

# 石川広域 穴水町における高齢者の保健事業と介護予防(等)の一体的実施 (R4開始)

町の概況	(R6.1.1)	実施体制
人口	7,347人	住民福祉課：地域サロン・通いの場、地域包括支援センター 介護予防・介護保険事業 特定健診・保健事業 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業
高齢化率	49.19%	
被保険者数	2,120人	
後期高齢者健診受診率	38.2%	子育て健康課：健康増進事業、特定保健事業
日常生活圏域	1 圏域	

※広域との協議の場等： R6.5.23第1回意見交換会 R6.11.1一体的に係る研修会（欠） R7.2.6協議の場 R7.2.18第2回意見交換会

## 健康実態と優先して取り組むべき健康課題(R6年度KDB等から)

○後期高齢者の医療費では、入院及び外来ともに循環器疾患に係る医療費の占める割合が大きい。また、死因においても、県より脳血管疾患の占める割合が高い。生活習慣病の重症化予防対策が重要である。
○要介護認定者の有病状況から心臓病、高血圧症等の循環器疾患、認知症や脳梗塞が多く、基礎疾患である糖尿病や高血圧症等の生活習慣病の重症化予防が重要である。
○健診結果より、有所見の肥満や血圧、腎機能が件や国より高い。高齢者の質問票において、口腔機能や体重の減少、運動機能、認知機能において、県より高くなっている。フレイル予防対策が必要である。
○健康状態不明者 3 7 名存在し、健康状態が把握できる者と比べ、重症化（死亡・要介護認定）しやすい。
⇒本町の後期高齢者においては、生活習慣病の重症化予防、フレイル予防対策が必要である。また、健康状態不明者に対する介入も必要である。

### 健康課題解決のための企画・調整等について

- 【企画調整】 住民福祉課保健師（専従）
- 【庁内】 関係課と庁内連絡会の開催
- 【関係団体との連携】
  - ・能登北部医師会
  - ・鳳珠歯科医師会
  - ・能登北部薬剤師会
  - ・公立穴水総合病院
  - ・穴水町地域包括支援センター等

### ハイリスクアプローチ(特調と工夫)

- 【糖尿病性腎症重症化予防】
  - 対象者：75～79歳のR5健診受診者（要介護者を除く）のうち、HbA1c8.0%以上の糖尿病医療機関未受診者、治療中断者
  - 方法：穴水病院と共催の糖尿病教室に参加勧奨し、保健師等が個別面談。
- 【その他の生活習慣病重症化予防】
  - 対象者：75～79歳のR5 健診受診者(要介護を除く)のうち、以下該当者
    - ・高血圧Ⅱ度以上の者
    - ・心房細動のある方
    - ・eGFR45未満または尿蛋白＋以上の者
  - 方法：保健師等による複数回の訪問等による保健指導
- 【健康状態不明者】
  - 対象者：一体的実施KDB活用支援ツールにおける健康状態不明者、お達者ですか訪問事業の該当者
  - 方法：保健師等による訪問、電話、郵送等での実態把握、必要に応じて介入

### ポピュレーションアプローチ(特調と工夫)

- 【足腰げんき教室】
  - 週1回、計12回の3か月間、2グループ実施。
  - 教室前後の体力測定、質問票などにより評価
  - 健康運動指導士等によるフレイル予防の講話（運動、食事等）、フレイル予防体操
  - 健診受診勧奨や医療機関受診勧奨、適宜必要な介護サービス等につなげる。
- 【足腰げんき教室終了後フォローアップ教室】
  - 月2回、2グループで実施。
  - 足腰げんき教室終了後も継続して運動ができるようにフォローアップ教室を実施。

穴水町 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）

		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	糖尿病性腎症重症化予防	8	3	①未受診者の医療機関への接続 ②検査データ:HbA1c	①医療機関への受診1人/1人 ②HbA1cは、介入前と介入後で変化はなかったが、医療機関受診につながった。
	その他の生活習慣病等重症化予防（血压）	10	2	①未受診者の医療機関への接続 ②検査データ（血压、BMI）	①医療機関への受診1人/2人 ②血压値は服薬により下がる。BMIも27→25.9と下がったが、震災の影響も考えられるため、継続して確認が必要。
	健康状態不明者の把握	18	12	①実態把握数	①12人(66.7%) うち、質問票郵送等により健康状況を確認し、継続支援が必要：0名（0%） ⇒訪問等できなかった6名のうち、2名は町外へ避難しており、4名は自宅で過ごしていることは確認した。
ポピュレーションアプローチ	通いの場等への積極的関与（健康講座、健康教育、高齢者質問票）	-	累計390	①健康教育実施数、参加人数 ②高齢者質問票による該当項目の変化	①足腰げんき教室（週1回、計12回の3か月間、2グループ、303人） フォローアップ教室（月2回の3か月間、2グループ、87人） ②健康「あなたの現在の健康状態は」：該当者20%→7.4% 口腔機能「半年前に比べて固いものが食べにくい」：該当者40%→29.6% 運動「以前に比べて歩く速度が遅くなった」：該当者66.7%→33.3%

成果を出すための企画・調整はどうあるべきかを考察して記載のこと（現状と課題解決策）

成果を出すための企画・調整を実施するには、KDBシステム等を活用し、必要な人に必要なサービスが提供できるように計画を立てる必要がある。また、住民に対して、高齢者の現状が見えるように情報提供することで、フレイル対策の必要性を伝えることができる。評価についても、評価の指標を具体的に設定することで、事業の成果が見える。

ハイリスクアプローチの現状と課題解決策

令和6年度は、震災の影響により通いの場再開に時間を要したため、ポピュレーションアプローチ中心の活動となり、ハイリスクアプローチは不十分だった。今後、健診受診状況を確認し、令和7年度の事業につなげる。

ポピュレーションアプローチの現状と課題解決策

ポピュレーションアプローチでは、通いの場を設定し、参加者を募集し実施してきた。何年か継続して実施しているが、毎年何人かは同じメンバーが参加申し込みをしてくれている。新規の参加者を募集するための対策が必要である。また、教室に参加して改善した機能を維持するために継続して介護予防に取り組めるような意識付けも必要である。

## 足腰げんき教室

健康運動指導士による講話と体操  
1コース12回（週1回）

毎回、運動・栄養・口腔などのフレイル予防に関する講話を実施。  
教室に参加して、食事や運動の意識付けができた、週1回予定が入ることで、生活にメリハリがついた等の感想があった。

## 令和6年度 足腰げんき教室

膝が痛い、歩くのが大変、体力がない、足腰が弱ってきた、  
疲れやすくなったなど実感している方は、ぜひ参加しましょう！

日程 9月3日より開催  
①火曜：午後1時半～3時  
②木曜：午前10時～11時半  
※週1回/計12回/3ヶ月間：90分  
場所 町営フィットネスジムチアフル  
対象 65歳以上の方  
料金 1回300円×12回（資料代、利用料）

※3ヶ月みっちりサポートいたします！  
健康運動指導士 元橋 美津子氏

定員  
各15名

<教室の基本プログラム>  
1. 健康チェック  
2. 足腰をげんきにするためのお話  
3. 足腰げんき体操（ストレッチ含）

丸まった背中もピンッ！  
膝の痛み、O脚気味の改善に

申込締切：8月20日（火）

連絡先 52-3650 穴水町住民福祉課



教室の前後には体力測定を実施し、効果を確認します。

広報紙と一緒にチラシを世帯配布し周知する。  
毎年同じメンバーが申し込みをするため新規の申込者を増やす工夫が必要



## 足腰げんき教室終了後フォローアップ教室

健康運動指導士による講話と体操  
月2回実施（3か月間）

令和6年度 **足腰げんき教室**  
フォローアップ日程表

対象 足腰げんき教室卒業生など

場所 町営フィットネスジムチアフル

日時 令和7年1月～3月  
下記の日程で、月2回 木曜日

料金 300円/回

★持ち物★  
ズック・タオル・飲み物など

月 日	時 間	
1 月 9 日	Aグループ	Bグループ
23 日	10時～11時半	13時半～15時
2 月 6 日	Aグループ	Bグループ
20 日	10時～11時半	13時半～15時
3 月 6 日	Aグループ	Bグループ
27 日	10時～11時半	13時半～15時

### ◆教室プログラム◆

- ①健康チェック
- ②足裏・足指マッサージ、  
ストレッチ、筋肉づくり、有酸素運動など

血圧測定します。  
記録したい方は手帳  
をご持参ください。



連絡先 町営フィットネスジムチアフル

52-8577



教室の準備や教室前後の血圧測定の実施等  
参加者が自ら実施できるよう促している。  
また、足腰げんき教室に参加して改善した機能  
を維持するため、フォローアップ教室参加後も、  
地域の教室やサロンへの参加を促す。

足腰げんき教室卒業生を対象に、事業終了後も  
継続してフレイル予防に取り組めることを目指すため  
フォローアップ教室を実施。高齢者のセルフケア能力  
を高める働きかけを行う。

