

かほく市における高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

※令和5年度

○事業3年目。事業2年目から企画・調整担当は保険医療課へ変更し、健康福祉部3課協働体制で実施。
かほくプラチナ筋力アップ体操（百歳体操）による通いの場を中心とした地域支援事業の中でのフレイル対策を継続実施。ハイリスクアプローチとして生活習慣病重症化リスク該当者への個別支援を継続実施。

日常生活で手軽に！

**フレイル
予防**

広報かほくに連載

必要に応じて随時開催の他、年2回広域連合との協議の場を設定

保険医療課【後期・国保】
★企画・調整担当（専従）
○広域連合・国保連合会との連絡調整

市の概況（令和5年3月31日時点）

人	口	35,940人
高	齢	化
率		28.7%
後	期	被
保	険	者
数		5,778人
後	期	健
診	受	診
率	(R4)	52.3%

実施体制

【河北都市医師会などの医療関係団体】

- かかりつけ医との連携強化
- 事業全体等への助言
- 通いの場への参加勧奨

長寿介護課【介護】

- 通いの場、一般介護予防事業
- 高齢者支援センターとの共有
- 地域で活動する医療専門職

連携

庁内連携

健康福祉課【保健】

- 長寿健診
- ・特定健診
- ・特定保健指導
- 地域で活動する医療専門職

広域連合

- R5.6.6 意見交換会
- R5.8.30 推進会議
- R5.10.30 研修会

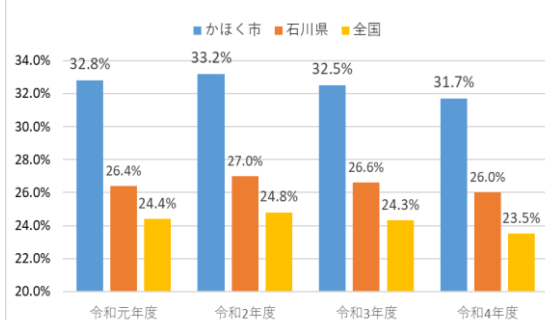
企画・調整等

○KDBシステムの活用

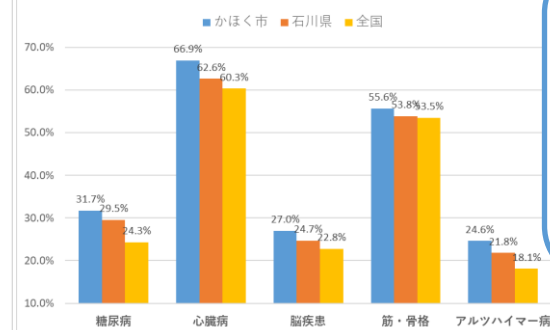
- ・地域の全体像の把握帳票を中心に国・県・同規模を比較し、地域の健康課題を把握
- ・健康課題に対し、要医療未受診者対策、生活習慣病重症化予防対策、健康状態不明者把握、フレイル対策を中心に実施

かほく市の地域の健康課題の分析

【後期】健診受診者に占めるBMI25以上の割合



要介護者の有病状況（令和4年度）



健診受診者に占める肥満者割合、非肥満高血糖割合や、要介護認定者の有病状況のうち、糖尿病、心臓病、脳疾患、筋・骨格、アルツハイマー病が国・県に比べて高い状況です。



高齢者を取り巻く現状と健康課題など

- 健診受診者に占める肥満者の割合は、減少傾向にあるものの、国保・後期とも国・県に比べて高い。特に女性の肥満割合が高い。
- 後期質問票でほとんど噛めない者（2.3%）の割合が国・県より高い。
- 後期健診受診者に占める有所見者の割合は、血糖+脂質3.9%（前年度比+0.6%）、血糖+脂質1.9%（前年度比+0.5%）が増加傾向。
- 後期高齢者の医療費分析において、外来・入院とも循環器疾患が最も高い。（外来：20.7%、入院：22.9%）
- 要介護認定者の有病率では、糖尿病、心臓病、脳疾患、筋・骨格、アルツハイマー病が国・県に比べて高い。

