

北九州市国民健康保険 第三期保健事業実施計画 (データヘルス計画)

計画の概要

計画の目的

健診・医療・介護のデータについて国保データベース(KDB)システム等を活用して分析を行い、優先的に取り組むべき健康課題を抽出して、生活習慣病の発症及び重症化予防に取り組むことで、国保加入者の健康の保持増進を図り健康寿命の延伸、医療費を適正化することを目的としています。

計画の対象者

本市国民健康保険の加入者

計画の位置づけ

- 国民健康保険法第82条第4項の規定による国指針に基づく計画です。
- 高齢者の医療の確保に関する法律第19条の規定に基づく第四期特定健康診査等実施計画を包含します。
- 本市の健康増進計画である「第三次北九州市健康づくり推進プラン」や老人福祉計画と介護保険事業計画を包含した「北九州市しあわせ長寿プラン」をはじめとする関連計画等との整合性を図ります。

計画期間

令和6(2024)年度～令和11(2029)年度(6年間)
令和8(2026)年度に目標の達成状況等について中間評価を行い、令和11(2029)年度に最終評価を行います。

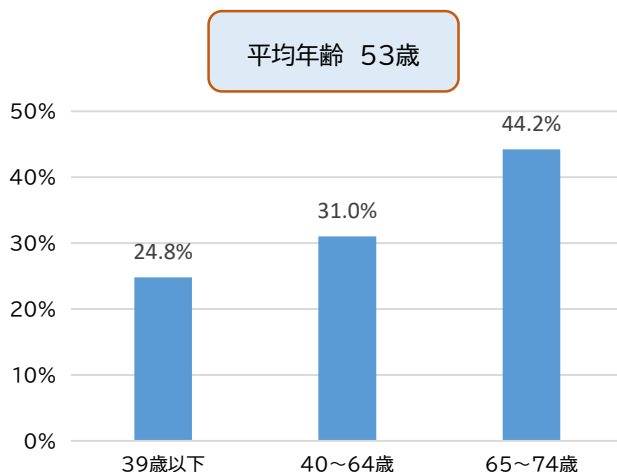
【保険者の特性】

本市の人口(R2(2020)年)
約93万9千人(高齢化率31.8%)

国保被保険者数(R4(2022)年)
約18万4千人(加入率20.5%)

- 第2次産業の人口割合が政令市平均と比較して高い傾向です。
- 本市の病院・診療所はいずれも政令市平均と比較して多く医療資源に恵まれている環境にあります。
- 外来患者数や入院患者数は、政令市平均と比較して多い傾向です。

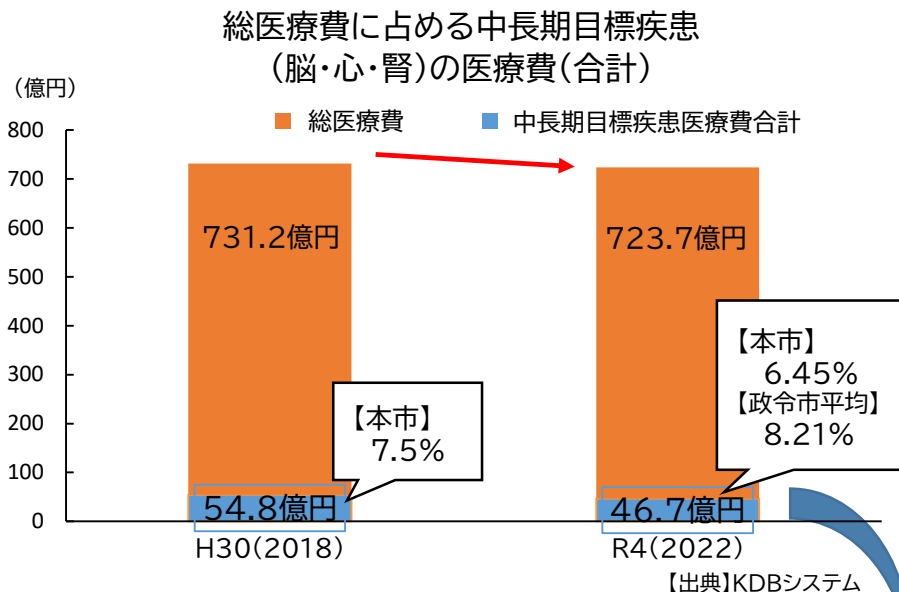
被保険者割合(令和4(2022)年)



【成果】に関するデータ

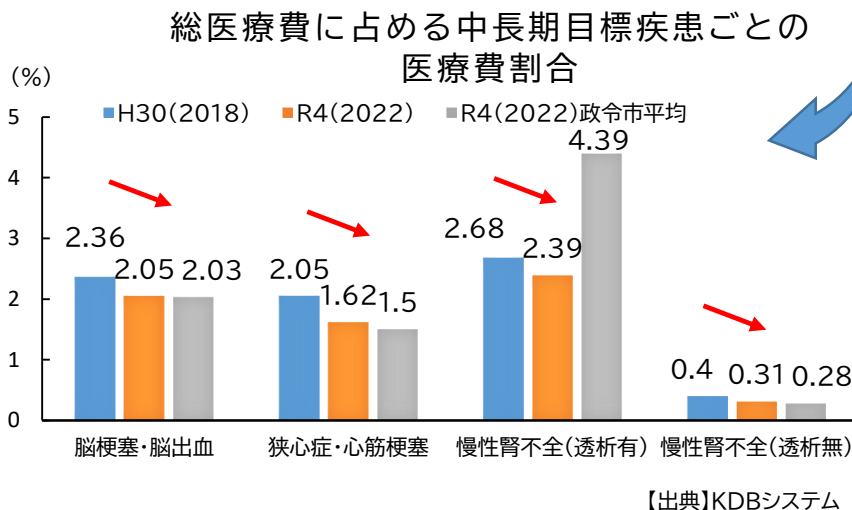
総医療費
減少

国保加入者の減少や保健事業の推進により総医療費は減少しています。



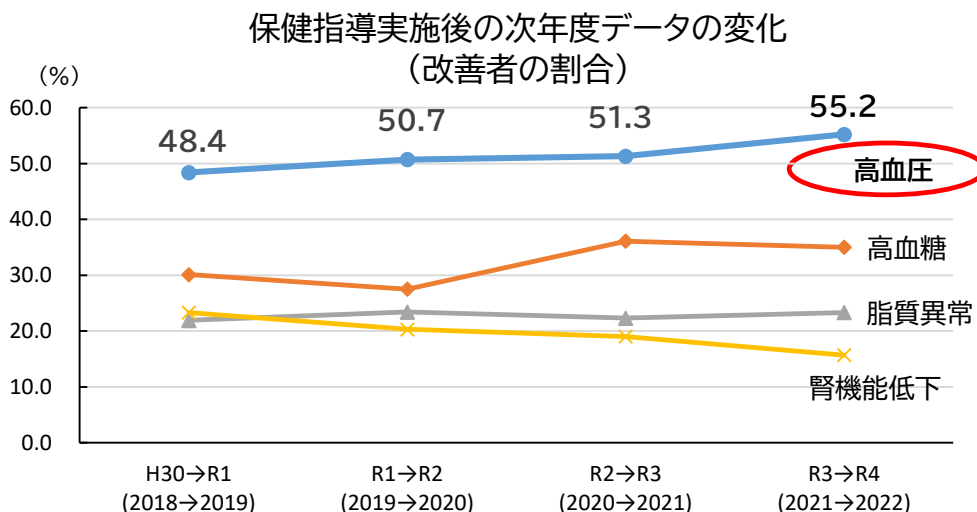
重症化した疾患の抑制

重症化した疾患である脳血管疾患・虚血性心疾患の医療費の割合は減っており、慢性腎臓病(人工透析)についても増加が抑えられています。



保健指導後のデータ改善

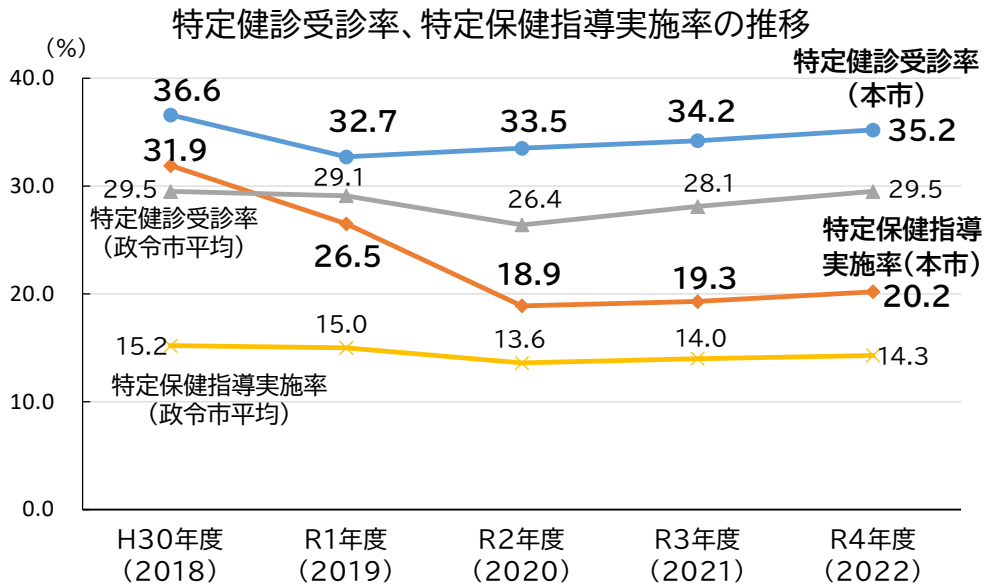
特定健診後の保健指導により翌年度の健診データが改善している割合は高血圧が最も多い(55.2%)状況です。



【課題】に関するデータ

特定健診受診率の低下

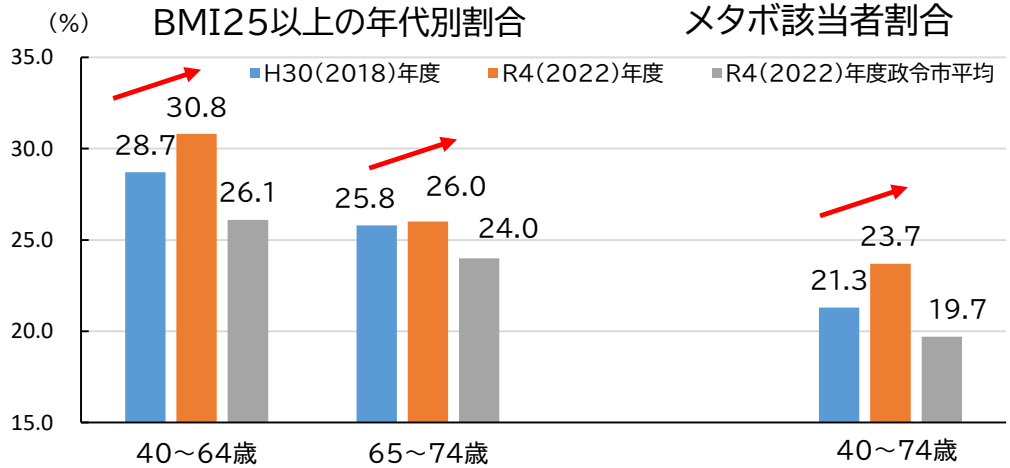
特定健診受診率・特定保健指導実施率は平成30年度をピークに回復していません。



【出典】法定報告

肥満・メタボの増加

健診結果の経年変化は、平成30(2018)年度と比べ令和4(2022)年度は、肥満の増加(40~64歳は2.1ポイント増)、メタボリックシンドローム該当者の増加(2.4ポイント増)がみられます。



【出典】ヘルスサポートラボツール KDBシステム

高血圧未治療者が多い

健診でⅡ度高血圧(160/100mmHg)以上の有所見があった方の未治療割合は6割です。このうち、その後も未治療のまま経過している割合が約4割となっています。

健診受診者の治療状況 (R3(2021)年度)

健診受診者: 47,485人

| | | |
|------------|--------|------|
| Ⅱ度高血圧以上 | 2,695人 | 5.7% |
| HbA1c7.0以上 | 2,962人 | 6.2% |

| | 健診時未治療(問診) | 医療レセプト (R3(2021).4.1~R4(2022).3.31) | |
|------------|------------|-------------------------------------|------|
| | | 未治療 | 治療中断 |
| Ⅱ度高血圧以上 | 64.0% | 39.9% | 5.2% |
| HbA1c7.0以上 | 37.1% | 7.7% | 3.7% |

