

1 保健事業の方向性

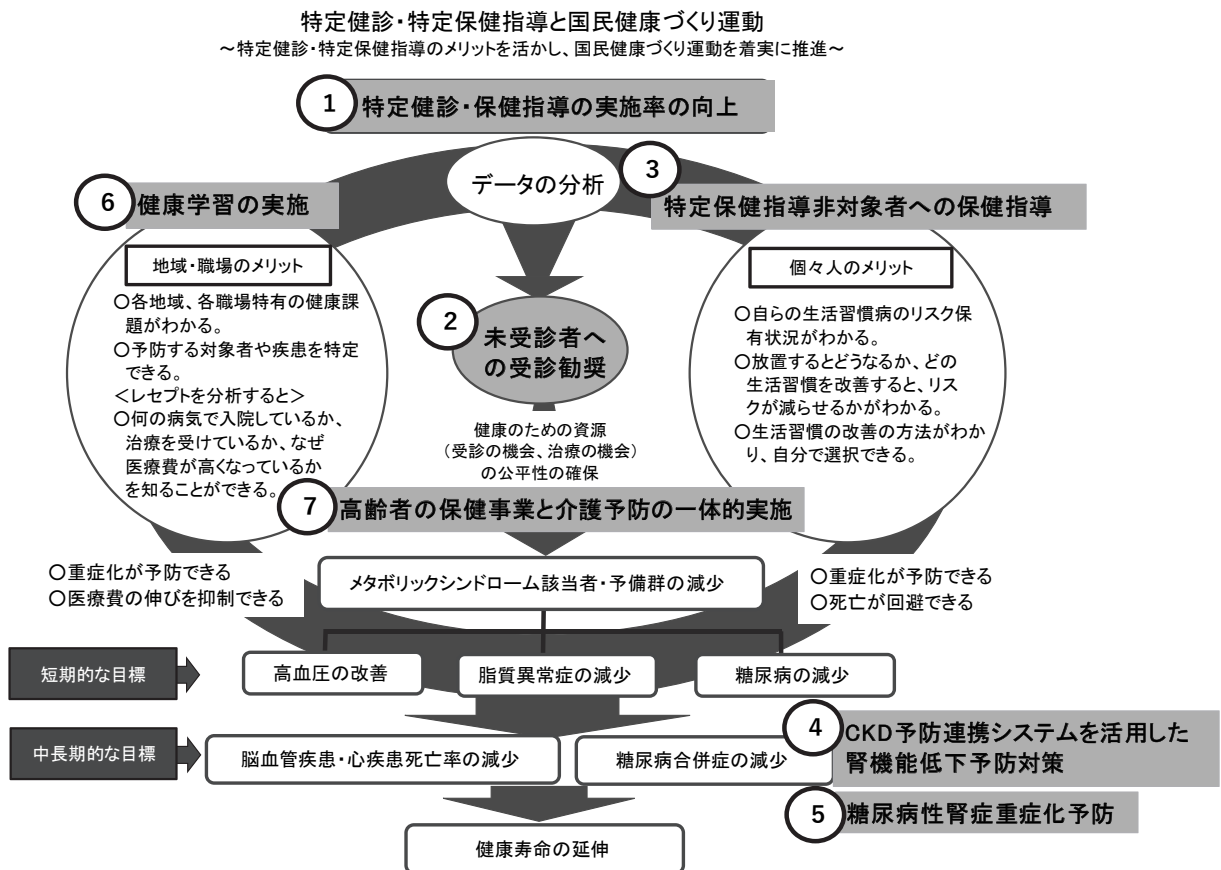
保健事業の実施にあたっては脳血管疾患・心疾患・糖尿病合併症における共通のリスクとなる高血圧、脂質異常、高血糖、メタボリックシンドローム等の減少を目指します。そのためには、個別の重症化予防の取組（ハイリスクアプローチ）と、集団・地域を対象とした取組（ポピュレーションアプローチ）の両方を実施していく必要があります。

個別の重症化予防の取組としては、「特定保健指導」及び「特定保健指導非対象者への保健指導」により、医療受診が必要な方には適切な受診の働きかけを行う受診勧奨を、治療中の方には適切な治療継続ができるよう保健指導を実施していきます。また、「北九州市CKD予防連携システムを活用した腎機能低下予防対策」や「糖尿病性腎症重症化予防事業」を継続して、生活習慣病重症化による合併症の発症・進展抑制を目指します。

