

令和5年度高齢者健康づくり事業推進フォーラム

# 高島市高齢者の保健事業と 介護予防の一体的実施事業



高島市健康推進課 車屋由子

# 高島市の概要

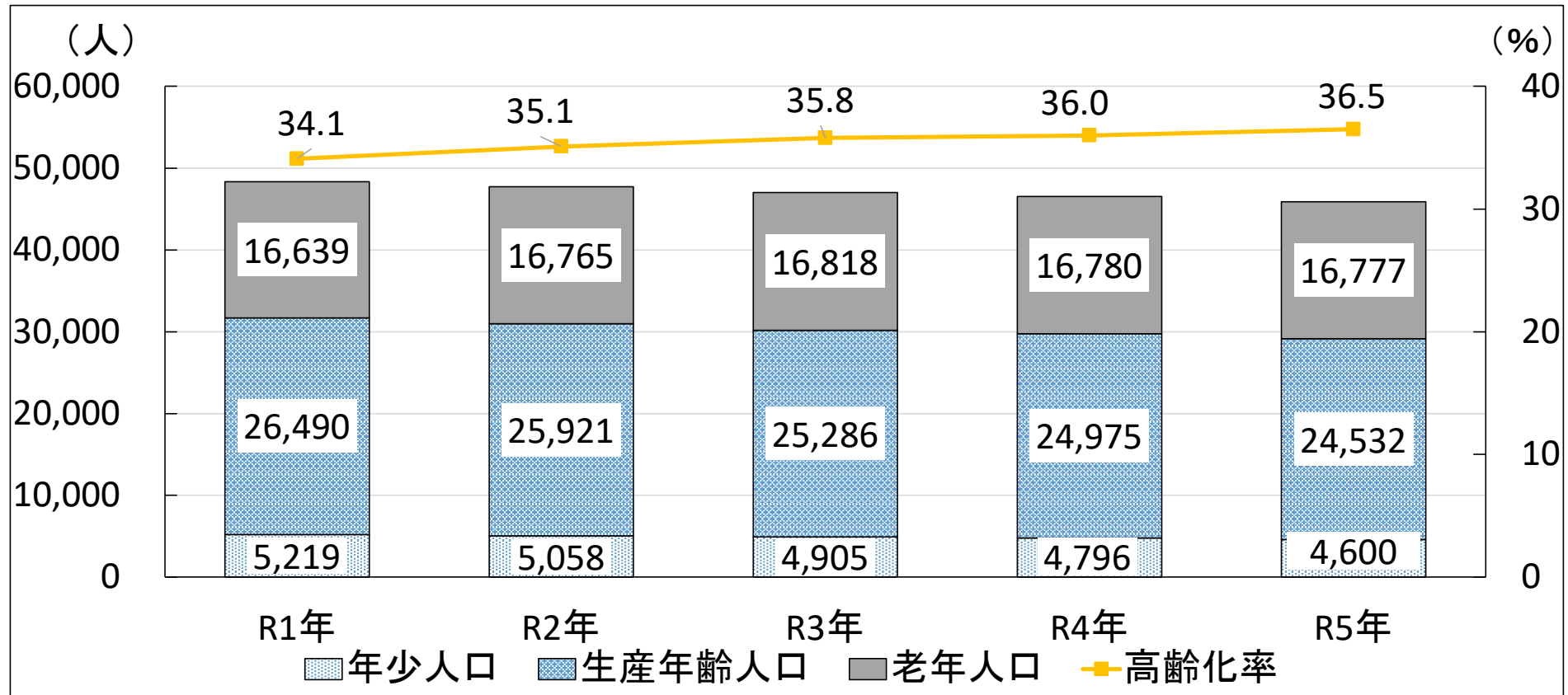
R5年12月末現在

- ・人口 : 45,783人
- ・世帯数 : 20,914世帯
- ・高齢化率 : 36.5%
- ・後期高齢者人口 : 9,359人
- ・日常生活圏域 : 6圏域



