

令和 7 年度石川県国保ヘルスアップ 支援事業について



都道府県国保ヘルスアップ支援事業について



平成30年度から、都道府県が国保の財政運営の責任主体となり、国保運営に中心的な役割を担うことを踏まえ、国は、都道府県が実施する医療費適正化に向けた保健事業等に対する助成事業(国庫10/10)として、「都道府県国保ヘルスアップ支援事業」を創設

1 交付対象

市町村とともに国保の共同保険者である都道府県が、区域内の市町村ごとの健康課題や保健事業の実施状況を把握するとともに、市町村における保健事業の健全な運営に必要な助言及び支援を行うなど、共同保険者としての役割を積極的に果たすために実施する国民健康保険の保健事業

A. 市町村が実施する保健事業の更なる推進に資する基盤整備

- ・ 都道府県レベルの連携体制構築
- ・ 保健事業に関わる都道府県及び市町村職員を対象とした人材育成
- ・ ヘルスアップ支援事業及びヘルスアップ事業の計画立案能力の向上及び先進、優良事例の横展開を図る取組
- ・ 後発医薬品やバイオ後続品の使用状況について分析を行い、得られた結果を活用するための体制構築

B. 市町村の現状把握・分析

- ・ KDB等のデータベースを活用した現状把握、事業対象者の抽出、保健事業の効果分析・医療費適正化効果の分析・保健事業の課題整理を行う事業

C. 都道府県が実施する保健事業

- ・ 都道府県が市町村と共同または支援により行う保健事業
- ・ 保健所と連携して実施する保健事業

D. 人材の確保・育成事業

- ・ かかりつけ医、薬剤師、看護師等の有資格者等に対する特定健診や特定保健指導等の国民健康保険の保健事業に関する研修
- ・ 医療機関や福祉施設に勤務する糖尿病療養指導士や認定・専門看護師、管理栄養士、リハビリ専門職等を活用した保健事業

E. データ活用により予防・健康づくりの質の向上を図る事業

- ・ 医療・健康情報データベースの構築
- ・ データヘルス計画の標準化に向けた現状把握・分析
- ・ 予防・健康づくりに資するシステムの構築

F. モデル事業（先進的な保健事業）

- ・ 地域の企業や大学、関係団体等と都道府県単位の現状や健康課題を共有し協力し実施する先進的な予防・健康づくり事業
- ・ 無関心層を対象にして取り組む先進的な保健事業

2 交付要件

○実施計画の策定段階から、第三者の支援評価を活用

○市町村が実施する事業との連携・機能分化を図り、管内市町村全域の事業が効率的・効果的に実施するために必要な取組と認められる事業であること 等

3 本県における取組方針

国の助成事業を活用し、「石川県国保運営方針」において取組の推進を図ることとしている特定健診・特定保健指導の受診率向上や糖尿病性腎症の重症化予防など、医療費適正化に向けた市町の取組を支援する。

< 概要（令和7年度 実施内容（予定）） >

取組① 特定健診・特定保健指導の推進

・かかりつけ医との連携等による特定健診受診率の向上対策（H30～）【県医師会と連携】

特定健診未受診者のうち、日常的に通院している方々への対策として、かかりつけ医から検査データを市町が受領し、特定健診結果として活用することができる仕組みを県下で構築し、運用する。

