

# 平成28年度保険者データヘルス全数調査 回答票

## D: 都道府県後期高齢者医療広域連合用

### 1. 本調査の実施目的と概要

- ・本調査は、2015年7月に日本健康会議で採択された「健康なまち・職場づくり宣言2020」の達成状況等を把握することを目的としております。
- ・データヘルス、予防・健康づくりの取組状況について市町村国保、健保組合、協会けんぽ、国保組合、広域連合、共済組合等の全保険者いっせいに調査を行います。なお、本年度初めて実施する取組となります。
- ・また、2015年6月に閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針2015」(骨太方針)における「経済・財政再生計画」に基づき設定されたKPIの進捗状況の把握も併せて行います。

### 2. 回答内容使用機関:

- ・厚生労働省、経済産業省、日本健康会議、平成28年度 保険者データヘルス全数調査実施事務局(補助金交付先にて設置)

### 3. 予定している回答内容の利用方法

- ・日本健康会議にて採択した「健康なまち・職場づくり宣言2020」の達成状況の把握
- ・日本健康会議にて採択した「健康なまち・職場づくり宣言2020」の実施保険者名等の公表
- ・2015年6月に閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針2015」(骨太方針)における「経済・財政再生計画」に基づき設定されたKPIの進捗状況の把握
- ・医療費適正化に向けた研究・分析、情報提供 等

### 4. 個人情報の取扱範囲: ご記入いただきました個人情報は本調査に関わる以下の内容にのみ利用いたします。

- 回答内容の確認 / 調査結果等の送付 / 回答内容に基づく事例紹介等の確認依頼 / 次回回答票の送付 / 医療費適正化および保健事業等に関する情報提供

**個人情報以外のご回答は、公表の可能性があることを前提としてご回答下さい。**

2016年7月下旬に開催される日本健康会議主催イベントで調査結果の公表を予定しております。回答期間が短く、大変恐縮ですが、ご協力くださいますようお願いいたします。

## 回答締切: 2016年6月24日(金)

※実施保険者名等の公表につきましては、2016年7月1日(金)までの回答を公表対象とさせていただきます。また、回答期限までにご回答いただいた調査結果から、本年7月下旬に開催を予定している日本健康会議で紹介する好取組事例として取材させていただく場合があります。

※本調査は厚生労働省の平成28年度高齢者医療制度円滑運営事業費補助金にて実施します。  
なお、調査の実施・分析は(株)日経リサーチに委託します。

平成28年度保険者データヘルス全数調査実施事務局

<調査に関するお問い合わせ先> 調査No.16-882-0013

担当: 日経リサーチ 調査担当 山口、林田、佐々木、原

〒101-0047 東京都千代田区内神田2-2-1 鎌倉河岸ビル

TEL: 03-5296-5198 FAX: 03-5296-5140

(お問い合わせ受付時間: 平日10-18時)

メール: datahealth@nikkei-r.co.jp

ご担当者様の連絡先をご記入ください。

貴保険者・団体名			
所属部署名			
役職名			
ご担当者名			
TEL		内線	
e-mail			
連絡欄			

調種別

D広域

健種別

8広域

**<健康なまち・職場づくり宣言2020 達成要件>**

宣言	達成要件	設問番号
<b>宣言1:</b> 予防・健康づくりについて、一般住民を対象としたインセンティブを推進する自治体を800市町村以上とする。	①加入者等の予防・健康づくりの取組や成果に対しポイント等を付与し、そのポイント数に応じて何らかの報奨を設けるなど、インセンティブの仕組みにより加入者等の予防・健康づくりを推進する事業を実施していること。 ②事業実施の際、インセンティブが加入者の行動変容につながったかどうか効果検証を行っていること。 ※①・②は必須要件	①2a-Q1 2a-Q2 ②2a-Q13
<b>宣言2:</b> かかりつけ医と連携して生活習慣病の重症化予防に取り組む自治体を800市町村、広域連合を24団体以上とする。その際、糖尿病対策推進会議等の活用を図る。	①糖尿病性腎症等の重症化予防の取組を行っていること。 ②対象者を明確な抽出基準で抽出していること。 ③かかりつけ医と連携していること。 ④事業全体の効果検証を行っていること。 ⑤各都道府県の糖尿病対策推進会議等と連携していること。 ⑥保健指導を実施している場合専門職が携わっていること。 ※①の「等」には、循環器疾患、筋骨格系疾患、その他の生活習慣病等が含まれる。 ※①～⑤は必須要件、⑥は保健指導を実施している場合のみ必須要件	A糖尿病性腎症、B循環器疾患、C筋骨格系疾患、Gその他の生活習慣病等の ①3a-Q1 ②3a-Q9 ③3a-Q14 ④3a-Q12 ⑤3a-Q17 ⑥3a-Q16
<b>宣言3:</b> 予防・健康づくりに向けて47都道府県の保険者協議会すべてが、地域と職域が連携した予防に関する活動を実施する。	①集合契約の成立に向けた連絡調整を行っている他、がん検診等の各種検診と特定健診との同時実施に向けた調整等の連携を図っていること。 ②保険者種別の枠を超えて、加入者の健康課題を明確にするためのデータ分析の実施など、保険者等間で問題意識の共有化を図るための取組を実施していること。 ③管内の保険者によるデータヘルスの取組事例の収集・分析の実施を行い、保険者間での情報を共有するなど、データヘルスの効果的な事例を都道府県内の保険者で広める取組を行っていること。 ④市町村国保及び被用者保険との間で特定健診情報データ移動を行う場合の一定のルールづくりを行っていること。 ⑤保険者種別の枠を超え、共同で行う予防・健康づくりの取組があること。 ※①～⑤すべて必須要件	
<b>宣言4:</b> 健保組合等保険者と連携して健康経営に取り組む企業を500社以上とする。	①健康経営度調査の評価結果において、以下の全てを満たしていること。 従業員の健康保持・増進について、経営指針等へ明文化していること。 従業員の健康保持・増進の考え方について、情報開示がなされていること。 従業員の健康保持・増進の推進を統括する組織の責任者が役員以上であること。 従業員の健康保持・増進施策の立案検討に、産業医等が関与していること。 健康経営に係る必要な対策を講じていること。 従業員の健康保持・増進を目的として導入した施策について、効果検証を行っていること。 ②従業員の健康管理に関連する法令を遵守し違反がないこと。 ※①②は必須要件、なお、申請は事業主・保険者代表者が共同名義での申請	
<b>宣言5:</b> 協会けんぽ等保険者のサポートを得て健康宣言等に取り組む企業を1万社以上とする。	①所属する保険者が健康宣言等の取組を有し、その取組において以下の i ~ iii から少なくとも一つの項目と iv の項目が含まれていること。v ~ vii の項目は努力目標。 ②その取組に企業等が参加し、健康宣言を行っていること。 i (企業等が) 従業員の健康課題の把握と必要な対策(具体策)の検討を行うこと。 ii (企業等が) ヘルスリテラシーの向上、ワークライフバランスの向上、職場の活性化等のために、健康経営の実践に向けた基礎的な土作りとワークエンゲイジメント(具体策)の取組を行うこと。 iii (企業等が) 健康増進・生活習慣病予防、感染症予防、過重労働、メンタルヘルス等への対策のために、従業員の心と身体の健康づくりに向けた具体的対策を実施すること。 iv (企業等が) 健康宣言の社内外への発信を実施すること。 v (企業等が) 健康づくり担当者を一名以上設置すること。 vi (企業等が) 保険者の求めに応じて40歳以上の従業員の健診データを提供すること。 vii (企業等が) 従業員の健康管理に関連する法令について重大な違反をしていないこと(自己申告)。 ※①②は必須要件	4a-Q1 4a-Q2 4a-Q3 4a-Q4
<b>宣言6:</b> 加入者自身の健康・医療情報を本人に分かりやすく提供する保険者を原則100%とする。その際、情報通信技術(ICT)等の活用を図る。	①特定健診等の受診者に、ICT等を活用して健診結果を提供していること。 ②疾病リスクとの関係で検査の数値の持つ意味について分かりやすく説明していること。 ③疾病リスクにより医療機関を受診することが必要な場合には、確実に受診勧奨を実施していること。 ④可能であれば検査値を改善するための生活習慣についてのアドバイスも提供していること。 ※①～③は必須要件、④は努力目標	①5a-Q1 ②5a-Q3 ③5a-Q4 ④5a-Q3
<b>宣言7:</b> 予防・健康づくりの企画・実施を提供する事業者の質・量の向上のため、認証・評価の仕組みの構築も視野に、保険者からの推薦等一定の基準を満たすヘルスケア事業者を100社以上とする。	①予防・健康づくりの企画・実施において複数保険者から推薦を受けていること。 ②実施事業に必要な法令遵守を行っていること(定性確認)。 ※①②は必須要件	各事業設問の(b)で挙げられた事業者
<b>宣言8:</b> 品質確保・安定供給を国に求めつつ、すべての保険者が後発医薬品の利用勧奨など、使用割合を高める取り組みを行う。	①自保険者の後発医薬品の数量シェア及び金額シェアを把握していること。 ②レセプトデータを活用し、例えば性年齢階級別や疾患別など加入者の類型化を行い、その属性ごとの後発医薬品の使用状況及び使用促進に係るボトルネックを把握し、事業の優先順位づけをしながら、事業目標を立て、事業を実施し、効果検証を行っていること。 その際、差額通知の取組を実施し、通知前後で後発医薬品への切り替えが行われているかの確認により通知の効果を把握し、その結果を踏まえ、通知の対象者や発出頻度について検証を行うこと。 ③差額通知の発出に当たっては、後発医薬品に切り替えた場合の自己負担軽減額に加えて、加入者の後発医薬品の使用促進に向けた付加的な情報を付けていること。 ④必ずしも差額通知に示されている額が実際に窓口で軽減されるとは限らないことを様式に記載する等、加入者の誤解を招かないよう配慮すること。 ⑤上記と併せて、後発医薬品の使用促進の取組の実施に当たって、保険者協議会等の活用も含め、医療関係者(医師会や薬剤師会等)との連携を行っていること。 ※①②は必須要件、③～⑤は努力目標	①6a-Q1 ②6a-Q2 6a-Q3 6a-Q11 6a-Q12 ③6a-Q9 ④6a-Q9 ⑤6a-Q13

**<「経済・財政再生計画」に基づき設定されたKPI>**

KPI	目標数値	KPIの定義、測定の考え方	対象	設問番号
好事例（の要素）を反映したデータヘルスの取組を行う保険者数	全保険者	①データヘルス計画全体の進捗管理を実施していること。 ②データヘルス計画全体の評価改善を実施していること。 ③「経済・財政再生計画」に基づき設定されたKPIの内、次に掲げるKPIの定義、測定の考え方に準ずる取組を2個以上実施していること。 ④計画策定、評価改善の際、市町村国保は首長と、被用者保険は経営トップ・経営層と、広域連合は連合長と連携していること。  ※①～③は必須要件、④は努力目標	全保険者	①1a-Q5 ②1a-Q6 ④1a-Q7 8a-Q1
KPI	目標数値	KPIの定義、測定の考え方	対象	設問番号
予防・健康づくりについて、一般住民を対象としたインセンティブを推進する自治体(国民健康保険保険者等)の数	800市町村	日本健康会議にて採択した「健康なまち・職場づくり宣言2020」の宣言1に準ずる。	市町村国保	①2a-Q1 2a-Q2 ②2a-Q13
予防・健康づくりについて、加入者を対象としたインセンティブを推進する被用者保険の保険者の数	600保険者	日本健康会議にて採択した「健康なまち・職場づくり宣言2020」の宣言1に準ずる。	被用者保険	①2a-Q1 ②2a-Q13
かかりつけ医等と連携して生活習慣病の重症化予防に取り組む自治体の数、広域連合の数	800市町村 24広域連合	日本健康会議にて採択した「健康なまち・職場づくり宣言2020」の宣言2に準ずる。	市町村国保 広域連合	①3a-Q1 ②3a-Q9 ③3a-Q14 ④3a-Q12 ⑤3a-Q17 ⑥3a-Q16
協会けんぽ等保険者のサポートを得て健康宣言等に取り組む企業の数	1万社	日本健康会議にて採択した「健康なまち・職場づくり宣言2020」の宣言5に準ずる。	全保険者	4a-Q1 4a-Q2 4a-Q3 4a-Q4
加入者自身の健康・医療情報を、情報通信技術(ICT)等を活用し、本人に分かりやすく提供する保険者	100%	日本健康会議にて採択した「健康なまち・職場づくり宣言2020」の宣言6に準ずる。	全保険者	①5a-Q1 ②5a-Q3 ③5a-Q4 ④5a-Q3
保険者からの推薦等一定の基準を満たすヘルスケア事業者の数	100社	日本健康会議にて採択した「健康なまち・職場づくり宣言2020」の宣言7に準ずる。	全保険者	各事業設問の(b)で挙げられた事業者
外来医療費の地域差是正のための取組の進捗状況を測る指標(後発医薬品の利用勧奨など、使用割合を高める取組を行う保険者)	100%	日本健康会議にて採択した「健康なまち・職場づくり宣言2020」の宣言8に準ずる。	全保険者	①6a-Q1 ②6a-Q2 6a-Q3 6a-Q12 ③6a-Q9 ④6a-Q9 6a-Q13
外来医療費の地域差是正のための取組の進捗状況を測る指標(重複・頻回受診、重複投薬の防止等の医療費適正化の取組を実施する保険者)	100%	重複受診者、頻回受診者または重複投薬者いずれかに対して取組を行っていること。 ※医療関係者(医師会や薬剤師会等)との連携についても実施状況を把握します。	全保険者	7a-Q1 7a-Q2 7a-Q5 7a-Q6 7a-Q9 7a-Q10

【回答票の種別と形式】

今回の調査は、全保険者を対象としており、4種の回答票があります。

- A: 市町村国民健康保険用
- B: 健康保険組合、共済組合、国民健康保険組合用
- C: 全国健康保険協会 都道府県支部用
- D: 都道府県後期高齢者医療広域連合用

全保険者を横断して各取組の実態を把握するという調査目的と、各保険者種別の特性の違いを考慮するという点を踏まえ、回答の要否が回答票の種別により異なる設問が一部ございます。分かりづらい部分があるかと思いますが、何卒ご容赦のほど、よろしくお願いいたします。

例)「B 健康保険組合、共済組合、国民健康保険組合」のみにご回答いただく設問の場合、A、C、Dの回答票では回答欄を網掛けにし、回答種別 B のみの設問 と表記しております。

1a-Q1. 貴保険者の種別についてお答えください。(1つだけ)

**回答票種別 B のみの設問**

1. 単一組合       2. 総合組合       3. 共済組合       4. 国保組合

【調査全体の定義】

調査時点	特に指示のない場合、2015年度中に実施した内容についてご記入ください。 ※過去に実施したが2015年度に実施しなかったものは対象外です。
資料送付のお願い	取組の好事例を収集・紹介することを目的とし、各事業の概要が分かる資料のご提出をお願いしております。お手数ですが、別途以下メールアドレス宛てにお送りください。 datahealth@nikkei-r.co.jp ■事業概要がわかる資料のご提出をお願いしている設問 2. 個人の予防・健康づくりに向けたインセンティブ a-Q5 3. 生活習慣病等重症化予防 a-Q6 4. 企業等の健康経営・健康宣言支援 a-Q2 5. わかりやすい情報提供 a-Q7 8. 連合長の関与 a-Q2
達成要件に係る設問について	健康なまち・職場づくり宣言2020 達成要件に係る設問について、設問文の先頭に「◆」を記載しています。

【回答票目次】

<b>1. データヘルス計画</b>	<b>5. わかりやすい情報提供</b>
a) データヘルス計画について ……5	a) 事業の内容について ……54
b) 計画の策定について ……6	b) 事業の外部委託について ……55
c) 計画策定の外部委託について ……7	
<b>2. 個人の予防・健康づくりに向けたインセンティブ</b>	<b>6. 後発医薬品の利用勧奨</b>
a) 事業の内容について ……9	a) 事業の内容について ……57
b) 事業の外部委託について ……13	b) 事業の外部委託について ……60
<b>3. 生活習慣病等重症化予防</b>	<b>7. 重複・頻回受診者、重複投薬者等への適正受診指導</b>
a) 事業の実施について ……15	a) 事業の内容について ……62
b) 事業の外部委託について ……19	b) 事業の外部委託について ……65
<b>4. 企業等の健康経営・健康宣言支援</b>	<b>8. 連合長の関与</b> ……67
a) 事業の内容について ……51	<b>9. 属性</b> ……68

# 1. データヘルス計画

## a) データヘルス計画について

1a-Q1. 貴保険者の種別についてお答えください。(1つだけ)

回答票種別 B のみの設問

1. 単一組合

2. 総合組合

3. 六折組合

4. 国保組合

Clear

1a-Q2. データヘルス計画を策定していますか。(1つだけ)

回答票種別 A,B のみの設問

1. 策定済

2. 策定中

3. 策定していない

Clear

<Q2で「3.策定していない」とお答えの場合>

1a-Q3. 策定していない理由をお答えください。(1~3つまで)

回答票種別 A,B のみの設問

1. 事業としての優先順位が低い

2. 企画・運営のスキル・ノウハウがない

3. データ分析のスキル・ノウハウがない

4. 分析するデータが集められていない

5. 財源の確保が難しい

6. 人的資源が不足している

7. 関係団体との調整がつかない

8. その他

<Q2で「1.策定済」「2.策定中」とお答えの場合>

1a-Q4. 策定時期(予定を含む)をご記入ください。

回答票種別 A,B のみの設問

選択

年

選択

月

1a-Q5. データヘルス計画全体の進捗管理を実施していますか。(1つだけ)

1. 実施している

2. 実施していない

Clear

1a-Q6. データヘルス計画全体の評価改善を実施していますか。(1つだけ)

1. 実施している

2. 実施していない

Clear

1a-Q7. 計画を策定するにあたり、主担当部署・組織はどちらですか。また、計画策定、評価改善それぞれにおいて、連携している部署・組織等はどちらですか。(それぞれ1つずつ)

回答票種別 A,B,C のみの設問

主担当部署・組織(以下の1~6から選択)

選択

※複数の課の業務を1つの課で担っている場合は、担当者の主な業務が最も関係する組織を選択

<自治体内部>	計画策定で連携	評価改善で連携
1. 国民健康保険担当課	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 健康増進担当課	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 保健所	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 介護予防担当課	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 高齢者支援担当課	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. その他	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1a-Q8. 計画策定、評価改善それぞれにおいて、連携している外部組織等はどちらですか。(それぞれいくつでも)

<外部>	計画策定で連携	評価改善で連携
1. 都道府県	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 市区町村	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 都道府県医師会	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 郡市区等医師会	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 医師会以外の保健医療関係団体	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 地域の医療機関(大学病院等)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 他の医療保険者(協会けんぽ、他健保等)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 保険者団体(国保連等)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 専門機関(専門家や大学等)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. 事業者関係団体(商工会等)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. 企業	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. 住民の自主グループ(自治会等)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. その他外部組織等 <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

※外部委託事業者は除いてください

## b) 計画の策定について

1b-Q1. データヘルス計画の策定時にかかった費用をご記入ください。

千円  
 千円  
※策定した計画の実施費用は除く

1b-Q2. データヘルス計画の策定にかかる費用の主な財源をお答えください。(※策定した計画の実施費用は除く)(いくつでも)

<input type="checkbox"/> 1.特別調整交付金(国)	<input type="checkbox"/> 2.地方交付金
<input type="checkbox"/> 3.一般財源	<input type="checkbox"/> 4.補助金
<input type="checkbox"/> 5.その他	<input type="text"/>

1b-Q3. データヘルス計画を策定するにあたり、どのようなシステムを元に健康課題を把握していますか。(いくつでも)

<input type="checkbox"/> 1.KDBシステム	
<input type="checkbox"/> 2.KDBシステム以外の外部システム	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 3.自組織独自の調査結果	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 4.その他	<input type="text"/>

1b-Q4. 保健師等の専門職はデータヘルス計画の策定に関してどのように関与していますか。自組織内の専門職、外部組織および委託事業者の専門職それぞれお答えください。(それぞれいくつでも)

	自組織内の 専門職	外部組織・ 委託事業者の専門職
1. 計画策定の主担当として関与	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 評価・見直しの主担当として関与	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. その他 <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 特に策定に関与していない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### c) 計画策定の外部委託について

1c-Q1. データヘルス計画を策定するうえで、外部委託事業者（※医療機関は除く）を活用していますか。（いくつでも） ※策定後の事業実施部分の委託内容は含めずお答えください。