ポピュレーションアプローチ

○その他複合的取組

体操グループにフレイル予防や高血圧等に関する教育や相談を実施。

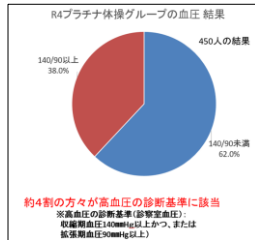
○フレイル状態の把握

体操グループにおける体力測定・基本チェックリストの判定結果から、フレイル状態の可能性のある者に対し適切な支援につなげる。

体操グループの活動の様子



立ち上げ支援、継続支援をはじめ、サポーター養成講座、サポーター継続支援の実施により、重層的に活動をサポート。長期欠席者は、サポーターからの連絡を受け、看護師等が訪問等による状況把握を行い、必要な支援につなげています。



かほく市の健康課題や体操グループの血圧測定結果についてお伝えしました。

かほくプラチナ筋力アップ体操



ケーブルテレビで毎日午前9時～放送中

広報かほくで連載



ハイリスクアプローチ【かかりつけ医との連携強化】

①・②は前年75～79歳の要介護認定者を除く

①糖尿病性腎症等重症化予防（重症化予防） 44人

【内訳】・重症化予防（糖尿病フレイル合併）43人

・重症化予防（腎症・CKD）1人

②その他の生活習慣病重症化予防（受診勧奨）

血糖・血圧コントロール不良かつ1年間未受診16人

③健康状態不明者把握【地域支援事業にて実施】

健診・医療・介護サービスの利用なし24人

【課題に対する取組】

生活習慣病重症化リスクに複数該当する者を対象

○糖尿病性腎症重症化予防

○その他の生活習慣病重症化予防

○健康状態不明者等の把握 ※長寿介護課事業

紹介状

（河北地区糖尿病発症・重症化予防ネットワーク協議会にて協議作成）

【かかりつけ医との連携強化】

・紹介状作成（国保の仕組みを利用）



【課題の明確化】

- ・要医療未受診者対策
- ・糖尿病重症化予防
- ・糖尿病性腎症重症化予防
- ・循環器疾患重症化予防
- ・健康状態不明者の把握
- ・フレイル予防

前年度の課題を踏まえた現在の取組

○フレイル予防を広報連載（R4～）

○フレイル予防の個別支援（R4～）

○他課・医療機関等と連携した事業周知と周知内容の工夫

令和5年度の事業結果と評価概要

		対象者	参加者	評価指標	評価実績
ハイリスク アプローチ	糖尿病性腎症 重症化予防	55人	44人	①対象者への介入率〔目標80%〕 ②介入前後の検査値変動（体重、血圧等）または生活習慣 改善有無〔目標維持改善率60%〕 ③対象者のうち、受診、治療状況の把握等につながった人	①介入 44人（80.0%） ②改善 10人（18.1%） 維持 22人（40.3%） 悪化 5人（9.1%） ③つながった15人（27.3%）
	その他の生活習慣病 等重症化予防	15人	15人	医師との連携による治療状況〔目標80%〕	100.0% 治療開始6・専門医紹介3・経過 観察6
		16人	16人	対象者への介入率〔目標80%〕	介入 16人（100.0%） 改善4・維持10・悪化1・不明1 治療につながった4
	健康状態不明者	25人	24人	健康状態不明者のうち訪問等で状況確認できた割合	96.0%
ポピュレーション アプローチ	健康教育・健康相談	43 グループ	597人	①実施回数・参加者数 ②介入前後の生活習慣改善有無〔目標・維持改善率60%〕	①41か所（95.3%）81回597人 ②R4:61.3%/R5:70.9%
	フレイル状態の把握	20人	13人	体力測定で虚弱状態の方、不参加となっている方への介入	65.0%

- ・医療機関との連携により、治療状況の把握につながった。
- ・早めに訪問対象者を選定することで、健診前(健診勧奨含む)に訪問できるよう取り組むことができた。ただし、何回訪問しても不在で介入できない方もいるため、その対策を検討する必要があると感じている。
- ・訪問の際、高齢者支援センターとの連携が必要なケースが多いため、事前に情報を共有し訪問することができた。
- ・引き続き、広報連載等により広く普及啓発を図ることで、事業への理解を促進し一定程度の理解を得ることができた。

事業の広がり

健康づくり推進協議会で重症化した事例紹介

※活発な意見交換ができました



事例を活用した資料なら興味を持つのではないかな。

事例が興味深かった。

まるで病気のロードマップ。
免許更新で事故のビデオを見て
いる様だった。

肥満⇒生活習慣病⇒ペースメーカー心臓・選択となつたさん。						
少しくらい体重が重くても、自覚症状がないのが生活習慣病。必要な治療を受けない状態や、治療しても血圧や脂質、血糖などが悪い状態が続くと、血管が詰まり始め、重症化が進みます。						
幼年期	少年期	青年期	40歳代	50歳代	60歳代	70歳代
小学生～肥満						
			45歳	糖尿病		
			55歳	脂質異常症		
			60歳	高血圧		
			70歳	ペースメーカー心臓・選択		
太り始める	運動習慣なし	20歳から10%増加	膝痛・腰痛・首肩神経痛	食べた後も太る	ペースメーカー心臓・選択	
	歩行速度遅い	高血糖	低血糖出現	食味が濃いので、昼食が高い	スナック菓子、和菓子、洋菓子など、何でも食べる	
母：糖尿病	遅い	トータル20年	中年でメ	で、昼食が高い	アイスクリーム、ジュース常習	
父：高血圧	早い	不良にて	ジュース常習	よく眠れない	足の傷から穴が開き入院、ゴミ出しに行けない	
	遅い時間	食事指導		家の中で転倒		

人間ドック案内
や健診時等に資
料を配布し、生
活習慣病重症化
予防の周知を
行っています。

R5新規事業の結果

生活習慣病発症・重症化予防



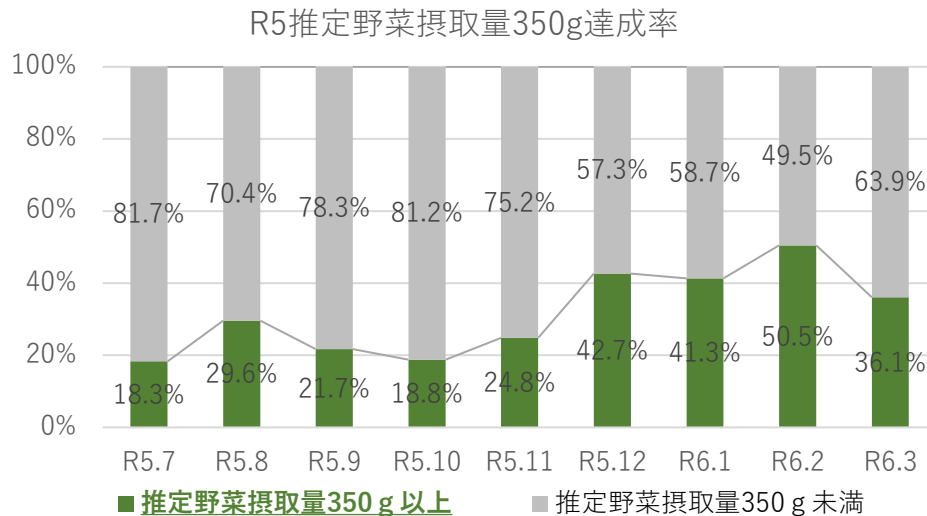
①ベジメータを活用

※ベジメータとは、皮膚カロテノイドを測定することで、日頃の野菜摂取状況を把握できる機器

自分の野菜摂取量を見える化し、食習慣の改善を図る。

令和5年度結果（初年度）

66会場 4,398名に測定した結果
平均ベジスコア369 推定野菜摂取量291 g でした。
目標の350 g に及ばない現状です。



※年度末に向けて、野菜摂取量が増加傾向にあります

歯周疾患検診の拡充（R5～）

【20・25・30・35・
40・45・50・55・
60・65・70・**76歳**】
歯周疾患検診
*下線部はR5年度拡充

②歯周疾患検診 R5年度
後期高齢者医療到達者76歳まで拡充

看護大との連携によるeスポーツ体験



③eスポーツ体験

外出機会の創出と高齢者等の交流や生きがいづくりを促す

3会場 49名に実施
看護大学との共催事業で実施
※令和6年度引き続き、効果検証を行う