苦慮している。
- 効率化が図られた一方で、委員からは「（質問について）もっと具体的に」といった声があり、また保険者からも「助言をいただいたが、具体的にはどうすればよいのか」といった声が聞かれた。委員が助言をしやすいような質問等の提示や他県の事例紹介などを行う必要がある。



#### (4) 支援・評価委員会としての今後の支援のあり方（事務局意見）

事務局の今後の支援のあり方として、最も多かった意見は、「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施への支援」で、次に、「支援方法の効率化」、「未支援保険者（保険者格差）への対応」であった（図表 4-3）。昨年度と比較すると、「未支援保険者（保険者格差）への対応」、「最終評価・次期データヘルス計画策定への支援」についての意見が増えていた。

図表 4-3 委員会としての今後の支援のあり方（事務局意見）<sup>15</sup>



#### ◆以下、事務局意見抜粋

##### ア) 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施への支援

- 一体的実施については、引き続き市町村の状況やニーズの把握に努めるとともに、**広域連合支援と連動させた支援**を進めていく。
- 一体的実施を開始する市町村もさらに増えることから、より一層効率的な委員会運営を行う必要があるが、一方で、2年目、3年目を迎える市町村もあり、もっと掘り下げた助言等を求められることが考えられる。
- **一体的実施に係る様式を追加**し、支援の強化を図る。
- 一体的実施について、県では令和5年度にはほぼ全て市町村が実施予定であること、同時に、第2期データヘルス計画の最終評価と第3期データヘルス計画の策定で、支援保険者数及び1保険者あたりの支援回数は更に増えることが見込まれる。基本的に支援を希望する全保険者を支援する必要があるため、**集団支援を中心に、支援方法に濃淡をつける**ことで必要な支援をしっかりと行っていきたい。

<sup>15</sup> 国保連合会より自由記載形式で回答のあった内容を集計作業にて分類したもの。

#### イ) 支援方法の効率化

- これまでの委員会で受けた助言等をまとめた**助言集を作成**し、事務局で対応できる質問等には委員会前に回答するなどし、効果的に支援を行う必要がある。
- 効果的・効率的な支援を行うために、**提出様式の改善**や、**指標の統一**等について委員や県等と協同で検討を進めていく必要がある。
- 支援保険者数の増加に対応するため、重点事業を設定する等、**支援事業や内容に濃淡をつけて支援**することを検討中。

#### ウ) 未支援保険者（保険者格差）への対応

- まだ一度も委員会を活用していない保険者や個別支援を活用していない**保険者の委員会活用へのハードルを下げるような支援方法の工夫や情報提供**を行い、一層の周知を図る。
- 支援・評価委員会を活用していない市町村が多いため、**委員会活用への周知・広報及び支援市町村の増加に対応する支援方法**を両輪で工夫する必要がある。
- 支援希望保険者が固定化している為、保険者間で格差が生まれている可能性が考えられる。何らかの形で委員会での内容を県内保険者へと横展開する等、全保険者を対象とした支援が必要であると考える。

#### エ) 関係機関との連携強化

- 全保険者を対象とした研修会を予定しているが、次年度も研修会後に**各保健所と連携**をとりながら研修内容のフォローを実施したい。
- 委員会の役割が増大する中、**広域連合や都道府県との連携**を図りながら、国保の保健事業や一体的実施に取り組む市町村支援等を進めていかなければならない。
- 本県では県、保健所との連携が出来ていない為、広域的な支援の実現に向けて、**県や保健所から委員として参画**してもらえよう検討している。

#### オ) 保険者ニーズに沿った支援

- 委員会からの助言を希望する保険者については、国保ヘルスアップ申請有無や申請区分を問わずに支援していく。
- 「資料作りが大変そう」「多忙」等を理由に支援を希望しない保険者や、「必要な時に支援を求められない」と感じている保険者に対して、支援を受けやすい体制づくりと、ニーズに沿った支援が可能となるようなしくみを作る。
- 保険者ニーズに合わせた委員**の選定（保険者ニーズの多様化に伴い、**専門分野のスポット的支援**を依頼できる委員の検討：循環器専門の医師、歯科医師、理学療法士、栄養士、薬剤師等）。

#### カ) 最終評価・次期データヘルス計画策定への支援

- データヘルス計画については、現在進行中の計画の最終評価や次期計画策定に向けた支援を求めるニーズが多く、アウトカム評価により成果を見える化することが求められることから、現状では**標準化や健康増進計画との整合性を踏まえた評価や策定に向けた支援**を行うことができるよう、準備を進める。
- 令和 5 年度の第 2 期データヘルス計画最終評価及び第 3 期計画策定に向けて、現状取り組んでいる保健事業の評価や、今後取り組むべき保健事業を明確にできるよう支援していく必要がある。
- PDCA サイクルで保健事業を回すことについての意識は定着してきていることから、今後は残された課題の解決に向けて、結果評価や企画評価等のアセスメントおよび、アセスメントを反映した次年度計画の企画に関する助言など、個々の実情に合わせた個別支援と全体研修を組み合わせで支援していく。

