



【令和 2 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	2
1. 調査の目的	2
2. 調査概要	2
3. 回収状況	2
II. 調査結果	3
1. 支援（申請）保険者数	3
2. 支援・評価委員会の活動状況	4
(1) 支援・評価委員会の開催状況	4
(2) 支援・評価委員会の活動方法	6
(3) 支援保険者数の状況	9
3. 保険者別（市町村国保、国保組合、広域連合、構成市町村、都道府県）の支援状況	10
(1) 市町村国保の支援状況	10
(2) 国保組合の支援状況	12
(3) 広域連合の支援状況	14
(4) 構成市町村の支援状況	16
(5) 都道府県の支援状況	18
4. 支援・評価委員会の支援結果	20
(1) 令和 2 年度の活動として見直した点及び工夫した点	20
(2) 支援・評価委員会の成果と残された課題	23
(3) 支援・評価委員会としての今後の支援のあり方	27

別添資料

- 令和元年度～令和 2 年度における支援・評価委員会の活動状況
- ・国保連合会
- 令和元年度～令和 2 年度における支援・評価委員会の支援状況
- 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、かつ保険者支援について、保険者側からの回答により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. 調査概要

調査対象	調査時期	調査内容
国保連合会	令和 2 年 9 月 23 日～ 令和 3 年 3 月 31 日	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
市町村国保		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・助言結果の状況 ・設定した目標とその達成状況
国保組合		
広域連合		
構成市町村		
都道府県		
支援・評価委員		支援における成果、今後の支援のあり方、感想

3. 回収状況

調査対象	調査対象数	回収数	回収率
国保連合会	47	47	100%
市町村国保	1,070	880	82.2%
国保組合	57	39	68.4%
広域連合	38	36	94.7%
構成市町村	195	121	62.1%
都道府県	42	40	95.2%
支援・評価委員	-	-	-

※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。

※市町村国保、広域連合、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。

II. 調査結果

1. 支援（申請）保険者数（令和3年3月31日時点）

令和2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1,207（構成市町村は195）、事業支援率61.2%であった。令和元年度は907 保険者（構成市町村は25）であり増加している。

図表 1-1 支援（申請）保険者数

No.	都道府県名	管内保険者数	都道府県		市町村国保				国保組合				後期高齢者 医療広域連合				事業支援 保険者数計	事業支援率	後期高齢者医療広域連合 構成市町村						
			都道府県 支援 保険者 数	都道府県 数	ヘルス アップ 事業 支援 保険者 数	ヘルス アップ 事業 以外の 支援 保険者 数	「再掲」中間 評価	ヘルス アップ 事業 支援 保険者 数	ヘルス アップ 事業 以外の 支援 保険者 数	「再掲」中間 評価	支援 数	「再掲」中間 評価	支援 数	「再掲」中間 評価	広域連合を通じ 支援した 構成市町村 数	直接・支援・ 委員会の支援・ 構成市町村数 を評価			※事業支援率 （直接）						
1	北海道	163	1	(1)	105	(32)	5	(5)	41	-	-	2	(2)	1	1	(1)	-	114	(41)	69.9%	-	-	42	-	22.7%
2	青森	43	1	-	1	(3)	4	(1)	2	-	-	-	-	-	-	-	-	6	(4)	14.0%	-	-	1	-	2.5%
3	岩手	36	1	(1)	8	(9)	5	(5)	12	-	-	-	-	-	1	(1)	1	15	(16)	41.7%	-	-	2	-	6.1%
4	宮城	40	1	(1)	2	(6)	26	-	26	-	-	2	-	2	-	-	1	31	(7)	77.5%	-	-	-	-	-
5	秋田	29	1	(1)	3	(3)	9	(4)	12	-	(1)	1	-	-	1	(1)	1	15	(10)	51.7%	-	-	-	-	-
6	山形	37	1	(1)	5	(4)	5	(6)	8	-	-	-	-	-	1	-	1	12	(11)	32.4%	-	-	-	-	-
7	福島	63	1	(1)	13	(12)	23	(20)	23	-	-	-	-	-	1	(1)	-	38	(34)	60.3%	13	-	-	-	-
8	茨城	48	1	-	27	(25)	7	(4)	-	-	-	-	(1)	-	1	(1)	-	36	(31)	75.0%	12	-	12	-	27.3%
9	栃木	29	1	(1)	12	(12)	2	(2)	8	1	(1)	-	-	-	1	(1)	1	17	(17)	58.6%	-	-	-	-	-
10	群馬	39	1	(1)	2	(4)	29	(6)	28	-	-	-	-	-	1	(1)	-	33	(12)	84.6%	5	(35)	1	-	2.9%
11	埼玉	71	1	(1)	15	(10)	46	(50)	10	-	-	5	(4)	-	1	(1)	-	68	(66)	95.8%	-	-	4	-	6.3%
12	千葉	59	1	(1)	11	(16)	2	(1)	12	-	-	-	-	-	1	-	1	15	(18)	25.4%	-	-	-	-	-
13	東京	85	1	(1)	39	(36)	-	-	6	4	(5)	-	-	-	1	-	-	45	(42)	52.9%	-	-	-	-	-
14	神奈川	41	1	(1)	12	(14)	21	(4)	33	1	-	-	(1)	3	1	(1)	1	36	(21)	87.8%	8	(33)	3	(18)	9.1%
15	新潟	35	1	(1)	4	(5)	10	(8)	13	-	-	-	-	-	1	(1)	1	16	(15)	45.7%	-	-	1	-	3.3%
16	富山	19	1	(1)	0	(0)	4	-	4	-	-	-	-	-	1	(1)	-	6	(2)	31.6%	-	-	1	-	6.7%
17	石川	22	1	(1)	9	(4)	10	(15)	11	-	-	1	(1)	-	1	(1)	1	22	(22)	100.0%	-	-	2	-	10.5%
18	福井	22	1	(1)	5	(6)	12	(11)	14	-	-	3	(3)	-	1	-	-	22	(21)	100.0%	-	-	1	-	5.9%
19	山梨	30	1	(1)	0	(2)	15	(2)	12	-	-	-	-	-	-	(1)	1	16	(6)	53.3%	-	(7)	-	-	-
20	長野	81	-	-	10	(9)	-	(5)	-	-	-	-	-	-	1	(1)	-	11	(15)	13.6%	-	-	18	(3)	23.4%
21	岐阜	46	1	(1)	2	(2)	4	(3)	0	-	-	1	-	-	1	-	-	9	(6)	19.6%	-	-	-	-	-
22	静岡	42	1	(1)	11	(14)	14	-	11	-	-	1	-	-	1	(1)	1	28	(16)	66.7%	4	-	4	-	11.4%
23	愛知	62	1	(1)	8	(7)	27	(17)	27	-	-	1	-	1	1	-	1	38	(25)	61.3%	-	-	7	-	13.0%
24	三重	35	1	(1)	6	(5)	23	-	29	-	-	-	-	-	1	-	1	31	(6)	88.6%	-	-	3	-	10.3%
25	滋賀	22	1	(1)	19	(12)	-	(5)	19	-	-	-	-	-	-	-	-	20	(18)	90.9%	-	(19)	2	-	10.5%
26	京都	39	1	(1)	3	(5)	23	(13)	25	1	(2)	9	(6)	10	1	-	1	38	(27)	97.4%	-	-	-	-	-
27	大阪	61	-	-	18	(16)	4	(1)	-	-	-	7	(8)	3	1	(1)	1	30	(26)	49.2%	6	-	-	-	-
28	兵庫	49	1	(1)	12	(11)	4	(4)	8	-	-	-	-	-	1	(1)	-	18	(17)	36.7%	41	(2)	10	-	24.4%
29	奈良	43	1	(1)	2	(7)	37	-	14	-	-	-	(1)	-	-	-	-	40	(9)	93.0%	-	-	-	-	-
30	和歌山	35	1	(1)	9	(10)	7	(2)	15	-	-	3	(2)	3	1	(1)	-	21	(16)	60.0%	-	-	-	-	-
31	鳥取	22	1	(1)	5	(7)	6	(1)	7	-	-	-	-	-	1	-	1	13	(9)	59.1%	-	-	-	(1)	-
32	島根	22	1	(1)	3	(4)	-	-	3	1	-	-	(1)	-	1	-	1	6	(6)	27.3%	-	-	-	-	-
33	岡山	32	-	-	8	(10)	3	(2)	9	-	-	-	-	-	-	-	-	11	(12)	34.4%	-	-	-	-	-
34	広島	28	1	(1)	10	(11)	6	-	7	-	-	1	-	-	-	-	-	18	(12)	64.3%	-	-	2	-	8.7%
35	山口	22	1	(1)	10	(8)	-	-	10	-	-	-	-	-	1	-	1	12	(9)	54.5%	19	-	-	-	-
36	徳島	28	1	(1)	16	(7)	8	(15)	24	-	-	2	(2)	-	1	(1)	-	28	(26)	100.0%	-	(24)	24	-	100.0%
37	香川	21	1	(1)	7	(7)	9	(10)	13	1	(1)	-	(1)	1	1	(1)	1	19	(21)	90.5%	17	(17)	-	-	-
38	愛媛	24	1	(1)	10	(1)	9	(5)	19	-	-	-	-	-	1	(1)	-	21	(8)	87.5%	13	(20)	3	(2)	15.0%
39	高知	37	1	(1)	9	(8)	14	(5)	23	-	-	-	-	-	-	(1)	-	24	(15)	64.9%	3	-	3	-	8.8%
40	福岡	65	-	-	17	(11)	-	(49)	17	-	-	-	-	-	1	(1)	1	18	(61)	27.7%	10	-	-	-	-
41	佐賀	25	1	(1)	3	(3)	17	(2)	20	-	-	3	-	3	1	(1)	1	25	(7)	100.0%	10	(20)	-	-	-
42	長崎	27	1	(1)	9	(1)	2	(7)	8	-	-	3	(4)	3	1	(1)	1	16	(14)	59.3%	7	(21)	3	-	14.3%
43	熊本	49	1	(1)	16	(18)	17	(11)	33	-	-	2	(2)	-	-	(1)	-	36	(33)	73.5%	-	(1)	1	(1)	2.2%
44	大分	22	1	(1)	10	(8)	-	(2)	10	-	-	-	-	-	1	(1)	1	12	(12)	54.5%	-	(18)	2	-	11.1%
45	宮崎	30	-	-	11	(2)	12	(18)	-	-	(1)	-	-	-	1	(1)	1	24	(22)	80.0%	-	(26)	2	-	7.7%
46	鹿児島	47	1	(1)	18	(8)	14	(14)	28	-	-	1	(1)	-	1	(1)	-	35	(25)	74.5%	-	-	-	-	-
47	沖縄	44	1	(1)	20	(18)	20	(18)	40	-	-	-	-	-	1	(1)	-	42	(38)	95.5%	-	-	41	-	100.0%
合計		1,971	42	(40)	555	(433)	515	(353)	694	9	(11)	48	(40)	30	38	(30)	24	1,207	(907)	61.2%	168	(243)	195	(25)	11.3%

※括弧内は令和元年度

※後期高齢者医療広域連合構成市町村における事業支援率（直接）の算出には、e-stat のデータを使用

<https://www.e-stat.go.jp/municipalities/number-of-municipalities>

2. 支援・評価委員会の活動状況



(1) 支援・評価委員会の開催状況

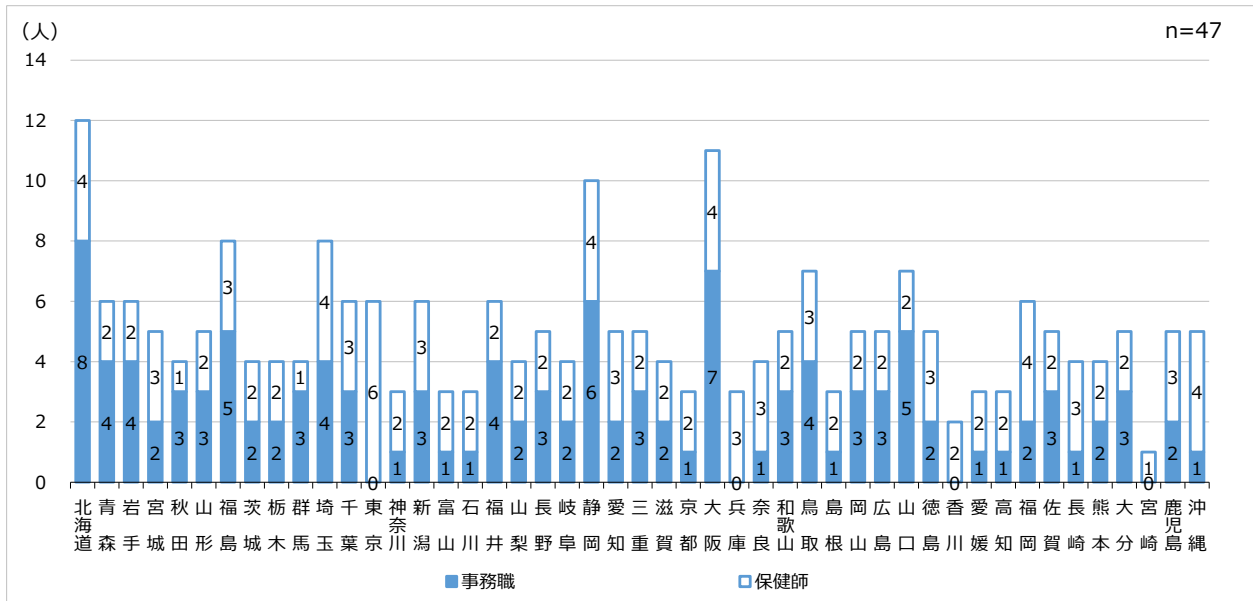
図表 2-1 都道府県別事務局体制・説明会等の開催状況

(令和2年度)