# 高島市の現状

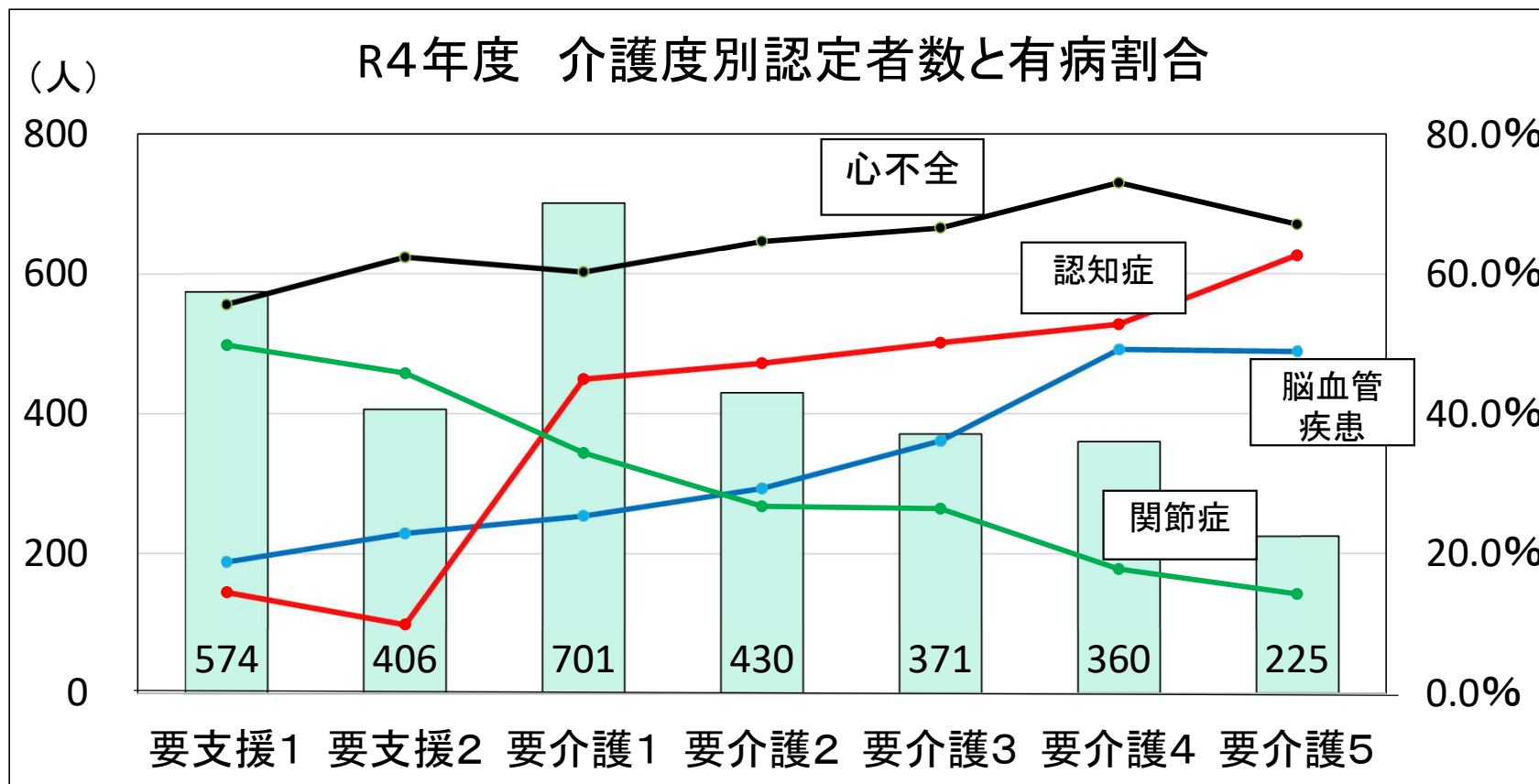
## 人口及び高齢化率の推移



出典：市民課（住民基本台帳：各年9月30日現在）

生産年齢人口の減少により高齢化率は上昇が続いている。

