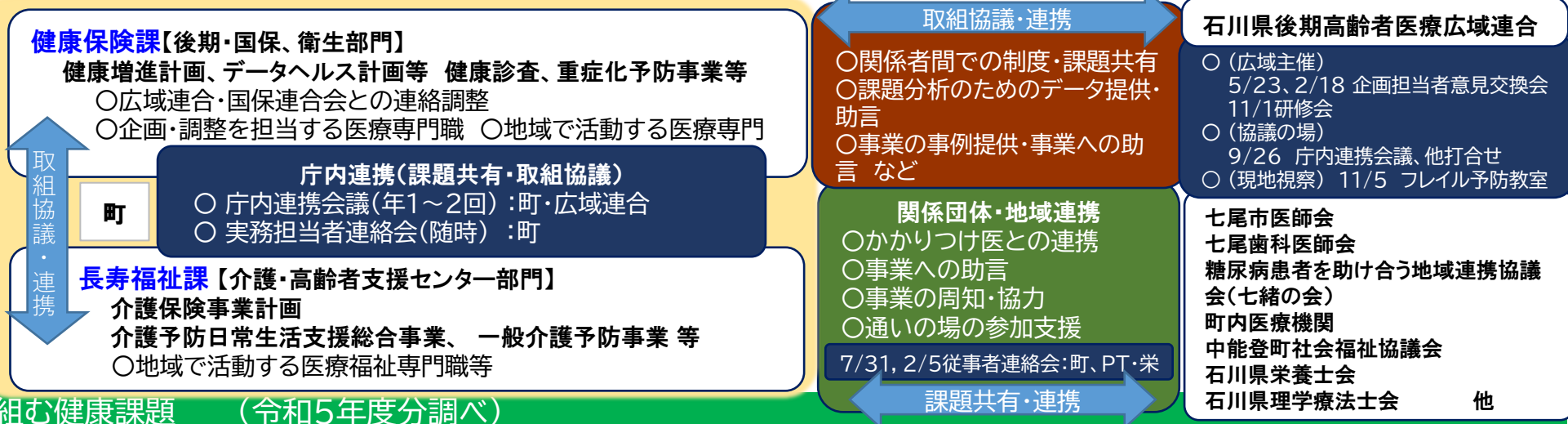


石川広域 中能登町における高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施 (R5開始)

町の概況		R6.4.1現在
人口 (住民基本台帳)		16,742人
65歳以上		6,303人
75歳以上		3,725人
高齢化率		37.6%
後期高齢者被保険者数		3,828人
日常生活圏域		1 圏域
独居世帯割合(65歳以上)		14.0% (R2国調)

推進体制 (令和6年度実施状況)



高齢者の健康実態と優先して取り組む健康課題 (令和5年度分調べ)

【医療】	<ul style="list-style-type: none"> 一人当たり医療費は県・全国平均より低い、一件当たり入院医療費が県内で最も高い。 総医療費に占める割合は、入院・外来ともに循環器疾患が1位。(入院:1位 循環器、2位 悪性新生物、3位 呼吸器 外来:1位循環器、2位悪性新生物、3位 内分泌・栄養代謝) 入院+外来では、骨折が1位。
【介護】	<ul style="list-style-type: none"> 一人当たり介護給付費が県内で4番目に高く、全国平均よりも高い。 介護認定率が全国・県平均より高く、中でも要介護3以上の重度認定率が高い。介護認定申請理由の1位が認知症。 要介護認定者の有病状況は、心不全が4割以上を占め、介護度別で見ると、要支援では筋骨格系・心不全、要介護では脳血管疾患が3~4割を占め、認知症が4~5割を占めている。
【保健】	<ul style="list-style-type: none"> 後期高齢者健診受診率 20.1%で県内でも低い状況(県平均33.5%) 健診結果有所見状況は、軽度肥満以上(BMI25)が4人に1人以上で、県平均より多い。I度高血圧以上、空腹時血糖、HbA1c値の有所見割合は昨年度より低下した。 心電図で所見のある人が4割以上となり増加。県平均より高い。

企画・調整
<ul style="list-style-type: none"> ○「地域の全体像」「高齢者の健康課題」の把握 国保データベースシステム(KDB)等健康情報を活用し分析。 ○地域の健康課題及び社会資源や既存事業を踏まえ、市内関係課間で情報共有しながら事業の企画・調整、目標の進捗管理、評価・見直しを検討。 ○町内医療機関や県理学療法士会・県栄養士会等保健福祉関係団体へ健康課題・事業取組状況などの情報を共有・助言を受け連携。 ○広域連合等が行う研修会・各種会議等に参加し、関係者間で国の動向や共通評価指標、取組事例等の情報を共有する。

