

令和4年度高齢者の保健事業と介護予防の 一体的実施の推進に向けた研修会	資料No.3-3
令和4年11月25日（金）	

# 福岡県北九州市における一体的実施の取組

# 福岡県北九州市 事業の概要（令和2年度～）

## 実施体制

市の概況（令和4年4月時点）	
人口	931,426人
高齢化率	31.3%
後期被保険者数	153,816人
日常生活圏域数	24圏域

### 一体的実施局内連携会議

総務課、地域リハビリテーション推進課  
認知症支援・介護予防センター  
地域福祉推進課、長寿社会対策課  
介護保険課、保険年金課、健康推進課

### プロジェクト会議

統括保健師、統括栄養士  
地域包括支援センター管理担当  
区役所（ヘルス部門・地域包括支援センター部門）

### 企画・調整の医療専門職

健康推進課：健康教育担当（専従）  
認知症支援・介護予防センター：介護予防事業担当（兼務）  
健康推進課：国保保健事業担当（兼務）



北九州市「スマッキー」

## 取組の経緯

- 脳血管疾患、虚血性心疾患、腎不全等に係る医療費は高額であることから、国保保健事業で取り組んでいる糖尿病性腎症重症化予防の未治療・治療中断者対策の取組を継続して実施。
- 脳血管疾患が健康寿命や社会保障費に大きく影響していることから、**脳血管疾患最大のリスクである高血圧の課題解決**を戦略的に取組む。

## 企画調整・関係機関との連携

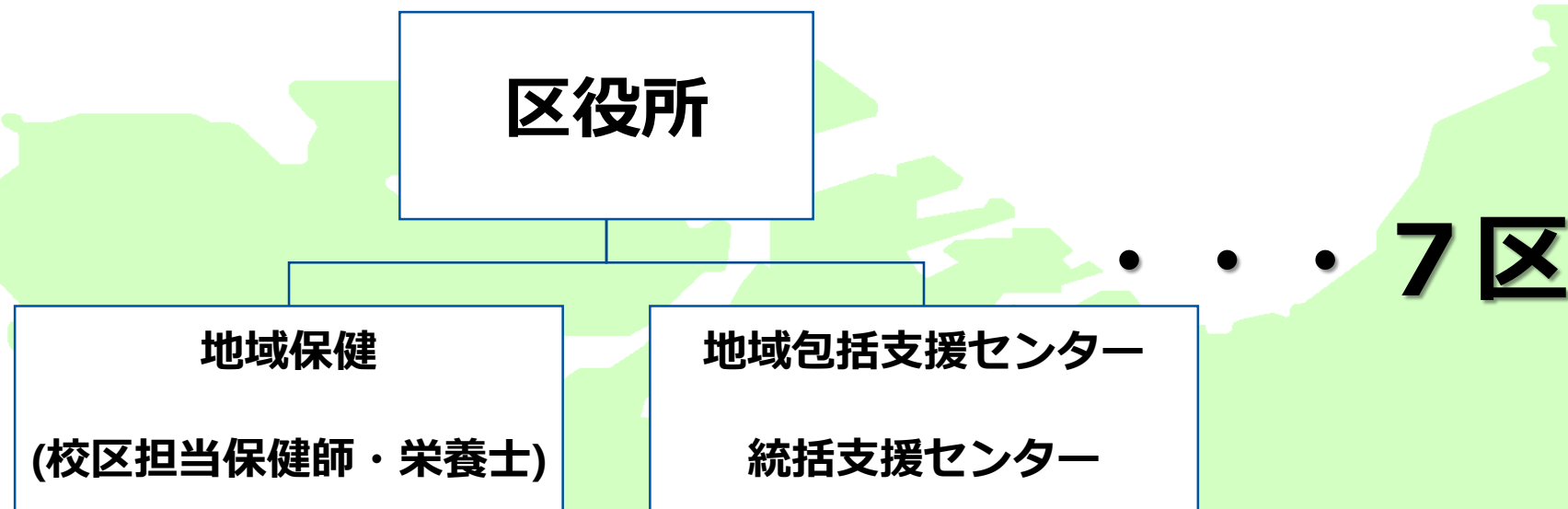
- 庁内連携
  - 局内課長級による「一体的実施局内連携会議」を定期的に開催。事業の進捗等について報告し、事業の方向性等を決めている。
  - 連携会議と並行して「プロジェクト会議」を開催し、高血圧対策について具体的な戦略を検討している。
- 医療関係団体等との連携
  - 保健・医療・福祉・介護等の団体が協議する既存の場を活用。健康課題を共有し、取組み内容・方法・評価について相談し、事業展開につなげる。
  - 生活習慣病重症化予防会議を国保からの接続として開催。

