

能登町の高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

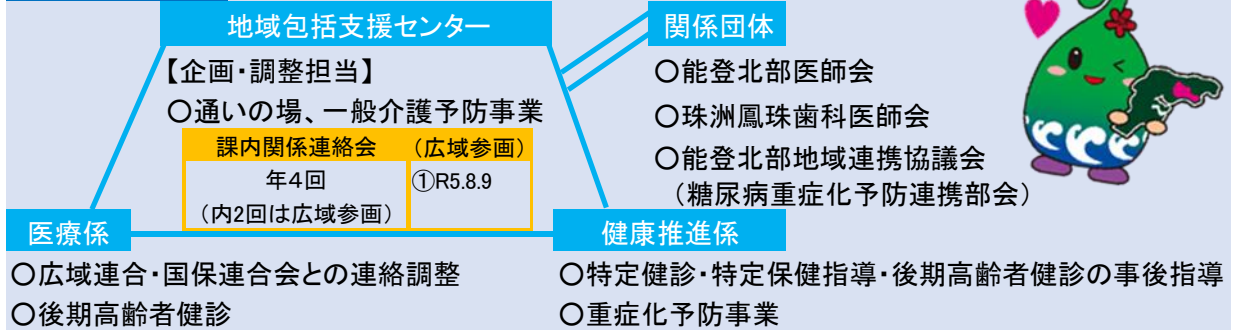
R5年度開始

町の概況(R6.4.1)

人口	14,776人	最大医療資源傷病名 R4	
高齢化率	50.7%	町	県
後期被保険者数	4,453人	1位 筋・骨格	がん 35.0% 25.6%
日常生活圏域数	3圏域	2位 がん	筋・骨格 23.2% 24.9%
		3位 糖尿病	精神 8.9% 9.2%

実施体制

健康福祉課内連携(健康福祉課内に連携が必要な係が集約)



現状と課題

- レセプト分析において脳血管治療者が多いことが課題であり、更に脳血管治療中で虚血性心疾患治療者、糖尿病治療者、高血圧治療者の割合が広域より高い。
- 総医療費は筋・骨疾患が一番高く、要介護者も3番目に筋・骨疾患が多い。また質問票においても運動・転倒の3項目全てが県平均より悪く、フレイル傾向にある者が多い。
- 健診受診率(R4)は12.3%と県平均29.4%より低い。(R6.2.14KDBより)
- 健診有所見者割合ではBMI、中性脂肪、ALT、non-HDL、という肥満因子がどれも県より高い。

企画・調整等

企画調整専門職:専従(健康福祉課内地域包括支援センター)

①かかりつけ医との連携等

取組の準備時と評価時にかかりつけ医に情報提供を行ったり助言を受ける。

②県等糖尿病対策会議との連携等

糖尿病対策推進会議に情報提供する他、県を通じて糖尿病推進会議に情報提供したり助言を受ける。

③第三者評価について

国民健康保険団体連合会に設置された保健事業支援・評価委員会の他、町の国保運営協議会や健康づくり対策推進協議会、介護保険運営協議会から支援や評価を受ける。

④町上記計画と当事業の関係性

⑤社会資源等や既存事業整理

次項に記載

⑥庁内外関係者連絡会の概要や広域連合等との協議の場について ➡上記体制に記載

ハイリスクアプローチ

①低栄養予防

対象者:健診結果より1)BMI18.5未満又は2)ヘモグロビン値:男)12.0g/dl以下女)11.0g/dl以下

方 法:初回に訪問や面接で目標立案。必要時受診勧奨。

6ヶ月後に目標達成状況確認、評価を実施。

評価指標: BMI、質問票の変化。翌年度健診でヘモグロビン値の変化を確認。

②重症化予防(糖尿病性腎症)

