

## 北九州市国民健康保険の保健事業について

## ～生活習慣病対策について～

北九州市保健福祉局健康推進課

丹田 智美

## 1 北九州市の概要（平成21年3月末現在）

(1) 人口	97万9,766人
(2) 高齢者人口（65歳以上）	23万8,547人
(3) 高齢化率	24.3%
(4) 国保被保険者数	約26万7,000人

## 2 実施体制

## (1) 国保保健事業の実施体制

- ◆ 平成20年4月に組織改正；健康づくり（健診含む）から介護予防までを一体的に実施する課となる。⇒国保部門はこの課に位置づけられる。
- ◆ 健康づくり関係事業を実施している衛生部門と協力、連携体制

## (2) 北九州市の保健師の体制

- ◆ 地区担当制と業務分担制を有効に活用

## 3 各計画の位置づけ

## \*各計画に生活習慣病対策を位置づけている（特定健診・特定保健指導含む）

## (1) 健康福祉北九州総合計画【改訂版】【抜粋】（平成21年3月）

- ◆ 生涯を通じた健康づくりの推進  
⇒特定健診など各種検診を実施する。生活習慣の改善が必要な市民に対し支援を行い、糖尿病などの生活習慣病予防対策を推進する。

## (2) 健康福祉北九州総合計画（健康づくり部門）【改訂版】【抜粋】

（平成21年3月）

- ◆ 基本理念：生涯を通じて市民一人ひとりが健康でいきいきと心豊かに満足して暮らすことができる
- ◆ 本市の重点課題：生活習慣病の予防及びその重症化予防

## (3) 特定健康診査等実施計画

- ◆ レセプト、基本健康診査の結果、介護保険データを分析し作成

#### 4 北九州市の特定健診・特定保健指導について



##### (1) 実施体制 (別紙1)

- ◆ 特定健診・特定保健指導を医師会に委託
- ◆ 個別方式 (協力医療機関) ⇒ステッカーを配布  
集団方式 (市民センターや区役所等)

##### (2) 特徴

- ◆ 医師会との連携 (医師会の会議に出席し、協議や情報交換)
- ◆ 2週間以内の結果返し→特定保健指導実施率向上
- ◆ がん検診、骨粗しょう症検診、若者健診等と同時実施 (チラシやPRも同時に実施)

##### (3) 課題

- ◆ 受診率の低迷
- ◆ 精度管理
- ◆ 評価

##### (4) 受診率向上に向けた今年度の新たな取り組み (未受診者対策)

- ◆ **健康マイレージ事業**⇒特定健診を受診したらポイントがついてくる。他の健康づくり関連事業にも参加してポイントため、景品と交換。
- ◆ 受診勧奨はがきと受診勧奨電話

#### 5 特定保健指導対象者以外への保健指導

##### (1) 目的

- ◆ 生活習慣病予防、生活習慣病等の重症化予防及び医療費適正化を図る

##### (2) 背景と経緯

- ◆ 特定健診の結果、特定保健指導対象者以外の保健指導対象者の方が多かった

保健指導	割合 (%)
動機づけ支援	12.6
積極的支援	4.2
情報提供	83.2
受診必要 (再掲)	24.0
受診不必要 (再掲)	20.4
生活習慣病治療中 (再掲)	38.8



市の現状に応じた展開

衛生部門と連携し、検討会を実施  
「特定保健指導以外の対策マニュアル」作成

- (3) 対象 (別紙2・3)
  - ◆ 特定保健指導対象者以外の者で医療受診が必要な者、保健指導が必要な者 (各区の衛生部門と国保部門でアプローチ)
- (4) 慢性腎臓病対策 (CKD対策)
  - ◆ 背景⇒人工透析の増加
  - ◆ 家庭訪問、教室、アンケート調査、市民向け研修会
  - ◆ 今後の対策を医師会と協議

## 6 衛生部門との連携による保健事業の展開

- (1) 衛生部門との連携にあたっての準備と展開
  - ◆ データ分析や既存調査の活用
    - 特定健診・特定保健指導の結果、医療費データ、人口動態データを分析
    - 地域健康づくりデータベースの活用
    - 妊婦健診、3歳児健診の結果の確認
    - 健康づくり実態調査の活用
  - ◆ 各種計画に位置づける
  - ◆ 業務の洗い出しと課題整理⇒生活習慣病対策をすすめるにあたっての計画⇒優先課題を抽出 (市にとって何が大切か?)