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	8	4	12	0	4	1	23	3	31
2	青森	4	2	6	0	7	10	2	7	26
3	岩手	4	2	6	0	0	1	8	0	9
4	宮城	2	3	5	0	0	0	6	0	6
5	秋田	3	1	4	0	2	1	5	0	8
6	山形	3	2	5	0	1	1	9	0	11
7	福島	5	3	8	0	0	0	6	0	6
8	茨城	2	2	4	0	0	0	2	0	2
9	栃木	2	2	4	0	1	4	4	0	9
10	群馬	3	1	4	0	2	1	3	0	6
11	埼玉	4	4	8	0	0	1	3	0	4
12	千葉	3	3	6	0	0	0	4	21	25
13	東京	0	6	6	0	4	1	5	0	10
14	神奈川	1	2	3	0	4	3	3	1	11
15	新潟	3	3	6	0	0	1	6	0	7
16	富山	1	2	3	5	0	0	1	3	9
17	石川	1	2	3	0	1	6	12	0	19
18	福井	4	2	6	0	5	2	4	0	11
19	山梨	2	2	4	0	0	5	3	0	8
20	長野	3	2	5	0	0	2	3	0	5
21	岐阜	2	2	4	1	10	5	3	0	19
22	静岡	6	4	10	27	27	1	4	0	59
23	愛知	2	3	5	0	0	1	3	0	4
24	三重	3	2	5	4	7	0	2	0	13
25	滋賀	2	2	4	0	1	0	9	0	10
26	京都	1	2	3	0	0	1	5	0	6
27	大阪	7	4	11	1	0	0	6	11	18
28	兵庫	0	3	3	5	0	4	12	9	30
29	奈良	1	3	4	0	2	0	2	0	4
30	和歌山	3	2	5	0	0	1	8	0	9
31	鳥取	4	3	7	0	0	0	3	2	5
32	島根	1	2	3	0	0	0	5	0	5
33	岡山	3	2	5	0	0	0	3	1	4
34	広島	3	2	5	0	9	1	4	0	14
35	山口	5	2	7	0	5	1	4	0	10
36	徳島	2	3	5	0	10	0	5	0	15
37	香川	0	2	2	0	1	1	2	0	4
38	愛媛	1	2	3	1	19	7	3	0	30
39	高知	1	2	3	2	21	0	5	0	28
40	福岡	2	4	6	0	6	1	4	0	11
41	佐賀	3	2	5	0	1	1	8	0	10
42	長崎	1	3	4	0	5	3	8	0	16
43	熊本	2	2	4	0	1	0	10	0	11
44	大分	3	2	5	0	2	1	5	1	9
45	宮崎	0	1	1	0	8	1	5	0	14
46	鹿児島	2	3	5	1	0	0	9	0	10
47	沖縄	1	4	5	0	5	5	1	0	11
合 計		119	118	237	47	171	75	250	59	602

都道府県ごとの事務局体制は、多い順に、北海道（12）、大阪府（11）、静岡県（10）であった（図表 2-2）。

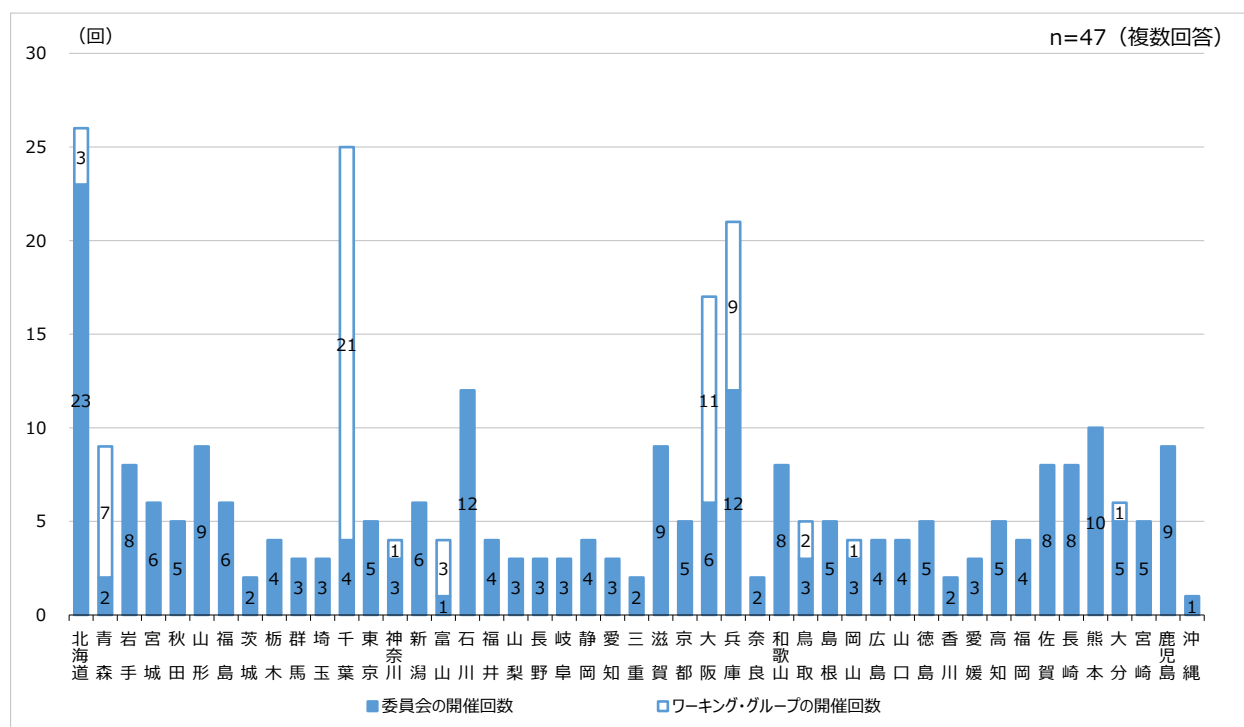
図表 2-2 支援・評価委員会の事務局体制（都道府県別）



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（23）、石川県（12）、兵庫県（12）、熊本県（10）、山形県（9）、滋賀県（9）、鹿児島県（9）、岩手県（8）、和歌山県（8）、佐賀県（8）、長崎県（8）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（21）、大阪府（11）、兵庫県（9）、青森県（7）、北海道（3）、富山県（3）、鳥取県（2）、神奈川県（1）、岡山県（1）、大分県（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）

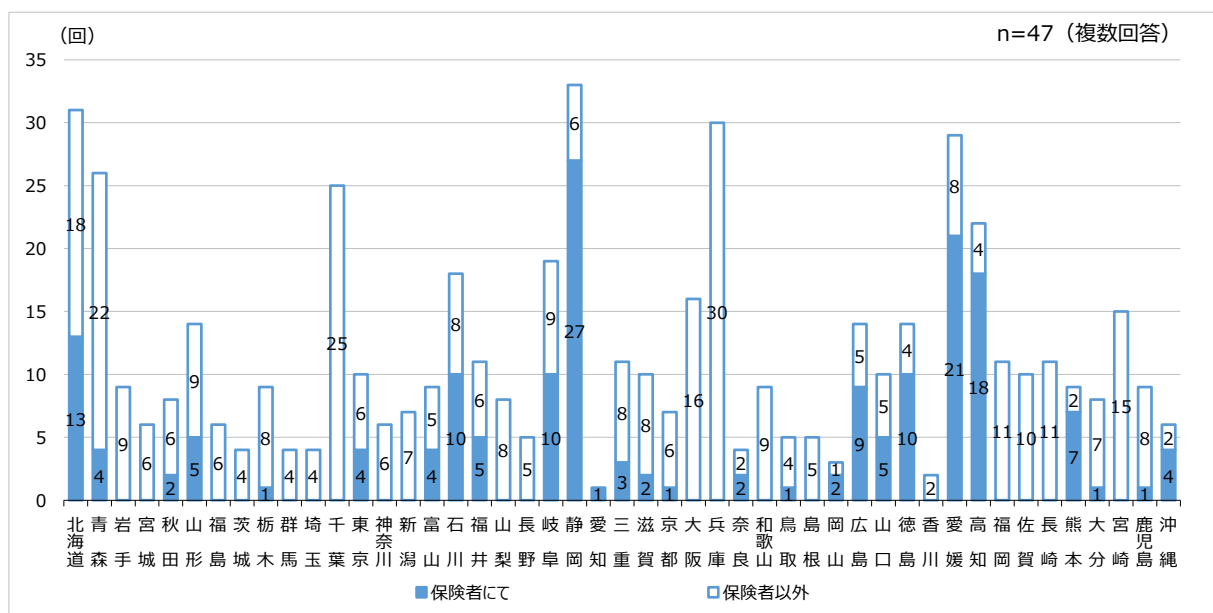


(2) 支援・評価委員会の活動方法

① 令和2年度の支援・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、静岡県（27）、愛媛県（21）、高知県（18）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（30）、千葉県（25）、青森県（22）であった（図表 2-4）。

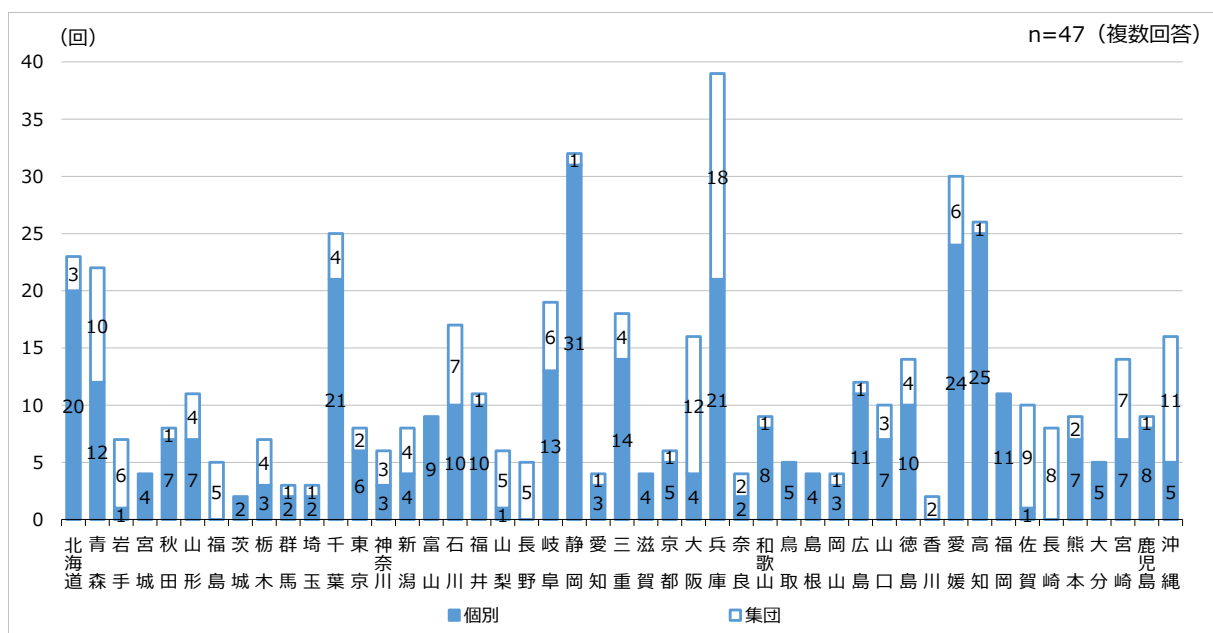
図表 2-4 開催（支援）場所（都道府県別）



※書面開催については開催場所未回答を含む

支援形態について、都道府県ごとに見ると、個別支援は、多い順に、静岡県（31）、高知県（25）、愛媛県（24）であった。集団支援は、多い順に、兵庫県（18）、大阪府（12）、沖縄県（11）であった（図表 2-5）。

図表 2-5 支援形態（都道府県別）



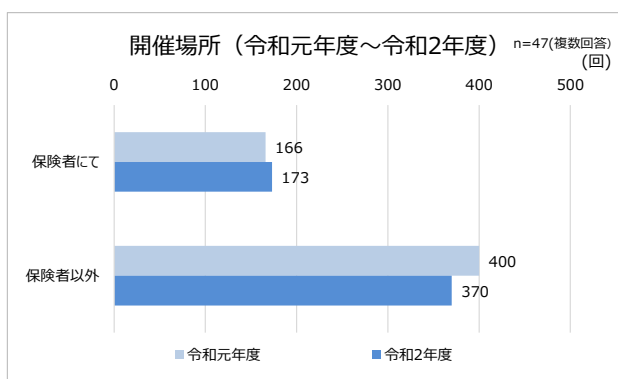
② 支援・評価委員会の活動方法（経年比較）

開催（支援）場所は保険者以外での実施が多かったが、令和元年度と比較すると減少していた（図表 2-6）。支援形態は集団支援より個別支援が2倍以上多く、増加傾向であった（図表 2-7）。

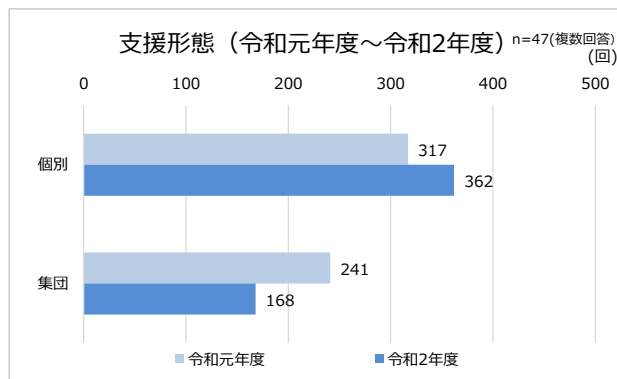
保険者同士が意見交換する場を設定しないケースは、意見交換を設定するケースの4倍以上多く、増加傾向であった（図表 2-8）。

Webの活用状況は、101開催で全体の2割弱であった。Webを活用していない462開催のうち、書面開催は50開催（8.9%）であった（図表 2-9）。（Webの活用状況については、令和元年度は未調査のため比較なし）

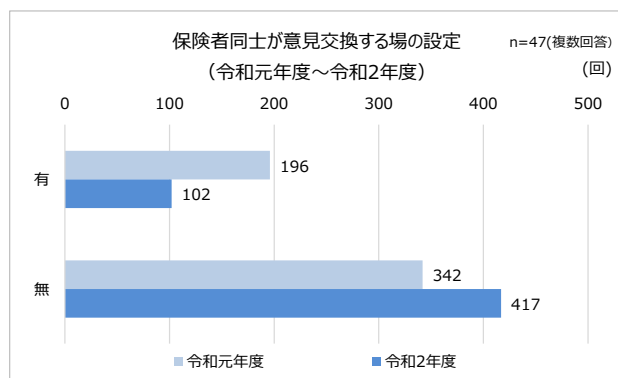
図表 2-6 支援・評価委員会の開催（支援）場所



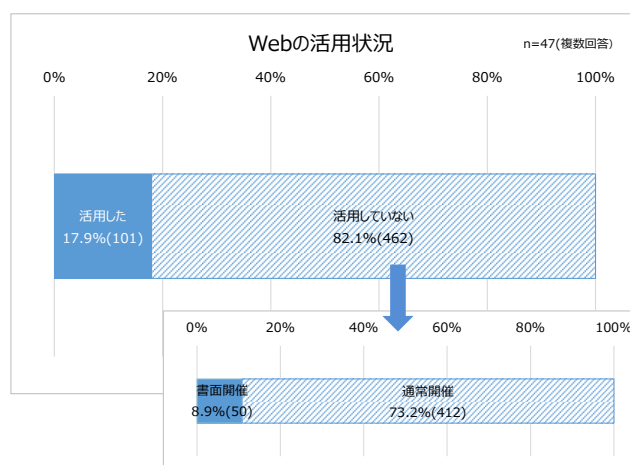
図表 2-7 支援・評価委員会の支援形態



図表 2-8 保険者同士が意見交換する場の設定



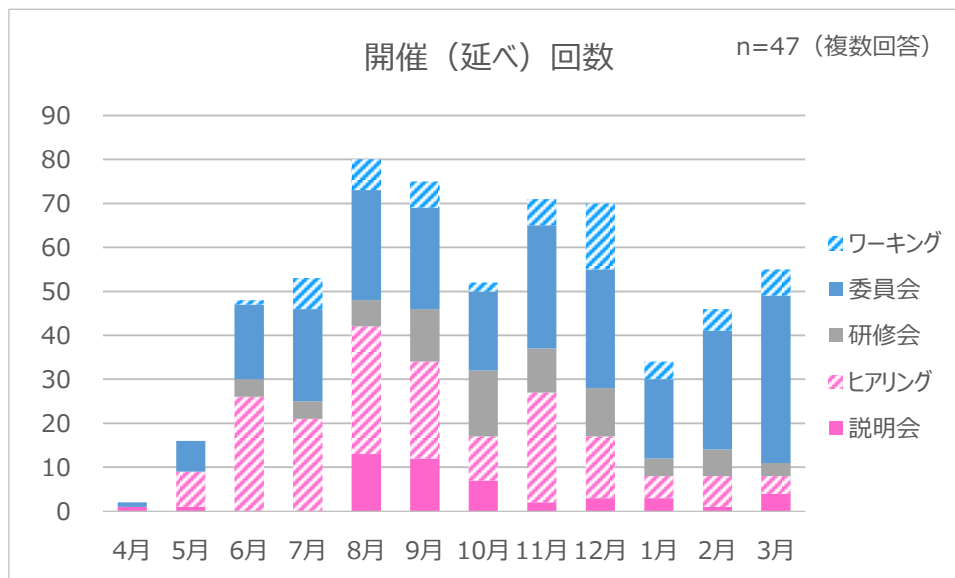
図表 2-9 支援・評価委員会の Web の活用状況



③ 令和2年度の支援・評価委員会の活動方法（月別比較）

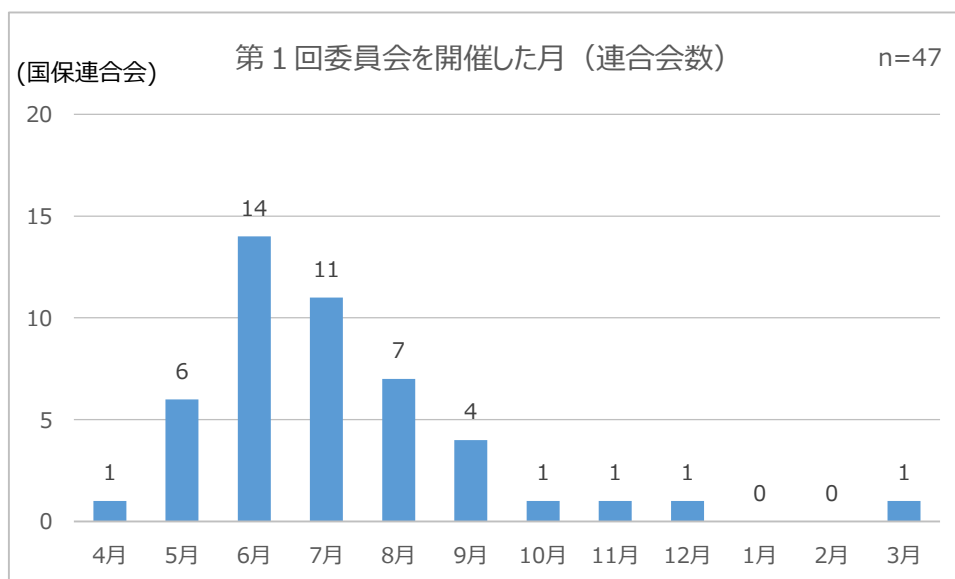
支援・評価委員会については、委員会の他ワーキングや研修会等様々な方法での開催がされており、特に6月以降で活動回数が大幅に増加していた。（図表 2-10）。

図表 2-10 支援・評価委員会等の開催（延べ）回数



初回の支援・評価委員会は、43 都道府県において、9 月以前に開始していた（図表 2-11）

図表 2-11 第1回委員会開催月



(3) 支援保険者数の状況

保険者の出席状況は、ヘルスアップ事業支援保険者は延べ数で 2,188、ヘルスアップ事業以外での支援保険者は延べ数で 1,169 であった（図表 2-12）。

図表 2-12 支援保険者数の状況

No.	都道府県名	国保HS事業支援保険者数			国保HS事業以外での支援保険者数			後期高齢者医療 広域連合		都道府県	合計	開催 回数
		市町村	国保組合	計	市町村	国保組合	計	広域連合	構成市町村			
1	北海道	265	2	267	67	2	69	4	0	25	365	31
2	青森	25	0	25	94	0	94	6	240	17	142	26
3	岩手	15	0	15	5	0	5	3	2	1	24	9
4	宮城	6	0	6	24	2	26	0	0	5	37	6
5	秋田	27	3	30	9	1	10	4	0	6	50	8
6	山形	23	0	23	41	3	44	5	0	3	75	11
7	福島	29	0	29	0	0	0	1	0	6	36	6
8	茨城	44	0	44	0	0	0	1	0	4	49	2
9	栃木	63	2	65	46	0	46	3	0	7	121	9
10	群馬	2	0	2	30	0	30	1	5	2	35	6
11	埼玉	29	0	29	46	5	51	1	0	3	84	4
12	千葉	71	0	71	0	0	0	0	0	20	91	25
13	東京	68	11	79	5	7	12	1	0	4	96	10
14	神奈川	51	3	54	28	4	32	3	3	4	93	11
15	新潟	5	0	5	12	0	12	1	1	5	23	7
16	富山	4	0	4	0	0	0	1	0	9	14	9
17	石川	124	0	124	0	0	0	4	0	4	132	19
18	福井	30	0	30	28	0	28	3	2	2	63	11
19	山梨	0	0	0	21	0	21	1	0	5	27	8
20	長野	149	2	151	0	0	0	2	22	5	158	5
21	岐阜	40	3	43	127	4	131	5	0	9	188	19
22	静岡	65	1	66	25	5	30	3	8	6	105	59
23	愛知	30	0	30	78	5	83	2	14	4	119	4
24	三重	36	0	36	46	0	46	5	12	4	91	13
25	滋賀	27	0	27	0	0	0	2	3	6	35	10
26	京都	12	2	14	51	19	70	2	0	2	88	6
27	大阪	34	0	34	8	3	11	3	0	4	52	18
28	兵庫	47	0	47	65	7	72	18	107	10	147	30
29	奈良	6	0	6	0	0	0	0	0	2	8	4
30	和歌山	26	0	26	24	6	30	2	0	1	59	9
31	鳥取	19	0	19	0	0	0	2	0	3	24	5
32	島根	6	2	8	0	0	0	2	0	4	14	5
33	岡山	24	0	24	0	0	0	0	0	3	27	4
34	広島	14	0	14	27	1	28	0	3	4	46	14
35	山口	48	0	48	0	0	0	5	190	1	54	10
36	徳島	85	0	85	4	1	5	4	96	4	98	15
37	香川	18	2	20	5	1	6	1	17	2	29	4
38	愛媛	77	0	77	61	0	61	7	140	8	153	30
39	高知	40	0	40	5	0	5	2	0	9	56	28
40	福岡	66	0	66	0	0	0	5	0	11	82	11
41	佐賀	12	0	12	33	4	37	3	0	6	58	10
42	長崎	52	0	52	36	8	44	5	20	8	109	16
43	熊本	17	0	17	0	0	0	0	1	2	19	11
44	大分	30	0	30	0	0	0	6	8	7	43	9
45	宮崎	29	0	29	6	0	6	1	8	0	36	14
46	鹿児島	25	1	26	19	0	19	1	0	2	48	10
47	沖縄	239	0	239	5	0	5	6	0	6	256	11
合 計		2,154	34	2,188	1,081	88	1,169	137	902	265	3,759	602

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

(1) 市町村国保の支援状況

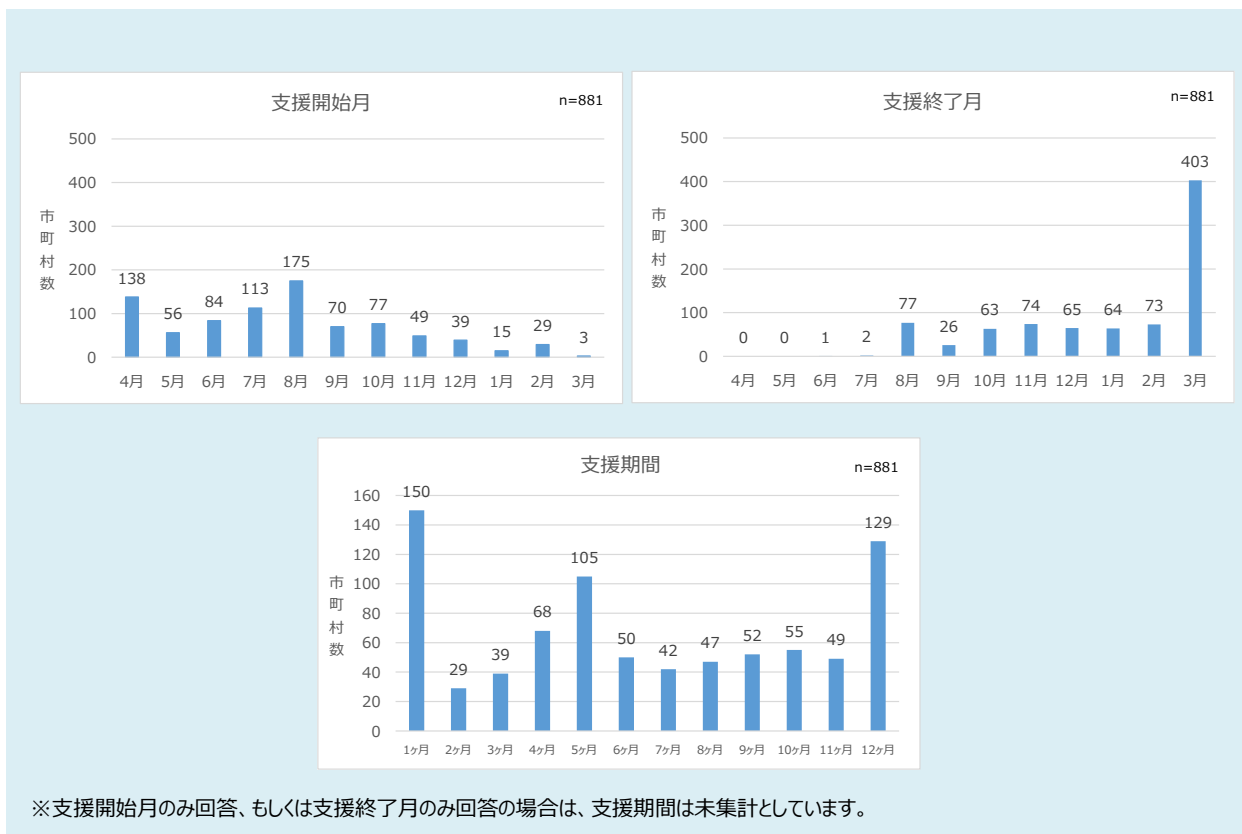
市町村国保への支援開始月は8月と4月の順に多く、支援終了月は3月が多かった（図表 3-1）。

市町村国保への支援期間は、「1ヶ月」⇒「12ヶ月」⇒「5ヶ月」の順で多かった。

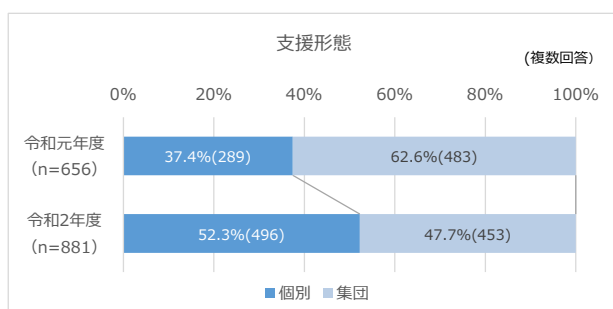
支援形態は、集団支援より個別支援が多く、令和元年度より個別支援が大幅に増加し、個別支援が集団支援を割合で上回っていた（図表 3-2）。

支援期間中の市町村国保と支援・評価委員会委員との情報交換については、情報交換をしている市町村国保の方が多かったが、令和元年度と比較するとその割合は減少していた（図表 3-3）。

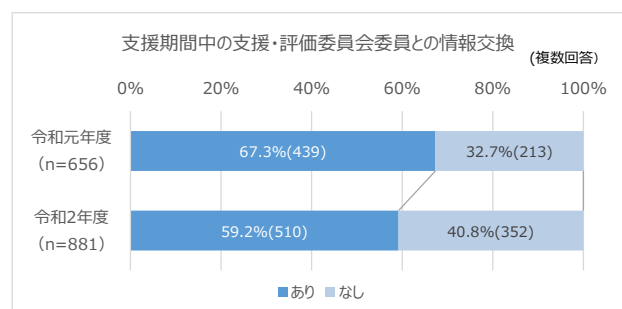
図表 3-1 支援開始月・支援終了月と支援期間（市町村国保）



図表 3-2 支援形態（市町村国保）



図表 3-3 支援期間中の支援・評価委員会委員との情報交換（市町村国保）



①支援希望と支援実績の状況

ア) 令和 2 年度の状況

	支援が多かった事業（上位 5 事業）	市町村数
1	特定健診未受診者対策	508
2	データヘルス計画の中間評価・データヘルス計画策定	468
3	糖尿病性腎症重症化予防	364
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）	175
5	生活習慣病予防における保健指導（※令和元年度では調査のない事業）	156

- ・「その他」の事業は、「高血圧対策事業」、「COPD 対策」、「SNS を活用した個別栄養指導」等であった。
- ・すべての事業を通して、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・評価委員会による支援・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。
- ・すべての事業を通して、内容別の支援希望と支援実績を比較しての大きな乖離はなかった。

イ) 令和元年度と令和 2 年度の比較

- ・令和 2 年度は、中間評価実施年度の保険者が多かったことから、「データヘルス計画の中間評価・データヘルス計画策定」について、支援希望・支援実績ともに大幅に増加していた（令和元年度の約 8 倍）。

②支援・助言の反映状況

ア) 令和 2 年度の状況

- ・すべての事業を通して、「助言を受け、方向性ややり方の確認ができた」との回答が最も多かった。
- ・「助言を希望したが、受けられなかった」とした回答は、全事業を合計して 42/2369（1.8%）であり、少ない傾向であった。

イ) 令和元年度と令和 2 年度の比較

- ・上位 4 事業で、「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」の合計回答数が令和元年度より上回った事業は 3 事業、下回った事業は 1 事業であった。

③目標達成の状況

ア) 令和 2 年度の状況

- ・すべての事業を通して、「評価不可（※期中であるため評価ができていない場合を含む）」とする割合が高かった。

イ) 令和元年度と令和 2 年度の比較

- ・上位 4 事業で、目標の「達成」、「未達成」の割合で令和元年度と比較すると、4 事業すべてで「達成」の割合が増加していた。

※ 事業内容別の具体的な支援状況の詳細は別添資料「令和元年度～令和 2 年度における支援・評価委員会の支援状況_①市町村国保」を参照。

(2) 国保組合の支援状況

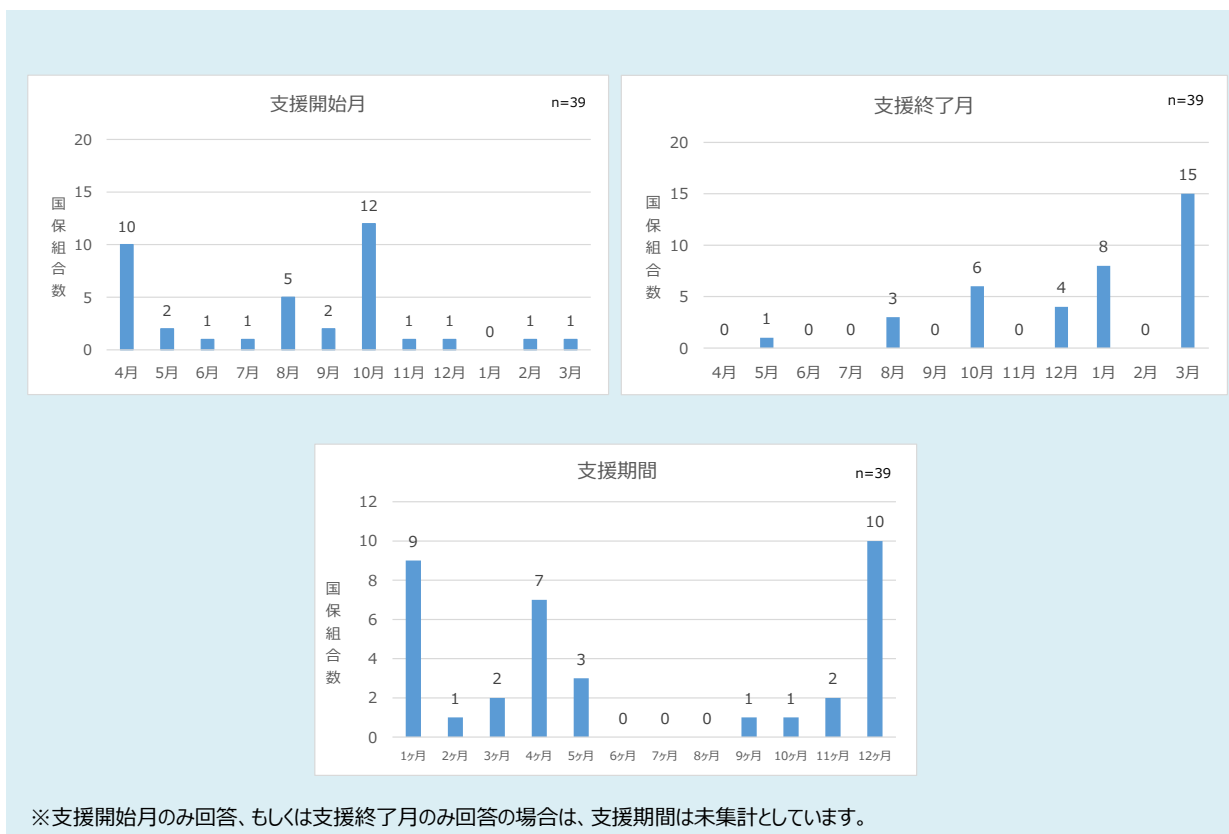
国保組合への支援開始月は10月と4月の順に多く、支援終了月は3月が多かった（図表 3-4）。

国保組合への支援期間は、「12ヶ月」⇒「1ヶ月」⇒「4ヶ月」の順で多かった。

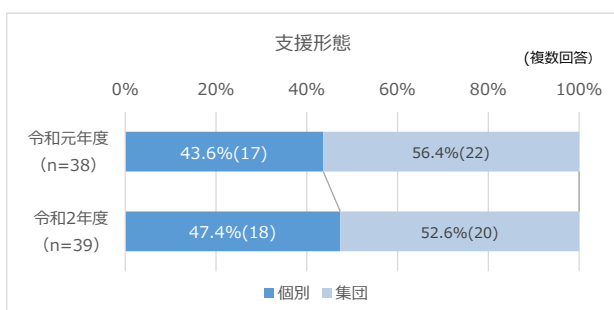
支援形態は、僅かに集団支援の方が多く、令和元年度と同水準であった（図表 3-5）。

支援期間中の国保組合と支援・評価委員会委員との情報交換については、令和元年度では、情報交換をしている国保組合の方が多かったが、令和2年度では逆に、情報交換をしていない国保組合の方が僅かに多かった（図表 3-6）。

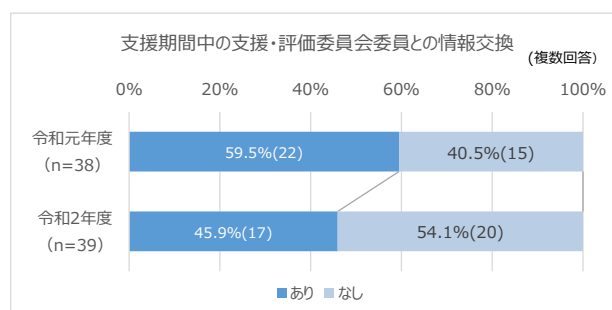
図表 3-4 支援開始月と支援終了月（国保組合）



図表 3-5 支援形態（国保組合）



図表 3-6 支援期間中の支援・評価委員会委員との情報交換（国保組合）



①支援希望と支援実績の状況

ア) 令和 2 年度の状況

	支援が多かった事業（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	19
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）	10
3	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

- ・「その他」の事業は、「ICT を活用した健康づくり事業」、「禁煙対策」、「がん検診有所見者医療受診勧奨」等であった。
- ・すべての事業を通して、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。
- ・すべての事業を通して、内容別の支援希望と支援実績を比較すると、全体的に支援希望より支援実績が下回っており、特に、「事業実施後の事業評価」の乖離が大きかった。

イ) 令和元年度と令和 2 年度の比較

- ・上位 5 事業で見ると、「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）」が令和元年度と比較して、支援希望・支援実績ともに増加していた。（令和元年度の約 1.5 倍～2.5 倍）

②支援・助言の反映状況

ア) 令和 2 年度の状況

- ・すべての事業を通して、「助言を受け、方向性ややり方の確認ができた」との回答が最も多かった。
- ・「助言を希望したが、受けられなかった」とした回答が、すべての事業で 0 であった。

イ) 令和元年度と令和 2 年度の比較

- ・「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）」について、「助言を受け、方向性ややり方の確認ができた」とした回答数が、令和元年度と比較して大きく増加していた。

③目標達成の状況

ア) 令和 2 年度の状況

- ・上位 5 事業で、「データヘルス計画の中間評価・データヘルス計画策定」が最も目標達成割合が高かった（50%）。

イ) 令和元年度と令和 2 年度の比較

- ・上位 5 事業で、目標の「達成」、「未達成」の割合で令和元年度と比較すると、「特定健診未受診者対策」の「達成」の割合が最も増加していた。

※ 事業内容別の具体的な支援状況の詳細は別添資料「令和元年度～令和 2 年度における支援・評価委員会の支援状況_②国保組合」を参照。

(3) 広域連合の支援状況

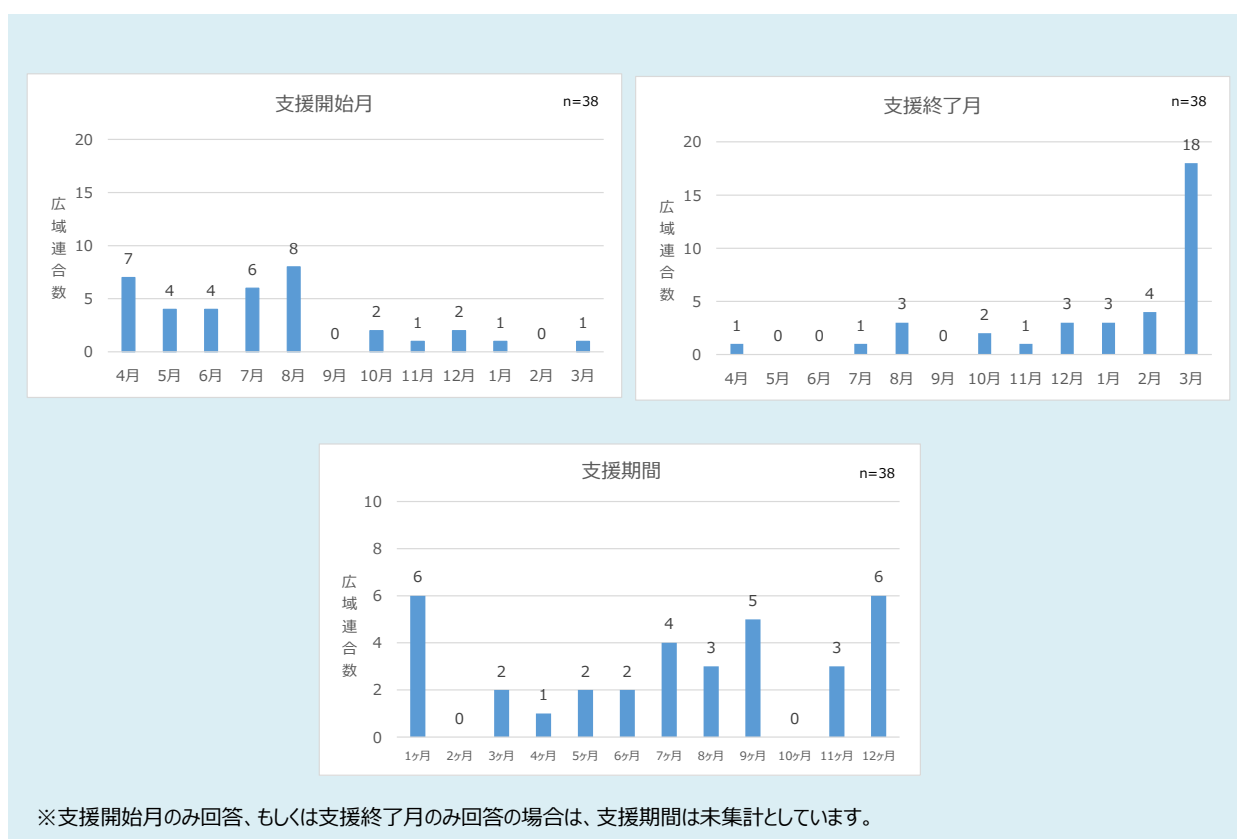
広域連合への支援開始月は8月、4月、7月の順に多く、支援終了月は3月が多かった（図表 3-7）。

広域連合への支援期間は、「1ヶ月」、「12ヶ月」が最も多く、次に「9ヶ月」が多かった。

支援形態は、令和元年度では個別支援・集団支援の割合が同水準であったが、令和2年度では、個別支援の割合が集団支援と比べて4倍になった（図表 3-8）。

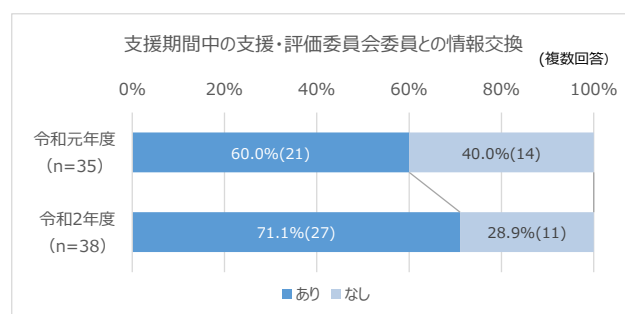
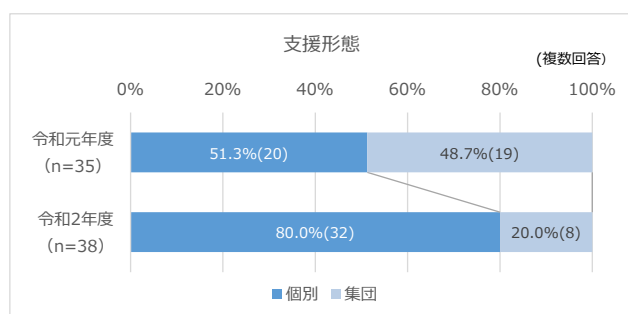
支援期間中の広域連合と支援・評価委員会委員との情報交換については、情報交換をしている広域連合は、情報交換をしていない広域連合の2倍以上多く、令和元年度と比較して、情報交換をしている広域連合の割合が増加した。（図表 3-9）。

図表 3-7 支援開始月と支援終了月（広域連合）



図表 3-8 支援形態（広域連合）

図表 3-9 支援期間中の支援・評価委員会委員との情報交換（広域連合）



①支援希望と支援実績の状況

ア) 令和 2 年度の状況

	支援が多かった事業（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

- ・「その他」の事業は、「生活習慣病治療中断者受診勧奨事業」、「ジェネリック医薬品差額通知事業」等であった。
- ・すべての事業を通して、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、「事業の目的（背景・位置づけ）・目標・評価指標の設定方法」、「評価指標の収集及び事業評価の方法」が多かった。
- ・すべての事業を通して、内容別の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）」、「事業実施後の事業評価」は、支援希望より支援実績が下回っており、乖離が大きかった。

イ) 令和元年度と令和 2 年度の比較

- ・「栄養に関する相談・指導」の支援希望・支援実績が令和元年度と比較して、増加していた。

②支援・助言の反映状況

ア) 令和 2 年度の状況

- ・すべての事業を通して、「助言を受け、方向性ややり方の確認ができた」とした回答数が多かった。
- ・その他で多かった事業の「データヘルス計画の中間評価」では、「助言を受けたが反映しなかった」、「助言を希望したが受けられなかった」と回答した広域連合は 0 であった。

イ) 令和元年度と令和 2 年度の比較

- ・「助言を受けたが反映しなかった」とした回答数が、令和元年度と比較して増加している事業が多かった。

③目標達成の状況

ア) 令和 2 年度の状況

- ・すべての事業を通して、「評価不可（※期中であるため評価ができていない場合を含む）」とする割合が高かった。
- ・目標の「達成」、「未達成」の割合で見ると、「未達成」の割合が高い傾向であった。

イ) 令和元年度と令和 2 年度の比較

- ・令和元年度と比較して、目標達成割合が減少していた。

※ 事業内容別の具体的な支援状況の詳細は別添資料「令和元年度～令和 2 年度における支援・評価委員会の支援状況_③広域連合」を参照。

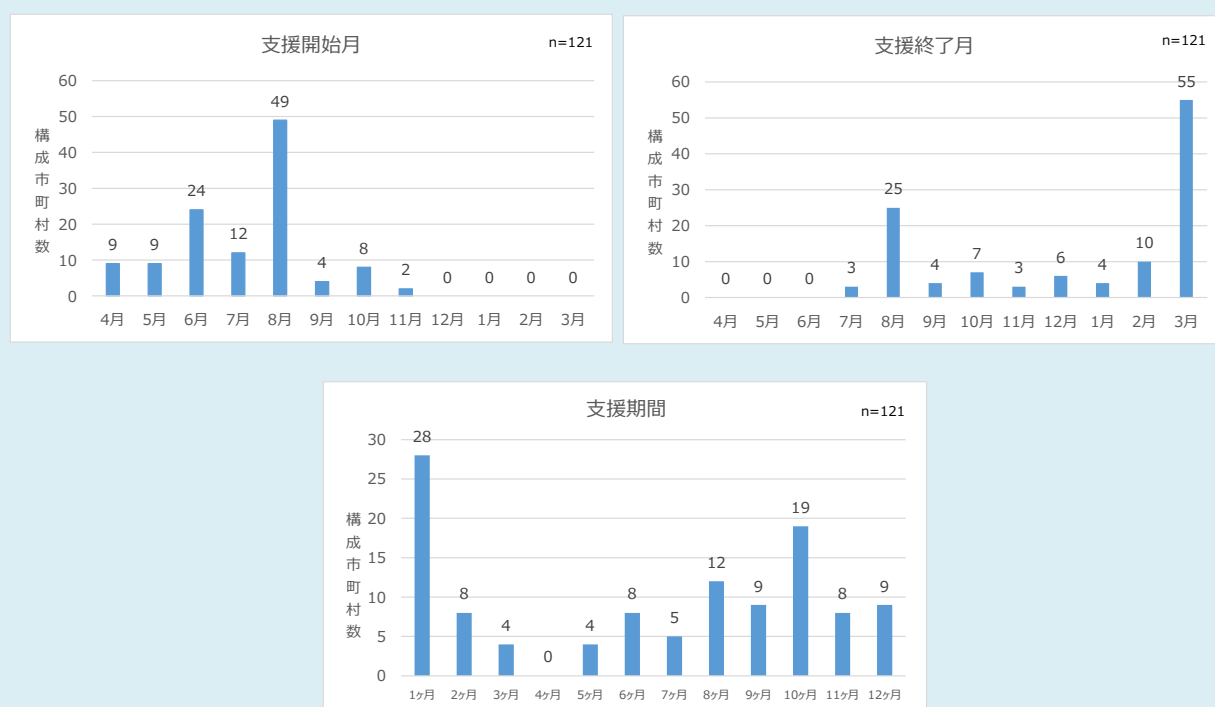
(4) 構成市町村の支援状況

構成市町村への支援開始月は8月、6月の順に多く、支援終了月は3月、8月が多かった（図表 3-10）。

構成市町村への支援期間は、「1ヶ月」⇒「10ヶ月」⇒「8ヶ月」の順で多かった。

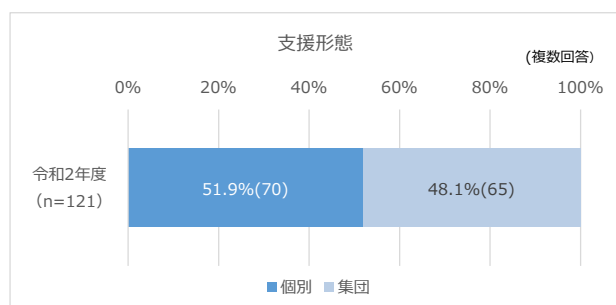
支援形態は、個別支援が集団支援より僅かに多く、支援期間中の構成市町村と支援・評価委員会委員との情報交換について、情報交換していない構成市町村が、情報交換をしている構成市町村より僅かに多かった（図表 3-11、図表 3-12）。

図表 3-10 支援開始月と支援終了月（構成市町村）

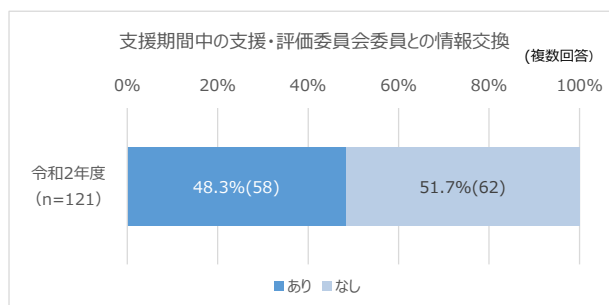


※支援開始月のみ回答、もしくは支援終了月のみ回答の場合は、支援期間は未集計としています。

図表 3-11 支援形態（構成市町村）



図表 3-12 支援期間中の支援・評価委員会委員との情報交換（構成市町村）



※ 構成市町村は令和元年度の調査比較なし

① 支援希望と支援実績の状況 ※ 構成市町村は令和元年度の調査比較なし

	支援が多かった事業（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	42
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	28
5	栄養に関する相談・指導	23

- ・「その他」として最も支援が多かった事業は、「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施（以下、「一体的実施」という）」（9 構成市町村）であった。
- ・すべての事業を通して、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」であった。
- ・すべての事業を通して、内容別の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傾向であった。

② 支援・助言の反映状況

- ・すべての事業を通して、「助言を受け、方向性ややり方の確認ができた」とした回答数が多かった。

③ 目標達成の状況

- ・すべての事業を通して、「評価不可（※期中であるため評価ができていない場合を含む）」とする割合が高かった。
- ・目標の「達成」、「未達成」の割合で見ると、全体的に「達成」の割合が高い傾向であった。
- ・上位 5 事業中「達成」の割合が高かったのは、「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」と「栄養に関する相談・指導」であった（達成 44%）。

※ 事業内容別の具体的な支援状況の詳細は別添資料「令和元年度～令和 2 年度における支援・評価委員会の支援状況_④構成市町村」を参照。

(5) 都道府県の支援状況

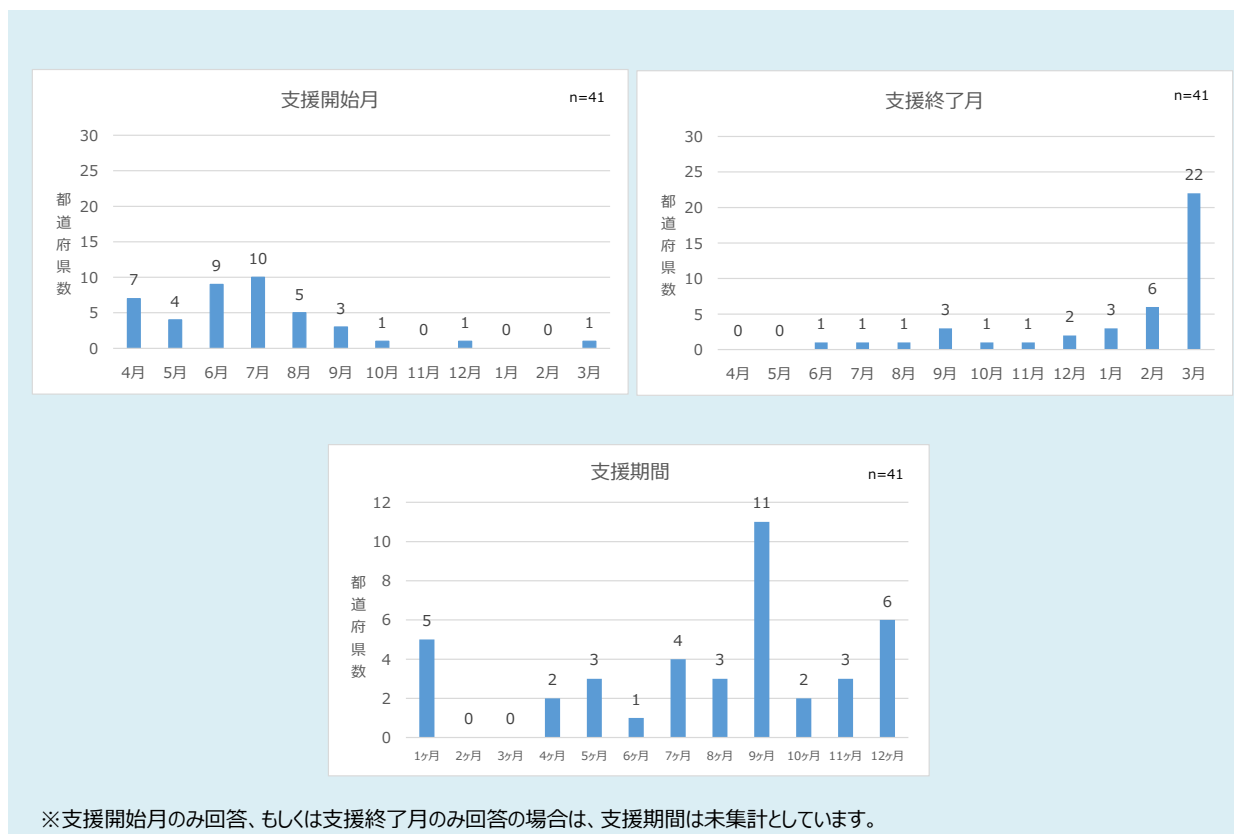
都道府県への支援開始月は7月、6月、4月の順に多く、支援終了月は3月が多かった（図表 3-13）。

都道府県への支援期間は、「9ヵ月」⇒「12ヵ月」⇒「1ヵ月」の順で多かった。

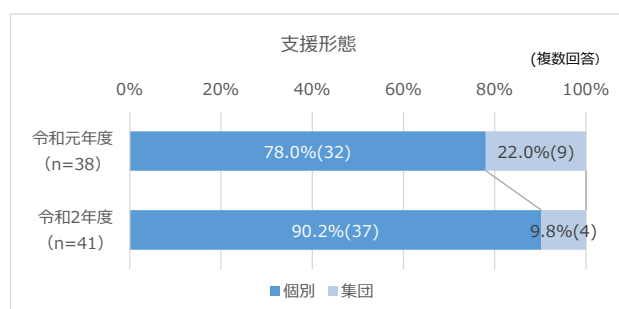
支援形態は、大多数が個別支援であり、令和元年度より集団支援との差がさらに大きくなった（図表 3-14）。

支援期間中の都道府県と支援・評価委員会委員との情報交換については、情報交換をしている都道府県は情報交換していない都道府県の2倍以上多く、令和元年度と同数であった（図表 3-15）。

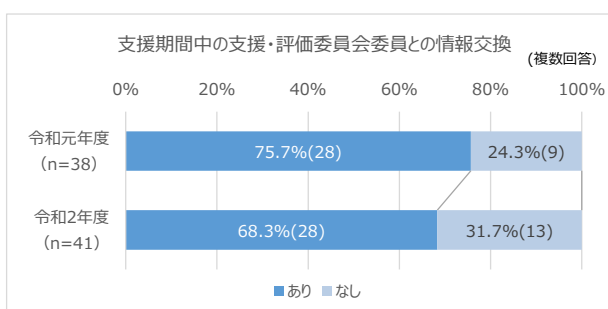
図表 3-13 支援開始月と支援終了月（都道府県）



図表 3-14 支援形態（都道府県）



図表 3-15 支援期間中の支援・評価委員会委員との情報交換（都道府県）



① 支援希望と支援実績の状況 ※ 都道府県については、令和元年度と事業が異なるため調査比較なし

	支援が多かった事業（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
3	KDB システムと他のデータベースを合わせた分析	16
3	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	16
5	かかりつけ医等に対する研修	13

- ・「その他」の事業は、「効果的な保健指導プログラム開発事業」、「医療費水準地域差要因分析等フォローアップ事業」、「栄養士登録・派遣事業」等、同事業は少なく、多岐に渡っていた。
- ・すべての事業を通して、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。
- ・すべての事業を通して、内容別の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傾向であった。

② 支援・助言の反映状況

- ・すべての事業を通して、「助言を受け、方向性ややり方の確認ができた」とした回答数が多かった。
- ・「助言を希望したが、受けられなかった」と回答した都道府県は、1 事業 1 回答のみであり、他の事業では 0 であった。

③ 目標達成の状況

- ・「評価不可」を含めても、全体的に「達成」の割合が最も高く、過半数に達している事業が多かった。
- ・上位 5 事業中「達成」の割合が最も高かったのは、「かかりつけ医等に対する研修」であった（達成 63%）。

※ 事業内容別の具体的な支援状況の詳細は別添資料「令和元年度～令和 2 年度における支援・評価委員会の支援状況_⑤都道府県」を参照。

4. 支援・評価委員会の支援結果



(1) 令和 2 年度の活動として見直した点及び工夫した点

ア) 支援体制

見直した点	<p>【専門的な委員の増員】</p> <ul style="list-style-type: none">・虚血性心疾患の予防が課題となっていることから、循環器専門医に新委員として加わっていただいた。・腎臓専門医に新委員として入ってもらい専門的知見からたくさん助言をいただいた。・重症化予防及び一体的実施に係る支援の充実を図るため、委員のみならず必要に応じて専門家の助言・支援をいただけるよう、オブザーバーに参加していただける仕組みを作った。・一体的実施の支援のため、委員を増員した。 <p>【支援体制の見直し】</p> <ul style="list-style-type: none">・部会を設置し、保険者のヒアリングを実施した。・委員会を 2 グループに分け並行して開催し、委員の負担を軽減した。・一体的実施に係る保健事業についての相談会を新たに設定した。 <p>一体的実施を計画している保険者を優先的に支援した。</p>
工夫した点	<p>【都道府県・大学等との連携】</p> <ul style="list-style-type: none">・大学からの支援との調整を図るため、県、大学を含めて調整を図った。・訪問支援に、保健所の同席をお願いした。・県と連携し、保険者支援の方向性の共通認識を図りながら、事業運営を行った。・県の事業として、大学の支援チームが支援に入っていたため、中間評価・見直しにあたっては、県、大学、支援・評価委員会（委員長）、国保連合会の 4 者で随時、すり合わせを実施し、同じ方向性で支援できるように調整した。・一体的実施に向けた支援について、県主導でモデル事業等を展開する中で、KDB システムを活用した分析については、国保連合会が主となり支援した。 <p>【支援方法・体制の工夫】</p> <ul style="list-style-type: none">・コロナ禍の状況であったため、書面及び Zoom による支援が行えるよう体制整備を行った。・二次医療圏ごとの研修会を開催した。・ワーキング部会で、個別にそれぞれの課題等に沿って具体的にわかりやすく支援した。

イ) 支援方法

見直した点	<p>【申請方法の見直し】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・支援保険者の負担を軽減するため、国のヘルスアップの申請の際の様式を活用し様式の簡略化を図った。 ・委員会の年間のフロー図を作成するとともに、提出様式が一目でわかるように様式番号の統一を行った。 ・事業申請を随時受け付けた。 <p>【開催方法の見直し】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・コロナ禍のため、委員からの助言等を書面にて助言提供したり、Web 開催とした。 ・委員と保険者の席次を対面としていたが、緊張感を和らげるために円卓とした。 ・個別支援に加え集団での支援を実施し、保険者同士がお互いの取組を知る情報交換の場とした。 ・個別保健事業について 1 回は委員と対面で支援を実施し、残りの回は、事前ヒアリングに基づき事務局が委員にまとめて説明し助言を受けた。 ・人事異動前に事業評価が支援できるように、支援実施時期を変更した。 <p>【事務局支援体制の見直し】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・新規事業の支援保険者への事務局による訪問を実施した。 ・フォローアップ支援として、保健所の市町村支援と協働した。
工夫した点	<p>【コロナ対策の工夫】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・一体的実施に係る支援について、コロナウイルス感染症予防の観点から、市町村への直接支援は行わず広域連合が構成市町村の助言希望内容を取りまとめ、広域連合を通しての支援とした。 ・Web 環境がない保険者については、圏域の県健康福祉センターから支援を受けられるよう調整した。 ・研修会を動画配信した。 ・集合での開催にあたり、密集、密接にならないように会場レイアウトを工夫した。 ・Web を活用しても、グループワークや全体会にてディスカッションを実施した。 <p>【事務局の工夫】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・支援保険者に事務局が訪問する際、支援実績のない小規模保険者に対して同席を打診し、支援した。 ・小規模保険者の資料作成を事務局が支援した。 ・事務局が県全体の動向や県内での保険者の位置等がわかる資料を持参し、保険者のデータヘルス計画の進捗状況を確認しながら、委員から助言をいただいた。 ・申請保険者全てに訪問して、ヒアリングを実施した。 ・平成 26 年度からの全保険者の利用状況と研修受講状況の一覧を作成し、委員と共通認識を図り、事業を展開した。 ・国保主管課と健康づくり主管課の両方の職員の出席を促した。 <p>【資料の見える化の工夫】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・一体的実施に係る分析について「KDB システムの情報量が多く、何をどう見たらよいかわからない。」といった声が多く聞かれたため、データを見える化した資料を作成した。 ・一体的実施に係る分析について、「KDB システムの情報量が多く、何をどう見ていってよいかわからない」といった声が多く聞かれたため、国保と後期の医療・健診・介護データを比較、見える化した資料やサポートシートを作成し、保険者に提供しながらシステム活用の支援を実施した。 ・同じような課題を抱える保険者への参考になるよう、保険者ごとの支援依頼内容・現状と課題、委員からの助言内容をまとめた集約シートを、今年度より全保険者に送付した。

ウ) 支援内容

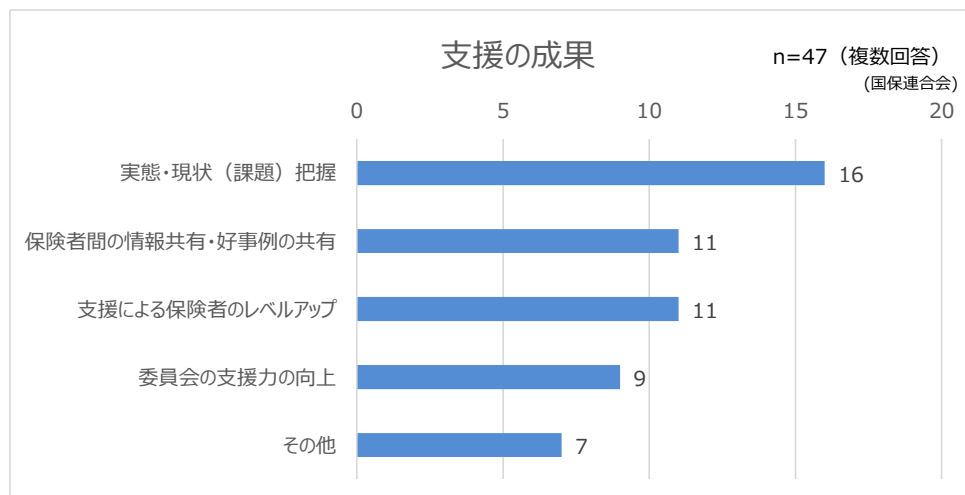
見直した点	<p>【中間評価の支援】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・保険者努力支援制度の指標において、データヘルス計画のデータに基づく事業評価について触れられていることから、KDB システムの介入支援管理機能について、活用の促進（研修会の開催等）を行った。 ・ガイドラインの図表 7 3「データヘルス計画・見直しの整理表（案）」を活用するとともに、「データヘルス中間評価の 4 つの視点での自己評価表」を新たに作成した。 ・PDCA サイクルを中心のテーマとして、研修会・個別支援を行ってきた経過を踏まえ中間評価において、各保険者が一連の過程を振り返り課題を見出すことが可能となるようにすることを確認し、研修会及び個別支援を実施した。 <p>【一体的実施への支援】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・一体的実施を計画している保険者を優先的に支援した。 ・一体的実施についての相談会を新たに設定した。 <p>【好事例の共有】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・わがまの健康課題や実態に応じて実施されている保健事業の好事例について調査を行い、成功要因を整理し全市町村に情報を還元することを目的に、市町村好事例の取組に係る調査を実施した。
工夫した点	<p>【研修会の工夫】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・研修会では、グループワークをしない代わりに、事前事後課題を設定して、受講者参加型の内容となるように、講師等と丁寧に打ち合わせを実施した。 ・糖尿病性腎症重症化予防や一体的実施の研修会で、保険者の取組事例を紹介した。 ・申請の有無に関わらず、全体研修で中間評価の整理表を全保険者に記入してもらった。また、研修会後に各保健所で開催する会議や研修で中間評価や事業評価の状況をフォローしていただき、保健所と連携をはかった。

(2) 支援・評価委員会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、次に「保険者間の情報共有・好事例の共有」、「支援による保険者のレベルアップ」であった。（図表 4-1）。

図表 4-1 支援の成果



ア) 実態・現状（課題）把握

- ・個別巡回支援することによって具体的に各保険者の実情が把握できた。また、データや聞き取りにより県の課題が明確となる。
- ・保険者の事業進捗状況や事業において困難を感じている点について把握できた。
- ・高齢者の保健事業と介護予防の一体的な取組については、今回構成市町村として3市町村の支援を行ったが、保険者における準備状況や組織の考え方の違い等あり、保険者の実情等を知る機会となった。
- ・コロナ禍により、保健事業をどのように評価し、どのように目標を修正するのかに悩む保険者が多いことがわかった。
- ・複数の保険者へ助言したことで、各保険者の取組や課題等を知るきっかけとなり、他市町村の取組が助言につながる等の効果が得られた。

イ) 保険者間の情報共有・好事例の共有

- ・昨年度に引き続きグループ支援を実施したことにより、保険者同士が情報交換できる場が設けられたこと、また支援・評価委員から直接助言や意見をいただける機会を得ることができ、保険者の中間評価、効果的な個別事業の実施に繋がった。
- ・県全体の健康課題等の情報共有ができ、今後の対応策についても検討できた。
- ・ヒアリングを個別に行うことで、保険者の状況を把握しやすいと共に県関係課との情報共有もしやすかった。
- ・効果的であった取組の事例報告を通して、保険者間での情報共有ができた。
- ・個別支援では、保険者の実態に応じた個別性のある支援ができ、また、集団支援では保険者が工夫している取組等を他保険者につないだり、個別保険者だけでは得られない気づきを促すことができた。
- ・複数保険者を同時に実施したことで、他保険者が実施する取組や、それに対する助言・評価等を参考にもらうことで、横展開をすることができた。

ウ) 支援による保険者のレベルアップ

- ・保健事業計画の策定及び評価については、年々精度が上がってきていることから、支援を通して保健事業が円滑に進んでいる保険者が増えている。
- ・委員会を利用している年数が多い保険者の方が、より実践的な事項について助言を求めてくることから、保健事業の実施に委員会を役立てていると思われる。
- ・PDCA サイクルを意識し自律的に評価に取り組む保険者が増えてきた。保険者間の差はあるが、評価シート等でも基本的な評価指標は書けている所が多く、委員会の活動が基礎的な部分での底上げに繋がっていると思われる。
- ・支援・評価委員会による支援、助言を繰り返す中で、保険者でもデータが蓄積され、保険者の事業評価等の考え方が整理された。その結果資料の精度が向上し、課題がより見える化し効果的な助言ができた。
- ・これまで当該委員会へ支援希望のない保険者から相談（第2期データヘルス計画策定）があり、その相談を当該委員会でのワーキングにつなげることで、保険者の保健事業実施の実態が把握でき、計画策定まで支援ができた。
- ・①「個別保健事業評価シート」を作成することで、「目標値の考え方」や「指標の設定方法など改めて気づくことができた」などの評価が得られた。
- ・②KDB システムの活用についてシステム研修とも連動させたことから具体的に活用できるようになったとの評価が得られた。
- ・③二次医療圏単位で研修会を実施し、保健所の参加を継続している中で、保健所が圏域の市町村が抱える課題に対し、積極的に係わり、共同して市町村支援ができるようになった。
- ・④③の成果より、保険者である市町村支援において保健所と支援・評価委員会の役割機能が明らかになってきた。

エ) 委員会の支援力の向上

- ・保健所との連携により、保健所による市町村支援や現任教育と連動し、重層的で効果的な支援を行うことができた。
- ・各保険者の保健事業への取組や評価が支援によって合理的になっていくのを実感している。事務局支援のスキルがあがっていると感じる。
- ・個別の保険者支援は、きめ細かな対応が可能な反面、数をこなすことが出来ないため、今年度のような中間評価の支援が集団的に対応できたことで、今後想定される最終評価の支援方法について、一定の方向性を検討することが出来た。
- ・多くの事例が集まり、ノウハウが蓄積されることにより委員の助言の幅が広がった。
- ・委員会にて作成した中間評価の手引きの配布とデータヘルス研修の動画配信により、保険者のデータヘルス計画及び保健事業の評価の考え方や進め方の理解が深まり、PDCA サイクルでのデータヘルス推進を図った。

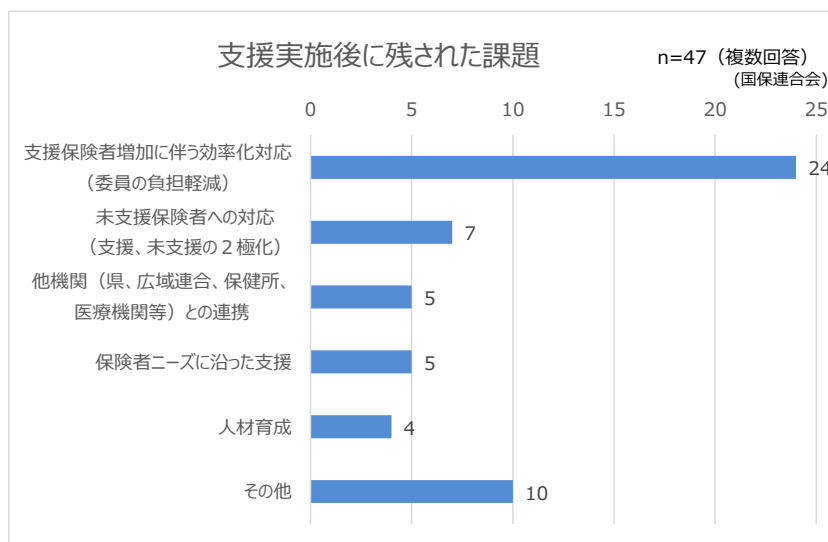
オ) その他

- ・コロナ禍において書面での委員会も検討したが、委員及び保険者等からは対面型の支援に対する希望が多く、感染対策を強化し、対面型の支援を行う必要性を再確認できた。

②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」であり、約半数の国保連合会で課題として捉えていた。次に多かった意見は、「未支援保険者への対応」であった（図表 4-2）。

図表 4-2 支援実施後に残された課題の状況



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・評価委員会支援希望保険者が増える中で、効果的・効率的な支援の展開が必要であり、書面による助言や Web の活用等、市町村のニーズに応じて支援手法の幅を広げる必要がある。
- ・支援・評価委員会に求められる役割が増大し、委員・事務局の負担増、今まで関わることの少なかった構成市町村の求める支援のニーズ把握等の業務も増大してくると思われる。グループ支援やオンライン形式での実施による効率化が課題と考える。
- ・支援対象保険者が増加する一方だが、支援・評価委員会の形態は軽々に変更が出来ない。委員は専門職集団であり、集合開催も日程調整含めて大変苦慮している。まずは事務局側でコントロールできる様式の見直しを評価者・申請者・事務局との共同作業として、三者が支援・評価委員会を活用し易くすることが重要である。
- ・一体的実施に関する支援市町村数が多数になるが、委員会の運営・体制は改善できず、次年度の支援方法について悩んでいる。
- ・実施保険者は年々増加傾向にあり、委員の負担も増えてきている。また、委員から同系の質問はまとめてほしいという要望もあったため、より効率化を図るよう検討する必要がある。
- ・部会形式とすることにより、例年よりは各保険者等からのヒアリングの時間を確保したが、助言希望項目の増加状況と比較をした場合、まだ不足をしているのが現状である。
- ・保険者の支援希望が増大しており、支援の質を保ちつつ、継続可能な体制整備が必要である。

イ) 未支援保険者への対応（支援、未支援の２極化）

- ・小規模保険者は「資料作りの負担感」等から、支援申請までになかなか至らない。
- ・支援申請保険者は、PDCA サイクルが確実に実施されてきており、その他の保険者との格差が生じている。
- ・参加保険者の数が少なく、傍聴保険者の数も多くはない状況であり、今後、未参加の保険者にどのように参加してもらうかということが課題となっている。
- ・支援保険者の固定傾向があるため、保険者か委員が変わらない限り、全く新しい改善案は提供しにくい。文章上の修正のみで、実利に繋がりにくい傾向にある。支援要望のない保険者の状況や課題の把握。
- ・保健事業計画の実施において、保険者間の格差があるため、保険者間の情報交換、事例発表等の場を設けることによって他保険者の好事例を参考に保健事業を進めることができる環境を作ることが必要である。

ウ) 他機関（県、広域連合、保健所、医療機関等）との連携

- ・県との連携による支援
- ・医師会との連携
- ・医療連携（糖尿病専門医への紹介）
- ・保険者間の支援・評価委員会利用状況と研修受講状況や国保主管課と健康づくり主管課の連携についての高低差の改善
- ・医療圏ごとに保健所から委員として参加いただいているが、一参加者としての役割になってしまっていること。支援・評価委員会で、具体的な市町村の取組を把握して、それがどのように県事業に反映されているのか分からない。

エ) 保険者ニーズに沿った支援

- ・KDB データの活用について、市町村からは、データの読み解きや活用方法がわからないとの声が聞かれており、他の国保連合会事業と連動し、健康医療介護情報の活用に向けた支援が必要である。
- ・通年を通した保険者支援（真の保険者の活動レベルやニーズ把握）
- ・地域の健康問題など現状分析が継続されていなかったり、庁内連携が不十分、KDB システムの活用が不十分など、保険者が抱える課題には差があり、個別的な支援を継続することが必要である。

オ) 人材育成

- ・委員からも事務局支援のスキルがあがっているとコメントをいただいたが、保険者と同様に事務局も職員の異動や退職により同じ体制・レベルでフォローすることができなくなっている。
- ・評価委員の構成が新規委員等、経験年数の違いから、質問に対しての助言内容の標準化が難しい。

カ) その他

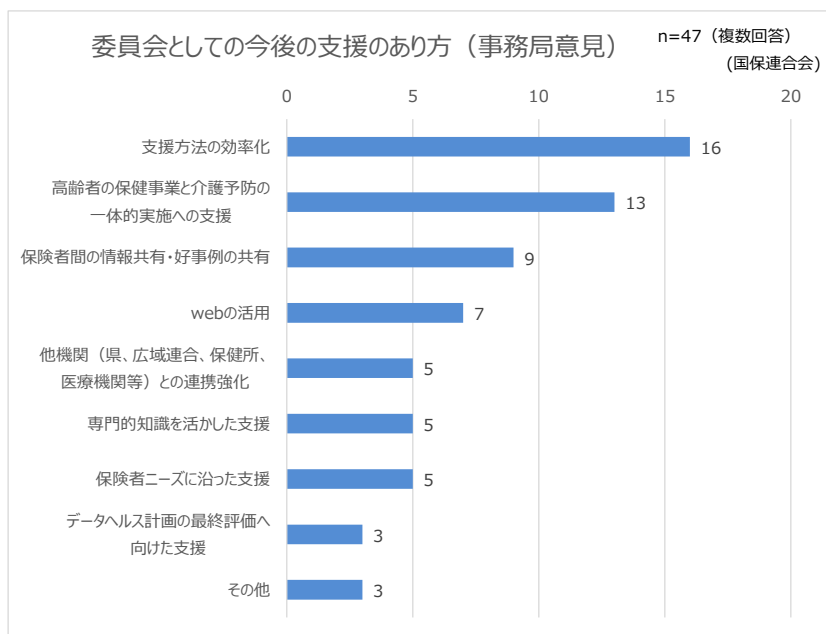
- ・国保連合会として、経年や保険者間で比較できるデータの整備・提供が行えていない。また、県として共通の評価指標を設定することができなかったのが課題としてあげられる。
- ・データヘルス計画策定やデータ分析において、自市町村で行うのではなく外部業者へ委託する保険者があり、外部業者の成果物を有効的に活用することが困難な保険者が増加していることが課題として挙げられる。

(3) 支援・評価委員会としての今後の支援のあり方

①事務局意見

事務局の今後の支援のあり方について、最も多かった意見は「支援方法の効率化」で、次に、「一体的実施への支援」に関して多く意見があがっていた。また、コロナ禍に伴い昨年度にはなかった「Web の活用」があがっていた。

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）



ア) 支援方法の効率化

- ・保険者への支援は今以上の効率化を図りつつ、支援・評価委員会利用に伴う保険者の負担を軽減することで、保険者の全体的な満足度を高めていきたい。
- ・多くの保険者が参加を希望した場合に、現状の方法では全保険者への支援が物理的に困難になることが予想されるため仕組みを検討する必要がある。例えば、テーマごとにまとめて支援依頼・助言を受ける、グループワーク方式で行うなど、参加保険者と支援依頼内容に応じ、支援方法・開催方法を検討していく。
- ・ヘルスアップの申請市町村が増える中、事務局の限られたマンパワーの中で、全ての質問や事業に助言することが難しい。新規事業や継続事業の中でも変更した取組等、助言する事業について検討する必要がある。また、支援・評価委員会向けの研修等、委員の助言の標準化についても検討が必要。

イ) 一体的実施への支援

- ・次年度から事実上、本格支援が始まる一体的実施に関しては、グループ支援を基本とし、保険者同士が情報交換を行う場としても活用いただく。また、本会で開催する一体的実施に関する研修会について、支援評価委員へも引き続き情報提供を行い、情報共有を行っていく。
- ・令和3年度以降、広域連合のデータヘルス計画及び一体的実施事業を行う後期構成市町村の糖尿病性腎症重症化予防事業の他、フレイル対策等の保健事業に対しても支援することとなることから、事務局及び支援・評価委員会の体制整備を行う必要がある。
- ・一体的実施の推進に向け、国保と合わせて後期高齢者の実態（医療費、健診データ等）を委員と確認していく。

ウ) 保険者間の情報共有・好事例の共有

- ・保険者にとって参考となるような事例については、対面支援とは別な機会を利用して紹介する。（保健活動研修会、在宅・現職保健師保健所ブロック別研修会での取組事例発表など）
- ・先進的な取組や課題について、保険者同士が情報共有でき自ら改善、見直しができるよう情報収集を行うとともに機会を設定する。
- ・他保険者の事業内容や助言を参考にしてもらうために複数保険者で集団実施を行ったが、保険者からは、他の市町村の取組がとても参考になったという声が多かったため、県内の好事例を横展開していくためにも、今後も継続していきたい。

エ) Web の活用

- ・来年度に向けてオンライン形式でのフォローアップ会を実施出来るように準備を進めている。
- ・コロナ禍での支援・評価委員会運営については、引き続き Web を活用していくことになるが、委員や保険者の移動負担が軽減され、傍聴保険者が増えたというメリットがある一方、情報交換や生の声を聴く機会が減るというデメリットがある。保険者と委員、保険者同士の意見交換の場を提供できるよう、支援・評価委員会開催方法や支援方法を検討していきたい。

オ) 他機関（県、広域連合、保健所、医療機関等）との連携強化

- ・研修会では今年度と同様に、全体研修の後に、各保健所からのフォローをいただけるように、支援・評価委員会と保健所との情報共有、連携強化をはかっていく。委員の体制は 1 名増員し 7 名体制とし、県や保健所からも委員を担っていただき、保険者の保健事業実施状況について共有認識を持ち連携を取れるようにしていきたい。
- ・支援・評価委員会での支援と、保健所による市町村支援が連動するように、引き続き保健所にオブザーバーとしての参加を要請する。

カ) 専門的知識を活かした支援

- ・糖尿病等重症化予防事業の実施に向けて専門の医師にアドバイザーとしてご参加いただき、より効果的な実践的アドバイスができるようにする。
- ・個別支援及び集団支援各々の長所や支援・評価委員会委員の専門性に合わせて、市町村の課題に沿った支援を継続していく。

キ) 保険者ニーズに沿った支援

- ・第 2 期データヘルス計画が中間年に差し掛かっていることから、多くの保険者が保健事業の見直しを実施しており、今後の保健事業の実施方法等について苦慮しているところであるため、支援・評価委員会からの助言のみではなく、支援・評価委員会において保険者間の情報交換、質疑応答等の場を設けることで一律の支援ではなく、各保険者の要望に沿った支援が必要になると考える。
- ・保険者の特性を踏まえた支援や個別保健事業の多様性に応じた支援が必要だと考える。

ク) データヘルス計画の最終評価へ向けた支援

- ・最終評価年度に向けて、委員構成や役割分担を整理すると共に、支援保険者への支援体制を整えていく。
- ・データヘルス計画に関して、都道府県による標準化の支援を展開されている都道府県があるが、今後、標準化の方向が進むなら支援・評価委員会の役割を整理することが必要だと考える。
- ・データヘルス計画の推進、保険者が設定している目標の達成に向け、支援・評価委員会の中で、何ができていて、何ができていないのか、それはなぜなのかを整理しながら、保健事業の取組を進めていけるよう支援をしていく必要がある。

ケ) その他

- ・引き続き、集合形式による研修会と市町ごとの個別巡回支援の双方で支援していく。
- ・アウトカム評価を念頭に、保健指導の質の向上へ向けた支援が必要。

②委員意見

委員の今後の支援のあり方について、「保険者間の情報共有・好事例の共有」、「Web の活用」等が多くあがっていた。

ア) 保険者間の情報共有・好事例の共有

- ・支援・評価委員会としての支援だけでなく、頑張っている市町村もあるので、ぜひその保険者の状況を他の市町村も学んでほしい。市町村間が情報共有したりディスカッションしたりする機会があってもいい。
- ・保険者が年々増加する傾向にあるが、効果を上げた例、工夫した点など幅広く共有できる仕組みの構築が必要である。
- ・計画を立てる時期に保険者間で交流できるような（共有できるところは共有する）研修会があると良いと思う。

イ) Web の活用

- ・コロナ影響を受けてオンラインによる研修等も広がってきていることから、国保中央会の「国保・後期高齢者ヘルスサポート事業運営委員会」の先生方から各保険者が直接研修を受けられるような方法も有効ではないかと思っている。全国共通で理解すべき知識や技術の普及や県内にはまだ実践例がない好事例の取組紹介など、遠方いながらオンラインで直接で学習できることは取組が積極的でない保険者にとっても利用のハードルを下げることができるのではないと思う。
- ・新型コロナウイルス感染症流行により様々なイベントのオンライン化が進んでいることに合わせて、各保険者が KDB システム活用法などの初任者研修の機会を研修会として設けるのではなく、オンデマンド配信によりいつでも確認できるような研修方法を国保中央会が提供することにより、経験の蓄積を維持しやすくなるとともに、各国保連合会の独自性、つまり、地域の実情に合わせた支援を推進しやすくなると考える。

ウ) 支援の充実・向上

- ・支援を行っても次の年に担当が変わると元に戻ってしまう。ある程度繰り返していかなければいけないことは承知しているが、どうやったら行った支援がつながっていくか考えていく必要がある。保険者内の引継ぎはもちろんだが、これまで行った支援をまとめた資料等を使いやすいものに改良しそれらを活用して、少なくとも後退しないような支援が必要である。
- ・支援・評価事例が蓄積してきているので、行った支援や評価に対する評価を行う時期かと思う。保険者に評価を求める、自己評価、評価指標の設定など、評価の手法を支援・評価委員会内で検討し、支援・評価委員会のスキル向上を図りたい。

エ) 他機関（県、広域連合、保健所、医療機関等）との連携強化

- ・保健所との支援の連携や役割分担がもっと明確になればよい。来年度に向けて、保健所単位の取組と進捗状況を事前に把握し、有機的な連携を図ること。
- ・多くの保険者が、他部署間、地域、特に医師会との連携について困難を感じているようである。その点について、県、保険者、医師会などの意見交換や協働体制の構築に向けた支援はできないものか。
- ・力量が不足している市町（保健師）については、国保連合会単独ではなく、県や管轄保健所と連携しながら保健事業を企画・実施・評価について支援する仕組み等を構築できるとよい。

オ) 保険者格差への対応

- ・市町村によって、計画評価と見直しに対する取組みと実績について、支援を申請した地域とそうでない地域との差が出てきていると危惧している。より多くの保険者に支援を受けてもらうためにも、今後は申請書類の簡潔化及び支援評価時間の短縮・形態の多様化をより工夫しなければいけないと思う。また、研修等による支援として、支援評価で課題となったこと等をテーマに全体向けの研修を実施し、共有することが必要だと思う。
- ・支援を通して感じることは、長くかかっていると頑張っている市町村とそうでない市町村との格差が大きいことがみえてくる。同じ特定健診受診率向上という目的ひとつとってもその対策には大きな差がある。
- ・支援を求めた自治体、国保組合は支援の回数を重ねればシートの用語の意味、記載しなければならない内容等の理解が進み、シートの書き方や内容の改善が促されている。しかし、依然自治体、組合による格差はある。支援を求めない自治体等については支援・評価委員会で実情が把握できないので進捗状況はわからない。今年度、事務職向けにデータヘルス計画の評価について遠隔講習会を開催し、理解の普及や作成のポイント等の周知を図った。支援を求めない自治体等の支援につながったことを期待している。
- ・支援・評価委員会に継続的に参加している市町については、力量が上がってきている一方で、全く参加していない市町との差が開いていく。（力量が不足している市町を支援するためにも）、保険者努力支援制度以外の指標（保健事業における「頑張り度」を評価する指標）を作成してみても良い。指標の一例として、支援・評価委員会の参加と特定健診受診率や糖尿病性腎症の各区分の取組度等を並列して見ると、支援・評価委員会との関連度が見える。また可能であれば、各市町にフィードバックすることで、市町自体も振り返りとなり、支援・評価委員会未利用の市町は支援・評価委員会利用の契機となるのではないかな。