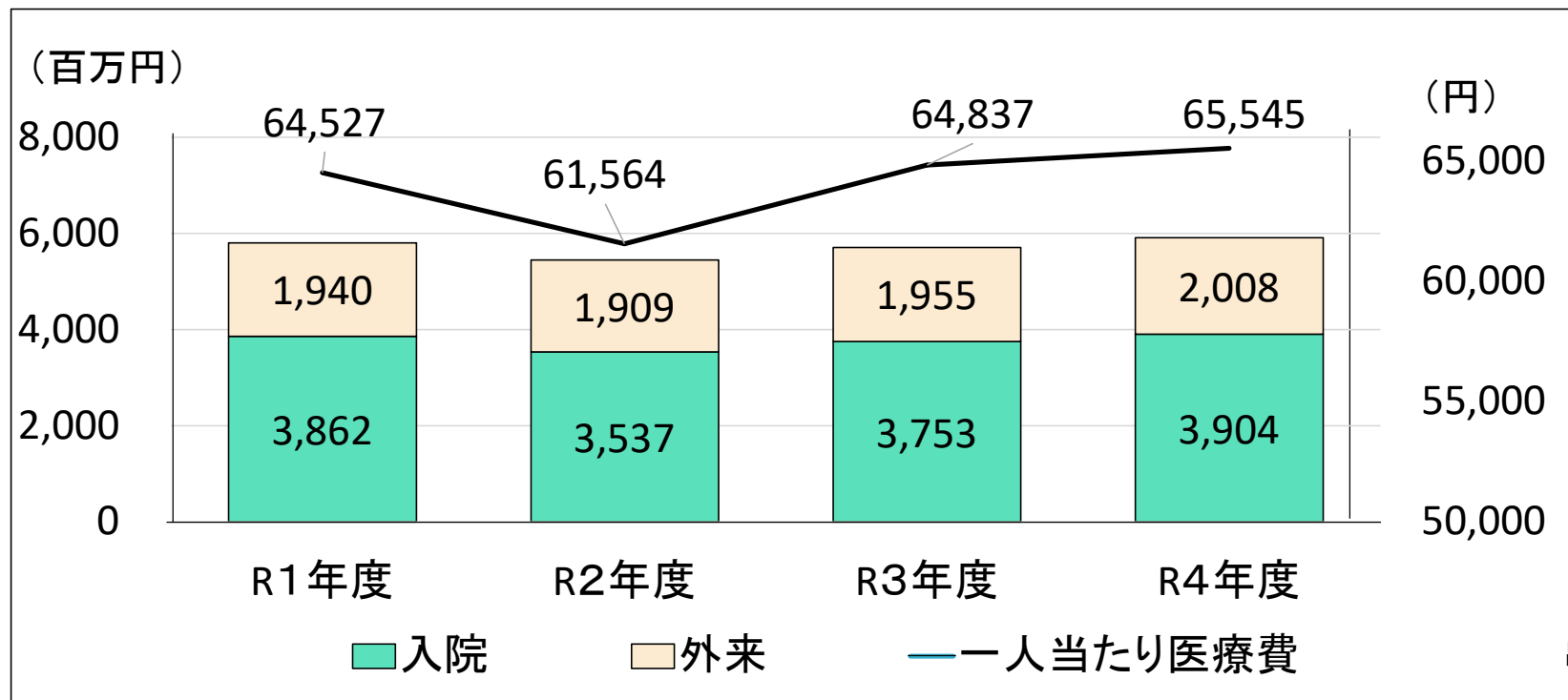
# 高島市の現状



- ・介護度要支援1・2の軽度では関節症等の割合が高い。
- ・介護度が重度になると脳血管疾患・認知症の割合が高くなる。
- ・心不全は介護度を問わず高い割合を示す。

