



珠州市 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施について

市の花・鳥・ゆるキャラ



椿



うぐいす



みつけたろう

【概況】

- ・人口：12,021人（R6.4.1現在）
- ・高齢化率：51.78％（R6.4.1現在）
- ・後期被保険者数：3,840人（R6.4.1現在）
- ・高齢者独居世帯割合：21.5％
（R2年国勢調査）
- ・日常生活圏域：1

【体制】

- ・市民課：健診事業、データヘルス計画主管課
- ・福祉課：地域包括ケア推進室：企画・調整、重症化予防
通いの場支援、一般介護予防
高齢者支援係：介護保険計画、高齢者福祉計画
健康増進センター：疾病予防、重症化予防
- ※年25回連絡会を開催（うち2回は広域連合も参加）
広域との協議の場等R5.6.6 意見交換会 R5.8.30 上記2回 R5.10.30会議

【関係機関】

- ・能登北部医師会
- ・珠洲鳳珠歯科医師会
- ・珠州市総合病院
- ・すず糖尿病対策検討会
- ・地域包括支援センター 他

【後期高齢者を取り巻く現状と健康課題など】

- ・医療：1人あたり医療費（R5年度）について、外来は県内で最も低く、入院は県内で4番目に低い。国・県・同規模平均と比較すると、外来は各平均よりも低く、入院は国平均よりも高いが、県・同規模平均より低い。また、筋骨格系疾患、慢性腎臓病(透析有)にかかる医療費割合が高い(R5年度)。
- ・介護：R4年度の要介護認定率は18.4%で県内4番目に高く、全国平均19.0%よりも低く、県平均17.9%よりも高い。避難生活によるADL低下等から要介護認定率が上昇している。
- ・保健：本市の後期高齢者健診受診率は21.3%であり、国平均22.8%、県平均29.7%と比較して低いが、同規模平均19.7%よりも高い。

【企画・調整等】

- 企画調整専門職：専従（保健師）
配置課室…福祉課地域包括ケア推進室
- ①かかりつけ医との連携
…会議等で健康課題と事業概要を共有し助言あり。
 - ②糖尿病対策会議との連携
…県・市糖尿病対策会議に参加。
 - ③第三者評価について
…郡市医師会、市総合病院、石川県理学療法士会、広域連合等から評価・助言あり。
 - ④本市上位計画と当事業の関係性
…広域様式を次頁以降に添付
 - ⑤社会資源等や既存事業の整理
…作成資料を次頁以降に添付
 - ⑥庁内外関係者や広域連合等との協議の場
…適宜開催。【一部抜粋】R5.6.6県内企画調整担当者意見交換会、R5.8.30広域連合・保険担当課との会議（事業進捗状況確認・助言）、R6.3.18広域連合・石川県理学療法士会との事業報告会

【ハイレスクアプローチ】

①健康状態不明者の把握

- 対象者：**R4年度健診未受診者で、R5.8月時点で要介護認定がなく、かつR5.4～R6.6月に医療受診歴がない者
- 方法：**訪問にて健康状態・心身機能・生活状況を把握。必要時健診・医療・通いの場につなぐ。
- 評価指標：**訪問した者のうちリスク有の人数と割合、健診・医療・通いの場につながった人数と割合

②糖尿病性腎症重症化予防

- 対象者：**R5年度健診結果において、HbA1c7.0以上の糖尿病未治療者・治療中断者及び80歳未満のHbA1c7.5以上の糖尿病治療中者
- 方法：**訪問による保健指導。検査データや生活状況を確認し、本人とともに目標設定。
- 評価指標：**介入前後の検査値の変化、訪問回数・指導実施割合
生活習慣の改善状況

③生活習慣病重症化予防（高血圧）

- 対象者：**通いの場にて収縮期血圧160以上もしくは拡張期血圧100以上が2回以上あった者
- 方法：**訪問による保健指導。検査データや生活状況を確認し、本人とともに目標設定。適宜時、血圧計を貸し出し、必要時医療機関へ受診勧奨。
- 評価指標：**介入前後の検査値の変化、訪問回数・指導実施割合
生活習慣の改善状況

