

国保・後期高齢者ヘルスサポート事業 事業報告書

平成2728年度の支援・評価委員会、国保連合会の活動報告

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@kokuho.or.jp

報告期限：平成28年8月19日(金)平成29年〇月〇日(〇)

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。

[「追記シート\(委員会\)」
に移動](#)

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	

協議事項	
協議内容	

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。

[「追記シート\(ワーキング\)」
に移動](#)

2. 保健事業支援・評価委員会による活動状況

1) 支援（申請）保険者等の状況

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

2) 保健事業支援・評価委員会による支援の方法

① 支援の形態

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

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

② 平成26・27年度と比べて、平成28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

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

「シート1(個別の状況)」に移動

保険者等名： _____

申請時の状況		申請時に希望した支援内容		<input type="checkbox"/> 保健事業実施計画(テーマ別計画)の策定支援 <input type="checkbox"/> 個別保健事業計画の策定支援 <input type="checkbox"/> 個別保健事業の評価			
		希望する具体的な支援内容					
事前ヒアリング		<input type="radio"/> 実施有 <input type="radio"/> 実施無	実施場所		出席者	保険者等側 支援・評価委員会 事務局側	
		ヒアリングで明らかになった課題					
支援の状況	日時／所要時間	場所もしくは手段 —(メール/電話等)—	対応者			支援内容	具体的な支援内容
			保険者等側	支援・評価委員会	事務局側		
						<input type="checkbox"/> 現状分析 <input type="checkbox"/> 目標設定 <input type="checkbox"/> 事業実施 <input type="checkbox"/> 関係者との連携 <input type="checkbox"/> 事業評価 <input type="checkbox"/> その他	
						<input type="checkbox"/> 現状分析 <input type="checkbox"/> 目標設定 <input type="checkbox"/> 事業実施 <input type="checkbox"/> 関係者との連携 <input type="checkbox"/> 事業評価 <input type="checkbox"/> その他	
						<input type="checkbox"/> 現状分析 <input type="checkbox"/> 目標設定 <input type="checkbox"/> 事業実施 <input type="checkbox"/> 関係者との連携 <input type="checkbox"/> 事業評価 <input type="checkbox"/> その他	
						<input type="checkbox"/> 現状分析 <input type="checkbox"/> 目標設定 <input type="checkbox"/> 事業実施 <input type="checkbox"/> 関係者との連携 <input type="checkbox"/> 事業評価 <input type="checkbox"/> その他	

		保険者等側の意見				支援・評価委員会の委員の意見			事務局側の意見			
		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		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	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	
支援結果	支援を受けて得られた気づき				支援を行って、どのような効果的な変化が保険者等に見られたか(※)							
	支援を受けてどのような効果的な変化があったか(※)											
	支援により解決された課題				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)							
	残された課題											
支援を受けた事業についての委託状況		外部委託の有無		無 有 (○全部委託 ○一部委託)								
		委託内容	<input type="checkbox"/> データヘルス計画の策定 <input type="checkbox"/> 個別保健事業の企画立案 <input type="checkbox"/> 保健事業の実施 <input type="checkbox"/> 事業の評価 <input type="checkbox"/> その他 ()									
		具体的内容	(委託事業者名:)									

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

※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。

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 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。

[「追記シート\(説明会\)」に移動](#)

3) ~~連合会が（支援・評価委員会と関わりなく）単独で行う、保険者等への支援状況（対象保険者数や方法、頻度等）~~

支援の種類	実施の有無	対象保険者数 管内保険者数	支援方法・内容の詳細	頻度
各種データ提供	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有	_____		回/年度
データ分析方法の助言	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有	_____		回/年度
国の動向等の情報提供	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有	_____		回/年度
関係機関の紹介	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有	_____		回/年度
その他（_____）	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有	_____		回/年度

4) ~~支援・評価委員会を活用していない保険者への働きかけ~~

働きかけの有無	働きかけの具体的な内容
<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有	

4. 保健事業支援・評価委員会の運営等良かった点並びに課題

	良かった点				課題			
	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	その他	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	その他
支援・評価 委員会委員 の意見								
事務局の 意見								

※体制、予算等この事業を実施していく中で、良かった点並びに課題についてご記入ください。

5. 保健事業支援・評価委員会の今後の在り方等について

※以下の2項目について、支援・評価委員会の委員と事務局の意見を、それぞれご記入ください。

※なおご記入いただいた内容は、「平成28年度『国保連合会保健事業支援・評価委員会』委員による報告会」の資料としても活用させていただきます。

	支援・評価委員会の今後の在り方について	データヘルス計画の策定にあたって重要だと考えること
支援・評価委員 会の委員の意見		
支援・評価委員 会の事務局の意見		

4.平成26・27年度と比べて新たに課題となったことと考えられる対応策の案

	課題	考えられる対応策の案
支援・評価 委員会委員 の 意見		
事務局の 意見		

5.3年間の保健事業支援・評価委員会の活動を通じての成果（良かった点）と今後の展望

	成果	今後の展望
支援・評価 委員会委員 の 意見		
事務局の 意見		