（ア）受診率向上体制検討会 年2回

- ・9月頃：第1回検討会（令和6年度取組結果及び令和7年度取組予定）
- ・2月頃：第2回検討会（令和7年度取組状況及び改善点について）

（イ）PR用リーフレットの作成

かかりつけ医からの受診勧奨用リーフレット作成及び配布

・特定健診・特定保健指導従事者研修（H18～、国保ヘルスアップ支援事業としてはR2～）

【国保連合会・県医師会と連携】

医師や保健師等の特定健診・特定保健指導に携わる従事者を対象に、研修会を実施し、生活習慣病予防対策を効果的に推進できる人材を育成する。

- （ア）初任者研修（保健指導経験年数3年未満） 年1回
- （イ）実践者研修（保健指導経験年数3年以上） 年1回

○ポイント

受診率の向上につながっているため、引き続き、県医師会と連携し取り組む。

【実績】

・データ受領件数

R5：876件 R6：1,071件

・受診率 ※実施対象の市町のみ

R5特定健診受診率43.9%のうち
0.7%分

○ポイント

新たに担当となった市町職員の特定健診・特定保健指導の理解を深めるため、引き続き、研修会を開催する。

都道府県国保ヘルスアップ支援事業について



取組① 特定健診・特定保健指導の推進（続き）

・保健指導実践者育成事業（R7～）【国保連合会と連携】

保健指導従事者を指導できる実践者を育成し、各保険者の要望に応じて派遣することで、各保険者の保健指導技術の向上を図る。

（ア）育成研修 年4回

（イ）実践者の派遣（R8～）

○ポイント

現場に即した指導ができるよう、行政における保健指導経験者を対象に、実践者の育成を行う。

取組② データヘルスの推進

・国保加入者の健康実態の可視化（H30～）【国保連合会・県内大学と連携】

国保加入者のデータ（健診、レセプト）を集計・分析することにより、地域（市町・医療圏）の健康実態・課題を可視化し、各市町における、より効果的な保健事業の実施を支援する。

（ア）市町国保の健診結果やレセプトデータを収集し、協会けんぽや後期高齢者医療広域連合のデータと合せて市町別または二次医療圏別で集計・分析。

＜データ収集範囲＞

・死亡統計 ・健康診査（国保・協会けんぽ・後期高齢者医療広域連合）

・国保レセプトデータ 等

（イ）収集したデータのうち、地域差が見られる項目について、地図やグラフを用いて表示する。

また、地域の特徴をわかりやすくまとめる。

（ウ）報告書の作成

「アドバイザー 金沢医科大学 櫻井特任教授、寺西准教授」

○ポイント

経年的な状況を確認できるよう、継続してデータ収集・分析・可視化を行う。

取組② データヘルスの推進（続き）

・市町保険者のデータヘルス推進支援（R 2～）【 国保連合会と連携 】

データヘルス計画に基づく保健事業の更なる強化を図るため、令和 2 年度に導入した保健事業対象者の抽出・分析・評価等を行う国保データベース補完システム（DHパイロットシステム）を市町が活用し、効率的・効果的な保健事業の実施を支援。

（ア）市町向け操作研修会の実施（8月）

（イ）機能を活用した市町の保健事業の取組を支援

糖尿病重症者や治療中断者に対する支援、健診未受診者への受診勧奨、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施への支援等

○ポイント

市町において、システムを用いたデータ分析や保健事業の対象者抽出等に活用するため、引き続き支援を行う。

・保健事業評価分析支援事業（R 7～）【 国保連合会と連携 】

健診データやレセプトデータ等を用いて、各市町で実施されている生活習慣病の重症化予防の取組等について、評価分析を行うことにより、PDCAサイクルに沿った、より効果的な保健事業の展開を支援する。

（ア）データ分析・評価

（イ）分析結果の活用説明会（12月頃）

○ポイント

これまで実施されていなかった個人データの経年的な分析や重症化予防の取組の効果分析を行い、効果的な事業実施につなげる。

取組③ 糖尿病性腎症の重症化予防の取組

・糖尿病重症化予防事業（H30～）【国保連合会と連携】

健診・受療データの活用方法を学ぶとともに、一定の成果があった取組事例から、市町における事業の進め方や保健指導技術を学ぶための研修会を開催する。

（ア）保健指導研修会 年3回

・FGM（自己血糖測定器）を活用した糖尿病重症化予防事業（R2～）【国保連合会と連携】

糖尿病重症化の早期予防のため、個人が自覚を持って生活習慣の改善に取り組む必要があることから、血糖変動が測定できる機器を活用し、本人の行動変容を促す効果的な保健指導を実施する。