集団・地域を対象とした取組としては、「健康学習の実施」を行います。また、75歳を過ぎても支援が途切れないよう「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」において、個別への取組とともに地域で健康教育や健康相談を実施していきます（図表61）。

〔 図表61 「特定健診・特定保健指導と国民健康づくり運動」における個別保健事業の位置づけ 〕

（標準的な健診・保健指導プログラム【令和6年度版】図1を改変）



2 個別の保健事業

(1) 特定健診・特定保健指導の実施（第四期特定健康診査等実施計画）

特定健診は、高確法に基づき、保険者に義務付けられた健診です。メタボリックシンドロームに着目し、生活習慣病の発症や重症化を予防することを目的としています。

特定健診・特定保健指導の内容については、第3章「特定健診・特定保健指導の実施」で定めています。

(2) 特定健診未受診者への受診勧奨

40歳代、50歳代の若い世代への受診勧奨を優先して行い、年代や健診結果の有所見者の数や程度に応じて勧奨方法を工夫します。

また、前年度の特定健診でⅡ度高血圧以上であった者に対して継続受診を促します。対象者が数値の経過を確認することで、高血圧の改善に取り組めるよう支援します。

対象者	特定健診未受診者 ① 過去5年間、健診受診や生活習慣病に関する医療受診の確認ができない者 ② 生活習慣病等で医療機関を受診している者 ③ 過去に特定保健指導の対象となった者、過去の特定健診で受診勧奨判定値や保健指導判定値があった者 ④ 当該年度に受診が確認できない者（新規国保加入者含む）
実施方法及び実施時期	① 専門職の訪問による受診勧奨 ② かかりつけ医を通じた受診勧奨 ③ 専門職等の電話による受診勧奨 ④ 受診勧奨ハガキ及びSMSの送付 年2回
その他	<ul style="list-style-type: none"> ・ 健康づくり推進員・食生活改善推進員による受診勧奨 ・ 各区役所が実施する受診勧奨 通年 ・ 広報や情報誌等を通じた受診勧奨 1～2回/年 ・ イベントや講演でのPR等
評価指標	特定健診受診勧奨後の健診受診率

指標	現状値 R4 (2022)	R6 (2024)	R7 (2025)	R8 (2026)	R9 (2027)	R10 (2028)	R11 (2029)
特定健診受診勧奨後の健診受診率	22.0%	23.0%	24.0%	25.0%	26.0%	27.0%	28.0%

(3) 特定保健指導非対象者（高血圧、高血糖等の有所見者）への保健指導

特定保健指導に該当しない者（特定保健指導非対象者）^{※1}について、引き続き各関係ガイドライン等に基づき、優先順位を検討しながら、保健指導を実施します。保健指導の効率的な実施の観点から、訪問での実施に重点を置いて取り組んでいきます。保健指導を行う専門職には研修会を実施し、効果的な保健指導の実施を目指します。

健康寿命の延伸を目指す本市では、短命と要介護となる危険性が高い^{※2}と言われる高血圧について、適切な医療受診に向けた保健指導にさらに力を入れていきます。そのために、令和2（2020）年度から庁内関係機関で組織している高血圧プロジェクトにおいて、引き続き高血圧の解決に向けた取組について議論し、実践につなげていきます。加えて、各区の運営方針（高血圧編）を策定し、区の実態に応じた高血圧対策に取り組んでいきます。

また、肥満の割合が増えていることから、運動の習慣化を図る取組を検討します。さらに、北九州市若者健診等を受診した40歳未満の健診有所見者に対する保健指導を実施していきます。

対象者	<p>特定保健指導非対象者で下記の所見のある者</p> <p>① 心房細動</p> <p>② 高血圧(収縮期血圧 160mmHg 以上/拡張期血圧 100mmHg 以上)</p> <p>③ 高血糖(HbA1c6.5%以上)</p> <p>④ 脂質異常(LDL-C180 mg/dl 以上)</p> <p>⑤ 腎機能低下(尿蛋白+以上、eGFR50 未満等)</p> <p>※関係学会ガイドライン等に基づき、毎年度対象区分と優先順位を検討する</p>
実施方法	<ul style="list-style-type: none"> ・ 訪問、電話、文書等で保健指導を実施 ・ 高血圧プロジェクトメンバーでの課題解決に向けた取組の検討 ・ 各区で運営方針(高血圧編)の策定による区の実態に応じた取組の実施
実施時期	通年
評価指標	<ul style="list-style-type: none"> ・ 保健指導終了割合(高血圧) ・ 保健指導実施後の次年度改善者の割合(高血圧)