対象者:健診結果より1)eGFR40未満、尿蛋白(+)以上又は2)HbA1c7.0%以上、尿蛋白(+)以上

方 法:初回に訪問で目標立案。必要時受診勧奨。

6ヶ月後に目標達成状況確認、評価を実施。

評価指標: 受診した者、質問票や血圧の変化。翌年度健診でHbA1c、尿蛋白の変化を確認。

R5シルバーリハビリ体操指導士養成講座修了者



ポピュレーションアプローチ

①シルバーリハビリ体操指導士養成講習

対 象 者: 通いの場代表者、一般住民

方 法: 石川県理学療法士会へ委託

評価指標: 握力、BMI、血圧、質問票の変化等

②介護予防教室

対 象: 通いの場2会場

方 法: フレイル予防等4回コース

評価指標: 握力、BMI、血圧、質問票の変化等

能登町の高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施 R5年度実績

	取組区分	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	低栄養	20	—	①体重が減少した者 ②BMIが低下した者 ③ヘモグロビン値が上昇した者 ④質問票の健康状態が改善した者 ⑤質問票の生活習慣が改善した者	R6年度の健診結果等にて評価するため未
	糖尿病性腎症重症化予防	10	—	①医療機関受診につながった者 ②HbA1cが低下した者 ③尿蛋白が改善した者 ④質問票の健康状態が改善した者 ⑤質問票の生活習慣が改善した者 ⑥血圧が改善した者	同上
ポピュレーションアプローチ	その他の複合的取組「介護予防教室」	—	10	①体力測定(握力)が改善した者 ②BMI、血圧の異常値の者の減少 ③質問票の生活習慣該当者の減少 ④教室の実施回数及び参加率	①改善 4人(40%)、維持 0人、悪化 6人(60%) ②初回 BMI18.5未満 1人(10%)、25以上 4人(40%) 血圧Ⅱ度 1人(10%) 最終 BMI18.5未満 0人、 25以上 2人(20%) 血圧Ⅱ度 0人 ③栄養状態該当者8: 0人→0人 11: 0人→1人 運動機能該当者12: 9人→6人 13: 2人→2人 14: 5人→7人 口腔機能該当者9: 5人→4人 10: 5人→7人 11: 1人→2人 認知該当者15: 3人→1人 16: 1人→0人 ④教室実施状況 2会場×6回 全回参加した者の割合 50%
	その他の複合的取組「シルバーリハビリ体操指導士養成」	—	6	①体力測定(握力)が改善した者 ②BMI、血圧の異常値の者の減少 ③質問票の生活習慣該当者の減少 ④教室の実施回数及び参加率	①改善 1人(16.7%)、維持 0人、悪化 5人(83.3%) ②初回 BMI18.5未満 1人、25以上 2人(33.3%) 血圧Ⅱ度 1人、Ⅲ度 0人 最終 BMI18.5未満 1人、25以上 2人 血圧Ⅱ度 1人、Ⅲ度 1人 ③栄養状態該当者8: 1人→0人 11: 0人→2人 運動機能該当者12: 1人→1人 13: 1人→0人 14: 0人→0人 口腔機能該当者9: 1人→0人 10: 2人→1人 11: 0人→2人 認知該当者15: 0人→0人 16: 2人→2人 ④教室実施状況 1)養成講座1会場×6回 継続参加率 66.7%(4人/6人) 2)フォローアップ研修1会場×1回 参加率 83.3%(5人/6人) 3)通いの場支援2会場×1回 参加率50%(3人/6人)

◆事業における今後の展開

○ハイリスクアプローチについて

・一体的実施は3圏域で実施。ハイリスクアプローチの対象者が少ないため2事業を実施。評価が翌年の健診受診者となるため、まだ評価はできていないが、何とか健診を受けてもらえるように関わる予定。
ただし震災により遠方に行かれた方もいるので評価できる人は予定より減っている。残っている人で健診を受けていない人には早め早めに受診勧奨する予定。

○ポピュレーションアプローチについて

・介護予防教室は2圏域、シルバーリハビリ体操指導士の養成は3圏域で実施しているが、後者においては75歳以上の参加者が少ないため、R5年度は何とか評価ができた状態。75歳以上の参加者を増やすため、対象事業の見直し等検討していく。
・介護予防教室で受診勧奨をしたが、後期高齢者は「病院にかかっているから健診は受けない」という方が多かった。R6年度は初めてリコールを実施する予定にしていたが、震災の影響で実施できず、7年度は実施予定。