# 高島市の現状

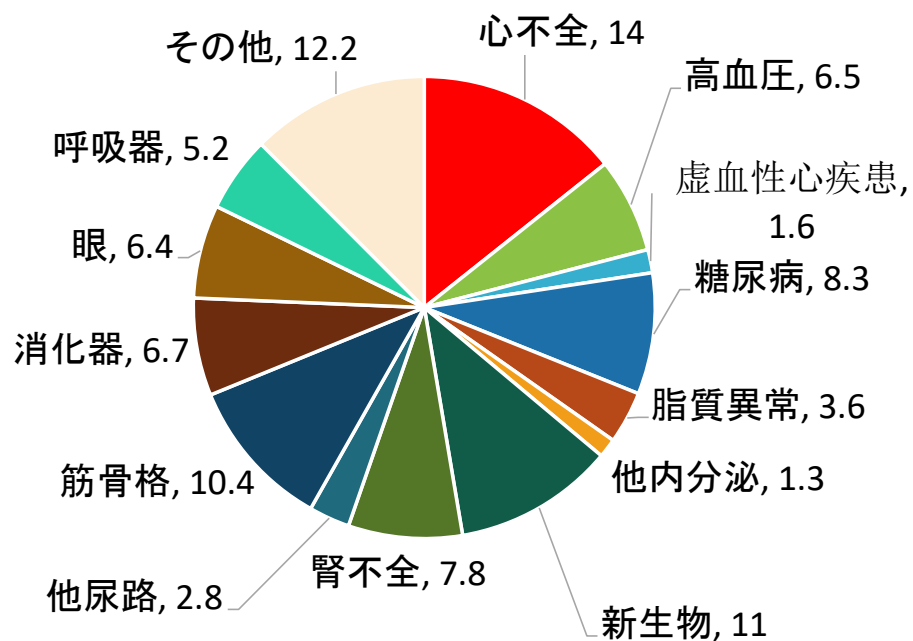
## 後期高齢者医療費の推移



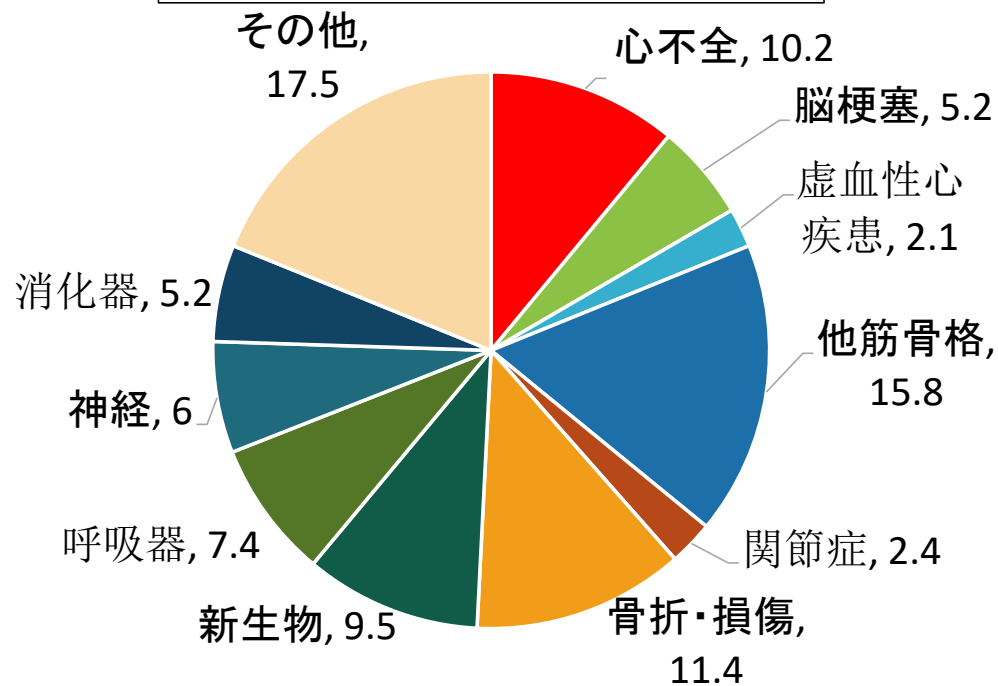
- ・医療費は外来、入院ともに増加傾向である。一人当たり医療費も増加しており、疾病の重症化による増加が考えられる。

# 高島市の現状

R4年度 外来医療費割合(%)



R4年度 入院医療費割合(%)



出典: KDBシステム

- ・外来医療費では心不全、新生物、筋骨格の順に多い。
- ・入院医療費では筋骨格、骨折、心不全の順に多い。

# 高島市の現状

## R4年度 高齢者健康診査質問票結果（フレイル項目該当者数）

n=494

類型名	質問内容	人数	割合
健康状態	現在の健康状態はどうか	39人	7.9%
心の健康状態	毎日の生活に満足しているか	25人	5.1%
食習慣	1日3食きちんと食べていますか	14人	2.8%
口腔機能	半年前に比べて硬いものが食べにくい お茶や汁物等でむせる	197人	39.9%
体重変化	6か月間で2～3kgの体重減少	47人	9.5%
運動・転倒	以前に比べて歩く速度が遅くなった この1年間に転んだことがある ウォーキング等の運動を週1回以上している	330人	66.8%
認知機能	周りの人から「いつも同じことを聞く」など物忘れ があると言われる 今日が何月何日かわからない時がある	113人	22.9%
喫煙	煙草を吸うか	18人	3.6%
社会参加	週に1回以上外出する 普段から家族が友人と付き合いがある	49人	9.9%
ソーシャルサポート	体調不良時、身近に相談できる人がいる	29人	5.9% <sup>7</sup>

## 高島市 高齢者の健康課題

- 医療費では高血圧・糖尿病等生活習慣病の重症化によるものが高い割合を占める
- 介護度重度化に伴い「脳血管疾患」「認知症」を持つ割合が増加。「心不全」は全介護度で高い割合を示す。

