

平成29年度保険者データヘルス全数調査 回答票

C: 全国健康保険協会 都道府県支部用

1. 本調査の実施目的と概要

- ・本調査は、平成27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。
- ・また、平成27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29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
- ・平成27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。

平成29年8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。

回答期限:平成29年7月14日(金)

※実施保険者名等の公表につきましては、平成29年7月21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8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29年度高齢者医療制度円滑運営事業費補助金にて実施する補助事業です。
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29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.17-882-0027

担当:日経リサーチ 調査担当 山口、村上、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。※お問い合わせの主な窓口となられる方、お一人様についてご記入ください。

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

<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
宣言1: 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-Q8
宣言2: 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。	生活習慣病重症化予防の取組のうち、 ①対象者の抽出基準が明確であること ②かかりつけ医と連携した取組であること ③保健指導を実施する場合には、専門職が取組に携わること ④事業の評価を実施すること ⑤取組の実施にあたり、地域の実情に応じて各都道府県の糖尿病対策推進会議等との連携(各都道府県による対応策の議論や取組内容の共有)を図ること ※取組方法については、受診勧奨、保健指導、受診勧奨と保健指導を一体化した取組等の中から地域の実情に応じ適切なものを選択する。 ※国保は糖尿病性腎症重症化予防にかかる取組を対象としているが、後期高齢者は、その特性からそれ以外の取組についても対象とする。 ※①②④⑤は必須要件、③は保健指導を実施している場合のみ必須要件	①3a-Q9 ②3a-Q14 ③3a-Q16 ④3a-Q12 ⑤3a-Q17
宣言3: 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特定健診・保健指導の実施率向上 ②保険者横断的な医療費の調査分析 ③特定健診データの保険者間の移動の推進 ④保険者横断的な予防・健康づくり等の取組 ※①～④すべて必須要件	
宣言4: 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	
宣言5: 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保険者が健康宣言等の取組を有していること。 ※健保組合については、都道府県連合会が実施または関与している健康宣言事業に参加していることが必須 ②健康宣言の取り組みとして以下の要件を満たしていること(i～iiiのうちからいずれかひとつの項目とivは必須。v～viiは努力目標)。 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台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)。	4a-Q1 4a-Q2 4a-Q3 4a-Q4
宣言6: 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
宣言7: 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
宣言8: 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-Q7 6a-Q8 ③6a-Q6 ④6a-Q6 ⑤6a-Q9

<「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-Q4 ②1a-Q5 ④1a-Q6 8a-Q1
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-Q8
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-Q8
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-Q9 ②3a-Q14 ③3a-Q16 ④3a-Q12 ⑤3a-Q17
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-Q7 6a-Q8 ③6a-Q6 ④6a-Q6 6a-Q9
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。

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

【調査全体の定義】

調査時点	<ul style="list-style-type: none"> 特に指示のない場合、平成28年度中に実施した内容についてご記入ください。 ※過去に実施したが平成28年度に実施しなかったものは対象外です。 時点が指定されている設問で、指定された時点のデータがない場合は無回答でお願いいたします。
データヘルス計画	<ul style="list-style-type: none"> データヘルス計画に記載されている内容に限定せず、保健事業全般についてご回答ください。 データヘルス計画策定以前から実施している取組でも記載いただいて結構です。
事業の実施主体	<ul style="list-style-type: none"> 国(厚生労働省)等の他の機関・団体が主体となって実施している取組に参加している場合も実施しているとして、その内容等についてご記入ください。 (国民健康保険の場合)市区町村の国保担当課以外の部署が、各種事業の実施主体となっている場合も実施しているとして、その内容等についてご記入ください。
事業費	<ul style="list-style-type: none"> 外部委託をしている場合は、事業費に外部委託費も含めてください。 年度をまたいで実施している場合、可能であれば平成28年度分のみをご記入ください。 予算額ではなく、決算額をご記入ください。 事業費内に職員の人件費も含まれている場合は、人件費も含めたままをご記入ください。
外部委託	<ul style="list-style-type: none"> 健保連、全国健康保険協会、国保連等の保険者団体は、外部委託先には含めないでください。 印刷等の主たる部分以外の軽微な委託は、外部委託に含めないでください。 外部委託先名には、再委託先等は含めず大元の委託先のみをご記入ください。
資料送付のお願い	<p>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。</p> <p>datahealth@nikkei-r.co.jp</p> <p>■事業概要がわかる資料のご提出をお願いしている設問</p> <ol style="list-style-type: none"> 個人の予防・健康づくりに向けたインセンティブ a-Q3 生活習慣病等重症化予防 a-Q6 企業等の健康経営・健康宣言支援 a-Q2 わかりやすい情報提供 a-Q7 事業主との連携 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】