指標	現状値 R4 (2022)	R6 (2024)	R7 (2025)	R8 (2026)	R9 (2027)	R10 (2028)	R11 (2029)
保健指導終了割合(高血圧)	69.9%	70.0%	71.0%	72.0%	73.0%	74.0%	75.0%
保健指導実施後の次年度改善者の割合(高血圧)	55.2%	56.0%	56.8%	57.6%	58.4%	59.2%	60.0%

※1 メタボリックシンドロームに該当しない等の理由で、国の特定保健指導対象者の基準に該当しなかったが、血圧、血糖等の値が保健指導対象判定値及び受診勧奨判定値に該当した者

※2 糖尿病治療ガイド2022-2023、高血圧治療ガイドライン2019、CKD診療ガイドライン2023、動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版 等

(4) 北九州市CKD（慢性腎臓病）予防連携システムを活用した腎機能低下予防対策

人工透析は生活の質を低下させ、高額な医療費（約500～600万円／年）を必要とすることから、腎疾患の重症化を予防し、人工透析に至らないようにすることが重要です。

CKD予防連携システムを効果的に活用し、特定健診受診者から腎機能低下者をスクリーニングすることにより、適切な保健指導及び医療機関受診勧奨、治療継続の支援を実施していきます。また、対象者の検査結果により重症度分類に応じて色分けされたシール（ヒートマップシール）をお薬手帳に貼付することで、対象者が自分自身の腎機能についての理解を深め、円滑な多職種連携を目指していきます（図表62）。

対象者	特定健診受診者で腎機能低下者
実施方法	<p><特定保健指導非対象者で腎機能低下者への保健指導> 優先順位をつけながら、訪問を中心に保健指導を実施</p> <p><CKD 予防連携システム></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 特定健診受診者のうち、基準に該当する者に適切な保健指導及び医療機関受診勧奨、治療継続に向けての支援を実施 ・ システムの運用においては、かかりつけ医や腎臓専門医を構成員とする生活習慣病重症化予防連携推進会議を年1回程度実施し、円滑な運用に向けて検討
実施時期	通年
評価指標	<ul style="list-style-type: none"> ・ 保健指導終了割合（腎機能低下） ・ 国保加入6年以降の年代別新規透析導入者数（70歳未満）

指標		現状値 R4 (2022)	R6 (2024)	R7 (2025)	R8 (2026)	R9 (2027)	R10 (2028)	R11 (2029)
保健指導終了割合（腎機能低下）		71.7%	72.0%	72.2%	72.4%	72.6%	72.8%	73.0%
国保加入6年以降 の年代別新規透析導 入者数	50歳未満	3人	5人以下					
	50～59歳	4人	5人以下					
	60～69歳	16人	15人以下			10人以下		

[図表62 ヒートマップシール]



(5) 糖尿病性腎症重症化予防

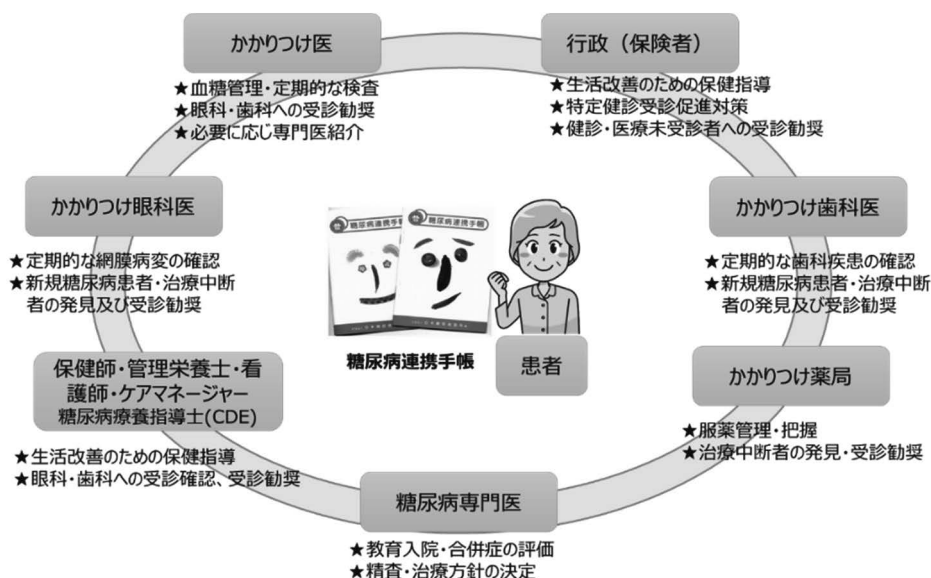
福岡県糖尿病性腎症重症化予防プログラム等に基づいて、医療機関と連携の上、重症化予防のための保健指導及び受診勧奨を行うことで、糖尿病性腎症による新規透析導入の減少を目指します。