【ハイリスクアプローチ】高齢者に対する個別的支援
(1)低栄養防止・生活習慣病等の重症化予防の取組 ① 糖尿病性腎症重症化予防事業 (コントロール不良者への対策) 随時血糖200mg/dl以上 または HbA1c7.0%以上 の医療未受診者 ② その他生活習慣病等重症化予防 (血糖を除くコントロール不良者への対策) II度高血圧以上、心房細動 で医療未受診者 の医療未受診者 ③ その他生活習慣病等重症化予防 (腎機能不良未受診者への対策) 79歳までの被保険者でeGFR40未満 (2)健康状態不明者の状態把握 ① お達者ですか訪問事業 健診・医療・介護サービスいずれも利用していない人 ② お達者ですか訪問事業からの健診受診勧奨 (翌年度) 前年度(R5年度)お達者ですか訪問事業で「支援不要」となった人

【ポピュレーションアプローチ】通いの場等への関与
(1)通いの場への健康教育・健康相談 ○フレイル予防講座 (1回 及び 前後の測定) 【実施会場】地域つながりサロン 1会場 (後山) (2)フレイル状態の把握 ○フレイル予防教室 (全4回コース 月1回+1回) 2会場 [1・4回目] 血圧・体重・体力測定、フレイルチェック(質問票等) ミニ講座 [2回目] フレイル予防のための運動講座(理学療法士) [3回目] フレイル予防のための栄養講座(管理栄養士) [5回目] おさらい会

中能登町 高齢者の保健事業と介護予防等一体的実施事業（R6年度事業結果と評価概要）

◆ハイリスクアプローチ

取組区分	取組区分(小区分)	対象者数	介入した数	評価指標	評価時期	評価対象(分母)	(分子)	人数	割合
重症化予防_その他の生活習慣病	重症化予防(腎機能不良未受診者)	3	2	①治療開始の割合	R7.3月末	面接ができた者	介入後に医療につながった者	1	50.0%
健康状態不明者対策	—	59	47	①健診受診した割合	翌年度末	介入が完了できた者	翌年度健診を受診した者	-	-
				②医療につながった者の割合	R7.3月末	医療勧奨者	介入後、医療につながった者	0	0.0%
				③福祉サービスにつながった者の割合		福祉サービス勧奨者	介入後、福祉サービスにつながった者	0	0.0%
				④1年後の要介護認定につながった者	翌年度末	介入が完了できた者	要介護認定された者	-	-

◆ポピュレーションアプローチ

取組区分	会場数	参加延人数	評価指標	結果
健康教育・健康相談	1	23	①体力測定(握力)の変化	-
			②血圧の変化	初回 測定 6人 血圧Ⅱ度 1人(16.7%)、Ⅲ度 0人(0%) 最終 測定 8人 血圧Ⅱ度 1人(12.5%)、Ⅲ度 0人(0%)
			③高齢者質問票による該当項目の変化(健康)	初回 回答者数 6人 該当 1人 最終 回答者数 8人 該当 1人 12.5%
			④高齢者質問票による該当項目の変化(食習慣)	初回 回答者数 6人 該当 0人 最終 回答者数 8人 該当 1人 12.5%
			⑤高齢者質問票による該当項目の変化(口腔機能)	初回 回答者数 6人 該当 4: 3人、5: 2人 最終 回答者数 8人 該当 4: 2人 25%、5: 1人 12.5%
			⑥高齢者質問票による該当項目の変化(運動)	初回 回答者数 6人 該当 7: 4人、8: 0人、9: 1人 最終 回答者数 8人 該当 7: 5人 62.5%、8: 0人 0%、 9: 3人 37.5%
			⑦ハイリスクアプローチなどの他のサービスにつながった人	介護サービスにつながった人・割合 0人/勧奨者数 0%
			⑧次年度後期高齢者健診を受診した人	次年度の健診を受けた人 0人/勧奨者数 0%
			⑨医療につながった人	医療につながった人・割合 0人/勧奨者数 0%
フレイル状態の把握	2	110	①体力測定(握力)の変化	初回 男性26kg未満 1人、女性18kg未満 1人 最終 男性26kg未満 1人、女性18kg未満 2人
			②BMI、血圧の変化	初回 測定 25人 血圧Ⅱ度 2人(8%)、Ⅲ度 2人(8%) 最終 測定 23人 血圧Ⅱ度 2人(8.7%)、Ⅲ度 0人(0%)
			③高齢者質問票による該当項目の変化(健康)	初回 回答者数 26人 該当 5人 最終 回答者数 23人 該当 2人 (8.7%)
			④高齢者質問票による該当項目の変化(食習慣)	初回 回答者数 26人 該当 2人 最終 回答者数 23人 該当 1人 (4.3%)
			⑤高齢者質問票による該当項目の変化(口腔機能)	初回 回答者数 25人 該当 4: 8人、5: 10人 最終 回答者数 22人 該当 4: 10人 45.4%、5: 4人 18.1%
			⑥高齢者質問票による該当項目の変化(運動)	初回 回答者数 6人 該当 7: 4人、8: 0人、9: 1人 最終 回答者数 8人 該当 7: 5人 62.5%、8: 0人 0%、 9: 3人 37.5%
			⑦ハイリスクアプローチなどの他のサービスにつながった人	介護サービスにつながった人・割合 0人/勧奨者数 0%
			⑧次年度後期高齢者健診を受診した人	次年度の健診を受けた人 0人/勧奨者数 0%
			⑨医療につながった人	医療につながった人・割合 0人/勧奨者数 0%