課題の洗い出しや分析結果をまとめ、会議や研修会や区をまわり、生活習慣病の現状と課題を説明。また、今後の方向性を伝える。

- (2) 衛生部門施策との連動
  - ◆ 健康教育⇒特定健診、がん検診の受診勧奨、慢性腎臓病等含む
  - ◆ 健康相談⇒特定健診の事後フォローの場として
  - ◆ 食生活相談⇒特定健診の事後のフォローの場として
  - ◆ 市民センターを拠点とした健康づくり事業 (住民主体の健康づくり)

ポピュレーションアプローチと  
ハイリスクアプローチの連動

健康意識を高める  
受診率向上  
保健指導終了後の場として

- (3) 母子保健活動との連動⇒乳幼児からの取り組みの必要性

## 7 展開するにあたって

- ◆ レセプトや特定健診の結果等の分析⇒データを生かした市独自の保健活動
- ◆ 現状分析から優先課題を検討⇒関係部署との課題の共有と方向性の検討

「特定健診・特定保健指導」

北九州モデルの特徴（要点）

【個別医療機関（かかりつけ医）をベースにすることで特定健診、特定保健指導が一体的である】

- ① 受診機関が数多くあり、身近な医療機関で自分にあった時間に受診でき、受診率向上につながる。
- ② かかりつけ医が、生活習慣病予防のため特定健診受診勧奨を行い、受診率向上につながる。
- ③ 保健指導も継続的に行われ、その結果、健康管理が継続的に行われ、生活習慣の改善につながる。
- ④ 医療との連続性が保障され、疾病の早期発見・早期治療となり、医療費適正化につながる。
- ⑤ 他の検診との総合的な実施が可能である。

市民；北九州市国市国民健康保険加入者 40歳～74歳

個別方式

集団方式

特定健診受診

【医療機関（市内 515 機関）】

健診受診（各医療機関で実施）

【集団健診機関(4 施設)】

健診受診（市民センター・区役所等 304 箇所で実施）

健診終了後

【検体検査機関】

- ① 検体検査②データ入力③階層化(情報提供、動機づけ支援、積極的支援)

結果返し・特定保健指導

(結果返しは2週間以内)

【医療機関】

- ①「情報提供」対象者  
検査結果の説明、生活習慣病予防の説明
- ②「要治療」対象者  
検査結果説明、医療機関受診勧奨
- ③「動機づけ支援」、「積極的支援」対象者  
検査結果の説明、生活習慣改善の必要性の説明、保健指導及び保健指導日時の予約（夜間、土日等、対象者の利便性を考慮）

【集団健診機関】

- ①「情報提供」対象者  
検査結果の説明、生活習慣病予防の説明
- ②「要治療」対象者  
検査結果説明、治療開始又は専門医紹介
- ③「動機づけ支援」、「積極的支援」対象者  
検査結果の説明、生活習慣改善の必要性の説明、保健指導及び保健指導日時の予約（夜間、土日等、対象者の利便性を考慮）

