

まち・ひと・しごと創生総合戦略の具現化、地域共生社会づくり・地域包括ケアシステム構築と連携・協働した
世界に冠たる皆保険堅持・自立高齢者の増のための内灘町の高齢者の保健事業と介護予防等一体的実施事業

R3年開始

一体的実施は、保健分野は「介護予防の観点」、介護(予防)分野は「生活習慣病重症化予防の観点」をよりプラスして展開し、更に、「高齢者の生きがいづくり等のための生涯学習や活動環境の充実」に係る分野等とも連携・協働して上位計画の具現化に繋ぐ。

【概況】 町花：ハマナス 町鳥：鷹（チュウヒ） ※R4 KDBデータより
人口：25,940人 高齢化率：27.3% 被保険者数：3,928人
日常生活圏域1 平均寿命：男性80.6歳、女性87.4歳
健診受診率：34.5%（R5年）

【実施体制】 □企画・調整部門⇒保健センター
□実践部門⇒保健センター・地域包括支援センター
□連携⇒福祉課・社会福祉協議会・町内医療機関・民生委員
※石川県後期高齢者医療広域連合との協議の場合等 R6.5.23意見交換会、R6.10.1協議の場合、
R6.11.1一体的推進会議及び研修

【後期高齢者の健康課題】

医療費分析より

- ・虚血性心疾患の医療費に占める割合が同規模、県、国よりも高く、虚血性心疾患の予防が課題である。
- ・慢性腎不全（透析あり）の割合が県よりも高く、糖尿病性腎症の予防が課題である。

介護を受けている人の有病状況をみると、心臓病が57%、筋・骨格が51.8%、高血圧症が47.3%であり、フレイル予防が課題である。

【企画調整等】

企画調整専門職:専従(保健センター)

- ①かかりつけ医との連携
保健指導の事前・事後・評価時
- ②河北郡糖尿病対策会議との連携
- ③国保連の支援評価委員会の指導
(第三者評価)をふまえた調整
- ④市町上位計画等における事業の
位置づけの把握
:4枚目に資料添付
- ⑤社会資源等や既存事業整理
:5枚目に資料添付
- ⑥庁内外関係者連絡会
適宜開催
広域連合等との協議の場合
(年1回)

【ハイスコア ローチ・個別支援】

- ①糖尿病性腎症等生活習慣病重症化予防
□対象者・方法：保健指導2回程度(3～6か月)
ア HbA1c7%以上かつeGFR50未満又は尿蛋白2+以上
イ a)血圧Ⅱ度以上、b)腎機能低下者(eGFR30未満、又は、
尿蛋白2+以上)、c)心電図検査で心房細動未治療者
(中断者含む)、d)その他ハイスコア者
- 評価指標：R7.3或いはR7シバール健診結果
アHbA1c変化、eGFRの維持及び低下速度
蛋白尿(尿アルブミン)、生活習慣病等の改善状況
イ血圧(家庭血圧の測定状況、評価時期の平均値)
eGFR、尿蛋白、心房細動(未治療者の治療開始)
生活習慣等の改善状況等

【ポピュレーションアプローチ・集団支援】

- 課題である生活習慣病の重症化予防・フレイル予防
を既存事業等に追加して医療専門職が関与
- ①通いの場への積極的関与
対象・方法：各地区かがやきシニアクラブ健康講座
評価指標：訪問地区の翌年度シバール健診受診率
健康相談数
 - ②シニアライブ講座～認知症(MCI)予防プログラム
対象・方法：年3回(身体、食事、運動の教室)
評価指標：参加者の血圧・血糖値の改善
未治療者の治療開始状況・食生活
の是正(野菜摂取意識の向上)・
運動機能(ロコモチェック)の向上

内灘町の高齢者の保健事業と介護予防等一体的実施事業の実績 1

◆ハイリスクアプローチ

取組区分	アウトプット			アウトカム			
				計画		実績	
	抽出者数	介入者数	介入率	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	5	3	60.0%	①HbA1cの変化 ②eGFRの維持及び低下速度 ③蛋白尿（尿アルブミン） ④生活習慣等の改善状況等	①～④ ・R7.3 ・令和7年度シルバー健診結果	支援を実施した全員が医療機関を受診し治療を継続していた。保健師や栄養士より健診結果の見方を伝え、腎臓を労るポイントの紹介や血圧管理の重要性を伝え、家庭血圧の測定について指導した。また、HbA1c高値が続くことで糖毒性が起こることをイメージできるように指導を行った。栄養指導では食事内容を聴取し、食事の適正量を伝えることで糖分の多さ等に気づけるよう支援を行った。 HbA1c：改善1人　生活習慣：維持1人	抽出基準該当者は5名と少ない状況であり、受診率の更なる向上と医療機関連携によりハイリスク対象者を把握し支援していく必要がある。また指導に拒否的であったり介入が難しいケースもあり、継続的な指導や評価のための検査結果の把握が出来なかった。値については、次年度の健診結果で評価していく。
その他の重症化予防	49	30	61.2%	①血圧(家庭血圧の測定状況、評価時期の平均値) ②eGFR、蛋白尿 ③心房細動(未治療者の治療開始) ④生活習慣等の改善状況等	①～④ ・R7.3 ・令和7年度シルバー健診結果	保健指導教材や血圧手帳、減塩チェックなどのツールを活用し、高齢者が生活の中で取り組めることについて要点を絞り、具体的な指導を行った。家庭血圧の測定を勧奨し、必要に応じて短期間の貸し出しを行い自身の値を確認してもらった。 健診時は血圧Ⅱ度以上であったが、家庭血圧ではコントロールされている方もいた。また、健診や医療機関受診時以外で測定する機会がない方もおり、仮面高血圧やその危険性を指導し家庭血圧測定を促した。 家庭血圧を測定している者：13人 生活習慣の改善：1人　高血圧の治療開始：1人	対象者は医療機関受診中の方が多く、医療機関受診中の方のうち、家庭血圧測定の習慣がある方が43%と割合が高かった。保健指導による継続支援が少ない状況であったため、次年度は電話等により血圧の値や生活状況の確認を行っていく。