## ハイリスクアプローチ

- 糖尿病性腎症重症化予防・その他の生活習慣病予防
  - （対象者）後期高齢者健診受診者と国保特定健診受診者で75歳到達者
  - HbA1c8.0以上、Ⅱ度以上高血圧で未治療・治療中断者
  - 尿たんぱく、e-GFRで受診勧奨値（治療中含む）
  - 心房細動の臓器障害がみられ未治療・治療中断者
- 健康状態不明者
  - 2年間連続して、健診受診なし、介護認定なし、医療受診なしの者

## ポピュレーションアプローチ

- 健康教育・健康相談
  - 高齢者が集う様々な場所で健康教育を実施。
  - 高血圧の課題解決のために、住民が抱く高血圧の疑問を丁寧に解消する健康教育を実施。
- フレイル状態の把握
  - 高齢者が集う様々な場所で「介護予防に関する質問票」を実施し、本人へ気づきを促す。
  - グループごとに集計結果をフィードバックし、グループの特性に合わせた自主活動が実践できるようグループ単位の支援を実施。
- 環境づくり
  - 高齢者の生活に身近な「市民センター」で健康相談を実施。多様な課題に対応できるよう地域包括支援センターの職員が巡回。
  - 血圧未測定者ゼロを目指し、スーパーマーケットで無関心層をターゲットに血圧測定や健康相談を実施。



- 具体的な戦略を市全体の保健師と栄養士がそれぞれの部署において取り組むことができるよう「重点課題」を作成し、方向性を示している。
- 「区まわり研修」を実施し、データをもとに健康課題や戦略を共有
- 地域保健と地域包括支援センター（北九州市直営）がKDB等を活用し、校区の健康課題を分析し、個別支援や地区組織活動とを連動させ、効果的に高血圧の課題解決を展開している。
- 地域保健と地域包括支援センターが、地域特性をふまえて連携している。

## 保健活動に関する指針

### 地域における保健師の 保健活動に関する指針

- ① **地域診断**に基づくPDCAサイクルの実施
- ② **個別課題から地域課題**への視点及び活動の展開
- ③ **予防**的介入の重視
- ④ **地区活動**に立脚した活動の強化
- ⑤ **地区担当**制の推進
- ⑥ **地域特性**に応じた健康なまちづくりの推進
- ⑦ **部署横断的**な保健活動の連携及び協働
- ⑧ 地域の**ケアシステム**の構築
- ⑨ 各種保健医療福祉計画の策定及び実施
- ⑩ 人材育成

### 地域における行政栄養士による健康づくり 及び栄養・食生活の改善の基本指針

- ① **組織**体制の整備
- ② 健康・栄養**課題の明確化**とPDCAサイクルに基づく施策の推進
- ③ 生活習慣病の発症**予防**と重症化**予防**の徹底のための施策の推進
- ④ **社会生活を自立的**に営むために必要な機能の維持及び向上のための施策の推進
- ⑤ 食を通じた**社会環境**の整備の促進

日頃の保健活動に加え、データを見て、分析し、健康課題を明確化し、ターゲットを絞って、実施し、「見える化」する

# 事業評価の概要 (ハイリスクアプローチ)

## 事業結果と評価概要 (令和3年度結果)

保健指導の**アウトカム**評価：対象者の翌年のデータ改善 (R2⇒R3)

糖尿病性腎症重症化予防・その他の生活習慣病予防

令和2年度 保健指導対象者		令和3年度の状況 健診結果・レセプト情報					
		改善	変化なし	悪化	健診 未受診	要介護 認定	人工透析 導入
CKD	224	31	86	134	90	35	3
		13.8%	38.4%	59.8%	40.2%	15.6%	13.8%
血圧	124	63	13	3	45	7	
		50.8%	10.5%	2.4%	36.3%	5.6%	
HbA1c	15	6	0	0	6	3	
		50.0%	0.0%	0.0%	50.0%	25.0%	

