

# 国保・後期高齢者ヘルスサポート事業 事業報告書

平成29年度の支援・評価委員会、国保連合会の活動報告

第11回 国保・後期高齢者ヘルスサポート事業運営委員会	資料
平成29年6月13日（火）	No. 4

連合会名		所属部署名	
役職		担当者名	
電話番号		e-mailアドレス	

送付先：国民健康保険中央会保健事業部保健事業課 cyousa@kokuhoh.or.jp

報告期限：平成○年○月○日（○）

## 設問の回答者について

本報告書は支援・評価委員会の事務局の担当者が記入してください。ただし、赤字の設問については支援・評価委員会の委員の意見を、青字の設問については保険者の意見をご回答ください。

## 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、シート「追記シート（委員会）」にご記入ください。

## 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、シート「追記シート（ワーキング）」にご記入ください。

## 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
○個別保険者ごとの支援	○個別保険者ごとの支援	○個別保険者ごとの支援	○個別保険者ごとの支援
○複数保険者合同での支援	○複数保険者合同での支援	○複数保険者合同での支援	○複数保険者合同での支援
○上記の組み合わせ	○上記の組み合わせ	○上記の組み合わせ	○上記の組み合わせ
○未実施	○未実施	○未実施	○未実施

#### ② 平成29年に変えた点、工夫した点について記載してください。

支援・評価委員会による支援	事務局による支援

保険者等名	
-------	--

		保険者等側の意見	
支援結果	どのような支援を受けて、どのような気づき、変化があったか (※)		
	残された課題		

		支援・評価委員会の委員の意見	
支援結果	<p>保険者等に対し どのような支援 を行ったのか</p>		
	<p>課題 （現状分析・課題 設定・目標設定・ 事業選択・事業実 施・関係者との連 携・事業評価のど れにあたるかがわ かるように明記し てください）</p>		

		事務局側の意見	
支援 結果	保険者等に対し どのような支援 を行ったのか (※)		
	課題 (現状分析・課題 設定・目標設定・ 事業選択・事業実 施・関係者との連 携・事業評価のど れにあたるかがわ かるように明記し てください)		

※支援・評価委員会から助言や評価内容を資料で受領している場合には、提出してください。データ量が多い場合は郵送にて提出願います。

## 第1期データヘルス計画の達成状況

第1期データヘルス計画で設定して健康課題をもとに立てた目標(3つまで)に対し、実施した保健事業により、目標が達成されたか否かについて

⇒ 支援・評価委員会からの支援：      ○有      ○無

第1期データヘルス計画に設定した具体的な目標	達成状況		第2期データヘルス計画に設定した具体的な目標	第2期データヘルス計画に向けて支援・評価委員会よりどのような助言があったか
	達成状況	達成もしくは未達の要因		
健康課題をもとに立てた目標 1	<input type="checkbox"/> 達成 <input type="checkbox"/> 一部達成 <input type="checkbox"/> 未達成			
健康課題をもとに立てた目標 2	<input type="checkbox"/> 達成 <input type="checkbox"/> 一部達成 <input type="checkbox"/> 未達成			
健康課題をもとに立てた目標 3	<input type="checkbox"/> 達成 <input type="checkbox"/> 一部達成 <input type="checkbox"/> 未達成			



### 3. 事務局の体制と保険者等との関わり

#### 1) 事務局体制

事務局職 \_\_\_\_\_ 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	支援・評価委員会による関わりの有無	説明会等の内容
			<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有	
			<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有	
			<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有	
			<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有	

※説明会等を5回以上開催している場合には、シート「追記シート（説明会）」にご記入ください。

※上記の説明会等について、支援・評価委員会が用意した資料がある場合には、添付してください。