【ポピュレーションアプローチ】

健康教育・健康相談

- ①シルバーリハビリ体操普及啓発事業（県PT会へ委託）
- ②フレイル学習会
- ③高血圧学習会

- 方法：**①一指導士養成講習会の開催。地域での教室開催におけるサポート、指導士のフォロー
②フレイル予防ラリーを作成。通いの場におけるラリーを用いた教室開催。
③通いの場における教室開催。

- 評価指標：**・教室の開催回数と参加者数
・参加者の感想、意見
・保健・医療・介護等のサービス利用に繋がった人数と割合等

フレイル状態の把握

- 方法：**公民館にて体組成測定会を開催。保健担当係と協働。
評価指標：教室の開催回数と参加者数、参加者の反応と感想、教室内容の理解度、保健・医療・介護等のサービス利用に繋がった人数と割合、個々の状態変化

珠洲市 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業（ハイリスクアプローチ）【５年度実績】

取組区分	アウトプット			アウトカム			
	抽出者数	介入者※数	介入率	計画		実績	
				評価指標	評価時期	結果	課題・改善方策
糖尿病性腎症重症化予防	2	1	50.0%	①介入前後の検査値の変化（維持・改善・悪化） ②訪問回数・指導実施割合 ③生活習慣の改善状況（維持・改善・悪化）等	①② 令和６年３月 ③ 令和７年３月	①改善・維持0名、悪化１名 ②訪問回数１回、指導実施割合５０％ １名は健診にてHbA1c6.9％（未治療）受診勧奨値に至らなかったが、生活習慣改善を促すため訪問。生活習慣に関する保健指導を実施し、次年度の健診受診を勧めた。 １名は健診にてHbA1c9.0（治療中）。面談の約束で電話すると、予約なし希望で市役所寄った際に声をかけるとの返答。その後窓口来所あったが、保健師不在で面談できず。電話にて再予約するも遠慮。次回来所時となったが、その後来所なし。すずかけカンファレンスにおいて検査値確認を継続。 HbA1c7.0以上未治療者は０名。	（課題） ・特定健診時にも何度か面談歴あり、医療機関からの保健指導もあるなかで、指導内容が予測できるため、面談を敬遠されていると考えられる。本人が求める情報に応じた指導内容が課題。 （改善方策） ・状況に応じて次年度も関わりを継続。医療機関からも情報収集しながら、一度面談を行い、本人が必要とする情報や気になっている事等から保健指導を実施していく。 ・状況に応じて次年度健診開始時に受診勧奨を行い、検査データを確認する。
その他の重症化予防	28	5	17.9%	①介入前後の血圧値の変化（維持・改善・悪化） ②訪問回数・指導実施割合 ③生活習慣の改善状況（維持・改善・悪化）等 ④医療機関の受診につながった者の割合	②④ 令和６年３月 ①③ 令和７年３月	②訪問５名（心電図の受診勧奨３名、カリウム高値１名、低血圧１名）、指導実施割合：17.9％ 電話のみ：健診にて血圧が178/109であった者へ訪問の電話予約をした際に情報収集。別件で近医受診済み。家庭血圧測定を勧められたが、再診の必要性はなしと言われたとのこと。訪問は拒否。電話にて生活習慣のアドバイス実施。 ④３名中３名 受診勧奨は健診にて心電図が「異常」判定（心房細動１名、心筋障害の疑い１名、第１房室ブロック１名）だった者に実施。	（課題） 年明けに通いの場で血圧高値であった２７名への訪問を考えていたが実施できず。 （改善方策） 震災後の生活状況の把握や孤立防止を兼ね、次年度状況に応じて個別訪問し状況把握を行う。
健康状態不明者	75	62	82.7%	①訪問実施した内のリスク保有者の人数・割合 ②サービス利用に至った経緯と利用サービスの詳細	①② 令和６年３月	①要フォロー者17名/訪問者62人（27.4％） ②健診受診勧奨2名→受診済み0名（0％） 医療機関受診勧奨１名→受診済み0名（0％） 介護申請・他サービス利用勧奨 0名 継続見守り 14名	（課題） 健診・医療への受診勧奨行っても受診行動につなぐりにくい。 （改善方策） 継続フォローし、情報提供。