1.データ分析
  2.計画の策定支援
  3.その他 
 4.活用していない

1c-Q2. 外部委託の実施の有無に関わらず、外部委託事業者に期待することはありますか。（いくつでも）

1.外部委託により何ができるかを知りたい
  2.具体的な導入事例を知りたい  
 3.自組織の特性（地域特性や加入者の特性など）をよく理解したうえで  
 の提案が欲しい
  4.事業実施における先進的なアイデアを提供して欲しい  
 5.提供される事業の質を（内製で行うよりも）向上して欲しい
  6.かかる費用を低減して欲しい  
 7.費用対効果を上げて欲しい
  8.近隣に事業者が欲しい  
 9.その他

<以下Q3～6はQ1で1～3いずれか「活用している」とお答えの場合>

1c-Q3. 主要な外部委託事業者1社の事業者名、委託金額、委託業務内容をご記入ください。

事業者名				
本社住所	都道府県		市区町村	
URL				
電話番号				
委託実施事業名				
委託金額				千円
委託業務内容 (いくつでも)	<input type="checkbox"/> 1.データ分析	<input type="checkbox"/> 2.計画の策定支援	<input type="checkbox"/> 3.その他	<input type="text"/>

1c-Q4. 上記外部委託事業者について、データヘルス計画を策定する上での提案・工夫等のレベルは委託決定時点の期待に対してどの程度でしたか。（それぞれ1つずつ）

評価項目	上回った	←	期待通り	→	下回った	委託に 含まれない
	1	2	3	4	5	
<工程別>						
1-1.データ分析における工夫・提案	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Clear
1-2.効果検証方法における工夫・提案	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Clear
<事業全般>						
2-1.事業実施における課題発見	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Clear
2-2.医療に関する専門的な知見	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Clear
2-3.先進的なアイデア	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Clear
2-4.事業の質を向上させる独自の手法・視点・知見	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Clear
2-5.自組織の理解（地域特性や加入者の特性など）	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Clear

- 1.委託決定時点の期待水準を大きく上回った  
 2.委託決定時点の期待水準を上回った  
 3.委託決定時点の期待水準通り  
 4.委託決定時点の期待水準を下回った  
 5.委託決定時点の期待水準を大きく下回った  
 6.委託範囲に含まれない

1c-Q5. 上記外部委託事業者において特に高い評価を行うことのできる工夫・提案等についてご記入ください。  
例) 内部のみで気がつかなかった課題の分析・提案があった 等

1c-Q6. 上記外部委託事業者を他保険者へ推薦しますか。(1つだけ)

1. 推薦する                       2. 推薦しない                     

次の章に進む前に、右のボタンをクリックして以下に表示されるメッセージをご確認ください→

SAMPLE

## 2. 個人の予防・健康づくりに向けたインセンティブ

\* インセンティブ事業とは、「加入者の健康の保持増進に対する取組や成果に対しポイント等を付与し、そのポイント数に応じて何らかの報奨を設け、加入者による取組(集団での取組も含む)を促進する事業」です。

\* 市町村では、住民を対象とした一般事業の中で、特定健診等の国保の事業を、インセンティブ事業のポイント付与の一要件として設けている場合がありますが、そちらも含めてご回答ください。ただし、ボランティアをすることにより、ポイント等が付与され、そのポイント数に応じた介護予防等のサービスを受けられる事業等を実施している市町村もありますが、そちらについては今回の調査の対象外とします。

### a) 事業内容について

2a-Q1. ◆インセンティブ事業を実施していますか。(1つだけ)

- 1.全広域単位で実施している(広域連合が積極的に関与)   
  2.全広域単位で実施している(都道府県が中心、広域連合は協力)  
 3.全広域単位で現在は実施していないが、今後実施する予定   
  4.全広域単位で実施していない  
 5.広域内の各自治体で実施(予定)状況が異なる

Clear

<Q1で「5.広域内の各自治体で異なる」とお答えの場合>

2a-Q2. ◆事業の実施状況について、市町村数と市町村名をすべてご記入ください。

実施	市区町村数		自治体	
	市区町村名をすべてご記入ください			
実施予定	市区町村数		自治体	
	市区町村名をすべてご記入ください			

<Q1で「1全広域単位で実施している(広域連合が積極的に関与)」または「2.全広域単位で実施している(都道府県が中心、広域連合は協力)」または「3.全広域単位で現在は実施していないが、今後実施する予定」または「5.広域内の各自治体で状況が異なる」とお答えの場合>

2a-Q3. 事業はいつから開始しましたか。または、いつから実施の予定ですか。市区町村で実施時期が異なる場合、最も早いものをご記入ください。

開始年月

選択

年

選択

月

<以下Q4~17、(b)事業の外部委託についてはQ1で「1全広域単位で実施している(広域連合が積極的に関与)」または「2.全広域単位で実施している(都道府県が中心、広域連合は協力)」またはQ2で「実施している自治体が1つ以上ある」とお答えの場合>

2a-Q4. インセンティブ提供事業の目的をお答えください。(いくつでも)

- 1.対象者の健康意識の向上   
  2.対象者の健康状態の向上  
 3.健診・検診の受診率向上   
  4.保健事業の利用促進  
 5.医療費の適正化   
  6.地域活動の活性化  
 7.従業員の生活満足度の向上   
  8.その他

回答票種別 B,C のみの選択肢

2a-Q5. 実施している事業の概要をご記入ください。事業概要がわかる資料(周知資料等)がある場合別途メールでお送りください。  
 ※複数事業を実施している場合は主要なもの1つについてご記入ください。記入した事業以外の事業については、事業名及び事業概要がわかる資料(周知資料等)がある場合別途メールでお送りください。

<b>【事業名】</b>
<b>【事業内容・実施方法(目的など含む)】</b> 例)歩数に応じて電子系交通ポイントを提供 等
<b>【評価指標(指標・目標)】</b> 例)定期的な運動習慣を持つ人の割合の向上 等

2a-Q6. 事業の2015年度の事業費をご記入ください。

事業費	<input type="text"/>	千円
うち、外部委託事業者活用経費	<input type="text"/>	千円

2a-Q7. どのようなもの(参加型、努力型、成果型)をインセンティブ付与の対象としていますか。(いくつでも)

<b>&lt;参加型&gt;</b>	
<input type="checkbox"/> 1.健診を受診	SAMPLE
<input type="checkbox"/> 2.保健指導を利用	
<input type="checkbox"/> 3.その他健診・検診を受診	
<input type="checkbox"/> 4.健康に関するイベントや教室に参加	
<input type="checkbox"/> 5.その他参加型 <input type="text"/>	
<b>&lt;努力型&gt;</b>	
<input type="checkbox"/> 6.ウォーキングやジョギングなど運動面での生活習慣改善の取組を継続的に記録	
<input type="checkbox"/> 7.禁煙や食生活など運動以外での生活習慣改善の取組を継続的に記録	
<input type="checkbox"/> 8.スポーツクラブなどの利用	
<input type="checkbox"/> 9.その他努力型 <input type="text"/>	
<b>&lt;成果型&gt;</b>	
<input type="checkbox"/> 10.健診結果の改善	
<input type="checkbox"/> 11.その他成果型 <input type="text"/>	

2a-Q8. 達成者に対してどのようなものをインセンティブとして提供していますか。(いくつでも)

<input type="checkbox"/> 1.健康関連の物品	<input type="checkbox"/> 2.健康に関連しない物品
<input type="checkbox"/> 3.健康関連施設の利用券・利用補助	<input type="checkbox"/> 4.地域で利用できる商品券・補助
<input type="checkbox"/> 5.全国で利用できる商品券・補助	<input type="checkbox"/> 6.寄付
<input type="checkbox"/> 7.電子マネー・ポイント	<input type="checkbox"/> 8.表彰
<input type="checkbox"/> 9.その他 <input type="text"/>	

2a-Q9. 対象者の範囲はどのように設定していますか。(いくつでも)

<input type="checkbox"/> 1.被保険者全員	<input type="checkbox"/> 2. <b>回答票種別 B,C のみの選択肢</b>
<input type="checkbox"/> 4.その他 <input type="text"/>	

2a-Q10. インセンティブ事業への参加を促進するための工夫を行っていますか。(いくつでも)

<input type="checkbox"/> 1.通常の自組織の情報提供ツール(広報誌、機関誌、ホームページ等)を使った周知	<b>回答票種別 B,C のみの選択肢</b>
<input type="checkbox"/> 2.テレビ、ラジオ、新聞、インターネットなどメディアを使った周知	
<input type="checkbox"/> 3.インセンティブ事業に限った周知(ポスターやイントラネットなど)	
<input type="checkbox"/> 4.ダイレクトメールや電話等での直接通知	
<input type="checkbox"/> 5.ハイリスク者など、特に参加を促したい方にターゲットを絞った通知	
<input type="checkbox"/> 6.イベント等の実施・活用による周知	
<input type="checkbox"/> 7.グループ単位での参加・競争の呼びかけ	
<input type="checkbox"/> 8.事業主の人事担当者からの参加呼びかけ	
<input type="checkbox"/> 9.事業主の経営トップからの参加呼びかけ	
<input type="checkbox"/> 10.その他 <input style="width: 100%;" type="text"/>	
<input type="checkbox"/> 11.行っていない	

2a-Q11. インセンティブ事業参加者の目標達成を促進するための工夫を行っていますか。(いくつでも)

<input type="checkbox"/> 1.達成を支援するための計測機器を提供・貸与(歩数計の提供・貸与など)	<b>SAMPLE</b>
<input type="checkbox"/> 2.達成状況を記録・報告しやすい環境を用意(記録カードの配布など)	
<input type="checkbox"/> 3.参加者個人に対して達成の進捗状況を通知(ポイント数や歩数などの実績の通知など)	
<input type="checkbox"/> 4.達成を支援するための情報提供(ウォーキングマップの提供や参加者総数のアナウンスなど)	
<input type="checkbox"/> 5.インセンティブを付与するタイミング(付与する時期や、取組の達成状況に配慮して付与するなど)	
<input type="checkbox"/> 6.グループ単位での参加・競争の呼びかけ	
<input type="checkbox"/> 7.その他 <input style="width: 100%;" type="text"/>	
<input type="checkbox"/> 8.行っていない	

2a-Q12 事業の参加者、達成者について、定義、確認方法、2015年度の目標人数、実績人数を具体的にご記入ください。  
 ※「参加者」: インセンティブ事業への参加者(記録カードを配布した方等)  
 「達成者」: インセンティブ付与に至った者あるいは付与される資格のある者(ポイントを付与した方・賞品抽選申込者等)  
 ※複数事業を実施している場合は主要なもの1つについてご記入ください。

	参加者	達成者
設定の有無(1つだけ)	<input type="radio"/> 1.設定している <input type="radio"/> 2.設定していない <input type="button" value="Clear"/>	<input type="radio"/> 1.設定している <input type="radio"/> 2.設定していない <input type="button" value="Clear"/>
定義(具体的に)		
目標人数	人	人
確認の有無(1つだけ)	<input type="radio"/> 1.確認している <input type="radio"/> 2.確認していない <input type="button" value="Clear"/>	<input type="radio"/> 1.確認している <input type="radio"/> 2.確認していない <input type="button" value="Clear"/>
確認方法(具体的に)		
実績人数	人	人

2a-Q13. ◆インセンティブ事業が対象者の行動変容につながったかどうか、検証していますか(1つだけ)

<input type="radio"/> 1.検証している	<input type="radio"/> 2.検証していない	<input type="button" value="Clear"/>
--------------------------------	---------------------------------	--------------------------------------

<Q13で「1.検証している」とお答えの場合>

2a-Q14. どのような指標で検証していますか。また、検証の結果改善は見られましたか。(それぞれいくつでも)

	検証指標	改善が見られた
1. 対象者の健康意識の向上	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 対象者の運動の継続	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 対象者の運動以外の取組の継続	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 自組織が実施する健診・検診の受診状況	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 自組織が実施する保健事業の利用状況	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 対象者の健康状態の改善(健診結果等の改善)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 医療受診状況	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ヘルスケアサービス・商品等の利用状況	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 医療費への効果	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. 従業員の生活 <b>回答票種別 B,C のみの選択肢</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. その他 <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<Q13で「1.検証している」とお答えの場合>

2a-Q15. どのように検証していますか。(いくつでも)

1.事業終了後ポイントカードなどのインセンティブの付与状況を電子化し集計  
 2.参加者の達成状況やインセンティブの付与状況をICT等でリアルタイムに収集する仕組みを構築し、集計・検証  
 3.事業後に参加者に対してアンケートを実施  
 4.参加者の健診結果やレセプトを分析  
 5.その他

2a-Q16. 事業の実施にあたり、主担当部署・組織はどちらですか。また、連携している部署・組織等はどちらですか。(いくつでも)

**回答票種別 A,B,C のみの設問**

主担当部署・組織(以下の1~6から1つを選択)

※複数の課の業務を1つの課で担っている場合は、担当者の主な業務が最も関係する組織を選択

<自治体内部>	
1. 国民健康保険担当課	<input type="checkbox"/>
2. 健康増進担当課	<input type="checkbox"/>
3. 保健所	<input type="checkbox"/>
4. 介護予防担当課	<input type="checkbox"/>
5. 高齢者支援担当課	<input type="checkbox"/>
6. その他 <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

2a-Q17. 事業の実施にあたり、連携している外部組織等はどちらですか。(いくつでも)

<外部>

1. 都道府県	<input type="checkbox"/>
2. 市区町村	<input type="checkbox"/>
3. 他の医療保険者(協会けんぽ、他健保等)	<input type="checkbox"/>
4. 保険者団体(国保連等)	<input type="checkbox"/>
5. 専門機関(専門家や大学等)	<input type="checkbox"/>
6. 事業者関連団体(商工会等)	<input type="checkbox"/>
7. 企業	<input type="checkbox"/>
8. 住民の自主グループ(自治会等)	<input type="checkbox"/>
9. その他外部組織等 <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

※外部委託事業者は除いてください

## b) 事業の外部委託について

2b-Q1. 事業を実施するうえで、外部委託事業者(※医療機関は除く)を活用している業務内容をお答えください。(いくつでも)  
※事業の主幹でない委託内容は含めずお答えください。

<input type="checkbox"/>	1.企画・設計
<input type="checkbox"/>	2.対象者の抽出
<input type="checkbox"/>	3.外部連携推進(インセンティブ提供企業を獲得する営業活動など)
<input type="checkbox"/>	4.広報活動
<input type="checkbox"/>	5.システム整備(協賛企業への機器設置やネットワークの整備等)
<input type="checkbox"/>	6.事務局運用(インセンティブ付与の受付など)
<input type="checkbox"/>	7.その他 <input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	8.事業者を活用していない

2b-Q2. 外部委託の実施の有無に関わらず、外部委託事業者に期待することはありますか。(いくつでも)

<input type="checkbox"/>	1.外部委託により何ができるかを知りたい	<input type="checkbox"/>	2.具体的な導入事例を知りたい
<input type="checkbox"/>	3.自組織の特性(地域特性や加入者の特性など)をよく理解したうえでの提案が欲しい	<input type="checkbox"/>	4.事業実施における先進的なアイデアを提供して欲しい
<input type="checkbox"/>	5.提供される事業の質を(内製で行うよりも)向上して欲しい	<input type="checkbox"/>	6.かかる費用を低減して欲しい
<input type="checkbox"/>	7.費用対効果を上げて欲しい	<input type="checkbox"/>	8.近隣に事業者が欲しい
<input type="checkbox"/>	9.その他 <input type="text"/>		

<以下Q3~7までQ1で1~7いずれか「活用している」とお答えの場合>

2b-Q3. 主要な外部委託事業者1社の事業者名、委託金額、委託業務内容をご記入下さい。

事業者名			
本社住所	都道府県	市区町村	
URL			
電話番号			
委託実施事業名			
委託金額		千円	
委託業務内容(いくつでも)	<input type="checkbox"/> 1.企画・設計 <input type="checkbox"/> 2.対象者の抽出 <input type="checkbox"/> 3.外部連携推進(インセンティブ提供企業を獲得する営業活動など) <input type="checkbox"/> 4.広報活動 <input type="checkbox"/> 5.システム整備(協賛企業への機器設置やネットワークの整備等) <input type="checkbox"/> 6.事務局運用(インセンティブ付与の受付など) <input type="checkbox"/> 7.その他 <input type="text"/>		

2b-Q4. 上記外部委託事業者から事業の参加者、達成者について、事業目標を達成するための提案・工夫等がありましたか。また、情報共有を行っていますか。

	参加者			達成者		
事業者からの提案・工夫(1つだけ)	<input type="radio"/> 1.あった	<input type="radio"/> 2.なかった	<input type="button" value="Clear"/>	<input type="radio"/> 1.あった	<input type="radio"/> 2.なかった	<input type="button" value="Clear"/>
具体的な提案・工夫内容						
事業目標の共有(1つだけ)	<input type="radio"/> 1.共有している	<input type="radio"/> 2.共有していない	<input type="button" value="Clear"/>	<input type="radio"/> 1.共有している	<input type="radio"/> 2.共有していない	<input type="button" value="Clear"/>

2b-Q5. 上記委託事業者について、事業を実施する上での提案・工夫等のレベルは委託決定時点の期待に対してどの程度でしたか。(それぞれ1つずつ)

評価項目	上回った 1	← 2	期待通り 3	→ 4	下回った 5	委託に 含まれない
<工程別>						
1-1.対象者の抽出・策定における工夫・提案	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Clear
1-2.事業への参加人数増加のための工夫・提案	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Clear
1-3.事業の達成人数増加のための工夫・提案	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Clear
1-4.効果検証方法における工夫・提案	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Clear
<事業全般>						
2-1.事業実施における課題発見	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Clear
2-2.医療に関する専門的な知見	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Clear
2-3.先進的なアイデア	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Clear
2-4.事業の質を向上させる独自の手法・視点・知見	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Clear
2-5.自組織の理解(地域特性や加入者の特性など)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Clear

1.委託決定時点の期待水準を大きく上回った  
 2.委託決定時点の期待水準を上回った  
 3.委託決定時点の期待水準通り  
 4.委託決定時点の期待水準を下回った  
 5.委託決定時点の期待水準を大きく下回った  
 6.委託範囲に含まれない

2b-Q6. 上記委託事業者において特に高い評価を行うことのできる工夫・提案等についてご記入ください。  
 例)参加者数を向上させるための周知媒体について独自性のある提案があった 等

SAMPLE

2b-Q7. 上記外部委託事業者を他保険者へ推薦しますか。(1つだけ)

1.推薦する
  2.推薦しない
 Clear

次の章に進む前に、右のボタンをクリックして以下に表示されるメッセージをご確認ください→

入力内容確認

### 3. 生活習慣病等重症化予防 A糖尿病性腎症重症化予防

#### a) 糖尿病性腎症重症化予防の実施について

3Aa-Q1. ◆糖尿病性腎症重症化予防の取組を実施していますか。(1つだけ)

- 1.広域連合が関与して実施している  2.現在は実施していないが、広域連合が関与して今後実施する予定  
 3.過去実施していたが、現在は実施していない  4.過去実施しておらず、現在も実施していない  
 5.市町村が実施しているかもしれないが、広域連合は関与していないため情報がない

Clear

<Q1で「3.過去実施していたが、現在は実施していない」または「4.過去実施しておらず、現在も実施していない」とお答えの場合>

3Aa-Q2. 行っていない理由をお答えください。(いくつでも)

- 1.健康課題としての優先順位が低い  2.事業を企画・運営できる者がいない  
 3.保健指導できる者がいない  4.市町村からのニーズがない  
 5.関係団体との調整がつかない  6.かかりつけ医などからの協力が得られない  
 7.財源の確保が難しい  8.費用対効果が低い  
 9.対象者が少ない・あるいはいない  
 10.その他

<Q1で「1.広域連合が関与して実施している」「2.現在は実施していないが、広域連合が関与して今後実施する予定」とお答えの場合>

3Aa-Q3. 取組の開始時期をお答えください。

開始年月  選択 年  選択 月

<以下Q4～21、(b)事業の外部委託については、Q1で「1.広域連合が関与して実施している」とお答えの場合>

3Aa-Q4. どのような方法で実施していますか。(いくつでも)

- 1.受診勧奨  2.保健指導  3.その他

3Aa-Q5. 実施主体はどのようになっていますか。(1つだけ)