⇒ 重症化予防の為、早期発見・適切なコントロールができる支援が必要。

- 介護度軽度では、筋骨格系を原因に申請される割合が高い。
- 高齢者質問票では、運動機能低下が見られる者が6割以上。約4割が口腔機能の低下を感じている。

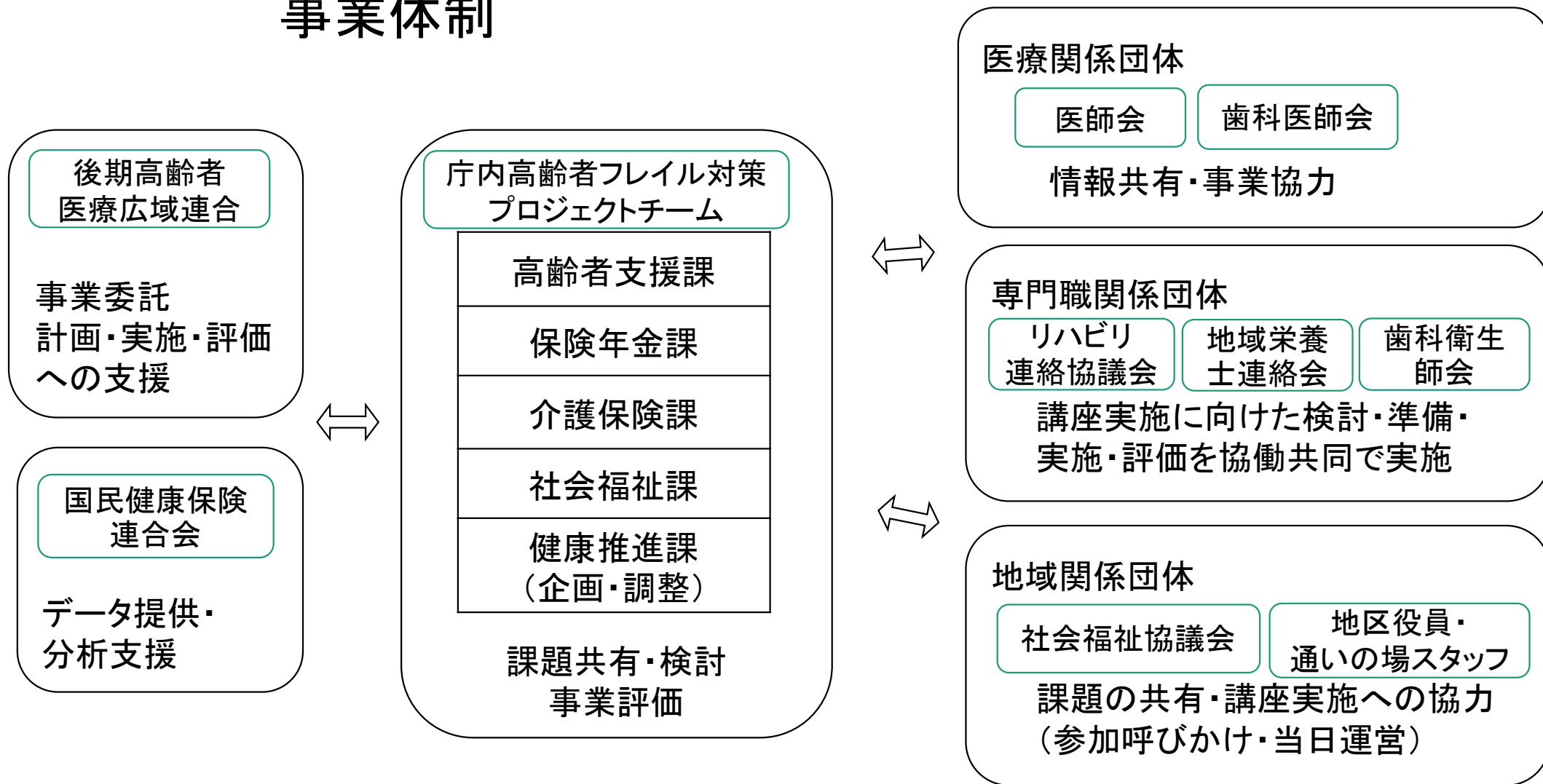
⇒ 自立した生活を継続する為には、口腔・運動機能等のフレイル状態に気づき、生活習慣の改善に取り組める支援が必要。



# 高島市一体化事業の経過

R2年度	R3年度	R4年度	R5年度
事業実施 に向けた 検討・体制 準備	事業開始（市内全6圏域で実施）		
	<b>【ハイリスクアプローチ】</b> ・重症化予防（糖尿病性腎症・その他生活習慣病） ・ポピュレーションアプローチ		
	・健康状態不明者把握事業 （R4年度より開始）		
<b>【ポピュレーションアプローチ】</b> ・複合的取組（健康教育・健康相談、フレイル状態の把握、 気軽に相談できる体制づくり）			
庁内高齢者フレイル対策プロジェクトチーム会議			

# 一体的実施推進における 事業体制



## 高齢者フレイル対策プロジェクトチーム会議の経過

	R2年度	R3年度	R4年度	R5年度
事業実施状況	プロジェクト会議 立ち上げ	一体化事業実施		
目的	一体化事業開始 に向け推進体制を 構築する	高齢者の現状と健康課題を庁内関係課が共有し、話し 合い、効果的な事業展開につなげる		
内容	庁内連携による現 状把握、課題整理 を実施 ・優先地域の選定 ・事業内容の検討	・健康課題の共有、実施計画と進捗状況の確認 ・疾病予防・重症化予防に向けた方向性の検討 ・その他、一体的実施に係る情報の共有		
		評価指標の検 討	フレイルサポーター の養成(終了14名) と活用の検討	実施対象者、地 区の検討
開催回数	5回	年3回		

ハイリスクアプローチ : 重症化予防

【対象者】

- ①当該年度国保糖尿病性腎症重症化予防事業対象者で年度末年齢が75歳の者
- ②前々年度以降、糖尿病の診断があるが治療中断している者
- ③当該年度健康診査において、血糖・腎機能・血圧値が受診勧奨判定値以上の者
- ④75～79歳の者を優先する。