珠州市 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業（ポピュレーションアプローチ）【５年度実績】

取組区分	アウトプット			アウトカム			
	通いの場（予定）	通いの場（実績）	参加者数（累計）	計画		実績	
				評価指標	評価時期	結果	課題・改善方策
健康教育・健康相談	10	17	191	①教室の開催回数と参加者数 ②参加者の感想、意見 ③保健・医療・介護等のサービス利用に繋がった人数と割合	①②③ 令和６年３月	【シルバーリハビリ体操普及啓発事業】 ①１３回、実２５名、延９１名 ②「できるだけ要介護状態にならない様に自助・互助の努力をすることやたとえ介護を受けるようになってでもできるだけ進行を抑え、最期まで人間らしくあるように努力しなければいけないことがわかり良かった。」「地域の事、自分の事、色々考える時間になった。」「家族、地域のために役立てるように、歳を重ねても生き生きと元気で過ごせるように努力していきたい。」 ③医療介護等サービス勸奨者：なし 【高血圧学習会】 どの会場も参加者の７～８割が家庭血圧を測定していた。 ①８か所、実８０名 ②「主治医から塩分を控えるよう言われているので聞くことができてよかった」「買った血圧計をまた出して使ってみたい」「手首の血圧計でも大丈夫か」「夏は塩分をとれと言うが積極的にとればいいのか」「この年になったら高くてもいい。気にしていられない」「朝測る時はトイレに行った後の方がいいとわかった」「練り物には塩分が意外と多いとわかった」「血圧計を巻く強さがよくわからなかったから聞けてよかった」 ③戸別訪問ができず、確認できなかった 【フレイル学習会】 フレイルの普及啓発と予防活動の継続のためにフレイル予防ラリーを作成。フレイルに関する基礎知識の学習会と予防ラリーの実施方法について説明を実施した。身体面だけでなく、栄養や社会面も大切であることが伝わったと考える。 ①２か所、実２０名 ②「フレイルという言葉は覚えた」「今後も気を付けたい」「ここに来てしゃべったから社会的フレイルは大丈夫。」「今日は運動して話したから、「運動」と「社会参加」で２個は塗れる。あとは食事や。何食べればいいのか。（評価について） ・実施した予防ラリーを提出してもらうことで健康ポイントを付与し、実施・提出率を上げること考えた。実施内容を評価し、運動・栄養・社会のうち、どの項目が実施しやすく、どの項目が実施率が低いのか評価予定であった。だが、震災により実施者が継続困難となり、評価も困難となった。１名のみ提出があり、運動：栄養：社会参加の実施割合は24：32：34で、やや運動が低かった。 ③継続実施困難のため、確認できなかった	【シルバーリハビリ体操普及啓発事業】（課題） 新たな通いの場が複数誕生して継続実施されていたが、震災によりそのほとんどが中止となった。指導士自身も被災し、生活環境が変化し市外に避難する指導士もいるなかで、コミュニティや生活再建の課題もあり、事業の継続と再編が課題。地域づくりも念頭においた検討が必要。（改善方策） 地域のコミュニティづくりのなかで、健康課題を地域住民と共有しながら、方向性を検討する。 【高血圧学習会】（課題） 学習会実施後に血圧高値の参加者への個別訪問予定だったが、実施できなかった。（改善方策） ポピュレーションアプローチとハイレスクアプローチをつなげて実施する。 【フレイル学習会】 ・一定期間の継続が、今後の継続につながると考え、予防ラリーという媒体を作成した。運動・栄養・社会のうち、どの項目が実施しやすく、どの項目が実施率が低いのかについては、評価できなかった。
把握	20	10	127	上記①～③に加え ③教室内容の理解度 ⑤個々の状態変化	①②③④⑤ 令和６年３月	①１０か所、計１２７名 ②・家で口体操をやると思う、・しゃべることも大事 ③教室後に質問もあり、内容は理解できたようであった ④医療介護等サービス勸奨者なし ⑤測定会を複数回できず、確認できなかった	（課題） 当初、冬の測定会（１・２月）を開催し、筋肉量等の体組成データを評価予定であったが、震災により開催できず状態変化は評価できていない。

