

保健師 ルポ



保健事業係の皆さん(筆者前列中央)

市民の健康を守るため みんなで一つにつながる輪

鹿児島市 国民健康保険課 保健事業係 主査(保健師) 井上 奈津美

つながる人・まち 彩りあふれる
躍動都市・かごしま

鹿児島市は、錦江湾をはさんで雄大な桜島を含んだ、東西約33km、南北約51kmの風光明媚な都市です。

人口は年々減少し、現在約58万人、高齢化率は28・9%となっています。このような人口減少・少子高齢化が問題となっている今こそ、地域でのふれあいや支えあい、事業者や鹿児島に思いを寄せる人との連携・交流など、人やまちの多様な「つながり」を大切にし、それを深めていくことで人もまちも躍動する都市の創造を目指しています。

本市の国保保健事業について、市内には10か所の保健センターがあり、密に連携を取りながら事業を展開しています。国民健康保険課では平成19年に特定健診がはじまる準備として、保健師1人を配置し、令和2年度からは保健事業係を創設し、特定健診の受診率向上や生活習慣病の重症化予防など、被保険者の健康増進や医療費適正化への取り組みをさらに強化しています。現



雄大な桜島を望む
『桜島』溶岩なぎさ公園足湯』

在は、係長を含む常勤保健師5人、事務1人、保健指導員3人、事務補助員1人の計10人の係となっています。

鹿児島市国保の現状

人口減少に伴い、本市国民健康保険の被保険者数も年々減少しており、現在約11万人。一人当たり医療費は45・8万円、同規模保険者(中核市・特別区)の35・8万円と比較して約10万円も高く、特に総医療費に占める入院医療費の割合が高いこと(同規模保険者比較3位)、伸び率が顕著であることが課題となっています。

平成20年に特定健診・特定保健指導を開始して以降、メタボリックシンドロームをはじめとする生活習慣病重症化予防に焦点をあてた保健事業を展開しており、令和6年3月末には第三期データヘルス計画を策定しました。中長期目標疾患である、脳・心・腎疾患の総医療費に占める割合は、平成30年度と比較して、脳血管疾患、虚血性心疾患については減少しているものの、慢性腎不全(透析あり)については増加しています。そこで令和4年度の新規透析患者57人を分析したところ、基礎疾患に高血圧や糖尿病をもつ者、あるいは両方をもつ者が多く、またほとんどが健診未受診者であることが分かりました。このことから第三期データヘルス計画の優先的取組事項として、①特定健診の受診率向上、②人工透析の背景にある糖尿病、高血圧対策の強化を掲げています。

特定健診受診率向上を目指して

令和4年度の特定健診受診率は34.5%で、同規模保険者より2ポイントほど低く、近年受診率は伸び悩んでいる状況です。課題は、新規受診者の減少、不定期受診者の増加などで、また40～50代の受診率が15～20%台と低く、この若い世代に健診を受診してもらい、早期予防・早期発見を促していく必要があると考えており、対象者特性に応じた受診勧奨通知や登録薬局と連携した受診勧奨を行うなど、工夫を重ねているところです。

また平成26年からは30代の被保険者を対象に若年者健診をワンコイン(500円)で実施しています。健診を受ける機会の少ない若年層に健診受診をきっかけに健康への関心を高めてもらい、継続受診してもらおうことで特定健診受診にもつなげていきたいというねらいがあります。若年者健診を受診した方の中にも、既に血圧や血糖、脂質、肥満などの有所見者(約25%)があり、その方たちへの保健指導も行っています。

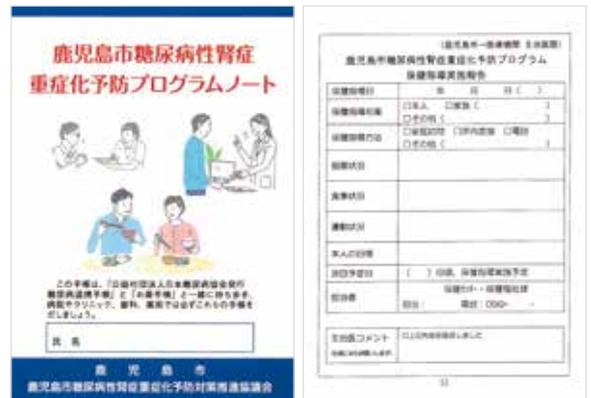
生活習慣病重症化予防の取り組み

本市は人工透析者率が同規模保険者の中でもワースト1位を継続しており、人工透析の原因疾患である糖尿病、高血圧症への取り組みを行っています。ここ数年で、脂質異常症はやや減少していますが、メタボリックシンドローム、糖尿病、高血圧の有所見者は増加して

います。このことから、特にHbA1c 6.5%以上、Ⅱ度高血圧以上の未治療者については、医療機関受診勧奨と生活習慣改善のための家庭訪問を実施しています。まずは医療機関を受診してもらおうことが必要ですが、同時に保健師や栄養士が体重管理や栄養、身体活動等の保健指導を行うことで将来の合併症進行抑制に寄与できると考えています。さらに重要な課題は有所見者の3～4割は翌年度健診を受診していないという現状があることです。保健指導と同時に、翌年度の健診を必ず受診してもらい、継続して経過をみていく必要性を伝えていくことで、受診率向上にもつなげていきたいと考えています。

糖尿病性腎症重症化予防

新規人工透析導入患者の原疾患となる糖尿病性腎症の重症化を予防し、新規患者の減少を目的として、令和元年に鹿児島市糖尿病性腎症重症化予防対策推進協議会を設置しました。糖尿病専門医、腎臓専門医、関係団体代表など現在23人の委員で構成しており、取り組み推進のための協議等を行っています。令和4年には、特定健診の結果から、かかりつけ医、糖尿病専門医、あるいは糖尿病内科と腎臓内科どちらも診療可能な基幹病院への受診を促す基準を設け、必要に応じて専門医への連携を行う病診連携体系を構築し、開始しています。また、本市独自の重症化予防プログラムノートを作成し、保健センターの保健師や管理栄養士などの専門職が



糖尿病性腎症重症化予防プログラムノート

かかりつけ医等と連携し、一人ひとりにあった生活習慣改善策などの保健指導を行う等、関係機関が連携してサポートしています。

また令和6年1月には、病診連携体系の周知を目的に、かかりつけ医向け情報交流会を開催しました。専門医4人とかかりつけ医2人をパネリストに迎え、ディスカッション形式で症例検討を行い、基幹病院や糖尿病専門医へ紹介するポイントやかかりつけ医での診療ポイントについて議論しました。事後のアンケートでは、ネットワーク体制の充実を期待する声や、保健指導については継続的に支援し、特に食事・減塩・家庭血圧測定方法・服薬コンプライアンスなどを指導してほしい、といった声が出されました。まだまだ多くの課題はありますが、今後ひとつひとつ解決しながら、

かかりつけ医の先生方、専門医の先生方、関係団体の皆様方と連携を図り、市民の健康を守るという同じ目的をもって保健事業を展開していきたいと考えています。

おわりに

今年度保健師が1人増え、日ごろからデータを囲んで話し合ったり、健診受診率向上のためのアイデアを出し合ったりするなど和気あいあいと話し合う時間を作ることができています。これからも市民の健康づくりに寄与できるよう、一丸となって取り組んでいきます。



かかりつけ医と連携した保健指導

