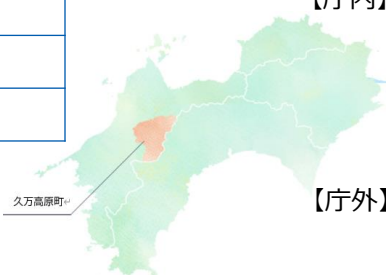


# 愛媛県久万高原町 ー老いも若きも無理なく体とところを守る久万高原町をめざしてー

町の概況 (令和5年3月31時点)	
人口	7,329人
高齢化率	49.67%
後期被保険者数	2,284人
日常生活圏域数	1圏域



## 実施体制

【庁内】

**住民課**  
※企画調整

- (国保年金班)
- ・事業会計、予算管理、後期の資格・給付業務
  - ・データ分析、健診受診勧奨と保健指導支援、健康講座

連携

**保健福祉課**

- 保健センター (保健推進班)
- ・集団健診実施、ハイリスク者保健指導等
- 地域包括支援センター (長寿介護班)
- ・介護予防事業

連携

【庁外】

町内医療機関・歯科医療機関

ハイリスク者の治療状況  
保健指導に係る情報共有

社会福祉協議会

通いの場の運営支援、  
健康状態不明者の実態把握



## 取組の経緯

- 健診受診率は県内で一番高く、健康に関心がある方が多い一方、健診結果を理解し、自分に合った健康づくり・介護予防を実践するための情報提供が不十分と考えていた。また、困りごとがあっても相談することを遠慮し、状態が悪化して初めて支援につながる傾向があった。
- 保健事業や介護予防事業に携わる専門職が慢性的に不足しており、両事業を少ない人員で効果的に行う必要性を感じ、一体的実施事業に取り組むこととした。

## 企画調整・関係機関との連携

- **庁内連携**  
一体的実施事業開始前から、町の健康づくり・食育推進計画に基づき、全庁的に町民の健康増進等を目的とした健康づくり・食育推進協議会を年1回開催している。加えて事業開始以降、毎年4月に国保年金班・保健推進班・長寿介護班で事業内容や進捗状況の確認、健康課題の共有を図っている。
- **医療関係団体等との連携**  
町立病院、郡医師会・郡歯科医師会、町内の薬局及び社会福祉協議会に保健師が出向き、町の健康課題や事業内容を説明。また、KDB等から分析した健康や介護に関するデータを提供し、各機関内でも共有していただいている。

## ハイリスクアプローチ

- **糖尿病性腎症重症化予防**
- **高血圧重症化予防**
- **低栄養予防**  
健診結果を確認し速やかに家庭訪問。対象者の意識づけ及びかかりつけ医との連携を図るために、糖尿病連携手帳や血圧手帳を用いている。同時に家族やケアマネジャー等も対象者の健康状態を確認するツールとして活用している。  
プログラムに沿った保健指導は「通院中」を理由に断られることが多いのが課題。断られた場合も、栄養改善が苦にならないよう指導方法や訪問頻度を工夫。在宅介護支援センター等への情報共有を行い、保健師、栄養士と共に家庭訪問を行い生活状況を確認する等の協力を得ており、生活を整える必要がある場合には、それに応じて必要なサービスを提供している。
- **健康状態不明者実態把握**  
毎月KDBから対象者を抽出。更に包括支援システム等を用いて対象者の状況を確認した上で、原則、在宅介護支援センター職員とともに家庭訪問により実態を把握。また、認知症地域支援推進員連絡会に年2回程度参加し、情報交換や支援経過の確認を行っている。

## ポピュレーションアプローチ

- **昭和生まれのための健康講座**  
百歳体操やサロン活動等を行っている通いの場にて、フレイル予防に関する知識の普及啓発を行っている。講座内容について通いの場ごとに、通いの場リーダー、地域包括支援センターや在宅介護支援センター職員と共に検討。各地域の集落支援員※には参加の呼びかけを行ってもらっている。講座受講者は歯科口腔健診の申込みを行うなどの行動変容がみられている。  
後期高齢者の質問票については経年的に評価し、一人ひとりに合わせた保健指導を行っている。  
(※集落支援員：総務省HP参照)



# 愛媛県久万高原町－老いも若きも無理なく体とところを守る久万高原町をめざして－

## 事業結果と評価概要（令和4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	2人	2人	①医療機関受診率 ②HbA1cの改善	①100% ②数値の改善については次年度健診にて確認
	その他（高血圧）重症化予防	13人	13人	①医療機関受診率 ②血圧の改善	①服薬開始46.7% ②血圧改善77.8%（7名）
	低栄養予防	8人	8人	①体重の維持・増加 ②生活状況の改善・ 目標達成人数	参加者のうち、令和4年度中に評価まで終えた2名 ①体重増加（平均2.8kg） ②生活改善あり
	健康状態不明者実態把握	28人	23人	①不明者把握人数 ②フレイル状態の改善 ③医療・サービスに つながった人数	①28人 ②高齢者の質問票を回収できた7名中、フレイル状態の2名に保健指導を行った。 ③15人
ポピュレーションアプローチ	昭和生まれのための健康講座	-	113人 (実人数)	①実施箇所数 ②参加者数 ③フレイルの改善	①通いの場8会場（延べ20回） ②延べ133名 ③高齢者の質問票88名回収。運動・口腔・栄養に着目すると、改善された方が多い。

・健診受診率が高いのが特徴（令和4年度41.4%、県平均14.4%）。平成16年の4町村合併前から旧3村では送迎車を出し健診受診を支援、現在も継続。医療機関での個別健診も多い。後期高齢者健診や歯科口腔健診の受診勧奨については、①前年度2月に受診案内送付、②広報やポスターの掲示、③医療機関を個別訪問し受診勧奨協力の依頼、④10月の集団健診終了後、未受診者に受診券を一斉送付し個別健診受診勧奨、⑤Webや電話による受診申込受付を行うといった流れで実施している。

・国保データヘルス計画は、国保部門が策定しているが、一体的実施の担当者と共有・連携することで、国保から後期へ連続して効果的に保健事業に取り組めるようにしている。

・ハイリスクアプローチについて、事例検討や研修参加の機会を確保し、保健指導の質の向上に取り組んでいる。

## 課題・今後の展望

- ハイリスクアプローチについては、年代に合った健康づくりや介護予防のための取組みを行う必要性を感じており、健診受診率の更なる向上や健診結果に基づく保健指導の充実を図りたい。
- ポピュレーションアプローチについては、若い世代も巻き込み、自分に合った運動や食生活の改善など楽しみながら取り組めるよう、環境整備も含め検討したい。
- これまでは情報交換や協議をその都度行うスタイルだったが、今後は町の保健事業の仕組みを整えPDCAサイクルに沿った展開ができるようにしたい。