また、引き続き「糖尿病連携手帳」を活用した多職種連携の取組を推進、検討するため「生活習慣病重症化予防連携推進会議」を実施します（図表63、64）。

対象者	<ul style="list-style-type: none"> 過去5年間の特定健診でHbA1c6.5%以上になったことがある者 特定保健指導非対象者のうち血糖管理がうまくいかない者
実施方法	<ul style="list-style-type: none"> 糖尿病管理台帳を活用し、優先順位をつけて訪問指導を実施 <p><優先順位></p> <ol style="list-style-type: none"> 健診未受診かつ医療機関未受診の者 健診未受診かつ治療中断者 治療中で血糖管理がうまくいかない者及び腎機能低下がある者等 <ul style="list-style-type: none"> 「糖尿病連携手帳」を活用した多職種連携による糖尿病重症化予防の取組 生活習慣病重症化予防連携推進会議を年1回程度実施し、取組を評価・検討
実施時期	通年
評価指標	<ul style="list-style-type: none"> 本事業の該当者で受診勧奨したうち受診につながった割合 新規透析導入者のうち糖尿病性腎症ありの割合

指標	現状値 R4 (2022)	R6 (2024)	R7 (2025)	R8 (2026)	R9 (2027)	R10 (2028)	R11 (2029)
本事業の該当者で受診勧奨したうち受診につながった割合	44.2%	45.0%	46.0%	47.0%	48.0%	49.0%	50.0%
新規透析導入者のうち糖尿病性腎症ありの割合	42.3%	41.9%	41.5%	41.1%	40.7%	40.3%	40.0%

[図表63 糖尿病連携手帳を活用した多職種連携による糖尿病重症化予防の取組イメージ]



〔 図表 6 4 糖尿病連携シール、リーフレットとちらし 〕



(6) 健康学習の実施

生活習慣病の発症予防に向け、ポピュレーションアプローチに取り組みます。生活習慣病の重症化により医療費や介護費等の社会保障費の増大につながっている実態や、その背景にある地域特性を明らかにするために個人の実態と社会環境等について広く市民へ周知していきます。

また、特定健診の対象者に限らず、妊婦・子ども・成人全てのライフステージでの生活習慣病予防につながる健康学習を市民に身近な地域で実施します。

対象者	全市民
実施方法	市民センターを拠点とした健康づくり事業(地域でGO!GO!健康づくり)※等の機会を利用する
実施時期	通年
評価指標	地域でGO!GO!健康づくりで地域の健康課題に沿った取組を実施している団体

※ 市民センターを拠点とした健康づくり事業(地域でGO!GO!健康づくり)

市民センター等を拠点として、市民が主体となって地域の健康課題について話し合い、目標設定、計画づくり、実践、事業評価を一つのサイクルとした健康づくり事業を、まちづくり協議会が、健康づくり推進員の会、食生活改善推進員協議会と連携し、医師会、歯科医師会、薬剤師会、栄養士会、行政(保健師等)等の協力により行う事業

指標	現状値 R4 (2022)	R6 (2024)	R7 (2025)	R8 (2026)	R9 (2027)	R10 (2028)	R11 (2029)
地域でGO!GO!健康づくりで地域の健康課題に沿った取組を実施している団体	—	100%	100%	100%	100%	100%	100%