（ア）実施市町向けの研修会の開催（7月）

（イ）機器を用いた保健指導の実施

対象者に対し、2週間機器を使用（食事記録等を併用）した保健指導を実施

（ウ）事業実施の評価

対象者の体重や血糖値等の測定及び食事内容や活動量、行動変容の確認

（エ）報告

市町から実施状況の報告

○ポイント

新たに担当となった市町職員に糖尿病重症化予防の取組への理解を深めるため、引き続き、研修会を開催する。

○ポイント

血糖変動が可視化されることで、保健指導対象者の意識付けや効果的な保健指導の実施につながっているため、引き続き、事業を行う。

【利用者からの声】

- ・体を動かすと血糖値が下がることがわかり、体を動かすようになった
- ・何を食べたら血糖値が上がるかがわかり、食事内容を意識するようになった 等

取組③ 糖尿病性腎症の重症化予防の取組（続き）

・重症化予防アドバイザー派遣（R3～）【国保連合会と連携】

重症化予防の取組の更なる強化のため、市町の保健事業のPDCAサイクルの一連の流れに介入するアドバイザーを派遣する。

- (ア) データ分析、計画、評価の支援
データの読み取り、資料化支援等
- (イ) ハイリスクアプローチ実施支援
対象者の抽出、保健指導への保健師・管理栄養士の派遣、事例検討会への助言者派遣等
- (ウ) ポピュレーションアプローチ実施支援
集団健康教育、拡大教材作製等

○ポイント
アドバイザー派遣により市町担当者のスキルアップにつながるなど、市町からの評判も良かったため、引き続き、事業を行う。

・CKD（慢性腎臓病）対策推進事業（R5～）【県医師会と連携】

当県においては、糖尿病性腎症の重症化予防対策に取り組んできたところであるが、糖尿病のみでなく、広くCKD対策を推進していくことでCKDの重症化予防を図る。

- (ア) 関係者協議会の設置
KDBデータ等による課題分析、課題の共有、今後の取組を検討
- (イ) 連携体制の構築
病診連携基準・専門医療機関のリスト化等に向けた検討
- (ウ) 普及啓発
予防、健康づくりのための教材の作成、公開

○ポイント
当県の新規透析導入患者のうち、糖尿病以外の疾病を主要原因とする者の割合は半数以上となっており、糖尿病対策だけではなく、広くCKD対策を推進する必要がある。

取組④ 適正服薬の推進

・医薬品の適正服薬の推進（R 1～） 【 県薬剤師会・国保連合会と連携 】

市町と薬剤師が協力して重複・多剤服薬者等への支援を行えるよう、関係機関・団体と連携し、より効果的な保健指導の実施を支援する。

（ア）重複・多剤服薬者を対象としたリーフレット等資材の作成

重複・多剤服薬による健康被害リスクの説明や薬剤師等への相談を促すことを目的に制作

（イ）国保のデータベースを活用した重複・多剤服薬者への適正服薬の促進

A 市町の保健師の保健指導を地域の薬剤師が支援する体制の運用

- ・ 重複・多剤服薬者について服薬情報通知や保健師による電話確認、訪問指導を行う対象者の選定作業に薬剤師が助言
- ・ 重複・多剤服薬者に対する保健指導に係る困りごと相談に薬剤師が助言
- ・ 市町の求めに応じて、薬剤師が重複・多剤服薬者の訪問指導に同行

B 重複・多剤服薬者に対する服薬情報通知手順の改良

- ・ 国保連合会にK D Bからの重複・多剤服薬者の抽出を委託することで、市町保健師、薬剤師がより個別指導に注力できるようにする
- ・ 構築した服薬情報通知のスキームを活用し、対象者本人の気づきを促して、薬局等への相談や適正な処方に繋げることで、医薬品の適正使用を側面から支援
- ・ 運用していく中で出てきた課題は検討会等にて共有し、関係者の理解を得ながらブラッシュアップを行い通知モデル手順を改良

（ウ）事例検討報告会の開催 年2回

保健指導の事例の共有と連携の強化

○ポイント

高齢化に伴う服用薬剤の種類の増加や、薬物治療の高度化により、重複・多剤服薬のリスクが増しているため、引き続き市町の保健指導について、薬剤師による薬学的アプローチを継続することで、被保険者の適正服薬に繋げる。

また、市町が服薬情報通知を実施するにあたり、これまで事務負担が大きかった対象者の抽出作業から県薬剤師会の支援までの流れについて、抽出作業を国保連合会に委託することとし、引き続き国保連との連携を踏まえた手順への見直しや改良を図っていく。