1.データヘルス計画	6.後発医薬品の利用勧奨
a) データヘルス計画について ……5	a) 事業内容について ……25
b) 計画策定の外部委託について ……7	b) 事業の外部委託について ……28
2.個人の予防・健康づくりに向けたインセンティブ	7.重複・頻回受診者、重複投薬者等への適正受診指導
a) 事業の内容について ……8	a) 事業内容について ……29
b) 事業の外部委託について ……11	b) 事業の外部委託について ……32
3.生活習慣病等重症化予防	8.事業主との連携 ……33
a) 事業の実施について ……12	9.属性 ……34
b) 事業の外部委託について ……16	10.その他
4.企業等の健康経営・健康宣言支援	a) データヘルスに対応する健診機関の利用 ……35
a) 事業の内容について ……18	
5.わかりやすい情報提供	
a) 事業内容について ……21	
b) 事業の外部委託について ……23	

1. データヘルス計画

※第1期データヘルス計画に限定してお答えください。

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

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

1a-Q3. 策定していない理由をお答えください。(いくつでも)

回答票種別 A,B のみの設問

1a-Q4. 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-Q5. 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-Q6. 計画を策定するに当たり、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。(それぞれいくつでも)

<事業主側>	計画策定で連携	評価改善で連携
1. 保健委員	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 保健委員以外の事業主側の協力者	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 産業医・保健師等専門職	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. その他 <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1a-Q7. 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(他健保等)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 保険者団体(健保連等)	<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(適用事業所を除く)	<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 data-bbox="323 757 724 792" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

※外部委託事業者は除いてください

SAMPLE

b) 計画策定の外部委託について

1b-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

<以下Q2、Q3はQ1で1～3いずれか「活用している」とお答えの場合>

1b-Q2. 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 (事業内容等具体的 にご記入ください。 URL等にて報告書が ある場合はそちらも ご記載ください。)			
委託目的			
選定理由(例:(金 額、実績、パフォー マンスなど)			
委託の結果、評価で きる点			
委託の結果、もっと 努力を期待する点			

1b-Q3. 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

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。

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)

<input type="radio"/> 1.実施している	<input type="radio"/> 2.
<input type="radio"/> 3.現在は実施してないが、今後実施する予定	<input type="radio"/> 4.実施していない
<input type="radio"/> 5.	<input type="button" value="Clear"/>

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。

回答票種別 D のみの設問

SAMPLE

<以下Q3~12、(b)事業の外部委託についてはQ1で「1.実施している」とお答えの場合>

2a-Q3. 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。

【事業名】

【事業内容・実施方法(目的など含む)】

例)歩数に応じて電子系交通ポイントを提供 等

【評価指標(指標・目標)】

例)定期的な運動習慣を持つ人の割合の向上 等

2a-Q4. 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)

<参加型>	
<input type="checkbox"/> 1.特定健診を受診	
<input type="checkbox"/> 2.特定保健指導を利用	
<input type="checkbox"/> 3.がん検診などその他健診・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"/>
<努力型>	
<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"/>
<成果型>	
<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-Q5. 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-Q6. 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.加入者全員	<input type="checkbox"/> 2.被保険者全員	<input type="checkbox"/> 3.被扶養者全員
<input type="checkbox"/> 4.その他	<input type="text"/>	

2a-Q7. 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)	
<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 type="text"/>
<input type="checkbox"/> 8.行っていない	

2a-Q8. ◆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"/>
--------------------------------	---------------------------------	--------------------------------------

<Q8で「1.検証している」とお答えの場合>

2a-Q9. 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. 従業員の生産性・満足度等の向上	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. その他 <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<Q8で「1.検証している」とお答えの場合>

2a-Q10. どのように検証していますか。(いくつでも)

<input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> 3.事業後に参加者に対してアンケートを実施
<input type="checkbox"/> 4.参加者の健診結果やレセプトを分析
<input type="checkbox"/> 5.その他 <input type="text"/>