- 1.直営  2.委託または一部委託  3.その他

Clear

3Aa-Q6. 実施している事業の概要をご記入ください。事業概要がわかる資料(周知資料等)がある場合別途メールでお送りください。

【事業名】

【事業内容・実施方法(目的など含む)】

例) 血圧・空腹時血糖・HbA1Cにおける基準値以上の方へ訪問による受診勧奨

【評価指標(指標・目標)】

例) 対象者における医療機関受診率

3Aa-Q7. 事業の2015年度の事業費をご記入ください。

事業費  千円  
うち、外部事業者活用経費  千円

3Aa-Q8. 事業の目標としてどのようなものを設定していますか。(いくつでも)

- 1.糖尿病性腎症による透析新規導入患者数を目標に設定している
- 2.透析患者数を目標に設定している
- 3.1、2以外の検査値などの数値によるアウトカム指標による目標を設定している
- 4.実施人数などの数値によるアウトプット指標による目標を設定している
- 5.数値によらない定性的な目標を設定している
- 6.事業の目標を設定していない

3Aa-Q9. ◆対象者を抽出する際に、抽出基準を設けていますか。(1つだけ)設けている場合は具体的な基準もお答えください。(抽出基準はいくつでも)

- 1.設けている  2.設けていない Clear

<抽出基準>※具体的な基準(ある場合は数値含む)を選択肢右の記入欄にご記入ください

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1.随時血糖値                             |  |
| <input type="checkbox"/> 2.空腹時血糖値                            |  |
| <input type="checkbox"/> 3.75gOGTT                           |  |
| <input type="checkbox"/> 4.HbA1C                             |  |
| <input type="checkbox"/> 5.尿蛋白                               |  |
| <input type="checkbox"/> 6.アルブミン                             |  |
| <input type="checkbox"/> 7.血清クレアチニン                          |  |
| <input type="checkbox"/> 8.eGFR                              |  |
| <input type="checkbox"/> 9.BMI                               |  |
| <input type="checkbox"/> 10.体重                               |  |
| <input type="checkbox"/> 11.血圧                               |  |
| <input type="checkbox"/> 12.健診・検診の受診の有無                      |  |
| <input type="checkbox"/> 13.特定のレセプトの請求(薬剤)                   |  |
| <input type="checkbox"/> 14.レセプト請求における疾患名                    |  |
| <input type="checkbox"/> 15.医師からの紹介(紹介基準、方法について医師会との取り決めがある) |  |
| <input type="checkbox"/> 16.医師からの紹介(紹介基準、方法について医師会との取り決めがない) |  |
| <input type="checkbox"/> 17.その他の基準                           |  |

3Aa-Q10. どのようなデータを利用して抽出を行っていますか。(いくつでも)

1.健診データ       2.レセプトデータ       3.その他

3Aa-Q11. どのようなシステムを利用して抽出を行っていますか。(いくつでも)

1.KDBシステム  
 2.KDBシステム以外の外部システム   
 3.自組織独自の調査結果   
 4.その他

3Aa-Q12. ◆実施後にどのような事業の評価を実施していますか。(いくつでも)

1.糖尿病性腎症による透析新規導入患者数による事業の評価をしている  
 2.透析患者数による事業の評価をしている  
 3.1、2以外の検査値などの数値によるアウトカム指標による評価をしている  
 4.実施人数などの数値によるアウトプット指標による評価をしている  
 5.数値によらない定性的な評価をしている  
 6.事業の評価を実施していない

3Aa-Q13. 事業の実施結果として以下の内容をご記入ください。

(a)事業対象人数	(b)事業実施人数
人	人

3Aa-Q14. ◆実施にあたり、かかりつけ医・医師会との連携はどのような機会に図っていますか。(それぞれいくつでも)

(a)かかりつけ医	(b)医師会
<input type="checkbox"/> 1.個々の取組の準備時 <input type="checkbox"/> 2.個々の取組の実施時 <input type="checkbox"/> 3.個々の取組の評価時 <input type="checkbox"/> 4.かかりつけ医との連携はしていない	<input type="checkbox"/> 1.事業の企画時 <input type="checkbox"/> 2.事業の実施時 <input type="checkbox"/> 3.事業の評価時 <input type="checkbox"/> 4.医師会との連携はしていない

※ 連携とは、情報提供、助言、実施協力等の関わりを含む

<Q14でかかりつけ医、医師会どちらも「4.連携はしていない」とお答えの場合>

3Aa-Q15. 連携していない理由をお答えください。(いくつでも)

1.連携により得られる効果を十分に把握できていない       2.自組織に連携を図れる者がいない  
 3.医師会との調整がつかない       4.かかりつけ医との調整がつかない  
 5.財源の確保が難しい       6.費用対効果が低い  
 7.その他

<Q4で「2. 保健指導」とお答えの場合>

3Aa-Q16. ◆保健指導の実施にあたり、計画策定、実施、評価改善に専門職が関与していますか。(それぞれいくつでも)

※外部機関の専門職を含む

	計画策定	実施	評価改善
1. 糖尿病・腎臓専門医	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 専門医以外の医師	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 歯科医師	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 薬剤師	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 保健師	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 看護師	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 栄養士	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. その他 <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 専門職は関与していない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3Aa-Q17. ◆実施にあたり、各都道府県の糖尿病対策推進会議と連携を図っていますか。(いくつでも)

<input type="checkbox"/> 1.自組織の取組について、直接糖尿病対策推進会議に情報提供している	<input type="checkbox"/> 2.自組織の取組に対して、糖尿病対策推進会議から直接助言を受けている
<input type="checkbox"/> 3.都道府県を通じて糖尿病対策推進会議に情報提供している	<input type="checkbox"/> 4.都道府県を通じて糖尿病対策推進会議から助言を受けている
<input type="checkbox"/> 5.その他連携している内容 <input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> 6.糖尿病対策推進会議が実施する一般的な糖尿病の研修を受講しているが連携はしていない	
<input type="checkbox"/> 7.糖尿病対策推進会議との連携はしていない	

<Q17で「6.糖尿病対策推進会議が実施する一般的な糖尿病の研修を受講しているが連携はしていない」または「7.連携はしていない」とお答えの場合>

3Aa-Q18. 連携していない理由をお答えください。(いくつでも)

<input type="checkbox"/> 1.糖尿病対策推進会議の存在を知らない	<input type="checkbox"/> 2.糖尿病対策推進会議がどのような役割を果たしているのか知らない
<input type="checkbox"/> 3.自組織に連携を図れる者がいない	<input type="checkbox"/> 4.糖尿病対策推進会議との調整がつかない
<input type="checkbox"/> 5.費用対効果が低い	<input type="checkbox"/> 6.その他 <input type="text"/>

3Aa-Q19. 事業の実施にあたり、主担当部署・組織はどちらですか。また、計画策定、実施、評価改善それぞれにおいて、連携している部署・組織等はどちらですか。(それぞれいくつでも)

回答票種別 A,B,C のみの設問

主担当部署・組織(以下の1~6から1つだけ選択)

※複数の課の業務を1つの課で担っている場合は、担当者の主な業務が最も関係する組織を選択

<自治体内部>	計画策定で連携	実施で連携	評価改善で連携
1. 国民健康保険担当課	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 健康増進担当課	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 保健所	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 介護予防担当課	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 高齢者支援担当課	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. その他 <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3Aa-Q20. 計画策定、実施、評価改善それぞれにおいて、連携している外部組織等はどちらですか。(それぞれいくつでも)

<外部>	計画策定で連携	実施で連携	評価改善で連携
1. 都道府県	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 市区町村	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 都道府県医師会	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 郡市区等医師会	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 医師会以外の保健医療関係団体	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 地域の医療機関(大学病院等)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 他の医療保険者(協会けんぽ、他健保等)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 保険者団体(国保連等)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 専門機関(専門家や大学等)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. 事業者関係団体(商工会等)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. 企業	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. 住民の自主グループ(自治会等)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. その他外部組織等 <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

※外部委託事業者は除いてください

3Aa-Q21. その他生活習慣病対策として実施

回答票種別 A,B,C のみの設問

<input type="checkbox"/> 1.生活習慣病のリスクがあるが医療機関未受診者への受診勧奨	<input type="checkbox"/> 2.生活習慣病治療中断者への受診勧奨
<input type="checkbox"/> 3.高血圧症重症化予防	<input type="checkbox"/> 4.慢性腎臓病(CKD)重症化予防
<input type="checkbox"/> 5.COPD(慢性閉塞性肺疾患)予防受診勧奨	<input type="checkbox"/> 6.その他 <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 7.実施していない	

**b) 糖尿病性腎症重症化予防の外部委託について**

3Ab-Q1. 事業を実施するうえで、外部委託事業者(※医療機関は除く)を活用している業務内容をお答えください。(いくつでも)  
※事業の主幹でない委託内容は含めずお答えください。

<input type="checkbox"/> 1.企画・設計
<input type="checkbox"/> 2.対象者の抽出
<input type="checkbox"/> 3.外部連携推進(かかりつけ医等、医療資源との連携)
<input type="checkbox"/> 4.保健指導
<input type="checkbox"/> 5.資料作成(保健指導を行う際のツールの作成)
<input type="checkbox"/> 6.事務局運用(個人情報等取扱窓口等)
<input type="checkbox"/> 7.その他 <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 8.事業者を活用していない

3Ab-Q2. 外部委託の実施の有無に関わらず、外部委託事業者に期待することはありますか。(いくつでも)

<input type="checkbox"/> 1.外部委託により何ができるかを知りたい	<input type="checkbox"/> 2.具体的な導入事例を知りたい
<input type="checkbox"/> 3.自組織の特性(地域特性や加入者の特性など)をよく理解したうえで提案が欲しい	<input type="checkbox"/> 4.事業実施における先進的なアイデアを提供して欲しい
<input type="checkbox"/> 5.提供される事業の質を(内製で行うよりも)向上して欲しい	<input type="checkbox"/> 6.かかる費用を低減して欲しい
<input type="checkbox"/> 7.費用対効果を上げて欲しい	<input type="checkbox"/> 8.近隣に事業者が欲しい
<input type="checkbox"/> 9.その他 <input type="text"/>	

<以下Q3～7までQ1で1～7いずれか「活用している」とお答えの場合>

3Ab-Q3. 主要な外部委託事業者1社の事業者名、委託金額、委託業務内容をご記入ください。

事業者名			
本社住所	都道府県	市区町村	
URL			
電話番号			
委託実施事業名			
委託金額		千円	
委託業務内容 (いくつでも)	<input type="checkbox"/> 1.企画・設計 <input type="checkbox"/> 2.対象者の抽出 <input type="checkbox"/> 3.外部連携推進(かかりつけ医等、医療資源との連携) <input type="checkbox"/> 4.保健指導 <input type="checkbox"/> 5.資料作成(保健指導を行う際のツールの作成) <input type="checkbox"/> 6.事務局運用(個人情報等取扱窓口等) <input type="checkbox"/> 7.その他 <input type="text"/>		

3Ab-Q4. 上記外部委託事業者から事業の対象者の抽出、実施目標の達成について、事業目標を達成するための提案・工夫等がありましたか。また、情報共有を行っていますか。

	対象者の抽出			実施目標の達成		
事業者からの提案・工夫(1つだけ)	<input type="radio"/> 1.あった	<input type="radio"/> 2.なかった	<input type="button" value="Clear"/>	<input type="radio"/> 1.あった	<input type="radio"/> 2.なかった	<input type="button" value="Clear"/>
具体的な提案・工夫内容						
事業目標の共有(1つだけ)	<input type="radio"/> 1.共有している	<input type="radio"/> 2.共有していない	<input type="button" value="Clear"/>	<input type="radio"/> 1.共有している	<input type="radio"/> 2.共有していない	<input type="button" value="Clear"/>

3Ab-Q5. 上記委託事業者について、事業を実施する上での提案・工夫等のレベルは委託決定時点の期待に対してどの程度でしたか。(それぞれ1つずつ)

評価項目	上回った 1	← 2	期待通り 3	→ 4	下回った 5	委託に 含まれない
<工程別>						
1-1.対象者の抽出・策定における工夫・提案	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Clear
1-2.事業の達成人数増加のための工夫・提案	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Clear
1-3.効果検証方法における工夫・提案	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Clear
<事業全般>						
2-1.事業実施における課題発見	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Clear
2-2.医療に関する専門的な知見	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Clear
2-3.先進的なアイデア	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Clear
2-4.事業の質を向上させる独自の手法・視点・知見	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Clear
2-5.自組織の理解(地域特性や加入者の特性など)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Clear

1.委託決定時点の期待水準を大きく上回った  
 2.委託決定時点の期待水準を上回った  
 3.委託決定時点の期待水準通り  
 4.委託決定時点の期待水準を下回った  
 5.委託決定時点の期待水準を大きく下回った  
 6.委託範囲に含まれない

3Ab-Q6. 上記委託事業者において特に高い評価を行うことのできる工夫・提案等についてご記入ください。  
 例)未受診者の特性に応じた受診勧奨方法の提案があった 等

SAMPLE

3Ab-Q7. 上記外部委託事業者を他保険者へ推薦しますか。(1つだけ)

1.推薦する
  2.推薦しない
 Clear

次の章に進む前に、右のボタンをクリックして以下に表示されるメッセージをご確認ください→

入力内容確認

### 3B. 脳卒中等の循環器疾患重症化予防

#### a) 脳卒中等の循環器疾患重症化予防の実施について

3Ba-Q1. ◆循環器疾患重症化予防の取組を実施していますか。(1つだけ)

- 1.広域連合が関与して実施している  2.現在は実施していないが、広域連合が関与して今後実施する予定  
 3.過去実施していたが、現在は実施していない  4.過去実施しておらず、現在も実施していない  
 5.市町村が実施しているかもしれないが、広域連合は関与していないため情報がない

Clear

<Q1で「3.過去実施していたが、現在は実施していない」または「4.過去実施しておらず、現在も実施していない」とお答えの場合>

3Ba-Q2. 行っていない理由をお答えください。(いくつでも)

- 1.健康課題としての優先順位が低い  2.事業を企画・運営できる者がいない  
 3.保健指導できる者がいない  4.市町村からのニーズがない  
 5.関係団体との調整がつかない  6.かかりつけ医などからの協力が得られない  
 7.財源の確保が難しい  8.費用対効果が低い  
 9.対象者が少ない・あるいはいない  
 10.その他

<Q1で「1.広域連合が関与して実施している」「2.現在は実施していないが、広域連合が関与して今後実施する予定」とお答えの場合>

3Ba-Q3. 取組の開始時期をお答えください。

開始年月  選択 年  選択 月

<以下Q4～17、(b)事業の外部委託については、Q1で「1.広域連合が関与して実施している」とお答えの場合>

3Ba-Q4. どのような方法で実施していますか。(いくつでも)

- 1.受診勧奨  2.保健指導  3.その他

3Ba-Q5. 実施主体はどのようになっていますか。(1つだけ)

- 1.直営  2.委託または一部委託  3.その他

Clear

3Ba-Q6. 実施している事業の概要をご記入ください。事業概要がわかる資料(周知資料等)がある場合別途メールでお送りください。

【事業名】

【事業内容・実施方法(目的など含む)】

【評価指標(指標・目標)】

3Ba-Q7. 事業の2015年度の事業費をご記入ください。

事業費  千円  
うち、外部事業者活用経費  千円

3Ba-Q8. 事業の目標としてどのようなものを設定していますか。(いくつでも)

<input type="checkbox"/> 1.検査値などの数値によるアウトカム指標による目標を設定している
<input type="checkbox"/> 2.実施人数などの数値によるアウトプット指標による目標を設定している
<input type="checkbox"/> 3.数値によらない定性的な目標を設定している
<input type="checkbox"/> 4.事業の目標を設定していない

3Ba-Q9. ◆対象者を抽出する際に、抽出基準を設けていますか。(1つだけ)設けている場合は具体的な基準もお答えください。(抽出基準はいくつでも)

1.設けている
  2.設けていない

<抽出基準>※具体的な基準(ある場合は数値含む)を選択肢右の記入欄にご記入ください

<input type="checkbox"/> 1.血圧	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 2.健診・検診の受診の有無	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 3.特定のレセプトの請求	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 4.レセプト請求における疾患名	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 5.その他の基準	<input type="text"/>

3Ba-Q10. どのようなデータを利用して抽出を行っていますか。(いくつでも)

1.健診データ
  2.レセプトデータ
  3.その他

3Ba-Q11. どのようなシステムを利用して抽出を行っていますか。(いくつでも)

1.KDBシステム
  2.KDBシステム以外の外部システム 
 3.自組織独自の調査結果 
 4.その他

3Ba-Q12. ◆実施後にどのような事業の評価を実施していますか。(いくつでも)

<input type="checkbox"/> 1.検査値などの数値によるアウトカム指標による評価をしている
<input type="checkbox"/> 2.実施人数などの数値によるアウトプット指標による評価をしている
<input type="checkbox"/> 3.数値によらない定性的な評価をしている
<input type="checkbox"/> 4.事業の評価を実施していない

3Ba-Q13. 事業の実施結果として以下の内容をご記入ください。

(a)事業対象人数		(b)事業実施人数	
<input type="text"/>	人	<input type="text"/>	人

3Ba-Q14. ◆実施にあたり、かかりつけ医・医師会との連携はどのような機会に図っていますか。(それぞれいくつでも)

(a)かかりつけ医		(b)医師会	
<input type="checkbox"/> 1.個々の取組の準備時	<input type="checkbox"/> 2.個々の取組の実施時	<input type="checkbox"/> 1.事業の企画時	<input type="checkbox"/> 2.事業の実施時
<input type="checkbox"/> 3.個々の取組の評価時	<input type="checkbox"/> 4.かかりつけ医との連携はしていない	<input type="checkbox"/> 3.事業の評価時	<input type="checkbox"/> 4.医師会との連携はしていない

※ 連携とは、情報提供、助言、実施協力等の関わりを含む

<Q14でかかりつけ医、医師会どちらも「4.連携はしていない」とお答えの場合>

3Ba-Q15. 連携していない理由をお答えください。(いくつでも)

<input type="checkbox"/> 1.連携により得られる効果を十分に把握できていない	<input type="checkbox"/> 2.自組織に連携を図れる者がいない
<input type="checkbox"/> 3.医師会との調整がつかない	<input type="checkbox"/> 4.かかりつけ医との調整がつかない
<input type="checkbox"/> 5.財源の確保が難しい	<input type="checkbox"/> 6.費用対効果が低い
<input type="checkbox"/> 7.その他	<input type="text"/>

<Q4で「2. 保健指導」とお答えの場合>

3Ba-Q16. ◆保健指導の実施にあたり、計画策定、実施、評価改善に専門職が関与していますか。(それぞれいくつでも)  
※外部機関の専門職を含む

	計画策定	実施	評価改善
1. 循環器疾患に関する専門医	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 専門医以外の医師	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 歯科医師	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 薬剤師	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 保健師	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 看護師	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 栄養士	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. その他	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 専門職は関与していない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3Ba-Q17. 計画策定、実施、評価改善それぞれにおいて、連携している外部組織等はどちらですか。(それぞれいくつでも)

<外部>	計画策定で連携	実施で連携	評価改善で連携
1. 都道府県	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 市区町村	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 都道府県医師会	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 郡市区等医師会	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 医師会以外の保健医療関係団体	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 地域の医療機関(大学病院等)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 他の医療保険者(協会けんぽ、他健保等)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 保険者団体(国保連等)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 専門機関(専門家や大学等)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. 事業者関係団体(商工会等)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. 企業	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. 住民の自主グループ(自治会等)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. その他外部組織等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

※外部委託事業者は除いてください

**b) 循環器疾患重症化予防の外部委託について**

3Bb-Q1. 事業を実施するうえで、外部委託事業者（※医療機関は除く）を活用している業務内容をお答えください。（いくつでも）  
 ※事業の主幹でない委託内容は含めずお答えください。

<input type="checkbox"/> 1.企画・設計
<input type="checkbox"/> 2.対象者の抽出
<input type="checkbox"/> 3.外部連携推進(かかりつけ医等、医療資源との連携)
<input type="checkbox"/> 4.保健指導
<input type="checkbox"/> 5.資料作成(保健指導を行う際のツールの作成)
<input type="checkbox"/> 6.事務局運用(個人情報等取扱窓口等)
<input type="checkbox"/> 7.その他 <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 8.事業者を活用していない

3Bb-Q2. 外部委託の実施の有無に関わらず、外部委託事業者に期待することはありますか。（いくつでも）

<input type="checkbox"/> 1.外部委託により何ができるかを知りたい	<input type="checkbox"/> 2.具体的な導入事例を知りたい
<input type="checkbox"/> 3.自組織の特性(地域特性や加入者の特性など)をよく理解したうえで提案が欲しい	<input type="checkbox"/> 4.事業実施における先進的なアイデアを提供して欲しい
<input type="checkbox"/> 5.提供される事業の質を(内製で行うよりも)向上して欲しい	<input type="checkbox"/> 6.かかる費用を低減して欲しい
<input type="checkbox"/> 7.費用対効果を上げて欲しい	<input type="checkbox"/> 8.近隣に事業者が欲しい
<input type="checkbox"/> 9.その他 <input type="text"/>	