評価

【医療機関】

③については6ヵ月後評価

【集団健診機関(4 施設)】

③については6ヵ月後評価

医師会との委託契約により実施

- ◆北九州市は精度管理と事業評価及びデータ管理とデータ分析。また、特定保健指導対象者以外への保健指導を実施（慢性腎臓病対策等）。

【対象者と実施内容】

☆特定保健指導以外の対象者☆

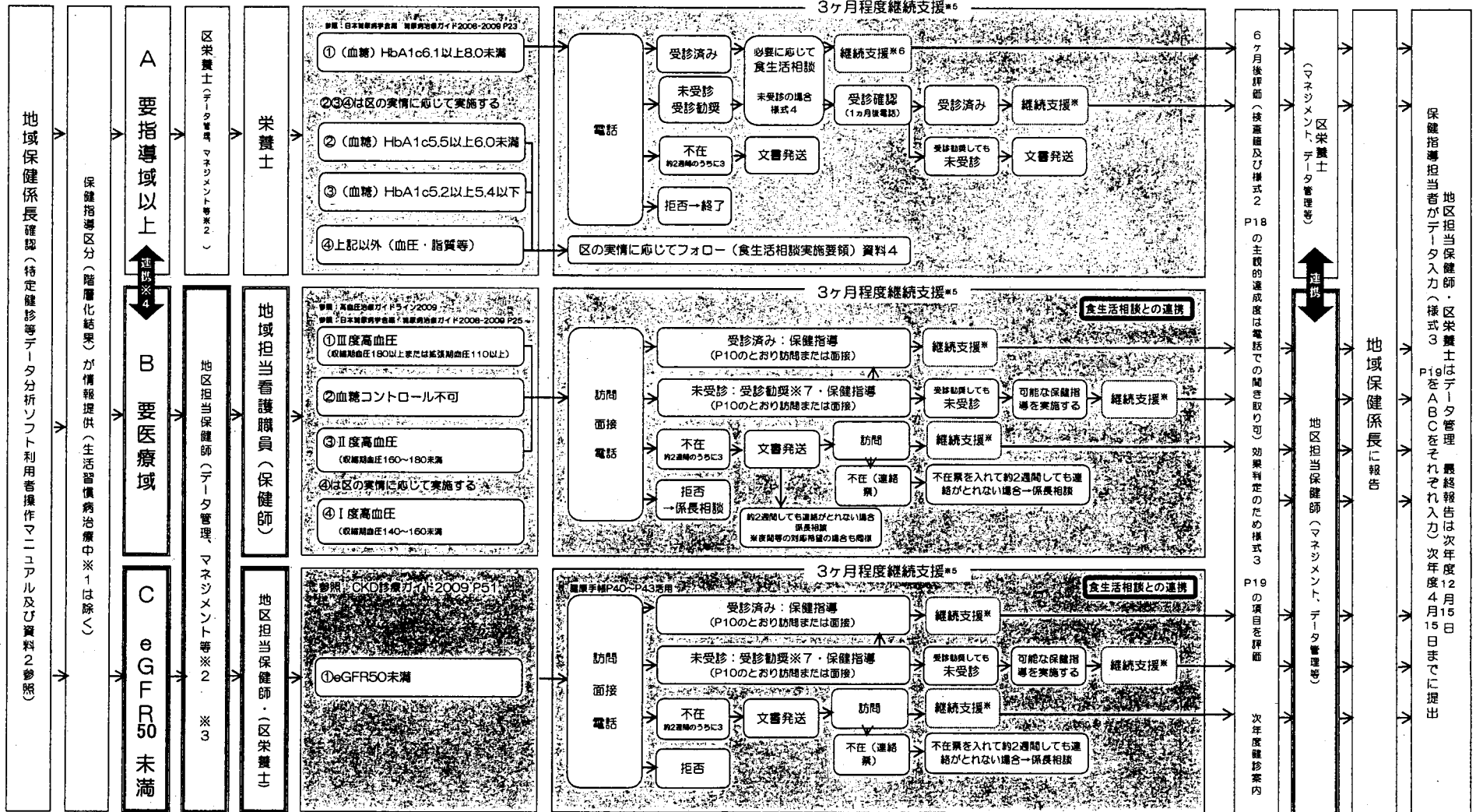
単位省略

区分	未受診				治療中			
	生活支援課				健康推進課			
	対象者	実施内容	担当	保健指導の方法	対象者	実施内容	担当	保健指導の方法
A	情報提供で ①HbA1c6.1以上8.0未満(必須) ----- ②HbA1c5.5以上6.0以下 ③HbA1c5.2以上5.4以下かつ 血压要指導域以上 ④上記以外(血压・脂質等) ※②③④は区の実情に応じて実施	●①は、受診確認、受診勧奨、受診継続支援、良好なコントロールのための支援。②以下は個別保健指導。	栄養士	電話面接(食生活相談)				
B	情報提供で ①Ⅲ度高血压 (収縮期180以上または拡張期110以上) ②血糖コントロール不可 (HbA1c8.0以上) ③Ⅱ度高血压 (収縮期160～180未満または拡張期100～110未満) ----- ④Ⅰ度高血压 (収縮期140～160未満または拡張期90～100未満) ※④は区の実情に応じて実施	●重症化予防のため、受診確認、受診勧奨、受診継続支援、良好なコントロールのための支援	地域担当看護職員(保健師)	①②③は全て1回以上の訪問(原則訪問であるが対象に応じて電話でもよい) ④は原則電話 訪問:訪問以外に所内、所外の面接でもよい	情報提供で ①Ⅲ度高血压 (収縮期180以上または拡張期110以上) ②血糖コントロール不可 (HbA1c8.0以上) ③血压、血糖、脂質のすべて重複して受診勧奨判定値(検査値に応じて必要な人)	●重症化予防のため、受診継続支援、良好なコントロールのための支援	保健師 栄養士	訪問