【内容】

- ・訪問または来所にて面談を実施
- ・健康状態、受診状況の聞き取り
- ・生活習慣の改善に向けた保健指導、医療受診勧奨
- ・3カ月以降にKDBにて受診状況を確認する

## ハイリスクアプローチ : 重症化予防

(人)

### 【実施結果】

		R3年度	R4年度	R5年度
（ハイリスク個別アプローチ）	糖尿病性腎症重症化予防 支援実施者数	17	27	32
	（支援基準該当者数）	20	27	32
	その他生活習慣病等重症化 予防支援実施者数	48	29	22
	（支援基準該当者数）	51	34	22
	健康状態未把握者支援数		10	11
	（支援基準該当者数）		265	198

- ・糖尿病性腎症では、腎機能での受診勧奨対象者が多く、値が前年より低下している方もある。
- ・既に内科受診中の方も多く、腎機能について主治医とも相談するよう指導。
- ・出前講座等開催時においても疾患予防・管理について伝えていく必要がある。

ハイリスクアプローチ : 健康状態不明者

### 【対象者】

- ①前年度健康診査及び医療機関受診歴がなく、要介護認定を受けていない者。
- ②後期高齢者のみ世帯の者を優先する。

### 【内容】

- ・高齢者相談担当課にて訪問または面談を実施
- ・健康状態、受診状況の聞き取り
- ・健診受診勧奨、生活改善に向けた保健指導、必要時医療受診勧奨、サービスへのつなぎ。

ハイリスクアプローチ : 健康状態不明者

【実施結果】

(人)

	R4年度	R5年度
対象者	265	195
優先対象者 (高齢者のみ世帯)		91
訪問数	10	11

- ・健診受診勧奨、健康状態聞き取りを実施する。
- ・R5年度は優先対象を絞り実施する。
- ・実施方法、優先者等さらに検討が必要である。

通いの場等への積極的な関与(ポピュレーションアプローチ)

**【対象】地域の通いの場参加者**

**【対象地区選定方法】**

- ・介護予防対象者(脳血管疾患・心不全・腎不全等合併症があるが介護度認定を受けていない者)の人数が多い地区を優先に、区役員に講座開催を相談。
- ・R5年度は6圏域9地区で開催

**【内容】**

高齢による心身機能の低下予防、生活機能の維持・向上を目指し、フレイル予防に関連した『運動・栄養・口腔』をテーマに4回シリーズの講座を実施。



通いの場等への積極的な関与(ポピュレーションアプローチ)

【フレイル予防講座】

回	講座内容	スタッフ
1	フレイル・認知症予防・運動について 体力測定・フレイルチェックの実施 講話・実践	理学療法士・ 看護師・ 保健師
2	健康長寿はバランス食から 低栄養予防・血流改善のための食事について講話 食事振り返りシートの利用	栄養士・ 保健師
3	ずっと笑顔で健口長寿 オーラルフレイルについて講話 口腔体操等の実践	歯科衛生士・ 保健師
4	講座の振り返り 体力測定・フレイルチェックの実施 講座後の集いや取組みの継続について	理学療法士・ 栄養士 看護師・ 保健師

※運動講座時は、体調管理の為、リスク管理票を活用

通いの場等への積極的な関与(ポピュレーションアプローチ)

## フレイル予防講座実施状況

(人)

	R3年度	R4年度	R5年度
介入地区数	8	12	9
延べ参加者数	300	546	553
(内75歳以上 延べ参加者数)	170	278	277

フレイル予防啓発の為、前年度までに実施していない地区での開催をすすめている。

## 通いの場等への積極的な関与(ポピュレーションアプローチ)

### 【参加者の様子】

- ・メモを取られたり、講師に個別相談されている
- ・目標を実践、記録されている方もあり
- ・役割を持つことについて伝えると、参加者で椅子の片づけ、掃除をされる姿もあり
- ・運動実践時しっかり取り組まれる

⇒

参加することで社会参加の機会となり、役割を持つこと、自宅での実践にも繋がる。

フレイル状態に気づいていただき、生活習慣改善につながる

### 【サロンスタッフの様子】

- ・数年ぶりのサロン開催でも、区で回覧や声掛けをされ参加者が集まった
- ・受付、誘導、記入の声掛け等役割を担っていただいた。  
スタッフが高齢の場合は職員が主に担った。
- ・サロン継続には、参加者も役割を担うことが必要と感じておられた
- ・健康推進員からも区民に話をしたい、と活動に繋がっている

⇒

区の主体的な動きを促すことで、講座後のサロン等継続につながる。

通いの場等への積極的な関与(ポピュレーションアプローチ)

## 握力・BMIを測定し、フレイル状態を確認

### ◎握力測定結果

測定実施者(人)		握力基準低下(人) (男性28kg未満、 女性18kg未満)	握力基準低下 割合(%)
初回	108	34	31.5
最終	108	<b>29</b>	<b>26.9</b>
再掲75歳以上の 方 測定実施者(人)		握力基準低下(人) (男性28kg未満、 女性18kg未満)	握力基準低下 割合(%)
初回	56	27	48.2
最終	56	<b>23</b>	<b>41.1</b>

### ◎身体測定結果

測定実施者(人)		BMI20未満 (人)	やせ割合 (%)
初回	113	23	20.4
最終	113	<b>18</b>	<b>15.9</b>
再掲75歳以上の 方 測定実施者(人)		BMI20未満 (人)	やせ割合 (%)
初回	59	15	24.4
最終	59	<b>7</b>	<b>11.9</b>

☆握力測定、身体測定結果共に講座開始時の結果より改善している方の割合が増加。

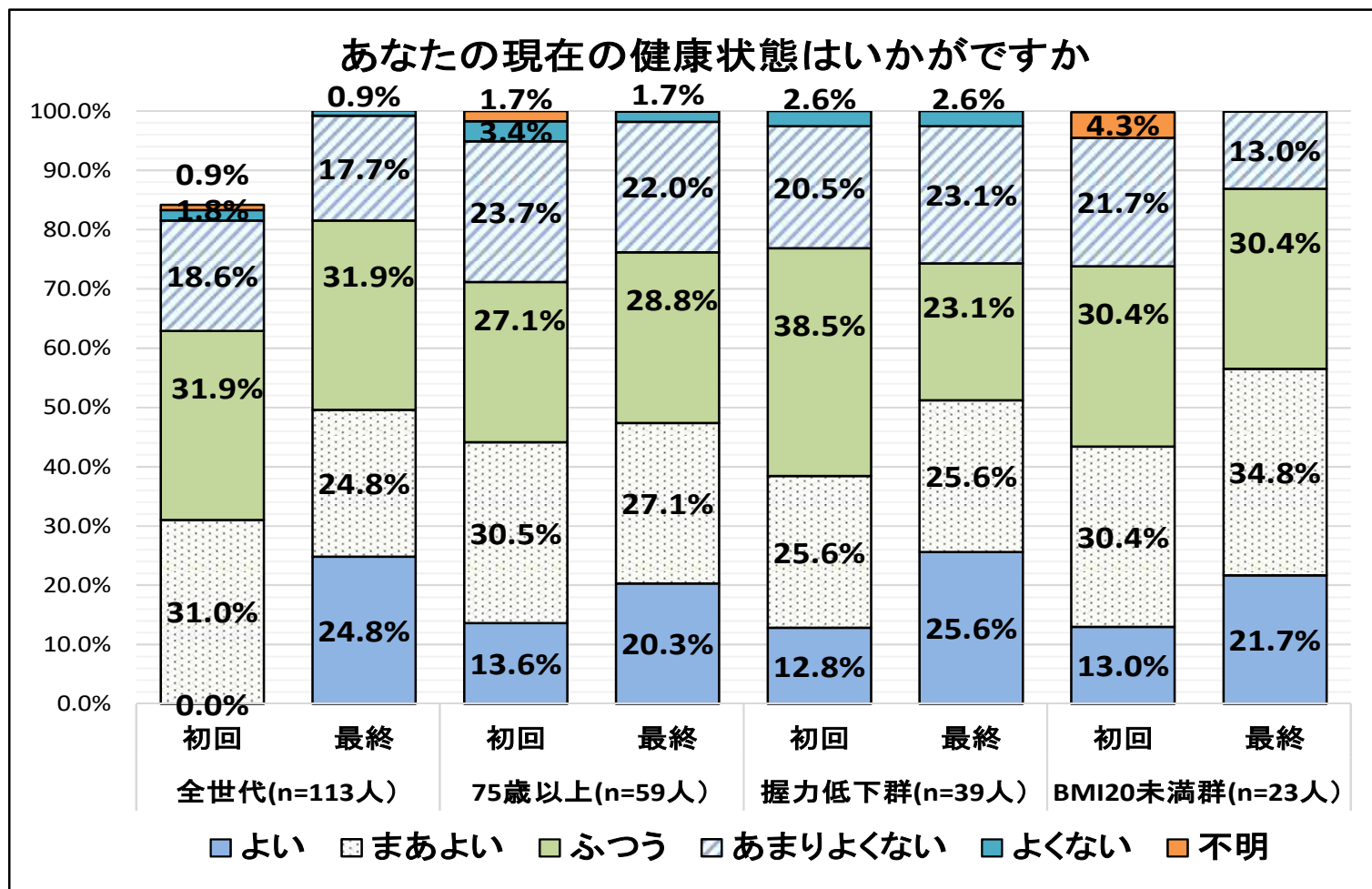
# 健康セルフチェックシートの実施結果

講座の初回と最終回到回答していただき変化を確認。高齢者質問票を基にした、全26項目。

- ・健康状態 2問
- ・栄養・食事 5問
- ・口腔機能 5問
- ・運動機能 6問
- ・嗜好(たばこ) 1問
- ・認知機能 2問
- ・社会参加 4問
- ・その他 1問

健康状態	あなたの現在の健康状態はいかがですか	①よい ②まあよい ③ふつう ④あまりよくない ⑤よくない
	毎日の生活に満足していますか	①満足 ②やや満足 ③やや不満 ④不満
栄養・食事	1日3食きちんと食べていますか	①はい ②いいえ
	食欲はありますか	①ある ②あまりない ③ない
	肉・魚・卵・大豆製品を意識して食べていますか	①はい ②いいえ
	直近の6か月間で2kg以上の体重減少がありましたか	①いいえ ②はい ③測っていない
口腔機能	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか(さきいか、たくあんなど)	①いいえ ②はい
	お茶や汁物等でむせることがありますか	①いいえ ②はい
	舌がもつれる(しゃべりにくい)ことがありますか	①ない ②時々 ③よくある
運動機能	1日2回以上歯を磨きますか	①はい ②いいえ
	以前に比べて歩く速度が遅くなってきたと思いますか	①いいえ ②はい
	この1年間に転んだことがありますか	①いいえ ②はい
	ウォーキング等の運動を週に1回以上していますか	①はい ②いいえ
	つまづくことはありますか	①ない ②時々ある ③よくある
	ペットボトルのふたを開けるのが大変ですか	①いいえ ②はい
その他	立ったままズボンがはけますか	①はける ②支えが必要 ③はけない

# 健康セルフチェックシートの結果(前後の結果がある方のみ)



健康状態について  
2項目確認

## 実際の声

- ・日常生活で、食事・体操など少しずつ気にかけることができた。
- ・何事にも参加しようと意欲が出た。

教室に参加後、健康状態が良いとチェックした方の割合が増加。筋力低下軍では「よい～ふつう」の割合が低下しており、体力の低下が影響している可能性がある。

## 健康セルフチェックシートの結果

【栄養】 教室に参加後、たんぱく質を食べるよう意識された方の割合が増加。  
握力低下群、BMI20未満群への意識向上につながった。  
（実際の声）・食事のバランスを考えるようになった。  
・納豆をなるべく食べるようになった。

【口腔】 後期高齢になると口腔清掃の機会が減少。  
義歯となり、手入れの回数が減っていることが考えられる。  
（実際の声）・義歯を作った後は歯科に行っていない。  
・お口の体操を食事前に取り入れる。



【運動】 教室に参加後、運動の機会が増えている方の割合が増加。  
特に後期高齢者、握力低下群、BMI20未満群への意識向上につながった。  
（実際の声）・テレビの体操を意識できるようになった。  
・歩いていたがラジオ体操を追加した。

### 【フレイルについて】

初回はフレイルを知らない割合も多かったが、講座への参加で啓発に繋がった。  
今後も未実施の地域で開催することで、フレイル予防の知識を広げていくことができる。

## 一体的実施結果と今後の方向性

事業開始からの考察	今後の方向性
<p>(ハイリスクアプローチ・重症化予防)</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・検査値が悪化している方もみられ、適切な受診ができるよう伝える必要がある。</li><li>・既に内科受診中の方もあり、主治医と検査値について話せているか確認が必要である。</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>・医療受診の必要性を丁寧に説明し、受診を勧める。</li><li>・受診勧奨値になった検査項目について、対象者が主治医に確認できるように伝えていく。</li><li>・出前講座等でも疾患予防・管理について伝えていく必要がある。</li><li>・健診対象者増加を踏まえ、事業対象者を検討する。</li></ul>
<p>(ハイリスクアプローチ・健康状態未把握者)</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・訪問可能人数が限られる。</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>・実施について関係課と再検討を行う。(実施方法、時期、優先者等)</li></ul>



## 事業開始からの考察

- (ポピュレーションアプローチ)
- ・フレイルについて知らない方も多く、フレイル傾向にある方には特に、栄養・口腔・運動の大切さを伝え、生活改善につながる個別的支援が必要がある。
  - ・区では年度当初にサロンの計画を立てておられるところも多い。年度途中で講座の組入れが難しいことがある。

## 今後の方向性

- ・講座参加者が自身のフレイル状態に気づき生活改善に繋がるよう啓発する。
- ・質問票の改善(高齢者でも見やすく、記入しやすくし、自身のフレイル項目が分かる物に)
- ・専門職と講座内容を検討し、家庭でも実践できる内容を講座に取り入れる。
- ・R6年度の対象地区を選定しておき、地区との調整が円滑早期におこなえるようにする。

ご清聴ありがとうございました