主要計画一覧

	市町の上位計画	(福祉・健康分野整合)	※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)			
	能登町第二次総合計画 第2期能登町創生総合戦略	第三次能登町地域福祉計画	能登町健康づくり計画 健康能登町21(第二次) (健康日本21・健康増進計画)	第2期能登町データヘルス計画		第10次能登町高齢者保健福祉計画・ 第9期能登町介護保険事業計画
計画期間	能登町第二次総合計画 H28～R7 (H28.3月策定) 第2期能登町創生総合戦略 R2～R6 (R2.3月策定)	R5～R9 (R5.3月策定)	H25～R6 (H25.3策定)	H30～R5 (H30.7策定)		R6～R8 (R6.3月策定)
根拠法等	地方自治法 まち・ひと・しごと創生法第10条 (H26.11月制定) まち・ひと・しごと総合戦略市町村基本構想 (H26.12月閣議決定)	社会福祉法 107条	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者※	国民健康保険法 第82条	高齢者の医療の確保に関する法律 第19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 まち・ひと・しごと総合戦略に位置づけ
基本的な考え方	基本目標 人をつなぎ、地域をつなぎ、未来へつなぐまちづくり ～人づくりが礎となる 未来への虹の架け橋づくり～ 施策の大綱 1. 自然環境との絆を大切にしたまちづくり 2. 誰もが住みよいと感じる地域が一体となったまちづくり 3. 地域の魅力を生かしたしごとづくり 4. 健康で心に豊かさを持てる人づくり 5. 地域を通して共に学び、まちの未来を担う人づくり 6. 地域の絆を深め、住み続けたいまちづくり 7. わかりやすい行財政と情報の共有によってつながるまちづくり	基本理念 みんながつながり支えあひながら、 しあわせに暮らせるまち 能登町 基本目標 1. ふれあい、支えあいの絆づくり 2. 健康で元気に活躍できるまちづくり 3. 安全・安心の暮らしづくり 4. 人にやさしい福祉のまちづくり	*生活習慣病(がん、循環器疾患、糖尿病、歯・口腔の健康)の予防のために、栄養・食生活、身体活動・運動、飲酒、喫煙、休養の5領域で課題を検討。町民意識を高め実践に繋がるよう「健康能登町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。	*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。	*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・入院患者を減らせるならば国民生活の質の維持及び向上を図りつつ、医療費増嵩(率)抑制が可能となる。 *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。	「だれもが生き生きと暮らせるまち」 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を理念。 目標1：利用者自立支援の介護保険サービスの安定提供 目標2：健やかな等自立・安全安心な生活支援 目標3：共生社会に向けた地域包括ケアシステムの整備 現状：高齢化の推移・地域別状況・高齢世帯状況 未来： ◎介護サービス給付見込等の推計 被保険者数、要介護・要支援認定数、施設・居住系サービスの利用者数、介護給付費等及び給付費財源、1・2号保険料 ◎介護給付等対象サービスの現状と見込
対象	全町民	全町民	全町民	被保険者全員 特に高齢者の割合が高くなる時期に高齢期を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	40歳～74歳	1号被保険者：65歳以上 2号被保険者：40～64歳の特定疾病
対象事象・課題など	課題 ○健康で心に豊かさを持てる人づくり 1. 住民が安心して暮らせる医療体制の充実 2. 住民の健康維持・増進につながる取組の推進 3. 地域で安心して出産・子育てできる支援の充実 4. 高齢者が元気に暮らせる高齢者福祉の向上 5. 地域で助けあって暮らせる地域福祉の向上 6. 自立を支える障がい者福祉の向上 7. 住民の生活を支える社会保障の向上	1. ふれあい、支えあいの絆づくり 1) 町民同士の交流・ふれあいの促進 2) 地域コミュニティの活性化・居場所づくり 3) 孤立させない地域づくり 4) 地域ぐるみの子育て支援 2. 健康で元気に活躍できるまちづくり 1) 地域ぐるみのフレイル予防 2) 保健・医療・福祉サービスの充実と質の向上 3) 高齢者や障がい者の生きがい活動の推進 3. 安全・安心の暮らしづくり 1) 相談支援・情報提供体制の充実 2) 地域の防災力・防犯力の向上 3) 権利擁護の推進 4) 安心して暮らせる環境づくり 4. 人にやさしい福祉のまちづくり 1) 福祉の心の醸成、福祉教育の推進 2) 地域福祉活動の人材の育成・発掘 3) 社会的援助が必要な人への支援 4) ボランティア活動の活性化 5) 社会福祉協議会の活動の充実 6) 地域福祉のネットワークづくり	○メタ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 ○慢性閉塞性肺疾患(COPD)、がん ○ロコモティブシンドローム ○認知症 ○メンタルヘルス	○メタ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	○糖尿病性腎症・神経障害・網膜症 ○虚血性心疾患、脳血管疾患 ○慢性閉塞性肺疾患(COPD)・がん末期 ○初老期の認知症、早老症 ○骨折・骨粗鬆症、 ○パキソン病関連疾患/脊髄小脳変性症 ○脊柱管狭窄症、関節リウマチ、変形性関節症 ○多系統萎縮症、筋萎縮性側索硬化症、後縦靭帯硬化症