## (再掲) 血圧分類別 アウトカム評価

令和2年度 保健指導対象者		令和3年度 健診結果				
		継続受診者 79人(63.7%)				健診 未受診
Ⅱ度高血圧以上 124人	高値血圧 以下	I度	Ⅱ度	Ⅲ度	45	
	20 16.1%	36 29.0%	16 12.9%	7 5.6%		
Ⅱ度	91	16 17.6%	32 35.2%	9 9.9%	3 3.3%	31 34.1%
		Ⅲ度	33	4 12.1%	4 12.1%	7 21.2%

## 課題・今後の展望

健診の受診率を高めることで必要な対象者をさらに抽出していくことが必要であるが、マンパワーの課題もあり調整が必要。  
継続受診率を高めることで、アウトカム評価を継続していく。

# 事業評価の概要（ポピュレーションアプローチ）

## 事業結果と評価概要（令和3年度結果）

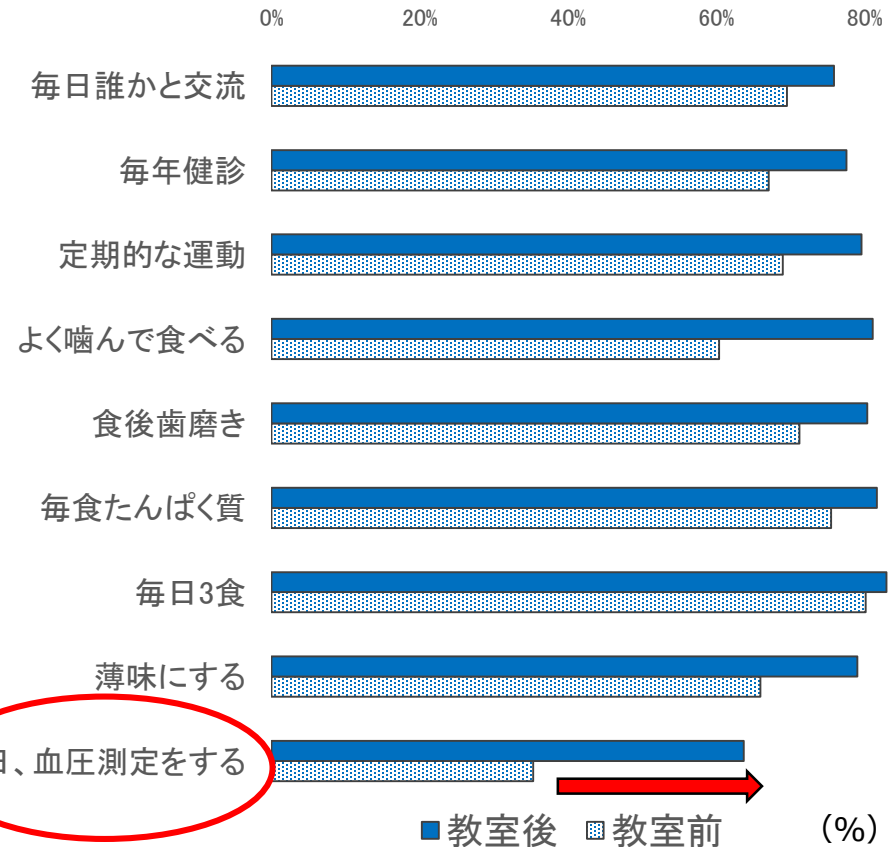
### 健康教育・健康相談・質問票の活用

	健康教育・健康相談		健康状態の把握	
	個所数	参加人数	個所数	参加人数
R2	143か所	4,656人	92か所	1,138人
R3	356か所	12,046人	110か所	1,840人