<以下Q3～7までQ1で1～7いずれか「活用している」とお答えの場合>

3Bb-Q3. 主要な外部委託事業者1社の事業者名、委託金額、委託業務内容をご記入ください。

事業者名			
本社住所	都道府県		市区町村
URL			
電話番号			
委託実施事業名			
委託金額		千円	
委託業務内容 (いくつでも)	<input type="checkbox"/> 1.企画・設計 <input type="checkbox"/> 2.対象者の抽出 <input type="checkbox"/> 3.外部連携推進(かかりつけ医等、医療資源との連携) <input type="checkbox"/> 4.保健指導 <input type="checkbox"/> 5.資料作成(保健指導を行う際のツールの作成) <input type="checkbox"/> 6.事務局運用(個人情報等取扱窓口等) <input type="checkbox"/> 7.その他 <input type="text"/>		

3Bb-Q4. 上記外部委託事業者から事業の対象者の抽出、実施目標の達成について、事業目標を達成するための提案・工夫等がありましたか。また、情報共有を行っていますか。

	対象者の抽出			実施目標の達成		
事業者からの提案・工夫(1つだけ)	<input type="radio"/> 1.あった	<input type="radio"/> 2.なかった	Clear	<input type="radio"/> 1.あった	<input type="radio"/> 2.なかった	Clear
具体的な提案・工夫内容						
事業目標の共有(1つだけ)	<input type="radio"/> 1.共有している	<input type="radio"/> 2.共有していない	Clear	<input type="radio"/> 1.共有している	<input type="radio"/> 2.共有していない	Clear

3Bb-Q5. 上記委託事業者について、事業を実施する上での提案・工夫等のレベルは委託決定時点の期待に対してどの程度でしたか。(それぞれ1つずつ)

評価項目	上回った 1	← 2	期待通り 3	→ 4	下回った 5	委託に 含まれない
<工程別>						
1-1.対象者の抽出・策定における工夫・提案	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Clear
1-2.事業の達成人数増加のための工夫・提案	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Clear
1-3.効果検証方法における工夫・提案	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Clear
<事業全般>						
2-1.事業実施における課題発見	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Clear
2-2.医療に関する専門的な知見	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Clear
2-3.先進的なアイデア	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Clear
2-4.事業の質を向上させる独自の手法・視点・知見	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Clear
2-5.自組織の理解(地域特性や加入者の特性など)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Clear
1.委託決定時点の期待水準を大きく上回った 2.委託決定時点の期待水準を上回った 3.委託決定時点の期待水準通り 4.委託決定時点の期待水準を下回った 5.委託決定時点の期待水準を大きく下回った 6.委託範囲に含まれない						

3Bb-Q6. 上記委託事業者において特に高い評価を行うことのできる工夫・提案等についてご記入ください。  
 例)未受診者の特性に応じた受診勧奨方法の提案があった 等

# SAMPLE

3Bb-Q7. 上記外部委託事業者を他保険者へ推薦しますか。(1つだけ)

1.推薦する
  2.推薦しない
 Clear

次の章に進む前に、右のボタンをクリックして以下に表示されるメッセージをご確認ください→

入力内容確認

### 3C. 筋骨格系・運動器疾患重症化予防

#### a) 筋骨格系・運動器疾患重症化予防の実施について

3Ca-Q1. ◆筋骨格系・運動器疾患重症化予防の取組を実施していますか。(1つだけ)

- 1.広域連合が関与して実施している  2.現在は実施していないが、広域連合が関与して今後実施する予定  
 3.過去実施していたが、現在は実施していない  4.過去実施しておらず、現在も実施していない  
 5.市町村が実施しているかもしれないが、広域連合は関与していないため情報がない

Clear

<Q1で「3.過去実施していたが、現在は実施していない」または「4.過去実施しておらず、現在も実施していない」とお答えの場合>

3Ca-Q2. 行っていない理由をお答えください。(いくつでも)

- 1.健康課題としての優先順位が低い  2.事業を企画・運営できる者がいない  
 3.保健指導できる者がいない  4.介護予防事業として実施しているから(医療保険者の事業ではない)  
 5.市町村からのニーズがない  6.関係団体との調整がつかない  
 7.かかりつけ医などからの協力が得られない  8.財源の確保が難しい  
 9.費用対効果が低い  10.対象者が少ない・あるいはいない  
 11.その他

<Q1で「1.広域連合が関与して実施している」「2.現在は実施していないが、広域連合が関与して今後実施する予定」とお答えの場合>

3Ca-Q3. 取組の開始時期をお答えください。

開始年月  年  月

<以下Q4～17、(b)事業の外部委託については、Q1で「1.広域連合が関与して実施している」とお答えの場合>

3Ca-Q4. どのような方法で実施していますか。(いくつでも)

- 1.受診勧奨  2.保健指導  3.その他

3Ca-Q5. 実施主体はどのようになっていますか。(1つだけ)

- 1.直営  2.委託または一部委託  3.その他

Clear

3Ca-Q6. 実施している事業の概要をご記入ください。事業概要がわかる資料(周知資料等)がある場合別途メールでお送りください。

【事業名】

【事業内容・実施方法(目的など含む)】

【評価指標(指標・目標)】

3Ca-Q7. 事業の2015年度の事業費をご記入ください。

事業費  千円  
うち、外部事業者活用経費  千円

3Ca-Q8. 事業の目標としてどのようなものを設定していますか。(いくつでも)

- 1.検査値などの数値によるアウトカム指標による目標を設定している
- 2.実施人数などの数値によるアウトプット指標による目標を設定している
- 3.数値によらない定性的な目標を設定している
- 4.事業の目標を設定していない

3Ca-Q9. ◆対象者を抽出する際に、抽出基準を設けていますか。(1つだけ)設けている場合は具体的な基準もお答えください。(抽出基準はいくつでも)

- 1.設けている
  2.設けていない

<抽出基準>具体的な基準(ある場合は数値含む)を選択肢右の記入欄にご記入ください  
 その他の例:骨折歴

- 1.健診・検診の受診の有無
- 2.特定のレセプトの請求
- 3.レセプト請求における疾患名
- 4.その他の基準

3Ca-Q10. どのようなデータを利用して抽出を行っていますか。(いくつでも)

- 1.健診データ
  2.レセプトデータ
  3.その他

3Ca-Q11. どのようなシステムを利用して抽出を行っていますか。(いくつでも)

- 1.KDBシステム
- 2.KDBシステム以外の外部システム
- 3.自組織独自の調査結果
- 4.その他

3Ca-Q12. ◆実施後にどのような事業の評価を実施していますか。(いくつでも)

- 1.検査値などの数値によるアウトカム指標による評価をしている
- 2.実施人数などの数値によるアウトプット指標による評価をしている
- 3.数値によらない定性的な評価をしている
- 4.事業の評価を実施していない

3Ca-Q13. 事業の実施結果として以下の内容をご記入ください。

(a)事業対象人数		(b)事業実施人数	
	人		人

3Ca-Q14. ◆実施にあたり、かかりつけ医・医師会との連携はどのような機会に図っていますか。(それぞれいくつでも)

(a)かかりつけ医		(b)医師会	
<input type="checkbox"/> 1.個々の取組の準備時	<input type="checkbox"/> 2.個々の取組の実施時	<input type="checkbox"/> 1.事業の企画時	<input type="checkbox"/> 2.事業の実施時
<input type="checkbox"/> 3.個々の取組の評価時	<input type="checkbox"/> 4.かかりつけ医との連携はしていない	<input type="checkbox"/> 3.事業の評価時	<input type="checkbox"/> 4.医師会との連携はしていない

※ 連携とは、情報提供、助言、実施協力等の関わりを含む

<Q14でかかりつけ医、医師会どちらも「4.連携はしていない」とお答えの場合>

3Ca-Q15. 連携していない理由をお答えください。(いくつでも)

<input type="checkbox"/> 1.連携により得られる効果を十分に把握できていない	<input type="checkbox"/> 2.自組織に連携を図れる者がいない
<input type="checkbox"/> 3.医師会との調整がつかない	<input type="checkbox"/> 4.かかりつけ医との調整がつかない
<input type="checkbox"/> 5.財源の確保が難しい	<input type="checkbox"/> 6.費用対効果が低い
<input type="checkbox"/> 7.その他	<input type="text"/>

<Q4で「2. 保健指導」とお答えの場合>

3Ca-Q16. ◆保健指導の実施にあたり、計画策定、実施、評価改善に専門職が関与していますか。(それぞれいくつでも)  
※外部機関の専門職を含む

	計画策定	実施	評価改善
1. 筋骨格系・運動器疾患に関する専門医	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 専門医以外の医師	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 歯科医師	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 薬剤師	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 保健師	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 看護師	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 栄養士	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. その他	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 専門職は関与していない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3Ca-Q17. 計画策定、実施、評価改善それぞれにおいて、連携している外部組織等はどちらですか。(それぞれいくつでも)

<外部>	計画策定で連携	実施で連携	評価改善で連携
1. 都道府県	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 市区町村	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 都道府県医師会	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 郡市区等医師会	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 医師会以外の保健医療関係団体	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 地域の医療機関(大学病院等)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 他の医療保険者(協会けんぽ、他健保等)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 保険者団体(国保連等)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 専門機関(専門家や大学等)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. 事業者関係団体(商工会等)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. 企業	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. 住民の自主グループ(自治会等)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. その他外部組織等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

※外部委託事業者は除いてください

**b) 筋骨格系・運動器疾患重症化予防の外部委託について**

3Cb-Q1. 事業を実施するうえで、外部委託事業者(※医療機関は除く)を活用している業務内容をお答えください。(いくつでも)  
※事業の主幹でない委託内容は含めずお答えください。

<input type="checkbox"/> 1.企画・設計
<input type="checkbox"/> 2.対象者の抽出
<input type="checkbox"/> 3.外部連携推進(かかりつけ医等、医療資源との連携)
<input type="checkbox"/> 4.保健指導
<input type="checkbox"/> 5.資料作成(保健指導を行う際のツールの作成)
<input type="checkbox"/> 6.事務局運用(個人情報等取扱窓口等)
<input type="checkbox"/> 7.その他 <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 8.事業者を活用していない

3Cb-Q2. 外部委託の実施の有無に関わらず、外部委託事業者に期待することはありますか。(いくつでも)

<input type="checkbox"/> 1.外部委託により何ができるかを知りたい	<input type="checkbox"/> 2.具体的な導入事例を知りたい
<input type="checkbox"/> 3.自組織の特性(地域特性や加入者の特性など)をよく理解したうえで提案が欲しい	<input type="checkbox"/> 4.事業実施における先進的なアイデアを提供して欲しい
<input type="checkbox"/> 5.提供される事業の質を(内製で行うよりも)向上して欲しい	<input type="checkbox"/> 6.かかる費用を低減して欲しい
<input type="checkbox"/> 7.費用対効果を上げて欲しい	<input type="checkbox"/> 8.近隣に事業者が欲しい
<input type="checkbox"/> 9.その他 <input type="text"/>	

<以下Q3～7までQ1で1～7いずれか「活用している」とお答えの場合>

3Cb-Q3. 主要な外部委託事業者1社の事業者名、委託金額、委託業務内容をご記入ください。

事業者名			
本社住所	都道府県	市区町村	
URL			
電話番号			
委託実施事業名			
委託金額		千円	
委託業務内容(いくつでも)	<input type="checkbox"/> 1.企画・設計 <input type="checkbox"/> 2.対象者の抽出 <input type="checkbox"/> 3.外部連携推進(かかりつけ医等、医療資源との連携) <input type="checkbox"/> 4.保健指導 <input type="checkbox"/> 5.資料作成(保健指導を行う際のツールの作成) <input type="checkbox"/> 6.事務局運用(個人情報等取扱窓口等) <input type="checkbox"/> 7.その他 <input type="text"/>		

3Cb-Q4. 上記外部委託事業者から事業の対象者の抽出、実施目標の達成について、事業目標を達成するための提案・工夫がありましたか。また、情報共有を行っていますか。

	対象者の抽出			実施目標の達成		
事業者からの提案・工夫(1つだけ)	<input type="radio"/> 1.あった	<input type="radio"/> 2.なかった	Clear	<input type="radio"/> 1.あった	<input type="radio"/> 2.なかった	Clear
具体的な提案・工夫内容						
事業目標の共有(1つだけ)	<input type="radio"/> 1.共有している	<input type="radio"/> 2.共有していない	Clear	<input type="radio"/> 1.共有している	<input type="radio"/> 2.共有していない	Clear

3Cb-Q5. 上記委託事業者について、事業を実施する上での提案・工夫等のレベルは委託決定時点の期待に対してどの程度でしたか。(それぞれ1つずつ)

評価項目	上回った 1	← 2	期待通り 3	→ 4	下回った 5	委託に 含まれない
<工程別>						
1-1.対象者の抽出・策定における工夫・提案	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Clear
1-2.事業の達成人数増加のための工夫・提案	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Clear
1-3.効果検証方法における工夫・提案	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Clear
<事業全般>						
2-1.事業実施における課題発見	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Clear
2-2.医療に関する専門的な知見	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Clear
2-3.先進的なアイデア	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Clear
2-4.事業の質を向上させる独自の手法・視点・知見	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Clear
2-5.自組織の理解(地域特性や加入者の特性など)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Clear
1.委託決定時点の期待水準を大きく上回った 2.委託決定時点の期待水準を上回った 3.委託決定時点の期待水準通り 4.委託決定時点の期待水準を下回った 5.委託決定時点の期待水準を大きく下回った 6.委託範囲に含まれない						

3Cb-Q6. 上記委託事業者において特に高い評価を行うことのできる工夫・提案等についてご記入ください。  
 例)未受診者の特性に応じた受診勧奨方法の提案があった 等

# SAMPLE

3Cb-Q7. 上記外部委託事業者を他保険者へ推薦しますか。(1つだけ)

1.推薦する
  2.推薦しない
 Clear

次の章に進む前に、右のボタンをクリックして以下に表示されるメッセージをご確認ください→

入力内容確認

### 3D. 栄養に関する相談・指導

#### a) 栄養に関する相談・指導の実施について

3Da-Q1. 栄養に関する相談・指導の取組を実施していますか。(1つだけ)

- 1.広域連合が関与して実施している  2.現在は実施していないが、広域連合が関与して今後実施する予定  
 3.過去実施していたが、現在は実施していない  4.過去実施しておらず、現在も実施していない  
 5.市町村が実施しているかもしれないが、広域連合は関与していないため情報がない

Clear

<Q1で「3.過去実施していたが、現在は実施していない」または「4.過去実施しておらず、現在も実施していない」とお答えの場合>

3Da-Q2. 行っていない理由をお答えください。(いくつでも)

- 1.健康課題としての優先順位が低い  2.事業を企画・運営できる者がいない  
 3.保健指導できる者がいない  4.市町村からのニーズがない  
 5.関係団体との調整がつかない  6.かかりつけ医などからの協力が得られない  
 7.財源の確保が難しい  8.費用対効果が低い  
 9.対象者が少ない・あるいはいない  
 10.その他

<Q1で「1.広域連合が関与して実施している」「2.現在は実施していないが、広域連合が関与して今後実施する予定」とお答えの場合>

3Da-Q3. 取組の開始時期をお答えください。

開始年月  選択  年  選択  月

<以下Q4～17、(b)事業の外部委託については、Q1で「1.広域連合が関与して実施している」とお答えの場合>

3Da-Q4. どのような方法で実施していますか。(いくつでも)

- 1.受診勧奨  2.保健指導  3.その他

3Da-Q5. 実施主体はどのようになっていますか。(1つだけ)

- 1.直営  2.委託または一部委託  3.その他

Clear

3Da-Q6. 実施している事業の概要をご記入ください。事業概要がわかる資料(周知資料等)がある場合別途メールでお送りください。

【事業名】

【事業内容・実施方法(目的など含む)】

【評価指標(指標・目標)】

3Da-Q7. 事業の2015年度の事業費をご記入ください。

事業費  千円  
うち、外部事業者活用経費  千円

3Da-Q8. 事業の目標としてどのようなものを設定していますか。(いくつでも)

1.検査値などの数値によるアウトカム指標による目標を設定している  
 2.実施人数などの数値によるアウトプット指標による目標を設定している  
 3.数値によらない定性的な目標を設定している  
 4.事業の目標を設定していない

3Da-Q9. 対象者を抽出する際に、抽出基準を設けていますか。(1つだけ)設けている場合は具体的な基準もお答えください。(抽出基準はいくつでも)

1.設けている                       2.設けていない                     

**<抽出基準> ※具体的な基準（ある場合は数値含む）を選択肢右の記入欄にご記入ください**

1.BMI                        
 2.体重減少                        
 3.健診・検診の受診の有無                        
 4.特定のレセプトの請求                        
 5.レセプト請求における疾患名                        
 6.その他の基準                     

3Da-Q10. どのようなデータを利用して抽出を行っていますか。(いくつでも)

1.健診データ                       2.レセプトデータ                       3.その他                     

3Da-Q11. どのようなシステムを利用して抽出を行っていますか。(いくつでも)

1.KDBシステム                        
 2.KDBシステム以外の外部システム                        
 3.自組織独自の調査結果                        
 4.その他                     

3Da-Q12. 実施後にどのような事業の評価を実施していますか。(いくつでも)

1.検査値などの数値によるアウトカム指標による評価をしている  
 2.実施人数などの数値によるアウトプット指標による評価をしている  
 3.数値によらない定性的な評価をしている  
 4.事業の評価を実施していない

3Da-Q13. 事業の実施結果として以下の内容をご記入ください。

(a)事業対象人数		(b)事業実施人数	
	人		人

3Da-Q14. 実施にあたり、かかりつけ医・医師会との連携はどのような機会に図っていますか。(それぞれいくつでも)

(a)かかりつけ医		(b)医師会	
<input type="checkbox"/> 1.個々の取組の準備時	<input type="checkbox"/> 2.個々の取組の実施時	<input type="checkbox"/> 1.事業の企画時	<input type="checkbox"/> 2.事業の実施時
<input type="checkbox"/> 3.個々の取組の評価時	<input type="checkbox"/> 4.かかりつけ医との連携はしていない	<input type="checkbox"/> 3.事業の評価時	<input type="checkbox"/> 4.医師会との連携はしていない

※ 連携とは、情報提供、助言、実施協力等の関わりを含む

<Q14でかかりつけ医、医師会どちらも「4.連携はしていない」とお答えの場合>

3Da-Q15. 連携していない理由をお答えください。(いくつでも)

<input type="checkbox"/> 1.連携により得られる効果を十分に把握できていない	<input type="checkbox"/> 2.自組織に連携を図れる者がいない
<input type="checkbox"/> 3.医師会との調整がつかない	<input type="checkbox"/> 4.かかりつけ医との調整がつかない
<input type="checkbox"/> 5.財源の確保が難しい	<input type="checkbox"/> 6.費用対効果が低い
<input type="checkbox"/> 7.その他	<input type="text"/>

<Q4で「2. 保健指導」とお答えの場合>

3Da-Q16. 保健指導の実施にあたり、計画策定、実施、評価改善に専門職が関与していますか。(それぞれいくつでも)  
※外部機関の専門職を含む

	計画策定	実施	評価改善
1. 老年医学等専門医	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 専門医以外の医師	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 歯科医師	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 薬剤師	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 保健師	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 看護師	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 栄養士	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. その他	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 専門職は関与していない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3Da-Q17 計画策定、実施、評価改善それぞれにおいて、連携している外部組織等はどちらですか。(それぞれいくつでも)

<外部>	計画策定で連携	実施で連携	評価改善で連携
1. 都道府県	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 市区町村	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 都道府県医師会	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 郡市区等医師会	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 医師会以外の保健医療関係団体	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 地域の医療機関(大学病院等)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 他の医療保険者(協会けんぽ、他健保等)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 保険者団体(国保連等)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 専門機関(専門家や大学等)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. 事業者関係団体(商工会等)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. 企業	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. 住民の自主グループ(自治会等)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. その他外部組織等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

※外部委託事業者は除いてください

**b) 栄養に関する相談・指導の外部委託について**

3Db-Q1. 事業を実施するうえで、外部委託事業者（※医療機関は除く）を活用している業務内容をお答えください。（いくつでも）  
※事業の主幹でない委託内容は含めずお答えください。

<input type="checkbox"/> 1.企画・設計
<input type="checkbox"/> 2.対象者の抽出
<input type="checkbox"/> 3.外部連携推進（かかりつけ医等、医療資源との連携）
<input type="checkbox"/> 4.保健指導
<input type="checkbox"/> 5.資料作成（保健指導を行う際のツールの作成）
<input type="checkbox"/> 6.事務局運用（個人情報等取扱窓口等）
<input type="checkbox"/> 7.その他 <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 8.事業者を活用していない

3Db-Q2. 外部委託の実施の有無に関わらず、外部委託事業者に期待することはありますか。（いくつでも）

<input type="checkbox"/> 1.外部委託により何ができるかを知りたい	<input type="checkbox"/> 2.具体的な導入事例を知りたい
<input type="checkbox"/> 3.自組織の特性（地域特性や加入者の特性など）をよく理解したうえで提案が欲しい	<input type="checkbox"/> 4.事業実施における先進的なアイデアを提供して欲しい
<input type="checkbox"/> 5.提供される事業の質を（内製で行うよりも）向上して欲しい	<input type="checkbox"/> 6.かかる費用を低減して欲しい
<input type="checkbox"/> 7.費用対効果を上げて欲しい	<input type="checkbox"/> 8.近隣に事業者が欲しい
<input type="checkbox"/> 9.その他 <input type="text"/>	

<以下Q3～7までQ1で1～7いずれか「活用している」とお答えの場合>

3Db-Q3. 主要な外部委託事業者1社の事業者名、委託金額、委託業務内容をご記入ください。

事業者名			
本社住所	都道府県	市区町村	
URL			
電話番号			
委託実施事業名			
委託金額		千円	
委託業務内容 (いくつでも)	<input type="checkbox"/> 1.企画・設計 <input type="checkbox"/> 2.対象者の抽出 <input type="checkbox"/> 3.外部連携推進（かかりつけ医等、医療資源との連携） <input type="checkbox"/> 4.保健指導 <input type="checkbox"/> 5.資料作成（保健指導を行う際のツールの作成） <input type="checkbox"/> 6.事務局運用（個人情報等取扱窓口等） <input type="checkbox"/> 7.その他 <input type="text"/>		

3Db-Q4. 上記外部委託事業者から事業の対象者の抽出、実施目標の達成について、事業目標を達成するための提案・工夫等がありましたか。また、情報共有を行っていますか。

	対象者の抽出			実施目標の達成		
事業者からの提案・工夫(1つだけ)	<input type="radio"/> 1.あった	<input type="radio"/> 2.なかった	<input type="button" value="Clear"/>	<input type="radio"/> 1.あった	<input type="radio"/> 2.なかった	<input type="button" value="Clear"/>
具体的な提案・工夫内容						
事業目標の共有(1つだけ)	<input type="radio"/> 1.共有している	<input type="radio"/> 2.共有していない	<input type="button" value="Clear"/>	<input type="radio"/> 1.共有している	<input type="radio"/> 2.共有していない	<input type="button" value="Clear"/>

3Db-Q5. 上記委託事業者について、事業を実施する上での提案・工夫等のレベルは委託決定時点の期待に対してどの程度でしたか。(それぞれ1つずつ)

評価項目	上回った 1	← 2	期待通り 3	→ 4	下回った 5	委託に 含まれない
<工程別>						
1-1.対象者の抽出・策定における工夫・提案	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Clear
1-2.事業の達成人数増加のための工夫・提案	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Clear
1-3.効果検証方法における工夫・提案	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Clear
<事業全般>						
2-1.事業実施における課題発見	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Clear
2-2.医療に関する専門的な知見	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Clear
2-3.先進的なアイデア	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Clear
2-4.事業の質を向上させる独自の手法・視点・知見	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Clear
2-5.自組織の理解(地域特性や加入者の特性など)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Clear
1.委託決定時点の期待水準を大きく上回った 2.委託決定時点の期待水準を上回った 3.委託決定時点の期待水準通り 4.委託決定時点の期待水準を下回った 5.委託決定時点の期待水準を大きく下回った 6.委託範囲に含まれない						

3Db-Q6. 上記委託事業者において特に高い評価を行うことのできる工夫・提案等についてご記入ください。  
 例)未受診者の特性に応じた受診勧奨方法の提案があった 等

# SAMPLE

3Db-Q7. 上記外部委託事業者を他保険者へ推薦しますか。(1つだけ)

1.推薦する
  2.推薦しない
 Clear

次の章に進む前に、右のボタンをクリックして以下に表示されるメッセージをご確認ください→

入力内容確認

### 3E. 口腔に関する相談・指導

#### a) 口腔に関する相談・指導の実施について

3Ea-Q1. 口腔に関する相談・指導の取組を実施していますか。(1つだけ)

- 1.広域連合が関与して実施している  2.現在は実施していないが、広域連合が関与して今後実施する予定  
 3.過去実施していたが、現在は実施していない  4.過去実施しておらず、現在も実施していない  
 5.市町村が実施しているかもしれないが、広域連合は関与していないため情報がない

Clear

<Q1で「3.過去実施していたが、現在は実施していない」または「4.過去実施しておらず、現在も実施していない」とお答えの場合>

3Ea-Q2. 行っていない理由をお答えください。(いくつでも)

- 1.健康課題としての優先順位が低い  2.事業を企画・運営できる者がいない  
 3.保健指導できる者がいない  4.市町村からのニーズがない  
 5.関係団体との調整がつかない  6.かかりつけ医などからの協力が得られない  
 7.財源の確保が難しい  8.費用対効果が低い  
 9.対象者が少ない・あるいはいない  
 10.その他

<Q1で「1.広域連合が関与して実施している」「2.現在は実施していないが、広域連合が関与して今後実施する予定」とお答えの場合>

3Ea-Q3. 取組の開始時期をお答えください。

開始年月  選択 年  選択 月

<以下Q4～17、(b)事業の外部委託については、Q1で「1.広域連合が関与して実施している」とお答えの場合>

3Ea-Q4. どのような方法で実施していますか。(いくつでも)

- 1.受診勧奨  2.保健指導  3.その他

3Ea-Q5. 実施主体はどのようになっていますか。(1つだけ)

- 1.直営  2.委託または一部委託  3.その他

Clear

3Ea-Q6. 実施している事業の概要をご記入ください。事業概要がわかる資料(周知資料等)がある場合別途メールでお送りください。

【事業名】

【事業内容・実施方法(目的など含む)】

【評価指標(指標・目標)】

3Ea-Q7. 事業の2015年度の事業費をご記入ください。

事業費	<input type="text"/>	千円
うち、外部事業者活用経費	<input type="text"/>	千円

3Ea-Q8. 事業の目標としてどのようなものを設定していますか。(いくつでも)

1.検査値などの数値によるアウトカム指標による目標を設定している  
 2.実施人数などの数値によるアウトプット指標による目標を設定している  
 3.数値によらない定性的な目標を設定している  
 4.事業の目標を設定していない

3Ea-Q9. 対象者を抽出する際に、抽出基準を設けていますか。(1つだけ)設けている場合は具体的な基準もお答えください。(抽出基準はいくつでも)

1.設けている                       2.設けていない                     

**<抽出基準> ※具体的な基準(ある場合は数値含む)を選択肢右の記入欄にご記入ください**  
**その他の例：口腔機能**

1.健診・検診の受診の有無                        
 2.特定のレセプトの請求                        
 3.レセプト請求における疾患名                        
 4.その他の基準                     

3Ea-Q10. どのようなデータを利用して抽出を行っていますか。(いくつでも)

1.健診データ                       2.レセプトデータ                       3.その他                     

3Ea-Q11. どのようなシステムを利用して抽出を行っていますか。(いくつでも)

1.KDBシステム                        
 2.KDBシステム以外の外部システム                        
 3.自組織独自の調査結果                        
 4.その他                     

3Ea-Q12. 実施後にどのような事業の評価を実施していますか。(いくつでも)

1.検査値などの数値によるアウトカム指標による評価をしている  
 2.実施人数などの数値によるアウトプット指標による評価をしている  
 3.数値によらない定性的な評価をしている  
 4.事業の評価を実施していない

3Ea-Q13. 事業の実施結果として以下の内容をご記入ください。

(a)事業対象人数		(b)事業実施人数	
	人		人

3Ea-Q14. 実施にあたり、かかりつけ医・医師会との連携はどのような機会に図っていますか。(それぞれいくつでも)

(a)かかりつけ医		(b)医師会	
<input type="checkbox"/> 1.個々の取組の準備時	<input type="checkbox"/> 2.個々の取組の実施時	<input type="checkbox"/> 1.事業の企画時	<input type="checkbox"/> 2.事業の実施時
<input type="checkbox"/> 3.個々の取組の評価時	<input type="checkbox"/> 4.かかりつけ医との連携はしていない	<input type="checkbox"/> 3.事業の評価時	<input type="checkbox"/> 4.医師会との連携はしていない

※ 連携とは、情報提供、助言、実施協力等の関わりを含む

<Q14でかかりつけ医、医師会どちらも「4.連携はしていない」とお答えの場合>

3Ea-Q15. 連携していない理由をお答えください。(いくつでも)

<input type="checkbox"/> 1.連携により得られる効果を十分に把握できていない	<input type="checkbox"/> 2.自組織に連携を図れる者がいない
<input type="checkbox"/> 3.医師会との調整がつかない	<input type="checkbox"/> 4.かかりつけ医との調整がつかない
<input type="checkbox"/> 5.財源の確保が難しい	<input type="checkbox"/> 6.費用対効果が低い
<input type="checkbox"/> 7.その他	<input type="text"/>

<Q4で「2. 保健指導」とお答えの場合>

3Ea-Q16. 保健指導の実施にあたり、計画策定、実施、評価改善に専門職が関与していますか。(それぞれいくつでも)  
※外部機関の専門職を含む

	計画策定	実施	評価改善
1. 老年医学等専門医	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 専門医以外の医師	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 歯科医師	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 薬剤師	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 保健師	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 看護師	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 栄養士	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. その他	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 専門職は関与していない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3Ea-Q17. 計画策定、実施、評価改善それぞれにおいて、連携している外部組織等はどちらですか。(それぞれいくつでも)

<外部>	計画策定で連携	実施で連携	評価改善で連携
1. 都道府県	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 市区町村	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 都道府県医師会	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 郡市区等医師会	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 医師会以外の保健医療関係団体	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 地域の医療機関(大学病院等)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 他の医療保険者(協会けんぽ、他健保等)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 保険者団体(国保連等)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 専門機関(専門家や大学等)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. 事業者関係団体(商工会等)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. 企業	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. 住民の自主グループ(自治会等)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. その他外部組織等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

※外部委託事業者は除いてください

**b) 口腔に関する相談・指導の外部委託について**

3Eb-Q1. 事業を実施するうえで、外部委託事業者（※医療機関は除く）を活用している業務内容をお答えください。（いくつでも）  
※事業の主幹でない委託内容は含めずお答えください。

<input type="checkbox"/> 1.企画・設計
<input type="checkbox"/> 2.対象者の抽出
<input type="checkbox"/> 3.外部連携推進（かかりつけ医等、医療資源との連携）
<input type="checkbox"/> 4.保健指導
<input type="checkbox"/> 5.資料作成（保健指導を行う際のツールの作成）
<input type="checkbox"/> 6.事務局運用（個人情報等取扱窓口等）
<input type="checkbox"/> 7.その他 <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 8.事業者を活用していない

3Eb-Q2. 外部委託の実施の有無に関わらず、外部委託事業者に期待することはありますか。（いくつでも）

<input type="checkbox"/> 1.外部委託により何ができるかを知りたい	<input type="checkbox"/> 2.具体的な導入事例を知りたい
<input type="checkbox"/> 3.自組織の特性（地域特性や加入者の特性など）をよく理解したうえででの提案が欲しい	<input type="checkbox"/> 4.事業実施における先進的なアイデアを提供して欲しい
<input type="checkbox"/> 5.提供される事業の質を（内製で行うよりも）向上して欲しい	<input type="checkbox"/> 6.かかる費用を低減して欲しい
<input type="checkbox"/> 7.費用対効果を上げて欲しい	<input type="checkbox"/> 8.近隣に事業者が欲しい
<input type="checkbox"/> 9.その他 <input type="text"/>	

<以下Q3～7までQ1で1～7いずれか「活用している」とお答えの場合>

3Eb-Q3. 主要な外部委託事業者1社の事業者名、委託金額、委託業務内容をご記入ください。

事業者名			
本社住所	都道府県	市区町村	
URL			
電話番号			
委託実施事業名			
委託金額		千円	
委託業務内容 (いくつでも)	<input type="checkbox"/> 1.企画・設計 <input type="checkbox"/> 2.対象者の抽出 <input type="checkbox"/> 3.外部連携推進（かかりつけ医等、医療資源との連携） <input type="checkbox"/> 4.保健指導 <input type="checkbox"/> 5.資料作成（保健指導を行う際のツールの作成） <input type="checkbox"/> 6.事務局運用（個人情報等取扱窓口等） <input type="checkbox"/> 7.その他 <input type="text"/>		

3Eb-Q4. 上記外部委託事業者から事業の対象者の抽出、実施目標の達成について、事業目標を達成するための提案・工夫等がありましたか。また、情報共有を行っていますか。

	対象者の抽出			実施目標の達成		
事業者からの提案・工夫(1つだけ)	<input type="radio"/> 1.あった	<input type="radio"/> 2.なかった	Clear	<input type="radio"/> 1.あった	<input type="radio"/> 2.なかった	Clear
具体的な提案・工夫内容						
事業目標の共有(1つだけ)	<input type="radio"/> 1.共有している	<input type="radio"/> 2.共有していない	Clear	<input type="radio"/> 1.共有している	<input type="radio"/> 2.共有していない	Clear

3Eb-Q5. 上記委託事業者について、事業を実施する上での提案・工夫等のレベルは委託決定時点の期待に対してどの程度でしたか。(それぞれ1つずつ)

評価項目	上回った 1	← 2	期待通り 3	→ 4	下回った 5	委託に 含まれない
<工程別>						
1-1.対象者の抽出・策定における工夫・提案	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Clear
1-2.事業の達成人数増加のための工夫・提案	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Clear
1-3.効果検証方法における工夫・提案	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Clear
<事業全般>						
2-1.事業実施における課題発見	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Clear
2-2.医療に関する専門的な知見	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Clear
2-3.先進的なアイデア	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Clear
2-4.事業の質を向上させる独自の手法・視点・知見	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Clear
2-5.自組織の理解(地域特性や加入者の特性など)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Clear

1.委託決定時点の期待水準を大きく上回った  
 2.委託決定時点の期待水準を上回った  
 3.委託決定時点の期待水準通り  
 4.委託決定時点の期待水準を下回った  
 5.委託決定時点の期待水準を大きく下回った  
 6.委託範囲に含まれない

3Eb-Q6. 上記委託事業者において特に高い評価を行うことのできる工夫・提案等についてご記入ください。  
 例)未受診者の特性に応じた受診勧奨方法の提案があった 等

SAMPLE

3Eb-Q7. 上記外部委託事業者を他保険者へ推薦しますか。(1つだけ)

1.推薦する
  2.推薦しない
 Clear

次の章に進む前に、右のボタンをクリックして以下に表示されるメッセージをご確認ください→

入力内容確認

### 3F. 服薬に関する相談・指導

#### a) 服薬に関する相談・指導の実施について

3Fa-Q1. 服薬に関する相談・指導の取組を実施していますか。(1つだけ)

1. 広域連合が関与して実施している  2. 現在は実施していないが、広域連合が関与して今後実施する予定  
 3. 過去実施していたが、現在は実施していない  4. 過去実施しておらず、現在も実施していない  
 5. 市町村が実施しているかもしれないが、広域連合は関与していないため情報がない

Clear

<Q1で「3.過去実施していたが、現在は実施していない」または「4.過去実施しておらず、現在も実施していない」とお答えの場合>

3Fa-Q2. 行っていない理由をお答えください。(いくつでも)

1. 健康課題としての優先順位が低い  2. 事業を企画・運営できる者がいない  
 3. 保健指導できる者がいない  4. 市町村からのニーズがない  
 5. 関係団体との調整がつかない  6. かかりつけ医などからの協力が得られない  
 7. 財源の確保が難しい  8. 費用対効果が低い  
 9. 対象者が少ない・あるいはいない  
 10. その他

<Q1で「1.広域連合が関与して実施している」「2.現在は実施していないが、広域連合が関与して今後実施する予定」とお答えの場合>

3Fa-Q3. 取組の開始時期をお答えください。

開始年月  選択 年  選択 月

<以下Q4～17、(b)事業の外部委託については、Q1で「1.広域連合が関与して実施している」とお答えの場合>

3Fa-Q4. どのような方法で実施していますか。(いくつでも)

1. 受診勧奨  2. 保健指導  3. その他

3Fa-Q5. 実施主体はどのようになっていますか。(1つだけ)

1. 直営  2. 委託または一部委託  3. その他

Clear

3Fa-Q6. 実施している事業の概要をご記入ください。事業概要がわかる資料(周知資料等)がある場合別途メールでお送りください。

【事業名】

【事業内容・実施方法(目的など含む)】

【評価指標(指標・目標)】

3Fa-Q7. 事業の2015年度の事業費をご記入ください。

事業費	<input type="text"/>	千円
うち、外部事業者活用経費	<input type="text"/>	千円

3Fa-Q8. 事業の目標としてどのようなものを設定していますか。(いくつでも)

<input type="checkbox"/> 1.検査値などの数値によるアウトカム指標による目標を設定している
<input type="checkbox"/> 2.実施人数などの数値によるアウトプット指標による目標を設定している
<input type="checkbox"/> 3.数値によらない定性的な目標を設定している
<input type="checkbox"/> 4.事業の目標を設定していない

3Fa-Q9. 対象者を抽出する際に、抽出基準を設けていますか。(1つだけ)設けている場合は具体的な基準もお答えください。(抽出基準はいくつでも)

1.設けている
  2.設けていない

**<抽出基準> ※具体的な基準 (ある場合は数値含む) を選択肢右の記入欄にご記入ください**  
**その他の例：服薬数**

<input type="checkbox"/> 1.健診・検診の受診の有無	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 2.特定のレセプトの請求	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 3.レセプト請求における疾患名	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 4.その他の基準	<input type="text"/>

3Fa-Q10. どのようなデータを利用して抽出を行っていますか。(いくつでも)

1.健診データ
  2.レセプトデータ
  3.その他

3Fa-Q11. どのようなシステムを利用して抽出を行っていますか。(いくつでも)

1.KDBシステム
  2.KDBシステム以外の外部システム 
 3.自組織独自の調査結果 
 4.その他

3Fa-Q12. 実施後にどのような事業の評価を実施していますか。(いくつでも)

<input type="checkbox"/> 1.検査値などの数値によるアウトカム指標による評価をしている
<input type="checkbox"/> 2.実施人数などの数値によるアウトプット指標による評価をしている
<input type="checkbox"/> 3.数値によらない定性的な評価をしている
<input type="checkbox"/> 4.事業の評価を実施していない

3Fa-Q13. 事業の実施結果として以下の内容をご記入ください。

(a)事業対象人数	(b)事業実施人数
<input type="text"/>	<input type="text"/>
人	人

3Fa-Q14. 実施にあたり、かかりつけ医・医師会との連携はどのような機会に図っていますか。(それぞれいくつでも)

(a)かかりつけ医	(b)医師会
<input type="checkbox"/> 1.個々の取組の準備時 <input type="checkbox"/> 2.個々の取組の実施時	<input type="checkbox"/> 1.事業の企画時 <input type="checkbox"/> 2.事業の実施時
<input type="checkbox"/> 3.個々の取組の評価時 <input type="checkbox"/> 4.かかりつけ医との連携はしていない	<input type="checkbox"/> 3.事業の評価時 <input type="checkbox"/> 4.医師会との連携はしていない

※ 連携とは、情報提供、助言、実施協力等の関わりを含む

<Q14でかかりつけ医、医師会どちらも「4.連携はしていない」とお答えの場合>

3Fa-Q15. 連携していない理由をお答えください。(いくつでも)

<input type="checkbox"/> 1.連携により得られる効果を十分に把握できていない	<input type="checkbox"/> 2.自組織に連携を図れる者がいない
<input type="checkbox"/> 3.医師会との調整がつかない	<input type="checkbox"/> 4.かかりつけ医との調整がつかない
<input type="checkbox"/> 5.財源の確保が難しい	<input type="checkbox"/> 6.費用対効果が低い
<input type="checkbox"/> 7.その他 <input type="text"/>	