C	情報提供で ①eGFR50未満(40歳以上70歳未満)	●重症化予防のため、腎臓専門医への受診確認、受診勧奨、受診継続支援、良好なコントロールのための支援	保健師(栄養士)	全て1回以上の訪問(原則訪問であるが対象に応じて電話でもよい) 訪問:訪問以外に所内、所外の面接でもよい	情報提供で ①eGFR50未満 上記のうち、eGFRが悪い順に、蛋白、潜血、血压、血糖、脂質、尿酸等の値で優先順位をつける	●重症化予防のため、腎臓専門医への受診確認、受診勧奨、受診継続支援、良好なコントロールのための支援	保健師 栄養士	訪問

※ ここで示す腎臓専門医とは、日本腎臓学会が認定した医師である。  
 ※ 上記での血压、血糖、脂質は対象者選定のための項目であり、保健指導は他の検査項目も考慮して実施すること。  
 ※ A、B、Cで対象者が重なった場合は、AよりもB、BよりもCを優先して実施すること。

目的：糖尿病等の生活習慣病の予防、生活習慣病等の重症化予防及び医療費適正化を図る。

詳細は、「平成21年度北九州市国民健康保険特定保健指導以外の対策マニュアル（P10～P12）」、「特定健診等データ分析ソフト利用者操作マニュアル」を参照。  
 統括支援センター・地域包括支援センターと連携して、対象者に適切なフォローを行う。



●生活習慣病治療中  
 ※1 糖尿病、高血圧症、脂質異常症の治療に係る薬剤を服用している者

●マネジメント  
 ※2 データ分析（生活習慣病予防のための構造図（早世、障害の予防のために）、定期健康診断結果一覧、基本情報、健診情報、健診データ、詳細健診）  
 ※3 フォローの方向性を保健師、地域担当看護職員、区栄養士等必要なスタッフで協議、決定（必要時地域保健係長に相談）

●連携  
 ※4 特定健診等データ分析ソフトにより作成した一覧表には対象者の重なりがあるため、確認してマネジメントすること。

●3ヶ月程度継続支援  
 ※5 健康推進課からのデータ送付翌月10日までに保健指導を開始し、初回介入時から約3ヶ月、P7

●継続支援  
 ※6 継続的な支援が必要にもかかわらず、2回目以降の保健指導が実施できない場合、最終の連絡及び保健指導から2ヶ月を経過するまでの間は、対象者に1ヶ月に1回程度の電話等の連絡をする。最終の連絡及び保健指導から2ヶ月を経過した時点で中断（終了）する。P12

●医療機関依頼文  
 ※7 受診勧奨の際の医療機関依頼文は、文書の誤解を生じないために、訪問や面接で直接本人に渡し説明をする。