### 健診受診率

H30	R1	R2	R3
4.67 %	9.79 %	9.96 %	13.0 %

### 健康教育前後の意識変容（アンケート結果）



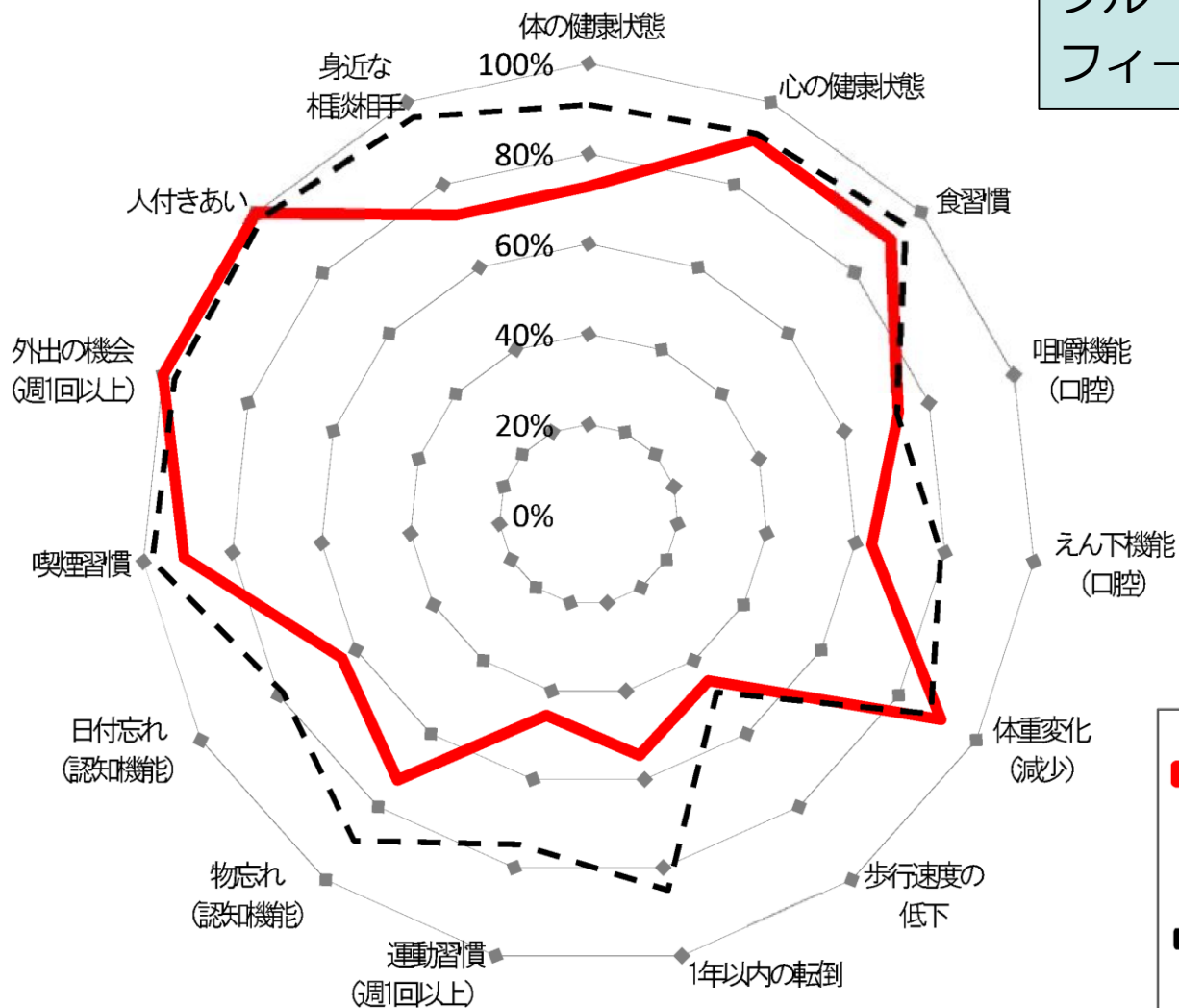
## 課題・今後の展望

通いの場などでフレイル予防の健康教育を行っているが（上記実施個所数及び参加人数参照）、市内の通いの場の一部しかアプローチができていない。より多くの場で実施に取り組む必要がある。

また、健康教育前後の意識を比較すると、いずれも改善しており、「**家庭で血圧を測定する**」ことについては、大きく改善している。3年目となる健康教育の内容等を随時見直し、通いの場のグループ支援を充実させていく。

# ポピュレーションアプローチ（グループ支援の視点）

★ 大きい円（100%）に近づくほど、フレイルの予防につながります。



「介護予防に関する質問票」をグループ（サロン）ごとに集計しフィードバックしているもの

高齢者の質問票を活用して、グループ（サロン）のアセスメントを行う。

自主的・継続的に介護予防に資する活動ができるよう助言。

（フレイルの多面的な要素をグループごとにアセスメント）

■ サロン  
●●● R3年度 サロン全体

# 参考：北九州市における実施のイメージ図

厚生労働省資料一部改変

目指すところは… **健康（幸）寿命の延伸（プラス2歳）・社会保障の安定**