2a-Q11. 事業の実施に当たり、連携している部署・組織等はどちらですか。(いくつでも)

<事業主側>

1. 保健委員	<input type="checkbox"/>
2. 保健委員以外の事業主側の協力者	<input type="checkbox"/>
3. 産業医・保健師等専門職	<input type="checkbox"/>
4.	<input type="checkbox"/>
5.	<input type="checkbox"/>
6. その他 <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

2a-Q12. 事業の実施に当たり、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(他健保等)	<input type="checkbox"/>
4. 保険者団体(健保連等)	<input type="checkbox"/>
5. 専門機関(専門家や大学等)	<input type="checkbox"/>
6. 事業者関係団体(商工会等)	<input type="checkbox"/>
7. 企業(適用事業所を除く)	<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 style="width: 600px;" type="text"/>
<input type="checkbox"/>	8.事業者を活用していない

<以下Q2、Q3までQ1で1~7いずれか「活用している」とお答えの場合>

2b-Q2. 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	<input style="width: 200px;" type="text"/>
委託業務内容 (事業内容等具体的 にご記入ください。 URL等にて報告書が ある場合はそちらも ご記載ください。)	SAMPLE		
委託目的			
選定理由(例:(金 額、実績、パフォー マンスなど)			
委託の結果、評価で きる点			
委託の結果、もっと 努力を期待する点			

2b-Q3. 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)

<input type="radio"/> 1.推薦する	<input type="radio"/> 2.推薦しない	<input type="button" value="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→

3. 生活習慣病等重症化予防

a) 事業の実施について

3a-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.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.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

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>

3a-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.関係団体との調整がつかない
 5.かかりつけ医などからの協力が得られない 6.財源の確保が難しい
 7.費用対効果が低い 8.対象者が少ない・あるいはいない
 9.その他

<Q1で「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」とお答えの場合>

3a-Q3. 取組の開始(予定)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.実施している」とお答えの場合>

3a-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

3a-Q5. 実施主体はどのようになっていますか。(1つだけ)

回答票種別 A,D のみの設問

3a-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

3a-Q7. 事業の平成28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

3a-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

3a-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 style="width: 100%;" type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> 2.空腹時血糖値 | <input style="width: 100%;" type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> 3.75gOGTT | <input style="width: 100%;" type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> 4.HbA1C | <input style="width: 100%;" type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> 5.尿蛋白 | <input style="width: 100%;" type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> 6.尿アルブミン | <input style="width: 100%;" type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> 7.血清クレアチニン | <input style="width: 100%;" type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> 8.eGFR | <input style="width: 100%;" type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> 9.BMI | <input style="width: 100%;" type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> 10.体重 | <input style="width: 100%;" type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> 11.血圧 | <input style="width: 100%;" type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> 12.特定健診・検診の受診の有無 | <input style="width: 100%;" type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> 13.特定のレセプトの請求(薬剤) | <input style="width: 100%;" type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> 14.レセプト請求における疾患名 | <input style="width: 100%;" type="text"/> |
| <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 style="width: 100%;" type="text"/> |
| <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 style="width: 100%;" type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> 17.その他の基準 | <input style="width: 100%;" type="text"/> |

3a-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. 特定健診データ 2. レセプトデータ 3. その他

3a-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)

回答票種別 A,D のみの設問

3a-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

3a-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

3a-Q14. ◆実施に当たり、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>

3a-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>

3a-Q16. ◆保健指導の実施に当たり、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. 管理栄養士・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"/>

3a-Q17. ◆実施に当たり、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>

3a-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"/>

3a-Q19. 事業の実施に当たり、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)

<事業主側>	計画策定で連携	実施で連携	評価改善で連携
1. 保健委員	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 保健委員以外の事業主側の協力者	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 産業医・保健師等専門職	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	<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"/>

3a-Q20. 事業の実施に当たり、計画策定、実施、評価改善それぞれにおいて、連携している外部部署・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(他健保等)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 保険者団体(健保連等)	<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(適用事業所を除く)	<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

3a-Q21. 糖尿病性腎症重症化予防の他に、その他生活習慣病対策として実施している施策はありますか。(いくつでも)

<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) 事業の外部委託について

3b-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. 受診勧奨
<input type="checkbox"/> 5. 保健指導	<input type="checkbox"/> 6. 健康教育
<input type="checkbox"/> 7. 健康相談	<input type="checkbox"/> 8. 資料作成(保健指導を行う際のツールの作成)
<input type="checkbox"/> 9. 事務局運用(個人情報等取扱窓口等)	
<input type="checkbox"/> 10. その他 <input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> 11. 事業者を活用していない	

3b-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Q3～6はQ1で1～10いずれか「活用している」とお答えの場合>

3b-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"/> 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"/> 5. 保健指導 <input type="checkbox"/> 7. 健康相談 <input type="checkbox"/> 9. 事務局運用(個人情報等取扱窓口等) <input type="checkbox"/> 10. その他 <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 2. 対象者の抽出 <input type="checkbox"/> 4. 受診勧奨 <input type="checkbox"/> 6. 健康教育 <input type="checkbox"/> 8. 資料作成(保健指導を行う際のツールの作成)	
委託目的			
選定理由(例:(金額、実績、パフォーマンスなど)			
委託の結果、評価できる点			
委託の結果、もっと努力を期待する点			

3b-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定義や設定について提案・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

3b-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

3b-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 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)

1.行っている 2.行っていない

<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。また、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	※平成29年6月1日時点の数値をご記入ください		
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)

<従業員の健康課題の把握と必要な対策の検討>					
<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				
<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>					
<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)				
<従業員の心と身体の健康づくりに向けた具体的対策>					
<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)				
<経営理念(経営者の自覚)>					
<input type="checkbox"/>	15.健康宣言を社内外へ発信する				
<組織体制>					
<input type="checkbox"/>	16.健康づくりの担当者を一名以上設置する				
<保険者との連携>					
<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				
<法令遵守・リスクマネジメント>					
<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)				
<その他>					
<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。また、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	
現時点の認定社数		社	※平成29年6月1日時点の数値をご記入ください		
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)

<従業員の健康課題の把握と必要な対策の検討>	
<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
<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>	
<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った (例:挨拶運動、社員旅行、社員運動会)
<従業員の心と身体の健康づくりに向けた具体的対策>	
<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)
<経営理念(経営者の自覚)>	
<input type="checkbox"/>	15.健康宣言を社内外へ発信した
<組織体制>	
<input type="checkbox"/>	16.健康づくりの担当者を一名以上設置した
<保険者との連携>	
<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
<法令遵守・リスクマネジメント>	
<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
<その他>	
<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

わかりやすい情報提供とは、情報通信技術 (ICT) 等を活用して、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ための事業・取組のことで、

※「特定健診」に限定した設問以外は、特定健診結果の提供に限らず、お答えください。

5a-Q1. ◆特定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)
※医療機関や健診センター等、健診の実施機関から個人に直接届く健診結果も含む。

- | | | | |
|-------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------|
| <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。

	メール		webサイト	
提供人数		人		人
うち実利用人数		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. ◆特定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)

- | | | |
|--------------------------------|---------------------------------|-------|
| <input type="radio"/> 1.実施している | <input type="radio"/> 2.実施していない | Clear |
|--------------------------------|---------------------------------|-------|

<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)

- | | | |
|--------------------------------|---------------------------------|-------|
| <input type="radio"/> 1.確認している | <input type="radio"/> 2.確認していない | Clear |
|--------------------------------|---------------------------------|-------|

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. 実施している取組(事業等)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。

【取組名(事業名)】
【取組(事業)内容・実施方法(目的など含む)】 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
【評価指標(指標・目標)】 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

5a-Q8. 事業の平成28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

※医療機関・健診センター等は、外部委託先を含めないでください。

SAMPLE

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

<以下Q2～5はQ1で1～7いずれか「活用している」とお答えの場合>

5b-Q2. 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"/> 3.外部連携推進 <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"/> 7.その他 <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 2.対象者の抽出 <input type="checkbox"/> 4.広報活動 <input type="checkbox"/> 6.事務局運用(対象者に情報提供等)	
委託目的			
選定理由(例:(金額、実績、パフォーマンスなど))			
委託の結果、評価できる点			
委託の結果、もっと努力を期待する点			

