

# 愛媛県四国中央市 — #なんとかせないかん、～同じ目標に向かって～

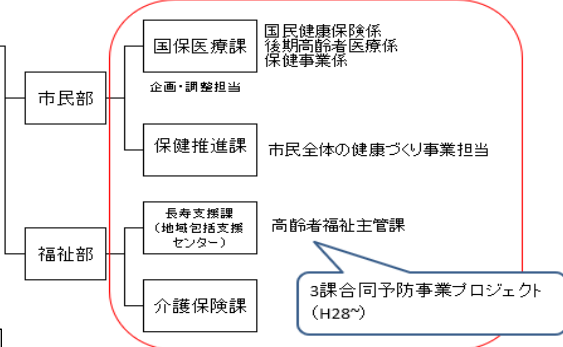
市の概況(令和4年4月1時点)		
人口	口	83,948人
高齢化率		33.3%
後期被保険者数		14,543人
日常生活圏域数		4圏域

## 実施体制

(令和4年4月1日現在)



3課合同予防事業プロジェクト



※令和3年度までは、「高齢介護課」で介護保険係と地域包括支援センターは同じ課であった。



四国中央市マスコット  
キャラクター  
しんちゅ

## 取組の経緯

- 平成28年度から、国民健康保険料・介護保険料の高さと、特定健診・がん検診の受診率の低さを問題視した関係3課（国保医療課、保健推進課、高齢介護課）の課長が、市民の健康寿命の延伸を共通目標とし、保健事業を効率的・効果的に実施するためプロジェクトを立ち上げ。モデル地区を選定し健診受診率向上を目指して介入。（プロジェクトは、幹部職員等による親会と専門職等の実働職員による作業部会で構成）
- 上記取組中に、事業評価や現状分析について難しさを感じていたところ、後期高齢者医療広域連合から本事業の話があった。取組中の事業そのものであること、KDBシステムを活用し客観的に現状分析ができることから、順調に事業実施に至った。

## 企画調整・関係機関との連携

- 企画調整**  
地域の健康課題は、高血圧、心臓病、認知症の有病率が国と県より高く、また、重度化してから受診している傾向があること。令和3年度からは関係3課で「高血圧ゼロのしこちゅ〜まちづくりプロジェクト」を開始し、全市的に高血圧予防に取り組んでいる。
- 庁内連携**  
予防事業推進プロジェクト会議（年2回程度）及び作業部会（年に3回）を定期的開催。重点取組内容を各課の事業に取り入れられたり、協働で実施したりしている。
- 医療関係団体等との連携**  
医師会、歯科医師会、四国中央市社会福祉協議会と連携。特に、糖尿病性腎症重症化予防においては、かかりつけ医からの指示書を元に保健指導を実施、終了後には報告書を主治医に送付するなど密に連携を図っている。

## ハイリスクアプローチ

- 糖尿病性腎症重症化予防**  
健診結果から対象者を抽出し、かかりつけ医の指示書をもとに保健指導。指導中は糖尿病連携手帳を活用し、指導終了後に主治医宛に報告書送付。
- 健康状態不明者把握**  
過去1年間で健診・医療・介護の情報がない方（75～80歳）に個別訪問。マンパワーの影響を受けるので、今後、効果的な介入対象者の選定について協議が必要となる。
- その他の生活習慣病等重症化予防**  
後期健診にて血圧II度以上等の要件を満たす方に医療機関への受診勧奨通知を送付。3か月後にレセプトを確認し、必要に応じて保健師・管理栄養士が保健指導を実施。市作成の血圧記録表やチラシを同封し受診勧奨。
- 栄養指導**  
健診結果等から抽出し、保健指導を実施。必要時かかりつけ医と連携。メタボ対策の生活習慣から、フレイル予防への意識転換を促している。

## ポピュレーションアプローチ

- 健康教育・相談**
- フレイル状態の把握**  
通いの場において生活習慣病と介護の関係性に着目した作成資料を用い健康教育を実施。後期高齢者の質問票等も実施し、健康状態や低栄養等のフレイル状況等を総合的に把握し、保健指導や相談を実施。
- 【工夫点】**  
資料に、本市の健康課題である高血圧がフレイルにつながることを明記。
- 【課題】**  
マンパワーや時間不足の問題もあるので、介入方法や時間を考察し、個別フォローがとれる体制も構築していく。



減塩ステッカー

# 愛媛県四国中央市

## 事業結果と評価概要（令和3年度結果）

		対象者数	参加者数	評価指標	状況（評価結果）
ハイリスクアプローチ	糖尿病性腎症重症化予防	21	21	医療機関への受診率 HbA1c、eGFRの数値の変化 対象者の生活改善に向けた意識変化	健診受診者が少ないため、対象者がほとんどないのが現状。
	健康状態不明者把握	97	87	実態把握件数 健診（歯科含む）を勧奨した人数 介護サービス（紹介含む）に繋いだ人数	訪問時に質問票を活用することで、スムーズな導入のきっかけとなった。
	その他の生活習慣病等重症化予防	41	41	医療機関受診率	通知後に受診している方は少ないが、その後の電話連絡にて、自宅での血圧測定をして、記録している方が多く、記録表の同封が効果的であると感じた。
	低栄養防止	11	9	介入前後でのBMIの維持、改善	指導をする中で、低栄養にも関わらず、生活習慣病予防のための食習慣を継続していることが分かり、フレイル予防に向けた、生活意識の変化を促すことができた。
ポピュレーションアプローチ	健康相談・健康教育	-	251	介入した通いの場の数 アンケートによる意識の変化	介入のための広報活動も、地域包括支援センターや社会福祉協議会の協力のおかげでスムーズに運べ、受け入れよく、介入数も増えた。また、アンケート結果にて、健康課題である高血圧の疾患とそれに伴う食生活の注意についての理解が深まったと思われる。
	フレイル状態の把握	-	235	介入した通いの場の数 地域包括支援センターへ繋いだ数	通いの場に来ている方は、主観的健康感も「よい」「まあよい」と感じている方が半数以上で、元気な方が多かった。質問票をチェックすることで、今まで、低栄養にも関わらず、メタボ予防の観点で取組をしていたことが分かり、フレイル予防へ向けた認識へ変えるよう促すことができた。

- 医療機関との連携にあたり、重症化予防の思いがある市と治療を行う医療機関との目線合わせをどのように進めていくかということも課題の一つ。
- 健康状態不明者把握は、事業を実施したことで初めて介入することができた人が多く、独居・認知症の症状がある方等を地域包括支援センターへ繋ぐことができた。
- 企画・調整等を担当する医療専門職がKDBシステムを用いて医療費や受診率、疾病等のデータから資料を作成し、事業を展開していく際の関係者への調整に活用しており、市や介入する地区の実態を見える化する工夫をしている。

## 課題・今後の展望

- 庁内連携が取れており、保健衛生部門・介護部門・国保部門がそれぞれの強みを生かして、市の健康課題解決という同じ目標に向かっている。
- ポピュレーションアプローチは順調であるが、ハイリスクアプローチとなると健診受診率の低さがあり、事業対象者が少ない。
- 今後は、受診率向上のため、ターゲットを絞って受診勧奨に力を入れていく。また、年齢による切れ目がなく事業実施ができるよう、さらに他部署や他機関との連携を図っていきたい。