関連事業一覧

区分		事業名 *介護保険法施行規則改正前の旧(ア) → 改正後の①の(ア)	事業主旨及び概要など（開催回数・日時・場所・費用他）	一体的実施事業やその主旨との協働連携の可能性	
				共同の可能性	担当課名・担当者名 （電話番号・内線番号）
行政機関・保健	高齢者の保健事業	保健①後期高齢者健康診査	後期高齢者医療保険加入者に対する健康診査 ●集団健診(9月～11月) 費用:300円 ●個別健診(7月～11月) 指定医療機関で実施 費用:500円	集団健診受診、結果返しの際に「フレイル予防」のチラシを配布	(健康福祉課) 医 療 係 62-8512
	保健事業	保健②一体的実施の保健事業	医療専門職等による地域健康課題の把握とハイレスクアプローチ・ポピュレーションアプローチの取組。 ＜ハイレスクアプローチ＞ 糖尿病性腎症重症化予防・生活習慣病重症化予防を目的に今年度の後期高齢者健診受診者を対象に12月から個別訪問を実施。 ＜ポピュレーションアプローチ＞ 適いの場(2カ所の地域サロン)とシルバーハビリ体操3級指導士養成講座で体力測定を行い、講師がフレイルに関する実技と講話を実施。別日に評価を実施。	後期高齢者健診・特定健診の受診勧奨	(健康福祉課) 医 療 係 62-8512 健康推進係 62-8514 地域包括支援センター 62-8516
	適正療養費	医療費適正化 ①ジェネリック医薬品(後発医薬品)の利用促進	後発医薬品利用により、被保険者の薬剤に係る自己負担額が減ると共に、広域連合として支払う医療費が少なくなる可能性がある。		(健康福祉課) 医 療 係 62-8512
	高齢者福祉関連事業	高齢福祉①配食サービス	対象者: おおむね65歳以上の単身世帯、高齢者のみの世帯及びこれに準ずる世帯に属する高齢者であって、日常生活上の援助が必要な方 内 容: 定期的に居宅を訪問し、栄養バランスのとれた食事を提供するとともに安否確認を実施。 個人負担: 1日1食 550円	事業所職員等が食事を届けるとき、容器を回収に行くときに状況確認を実施	(健康福祉課) 福祉係 62-8515
		高齢福祉②軽度生活支援事業	対象者: おおむね65歳以上の単身世帯、高齢者のみの世帯及びこれに準ずる世帯に属する高齢者であって、日常生活上の援助が必要な方 内 容: 生活援助及び生活支援に資する軽易な日常生活上の援助を実施。 個人負担: 1時間 200円	シルバー人材センター職員が訪問するときに状況確認を実施	
		高齢福祉③ショートステイ利用事業	対象者: おおむね65歳以上の高齢者等であって、日常生活上の援助が必要な方 内 容: 在宅において、ひとりでの日常生活が困難な高齢者等を支援しているご家族が、突発的な事情によって一時的に支援が困難となった場合に養護老人ホームに短期間保護する。 個人負担: 1時間 200円	ショートステイ利用時に施設職員が状態把握を実施	
		高齢福祉④老人福祉連絡員設置事業	対象者: 近親者が能登町内におらず、虚弱な一人暮らし高齢者及び高齢者世帯、またはこれに準ずる世帯 内 容: 民生委員が訪問して一声かけ、安否確認及び生活状況把握。	民生委員が訪問するときに状況確認を実施	
		高齢福祉⑤在宅長寿祝金支給	対象者: 在宅高齢者で 満88歳 20,000円分の商品券 満100歳 50,000円分の商品券 支給	福祉係職員が自宅訪問し、状況把握	
		高齢福祉⑥老人福祉センター	対象者: おおむね65歳以上の高齢者等 内 容: 笹ゆり荘にて入浴サービス 個人負担: 300円(入浴料金)	施設職員が状況確認を実施	
		高齢福祉⑦セミナーハウス山びこ	対象者: おおむね65歳以上の高齢者等 内 容: セミナーハウス山びこにて入浴サービス 個人負担: 300円(入浴料金)	施設職員が状況確認を実施	
		高齢福祉⑧福祉ベッド貸与	対象者: 疾病等により、日常生活においてベッドの利用が必要な方(介護認定者以外) 内 容: 福祉ベッドの貸与 個人負担: マットレスのクリーニング代		
		高齢福祉⑨介護用品給付事業	対象者: おおむね65歳以上の高齢者等 内 容: 笹ゆり荘にて入浴サービス 個人負担: 303円(入浴料金)	施設職員が状況確認を実施	
		高齢福祉⑩緊急通報機器設置事業	対象者: 独居高齢者、高齢者世帯、障害者のみの世帯、日中高齢者のみの世帯 内 容: 人感センサー、火災感知器、緊急通報装置、ペンダント型緊急通報装置による24時間相談受け付け	管理会社が緊急の状態を把握	

社会資源一覧

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	利用可能 頻度（目安）	概要 ○施設等の名称 ○実施内容 通いの場：☆ 血圧測定可能場所：□↑↓
健康診査	生活習慣の振り返り 介護予防観点での 自己点検の機会	お一人様 年1回限り 町が契約した町内外医療 機関又は集団健診	生まれから、ずっと、1日24時間、365日ずっと働き続けている「心と体」を年に一度は総点検！（^ ^）！ ○高血圧症・糖尿病・高脂血症などの生活習慣病は、平素からの生活習慣（栄養、運動（稼働）、休養が大きく影響する。 このため、「生活習慣病」を発症させない・重症化させないための方策について、医療専門家と本人が一緒に見直せる 貴重な機会として欲しい。 集団健康診査・個別健康診査
健康相談	健康への不安などを解消	随時、何回でも	健康について疑問や質問がありましたら、役場には、保健師・管理栄養士がいますので気軽に相談して欲しい。 随時、相談受付。
住民主体の通いの場等 ～地域介護予防活動支援事業～	○運動機能向上：体操等 ○社会参加促進 ○口腔機能向上：体操等 ○認知機能低下予防：脳トレ等 ○低栄養予防：健康教室、会食等無理 し過ぎない	1人1団体	高齢者交流会（町内56ヶ所）□↑↓ 月1回開催
		1人1団体	いきいき百歳体操（町内10ヶ所）□↑↓ 週1回開催
		1人1会場	コグニサイズ教室（町内2会場） 1会場6回程度開催
		何回でも	認知症カフェ（町内3ヶ所） 1ヶ所：週1回 1ヶ所：月1回 1ヶ所：平日毎日
長生き音頭の情報発信 CVTV・町内一斉放送	体操の機会を増やし運動機能の維持・ 向上を図る	テレビで1日3回程度放 送	有線テレビの「長生き音頭の曲に合わせて行う体操」を見ながら毎日家で体操を継続する
能登町医師会 鳳珠郡歯科医師会 能登北部薬剤師会			◎各関係団体に一体的実施事業について相談し、連携及び協働し、事業に取り組んでいく。 ・健康づくり推進協議会、国民保険運営審議会、包括包括支援センター運営会議など ・糖尿病性腎症重症化予防については、かかりつけ医との連絡 ・町内医療機関との情報共有
医療	医療面から心身の安心や安全などを医 療面から支えて貰う		医療機関：（総合病院）1ヶ所、（クリニック等）7ヶ所
			歯科医療機関：5ヶ所
能登町高齢者福祉サービスの概要	能登町高齢者の社会資源情報の集約		能登町高齢者の社会資源情報（能登町HP ファイル）
能登町在宅高齢者社会資源の概要	能登町高齢者の在宅生活を支える社会資源 情報の集約		能登町高齢者の在宅生活を支える社会資源情報（冊子「能登町社会資源マップ」）

石川県後期高齢者医療広域連合との協議の場合

- ①意見交換会 R5. 6. 6
- ②課内関係者連絡会 R5. 8. 9
- ②連携促進会議 R5.10.30
- ③研修会及び推進会議 R5.10.30

ポピュレーションアプローチ①

令和5年度 介護予防教室日程表

(小間生公民館)

月日	時間	内容
6月 19日 (月)	10:00~	介護予防のお話(保健師)
	12:00	握力測定、質問票の記入等
10日 (月)	10:00~	お口の健康(歯科衛生士)
	12:00	口腔機能測定
7月 20日 (木)	13:30~	運動で足腰をもっと丈夫に
	15:30	(健康運動指導士)
7日 (月)	10:00~	低栄養予防のお話(栄養士)
	12:00	体操、レクリエーション
8月 17日 (木)	13:30~	認知症について正しく理解しよう
	15:30	(保健師)
31日 (木)	13:30~	介護予防の振り返り
	15:30	握力・口腔機能測定等

*内容は変更になる場合があります

*運動しやすい服装で参加してください。

*休憩時に水分補給できるよう、各自ご用意ください。

*体操やレクリエーション等にタオルを使用することがあります。

ので、各自ご持参ください。



ポピュレーションアプローチ②

のと広報

介護予防のための体操を普及してみませんか？

『シルバーリハビリ体操3級指導士養成講座』を開講します

コロナ禍で自粛生活が続き、高齢者をはじめ多くの人が「不活発」な状況にあると言われています。新型コロナウイルスが5類に移行し外出自粛要請はなくなりますが、すぐにコロナ禍前のような生活に戻ることは無いと思われます。住み慣れた地域で自立した生活を送るためには、介護予防の取組が一層重要です。

町では本年度から「シルバーリハビリ体操3級指導士養成講座」をスタートします。

内容 シルバーリハビリ体操と

体操に関わる体の仕組みを学びます

日程 6月2日①、3日②、12日③、16日④、17日⑤、

23日⑥ *補習 6月30日⑦、7月1日⑧

場所 役場またはコンサールのと

受講資格

- ・本町に居住していること
- ・地域で体操普及のボランティア活動ができること
- ・講座の全日程に参加できること(補習受講可)

受講料 無料 *テキスト代1500円は自己負担

定員 30人 申込期限 5月19日⑨

申込および問合せ先 町地域包括支援センター ☎62-8516

■シルバーリハビリ体操とは

リハビリのプロが治療に使う動作・障害者に準拠した運動を体操化したものです。いつでも、どこでも、ひとりでもできる介護予防の体操で、座る、立つ、歩くといった「生活動作が楽になる」「転倒を予防できる」などの効果が期待できます。

■3級指導士とは

シルバーリハビリ体操の普及を通して、地域の介護予防を推進するボランティアです。高齢者交流会など高齢者が集まる場において、3級指導士として体操指導などを行います。



週に2時間程度のボランティア活動に参加している人はそうでない人に比べて体が不自由になる割合が低く、幸福感も増加と言われています。(ハーバード大学院「健康と退職に関する調査」2020年より)

みなさんも、地域のボランティア活動に参加して心も体も健康に過ごしましょう！

体操指導体験

モデル役



説明者役

参加者役