5b-Q3. 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		

5b-Q4. 上記外部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	←	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.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-Q5. 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. 後発医薬品の利用勧奨

a) 事業内容について

- 6a-Q1. ◆平成29年1月(単月分)の後発医薬品のシェアなどの指標をご記入ください。
 ※金額・数量は新基準ベース、新基準のシェア=a後発医薬品/(b後発医薬品のある先発医薬品+a後発医薬品)
 ※平成29年1月時点で把握していない場合は、把握している直近の1ヵ月の数値を記載しその年月もご記入ください。
 ※金額は保険者の負担額ではなく、総額をご記入ください。

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				
(c)後発医薬品のない先発医薬品		千円				
(d)合計		千円				

把握時点 1.平成29年1月時点 2.平成29年1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・被扶養者別
<input type="checkbox"/> 7.その他 <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 8.類型化を行っていない

- 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Q4~11、(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. 事業の実施主体についてお答えください。(1つだけ)

<input type="radio"/> 1.貴保険者単独で実施	<input type="radio"/> 2.複数の保険者で実施 <input type="text"/>
<input type="radio"/> 3.	<input type="radio"/> 4.
<input type="radio"/> 5.その他 <input type="text"/>	<input type="button" value="Clear"/>

<以下Q5～8まで、Q3で「1.差額通知の実施」とお答えの場合>

6a-Q5. 通知対象を選ぶに当たって考慮していることはありますか。(いくつでも)

- 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
- 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
- 3.高額医療費や公費負担医療の該当者を除外している
- 4.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
- 5.自己負担軽減額が一定額以上の者に送付している
- 6.高齢者のみを対象とする等、年齢が高齢であることを考慮している
- 7.医薬品の投与期間が一定期間以上のものを対象とする等、医薬品の投与期間を考慮している
- 8.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
- 9.その他

6a-Q6. ◆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)

- 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
- 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
- 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
- 4.その他
- 5.特に工夫をしていない

6a-Q7. ◆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 style="width: 100px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 行っていない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6a-Q8. ◆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	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	

※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。
 ※医療費は保険者負担分だけでなく、医療費総額でご記入ください。

6a-Q9. ◆後発医薬品の使用促進に係る取組を行うに当たり、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。(いくつかでも)

<input type="checkbox"/> 1.企画に当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)
<input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> 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)
<input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> 6.その他 <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 7.特に連携していない

6a-Q10. 事業の実施に当たり、連携している部署・組織等はどちらですか。(いくつかでも)

<事業主側>

<input type="checkbox"/> 1.保健委員	<input type="checkbox"/> 2.保健委員以外の事業主側の協力者
<input type="checkbox"/> 3.産業医・保健師等専門職	<input type="checkbox"/> 4.
<input type="checkbox"/> 5.	<input type="checkbox"/> 6.その他 <input type="text"/>

6a-Q11. 事業の実施に当たり、連携している外部組織等はどちらですか。(いくつかでも)

<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(他健保等)	<input type="checkbox"/> 8.保険者団体(健保連等)
<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(適用事業所を除く)	<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

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

<以下Q2、Q3はQ1で1~7いずれか「活用している」とお答えの場合>

6b-Q2. 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 (事業内容等具体的 にご記入ください。 URL等にて報告書が ある場合はそちらも ご記載ください。)	SAMPLE		
委託目的			
選定理由(例:(金 額、実績、パフォー マンスなど)			
委託の結果、評価で きる点			
委託の結果、もっと 努力を期待する点			

6b-Q3. 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)

<input type="radio"/> 1.推薦する	<input type="radio"/> 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. 事業の実施に当たり、連携している部署・組織等はどちらですか。(いくつでも)

<事業主側>

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1.保健委員 | <input type="checkbox"/> 2.保健委員以外の事業主側の協力者 |
| <input type="checkbox"/> 3.産業医・保健師等専門職 | <input type="checkbox"/> 4. |
| <input type="checkbox"/> 5. | <input type="checkbox"/> 6.その他 <input type="text"/> |

7a-Q4. 事業の実施に当たり、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(他健保等) | <input type="checkbox"/> 8.保険者団体(健保連等) |
| <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(適用事業所を除く) | <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なっていますか。
例) 外来で1枚のレセプトの実日数が15日以上

7a-Q7. 事業の実施に当たり、連携している部署・組織等はどちらですか。(いくつでも)