主要計画一覧

珠洲市における「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施に関する主要計画一覧」(根拠・基本的な指針・考え方・課題など)

	市町の上位計画	※健康増進事業実施者として立案する計画(健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校保健法)				高齢者の衣食住等と関連すると考えられる市町計画・長期ビジョン	
	珠洲市第5次総合計画H18～27Ⅰ 第2期珠洲市まち・ひと・しごと創生総合戦略 R2.3月策定 (総合計画・長期進行計画等)	珠洲市健康づくり計画 いきいき珠洲21(第2次) (健康日本21・健康増進計画)	第2期珠洲市保健事業 実施計画(データヘルス計画) (特定健康診査等実施計画)	第2期珠洲市保健事業 実施計画 (データヘルス計画)	珠洲市高齢者福祉プラン 第9次珠洲市老人福祉計画・ 第8期珠洲市介護保険事業計画 (介護保険事業(支援)計画)	市町村の食育推進計画 第3次珠洲市食育計画(R2.3月策定) 上位計画は第2期珠洲市まち、ひと、しごと創生総合戦略	
根拠 法 等	地方自治法2011改正 市町村基本構想の策定義務廃止 H26.11月制定 まち・ひと・しごと創生総合戦略第10条 H26.12月閣議決定 まち・ひと・しごと創生戦略市町村基本 構想	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者※	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条	国民健康保険法 第82条	老人福祉計画・老人福祉法第20条の8 介護保険事業計画：介護保険法第116～118条 介護法第117条の6で一体に定めるよう規定 珠洲市まち・ひと・しごと創生総合戦略に位置づけ	食育基本法第18条	根拠 法 等
基 本 本 指 的 針	まち・ひと・しごと創生基本方針2019 R2以降の第2期総合戦略策定推進	厚生労働省 健康局 平成24年6月 国民の健康の増進の総合的な 推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 平成29年8月 特定健康診査及び特定保健指導の適切 かつ有効な実施を図るための基本的な指針	厚生労働省 保険局 平成28年6月 「国民健康保険法に基づく保健事業の 実施等に関する指針の一部改正」	厚生労働省 老健局 平成29年 介護保険事業に係る保険給付の円滑な 実施を確保するための基本的な指針		基 本 本 指 的 針
期 間 ・ 根 拠	市町村基本構想策定義務Ⅰ 2011法改正で策定義務廃止 R2～R6 5年間	法定 H25～R5年(第2次)	法定 H30～R5年(第3期)	指針 H30～R5年(第2期)	法定 R3～R5年(第8期)	H22年度～H26、H27年度～H31年度、 R 2年度～R 6年度(5年間)	根 拠 期 間
計 画 者 策	努力義務 H23.2～R2.3	都道府県：義務 市町村：努力義務	医療保険者	医療保険者	市町村：義務 都道府県：義務	市町村：努力義務 都道府県：努力義務	策 画 者
基 本 的 な 考 え 方	※市民や市に関わる多様な人々に共有するまちづくりのナイス ・産業や生活環境、福祉・健康、教育・文化等、地域づくり全般の 施策の方向性、概ね10年間の取り組みをべき重点課題や事業メ ー ・施策推進の達成目標や役割等 市の共通目標設定。 まちづくり総合指針 (以下は関連項目中心に一部抜粋) 【指針1】だれもが生き活きと暮らせるまち ① 健康寿命の延伸と地域包括ケアの充実 ・健康意識の高まり、介護予防事業拠点数増加 →目標達成率、特定受診率93% 介護予防地点111% ・認知症サポーター数、公民館主催事業数の増加 →目標達成率サポーター数93%、開催回数118% ② 誰もが安心して暮らせる医療・福祉の充実 ③ 公民館を拠点とする地域力の強化 【指針2】ふるさとと未来を育むまち ①～③ 子ども・青少年関連 【指針3】人をひきつける魅力あるまち ①～⑤ 里山里海、芸術、大学連携、移住・定住関連 【指針4】みんなが活躍できる活力あるまち ①～③ 産業振興、人口拡大、起業創業等雇用創出関連 【指針5】幸せを感じられるまちの基盤づくり ①～③ 防災、公共施設整備、自治体運営関連	※栄養・食生活、身体活動・運動、休養・心の健康 づくり、たばこ、アルコール、歯の健康、生活習慣病 (生活習慣病の4大・慢性疾患)が中心の7領域 で課題を検討、市民意識を高め実践に繋がる よう「いきいき珠洲21」を策定。 ※病気の早期発見・早期治療及び生活習慣等の 予防対策充実を図り、生活の中で健康づくりが 実践できるよう情報提供や環境整備を推進。 