■事業推進のための今後の取組

○事業の推進体制

令和5年度より、高齢者の特性を踏まえた健康支援として、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施を開始。後期高齢者医療広域連合と町健康保険課・長寿福祉課で協力し協議の場を継続的に設け、高齢者の健診・医療・介護情報を一元的に捉えて健康課題を把握、各制度の元で展開されている高齢者保健事業、国民健康保険保健事業、地域支援事業の取組事業を共有し、一体的に実施を継続していく。

実施にあたっては、従事者連絡会や各種会議にて、高齢者の健康状態の共有や事業の検討を実施するなど、保健医療福祉関係団体と連携しながら、疾病の重症化予防と心身機能低下予防に視点を置いた健康維持・フレイル予防への取り組みを行う。

■ハイリスクアプローチの課題と今後の取組

○高齢者は複数の慢性疾患をもち、心身機能や生活背景の個人差が出てくる。しかし健診結果から糖尿病のコントロール不良者及び、血糖を除くコントロール不良者については、抽出されなかった。そのため、対象者の選定基準やフレイル予防に視点を置いた項目を検討し、介入方法もポピュレーションと組み合わせる等、実施方法の検討が**必要**になっていると考える。

○保健・医療・福祉等の制度利用がない健康状態不明者は、突然の障害や介護状態につながる要因、生活状況などを把握していく。長寿福祉課により、訪問にて健康状態不明者の状況把握後、支援検討会議を開催し、どのように介入するかなどについても検討している。支援不要な方には翌年度健康保険課にて健診受診勧奨を行ったが、それまでの生活スタイル等もありなかなか受診につながらない状況。しかし、対象者の生活実態の把握として継続していく。

今後も、健診・医療情報から、生活習慣病の重症化など持病の悪化を予防するため関係機関と連携しながら、個々の健康管理へ丁寧に対応していくことで、必要な被保険者に対して、必要なサービスが提供できるよう体制整備にも繋げたい。

■ポピュレーションアプローチの課題と今後の取組

○実施箇所数の拡大

比較的健康的維持に関心の高い百歳体操グループから選定していたが、地域つながりサロンへの出前講座や町全域の高齢者を対象とした事業につなげ、順次、健康寿命延伸への意識の広がりにつなげたい。

○ 通いの場には生活習慣病発症のハイリスク者が存在するため、心身機能にあわせ疾病予防も観点においたフレイル予防の普及を図るとともに、健診・医療情報からハイリスク者を把握して個別支援に活かしていきたい。令和6年度には体力測定・フレイルチェック等の結果説明を全体に向けて説明したが、一人一人個別対応が適切なため、結果説明方法を検討する必要がある。

○評価時期や期間の検討(評価時期が冬時期だと体力測定結果などが低下の傾向にある)

通いの場への関与（ポピュレーションアプローチ）実際のように

健康寿命のぼどう！

令和6年度

フレイル予防教室

人生100年時代、楽しみや生きがいを持ち、いきいきと過ごしたいものです。それにはフレイルを防ぐことが大切。フレイルとは、健康な状態と介護が必要な状態の間で、虚弱な状態をいいます。高血圧症や糖尿病などの持病の悪化（重症化）や、高齢になるにつれ筋力や心身の活力が低下し、フレイルになりやすくなります。

そこで、9月から1月にかけてフレイル予防教室を計画しています。フレイルについて考え、日々の生活に活かし、元気に過ごしていきましょう。ぜひご検討ください。

一青みち草会

《予定表》 *所要時間：第1～4回は1時間、第5回は15分です。

回	月日	内容	講師など
第1回	9月2日(月) 9:30～10:30	・体重・血圧・体力測定 ・質問票 ・ミニ健康講話	健康保険課 長寿福祉課 職員
第2回	10月7日(月) 9:30～10:30	フレイル予防のための運動教室	石川県理学療法士会 理学療法士 諏訪勝志 氏
第3回	11月11日(月) 9:30～10:30	フレイル予防のための栄養教室	石川県栄養士会 管理栄養士 山口節子 氏
第4回	12月2日(月) 9:30～10:30	・体重・血圧・体力測定 ・質問票 ・ミニ健康講話	健康保険課 長寿福祉課 職員
第5回	1月6日(月) 9:30～9:45	今回の教室のまとめ&体力測定の結果返し	健康保険課 長寿福祉課 職員

中能登町健康保険課・長寿福祉課



(2回目)フレイル予防のための運動講座（石川県理学療法士会へ講師依頼）



(3回目)フレイル予防のための栄養講座（石川県栄養士会へ講師依頼）