<事業主側>

<input type="checkbox"/> 1.保健委員	<input type="checkbox"/> 2.保健委員以外の事業主側の協力者
<input type="checkbox"/> 3.産業医・保健師等専門職	<input type="checkbox"/> 4.
<input type="checkbox"/> 5.	<input type="checkbox"/> 6.その他 <input style="width: 150px;" type="text"/>

7a-Q8. 事業の実施に当たり、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(他健保等)	<input type="checkbox"/> 8.保険者団体(健保連等)
<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(適用事業所を除く)	<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 style="width: 300px;" type="text"/>	

※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、重複投薬者等への指導を実施していますか。(1つだけ)

<input type="radio"/> 1.実施している	<input type="radio"/> 2.現在は実施していないが、今後実施する予定	<input type="radio"/> 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. 事業の実施に当たり、連携している部署・組織等はどちらですか。(いくつでも)

<事業主側>

<input type="checkbox"/> 1.保健委員	<input type="checkbox"/> 2.保健委員以外の事業主側の協力者
<input type="checkbox"/> 3.産業医・保健師等専門職	<input type="checkbox"/> 4.
<input type="checkbox"/> 5.	<input type="checkbox"/> 6.その他 <input type="text"/>

7a-Q12. 事業の実施に当たり、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(他健保等)	<input type="checkbox"/> 8.保険者団体(健保連等)
<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(適用事業所を除く)	<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

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

<以下Q2,Q3はQ1で1~7いずれか「活用している」とお答えの場合>

7b-Q2. 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 (事業内容等具体的 にご記入ください。 URL等にて報告書が ある場合はそちらも ご記載ください。)			
委託目的			
選定理由(例:(金 額、実績、パフォー マンスなど)			
委託の結果、評価で きる点			
委託の結果、もっと 努力を期待する点			

7b-Q3. 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)

<input type="radio"/> 1.推薦する	<input type="radio"/> 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. 事業主との連携

8a-Q1. 首長は健康保持・増進に関連して、下記に挙げる事業の内容について自治体内外に向け、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)

回答票種別 A,D のみの設問

8a-Q2. 事業主側と連携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 wellness City 首長研究会など首長自ら主体的に参加しているものをご記入ください。

回答票種別 A のみの設問

SAMPLE

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、当該部署では保健事業以外の業務も行っていますか。(1つだけ)

回答票種別 D のみの設問

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
うち管理栄養士		人		人		人
うちその他 <input type="text"/>		人		人		人
合計		人		人		人

※有期契約・嘱託・派遣・パート・アルバイトや非常勤も含まます(役員は除く)。

※母子保健の担当者は、保健事業には含めないでください。

※運動施設や保養所等の維持管理・運営等は、保健事業には含めないでください。

※複数資格を持つ専門職の方は主な業務の方で教え、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)

回答票種別 A,D のみの設問

9a-Q4. 平成27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
加入者一人当たり医療費	<input type="text"/>	円

※医療費には、診療費、薬剤支給、入院時食事・生活療養(現金給付分を除く)、訪問看護療養、療養費等を全て含みます。

ただし、医療分以外の出産育児一時金等の給付金は含みません。

※保険者負担分だけでなく、総額でご記入ください。

9a-Q5. 平成27年度末の被保険者・被扶養者数についてご回答ください。

	合計		被保険者		被扶養者	
		人		人		人
40歳未満		人		人		人
40歳以上65歳未満		人		人		人
65歳以上		人		人		人

10. その他

a) データヘルスに対応する健診機関の利用

10a-Q1. 最も利用者の多い健診機関についてご記入下さい。

機関名			
本社住所	都道府県		市区町村
URL			
電話番号			

10a-Q2. 上記の健診機関について、当てはまるものを選択してください(いくつでも)

<input type="checkbox"/> 1. 健診結果を個人にわかりやすく提供している	<input type="checkbox"/> 2. 当日中に健診結果をもとにした保健指導を実施できる体制を整えている
<input type="checkbox"/> 3. 個人の健康・医療情報を管理・活用できる仕組みを提供している	<input type="checkbox"/> 4. 要精検対象者への二次検診の勧奨および管理を実施している
<input type="checkbox"/> 5. 上記いずれも当てはまらない	

SAMPLE

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。

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:

<https://brs.nikkei-r.co.jp/datahealth2017/>

貴団体ID:

パスワード: