



志賀町の高齢者の保健事業と介護予防等一体的実施について

【概況】能登半島のほぼ中央に位置。西は日本海に面しており、東は眉丈山に連なる丘陵地帯。

*産業：第1次9.5%、第2次31.4%、第3次59.1% (R5年度)

*人口：17,471人、高齢化率46.7%、75歳以上28.4% (R7.4.1現在)

*日常生活圏域：2(志賀・富来) 生活圏域高齢化率：志賀41.5%、富来57.7%

【地域の健康課題・分析】 *R06より抽出

*評価指標：①平均寿命・平均自立期間の県との比較(前年比較)

R6年度	平均寿命		平均自立期間(要介護2以上)	
	男	女	男	女
町[歳]	82.4(+0.8%)	87.8(+0.4%)	82.0(+1.8%)	84.0(+0.0%)
県[歳]	82.0(+0.2%)	88.1(-0.1%)	80.5(+0.2%)	84.9(+0.6%)

②1件当たりの介護給付費の県との比較

(円)	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R6-R5
町	85,906	84,189	84,857	90,073	5,216
県	70,980	69,621	69,220	69,628	408
町-県	14,926	14,568	15,637	20,445	4,808

*健診：R6年度受診率35.6%>石川県31.7%。県内6位。歯科検診受診率16.1%。

*医療費分析(%)：石川県より高い割合の疾患

R6年度	がん	筋骨格	糖尿病	脳梗塞
町	29.5	24.1	9.6	7.5
県	26.7	25.0	9.1	7.3

*死因：心臓病36.6%>石川県27.7%

*介護：認定率18.9%=石川県18.9% 80歳以降に介護保険申請が急増(*手作業抽出)

要介護者有病状況(重複あり)…「心臓病」59.4%、「筋骨格系」47.2%、「糖尿病」30.3%、「脳血管疾患」19.0%。

新規の介護保険申請理由…1位「認知症」2位「関節疾患・骨折転倒」と差がでた。3位は「脳血管疾患」で前年同様だが、割合は増加。

【推進体制】

- 企画・調整等を担当する医療専門職 地域包括支援センター 保健師
- 地域を担当する医療専門職 保健師2名、理学療法士1名
- 役割 健康福祉課(包括)：介護保険、総合支援事業、介護予防事業、権利擁護(保セ)：健診事業、生活習慣病重症化予防、健康増進事業等
- 住民課：後期高齢者医療、データヘルス計画、予算
- 社会福祉協議会：老人クラブ等支援、志賀町地域支え合いセンター
- 庁内連携 一体的担当者連絡会：随時 【各事業担当】
- 関係機関連携：石川県後期高齢者医療広域連合と協議の場(5.23、R7.2.13)(R6年度) 意見交換会、10.30 一体的実施事業研修会
- 当事業推進連絡会【コア会議】：R7年3.13(年1回)

【企画・調整等】

- 取り組む方向性…目標『健康寿命の延伸』『安心して生活できる地域・人づくり』
- 「脳・心・腎」に係る疾患は加齢に伴って突如に発症する疾患ではなく、長年の生活習慣の積み重ねである。国保からの継続事業とする生活習慣病の重症化予防と、身体・生活に支障があっても自立支援・社会参加ができる体制づくりを、保健部局や社会福祉協議会と協働して取り組む。
- 健康寿命延伸にむけた教育・育成の場を提供し、自助・互助活動を支援する。
- 現状把握・分析の上、具体的な活動計画、実践、事業評価。関係機関との調整

【ハイリスクアプローチ】～優先対象者を抽出し個別支援を行う活動～

- ①生活習慣病重症化予防(糖尿病性腎症、脳血管疾患再発予防、心不全)訪問
 - ②健康状態不明者の状態把握、必要なサービスへの接続事業
 - ③多剤・重複投薬者等への相談・指導事業
- 【ポピュレーションアプローチ】～住民向け集団教育、主体的な活動育成～
- ①フレイル・認知症・脳血管再発・食と口腔・服薬等の予防セミナーの開設
 - ②地域住民活動者の育成講習と活動支援
(認知症チームオレンジ、シルバー・リハビリ体操指導士、リハビリ友の会)
 - ③集う場の再開・新規立上(仮設住宅、そくさい会、認知症カフェ、住民主体B)
 - ④ケアマネジャー等への自立支援・重度化防止ケアマネジメント教育の開催やケアプラン点検・セミナー等の実施による専門職のアセスメント力の向上

取組区分	取組内容	実施状況等【令和4年度】
①糖尿病性腎症重症化予防	<p>対象者：糖尿病管理台帳より、特定健診受診者または後期高齢者健診受診者で今年度75歳到達者のうち、空腹時血糖126mg/dl(随時血糖200mg/dl)以上または、重症低血糖が危惧される薬剤なしのHbA1c7.0%以上同薬剤ありのHbA1c8.0%以上(認知症の有無を勘案) ・治療中断者。</p> <p>医療受診状況、直近の血液検査データ、後期高齢者の質問票により心身機能(フレイル)の状況、食事調査により調理・栄養状態等を把握する。</p>	<p>【アウトプット】 対象者(10人)に対する初回訪問率：90%、継続訪問率：50%</p> <p>【アウトカム】 血液データ、質問票：来年度の健診で確認 受診継続率(R3→R4)：80% 糖尿病管理台帳(R3)より抽出した対象者のうち健診受診者(9名)はHbA1c値0.1以上改善した。</p>
A)ハイリスクアプローチ ②その他の生活習慣病等重症化予防	<p>脳血管疾患、心不全等血圧コントロール不良者への重症化予防の取組み。 ハイリスク対象：75～79歳で収縮期血圧150以上またはCKD分類G3aAIで脳血管疾患・心筋梗塞の既往歴のある人 ハイリスク対象：75～85歳未満で医療における心臓リハビリ対象外のフレイル該当者</p> <p>直近の血液検査データ、後期高齢者の質問票により心身機能(フレイル)の状況、食事調査により調理・栄養状態等を把握する。</p>	<p>【アウトプット】 対象者(10人)に対する初回訪問率：80%、血圧手帳の配布数：8冊</p> <p>【アウトカム】 血圧、血液データ、質問票：来年度の健診で確認 対象者全員に訪問の際に、血圧手帳を配布し、家庭血圧の測定を勧めた。 R3年度の健診結果より健診受診者(7名)のうち4人は血圧値が改善した。</p>
③健康状態不明者等	<p>対象：KDBシステムからの実態把握訪問及び、お達者ですか訪問事業名簿(R2年度)からの訪問</p> <p>後期高齢者の質問票・基本チェックリスト等により心身機能(フレイル)の状況、把握する。</p>	<p>【アウトカム】 対象94名中、訪問による把握28人(29.8%) 他66人は民生委員や近所・親族者から把握。気になるケースについては、包括支援センターに連絡してもらい医療専門職が訪問を行った。 要援助者に対し、必要な支援(各種サービス含む)に繋げた数4人(100%)。 訪問後の健診・医療につながったかどうかは、来年度の名簿等も参考に把握する。</p>
①その他複合的な取組 (世代間交流、社会参加、学びの3つの機能が重なる機会を、医療専門職等がフレイル予防教育を行うことで、住民自身の自助・地域づくりの互助活動を促進し、住民が主体的に行う活動者数を増やし、活動できる通いの場の提供・支援を拡大する。)	<p>・月1回程度の公開講座を、フレイル対策として(テーマ：認知症に関する事や脳の働き、シルバーリハビリ体操の自助と互助活動、糖尿病合併症や脳血管疾患等生活習慣病に関する事、食・口腔機能、薬剤)に関わる住民教育の場を開催。住民が主体的に健康づくりの自助活動から地域づくりの互助活動への発展を推進していく。R6年度に向けて、テーマ別を業(学)部として大学形式に中央で開催、受講を促し、地域において自助と互助活動へと発展するよう後方支援していく予定。</p> <p>【評価指標】 ①講習会の開催数②受講者数③主体的活動団体登録者数 ④地域活動者への発展者数</p> <p>【評価方法】 ①各指標の年次推移 ②地域における主体的活動数の推移</p>	<p>【アウトプット(開催日数)】 a)フレイル予防の運動器：はごろも大学の①フレイル予防2回(10/12, 13) b)認知症セミナー：1回(9/29)160人 c)脳血管疾患再発予防セミナー1回(2/24)16人 d)はごろも大学の②多剤・残薬・薬剤師2回(11/30, 12/1) ※自助・互助活動セミナー： e)シルバーリハビリ体操3級指導士養成講習6日間+補講2日間(6/13～7/4) f)認知症サポーター養成講習3回(6/10, 7/1, 22) g)チームオレンジ学習・定例会6回 h)通いの場での出前講座：18回(334人)</p> <p>【アウトカム(互助活動者数)】 e)シルバー3級指導士(R3→R4)98人→118人、シルバー2級指導士(R3→R4)0人→22人 f)認知症サポーター：(R3→R4)78人→95人 g)チームオレンジ数：(R3→R4)29人→41人</p>
B)ポピュレーションアプローチ ②その他複合的な取組 (自立支援・重度化防止に資する介護サービス等の啓発、該当者への利用助奨)	<p>居宅介護支援専門員(CM)等に対し、ケアプラン点検・ケアマネジメント研修会、事業所連絡会等活用し、後期高齢者の自立支援及び生活習慣病・フレイル等の介護の重度化防止に資する講座を実施。個別課a)ケアプラン点検 4回 題から地域課題への提言により、インフォーマルサービスや一般介護予防事業等社会参加の利用促進につなげる一助とする。</p> <p>【評価指標】①事例検討会・学習会等の開催数 ②検討したケアプラン件数 ③インフォーマルサービス・介護サービス等へ繋いだ数(介入全数割合) ④志っ張りサポート登録者数 ⑤シルバーリハビリ体操3級指導士数 ⑥チームオレンジ登録者数</p> <p>【評価方法】①各指標の年次推移 ②主体的活動数の推移</p>	<p>【アウトプット(介護保険関係者育成)】 a)ケアプラン点検 4回 b)ケアマネ連絡会 8回 c)介護保険関係事業所連絡会(学習会含む) 1回 d)緩和型Aサービス委託事業所連絡(学習)会 2回</p> <p>【アウトカム】 全居宅9件のケアプランを点検し、3件をインフォーマルサービスや介護サービスにつなげた 志っ張りサポート隊登録者数 76人(R4) ケアプラン作成における医療との連携の重要性を伝え、介護保険サービス以外の住民主体の集いの場利用をケアプランに盛り込み、社会参加への支援を共通理解する機会となった。志っ張りサポート隊養成講習は、コロナ禍において個々に講習したが、士気向上に繋がりにくい。</p>