<Q4で「2. 保健指導」とお答えの場合>

3Fa-Q16. 保健指導の実施にあたり、計画策定、実施、評価改善に専門職が関与していますか。(それぞれいくつでも)  
※外部機関の専門職を含む

	計画策定	実施	評価改善
1. 老年医学等専門医	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 専門医以外の医師	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 歯科医師	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 薬剤師	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 保健師	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 看護師	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 栄養士	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. その他 <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 専門職は関与していない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3Fa-Q17. 計画策定、実施、評価改善それぞれにおいて、連携している外部組織等はどちらですか。(それぞれいくつでも)

<外部>	計画策定で連携	実施で連携	評価改善で連携
1. 都道府県	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 市区町村	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 都道府県医師会	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 郡市区等医師会	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 医師会以外の保健医療関係団体	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 地域の医療機関(大学病院等)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 他の医療保険者(協会けんぽ、他健保等)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 保険者団体(国保連等)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 専門機関(専門家や大学等)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. 事業者関係団体(商工会等)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. 企業	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. 住民の自主グループ(自治会等)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. その他外部組織等 <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

※外部委託事業者は除いてください

**b) 服薬に関する相談・指導の外部委託について**

3Fb-Q1. 事業を実施するうえで、外部委託事業者(※医療機関は除く)を活用している業務内容をお答えください。(いくつでも)  
 ※事業の主幹でない委託内容は含めずお答えください。

<input type="checkbox"/> 1.企画・設計
<input type="checkbox"/> 2.対象者の抽出
<input type="checkbox"/> 3.外部連携推進(かかりつけ医等、医療資源との連携)
<input type="checkbox"/> 4.保健指導
<input type="checkbox"/> 5.資料作成(保健指導を行う際のツールの作成)
<input type="checkbox"/> 6.事務局運用(個人情報等取扱窓口等)
<input type="checkbox"/> 7.その他 <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 8.事業者を活用していない

3Fb-Q2. 外部委託の実施の有無に関わらず、外部委託事業者に期待することはありますか。(いくつでも)

<input type="checkbox"/> 1.外部委託により何ができるかを知りたい	<input type="checkbox"/> 2.具体的な導入事例を知りたい
<input type="checkbox"/> 3.自組織の特性(地域特性や加入者の特性など)をよく理解したうえで の提案が欲しい	<input type="checkbox"/> 4.事業実施における先進的なアイデアを提供して欲しい
<input type="checkbox"/> 5.提供される事業の質を(内製で行うよりも)向上して欲しい	<input type="checkbox"/> 6.かかる費用を低減して欲しい
<input type="checkbox"/> 7.費用対効果を上げて欲しい	<input type="checkbox"/> 8.近隣に事業者が欲しい
<input type="checkbox"/> 9.その他 <input type="text"/>	

<以下Q3～7までQ1で1～7いずれか「活用している」とお答えの場合>

3Fb-Q3. 主要な外部委託事業者1社の事業者名、委託金額、委託業務内容をご記入ください。

事業者名			
本社住所	都道府県	市区町村	
URL			
電話番号			
委託実施事業名			
委託金額		千円	
委託業務内容 (いくつでも)	<input type="checkbox"/> 1.企画・設計 <input type="checkbox"/> 2.対象者の抽出 <input type="checkbox"/> 3.外部連携推進(かかりつけ医等、医療資源との連携) <input type="checkbox"/> 4.保健指導 <input type="checkbox"/> 5.資料作成(保健指導を行う際のツールの作成) <input type="checkbox"/> 6.事務局運用(個人情報等取扱窓口等) <input type="checkbox"/> 7.その他 <input type="text"/>		

3Fb-Q4. 上記外部委託事業者から事業の対象者の抽出、実施目標の達成について、事業目標を達成するための提案・工夫がありましたか。また、情報共有を行っていますか。

	対象者の抽出			実施目標の達成		
事業者からの提案・工夫(1つだけ)	<input type="radio"/> 1.あった	<input type="radio"/> 2.なかった	Clear	<input type="radio"/> 1.あった	<input type="radio"/> 2.なかった	Clear
具体的な提案・工夫内容						
事業目標の共有(1つだけ)	<input type="radio"/> 1.共有している	<input type="radio"/> 2.共有していない	Clear	<input type="radio"/> 1.共有している	<input type="radio"/> 2.共有していない	Clear

3Fb-Q5. 上記委託事業者について、事業を実施する上での提案・工夫等のレベルは委託決定時点の期待に対してどの程度でしたか。(それぞれ1つずつ)

評価項目	上回った 1	← 2	期待通り 3	→ 4	下回った 5	委託に 含まれない
<工程別>						
1-1.対象者の抽出・策定における工夫・提案	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Clear
1-2.事業の達成人数増加のための工夫・提案	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Clear
1-3.効果検証方法における工夫・提案	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Clear
<事業全般>						
2-1.事業実施における課題発見	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Clear
2-2.医療に関する専門的な知見	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Clear
2-3.先進的なアイデア	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Clear
2-4.事業の質を向上させる独自の手法・視点・知見	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Clear
2-5.自組織の理解(地域特性や加入者の特性など)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Clear
1.委託決定時点の期待水準を大きく上回った 2.委託決定時点の期待水準を上回った 3.委託決定時点の期待水準通り 4.委託決定時点の期待水準を下回った 5.委託決定時点の期待水準を大きく下回った 6.委託範囲に含まれない						

3Fb-Q6. 上記委託事業者において特に高い評価を行うことのできる工夫・提案等についてご記入ください。  
 例)未受診者の特性に応じた受診勧奨方法の提案があった 等

# SAMPLE

3Fb-Q7. 上記外部委託事業者を他保険者へ推薦しますか。(1つだけ)

1.推薦する
  2.推薦しない
 Clear

次の章に進む前に、右のボタンをクリックして以下に表示されるメッセージをご確認ください→

入力内容確認

### 3G. その他の生活習慣病等重症化予防

#### a) その他の生活習慣病等重症化予防の実施について

3Ga-Q1. ◆その他の生活習慣病等重症化予防の取組を実施していますか。(1つだけ)

- 1.広域連合が関与して実施している  2.現在は実施していないが、広域連合が関与して今後実施する予定  
 3.過去実施していたが、現在は実施していない  4.過去実施しておらず、現在も実施していない  
 5.市町村が実施しているかもしれないが、広域連合は関与していないため情報がない

Clear

<Q1で「3.過去実施していたが、現在は実施していない」または「4.過去実施しておらず、現在も実施していない」とお答えの場合>

3Ga-Q2. 行っていない理由をお答えください。(いくつでも)

- 1.健康課題としての優先順位が低い  2.事業を企画・運営できる者がいない  
 3.保健指導できる者がいない  4.市町村からのニーズがない  
 5.関係団体との調整がつかない  6.かかりつけ医などからの協力が得られない  
 7.財源の確保が難しい  8.費用対効果が低い  
 9.対象者が少ない・あるいはいない  
 10.その他

<Q1で「1.広域連合が関与して実施している」「2.現在は実施していないが、広域連合が関与して今後実施する予定」とお答えの場合>

3Ga-Q3. 取組の開始時期をお答えください。

開始年月  選択 年  選択 月

<以下Q4～17、(b)事業の外部委託については、Q1で「1.広域連合が関与して実施している」とお答えの場合>

3Ga-Q4. どのような方法で実施していますか。(いくつでも)

- 1.受診勧奨  2.保健指導  3.その他

3Ga-Q5. 実施主体はどのようになっていますか。(1つだけ)

- 1.直営  2.委託または一部委託  3.その他

Clear

3Ga-Q6. 実施している事業の概要をご記入ください。事業概要がわかる資料(周知資料等)がある場合別途メールでお送りください。

【事業名】

【事業内容・実施方法(目的など含む)】

【評価指標(指標・目標)】

3Ga-Q7. 事業の2015年度の事業費をご記入ください。

事業費  千円  
うち、外部事業者活用経費  千円

3Ga-Q8. 事業の目標としてどのようなものを設定していますか。(いくつでも)

1.検査値などの数値によるアウトカム指標による目標を設定している  
 2.実施人数などの数値によるアウトプット指標による目標を設定している  
 3.数値によらない定性的な目標を設定している  
 4.事業の目標を設定していない

3Ga-Q9. ◆対象者を抽出する際に、抽出基準を設けていますか。(1つだけ)設けている場合は具体的な基準もお答えください。(抽出基準はいくつでも)

1.設けている                       2.設けていない                     

**<抽出基準> ※具体的な基準 (ある場合は数値含む) を選択肢右の記入欄にご記入ください**

1.健診・検診の受診の有無                        
 2.特定のレセプトの請求                        
 3.レセプト請求における疾患名                        
 4.その他の基準                     

3Ga-Q10. どのようなデータを利用して抽出を行っていますか。(いくつでも)

1.健診データ                       2.レセプトデータ                       3.その他                     

3Ga-Q11. どのようなシステムを利用して抽出を行っていますか。(いくつでも)

1.KDBシステム  
 2.KDBシステム以外の外部システム                        
 3.自組織独自の調査結果                        
 4.その他                     

3Ga-Q12. ◆実施後にどのような事業の評価を実施していますか。(いくつでも)

1.検査値などの数値によるアウトカム指標による評価をしている  
 2.実施人数などの数値によるアウトプット指標による評価をしている  
 3.数値によらない定性的な評価をしている  
 4.事業の評価を実施していない

3Ga-Q13. 事業の実施結果として以下の内容をご記入ください。

(a)事業対象人数		(b)事業実施人数	
	人		人

3Ga-Q14. ◆実施にあたり、かかりつけ医・医師会との連携はどのような機会に図っていますか。(それぞれいくつでも)

(a)かかりつけ医		(b)医師会	
<input type="checkbox"/> 1.個々の取組の準備時	<input type="checkbox"/> 2.個々の取組の実施時	<input type="checkbox"/> 1.事業の企画時	<input type="checkbox"/> 2.事業の実施時
<input type="checkbox"/> 3.個々の取組の評価時	<input type="checkbox"/> 4.かかりつけ医との連携はしていない	<input type="checkbox"/> 3.事業の評価時	<input type="checkbox"/> 4.医師会との連携はしていない

※ 連携とは、情報提供、助言、実施協力等の関わりを含む

<Q14でかかりつけ医、医師会どちらも「4.連携はしていない」とお答えの場合>

3Ga-Q15. 連携していない理由をお答えください。(いくつでも)

<input type="checkbox"/> 1.連携により得られる効果を十分に把握できていない	<input type="checkbox"/> 2.自組織に連携を図れる者がいない
<input type="checkbox"/> 3.医師会との調整がつかない	<input type="checkbox"/> 4.かかりつけ医との調整がつかない
<input type="checkbox"/> 5.財源の確保が難しい	<input type="checkbox"/> 6.費用対効果が低い
<input type="checkbox"/> 7.その他	<input type="text"/>

<Q4で「2. 保健指導」とお答えの場合>

3Ga-Q16. ◆保健指導の実施にあたり、計画策定、実施、評価改善に専門職が関与していますか。(それぞれいくつでも)  
※外部機関の専門職を含む

	計画策定	実施	評価改善
1. 老年医学等専門医	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 専門医以外の医師	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 歯科医師	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 薬剤師	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 保健師	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 看護師	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 栄養士	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. その他	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 専門職は関与していない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3Ga-Q17. 計画策定、実施、評価改善それぞれにおいて、連携している外部組織等はどちらですか。(それぞれいくつでも)

<外部>	計画策定で連携	実施で連携	評価改善で連携
1. 都道府県	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 市区町村	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 都道府県医師会	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 郡市区等医師会	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 医師会以外の保健医療関係団体	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 地域の医療機関(大学病院等)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 他の医療保険者(協会けんぽ、他健保等)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 保険者団体(国保連等)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 専門機関(専門家や大学等)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. 事業者関係団体(商工会等)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. 企業	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. 住民の自主グループ(自治会等)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. その他外部組織等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

※外部委託事業者は除いてください

**b) その他の生活習慣病等重症化予防の外部委託について**

3Gb-Q1. 事業を実施するうえで、外部委託事業者(※医療機関は除く)を活用している業務内容をお答えください。(いくつでも)  
※事業の主幹でない委託内容は含めずお答えください。

<input type="checkbox"/> 1.企画・設計
<input type="checkbox"/> 2.対象者の抽出
<input type="checkbox"/> 3.外部連携推進(かかりつけ医等、医療資源との連携)
<input type="checkbox"/> 4.保健指導
<input type="checkbox"/> 5.資料作成(保健指導を行う際のツールの作成)
<input type="checkbox"/> 6.事務局運用(個人情報等取扱窓口等)
<input type="checkbox"/> 7.その他 <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 8.事業者を活用していない

3Gb-Q2. 外部委託の実施の有無に関わらず、外部委託事業者に期待することはありますか。(いくつでも)

<input type="checkbox"/> 1.外部委託により何ができるかを知りたい	<input type="checkbox"/> 2.具体的な導入事例を知りたい
<input type="checkbox"/> 3.自組織の特性(地域特性や加入者の特性など)をよく理解したうえで の提案が欲しい	<input type="checkbox"/> 4.事業実施における先進的なアイデアを提供して欲しい
<input type="checkbox"/> 5.提供される事業の質を(内製で行うよりも)向上して欲しい	<input type="checkbox"/> 6.かかる費用を低減して欲しい
<input type="checkbox"/> 7.費用対効果を上げて欲しい	<input type="checkbox"/> 8.近隣に事業者が欲しい
<input type="checkbox"/> 9.その他 <input type="text"/>	

<以下Q3～7までQ1で1～7いずれか「活用している」とお答えの場合>

3Gb-Q3. 主要な外部委託事業者1社の事業者名、委託金額、委託業務内容をご記入ください。

事業者名			
本社住所	都道府県	市区町村	
URL			
電話番号			
委託実施事業名			
委託金額		千円	
委託業務内容 (いくつでも)	<input type="checkbox"/> 1.企画・設計 <input type="checkbox"/> 2.対象者の抽出 <input type="checkbox"/> 3.外部連携推進(かかりつけ医等、医療資源との連携) <input type="checkbox"/> 4.保健指導 <input type="checkbox"/> 5.資料作成(保健指導を行う際のツールの作成) <input type="checkbox"/> 6.事務局運用(個人情報等取扱窓口等) <input type="checkbox"/> 7.その他 <input type="text"/>		

3Gb-Q4. 上記外部委託事業者から事業の対象者の抽出、実施目標の達成について、事業目標を達成するための提案・工夫等がありましたか。また、情報共有を行っていますか。

	対象者の抽出			実施目標の達成		
事業者からの提案・工夫(1つだけ)	<input type="radio"/> 1.あった	<input type="radio"/> 2.なかった	Clear	<input type="radio"/> 1.あった	<input type="radio"/> 2.なかった	Clear
具体的な提案・工夫内容						
事業目標の共有(1つだけ)	<input type="radio"/> 1.共有している	<input type="radio"/> 2.共有していない	Clear	<input type="radio"/> 1.共有している	<input type="radio"/> 2.共有していない	Clear

3Gb-Q5. 上記委託事業者について、事業を実施する上での提案・工夫等のレベルは委託決定時点の期待に対してどの程度でしたか。(それぞれ1つずつ)

評価項目	上回った 1	← 2	期待通り 3	→ 4	下回った 5	委託に 含まれない
<工程別>						
1-1.対象者の抽出・策定における工夫・提案	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Clear
1-2.事業の達成人数増加のための工夫・提案	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Clear
1-3.効果検証方法における工夫・提案	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Clear
<事業全般>						
2-1.事業実施における課題発見	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Clear
2-2.医療に関する専門的な知見	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Clear
2-3.先進的なアイデア	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Clear
2-4.事業の質を向上させる独自の手法・視点・知見	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Clear
2-5.自組織の理解(地域特性や加入者の特性など)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Clear

1.委託決定時点の期待水準を大きく上回った  
 2.委託決定時点の期待水準を上回った  
 3.委託決定時点の期待水準通り  
 4.委託決定時点の期待水準を下回った  
 5.委託決定時点の期待水準を大きく下回った  
 6.委託範囲に含まれない

3Gb-Q6. 上記委託事業者において特に高い評価を行うことのできる工夫・提案等についてご記入ください。  
 例)未受診者の特性に応じた受診勧奨方法の提案があった 等

SAMPLE

3Gb-Q7. 上記外部委託事業者を他保険者へ推薦しますか。(1つだけ)

1.推薦する
  2.推薦しない
 Clear

次の章に進む前に、右のボタンをクリックして以下に表示されるメッセージをご確認ください→

入力内容確認

## 4. 企業等の健康経営・健康宣言支援

企業等の健康経営・健康宣言支援事業とは、企業等へ健康経営・健康宣言の活動についての具体的な取組内容や実施方法を提示し、これらの取組を実施することを保険者等へ登録(健康宣言)させる仕組みや、その実践を推進・支援するために保険者等が認定を行う仕組みを通じて、企業等における健康経営・健康宣言の取組推進を支援する事業です。

### a) 事業の内容について

4a-Q1. ◆貴保険者において、上記のような企業等の健康経営・健康宣言支援事業を行っていますか。(1つだけ)  
※自治体としての仕組みを含む

1.行っている

2.行っていない

Clear

<以下Q2～4はQ1で「1.行っている」とお答えの場合>

4a-Q2. ◆その取組は、どのような仕組みですか。(いくつでも)

1.保険者が示した取組について、企業等が実施することを保険者等へ登録させる仕組み(健康宣言)

2.企業等の取組状況や客観的なデータ等に基づき、保険者等が企業等を認定する仕組み

<以下Q3、4はQ2で「1. 保険者が示した取組について、企業等が実施することを保険者等へ登録させる仕組み(健康宣言)」とお答えの場合>

4a-Q3. ◆「保険者が示した取組について、企業等が実施することを保険者等へ登録させる仕組み(健康宣言)」の事業について、事業概要をご記入ください。事業概要がわかる資料(周知資料等)を別途メールでお送りください。

事業名					
開始年月	選択	年	選択	月	
登録社数		社	※2016年6月1日時点の数字をご記入ください		
登録先					
共同実施者					
登録プロセス					

4a-Q4. ◆登録する上で、企業等が行う健康宣言はどのような内容ですか。(いくつかでも)

<b>&lt;従業員の健康課題の把握と必要な対策の検討&gt;</b>				
<input type="checkbox"/>	1.従業員の定期健診受診率を100%にする			
<input type="checkbox"/>	2.従業員の定期健診の受診率を高めるための取組を行う(例:健診時間の出勤認定・特別休暇認定、受診勧奨)			
<input type="checkbox"/>	3.従業員のストレスチェックを実施する			
<input type="checkbox"/>	4.健康増進・過重労働防止に向けた具体的目標(計画)を設定する			
<b>&lt;健康経営の実践に向けた基礎的な土台づくりとワークエンゲージメント&gt;</b>				
<input type="checkbox"/>	5.ヘルスリテラシーの向上のために、管理職及び一般職員それぞれに対する教育機会を設定する			
<input type="checkbox"/>	6.ワークライフバランスを確保するために、適切な働き方実現に向けた取組を行う(例:時消灯・退出日の設定、有休取得目標の設定)			
<input type="checkbox"/>	7.職場の活性化・メンタルヘルス不調の防止等のために、コミュニケーションの促進に向けた取組を行う (例:挨拶運動、社員旅行、社員運動会)			
<b>&lt;従業員の心と身体の健康づくりに向けた具体的対策&gt;</b>				
<input type="checkbox"/>	8.従業員に対し、定期健康診断の事後指導や、特定保健指導を受けられる機会を提供(受けやすくする仕組みを導入)する			
<input type="checkbox"/>	9.従業員の食生活の改善に向けた取組を行う(例:自販機メニューの検討、朝食摂取を促すポスターの貼付)			
<input type="checkbox"/>	10.従業員の運動機会の増進に向けた取組を行う(例:階段利用の推奨、朝ストレッチの導入)			
<input type="checkbox"/>	11.受動喫煙対策(禁煙又は完全分煙)を行う			
<input type="checkbox"/>	12.従業員の感染症予防に向けた取組を行う(例:予防接種の出勤認定、感染者の出勤停止等拡大防止)			
<input type="checkbox"/>	13.過重労働対策のために、長時間労働者への対応に関する取組を行う(例:休暇取得・出社制限等の勧奨)			
<input type="checkbox"/>	14.メンタルヘルス対策のために、不調者への対応に関する取組を行う(例:対応方針・職場復帰支援ルールの策定)			
<b>&lt;経営理念(経営者の自覚)&gt;</b>				
<input type="checkbox"/>	15.健康宣言を社内外へ発信する			
<b>&lt;組織体制&gt;</b>				
<input type="checkbox"/>	16.健康づくりの担当者を一名以上設置する			
<b>&lt;保険者との連携&gt;</b>				
<input type="checkbox"/>	17.保険者の求めに応じて40歳以上の従業員の健診データを提供する			
<b>&lt;法令遵守・リスクマネジメント&gt;</b>				
<input type="checkbox"/>	18.従業員の健康管理に関連する法令について重大な違反をしていない(自己申告でも可)			
<b>&lt;その他&gt;</b>				
<input type="checkbox"/>	19.その他 <input type="text"/>			

