

国保連合会票

第25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
 令和4年12月15日(木) No. 1-1

国保・後期高齢者ヘルスサポート事業 事業報告書様式

令和3年度の支援・評価委員会、国保連合会の活動報告

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。)

国保連合会名	連合会名を選択してください	所属部署名	
役職		担当者名	
電話番号		e-mailアドレス	

送付先: cyousa@kokuho.or.jp

報告期限: 令和4年3月31日(木)

1. 支援保険者の状況

	国保ヘルスアップ事業 支援保険者数		国保ヘルスアップ 事業以外での 支援保険者数	管内保険者数 ^{※1}	計	【再掲】中間評価・見直しの支援 保険者数
①市町村	ヘルスアップ事業 (B)(C)を申請	ヘルスアップ事業 (A)を申請		0	左欄を入力すると自動計算して表示されます	
				0	左欄を入力すると自動計算して表示されます	
②国保組合				0	左欄を入力すると自動計算して表示されます	
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		構成市町村		一体的実施の支援有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	有の場合: 一体的実施の支援有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		広域連合を通じ支援した構成市町村数			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
			支援・評価委員会から直接支援した構成市町村数			
④都道府県	都道府県の支援 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			都道府県国保ヘルスアップでの申請 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		

※1 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。

2. 事務局体制

事務職 _____ 人

保健師 _____ 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

外部機関の種類(大)	外部機関の種類(中)	外部機関名称	関わり方
			<input type="checkbox"/> 情報を共有している <input type="checkbox"/> 必要に応じて相談を行っている <input type="checkbox"/> 定期的に会議を開催している <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） <input type="checkbox"/> 事業を共同で実施している <input type="checkbox"/> 事業評価に関わっている <input type="checkbox"/> その他 具体的に （ ）
			<input type="checkbox"/> 情報を共有している <input type="checkbox"/> 必要に応じて相談を行っている <input type="checkbox"/> 定期的に会議を開催している <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） <input type="checkbox"/> 事業を共同で実施している <input type="checkbox"/> 事業評価に関わっている <input type="checkbox"/> その他 具体的に （ ）
			<input type="checkbox"/> 情報を共有している <input type="checkbox"/> 必要に応じて相談を行っている <input type="checkbox"/> 定期的に会議を開催している <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） <input type="checkbox"/> 事業を共同で実施している <input type="checkbox"/> 事業評価に関わっている <input type="checkbox"/> その他 具体的に （ ）
			<input type="checkbox"/> 情報を共有している <input type="checkbox"/> 必要に応じて相談を行っている <input type="checkbox"/> 定期的に会議を開催している <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） <input type="checkbox"/> 事業を共同で実施している <input type="checkbox"/> 事業評価に関わっている <input type="checkbox"/> その他 具体的に （ ）

4. 令和3年度の活動として見直した点及び工夫した点

見直した点	工夫した点

5. 国保連合会が支援する上で参考となる事例

保険者名	事業内容	支援内容	参考になるポイント

6. 支援を実施して委員会が得た効果と残された課題

得た効果	残された課題

7. 委員会としての今後の支援のあり方

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. 支援・評価委員会の活動状況

※1 説明会・研修会の場合は開催形態を選択

※2 WEBを活用して実施した場合、選択

※3 説明会、研修会において支援・評価委員会としての参画がある場合は、「有」

※4 1保険者ずつ個別に支援がされる場合は「個別」、複数の保険者が同時に支援がされる場合は「集団」

※5「傍聴」での形式で保険者が参加していた場合は、「有」

名称	種類					開催形態※1				場所		W E B 状 況※2の活用	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)	支 援・ 評 価 委 員 会 の 参 画※3	支援 形態※4		保険者の出席状況						保険者 同士が 意見交換 する場の 設定
	説明 会	ヒア リン グ	研 修 会	委 員 会	ワ ー キ ン グ	県 と 共 催	単 独 開 催	そ の 他 (具 体 的 に)	保 険 者 に て	保 険 者 以 外	個 別				集 団	上段:国保HS 事業支援保険者数		後期高齢者 医療広域連合		都 道 府 県 の 参 加	傍 聴※5		
																下段:国保HS事業以 外支援保険者数		参 加	構 成 市 町 村 数				
開催日																							
月 日																							
月 日																							
月 日																							
月 日																							
月 日																							
月 日																							
月 日																							
月 日																							
月 日																							
月 日																							
月 日																							
月 日																							
月 日																							
月 日																							
月 日																							
月 日																							
月 日																							
月 日																							
月 日																							
月 日																							
月 日																							
月 日																							
月 日																							
月 日																							
月 日																							
月 日																							
月 日																							

10. 支援・評価委員会による支援保険者

今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、支援・評価委員会において支援した市町村国保または国保組合の選択をお願いします。

③については、支援・評価委員会において、後期高齢者医療広域連合の構成市町村へ直接支援した場合に構成市町村名の選択をお願いします。

[記載上の留意点]

- ・入力した保険者名を削除する場合は、Deleteキーを押して削除して下さい。
- ・行の追加はしないで下さい。
- ・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下さい。

	①市町村国保		②国保組合		③後期高齢者医療広域連合の構成市町村 (直接支援した場合)	
	国保ヘルスアップ事業 (B)(C)支援保険者名	国保ヘルスアップ事業(B)(C) 以外支援保険者名	国保ヘルスアップ事業 支援保険者名	国保ヘルスアップ事業以外 支援保険者名	一体的実施の 支援保険者名	一体的実施以外の 支援保険者名
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

11. 国保連合会による支援保険者

国保連合会による保険者支援の状況をお答えください。（支援・評価委員会の利用がなく、国保連合会が単独で支援したもの）

	保険者名	具体的な支援内容 (KDB操作等も含む)	関与した職員数		支援形態		支援方法							支援した事業(保険者の種類に応じて選択)												
			事務職	医療専門職	個別	集団	WEB	書面	電話(TEL)	メール	訪問	来所	その他	都道府県		市町村国保					国保組合		広域連合		構成市町村	
														ヘルスアップ事業	ヘルスアップ事業以外	ヘルスアップ事業(A)	ヘルスアップ事業(B)	ヘルスアップ事業(C)	ヘルスアップ事業以外	ヘルスアップ事業	ヘルスアップ事業以外	一体的実施	一体的実施以外	一体的実施	一体的実施以外	
1																										
2																										
3																										
4																										
5																										
6																										
7																										
8																										
9																										
10																										

1. 高齢者の保健事業セミナーアンケート

令和3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) セミナー開催した場合、その概要をお答えください。

[記載上の留意点]

・本シートをコピーして、セミナーごとにシートを作成してください。

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)」

セミナーの実施日、セミナー名、セミナーの目的・ねらい、実施回数、セミナーの主催・共催者をご記入ください。									
セミナー種類	高齢者の保健事業セミナー								
実施日									
セミナー名					実施回数		回		
セミナーの目的・ねらい									
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。									
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"/> 高齢者の保健事業 <input type="checkbox"/> 糖尿病性腎症重症化予防事業 <input type="checkbox"/> その他財源名				その他の財源名			

(2) セミナーを開催しなかった場合は、その理由をお答えください。

--

(3) セミナーで実施した講演会についてお答えください。

なお、講演で使用了資料等があれば、「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"/>	
		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"/>	
		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"/>	
		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"/>	

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3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) セミナー開催した場合、その概要をお答えください。

[記載上の留意点]

・本シートをコピーして、セミナーごとにシートを作成してください。

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)」

セミナーの実施日、セミナー名、セミナーの目的・ねらい、実施回数、セミナーの主催・共催者をご記入ください。									
セミナー種類	糖尿病性腎症重症化予防セミナー								
実施日									
セミナー名					実施回数		回		
セミナーの目的・ねらい									
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。									
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			参加人数			
			介護部門		後期高齢者医療広域連合		参加人数		
			後期高齢者部門		国保組合		参加国保組合数		
			その他				参加人数		
		部署名等		その他	団体名称	参加人数			
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"/> 糖尿病性腎症重症化予防事業 <input type="checkbox"/> その他財源名			その他の財源名				

(2) セミナーを開催しなかった場合は、その理由をお答えください。

--

(3) セミナーで実施した講演会についてお答えください。

なお、講演で使用了資料等があれば、「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"/>	
		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"/>	
		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"/>	
		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"/>	

3. その他セミナー実施アンケート

令和3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) セミナー開催した場合、その概要をお答えください。

〔記載上の留意点〕

・本シートをコピーして、セミナーごとにシートを作成してください。

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)」

セミナーの実施日、セミナー名、セミナーの目的・ねらい、実施回数、セミナーの主催・共催者をご記入ください。									
セミナー種類	その他セミナー								
実施日									
セミナー名					実施回数		回		
セミナーの目的・ねらい									
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。									
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			参加人数			
			介護部門		後期高齢者医療広域連合	参加人数			
			後期高齢者部門			参加人数			
			その他		国保組合	参加国保組合数			
		部署名等		参加人数					
その他		その他	団体名称	参加人数					
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"/> 糖尿病性腎症重症化予防事業 <input type="checkbox"/> その他財源名			その他の財源名				

(2) セミナーで実施した講演会についてお答えください。

なお、講演で使用了資料等があれば、「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"/>	
		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"/>	
		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"/>	
		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"/>	

4. セミナー実施の振り返り

令和3年度に開催した(設問1～3でご回答いただいた)セミナーについてお答えください。

(1)各セミナーの目的・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お答えください。

セミナー種類	セミナー名	良かった点	国保連合会にとっての課題

(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)が挙がっている場合は、主なものを以下にご記入ください。

セミナー種類	セミナー名	良かった点	要望等

5. 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。

- ・高齢者の保健事業セミナーの実施指針
- ・糖尿病性腎症重症化予防セミナーの研修プログラム

--

委員票

【委員票】 （連合会名：連合会名を選択してください） 各委員又は委員会としての支援における成果と今後の支援のあり方について、ご記入願います。

保健事業支援・評価委員会の支援における成果と今後の支援のあり方について

市町村国保票

【市町村国保票】

(保険者番号:)

(保險者名:)

[illegible]

健康教育						特に支援を希望していた事項 ※1																		
						支援・評価委員会で実際に受けた支援・助言内容																		
健康相談						特に支援を希望していた事項 ※1																		
						支援・評価委員会で実際に受けた支援・助言内容																		
保健指導						特に支援を希望していた事項 ※1																		
						支援・評価委員会で実際に受けた支援・助言内容																		
歯科にかかる 保健事業						特に支援を希望していた事項 ※1																		
						支援・評価委員会で実際に受けた支援・助言内容																		
地域包括ケアシステム を推進する取組						特に支援を希望していた事項 ※1																		
						支援・評価委員会で実際に受けた支援・助言内容																		
健康づくりを推進する 地域活動等						特に支援を希望していた事項 ※1																		
						支援・評価委員会で実際に受けた支援・助言内容																		
保険者独自の取組						特に支援を希望していた事項 ※1																		
						支援・評価委員会で実際に受けた支援・助言内容																		
都道府県の指定を受 けて実施する先進的な 保健事業						特に支援を希望していた事項 ※1																		
						支援・評価委員会で実際に受けた支援・助言内容																		
その他① 〔 〕						特に支援を希望していた事項 ※1																		
						支援・評価委員会で実際に受けた支援・助言内容																		
その他② 〔 〕						特に支援を希望していた事項 ※1																		
						支援・評価委員会で実際に受けた支援・助言内容																		
その他③ 〔 〕						特に支援を希望していた事項 ※1																		
						支援・評価委員会で実際に受けた支援・助言内容																		

※1 特に支援を希望していた事項に○をつけてください。(5つまで)
※2 「特に支援を希望していた事項(上段)」、「支援・評価委員会で実際に受けた支援・助言内容(下段)」で○をつけたものについて、具体的な内容を記載してください。
※3 「支援・助言の結果」で○をつけたものについて、支援・助言を反映した場合は具体的な内容を、反映しなかった場合はその理由を記載してください。

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。)

国保組合票

【国保組合票】 (保険者番号:)

(保 険 者 名:)

事業内容	ヘルスアップ事業申請	支援・助言を受けた内容											支援・助言の結果					
		具体的内容※2	その他	事業実施後の事業評価 個人情報 情報の取り扱い及び危機管理 の評価指標の収集及び 事業評価の方法	事業のスケジュール管理	事業を継続的に実施する 方策（脱落的防止等）	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）	事業の方法、内容	事業の対象者（選定基準を含む） と募集方法	事業の目的（背景・位置づけ）・ 目標・評価指標の設定方法	既存事業の内容とその達成状況の 整理（棚卸し）	助言を受け、その内容を反映した	助言を受け、方向性ややり方の確 認ができた	助言を受けたが、 反映しなかった	支援・助言を希望したが、受けら れなかった	その他	具体的内容・理由※3	
保健事業全体の中長 期的なデータヘルス計 画の策定		特に支援を希望していた事項 ※1																
		支援・評価委員会で実際に受けた支援・助言内容																
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		特に支援を希望していた事項 ※1																
		支援・評価委員会で実際に受けた支援・助言内容																
生活習慣病等の予防 の視点による健康意識 の向上の取組の推進		特に支援を希望していた事項 ※1																
		支援・評価委員会で実際に受けた支援・助言内容																
特定健診受診率・特定 保健指導実施率向上 のための対策		特に支援を希望していた事項 ※1																
		支援・評価委員会で実際に受けた支援・助言内容																
保健指導（特定保健指 導を除く）		特に支援を希望していた事項 ※1																
		支援・評価委員会で実際に受けた支援・助言内容																
重複・頻回受診者への 訪問指導		特に支援を希望していた事項 ※1																
		支援・評価委員会で実際に受けた支援・助言内容																
健康相談		特に支援を希望していた事項 ※1																
		支援・評価委員会で実際に受けた支援・助言内容																

健康教育	特に支援を希望していた事項 ※1																
	支援・評価委員会で実際に受けた支援・助言内容																
糖尿病性腎症重症化 予防	特に支援を希望していた事項 ※1																
	支援・評価委員会で実際に受けた支援・助言内容																
保健事業の実施計画 の策定	特に支援を希望していた事項 ※1																
	支援・評価委員会で実際に受けた支援・助言内容																
がん検診事業	特に支援を希望していた事項 ※1																
	支援・評価委員会で実際に受けた支援・助言内容																
その他① □	特に支援を希望していた事項 ※1																
	支援・評価委員会で実際に受けた支援・助言内容																
その他② □	特に支援を希望していた事項 ※1																
	支援・評価委員会で実際に受けた支援・助言内容																
その他③ □	特に支援を希望していた事項 ※1																
	支援・評価委員会で実際に受けた支援・助言内容																

※1 特に支援を希望していた事項に○をつけてください。(5つまで)
※2 「特に支援を希望していた事項(上段)」、「支援・評価委員会で実際に受けた支援・助言内容(下段)」で○をつけたものについて、
具体的な内容を記載してください。
※3 「支援・助言の結果」で○をつけたものについて、支援・助言を反映した場合は具体的な内容を、反映しなかった場合はその理由を記載してください。

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。)

広域連合票

【後期高齢者広域連合票】

(広域連合名:

)

[illegible]

その他① []					特に支援を希望していた事項 ※1																			
					支援・評価委員会で実際に受けた支援・助言内容																			
その他② []					特に支援を希望していた事項 ※1																			
					支援・評価委員会で実際に受けた支援・助言内容																			
その他③ []					特に支援を希望していた事項 ※1																			
					支援・評価委員会で実際に受けた支援・助言内容																			

※1 特に支援を希望していた事項に○をつけてください。(5つまで)

※2 「特に支援を希望していた事項(上段)」、「支援・評価委員会で実際に受けた支援・助言内容(下段)」で○をつけたものについて、具体的な内容を記載してください。

※3 「支援・助言の結果」で○をつけたものについて、支援・助言を反映した場合は具体的な内容を、反映しなかった場合はその理由を記載してください。

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。)

構成市町村票

【後期高齢者構成市町村票】

(保険者番号 :)

(構成市町村名:)

事業内容	一体的実施特別調整交付金申請	支援組織		支援・助言を受けた内容																支援・助言の結果					
		支援・評価委員会以外 （有識者会議・大学等）	名称 （支援・評価委員会以外の 第三者を利用した場合、記入してください）	既存事業の内容とその達成状況の整理（棚卸し）	事業の目的（背景・目標・設定方法	事業の対象者（選定基準を含む）と募集方法	事業の方法、内容	法整備	関係者における連絡・調整の方	事業の実施体制	事業を継続的に実施する方策（脱着防止等）	事業のスケジュール管理	事業評価の方法	評価指標の収集及び	危機管理の取り扱い及び	事業実施後の事業評価	その他	具体的内容※2	助言を受け、その内容を反映した	助言を受け、方向性やり方の確認ができた	助言を受けなかった	支援・助言を希望したが、受けられなかった	その他	具体的内容・理由※3	
事業の企画・健康課題の分析等				特に支援を希望していた事項 ※1																					
				支援・評価委員会で実際に受けた支援・助言内容																					
栄養に関する相談・指導				特に支援を希望していた事項 ※1																					
				支援・評価委員会で実際に受けた支援・助言内容																					
口腔に関する相談・指導				特に支援を希望していた事項 ※1																					
				支援・評価委員会で実際に受けた支援・助言内容																					
服薬に関する相談・指導				特に支援を希望していた事項 ※1																					
				支援・評価委員会で実際に受けた支援・助言内容																					
生活習慣病等の重症化予防に関わる相談・指導				特に支援を希望していた事項 ※1																					
				支援・評価委員会で実際に受けた支援・助言内容																					
重複・頻回受診者、重複投薬者等への相談・指導の取組				特に支援を希望していた事項 ※1																					
				支援・評価委員会で実際に受けた支援・助言内容																					
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				特に支援を希望していた事項 ※1																					
				支援・評価委員会で実際に受けた支援・助言内容																					
フレイル予防の普及や啓発活動やフレイル予防などの健康教育・健康相談				特に支援を希望していた事項 ※1																					
				支援・評価委員会で実際に受けた支援・助言内容																					
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等				特に支援を希望していた事項 ※1																					
				支援・評価委員会で実際に受けた支援・助言内容																					
高齢者の健康に関する相談や不安等について気軽に相談が行える環境づくり				特に支援を希望していた事項 ※1																					
				支援・評価委員会で実際に受けた支援・助言内容																					
健診・医療の受診勧奨や介護サービス等の利用勧奨など				特に支援を希望していた事項 ※1																					
				支援・評価委員会で実際に受けた支援・助言内容																					

その他①					特に支援を希望していた事項 ※1																		
					支援・評価委員会で実際に受けた支援・助言内容																		
その他②					特に支援を希望していた事項 ※1																		
					支援・評価委員会で実際に受けた支援・助言内容																		
その他③					特に支援を希望していた事項 ※1																		
					支援・評価委員会で実際に受けた支援・助言内容																		

※1 特に支援を希望していた事項に○をつけてください。(5つまで)

※2 「特に支援を希望していた事項(上段)」、「支援・評価委員会で実際に受けた支援・助言内容(下段)」で○をつけたものについて、具体的な内容を記載してください。

※3 「支援・助言の結果」で○をつけたものについて、支援・助言を反映した場合は具体的な内容を、反映しなかった場合はその理由を記載してください。

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。)

都道府県票

【都道府県票】

(都道府県名: 都道府県名を選択してください)

[illegible]

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	医療・健康情報データベースの構築					特に支援を希望していた事項 ※2																		
						支援・評価委員会で実際に受けた支援・助言内容																		
	データヘルス計画の標準化に向けた現状把握・分析					特に支援を希望していた事項 ※2																		
						支援・評価委員会で実際に受けた支援・助言内容																		
	予防・健康づくりに資するシステムの構築					特に支援を希望していた事項 ※2																		
						支援・評価委員会で実際に受けた支援・助言内容																		
F モデル事業（先進的な保健事業）	一体的実施や地域職域連携に資するシステム構築					特に支援を希望していた事項 ※2																		
						支援・評価委員会で実際に受けた支援・助言内容																		
	ICTを活用した特定健診・保健指導の基盤整備					特に支援を希望していた事項 ※2																		
						支援・評価委員会で実際に受けた支援・助言内容																		
	企業や大学等と協力し、都道府県の現状や課題を共有し実施する先進的な予防・健康づくり事業					特に支援を希望していた事項 ※2																		
						支援・評価委員会で実際に受けた支援・助言内容																		
無関心層を対象にして取り組む先進的な保健事業					特に支援を希望していた事項 ※2																			
						支援・評価委員会で実際に受けた支援・助言内容																		
都道府県の庁内他部門や各種関係団体等と共同して行う先進的な保健事業					特に支援を希望していた事項 ※2																			
						支援・評価委員会で実際に受けた支援・助言内容																		
その他① A-Fを選択※1					特に支援を希望していた事項 ※2																			
						支援・評価委員会で実際に受けた支援・助言内容																		
その他② A-Fを選択※1					特に支援を希望していた事項 ※2																			
						支援・評価委員会で実際に受けた支援・助言内容																		
その他③ A-Fを選択※1					特に支援を希望していた事項 ※2																			
						支援・評価委員会で実際に受けた支援・助言内容																		

※1 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。

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。）

※2 特に支援を希望していた事項に○をつけてください。（5つまで）

※3 「特に支援を希望していた事項(上段)」、「支援・評価委員会で実際に受けた支援・助言内容(下段)」で○をつけたものについて、具体的な内容を記載してください。

※4 「支援・助言の結果」で○をつけたものについて、支援・助言を反映した場合は具体的な内容を、反映しなかった場合はその理由を記載してください。