【出典】KDBシステム

現行計画の成果及び課題をふまえ、メタボリックシンドロームに着目した特定健診受診率向上を図ります。肥満やメタボリックシンドローム該当者の割合が増えていることから、健診結果に基づいた保健指導を徹底して、生活習慣の改善や適切な治療につなげていきます。

特に、高血圧未治療者が多いことから、特定健診でⅡ度高血圧以上の方を最優先に保健指導を実施して、必要な方へは治療継続へつなげて重症化を防ぐことを目指します。

【体系図】

特定健診・特定保健指導と国民健康づくり運動
～特定健診・特定保健指導のメリットを活かし、国民健康づくり運動を着実に推進～

特定健診・保健指導の実施率の向上

データの分析

地域・職場のメリット

- 各地域、各職場特有の健康課題がわかる。
- 予防する対象者や疾患を特定できる。
- <レセプトを分析すると>
- 何の病気で入院しているか、治療を受けているか、なぜ医療費が高くなっているかを知ることができる。

個々人のメリット

- 自らの生活習慣病のリスク保有状況がわかる。
- 放置するとどうなるか、どの生活習慣を改善すると、リスクが減らせるかがわかる。
- 生活習慣の改善の方法がわかり、自分で選択できる。

未受診者への受診勧奨

健康のための資源
(受診の機会、治療の機会)
の公平性の確保

- 重症化が予防できる
- 医療費の伸びを抑制できる

メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少

- 重症化が予防できる
- 死亡が回避できる

短期的な目標

高血圧の改善

脂質異常症の減少

糖尿病の減少

中長期的な目標

脳血管疾患・心疾患死亡率の減少

糖尿病合併症の減少

健康寿命の延伸

出典：厚労省「標準的な健診・保健指導プログラム(令和6年度版)」

特定健診受診率向上

特定健診受診率を向上させて、リスクのある保健指導対象者を新たに把握しアプローチすることで、さらなる生活習慣病予防・重症化予防につなげる

特定健診受診率の向上
35.2%→60%
(R4(2022)→R11(2029))

肥満・メタボ対策

肥満・メタボ該当者を減らし、糖尿病等の生活習慣病発症予防につなげる

メタボリックシンドローム
該当者及び予備軍の割合
の減少
34.9%→32.8%
(R4(2022)→R11(2029))

高血圧対策

高血圧症の対象者を減らし、脳血管疾患等の重症化予防につなげる

特定健診受診者のうち
高血圧の者の割合の減少
Ⅱ度以上(160/100mmHg以上)
5.69%→5.13%
【再掲】
Ⅲ度(180/110mmHg以上)
0.96%→0.86%
(R4(2022)→R11(2029))

個別の保健事業

| | 保健事業 | 主な取組み | 主な目標 (R4(2022)→R11(2029)) |
|---|--------------------------------------|---|---|
| 1 | 特定健診・特定保健指導実施 | <ul style="list-style-type: none"> ICTを利用した特定保健指導の導入検討 特定保健指導対象者への市スポーツ施設での運動機会の提供 | <ul style="list-style-type: none"> ○特定健診受診率の向上(35.2%→60%) ○特定保健指導実施率の向上(20.2%→60%) ○メタボリックシンドロームの該当者及び予備軍の割合の減少(34.9%→32.8%) |
| 2 | 特定健診未受診者への受診勧奨 | <ul style="list-style-type: none"> 特に、新規国保加入者や40～50代への健診受診勧奨を強化 前年度の健診でⅡ度高血圧以上の方が当該年度健診未受診の場合、受診勧奨を強化 | <ul style="list-style-type: none"> ○特定健診受診率の向上(35.2%→60%) |
| 3 | 特定保健指導非対象者への保健指導 | <ul style="list-style-type: none"> 特定保健指導対象外で健診データ有所見がある方への保健指導を、市役所・区役所の保健師・栄養士等が実施 各区の実態に応じた高血圧実践計画の作成と実施 | <ul style="list-style-type: none"> ○特定健診受診者のうち高血圧の者の割合の減少 Ⅱ度以上(160/100mmHg以上)(5.69%→5.13%) Ⅲ度(180/110mmHg以上)(0.96%→0.86%) |
| 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 | <ul style="list-style-type: none"> 北九州市CKD予防連携システム(特定健診受診者から腎機能低下の該当者をかかりつけ医へつなぎ、必要時に腎専門医へ紹介して、透析移行を予防する連携体制)を活用し、健診受診者から腎機能低下者をスクリーニングして受診を勧奨 | <ul style="list-style-type: none"> ○年間新規透析患者数の減少(国保加入者千人あたり)(0.56人→0.55人) |
| 5 | 糖尿病性腎症重症化予防 | <ul style="list-style-type: none"> 健診・レセプト等でハイリスク者を抽出し、優先順位をつけて保健指導、受診勧奨を実施 | <ul style="list-style-type: none"> ○年間新規透析患者数の減少(国保加入者千人あたり)(0.56人→0.55人) |
| 6 | 健康学習の実施 | <ul style="list-style-type: none"> 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(集団・地域に対する支援)を展開 すべてのライフステージにつながる健康学習を実施 | <ul style="list-style-type: none"> ○特定健診受診者のうち高血圧の者の割合の減少 Ⅱ度以上(160/100mmHg以上)(5.69%→5.13%) Ⅲ度(180/110mmHg以上)(0.96%→0.86%) |
| 7 | 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施 | <ul style="list-style-type: none"> KDBシステム等を活用した健診・医療・介護データの一体的な分析 75歳以上のハイリスクアプローチ(個別支援)を実施 | <ul style="list-style-type: none"> ○年間新規透析患者数の減少(後期加入者千人あたり)(1.24人→1.20人) |

北九州市国民健康保険特定健診・特定保健指導の実施

第四期特定健康診査等実施計画

※第三期データヘルス計画に包含

【計画の概要】

| | |
|---------|---|
| 計画の目的 | 生活習慣の改善による糖尿病等の生活習慣病の予防対策を進め、糖尿病等の発症を予防することで重症化の予防にもつながり、その結果、被保険者の生活の質の維持及び向上や医療費の適正化を目指します。 |
| 計画の位置づけ | ○高齢者の医療の確保に関する法律第19条に基づき保険者が策定する計画です。 ○第三期データヘルス計画に包含する形で策定します。 |
| 計画期間 | 令和6(2024)年度から令和11(2029)年度までの6年間 第三期データヘルス計画と同様に評価を行います。 |

【計画の基本的な考え方】

| | |
|------|--|
| 基本理念 | メタボリックシンドロームに着目した特定健康診査で、生活習慣を改善するための特定保健指導を必要とする者を的確に抽出し、実施することで糖尿病等の生活習慣病の発症や重症化予防を図ります。 |
|------|--|

【特定健診について】（北九州市医師会へ委託）

| | |
|----------|--|
| 対象者 | 40～74歳の被保険者 |
| 実施時期 | 5月から翌年3月まで |
| 実施方法 | 北九州市医師会に登録した実施期間 ・集団方式(市民センターや区役所等) ・個別方式(医療機関及び健診機関) |
| 特定健診検査項目 | 基本的な項目 (身体測定、血圧、肝機能検査、血中脂質検査、血糖検査、尿検査) 追加項目 (血清クレアチニン、尿酸、尿潜血) |

【特定保健指導について】（北九州市医師会へ委託）

健診結果の腹囲及びBMIの数値と血圧、血糖、脂質のリスク数により「積極的支援」及び「動機付け支援」に該当した者に実施します。

〈積極的支援〉

- ・3ヶ月以上の継続的な支援が必要
- ・**成果を重視**したアウトカム評価を基本とする評価方法の導入(腹囲2cmかつ体重2kg減で終了要件を満たす等)

〈動機付け支援〉

- ・原則1回、3ヶ月以上の支援
- ・初回面接で設定した個人の行動目標や身体状況を3ヶ月以上経過後に評価

計画の目標

| | R6年度 (2024) | R7年度 (2025) | R8年度 (2026) | R9年度 (2027) | R10年度 (2028) | R11年度 (2029) |
|-----------|----------------|----------------|----------------|----------------|-----------------|-----------------|
| 特定健診実施率 | 42.0% | 45.6% | 49.2% | 52.8% | 56.4% | 60.0% |
| 特定保健指導実施率 | 35.0% | 40.0% | 45.0% | 50.0% | 55.0% | 60.0% |