#### キ) 専門的知識を活かした支援

- 近年、重症化予防事業や一体的実施に関する支援が増えており、常任の委員の他に、**専門分野に特化した委員**からも助言を頂けるよう体制を整備していく。
- 令和 4 年度に委員を 4 名増員予定。特に、医療費や地域特性、評価分析等への**専門的助言を希望する声が多い**ことから、疫学・統計学領域の専門家の招聘を調整中。
- 個別支援及び集団助言については、支援・評価委員の専門性や長所に合わせて意見をいただくなど、市町村の課題に沿った支援を継続していく。

#### ク) 保険者間の情報共有・好事例の共有

- 好事例の横展開や、これまでに蓄積された委員会における支援内容を整理し、保険者に還元していく。（支援内容をいつでも閲覧できるような環境を整える）
- 情報交換や意見交換の充実を図るとともに、支援以外の保険者にも情報が行くようにする。

#### ケ) Web の活用

- コロナ禍による集合形式での実施に制限があるため、参加保険者であっても傍聴できない方や、参加保険者以外の方にも委員会時の内容や雰囲気等を多くの保険者と共有できるよう、委員会の様子をオンラインでの配信等検討していきたい。

## 5. 支援・評価委員会の支援結果（委員）

（委員票より集計）



- 委員からは、保険者の PDCA サイクルが定着化し、蓄積されてきた支援が効果を出してきているという意見が見られた。
- 今後の支援のあり方としては、県・保健所との具体的な連携体制の構築や保険者間の連携等、関係機関との連携強化に関する意見が多く見られた。また、未支援保険者への対応や支援・評価委員会としての PDCA も重要、という意見があった。

☞詳細については、別添資料「委員としての支援・助言を行っての感想」(P.97 以降)を参照してください。

### (1)支援・評価委員会としての成果（委員）

支援における成果として、「支援による保険者のレベルアップ」を回答する委員が多かった。PDCA サイクルが定着化し、蓄積されてきた支援が効果を出してきており、その一方で、支援を受けている保険者と受けていない保険者との差が大きくなっているのではないかと危惧する意見もみられた。

#### ア) 支援による保険者のレベルアップ

##### 【PDCA サイクルの定着】

- 参加市町村が提出する資料からは、課題・目標・計画・評価の整合性が年々向上して作成されていることが分かり、**PDCA サイクルによる保健事業展開の支援**ということでは一定の役割を果たしていると思う。
- 保険者と支援・評価委員の両者の努力により、**PDCA サイクルの意識化**（ストラクチャー、プロセス、アウトプット、アウトカムに何を書くか）や KDB の活用の仕方など、一定レベルに到達してきたと思われる。
- シート記入を継続してきたこともあり、課題に応じた解決方法および評価方法、実施、評価の PDCA プロセスを整理できるようになっていると思われる。また、**評価を翌年の action へつなげて考える**ことが出来ている。
- 早い時期から支援を受けてきたところにおいては、プレゼンテーションはしっかりしており、内容についても充実しているため、助言もしやすく、PDCA サイクルもうまく回っていると感じられ、ある程度の時間をかければ成果は上がっていくと考える。
- 継続的に支援・評価委員会に参加している市町村は、支援・評価委員会で指摘された事項について改善をして、次の委員会に臨むところが増えており、保健事業の発展が期待される状況になってきている。

##### 【保険者の取組の向上】

- 問題点の抽出、掘り下げと、解決のための方策について、**各保険者独自の工夫や取組**が見られるようになった。保険者が、糖尿病、糖尿病性腎症をはじめとする疾患への理解を深め、**データの見方や保健指導への取組が進化**した。
- 個別保健事業の計画策定及び評価について**保険者の資料作成のスキルが向上**し、計画内容に関する質疑の時間が増え、議論が深まっていると感じた。
- 連合会が実施する KDB システム研修、随時行っているサポートをベースとして、新たなワークシート等の開発により、保険者はより課題解決に向けた保健事業の計画・実施・評価が効果的に行えるようになった。
- 実際に多くの市町村で様々なアウトカム指標が改善していることが見受けられるようになっている。
- 支援を受けている市町村の質が上がり、受けていない市町村との差が大きくなっているのではないかと心配される。

#### イ) 専門的知識を活かした支援

- 各委員から、専門的な知見を基に、具体的な改善策等についてアドバイスがなされており、各市町村の事業実施・評価に役立っていると思われる。
- 委員について、公衆衛生の専門家、疫学の専門家、保健師・栄養士教育の専門家、県庁・保健所の行政職で構成されており、各保険者からの質問、助言を求められている内容について、**各委員の持ち味を活かした助言**ができた。
- 今年度から新たに、保健所長が委員として、また、歯科医師がオブザーバーとして参加されたことにより、委員会としては、さらに**幅広い視野で専門性の高い支援**ができた。
- 糖尿病や循環器、腎臓専門医、歯科、薬剤師など**現場の医師からの意見**をもらうことで、多面的な保健指導の充実が図れた。開業医の意見を聞くことで、医療機関とどういう方法で連携できるかなど意見交換ができた。

#### ウ) その他

- 支援・評価委員会での検討や助言内容をきっかけに、各保険者でヘルスと国保、介護保険担当、地域医師会などとの連携が図られている様子がうかがわれる。
- コロナ禍においても受診率に影響をあまり受けなかった保険者もあり、その理由を検討するなど、今年度は保険者に対する助言だけでなく**結果を分析して還元する機能**も果たしていたと考える。以上のことより委員会は、国保ヘルスアップ事業の実施保険者への助言だけでなく、県内保険者全体をつなぐ役割を果たしていたこと、1つの市の成果を分析し、他市町にも有意義となることを発信する役割を果たしていたと振り返ることができた。

## (2) 支援・評価委員会としての今後の支援のあり方（委員）

委員の今後の支援のあり方について、「関係機関との連携強化」を回答する委員が多く、特に保健所との連携について積極的な参画を希望する意見が多くみられた。事務局と共通して増加していたのは、「未支援保険者（保険者格差）への対応」についてであった。「支援の充実・向上」については、支援・評価委員会の支援の評価も必要という意見が多かった。

### ア) 関係機関との連携強化

- 県内外の医育機関とも更に連携を深め、**相談できる外部の専門家を増やす**などの努力も必要と思われる。また、都道府県単位の研修だけでなく、国保中央会や国保・後期高齢者ヘルスサポート事業運営委員会等の主催で、**web による全国の保険者を対象とした専門的研修**を充実させ、各地の先駆的な取組に関する情報を得やすくすることも重要ではないかと考える。
- **県・保健所と具体的な連携体制**を構築していくことがポイントになると思われる。データヘルス計画策定・推進、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施に関する保健所の役割の位置づけが曖昧である。県・保健所と協議していくことが必要。
- 保険者の地域健康課題のさらなる深掘りのためには、継続的なデータ分析・計画のモニタリングを推進する**保健所の支援や保険者間の交流・情報交換**が必要なため、そのための体制強化の推進が必要。
- 継続性のある健康管理を実現するためには、保険者間の連携が不可欠である。国民健康保険と職域保険との連携、国民健康保険と後期高齢者医療との連携等保険者間の連携を強化していく必要がある。  
また保健事業等が成果を上げるためには、市町村役場内の庁内連携や地域の関係者・関係団体（行政、医師会等職能団体、商工会、NPO、ボランティア等）相互の連携・協力が重要である。
- 各市町村を管轄する保健所・支所が参加することで、支援・評価委員会の場と保健所が行う通常の市町村支援をリンクすることができ、より効果的な保健事業を展開することができるようになると思われる。これらから、参加市町村は、健康な地域づくりを行う中での各事業の位置づけを考えることができるのではないかとと思われる。
- 県関係部署や保健所の健康づくりの取組と、国保事務支援センターの活動を十分に理解し合い、ともに県（関係部署と保健所）および市町村が協働できる体制の強化に向けて継続した取組を進めていきたい。

### イ) 未支援保険者（保険者格差）への対応

- 多くの市町村に参加していただいているが、参加していない市町村への支援を「どのように行うのかということを検討する」よりも、まずは「**参加していない、できない理由、状況をしっかりと把握する**」ということが大事であると思われる。そこからアプローチの仕方を考えていく必要がある。
- データヘルス計画の中間評価については、ステップ 3 の分析が重要であり、自治体間で分析の質に差があると感じられた。また、ステップ 3 の内容をステップ 4 に結びつけることが重要であり、それらに支援が必要と思われた。
- 保険者によって**現状のレベルや課題に結構ばらつきがある**中で、どう支援を組み立てていくかという課題がある。一般的な初任者向けの研修と、少し踏み込んだ個別の保健事業に対しての**助言をどのようにミックスしていくか**が課題として浮かび上がった。
- 支援・評価委員会の場だけでは、網羅的で、体系的な支援ができない場合もある。また指導を受けても具体的な活動への反映ができないところもある。保険者格差をなくすためには、そのような**保険者の底上げが必要**である。

#### ウ) 支援の充実・向上

- 保険者がより効果的な保健活動に活かせるよう、これまで様々な手法を取り入れ、保険者に寄り添った支援を目指してきたが、今後の委員会としての効果的な支援についての意見交換の中で、委員から事業開始以来 8 年間分の当委員会の取組を評価することが必要ではないかとの意見が出されたため、事務局でこれまでの実績を年度毎に整理して評価し、委員会で今後のあり方を検討していくこととしている。
- 支援した内容がどのように今後の自治体の取組に活かされているのかの評価など、**支援・評価委員会としての PDCA も重要**ではないかと思う。
- 保険者の困っていることが解決できたかや、事業へ反映できたか等（量的）変化を確認し、**委員会としての支援がどうだったか検証**していく必要がある。
- 支援・評価委員自身も取組を通じてスキルアップをしながら、それを支援に還元していきたい。

#### エ) 支援方法の効率化

- 事務局でヒアリングを行う中で、潜在的な課題をかなり浮かび上がらせてはいるが、これを**保険者自身が自ら気付くような方法（例えばチェックリストなど）**をとらないと、今後増えていくであろう助言希望に対応していくのはかなり難しくなってくる。
- 支援対象を拡充するにあたり、効率的な支援方法として、保健事業の組み立て（評価方法含む）に係る一定のスキームを示し、特に課題のある市町村については、そのスキームを活用した支援を行う方法も有効と考える。
- 多くの自治体が同じような内容で困っているので、頻度の高い質問や助言内容については**問答集などで一律に配布**など行ったら効率がいいかと思う。委員会における、保険者からの質問は重複するものが多く、都度の回答は時間的にももったいないと思うので、対象となる保険者を、ある程度医療圏が共通する自治体でまとめてディスカッションすれば、横のつながりも深まり、また、委員会の効率の点からも良いと思う。

#### オ) 保険者間の情報共有・好事例の共有

- 実際助言を受けて行った**事例が効果をあげている場合は、他の保険者に対しても広く情報提供する仕組み**も併せて行くと良いのではと思う。保健事業の具体的な運営や実施方法についての助言については、実施者である保険者間で先駆的な例の発表やグループ意見交換等の情報共有の機会を設けることで、より具体的・実践的な情報の共有が可能となると考える。
- 毎回詳細に保存されている会議録をもとに、支援・評価委員会における助言などの蓄積データを課題や成果としてとりまとめ、保健事業の支援の目安として標準化し、県・保健所・市町村が活用できるものにしていきたい。また**個別支援を通じて、成果のあった好事例や上手く行かなかった事例なども、標準化して今後の指導に活かせる教育媒体にしてい**くことも大切ではないか。医師、保健師、栄養士など多職種各分野の視点による特性も発揮しながらのとりまとめができればより良い。

### Ⅲ 調査結果を踏まえたヘルスサポート事業の現状と今後の支援の方向性について

本調査を通じて見えたヘルスサポート事業の現状とヘルスサポート事業に求められる支援の方向性を以下に示す。

#### (1) 調査結果より見えたヘルスサポート事業の現状（再掲）

- 国保連合会から保険者への支援実績について、都道府県・市町村国保への支援では、保険者の支援希望を支援実績が概ね上回る形となった。また、広域連合・構成市町村については、一体的実施の全国的な展開に伴い、支援実績が昨年度と比較して大きく伸びていた。(P.23 - 28)
- 支援希望保険者が増加し、助言希望の方法、内容が多様化しており、支援・評価委員会の負担が毎年大きくなっている。このため、支援方法の効率化等により委員の負担軽減につながる対応が必要となる。(P.37)
- 支援・評価委員会と外部機関の連携状況では、連携先では都道府県が最も多かった。(P.19)
- 今後の支援のあり方としては、県・保健所との具体的な連携体制の構築や保険者間の連携等、関係機関との連携強化に関する意見が多く見られた。また、未支援保険者への対応や支援・評価委員会としてのPDCAも重要、という意見があった。(P.44 - 45)

#### (2) これからのヘルスサポート事業に求められる支援の方向性

上述のヘルスサポート事業の現状及び国保・後期高齢者ヘルスサポート事業運営委員会や同ワーキング・グループでのご意見を踏まえ、ヘルスサポート事業に求められる支援の方向性を以下に示す。

- 事業開始時点から、都道府県の役割の変化、一体的実施のスタートなど制度的な環境も変化しており、それに応じた支援が今後一層求められる。
- 保険者支援のPDCAを回すとともに、これまでの「依頼された支援を実施する」ことからヘルスサポート事業の「戦略的な支援の実施」へと転換が求められる。
- 保険者支援の均てん化に向けて、取組が遅れている保険者や長期間未支援のままの保険者等への支援が求められる。
- 市町村ヘルスアップ事業等の個々の保険者ごとに支援する形から、データヘルス改革を支える国保連合会・中央会の重層的な支援機能やスケールメリットなどの強みを活かした事業モデルへと転換することにより、より効率的で将来にわたって継続性のある市町村支援を実現する。