基本目標(抜粋) ○糖尿病有病者の増加の抑制 (HbA1cNGSP値6.5以上の者の割合) 10.0(H25)→14.5(H29) ○運動習慣のある者の割合の増加 34.5%(H25)→32.8%(H30)	※生活習慣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や重症化を抑え、通院・入 院患者を減らし、国民生活の質の維持及び向上を図 つつ、医療費の増大(率)を抑制する。 ※特定健康診査は糖尿病等の生活習慣病の発症や重 症化予防を目的としてメタボリックシンドロームに着目 し、生活習慣改善のための特定保健指導を、必要とする 対象者を的確に抽出するために行う。	※生活習慣病対策や被保険者の自主的 健康増進及び疾病予防の取り組みについて、 保険者が、支援の中心となり、被保険者の 特性を踏まえた効果的かつ効率的な保健 事業の展開を目指す ※被保険者の健康の保持増進で、医療費適 正化及び保険者の財政基盤強化が図られ ることは保険者にとっても重要。	計画の基本理念 「だれもが生き活きと暮らせるまち」 高齢者の能力に応じた日常生活が営めるよう支援することや、要支援・要介護 状態の予防又は重症化予防が理念。 ◎高齢化の推移 令和2年10月1日現在の高齢化率は50.3%であり、令和22年には57.4%になる見 込み。特に75歳以上の後期高齢者の割合は令和2年28.6%だが、令和22年には 39.3%に増加する見込み。 ◎地区別状況 外浦地区は高齢化率が60%を超える地区があり、市中心部の地区と比べて20 ポイント高い。要介護認定率は地区ごとに大きな差はない。 ◎高齢者世帯状況 令和2年の高齢者の単身世帯割合は27.2%、令和22年には37.5%になる見込み。 令和2年の高齢者の単身世帯割合は27.2%、令和22年には37.5%になる見込み。 第1号被保険者数は年々減少傾向にある。要介護認定率は第1号被保険者数 と共に減少傾向にあったが、平成30年度から増加に転じている。後期高齢者数 が令和3年度以降増加することから認定者数も今後増加していく見込み。 ◎介護給付等対策サービスの現状と見込 通所介護、ショートステイ、訪問介護の給付費が居宅介護サービス費の約6割 を占めている。今後もこの傾向が続くと見込まれる。施設サービスについては、 適正規模の施設が整備されており、施設設備計画はない。	食育を総合的かつ計画的に推進するため策定 市民が食育の実践を通じて、豊かな人間性を育み、健康長寿による 活力あふれる地域社会実現目指し、第1次市食育推進計画目 標を引き継ぐ。 食育目標：里山里海で逞しく活き活き健康生活 ！ 食事づくり・里山里海・地域でのかかわりや食文化との出会いを 通して展開 基本理念 ①心身の健康増進と豊かな人間性を育む ② 食育を通したまちづくりの人材を育成する ③ 地産地消による産業や観光の振興を図る	基 本 的 な 考 え 方
対 象	居住する或いは関係する者のライフステージに応じて (乳幼児・青壮年・高齢期等)	ライフステージに応じて (乳幼児・青壮年・高齢期)	40歳～74歳	被保険者、高齢者割合が最高時期に、 高齢期迎える現在の青年期・壮年期世代、 小児期からの生活習慣づくり	1号被保険者：65歳以上 2号被保険者：40～64歳の特定疾病	居住する全住民 ライフステージに応じた対応 (乳幼児・青壮年・高齢期)	対 象
健 康 課 題 及 び 対 象 事 象 等	まちづくりのコンセプト 日本一幸せを感じられる珠洲市を目指して 安心して暮らせる活力ある珠洲市づくり 幸福度の高い地域社会を築くことにより、成熟化社会を迎える日本 において里山里海地域が目指すべき姿を国内外に示す ※幸福度の高いまちづくり ※交流人口、関係人口の増加 ※地域経済の活性化	○メタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群) ○肥満 ○糖尿病、糖尿病性腎症 ○高血圧、脂質異常症 ○がん ○慢性閉塞性肺疾患(COPD) ○ロコモティブシンドローム ○認知症 ○メタボヘルス	○メタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群) ○肥満 ○糖尿病、糖尿病性腎症 ○高血圧、脂質異常症 ○虚血性心疾患、脳血管疾患	○メタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群) ○肥満 ○糖尿病、糖尿病性腎症 ○高血圧等 ○虚血性心疾患、脳血管疾患	○転倒に不安を感じる高齢者の割合が高い ○外出頻度の低下や要介護認定の新規申請疾患の原因が骨・整形外科疾患 が上位を占めている ○高齢者世帯の増加 ○生活型・食生活の取組み進めるため、地域での活動の世話役の担い手となる人 材の育成	・三世帯家族の大幅減少 ・高齢独居・高齢夫婦のみ世帯数の増加 ・家庭内食文化の伝承困難 ・楽しく食卓を囲む機会の減少 ・死因：悪性新生物、心疾患、脳血管疾患など生活習慣病関連約 半数、H24とH29心疾患減少傾向。1位心疾患1、2位癌、3位肺 炎、4位不慮の事故 ・特定健診：男女HbA1c値6.5以上が7割、メタボ該当者と予備軍 の増加。血糖管理には食習慣が大きく関与する。	健康 課 題 及 び 対 象 事 象 等

事業名		内容
総合相談	福祉課・包括・ランチ	訪問・電話・来所
虐待・支援困難事例対応	15～20件	個別支援
権利擁護事業	成年後見制度等に関すること	市長申立等支援、中核機関
一般介護予防事業	運動器	高齢者通所事業（ばわふる）
		2コースの実施 社協委託
		男性介護予防教室（オヤジずむ）
		4～6回
	閉じこもり	百歳体操
		14会場 自主活動支援
		フットケア教室
		年40会場 アンサーール加藤委託
	認知症	シルバーリハビリ体操
		30時間講義 通いの場活動支援 PT会委託
		高齢者交流の場 いっぷく館
		9地区×12回 シルバー委託
	全 般	認知症予防(いきいき脳健康教室)
		5地区×20回 自主活動
		こころの健康づくり
		社協委託(包括ランチ) 10回
	全 般	フレイル予防講座
		社協委託(包括ランチ) 10回
		口腔機能向上講座
		社協委託(包括ランチ) 10回
	介護予防・生活支援事業 (第1号事業)	ふれあい講座（知って得する介護予防）
		年間10回程
		介護予防・生活支援サービス事業（第1号事業）
		審査会（包括定例会） 月2回 国保連合会との事務連絡
認知症施策総合推進事業		徘徊sosネットワークづくり推進
		認知症徘徊sosネットワーク(警察・消防)
		チームでの初期集中支援
		認知症ケア全般の推進 一部社協委託
在宅医療・介護連携事業		認知症サポーター養成講座
		認知症サポーターの養成
		協議会（すずらんの会）、すず糖尿病予防対策検討会、 介護事業所研修会、医師会合同研修会、包括・連携室定例会
		医師会・珠洲市総合病院との連携体制づくり
高齢者見守り事業		「ゆるやかな見守り」推進事業
		新聞・宅配・牛乳配達等とのネットワークづくり
		定期訪問 民生委員定例会、その他定期訪問必要者
		家庭訪問等にて支援、民協研修会
包括的・継続的支援事業		・高齢者安心手助け事業（ミニヘルパー）(初期アセスメント)
		急性期の家事支援 シルバー委託
		・お達者ですか訪問
		医療・介護未利用者訪問
生活支援体制整備事業		ケアマネ連絡会
		年6回 定例会・研修会の開催
		・社会福祉協議会（第2層）との連携
		モデル地区での支援体制構築 社協委託
任意事業		・社会資源（インフォーマルサービス）の整理と構築
		申請受付・モニタリングの確認・ケア会議調整
		配食サービス
		KDBシステム等からの現状分析
高齢者の保健事業と介護予防事業と一体的実施事業		事業の企画調整、庁内連携 等
		地域で個別支援
		ハイリスクアプローチ、ポピュレーションアプローチ
		ハイリスクアプローチ、ポピュレーションアプローチ
買い物支援推進事業	買い物支援推進事業補助金交付	交付申請受付、1年に1回の実施報告書の確認

利用可能な保健・医療・介護・福祉サービスや地域の社会資源など	意義・目的	頻度 (目安)	概要	利用料 など	問合せ先
後期高齢者健康診査	後期高齢者の生活習慣病の予防及び早期発見、早期治療、重症化予防	年1回	市が委託する医療機関 特定健康診査に準ずる	無料	市民課
相談窓口	介護等についての相談	随時	福祉課（地域包括ケア推進室、高齢者支援係） 地域包括支援センター長寿園、 地域包括支援センターブランチ（社協・珠洲市総合病院）	無料	
市内病院・診療所	疾病の検査・治療、健康診査	随時	珠洲市総合病院、あいずみクリニック、大貫眼科医院、小西医院、 田中クリニック、なかたに医院、みちした内科クリニック、		
市内歯科医院	歯・口腔の健康維持	随時	たかせ歯科医院、カーム歯科医院、中浜歯科医院、岡村歯科医院、 とね歯科医院		
通いの場	心身機能の維持・増進 閉じこもり予防と社会参加促進	月1回	いっぷく館：（場所）各公民館、（内容）手工芸・軽体操・ゲーム	弁当代実費	シルバー人材センター
		月2回	ぱわふる：（場所）各公民館、（内容）軽体操・脳トレ	弁当代実費	社協
		年1回程度	フットケア教室：（場所）各公民館・集会所、（内容）転倒予防体操・足もみ	無料	福祉課
		月1回	オヤジずむ：（場所）市内各地、（内容）男性限定・運動・脳トレ・料理教室	材料費等	福祉課
		週1回 10～2月	いきいき脳健康教室：（場所）各公民館・集会所、（内容）簡単な読み書き・計算・音読	1,000円	福祉課
		週1～2回	百歳体操：（場所）各公民館・集会所、（内容）体操・嚥下体操	無料	公民館 福祉課
		随時	介護予防講座：（場所）希望の場所、（内容）介護予防に関するミニ講座	無料	社協
		随時	ふれあい講座	無料	福祉課
食支援	栄養バランスのとれた食事提供と安否確認	会議で検討	珠洲市配食サービス事業	550～600円	福祉課
		随時	さきちゃん弁当（民間業者）	530～648円	事業所
	食品・日用品の配達	随時	ウェルシア珠洲店、珠洲食品館、大丸、コープいしかわ、ホームセンタームサシ珠洲店		各事業所
移動支援	社会参加の促進	随時	福祉バス運行事業		社協
	移動手段支援	随時	シルバー定期割引事業		北陸鉄道