

第19回国保・後期高齢者ヘルスサポート事業運営委員会ワーキング・グループ（10/3）での 事業報告書に対するご意見等を踏まえた対応について

○事業報告書について

No.	主なご意見等		対応（案）	該当箇所 （R4様式）
1	事業報告書 取りまとめ （様式関連）	「支援・評価委員会の活動方法」（資料No.2 P.16 - 20）について ・参加した延べ保険者数ではなく、管内市町村に対する参加した保険者の割合を示した方が良いのではないか。 ・「支援・評価委員会の活動」には、委員会が直接かかわった活動以外も含まれているのではないか。調査票上の定義をもう一度確認してほしい。	ヘルスサポート事業による支援保険者の他、支援・評価委員会や国保連合会の活動状況を区別できるように設問項目を見直し、以下のとおり令和4年度様式（設問10～12）を修正。 ・「ヘルスサポート事業による支援保険者」 ・「ヘルスサポート事業における支援・評価委員会等の活動状況」 ・「ヘルスサポート事業における説明会・研修会等の活動状況」	国保連合会票 設問10～12 （別紙1～3）
2		「支援・評価委員会と外部機関との連携状況」（資料No.2 P.19）について ・支援・評価委員会自体に外部機関の方が委員として入っている場合を考慮した設問とした方がよい。 ・外部機関との連携ができているところが35都道府県とあるが、連携していないところとの取組の違いはあるのか。連携していないところについて、外部の有識者からの助言などを得ずにどのように保険者支援を行っているのかを調査してはかがか。	ご指摘を踏まえ、令和4年度様式（設問3）を修正。	国保連合会票 設問3
3		「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方向性」（資料No.2 P.46）について ・課題の中に書かれている「ヘルスサポート事業の目標と成果のとらえ方が明確になっていない」というのは、非常に根本的な課題だと思うがいかがか。 →課題については、6/24の運営委員会でもいただいた「ヘルスサポート事業の支援者側のPDCAを回していくことがまだできていないのではないか」というご意見があった。	今後は国保連合会が保険者支援のPDCAを回していくことが重要となる。 そこで、国保連合会における保険者支援の目標と成果をどのように把握するか検討する。 （次ページ「国保連合会における保険者支援の目標と成果の把握について」参照。）	国保連合会票 設問4～6
4	事業報告書 R4様式	・様式は大きくなればなるほど回答がしづらくなる面がある。調査量が増えれば増えるほど調査の精度が落ちる懸念があるので、設問を減らす視点でもう一度見てほしい。 ・できれば調査の総量は増やさないでほしい。設問を追加した箇所があれば、減らす箇所があったほうがよい。また、作成した調査票は一度モデル的に連合会にプレ調査として回答を依頼したほうがよい。	・設問4「長期間支援していない保険者」、設問5「保険者支援の目標」を追加。 ・設問9「ガイドラインの活用状況」を追加。 ・令和3年度様式の設問2「事務局運営支援に関する委託」、設問8「ヘルスアップ事業B・Cの全保険者支援」を削除。	国保連合会票 設問4、5、9 （R3様式 設問2、設問8）
5		・自由記載欄に選択項目を設けたり、一部の項目が自動入力されるようになったことはとても良い工夫で、回答側としてもありがたい。	ご意見として賜る。	—

P.1でいただいたご意見のうち項番No.3について、国保連合会における保険者支援のPDCAの状況を客観的に捉え、目標と成果を把握するために、事業報告書様式（国保連合会票）を以下のとおり改訂してはどうか。

No.	項目	内容	該当箇所 (R4様式)	備考
1	保険者支援の目標	①支援計画 ・支援計画の有無（中・長期計画、単年度計画） ・目標設定項目	国保連合会票 設問 5	今年度の目標を記入。
		②保険者支援における課題	設問 6	
2	保険者支援の成果	①保険者支援を通じて得た成果 ・保険者支援における課題への対応 ・支援を通じて得た効果	国保連合会票 設問 6	今年度の成果を記入。 また、①に関して保険者等からの意見を把握するため、市町村国保票、国保組合票、広域連合票、構成市町村票、都道府県票に「支援・助言を受けて得た効果・残された課題」を追加。
		②保険者支援の均てん化に向けた課題 ・国保連合会が長期間支援していない保険者を把握	設問 4	

上記の他、国保連合会からのご意見等を踏まえ、事務局にて以下の見直しを行った。

No.	様式	該当箇所 (R4様式)	内容
3	国保連合会票 (保険者支援編)	設問 1	設問 1（支援保険者の状況）の①市町村 ②国保組合 ③構成市町村 の支援保険者数について、設問 1 1（ヘルスサポート事業による支援保険者）で入力した保険者数を自動で表示するよう変更。
4		設問 9	「国保・後期高齢者ヘルスサポート事業ガイドライン」の活用状況を調査する設問を追加。
5		全般	自由記載でご回答いただいた項目について、昨年度までの調査結果等を踏まえ、選択式の調査項目を追加。 例:設問 6「支援・評価委員会が支援にあたって抱えていた課題・課題への対応・支援を通じて得た効果
6	委員票	（自由記載 項目）	昨年度までの調査結果を踏まえ、設問を「支援にあたって抱えていた課題」、「支援における成果」、「今後の支援の方向性」に分割し、選択式の調査項目を追加。

令和4年度 国保・後期高齢者ヘルスサポート事業 事業報告書

令和4年度の支援・評価委員会、国保連合会の活動報告

【記入上の留意点】

- ・行・列の追加はしないでください。
- ・記入欄が不足する場合は、行の高さ、列の幅を広げてください。
- ・改行する場合は、Alt+Enterで改行してください。（スペースによる改行は行わないでください。）
- ・入力した○を削除する場合は、Deleteキーを押して削除してください。

国保連合会名	03岩手県国民健康保険団体連合会	所属部署名	
電話番号		担当者名	

10/3WGでのご意見に対する対応について：
赤枠、および赤字で記載

送付先： cyousa@kokuho.or.jp

報告期限：令和5年3月31日（金）

1. 支援保険者の状況

	国保・後期高齢者ヘルスサポート事業支援保険者数※1			管内保険者数※2	※ご意見対応(P.2) No.3
		うち、支援・評価委員会における 支援保険者数	うち、第二期データヘルス計画最終評価・ 第三期データヘルス計画策定に向けた 支援保険者数		
①市町村	7	6		33	
②国保組合	1	5		1	
③後期高齢者医療広域連合	後期高齢者医療広域連合の支援 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		うち、第二期データヘルス計画最終評価・ 第三期データヘルス計画策定に向けた 支援 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	支援した構成市町村数※1	
	有の場合：一体的実施の支援有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			広域連合を通じ 間接的に支援した 構成市町村数※3	うち、一体的実施 支援構成市町村数
				3	3
				3	2
④都道府県	都道府県の支援 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		有の場合：ヘルスアップ支援事業に対する支援 <input type="checkbox"/> 有		

- ※1 支援保険者数・構成市町村数は、別紙1で保険者名等を選択すると自動で設定されます。
※2 管内保険者数は、国保連合会名を選択すると自動で設定されます。
※3 「広域連合を通じ間接的に支援」では、国保連合会の支援先が広域連合である場合を想定しています。
※4 「直接支援」では、国保連合会の支援先が構成市町村である場合を想定しています。

設問1：
赤枠箇所を自動入力に変更
※ご意見対応(P.2) No.3

設問2：
運営支援に関する委託の設問を削除
※ご意見対応(P.1) No.4

2. ヘルスサポート事業に関する事務局体制

（ヘルスサポート事業に関する事務局については、
以下、「ヘルスサポート事務局」という。）

事務職 _____ 人
保健師等医療専門職 _____ 人

事務局運営支援に関する委託： ☐有 ☐無

【有の場合】 委託先名称： _____

委託内容： _____

3. 外部機関との連携(支援・評価委員会の委員に外部機関の方が入っている場合も含む)

ヘルスサポート事業の保険者支援を行うにあたって以下の外部機関と連携している場合、連携内容についてお答えください。

なお、支援・評価委員会の委員に外部機関の方が入っている場合についても、連携の一つとしてお答えください。

設問3:
赤枠、赤字箇所を追加
※ご意見対応(P.1) No.2

外部機関の種類（大分類）	外部機関の種類（中分類）
行政機関（都道府県）	11：国保主管課 12:健康増進主管課 13:高齢者福祉主管課 14:介護保険主管課 15:保健所 16:その他（外部機関名称に詳細を記載）
行政機関（市町村等）	21：国保主管課 22:健康増進主管課 23:高齢者福祉主管課 24:介護保険主管課 25:保健所 27:その他（外部機関名称に詳細を記載）
後期高齢者医療広域連合	-（中分類選択不要）
行政機関を除く国保関係等	31:国保組合 32:国保運営協議会 33:国保診療施設及び国保診療施設協議会 34:その他（外部機関名称に詳細を記載）
保健師関係	41:市町村保健活動協議会 42:在宅保健師等会 43:保健師業務研究会等（県・保健所保健師含む） 44:看護協会 45:産業保健師連絡会等 46:その他（外部機関名称に詳細を記載）
保健医療関係	51:医師会 52:歯科医師会 53:薬剤師会 54:栄養士会 55:歯科衛生士会 56:理学療法士会 57:健康運動指導士会 58:その他（外部機関名称に詳細を記載）
介護・福祉関係	61:社会福祉協議会 62:老人クラブ連合会 63:その他（外部機関名称に詳細を記載）
住民組織	71:保険推進員協議会等 72:その他（外部機関名称に詳細を記載）
教育機関	81:大学 82:その他（外部機関名称に詳細を記載）
その他	91:保険者協議会 92:地域・職域連携推進会議 93:その他（外部機関名称に詳細を記載）

外部機関の種類(大分類)	外部機関の種類(中分類)	外部機関名称	関わり方
			<div><div><input type="checkbox"/> 情報を共有している</div><div><input type="checkbox"/> 必要に応じて相談を行っている</div><div><input type="checkbox"/> 定期的に会議を開催している</div><div><input type="checkbox"/> 事業実施の協力を得ている（データ提供、講演実施等）</div><div><input type="checkbox"/> 事業を共同で実施している</div><div><input type="checkbox"/> 事業評価に関わっている</div><div><input type="checkbox"/> 支援・評価委員会の委員になっている</div><div><input type="checkbox"/> その他 具体的に （ ）</div></div>
			<div><div><input type="checkbox"/> 情報を共有している</div><div><input type="checkbox"/> 必要に応じて相談を行っている</div><div><input type="checkbox"/> 定期的に会議を開催している</div><div><input type="checkbox"/> 事業実施の協力を得ている（データ提供、講演実施等）</div><div><input type="checkbox"/> 事業を共同で実施している</div><div><input type="checkbox"/> 事業評価に関わっている</div><div><input type="checkbox"/> 支援・評価委員会の委員になっている</div><div><input type="checkbox"/> その他 具体的に （ ）</div></div>

			<div><div><input type="checkbox"/> 情報を共有している</div><div><input type="checkbox"/> 定期的に会議を開催している</div><div><input type="checkbox"/> 事業を共同で実施している</div><div><input type="checkbox"/> 支援・評価委員会の委員になっている</div><div><input type="checkbox"/> その他</div></div> <div><div><input type="checkbox"/> 必要に応じて相談を行っている</div><div><input type="checkbox"/> 事業実施の協力を得ている（データ提供、講演実施等）</div><div><input type="checkbox"/> 事業評価に関わっている</div></div> <div><div></div><div>具体的に</div><div></div><div></div></div>
			<div><div><input type="checkbox"/> 情報を共有している</div><div><input type="checkbox"/> 定期的に会議を開催している</div><div><input type="checkbox"/> 事業を共同で実施している</div><div><input type="checkbox"/> 支援・評価委員会の委員になっている</div><div><input type="checkbox"/> その他</div></div> <div><div><input type="checkbox"/> 必要に応じて相談を行っている</div><div><input type="checkbox"/> 事業実施の協力を得ている（データ提供、講演実施等）</div><div><input type="checkbox"/> 事業評価に関わっている</div></div> <div><div></div><div>具体的に</div><div></div><div></div></div>
			<div><div><input type="checkbox"/> 情報を共有している</div><div><input type="checkbox"/> 定期的に会議を開催している</div><div><input type="checkbox"/> 事業を共同で実施している</div><div><input type="checkbox"/> 支援・評価委員会の委員になっている</div><div><input type="checkbox"/> その他</div></div> <div><div><input type="checkbox"/> 必要に応じて相談を行っている</div><div><input type="checkbox"/> 事業実施の協力を得ている（データ提供、講演実施等）</div><div><input type="checkbox"/> 事業評価に関わっている</div></div> <div><div></div><div>具体的に</div><div></div><div></div></div>
			<div><div><input type="checkbox"/> 情報を共有している</div><div><input type="checkbox"/> 定期的に会議を開催している</div><div><input type="checkbox"/> 事業を共同で実施している</div><div><input type="checkbox"/> 支援・評価委員会の委員になっている</div><div><input type="checkbox"/> その他</div></div> <div><div><input type="checkbox"/> 必要に応じて相談を行っている</div><div><input type="checkbox"/> 事業実施の協力を得ている（データ提供、講演実施等）</div><div><input type="checkbox"/> 事業評価に関わっている</div></div> <div><div></div><div>具体的に</div><div></div><div></div></div>

4. 支援・評価委員会がヘルスサポート事業の中で長期間支援していない保険者について

設問4、5:新規追加
※ご意見対応(P.1) No.3, 4
ご意見対応(P.2) No.1, 2

①支援・評価委員会がヘルスサポート事業の中で長期間(3年以上)支援をしていない保険者がいますか。

☐ いる ☐ いない

②①で「いる」とお答えいただいた場合、長期間支援していない理由を把握していますか。

☐ はい ☐ いいえ

③②で「はい」の場合、長期間支援をしていない理由について、該当するものを以下の選択肢の中からお答えください。

支援をしていない理由(最大3つまで)	
<input type="checkbox"/> ヘルスサポート事業の中で、委員会以外の支援（事務局による研修等）でカバーしている	<input type="checkbox"/> 保険者側の事業実施体制が十分整っており、支援の必要がない
<input type="checkbox"/> ヘルスサポート事業以外で保険者を支援している	
<input type="checkbox"/> 保険者側の取組体制が整っておらず、保険者が申請できない	<input type="checkbox"/> 国保連合会側での支援体制が十分整っていない
<input type="checkbox"/> その他 具体的に ()	

5. 国保連合会が保険者支援にあたって立てた目標について

①現在、ヘルスサポート事業で保険者支援を行うにあたり、中長期(3年以上)での支援目標を立てていますか。

☐ はい ☐ いいえ

……▶ 「いいえ」の場合、③へお進みください。

②①で「はい」とお答えいただいた場合、現在立てている支援目標を以下にご回答ください。

保険者支援の目標(中長期)

③今年度、ヘルスサポート事業で保険者支援を行うにあたり、単年度での支援目標を立てましたか。

☐ はい ☐ いいえ

④③で「はい」とお答えいただいた場合、年度内で立てた保険者支援の目標を以下にご回答ください。

保険者支援の目標(単年度)

6. 国保連合会が保険者支援にあたって抱えていた課題・課題への対応・支援を通じて得た効果

以下の①～③それぞれについてご回答ください。

①②では、国保連合会（支援・評価委員会を含む）が今年度抱えていた課題に該当するものを選択し、具体的内容をご記載ください。

また、選択した課題への対応について、該当するものを右欄のチェックボックスから選択し（複数可）、具体的内容をご記載ください。

①②それぞれについて、最大2つの課題と対応をご回答ください。

設問6:
令和3年度の設問6を改変、項目追加
※ご意見対応(P.1) No.3
ご意見対応(P.2) No.1,2

①支援・評価委員会の運営体制等の課題について

【回答欄1】

支援にあたって抱えていた課題		左記の課題への対応	
選択	具体的内容	選択	具体的内容※
		<div><input type="checkbox"/> 提出物の簡略化</div> <div><input type="checkbox"/> 支援体制の整備・強化</div> <div><input type="checkbox"/> 関係機関への情報提供</div> <div><input type="checkbox"/> Webの活用</div> <div><input type="checkbox"/> その他</div>	

【回答欄2】

支援にあたって抱えていた課題		左記の課題への対応	
選択	具体的内容	選択	具体的内容※
		<div><input type="checkbox"/> 提出物の簡略化</div> <div><input type="checkbox"/> 支援体制の整備・強化</div> <div><input type="checkbox"/> 関係機関への情報提供</div> <div><input type="checkbox"/> Webの活用</div> <div><input type="checkbox"/> その他</div>	

※「支援にあたって抱えていた課題」に記載した課題を解決するため、取り組んだことについてお答えください。

② 保険者支援にあたっての課題について

【回答欄 1】

支援にあたって抱えていた課題		左記の課題への対応	
選択	具体的内容	選択	具体的内容※
		<div><div><input type="checkbox"/> 提出物の簡略化</div><div><input type="checkbox"/> 支援体制の整備・強化</div><div><input type="checkbox"/> 集団支援の開始・増加</div><div><input type="checkbox"/> 研修（セミナー）の開催</div><div><input type="checkbox"/> 委員会前に事務局が保険者の状況・課題を整理</div></div> <div><div><input type="checkbox"/> 保険者へのニーズ等の事前調査</div><div><input type="checkbox"/> Webの活用</div><div><input type="checkbox"/> その他</div></div>	

【回答欄 2】

支援にあたって抱えていた課題		左記の課題への対応	
選択	具体的内容	選択	具体的内容※
		<div><div><input type="checkbox"/> 提出物の簡略化</div><div><input type="checkbox"/> 支援体制の整備・強化</div><div><input type="checkbox"/> 集団支援の開始・増加</div><div><input type="checkbox"/> 研修（セミナー）の開催</div><div><input type="checkbox"/> 委員会前に事務局が保険者の状況・課題を整理</div></div> <div><div><input type="checkbox"/> 保険者へのニーズ等の事前調査</div><div><input type="checkbox"/> Webの活用</div><div><input type="checkbox"/> その他</div></div>	

※「支援にあたって抱えていた課題」に記載した課題を解決するため、取り組んだことについてお答えください。

③ 保険者支援を通じて得た効果について

①②で記載いただいた課題への対応を通じて支援を行ったことで、支援・評価委員会、国保連合会が得た効果についてご記入ください。

支援を通じて得た効果（複数選択可）	支援を通じて得た効果_具体的な内容
<div><div><input type="checkbox"/> 委員会の支援力向上</div><div><input type="checkbox"/> 保険者間の情報共有・好事例の共有</div><div><input type="checkbox"/> 支援による保険者のレベルアップ</div></div> <div><div><input type="checkbox"/> 委員会の運営の円滑化</div><div><input type="checkbox"/> 支援保険者数の増加</div><div><input type="checkbox"/> 関係機関との連携強化</div><div><input type="checkbox"/> その他</div></div>	

7. ヘルスサポート事業における今後の支援の方向性

該当するものを以下のチェックボックスから選択し、具体的な内容を右欄にご記入ください。

今後の支援の方向性(複数選択可)	今後の支援の方向性_具体的内容
<div><div><input type="checkbox"/> 支援保険者増加に伴う効率化対応</div><div><input type="checkbox"/> 一体的実施への支援強化</div><div><input type="checkbox"/> 未支援保険者（保険者格差）対応</div><div><input type="checkbox"/> 保険者ニーズに沿った支援</div><div><input type="checkbox"/> 保険者間の情報共有・好事例の共有</div><div><input type="checkbox"/> 専門的知識を活かした支援</div><div><input type="checkbox"/> 関係機関との連携強化</div><div><input type="checkbox"/> Webの活用</div><div><input type="checkbox"/> データヘルス計画最終評価・次期計画策定への支援</div><div><input type="checkbox"/> その他</div></div>	

8. 他の保険者や他の国保連合会にとって参考となる支援の事例

保険者名	事業内容	支援内容	参考になるポイント

旧設問8：削除
※ご意見対応（P.1） No.4

8. 国保ヘルスアップ事業(B)(C)を申請した全ての保険者について、申請があった事業に対し漏れなく支援を実施しましたか。

☐ はい ☐ いいえ

9 .「国保・後期高齢者ヘルスサポート事業ガイドライン」(国保中央会より令和2年6月発出)の活用状況について

①令和4年度の保険者支援にあたり、「国保・後期高齢者ヘルスサポート事業ガイドライン」(以下「ガイドライン」という。) を活用しましたか。

☒ 活用した

☐ 内容は確認したが、活用しなかった

☐ 内容の確認をしていない

➡ ③へお進みください。

設問9：新規追加
※ご意見対応(P.1) No.4
ご意見対応(P.2) No.4

②活用した内容を以下のチェックボックスから選択してください。	活用した具体的な内容を記入してください。
<div><input type="checkbox"/> 第1章 国保・後期高齢者ヘルスサポート事業実施までの背景と医療制度の一部改変に伴う新たな取組</div> <div><input type="checkbox"/> 第2章 データヘルスの概要</div> <div><input type="checkbox"/> 第3章 国保・後期高齢者ヘルスサポート事業の概要</div> <div><input type="checkbox"/> 第4章 支援・評価委員会による保険者支援の流れ</div> <div><input type="checkbox"/> 第5章 支援・評価委員会による保険者支援の実際</div> <div><input type="checkbox"/> 6.事業推進に関わる事項</div>	

③「内容は確認したが、活用しなかった」とお答えいただいた場合、活用しなかった理由があれば以下にご記入ください。

④「ガイドライン」について、要望(追加・見直して欲しい事項)がありましたら以下にご記入ください。

令和4年度 国保・後期高齢者ヘルスサポート事業 事業報告書

10. ヘルスサポート事業による支援保険者

令和4年度に支援を行った保険者名をお答えください。

- ・ ①②については、ヘルスサポート事業で支援した市町村国保及び国保組合を「ヘルスサポート事業支援保険者名」列のプルダウンから選択してください。
選択した保険者について、ヘルスアップ事業による支援、ヘルスアップ事業以外による支援を実施したかについて、それぞれご回答ください。
また、それらの支援について、支援・評価委員会が支援している場合は「うち、支援・評価委員会が支援」から○を選択してください。
- ・ ③④については、ヘルスサポート事業で広域連合を通じて支援(③)・直接支援(④)した後期高齢者医療広域連合の構成市町村を「ヘルスサポート事業支援保険者名」列のプルダウンから選択してください。
選択した保険者のうち、一体的実施の支援をした保険者については、「一体的実施支援有」列のプルダウンから○を選択してください。
- ・ ③「広域連合を通じ間接的に支援」では、国保連合会の支援先が広域連合である場合を想定しています。
また、④「直接支援」では、国保連合会の支援先が構成市町村である場合を想定しています。

[記載上の留意点]

- ・入力した保険者名および○を削除する場合は、Deleteキーを押して削除してください。
- ・行・列の追加はしないでください。
- ・保険者名を手入力することはできません。保険者名はプルダウンより選択してください。
- ・下欄に記入いただいた保険者等数が「1.支援保険者の状況」の支援保険者数、支援構成市町村数に反映されます。

設問10:赤字部分を変更
※ご意見対応(P.1) No.1

[illegible]

令和4年度 国保・後期高齢者ヘルスサポート事業 事業報告書

11. ヘルスサポート事業における支援・評価委員会等の活動状況

令和4年度に貴連合会にて開催された活動のうち、活動内容が「委員会」もしくは「ワーキング」に該当するものについて、本シートにご回答ください。
それ以外の活動については、次のシート（別紙3、設問12）にご回答ください。

※1 開催方法は複数回答です。（対面とWebを両方活用した場合は、両方で「○」を選択してください）

※2 説明会・研修会の場合は支援形態を選択

※3 「傍聴」形式で保険者が参加していた場合「○」を選択

種類 (選択肢) 委員会 ワーキング その他	開催回	開催日 月 日	具体的内容 (議題・講師名等、支援した場合は 個別保健事業の名称もご記入ください)	開催方法※1 (複数選択可)					支援 形態※2 (複数 選択可)		一体的 実施の 内容	参加保険者等					傍聴有※3	保険者 同士が 意見交換 する場の 設定
				対面 形式 (保険者 にて)	対面 形式 (保険者 以外)	W e b 開催	書 面 開催	その他	個別	集団		市町村国保	国保組合	後期高齢者医療 広域連合	構成市町村	都道府県		
委員会	第 1 回	月 日																
委員会	第 2 回	月 日																
ワーキング	第 1 回	月 日																
委員会	第 3 回	月 日																
	第 回	月 日																
	第 回	月 日																
	第 回	月 日																
	第 回	月 日																
	第 回	月 日																

設問11:
設問を「委員会・ワーキング」の内容に絞り、
赤字項目を追加
※ご意見対応(P.1) No.1

令和4年度 国保・後期高齢者ヘルスサポート事業 事業報告書

12. ヘルスサポート事業における説明会・研修会等の活動状況

令和4年度に貴連合会にて開催された活動のうち、活動内容が「説明会」「研修会」「ヒアリング」に該当するものについて、本シートにご回答ください。
「委員会」「ワーキング」に該当する活動については、前のシート（別紙2、設問11）にご回答ください。

※1 支援・評価委員会の委員が参加した活動である場合「○」を選択

※2「事業報告書」シート「2.ヘルスサポート事業に関する事務局体制」に記載した職員が関与した場合は○を選択ください。

「2.ヘルスサポート事業に関する事務局体制」に含まれない職員が関与した場合は、「左記以外」に○を付けてください。

※3 開催方法が「参集形式」の場合は開催場所を選択

[illegible]

令和4年度 国保・後期高齢者ヘルスサポート事業 事業報告書 セミナー実施編

1. 高齢者の保健事業セミナーアンケート

令和4年度に開催した高齢者の保健事業セミナーの実施状況等について、以下の設問にご回答ください。

(1) 高齢者の保健事業セミナーを開催(※)しましたか。

※「開催した」に該当するのは、次の事項。

- ・国保連合会が主催者または共催者として関わったセミナーであること(他研修等に組み込み実施した場合やヘルスサポート事業以外で実施した場合も含む)
- ・後期高齢者医療制度関係業務事業費補助金(高齢者の特性を踏まえた保健事業の全国的な横展開等事業)を利用しなかった場合も含む。

☐開催した

☐開催しなかった

.....→

① 主催、共催ではなく、高齢者の保健事業セミナーに関わっている内容がありましたらチェックを付けてください。

☒講演した ☐資料提供した ☐助言をした ☐その他()

また、上の設問でチェックを付けた場合は、主催者とセミナー名を記入してください。

主催者 () セミナー名 ()

② ①にも該当しない場合、開催しなかった理由をお答えください。 ()

.....▶ (6)へお進みください。

(2) セミナーを開催した場合、その概要をお答えください。

[記載上の留意点]

・セミナーごとにシートを作成してください。セミナーを複数開催した場合は、本シートをコピーして記入してください。

ただし、同一内容のセミナーを複数回開催した場合は、1シートのみ記載いただき、実施日の欄に、実施日を複数記入ください。

・シート名はコピー後変更せず、回答を記入してください。 例)「1_高齢者の保健事業セミナー実施状況(2)」、「1_高齢者の保健事業セミナー実施状況(3)」

セミナー名、セミナーの目的・ねらい、開催方法、セミナーの主催・共催者、セミナーの実施日をご記入ください。

セミナー種類	高齢者の保健事業セミナー	実施日	動画配信等
セミナー名		2022/5/1	
セミナーの目的・ねらい		2022/8/1	
開催方法	<input type="checkbox"/> 対面開催 <input type="checkbox"/> Web開催 <input type="checkbox"/> 動画配信、書面・DVD配布		
主催者	<input type="checkbox"/> 国保連合会 <input type="checkbox"/> 都道府県 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療広域連合 <input type="checkbox"/> その他 ()		
共催者	<input type="checkbox"/> 国保連合会 <input type="checkbox"/> 都道府県 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療広域連合 <input type="checkbox"/> その他 ()		

参加保険者について、参加自治体(組合等)数及び参加人数をご記入ください。(開催方法が対面開催でない場合、参加保険者の回答は任意)

参加保険者	市町村	参加自治体数		都道府県		参加人数	実施回数 (自動計算されます)	2 回
		参加人数	国保部門	うち、保健所	参加人数			
			衛生部門	後期高齢者医療広域連合	参加人数			
			介護部門	国保組合	参加国保組合数			
			後期高齢者部門		参加人数			
		その他	その他	団体名称	参加人数			
		部署名等						

財源についてご記入ください。

財源	<input type="checkbox"/> 高齢者の保健事業 <input type="checkbox"/> その他財源▶	その他の財源名
----	---	---------

(3) セミナーで実施した内容(講演・事例発表等)についてお答えください。

なお、講演で使った資料等があれば、「資料のファイル名」を記載の上、添付いただきますようお願いいたします。

※資料のファイル名ルールについては、別添「報告書の作成・取り纏めについて」をご参照ください。

講演名・表題		講師		備考
		所属・役職・職種	氏名	
資料のファイル名		支援・評価委員会	<input type="checkbox"/>	
資料のファイル名		支援・評価委員会	<input type="checkbox"/>	
資料のファイル名		支援・評価委員会	<input type="checkbox"/>	
資料のファイル名		支援・評価委員会	<input type="checkbox"/>	
資料のファイル名		支援・評価委員会	<input type="checkbox"/>	
資料のファイル名		支援・評価委員会	<input type="checkbox"/>	
資料のファイル名		支援・評価委員会	<input type="checkbox"/>	

(4) セミナーを実施した後の振り返りについてお答えください。

① 高齢者の保健事業セミナーについて、セミナーの目的・ねらいと照らし合わせて、実施して良かった点、及び国保連合会にとっての課題がありましたら、該当するものを以下のチェックボックスから選択し、具体的な内容を右欄にご記入ください。

良かった点(複数選択可)	良かった点_具体的内容
<input type="checkbox"/> 関係機関との連携強化 <input type="checkbox"/> 高齢者の保健事業の周知 <input type="checkbox"/> 関係機関との役割分担の明確化 <input checked="" type="checkbox"/> KDBシステムの活用推進 <input type="checkbox"/> 保険者間の情報の共有化 <input type="checkbox"/> その他	
国保連合会にとっての課題(複数選択可)	国保連合会にとっての課題_具体的内容
<input type="checkbox"/> セミナーの開催方法 <input type="checkbox"/> 一体的実施を未実施の保険者への対応 <input type="checkbox"/> 関係機関との連携 <input type="checkbox"/> KDBシステムの活用推進 <input type="checkbox"/> セミナーの内容について <input type="checkbox"/> その他	

② 保険者に対するセミナー受講後のアンケート調査などで、セミナーに対する感想(良かった点・要望等)がありましたら、該当するものを以下のチェックボックスから選択し、具体的な内容を右欄にご記入ください。

良かった点(複数選択可)	良かった点_具体的内容
<input type="checkbox"/> セミナーの開催方法 <input type="checkbox"/> 保険者間の情報共有・好事例の共有 <input type="checkbox"/> 一体的実施事業の講義 <input type="checkbox"/> KDBシステムの活用 <input type="checkbox"/> 庁内(関係者等)連携 <input type="checkbox"/> その他	
要望等(複数選択可)	要望等_具体的内容
<input type="checkbox"/> セミナーの開催方法 <input type="checkbox"/> 保険者間の情報共有・好事例の共有 <input type="checkbox"/> 高齢者の保健指導について <input type="checkbox"/> KDBシステムの活用 <input type="checkbox"/> 庁内(関係者等)連携 <input type="checkbox"/> その他	

(5)「高齢者保健事業の実施支援ハンドブック」(国保中央会より令和4年3月発出)についてお答えください。

①セミナーの実施にあたり、「高齢者保健事業の実施支援ハンドブック」を参考にしましたか。

☒ 参考にした

☐ 内容は確認したが、参考にしなかった

……▶③へお進みください。

☐ 内容の確認をしていない



②'参考にした内容を以下のチェックボックスから選択してください。	参考にした具体的な内容を記入してください。
<div><input type="checkbox"/> 1.国保連合会の保険者支援について</div> <div><input type="checkbox"/> 2.セミナー等（集団支援）の実施</div> <div><input type="checkbox"/> 3.ヘルスサポート事業等（個別支援）の実施</div> <div><input type="checkbox"/> 4.KDBシステムの活用に関する支援の実施</div> <div><input type="checkbox"/> 5.高齢者保健事業の基礎知識</div> <div><input type="checkbox"/> 6.データ活用事例レイアウト集</div>	

③参考にしなかった理由があれば以下にご記入ください。

(6) 国保中央会より公表している以下の資料について、要望(追加・見直して欲しい事項)がありましたらお答えください。

高齢者保健事業の実施支援ハンドブック	
高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施に向けた 医療専門職のためのKDBシステム活用マニュアル	

2. 糖尿病性腎症重症化予防セミナー実施アンケート

令和4年度に開催した糖尿病性腎症重症化予防セミナーの実施状況等について、以下の設問にご回答ください。

(1) 糖尿病性腎症重症化予防セミナーを開催(※)しましたか。

※「開催した」に該当するのは、次の事項。

- ・国保連合会が主催者または共催者として関わったセミナーであること(他研修等に組み込み実施した場合やヘルスサポート事業以外で実施した場合も含む)
- ・国保連合会等補助金(糖尿病性腎症重症化予防事業)を利用しなかった場合も含む。

☐開催した

☐開催しなかった

……………▶

① 主催、共催ではなく、糖尿病性腎症重症化予防セミナーに関わっている内容がありましたらチェックを付けてください。

☐講演した ☐資料提供した ☐助言をした ☐その他 ……▶ ()

また、上の設問でチェックを付けた場合は、主催者とセミナー名を記入してください。

主催者 () セミナー名 ()

② ①にも該当しない場合、開催しなかった理由をお答えください。 ()

(2) セミナーを開催した場合、その概要をお答えください。

……▶ (6) へお進みください。

[記載上の留意点]

・セミナーごとにシートを作成してください。セミナーを複数開催した場合は、本シートをコピーして記入してください。

ただし、同一内容のセミナーを複数回開催した場合は、1シートのみ記載いただき、実施日の欄に、実施日を複数記入ください。

・シート名はコピー後変更せず、回答を記入してください。 例) 「2.糖尿病性腎症重症化予防セミナー実施状況(2)」、「2.糖尿病性腎症重症化予防セミナー実施状況(3)」

セミナー名、セミナーの目的・ねらい、開催方法、セミナーの主催・共催者、セミナーの実施日をご記入ください。

セミナー種類	糖尿病性腎症重症化予防セミナー	実施日	動画配信等
セミナー名		2022/5/1	
セミナーの目的・ねらい		2022/5/2～2022/6/30	○
開催方法	<input type="checkbox"/> 対面開催 <input type="checkbox"/> Web開催 <input type="checkbox"/> 動画配信、書面・DVD配布		
主催者	<input type="checkbox"/> 国保連合会 <input type="checkbox"/> 都道府県 <input type="checkbox"/> 保健所 <input type="checkbox"/> 保険者協議会 <input type="checkbox"/> その他 ()		
共催者	<input type="checkbox"/> 国保連合会 <input type="checkbox"/> 都道府県 <input type="checkbox"/> 保健所 <input type="checkbox"/> 保険者協議会 <input type="checkbox"/> その他 ()		

参加保険者について、参加自治体(組合等)数及び参加人数をご記入ください。(開催方法が対面開催でない場合、参加保険者の回答は任意)

参加 保険者	市 町 村	参加自治体数		都道府県		参加人数		
		参加 人数	国保部門		うち、保健所	参加人数		
			衛生部門		後期高齢者医療広域連合	参加人数		
			介護部門		国保組合	参加国保組合数		
			後期高齢者部門			参加人数		
			その他		その他	団体名称	実施回数 (自動計算されます)	
		部署名等		参加人数				
						2	回	

財源についてご記入ください。

財源	<input type="checkbox"/> 糖尿病性腎症重症化予防事業 <input type="checkbox"/> その他財源 ……………▶	その他の財源名	
----	--	---------	--

(3) セミナーで実施した内容(講演・事例発表等)についてお答えください。

なお、講演で使った資料等があれば、「資料のファイル名」を記載の上、添付いただきますようお願いいたします。

※資料のファイル名ルールについては、別添「報告書の作成・取り纏めについて」をご参照ください。

講演名・表題		講師		備考
		所属・役職・職種	氏名	
資料のファイル名		支援・評価委員会	<input type="checkbox"/>	
資料のファイル名		支援・評価委員会	<input type="checkbox"/>	
資料のファイル名		支援・評価委員会	<input type="checkbox"/>	
資料のファイル名		支援・評価委員会	<input type="checkbox"/>	
資料のファイル名		支援・評価委員会	<input type="checkbox"/>	
資料のファイル名		支援・評価委員会	<input type="checkbox"/>	
資料のファイル名		支援・評価委員会	<input type="checkbox"/>	
資料のファイル名		支援・評価委員会	<input type="checkbox"/>	

(4) セミナーを実施した後の振り返りについてお答えください。

① 糖尿病性腎症重症化予防セミナーについて、セミナーの目的・ねらいと照らし合わせて、実施して良かった点、及び国保連合会にとっての課題がありましたら、該当するものを以下のチェックボックスから選択し、具体的な内容を右欄にご記入ください。

良かった点(複数選択可)	良かった点_具体的内容
<input type="checkbox"/> 関係機関との連携強化 <input type="checkbox"/> 糖尿病性腎症重症化予防事業の周知 <input type="checkbox"/> 関係機関との役割分担の明確化 <input type="checkbox"/> KDBシステムの活用推進 <input type="checkbox"/> 保険者間の情報の共有化 <input type="checkbox"/> その他	
国保連合会にとっての課題(複数選択可)	国保連合会にとっての課題_具体的内容
<input type="checkbox"/> セミナーの開催方法 <input type="checkbox"/> 糖尿病性腎症重症化予防事業の周知 <input type="checkbox"/> 関係機関との連携 <input type="checkbox"/> KDBシステムの活用推進 <input type="checkbox"/> セミナーの内容について <input type="checkbox"/> その他	

② 保険者に対するセミナー受講後のアンケート調査などで、セミナーに対する感想(良かった点・要望等)がありましたら、該当するものを以下のチェックボックスから選択し、具体的な内容を右欄にご記入ください。

良かった点(複数選択可)	良かった点_具体的内容
<input type="checkbox"/> セミナーの開催方法 <input type="checkbox"/> 保険者間の情報共有・好事例の共有 <input type="checkbox"/> 糖尿病専門医の講義 <input type="checkbox"/> 糖尿病性腎症重症化予防事業について <input type="checkbox"/> KDBシステムの活用 <input type="checkbox"/> その他	
要望等(複数選択可)	要望等_具体的内容
<input type="checkbox"/> セミナーの開催方法 <input type="checkbox"/> 保険者間の情報共有・好事例の共有 <input type="checkbox"/> 糖尿病性腎症重症化予防の 保健指導について <input type="checkbox"/> KDBシステムの活用 <input type="checkbox"/> 市内(関係者等)連携 <input type="checkbox"/> その他	

(5)「糖尿病性腎症重症化予防セミナーの研修プログラム」(国保中央会より令和4年1月発出)についてお答えください。

①セミナーの実施にあたり、「糖尿病性腎症重症化予防セミナーの研修プログラム」を参考にしましたか。

☒ 参考にした

☐ 内容は確認したが、参考にしなかった

……▶③へお進みください。

☐ 内容の確認をしていない

②'参考にした内容を以下のチェックボックスから選択してください。	参考にした具体的な内容を記入してください。
<div><div><input type="checkbox"/> 1.国保中央会と国保連合会が研修を実施する意義</div><div><input type="checkbox"/> 2.研修を企画する前に担当者がおさえるべきポイント</div><div><input type="checkbox"/> 3.KDBシステムの活用</div></div> <div><div><input type="checkbox"/> 4.研修プログラム（概要）</div><div><input type="checkbox"/> 5.参考資料</div><div><input type="checkbox"/> 6.別添資料</div></div>	

③参考にしなかった理由があれば以下にご記入ください。

(6) 国保中央会より公表している以下の資料について、要望(追加・見直して欲しい事項)がありましたらお答えください。

糖尿病性腎症重症化予防セミナーの研修プログラム	
-------------------------	--

3. その他セミナー実施アンケート

令和4年度に設問1～2以外のセミナーを開催した場合、実施状況等について、以下の設問にご回答ください。

(1) 設問1～2以外のセミナーを開催(※)しましたか。

※「開催した」に該当するのは、次の事項。

・国保連合会が主催者または共催者として関わったセミナーであること(他研修等に組み込み実施した場合やヘルスサポート事業以外で実施した場合も含む)

☐開催した

☐開催しなかった

.....▶

① 主催、共催ではなく、設問1～2以外のセミナーに関わっている内容がありましたらチェックを付けてください。

☐講演した

☐資料提供した

☐助言をした

☐その他

.....▶(

)

また、上の設問でチェックを付けた場合は、主催者とセミナー名を記入してください。

主催者

(

)

セミナー名

(

)

.....▶終了となります。★ご回答ありがとうございました★

(2) セミナーを開催した場合、その概要をお答えください。

[記載上の留意点]

・セミナーごとにシートを作成してください。セミナーを複数開催した場合は、本シートをコピーして記入してください。

ただし、同一内容のセミナーを複数回開催した場合は、1シートのみ記載いただき、実施日の欄に、実施日を複数記入ください。

・シート名はコピー後変更せず、回答を記入してください。 例)「3.その他セミナー実施状況(2)」、「3.その他セミナー実施状況(3)」

セミナー名、セミナーの目的・ねらい、開催方法、セミナーの主催・共催者、セミナーの実施日をご記入ください。

セミナー種類	その他セミナー				実施日	動画配信等
セミナー名					2022/5/1	
セミナーの目的・ねらい					2022/5/2～2022/6/30	○
開催方法	<input type="checkbox"/> 対面開催 <input type="checkbox"/> Web開催 <input type="checkbox"/> 動画配信、書面・DVD配布					
主催者	<input type="checkbox"/> 国保連合会 <input type="checkbox"/> 都道府県 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療広域連合 <input type="checkbox"/> その他 ()					
共催者	<input type="checkbox"/> 国保連合会 <input type="checkbox"/> 都道府県 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療広域連合 <input type="checkbox"/> その他 ()					
参加保険者について、参加自治体(組合等)数及び参加人数をご記入ください。(開催方法が対面開催でない場合、参加保険者の回答は任意)						
参加 保険 者	市 町 村	参加自治体数		都道府県	参加人数	
		参加 人数	国保部門	うち、保健所	参加人数	
			衛生部門	後期高齢者医療広域連合	参加人数	
			介護部門	国保組合	参加国保組合数	
			後期高齢者部門		参加人数	
			その他	その他	団体名称	参加人数
部署名等						
財源についてご記入ください。						
財源		<input type="checkbox"/> 国保・後期高齢者ヘルスサポート事業 <input type="checkbox"/> その他財源			その他の財源名	

(3) セミナーで実施した内容(講演・事例発表等)についてお答えください。

なお、講演で使用した資料等があれば、「資料のファイル名」を記載の上、添付いただきますようお願いいたします。

※資料のファイル名ルールについては、別添「報告書の作成・取り纏めについて」をご参照ください。

講演名・表題		講師		備考
		所属・役職・職種	氏名	
資料のファイル名		支援・評価委員会	<input type="checkbox"/>	
資料のファイル名		支援・評価委員会	<input type="checkbox"/>	
資料のファイル名		支援・評価委員会	<input type="checkbox"/>	
資料のファイル名		支援・評価委員会	<input type="checkbox"/>	
資料のファイル名		支援・評価委員会	<input type="checkbox"/>	
資料のファイル名		支援・評価委員会	<input type="checkbox"/>	
資料のファイル名		支援・評価委員会	<input type="checkbox"/>	
資料のファイル名		支援・評価委員会	<input type="checkbox"/>	

(4) セミナーを実施した後の振り返りについてお答えください。

① その他セミナーについて、セミナーの目的・ねらいと照らし合わせて、実施して良かった点、及び国保連合会にとっての課題がありましたら、該当するものを以下のチェックボックスから選択し、具体的な内容を右欄にご記入ください。

良かった点(複数選択可)	良かった点_具体的内容
<input type="checkbox"/> 関係機関との連携強化 <input type="checkbox"/> KDBシステムの活用推進 <input type="checkbox"/> 関係機関との役割分担の明確化 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 保険者間の情報の共有化	
国保連合会にとっての課題(複数選択可)	国保連合会にとっての課題_具体的内容
<input type="checkbox"/> セミナーの開催方法 <input type="checkbox"/> KDBシステムの活用推進 <input type="checkbox"/> 関係機関との連携 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> セミナーの内容について	

② 保険者に対するセミナー受講後のアンケート調査などで、セミナーに対する感想(良かった点・要望等)がありましたら、該当するものを以下のチェックボックスから選択し、具体的な内容を右欄にご記入ください。

良かった点(複数選択可)	良かった点_具体的内容
<input type="checkbox"/> セミナーの開催方法 <input type="checkbox"/> 保険者間の情報共有・好事例の共有 <input type="checkbox"/> 庁内(関係者等)連携 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> KDBシステムの活用	
要望等(複数選択可)	要望等_具体的内容
<input type="checkbox"/> セミナーの開催方法 <input type="checkbox"/> 保険者間の情報共有・好事例の共有 <input type="checkbox"/> 庁内(関係者等)連携 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> KDBシステムの活用	

★ご回答ありがとうございました★

令和4年度 国保・後期高齢者ヘルスサポート事業 事業報告書様式

【委員票】 (連合会名: _____)

委員票:

自由記載の設問を「支援にあたって抱えていた課題」「支援における成果」「今後の支援の方向性」に分割し、選択式の項目を追加
※ご意見対応(P.2) No.6

令和4年度に行った各委員または委員会としての支援について、お答えください。

1. 支援にあたって抱えていた課題・支援における成果と今後の支援のあり方について、該当するものを以下のチェックボックスから選択し、具体的な内容を右欄にご記入ください。

支援にあたって抱えていた課題(複数選択可)	支援にあたって抱えていた課題_具体的内容
<input type="checkbox"/> 委員会等の運営 <input type="checkbox"/> 外部機関との連携 <input type="checkbox"/> 管内保険者間での取組度合いの格差 <input type="checkbox"/> その他	
<input type="checkbox"/> 支援数増加等による委員会の負担 <input type="checkbox"/> 保険者のニーズ・実態の把握	
支援における成果(複数選択可)	支援における成果_具体的内容
<input type="checkbox"/> 支援による保険者のレベルアップ <input type="checkbox"/> 保険者間の情報共有・好事例の共有 <input type="checkbox"/> 専門的知識を活かした支援	
<input type="checkbox"/> 保健事業の質の向上 <input type="checkbox"/> 関係機関との連携強化 <input type="checkbox"/> その他	
今後の支援の方向性(複数選択可)	今後の支援の方向性_具体的内容
<input type="checkbox"/> 関係機関との連携強化 <input type="checkbox"/> 未支援保険者への対応 <input type="checkbox"/> 保険者格差への対応 <input type="checkbox"/> 保険者間の情報共有・好事例の共有 <input type="checkbox"/> データヘルス計画最終評価・次期計画策定への支援 <input type="checkbox"/> その他	
<input type="checkbox"/> 支援方法の効率化 <input type="checkbox"/> 支援の充実・向上 <input type="checkbox"/> 一体的実施事業への支援強化 <input type="checkbox"/> Webの活用	

2. その他、支援を行った感想等ありましたら、以下にご記入ください。

記入欄が不足する場合は、行の高さを広げてください。
改行する場合は、Alt+Enterで改行してください。（スペースによる改行は行わないでください。）

※1 ヘルスアップ事業を通じた支援を各事業について受けている場合は、「B・Cを通じて支援有」、「Aを通じて支援有」から選択してください。

[illegible]

[illegible]

【国保組合票】

(保険者番号:)

記入欄が不足する場合は、行の高さを広げてください。
改行する場合は、Alt+Enterで改行してください。(スペースによる改行は行わないでください。)

2022年度

(保險者名:)

※1 ヘルスアップ事業を通じた支援を各事業について受けている場合は、「○」を選択してください。

[illegible]

[illegible]

(広域連合名:)

※1 一体的実施に関する支援(一体的実施特別交付金の申請有)を各事業について受けている場合は、「○」を選択してください。

上げている場合は、「○」を選択してください。

[illegible]

[illegible]

2022年度

(保険者番号:)

記入欄が不足する場合は、行の高さを広げてください。
改行する場合は、Alt+Enterで改行してください。（スペースによる改行は行わないでください。）

(構成市町村名:) ※「1」 一体的実施に関する支援(一体的実施特別交付金の申請有)を各事業について受けている場合は、「○」を選択してください。

[illegible]

[illegible]

(都道府県名:)

記入欄が不足する場合は、行の高さを広げてください。
改行する場合は、Alt+Enterで改行してください。（スペースによる改行は行わないでください。）

※1 ヘルスアップ事業を通じた支援を各事業について受けている場合は、「○」を選択してください。

※2 その他の事業がある場合は、右上に「A市町村が実施する保健事業の更なる推進に資する基盤整備」「B市町村の現状把握・分析」「C都道府県が実施する保健事業」

「D人材の確保・育成事業」「Eデータ活用により予防・健康づくりの質の向上を図る事業」「Fモデル事業（先進的な保健事業）」のいずれかを選び、括弧内に事業名を記入してください。

[illegible]

[illegible]