<以下Q5～7はQ2で「2. 企業等の取組状況や客観的なデータ等に基づき、保険者等が企業等を認定する仕組み」とお答えの場合>

4a-Q5. 「2.企業等の取組状況や客観的なデータ等に基づき、保険者等が企業等を認定する仕組み」の事業について、事業概要をご記入ください。事業概要がわかる資料(周知資料等)を別途メールでお送りください。

事業名					
開始年月	選択	年	選択	月	
認定社数		社	※2016年6月1日時点の数字をご記入ください		
認定主体					
認定者					
共同実施者					
認定要件					
認定プロセス					

4a-Q6. 認定する上での要件はどのような内容ですか。(いくつでも)

<b>&lt;従業員の健康課題の把握と必要な対策の検討&gt;</b>	
<input type="checkbox"/> 1.従業員の定期健診受診率が100%である	
<input type="checkbox"/> 2.従業員の定期健診の受診率を高めるための取組を行った(例:健診時間の出勤認定・特別休暇認定、受診勧奨)	
<input type="checkbox"/> 3.従業員のストレスチェックを実施した	
<input type="checkbox"/> 4.健康増進・過重労働防止に向けた具体的目標(計画)を設定した	
<b>&lt;健康経営の実践に向けた基礎的な土台づくりとワークエンゲージメント&gt;</b>	
<input type="checkbox"/> 5.ヘルスリテラシーの向上のために、管理職及び一般職員それぞれに対する教育機会を設定した	
<input type="checkbox"/> 6.ワークライフバランスを確保するために、適切な働き方実現に向けた取組を行った(例:時消灯・退勤日の設定、有休取得目標の設定)	
<input type="checkbox"/> 7.職場の活性化・メンタルヘルス不調の防止等のために、コミュニケーションの促進に向けた取組を行った (例:挨拶運動、社員旅行、社員運動会)	
<b>&lt;従業員の心と身体の健康づくりに向けた具体的対策&gt;</b>	
<input type="checkbox"/> 8.従業員に対し、定期健康診断の事後指導や、特定保健指導を受けられる機会を提供(受けやすくする仕組みを導入)した	
<input type="checkbox"/> 9.従業員の食生活の改善に向けた取組を行った(例:自販機メニューの検討、朝食摂取を促すポスターの貼付)	
<input type="checkbox"/> 10.従業員の運動機会の増進に向けた取組を行った(例:階段利用の推奨、朝ストレッチの導入)	
<input type="checkbox"/> 11.受動喫煙対策(禁煙又は完全分煙)を行った	
<input type="checkbox"/> 12.従業員の感染症予防に向けた取組を行った(例:予防接種の出勤認定、感染者の出勤停止等拡大防止)	
<input type="checkbox"/> 13.過重労働対策のために、長時間労働者への対応に関する取組を行った(例:休暇取得・出社制限等の勧奨)	
<input type="checkbox"/> 14.メンタルヘルス対策のために、不調者への対応に関する取組を行った(例:対応方針・職場復帰支援ルールの策定)	
<b>&lt;経営理念(経営者の自覚)&gt;</b>	
<input type="checkbox"/> 15.健康宣言を社内外へ発信した	
<b>&lt;組織体制&gt;</b>	
<input type="checkbox"/> 16.健康づくりの担当者を一名以上設置した	
<b>&lt;保険者との連携&gt;</b>	
<input type="checkbox"/> 17.保険者の求めに応じて40歳以上の従業員の健診データを提供した	
<b>&lt;法令遵守・リスクマネジメント&gt;</b>	
<input type="checkbox"/> 18.従業員の健康管理に関連する法令について重大な違反をしていない	
<b>&lt;その他&gt;</b>	
<input type="checkbox"/> 19.その他	<input type="text"/>

4a-Q7. 認定プロセスはどのような内容ですか。(いくつでも)

<input type="checkbox"/> 1.自己申告の内容について書面で確認	<input type="checkbox"/> 2.自己申告の内容について対面式でヒアリングを実施
<input type="checkbox"/> 3.その他 <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 4.自己申告のみで認定

次の章に進む前に、右のボタンをクリックして以下に表示されるメッセージをご確認ください→

入力内容確認

## 5. わかりやすい情報提供

### a) 事業内容について

5a-Q1. ◆健診の結果について、個人にどのように通知していますか。(いくつでも)

<input type="checkbox"/> 1.紙	<input type="checkbox"/> 2.メール	<input type="checkbox"/> 3.webサイト	<input type="checkbox"/> 4.電話
<input type="checkbox"/> 5.対面	<input type="checkbox"/> 6.その他	<input type="checkbox"/> 7.通知を行っていない	

<Q1で「2.メール」または「3.webサイト」を利用しているとお答えの場合>

5a-Q2. メール・webサイトを活用して情報を提供している人数と実際に利用している人数を分かる範囲でご記入ください。

提供人数	メール		webサイト	
	人	人	人	人
うち実利用人数	人	人	人	人

※提供人数・・・メールを送付している人数、サイトのログインID等を発行した人数等  
 ※実利用人数・・・提供人数のうち、メールを開封している人数、一定期間ログインした人数など

5a-Q3. ◆健診の結果について、本人にわかりやすく提供するためにどのような工夫をしていますか。(いくつでも)

<input type="checkbox"/> 1.グラフ化などの視覚的な工夫	<input type="checkbox"/> 2.経年変化の表示
<input type="checkbox"/> 3.疾病リスク等と関連づけた検査結果数値についての説明	<input type="checkbox"/> 4.検査値を改善するための生活習慣についてのアドバイスの提供
<input type="checkbox"/> 5.その他 <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 6.特に行っていない

5a-Q4. ◆疾病リスクにより医療機関を受診することが必要な場合、受診勧奨を実施していますか。(1つだけ)

1.実施している  2.実施していない

<Q4で「1.実施している」とお答えの場合>

5a-Q5. 勧奨後の受診状況を確認していますか。(1つだけ)

1.確認している  2.確認していない

5a-Q6. その他加入者に対してどのような種類の情報を提供していますか。(いくつでも)

<input type="checkbox"/> 1.健診結果を踏まえた生活習慣の改善策	<input type="checkbox"/> 2.各個人の状況を踏まえた健康づくりに関する情報
<input type="checkbox"/> 3.予防接種のスケジュール通知、接種歴の閲覧	<input type="checkbox"/> 4.電子版お薬手帳の普及促進・支援
<input type="checkbox"/> 5.電子版疾病管理手帳(糖尿病など)	<input type="checkbox"/> 6.医療費の通知
<input type="checkbox"/> 7.その他 <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 8.提供していない

5a-Q7. 実施している事業の概要をご記入ください。事業概要がわかる資料(周知資料等)がある場合別途メールでお送りください。

<b>【事業名】</b>
<input type="text"/>
<b>【事業内容・実施方法(目的など含む)】</b> 例)個人の健診結果に基づき本人の健康リスクについて解説する資料をメールで送付
<input type="text"/>
<b>【評価指標(指標・目標)】</b> 例)医療機関受診が必要だと考えられる方の医療機関受診率 等
<input type="text"/>

5a-Q8. 事業の2015年度の事業費をご記入ください。

事業費	<input type="text"/>	千円
うち、外部委託事業者活用経費	<input type="text"/>	千円

## b) 事業の外部委託について

5b-Q1. 事業を実施するうえで、外部委託事業者(※医療機関は除く)を活用している業務内容をお答えください。(いくつでも)  
※事業の主幹でない委託内容は含めずお答えください。

<input type="checkbox"/>	1.企画・設計
<input type="checkbox"/>	2.対象者の抽出
<input type="checkbox"/>	3.外部連携推進
<input type="checkbox"/>	4.広報活動
<input type="checkbox"/>	5.システム整備(ネットワークインフラの整備等)
<input type="checkbox"/>	6.事務局運用(対象者に情報提供等)
<input type="checkbox"/>	7.その他 <input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	8.事業者を活用していない

5b-Q2. 外部委託の実施の有無に関わらず、外部委託事業者に期待することはありますか。(いくつでも)

<input type="checkbox"/>	1.外部委託によりなにかできるかを知りたい	<input type="checkbox"/>	2.具体的な導入事例を知りたい
<input type="checkbox"/>	3.自組織の特性(地域特性や加入者の特性など)をよく理解したうえでの提案が欲しい	<input type="checkbox"/>	4.事業実施における先進的なアイデアを提供して欲しい
<input type="checkbox"/>	5.提供される事業の質を(内製で行うよりも)向上して欲しい	<input type="checkbox"/>	6.かかる費用を低減して欲しい
<input type="checkbox"/>	7.費用対効果を上げて欲しい	<input type="checkbox"/>	8.近隣に事業者が欲しい
<input type="checkbox"/>	9.その他 <input type="text"/>		

<以下Q3~7までQ1で1~7いずれか「活用している」とお答えの場合>

5b-Q3. 主要な外部委託事業者1社の事業者名、委託金額、委託業務内容をご記入下さい。

事業者名			
本社住所	都道府県	市区町村	
URL			
電話番号			
委託実施事業名			
委託金額		千円	
委託業務内容 (いくつでも)	<input type="checkbox"/> 1.企画・設計 <input type="checkbox"/> 2.対象者の抽出 <input type="checkbox"/> 3.外部連携推進 <input type="checkbox"/> 4.広報活動 <input type="checkbox"/> 5.システム整備(ネットワークインフラの整備等) <input type="checkbox"/> 6.事務局運用(対象者に情報提供等) <input type="checkbox"/> 7.その他 <input type="text"/>		

5b-Q4. 上記外部委託事業者から事業の対象者の抽出、実施目標の達成について、事業目標を達成するための提案・工夫等がありましたか。また、情報共有を行っていますか。

	対象者の抽出			実施目標の達成		
事業者からの提案・工夫(1つだけ)	<input type="radio"/> 1.あった	<input type="radio"/> 2.なかった	<input type="button" value="Clear"/>	<input type="radio"/> 1.あった	<input type="radio"/> 2.なかった	<input type="button" value="Clear"/>
具体的な提案・工夫内容						
事業目標の共有(1つだけ)	<input type="radio"/> 1.共有している	<input type="radio"/> 2.共有していない	<input type="button" value="Clear"/>	<input type="radio"/> 1.共有している	<input type="radio"/> 2.共有していない	<input type="button" value="Clear"/>

5b-Q5. 上記委託事業者について、事業を実施する上での提案・工夫等のレベルは委託決定時点の期待に対してどの程度でしたか。(それぞれ1つずつ)

評価項目	上回った 1	← 2	期待通り 3	→ 4	下回った 5	委託に 含まれない
<工程別>						
1-1.対象者の抽出・策定における工夫・提案	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Clear
1-2.事業の達成人数増加のための工夫・提案	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Clear
1-3.効果検証方法における工夫・提案	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Clear
<事業全般>						
2-1.事業実施における課題発見	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Clear
2-2.医療に関する専門的な知見	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Clear
2-3.先進的なアイデア	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Clear
2-4.事業の質を向上させる独自の手法・視点・知見	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Clear
2-5.自組織の理解(地域特性や加入者の特性など)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Clear

1.委託決定時点の期待水準を大きく上回った  
 2.委託決定時点の期待水準を上回った  
 3.委託決定時点の期待水準通り  
 4.委託決定時点の期待水準を下回った  
 5.委託決定時点の期待水準を大きく下回った  
 6.委託範囲に含まれない

5b-Q6. 上記委託事業者において特に高い評価を行うことのできる工夫・提案等についてご記入ください。  
 例)過去の健診結果やグラフの記載など、視覚的にわかりやすい内容の記載の提案があった 等

SAMPLE

5b-Q7. 上記外部委託事業者を他保険者へ推薦しますか。(1つだけ)

1.推薦する
  2.推薦しない
 Clear

次の章に進む前に、右のボタンをクリックして以下に表示されるメッセージをご確認ください→

入力内容確認

## 6. 後発医薬品の利用動向

### a) 事業内容について

6a-Q1. ◆後発医薬品のシェアなどの指標をご記入ください。  
※2016年3月(単月分)の数値をご記入ください。把握していない場合は把握している直近の一月分の数値をご記入ください。

薬剤費のうちシェア	金額		金額ベース比率		数量ベース比率	
		千円		%		%
(a)後発医薬品		千円		%		%
(b)後発医薬品のある先発医薬品		千円	※金額・数量は新基準ベース			
(c)後発医薬品のない先発医薬品		千円				
(a)～(c)の合計		千円				

把握時点  1.2016年3月時点  2.2016年3月以外

⇒具体的に  年  月

6a-Q2. ◆後発医薬品の使用割合や金額シェア等の後発医薬品の使用状況について、加入者の男女別や年齢別等に類型化を行い、把握していますか。(いくつでも)

<input type="checkbox"/> 1.年齢別	<input type="checkbox"/> 2.男女別
<input type="checkbox"/> 3.疾患別	<input type="checkbox"/> 4.事業所別
<input type="checkbox"/> 5.地域別	<input type="checkbox"/> 6.被保険者・被扶養者
<input type="checkbox"/> 7.その他 <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 8.類型化を行っていない

回答票種別 B,C のみの選択肢

6a-Q3. ◆後発医薬品の使用を推進するために実施している内容をお答えください。(いくつでも)

<input type="checkbox"/> 1.差額通知の実施	<input type="checkbox"/> 2.機関紙やサイトでの告知
<input type="checkbox"/> 3.カードや希望シール配布	<input type="checkbox"/> 4.パンフレット配布
<input type="checkbox"/> 5.その他 <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 6.特に行っていない

<以下Q4～15、(b)事業の外部委託についてまで、Q3で1～5いずれか「実施している」とお答えの場合>

6a-Q4. 事業の2015年度の事業費をご記入ください。

事業費	<input type="text"/>	千円
うち、外部委託事業者活用経費	<input type="text"/>	千円

6a-Q5. 事業の実施主体についてお答えください。(1つだけ)

<input type="radio"/> 1.広域連合で実施	<input type="radio"/> 2.市区町村で実施	<input type="text"/>
<input checked="" type="radio"/> 3.	回答票種別 A のみの選択肢	
<input type="radio"/> 5.その他	<input type="text"/>	<input type="button" value="Clear"/>

<以下Q6～12まで、Q3で「1.差額通知の実施」とお答えの場合>

6a-Q6. 通知対象を選ぶにあたって考慮していることはありますか。(いくつでも)

<input type="checkbox"/>	1.後発医薬品がある先発品を使用している全ての者に送付している
<input type="checkbox"/>	2.一部の疾患(がんや精神疾患等)の罹患者について対象から除外している
<input type="checkbox"/>	3.糖尿病・高血圧症・花粉症等の一部の疾患の罹患者に対象を絞って、重点的に送付している
<input type="checkbox"/>	4.自己負担軽減額が一定以上の者に送付している
<input type="checkbox"/>	5.自己負担軽減額が上位一定割合に属する者に送付している
<input type="checkbox"/>	6.若年 <small>（若年層に限定して後発医薬品への切り替えを考慮している）</small>
<input type="checkbox"/>	7.高齢者のみ対象とする等、年齢が高齢であることを考慮している
<input type="checkbox"/>	8.高額医療費や公費負担医療の該当者を考慮している
<input type="checkbox"/>	9.医薬品の投与期間が一定期間以上のもを対象とする等、医薬品の投与期間を考慮している
<input type="checkbox"/>	10.最近送付した者や複数回送付しても切り替えが進まない者を対象外とする等、差額通知を既に送付しているかを考慮している
<input type="checkbox"/>	11.その他 <input type="text"/>

回答票種別 A,B,C のみの選択肢

6a-Q7. 2015年度の差額通知の発出はどの程度行いましたか。(1つだけ)

<input type="radio"/>	1.年1回送付	<input type="radio"/>	2.年2回送付	<input type="radio"/>	3.年3回送付
<input type="radio"/>	4.年4回送付	<input type="radio"/>	5.年5回以上12回未満送付	<input type="radio"/>	6.年12回以上

6a-Q8. 差額通知の発出に際し工夫していることはありますか。(いくつでも)

<input type="checkbox"/>	1.web等で常時閲覧可能な仕組みとしている	<input type="checkbox"/>	2.医療費通知と同時に送付
<input type="checkbox"/>	3.後発医薬品希望カード・シールを同封して送付	<input type="checkbox"/>	4.その他 <input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	5.特に工夫をしていることはない		

6a-Q9. ◆通知の内容について情報を付加するような工夫をしていますか。(いくつでも)

<input type="checkbox"/>	1.対象者の利用薬局周辺の後発医薬品調剤体制加算を算定している保険薬局の名称を記載
<input type="checkbox"/>	2.対象者が服薬している先発医薬品に対応する後発医薬品のうち、当該保険者で最も使用されている医薬品の銘柄を記載
<input type="checkbox"/>	3.技術料や指導料があるため、必ずしも差額通知に示されている額が実際に窓口で軽減されるとは限らないこと等を差額通知の様式に記載し、対象者の誤解を招かないよう配慮
<input type="checkbox"/>	4.その他 <input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	5.特に工夫をしていない

6a-Q10. 2015年度の事業の実施に関連して以下の指標をご記入ください。

(a)差額通知の実施人数	<input type="text"/>	人
(b)年間の総通知件数	<input type="text"/>	件

6a-Q11. ◆事業の目標数値を設定し、効果検証を行っていますか。(いくつでも)

	目標設定	効果検証
1. 差額通知の実施人数	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 後発医薬品の使用割合	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 加入者全体の後発医薬品への切り替え率	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 加入者全体の後発医薬品への切り替えによる削減額	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 差額通知対象者の後発医薬品への切り替え率	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 差額通知対象者の後発医薬品への切り替えによる削減額	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. その他 <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 行っていない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6a-Q12. ◆差額通知の実施結果に関連して以下の指標をご記入ください。

(a)通知送付者の切り替え率		%
(b)施策実施に掛かった費用		千円
(c)切り替えにより削減された医療費		千円
上記の集計期間		

※自組織において把握している定義で、直近の数値を記載してください。

6a-Q13. ◆後発医薬品の使用促進に係る取組を行うにあたり、医療関係者(医師会や薬剤師会等)とどのように連携していますか。(いくつでも)

1.企画にあたって医療関係者に情報提供や相談を行っている(差額通知の様式についての相談等)  
 2.後発医薬品の使用促進に向け、地域協議会等(保険者協議会を除く)へ参画している  
 3.後発医薬品の使用促進に向け、保険者協議会へ参画している  
 4.医療関係者に協力を依頼している(加入者の利用実績が多い保険薬局に対して文書を送付する等)  
 5.服薬している加入者数が多い後発医薬品の使用実績リストを医療関係者に情報提供している  
 6.その他   
 7.特に連携していない

6a-Q14. 事業の実施にあたり、主担当部署・組織  組織等とはどちらですか。(いくつでも)

回答票種別 A,B,C のみの設問

主担当部署・組織(以下の1~6から1つだけ選択)

※複数の課の業務を1つの課で担っている場合は、担当者の主な業務が最も関係する組織を選択

<自治体内部>

1.国民健康保険担当課  2.健康増進担当課  
 3.保健所  4.介護予防担当課  
 5.高齢者支援担当課  6.その他

6a-Q15. 事業の実施にあたり、連携している外部組織等とはどちらですか。(いくつでも)

<外部>

1.都道府県  2.市区町村  
 3.都道府県医師会  4.郡市区等医師会  
 5.医師会以外の保健医療関係団体  6.地域の医療機関(大学病院等)  
 7.他の医療保険者(協会けんぽ、他健保等)  8.保険者団体(国保連等)  
 9.専門機関(専門家や大学等)  10.事業者関係団体(商工会等)  
 11.企業  12.住民の自主グループ(自治会等)  
 13.その他外部組織等

※外部委託事業者は除いてください

## b) 事業の外部委託について

6b-Q1. 事業を実施するうえで、外部委託事業者(※医療機関は除く)を活用している業務内容をお答えください。(いくつでも)  
※事業の主幹でない委託内容は含めずお答えください。

<input type="checkbox"/>	1.企画・設計
<input type="checkbox"/>	2.対象者の抽出
<input type="checkbox"/>	3.外部連携推進(保険薬局への情報提供等)
<input type="checkbox"/>	4.広報活動
<input type="checkbox"/>	5.システム整備
<input type="checkbox"/>	6.事務局運用(問い合わせ対応等)
<input type="checkbox"/>	7.その他 <input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	8.事業者を活用していない

6b-Q2. 外部委託の実施の有無に関わらず、外部委託事業者に期待することはありますか。(いくつでも)

<input type="checkbox"/>	1.外部委託により何ができるかを知りたい	<input type="checkbox"/>	2.具体的な導入事例を知りたい
<input type="checkbox"/>	3.自組織の特性(地域特性や加入者の特性など)をよく理解したうえでの提案が欲しい	<input type="checkbox"/>	4.事業実施における先進的なアイデアを提供して欲しい
<input type="checkbox"/>	5.提供される事業の質を(内製で行うよりも)向上して欲しい	<input type="checkbox"/>	6.かかる費用を低減して欲しい
<input type="checkbox"/>	7.費用対効果を上げて欲しい	<input type="checkbox"/>	8.近隣に事業者が欲しい
<input type="checkbox"/>	9.その他 <input type="text"/>		

<以下Q3~7までQ1で1~7いずれか「活用している」とお答えの場合>

6b-Q3. 主要な外部委託事業者1社の事業者名、委託金額、委託業務内容をご記入下さい。

事業者名			
本社住所	都道府県	市区町村	
URL			
電話番号			
委託実施事業名			
委託金額		千円	
委託業務内容 (いくつでも)	<input type="checkbox"/> 1.企画・設計 <input type="checkbox"/> 2.対象者の抽出 <input type="checkbox"/> 3.外部連携推進(保険薬局への情報提供等) <input type="checkbox"/> 4.広報活動 <input type="checkbox"/> 5.システム整備 <input type="checkbox"/> 6.事務局運用(問い合わせ対応等) <input type="checkbox"/> 7.その他 <input type="text"/>		

6b-Q4. 上記外部委託事業者から事業の対象者の抽出、実施目標の達成について、事業目標を達成するための提案・工夫等がありましたか。また、情報共有を行っていますか。

	対象者の抽出			実施目標の達成		
事業者からの提案・工夫(1つだけ)	<input type="radio"/> 1.あった	<input type="radio"/> 2.なかった	<input type="button" value="Clear"/>	<input type="radio"/> 1.あった	<input type="radio"/> 2.なかった	<input type="button" value="Clear"/>
具体的な提案・工夫内容						
事業目標の共有(1つだけ)	<input type="radio"/> 1.共有している	<input type="radio"/> 2.共有していない	<input type="button" value="Clear"/>	<input type="radio"/> 1.共有している	<input type="radio"/> 2.共有していない	<input type="button" value="Clear"/>

6b-Q5. 上記委託事業者について、事業を実施する上での提案・工夫等のレベルは委託決定時点の期待に対してどの程度でしたか。(それぞれ1つずつ)

評価項目	上回った 1	← 2	期待通り 3	→ 4	下回った 5	委託に 含まれない
<工程別>						
1-1.対象者の抽出・策定における工夫・提案	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Clear
1-2.事業の達成人数増加のための工夫・提案	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Clear
1-3.効果検証方法における工夫・提案	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Clear
<事業全般>						
2-1.事業実施における課題発見	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Clear
2-2.医療に関する専門的な知見	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Clear
2-3.先進的なアイデア	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Clear
2-4.事業の質を向上させる独自の手法・視点・知見	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Clear
2-5.自組織の理解(地域特性や加入者の特性など)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Clear
1.委託決定時点の期待水準を大きく上回った 2.委託決定時点の期待水準を上回った 3.委託決定時点の期待水準通り 4.委託決定時点の期待水準を下回った 5.委託決定時点の期待水準を大きく下回った 6.委託範囲に含まれない						

6b-Q6. 上記委託事業者において特に高い評価を行うことのできる工夫・提案等についてご記入ください。  
 例)後発医薬品を希望する旨を伝えるカードのデザインの工夫 等

SAMPLE

6b-Q7. 上記外部委託事業者を他保険者へ推薦しますか。(1つだけ)

1.推薦する
  2.推薦しない
 Clear

次の章に進む前に、右のボタンをクリックして以下に表示されるメッセージをご確認ください→

入力内容確認

## 7. 重複・頻回受診者、重複投薬者等への適正受診指導

### a) 事業内容について

7a-Q1. 医療費適正化を目的とした、重複受診者の適正受診指導を実施していますか。(1つだけ)

- 1.実施している       2.現在は実施していないが、今後実施する予定       3.実施していない

Clear

<以下Q2～4まで、Q1で「1.実施している」とお答えの場合>

7a-Q2. 対象者の抽出はどのように行っていますか。

例)3か月連続して1か月に同一疾病での受診医療機関が3か所以上

7a-Q3. 事業の実施にあたり、主担当部署・組織はどちらですか。また、連携している部署・組織等はどちらですか。(いくつでも)

主担当部署・組織(以下の1～6から1つだけ選択)

回答票種別 A,B,C のみの設問

※複数の課の業務を1つの課で担っている場合は、担当者の主な業務が最も関係する組織を選択

<自治体内部>

- |                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 1.国民健康保険担当課 | <input type="checkbox"/> 2.健康増進担当課                  |
| <input type="checkbox"/> 3.保健所       | <input type="checkbox"/> 4.介護予防担当課                  |
| <input type="checkbox"/> 5.高齢者支援担当課  | <input type="checkbox"/> 6.その他 <input type="text"/> |

7a-Q4. 事業の実施にあたり、連携している外部組織等はどちらですか。(いくつでも)

<外部>

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1.都道府県                           | <input type="checkbox"/> 2.市区町村             |
| <input type="checkbox"/> 3.都道府県医師会                        | <input type="checkbox"/> 4.郡市区等医師会          |
| <input type="checkbox"/> 5.医師会以外の保健医療関係団体                 | <input type="checkbox"/> 6.地域の医療機関(大学病院等)   |
| <input type="checkbox"/> 7.他の医療保険者(協会けんぽ、他健保等)            | <input type="checkbox"/> 8.保険者団体(国保連等)      |
| <input type="checkbox"/> 9.専門機関(専門家や大学等)                  | <input type="checkbox"/> 10.事業者関係団体(商工会等)   |
| <input type="checkbox"/> 11.企業                            | <input type="checkbox"/> 12.住民の自主グループ(自治会等) |
| <input type="checkbox"/> 13.その他外部組織等 <input type="text"/> |   |

※外部委託事業者は除いてください

7a-Q5. 医療費適正化を目的とした、頻回受診者の適正受診指導を実施していますか。(1つだけ)

- 1.実施している       2.現在は実施していないが、今後実施する予定       3.実施していない

Clear

<以下Q6～8まで、Q5で「1.実施している」とお答えの場合>

7a-Q6. 対象者の抽出はどのように行っていますか。

例)外来で1枚のレセプトの実日数が15日以上

7a-Q7. 事業の実施にあたり、主担当部署・組織はどちらですか。また、連携している部署・組織等はどこですか。(いくつでも)

回答票種別 A,B,C のみの設問

主担当部署・組織(以下の1~6から1つだけ選択)

※複数の課の業務を1つの課で担っている場合は、担当者の主な業務が最も関係する組織を選択

<自治体内部>

- |                                      |                                    |
|--------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1.国民健康保険担当課 | <input type="checkbox"/> 2.健康増進担当課 |
| <input type="checkbox"/> 3.保健所       | <input type="checkbox"/> 4.介護予防担当課 |
| <input type="checkbox"/> 5.高齢者支援担当課  | <input type="checkbox"/> 6.その他     |

7a-Q8. 事業の実施にあたり、連携している外部組織等はどこですか。(いくつでも)

<外部>

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1.都道府県                | <input type="checkbox"/> 2.市区町村             |
| <input type="checkbox"/> 3.都道府県医師会             | <input type="checkbox"/> 4.郡市区等医師会          |
| <input type="checkbox"/> 5.医師会以外の保健医療関係団体      | <input type="checkbox"/> 6.地域の医療機関(大学病院等)   |
| <input type="checkbox"/> 7.他の医療保険者(協会けんぽ、他健保等) | <input type="checkbox"/> 8.保険者団体(国保連等)      |
| <input type="checkbox"/> 9.専門機関(専門家や大学等)       | <input type="checkbox"/> 10.事業者関係団体(商工会等)   |
| <input type="checkbox"/> 11.企業                 | <input type="checkbox"/> 12.住民の自主グループ(自治会等) |
| <input type="checkbox"/> 13.その他外部組織等           |   |

※外部委託事業者は除いてください

7a-Q9. 医療費適正化を目的とした、重複投薬等への指導を実施していますか。(1つだけ)

- 1.実施している     2.現在は実施していないが、今後実施する予定     3.実施していない

Clear

<以下Q10~12まで、Q9で「1.実施している」とお答えの場合>

7a-Q10. 対象者の抽出はどのように行っていますか。

例) 3か月連続して1か月に同一薬剤または同様の効能・効果を持つ薬剤を複数の医療機関から処方  
同一月に複数の医療機関で処方された薬剤に併用禁忌薬がある  
同一月に10剤以上処方もしくは3か月以上の長期処方を受けている

7a-Q11. 事業の実施にあたり、主担当部署・組織はどちらですか。また、連携している部署・組織等はどこですか。(いくつでも)

回答票種別 A,B,C のみの設問

主担当部署・組織(以下の1~6から1つだけ選択)

※複数の課の業務を1つの課で担っている場合は、担当者の主な業務が最も関係する組織を選択

<自治体内部>

- |                                      |                                    |
|--------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1.国民健康保険担当課 | <input type="checkbox"/> 2.健康増進担当課 |
| <input type="checkbox"/> 3.保健所       | <input type="checkbox"/> 4.介護予防担当課 |
| <input type="checkbox"/> 5.高齢者支援担当課  | <input type="checkbox"/> 6.その他     |

7a-Q12. 事業の実施にあたり、連携している外部組織等はどちらですか。(いくつでも)

<外部>

<input type="checkbox"/> 1.都道府県	<input type="checkbox"/> 2.市区町村
<input type="checkbox"/> 3.都道府県医師会	<input type="checkbox"/> 4.郡市区等医師会
<input type="checkbox"/> 5.医師会以外の保健医療関係団体	<input type="checkbox"/> 6.地域の医療機関(大学病院等)
<input type="checkbox"/> 7.他の医療保険者(協会けんぽ、他健保等)	<input type="checkbox"/> 8.保険者団体(国保連等)
<input type="checkbox"/> 9.専門機関(専門家や大学等)	<input type="checkbox"/> 10.事業者関係団体(商工会等)
<input type="checkbox"/> 11.企業	<input type="checkbox"/> 12.住民の自主グループ(自治会等)
<input type="checkbox"/> 13.その他外部組織等	<input type="text"/>

※外部委託事業者は除いてください

<以下Q13~15、(b)事業の外部委託についてまで、Q1、Q5、Q9いずれかで「1.実施している」とお答えの場合>

7a-Q13. 訪問指導はどのような内容を行っていますか。(いくつでも)

<input type="checkbox"/> 1.受診状況の把握	<input type="checkbox"/> 2.投薬状況の把握
<input type="checkbox"/> 3.重複・頻回受診状況の伝達	<input type="checkbox"/> 4.適正な受診方法の指導
<input type="checkbox"/> 5.医薬品の適正な使用について指導	<input type="checkbox"/> 6.後発医薬品の推奨
<input type="checkbox"/> 7.その他	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 8.行っていない	

7a-Q14. 実施後の効果検証をどのように行っていますか。(いくつでも)

<input type="checkbox"/> 1.一人あたり医療費の改善	<input type="checkbox"/> 2.重複投薬の解消
<input type="checkbox"/> 3.受診回数適正化	<input type="checkbox"/> 4.対象者の受診意識の変化
<input type="checkbox"/> 5.対象者の生活習慣の変化	<input type="checkbox"/> 6.その他
<input type="checkbox"/> 7.行っていない	<input type="text"/>

7a-Q15. 事業の2015年度の事業費をご記入ください。

事業費	<input type="text"/>	千円
うち、外部委託事業者活用経費	<input type="text"/>	千円

## b) 事業の外部委託について

7b-Q1. 事業を実施するうえで、外部委託事業者(※医療機関は除く)を活用している業務内容をお答えください。(いくつでも)  
※事業の主幹でない委託内容は含めずお答えください。

<input type="checkbox"/>	1.企画・設計
<input type="checkbox"/>	2.対象者の抽出
<input type="checkbox"/>	3.外部連携推進(かかりつけ医等、医療資源との連携)
<input type="checkbox"/>	4.指導
<input type="checkbox"/>	5.資料作成(指導を行う際のツールの作成)
<input type="checkbox"/>	6.事務局運用(個人情報等取扱窓口等)
<input type="checkbox"/>	7.その他 <input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	8.事業者を活用していない

7b-Q2. 外部委託の実施の有無に関わらず、外部委託事業者に期待することはありますか。(いくつでも)

<input type="checkbox"/>	1.外部委託によりなにかできるかを知りたい	<input type="checkbox"/>	2.具体的な導入事例を知りたい
<input type="checkbox"/>	3.自組織の特性(地域特性や加入者の特性など)をよく理解したうえで の提案が欲しい	<input type="checkbox"/>	4.事業実施における先進的なアイデアを提供して欲しい
<input type="checkbox"/>	5.提供される事業の質を(内製で行うよりも)向上して欲しい	<input type="checkbox"/>	6.かかる費用を低減して欲しい
<input type="checkbox"/>	7.費用対効果を上げて欲しい	<input type="checkbox"/>	8.近隣に事業者が欲しい
<input type="checkbox"/>	9.その他 <input type="text"/>		

<以下Q3~7までQ1で1~7いずれか「活用している」とお答えの場合>

7b-Q3. 主要な外部委託事業者1社の事業者名、委託金額、委託業務内容をご記入下さい。

事業者名			
本社住所	都道府県	市区町村	
URL			
電話番号			
委託実施事業名			
委託金額		千円	
委託業務内容 (いくつでも)	<input type="checkbox"/> 1.企画・設計 <input type="checkbox"/> 2.対象者の抽出 <input type="checkbox"/> 3.外部連携推進(かかりつけ医等、医療資源との連携) <input type="checkbox"/> 4.指導 <input type="checkbox"/> 5.資料作成(指導を行う際のツールの作成) <input type="checkbox"/> 6.事務局運用(個人情報等取扱窓口等) <input type="checkbox"/> 7.その他 <input type="text"/>		

7b-Q4. 上記外部委託事業者から事業の対象者の抽出、実施目標の達成について、事業目標を達成するための提案・工夫等がありましたか。また、情報共有を行っていますか。

	対象者の抽出		実施目標の達成	
事業者からの提案・工夫(1つだけ)	<input type="radio"/> 1.あった	<input type="radio"/> 2.なかった <input type="button" value="Clear"/>	<input type="radio"/> 1.あった	<input type="radio"/> 2.なかった <input type="button" value="Clear"/>
具体的な提案・工夫内容				
事業目標の共有(1つだけ)	<input type="radio"/> 1.共有している	<input type="radio"/> 2.共有していない <input type="button" value="Clear"/>	<input type="radio"/> 1.共有している	<input type="radio"/> 2.共有していない <input type="button" value="Clear"/>

7b-Q5. 上記委託事業者について、事業を実施する上での提案・工夫等のレベルは委託決定時点の期待に対してどの程度でしたか。(それぞれ1つずつ)

評価項目	上回った 1	← 2	期待通り 3	→ 4	下回った 5	委託に 含まれない
<b>&lt;工程別&gt;</b>						
1-1.対象者の抽出・策定における工夫・提案	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Clear
1-2.事業の達成人数増加のための工夫・提案	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Clear
1-3.効果検証方法における工夫・提案	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Clear
<b>&lt;事業全般&gt;</b>						
2-1.事業実施における課題発見	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Clear
2-2.医療に関する専門的な知見	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Clear
2-3.先進的なアイデア	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Clear
2-4.事業の質を向上させる独自の手法・視点・知見	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Clear
2-5.自組織の理解(地域特性や加入者の特性など)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Clear
1.委託決定時点の期待水準を大きく上回った 2.委託決定時点の期待水準を上回った 3.委託決定時点の期待水準通り 4.委託決定時点の期待水準を下回った 5.委託決定時点の期待水準を大きく下回った 6.委託範囲に含まれない						

7b-Q6. 上記委託事業者において特に高い評価を行うことのできる工夫・提案等について下記にご記入ください。  
 例)対象者の抽出において、これまでにはない視点での分析を行った 等

SAMPLE

7b-Q7. 上記外部委託事業者を他保険者へ推薦しますか。(1つだけ)

1.推薦する
  2.推薦しない
 Clear

次の章に進む前に、右のボタンをクリックして以下に表示されるメッセージをご確認ください→

入力内容確認

## 8. 連合長の関与

8a-Q1. 連合長は健康保持・増進に関連して、下記に挙げる事業の内容について都道府県内外に向け、各種の媒体や会議の場などを活用し、発信していますか。(いくつでも)

<input type="checkbox"/> 1. データヘルス計画	<input type="checkbox"/> 2. インセンティブ
<input type="checkbox"/> 3. 生活習慣病等重症化予防	<input type="checkbox"/> 4. 健康経営・健康宣言促進
<input type="checkbox"/> 5. わかりやすい情報提供	<input type="checkbox"/> 6. 後発医薬品普及
<input type="checkbox"/> 7. 健診・検診等の受診率向上	<input type="checkbox"/> 8. その他医療費適正化に関する取組 <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 9. <b>回答票種別 A のみの選択肢</b>	<input type="checkbox"/> 10. 特に発信していない

<Q1で1~8いずれかについて「発信している」とお答えの場合>

8a-Q2. 発信している内容について、特筆すべきものを具体的にご記入ください。可能であれば資料を別途メールでお送りください。

8a-Q3. 首長が健康に関するプロジェクトやワーキンググループ等に参加しているものをご記入ください。  
※健康都市会議日本支部、Smart Wellne... 参加しているものをご記入ください。

**回答票種別 A,B,C のみの設問**

次の章に進む前に、右のボタンをクリックして以下に表示されるメッセージをご確認ください→

**入力内容確認**

## 9. 属性

9a-Q1. 保健事業を所管する部署名をお答えください。また、当該部署では保険事業以外の業務も行っていますか。(1つだけ)

所管部署名			Clear
業務範囲(1つだけ)	<input type="radio"/> 1.保健事業のみを実施	<input type="radio"/> 2.保健事業以外の業務も実施	

9a-Q2. 保健事業を担当する職員について、以下の区分でご記入ください。

	保健事業専任者		他業務兼任者		合計	
		人		人		人
一般職(専門職以外)		人		人		人
専門職		人		人		人
うち医師		人		人		人
うち歯科医師		人		人		人
うち薬剤師		人		人		人
うち保健師		人		人		人
うち看護師		人		人		人
うち栄養士		人		人		人
うちその他		人		人		人
合計		人		人		人

※複数資格を持つ専門職の方は主な業務の方で数え、重複カウントせず実人数ベースでお答えください

9a-Q3. 一般職と、専門職に対してどのような教育・研修を実施していますか。(いくつでも)

	一般職	専門職
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1. 内部での研修(内部講師)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 内部での研修(外部講師)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 外部セミナーへの参加奨励	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 学会などへの参加奨励	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 関連法令改正に対する研修参加奨励	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 専門領域以外の分野の教育研修	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9a-Q4. 2014年度の医療費の状況についてご回答ください。

医療費総額	<input type="text"/>	百万円
加入者一人あたり医療費	<input type="text"/>	円

9a-Q5. 2014年度末の加入者数についてご回答ください。

	全体		うち男性		うち女性	
		人		人		人
75歳未満		人		人		人
75歳以上		人		人		人
		人		人		人

9a-Q6. 2014年度の以下の数値についてご回答ください。

健診実施率		%
上記の実人数と算出式 受診者数／ 被保険者数－除外者数	受診者数	人
	被保険者数	人
	除外者数	人
除外者の要件 例:生活習慣病により通院している人		

右のボタンをクリックして以下に表示されるメッセージをご確認ください→

入力内容確認

【備考欄】 回答について補足説明が必要な場合はこちらにご記入ください。

SAMPLE

質問は以上です。ファイルをデスクトップ等に、保存のうえ下記URLへアップロードをお願いいたします。

URL:

貴団体ID:

パスワード: