

ーその他ー

(1) 高齢者の保健事業と介護予防等の一体的な実施について
令和5年度実績報告及び令和6年度計画

① ハイリスクアプローチ（高齢者に対する個別的支援の取組）

取組概要	令和5年度実績	令和6年度計画
○「低栄養」 低栄養防止ハイリスク者への、健診結果等を活かした個別指導の実施。 【対象者】 BMI20.0以下、「6か月で2～3kg以上の体重減少のある方」に「はい」と回答した方。 ※医療機関で治療中の者（がん、認知症、精神疾患等）は除く。	該当者31名のうち28名に電話、訪問での支援を実施。約3か月後電話、手紙等でのフォローにて評価。 ⇒支援後の体重1kg以上の増加8名（25.8%）、維持12名（38.7%）、1kg以上の減少1名（3.2%） *BMIが20.1以上になった者2名（6.5%）	継続実施。
○「重症化予防（糖尿病性腎症）」 取手・守谷・利根2市1町で実施している糖尿病性腎臓病重症化予防事業のフォローアップ事業の実施。 【対象者】 平成30年度から令和4年度プログラム参加者のうち75歳以上となった者16名。	R5年度該当者16名全員に指導実施。対象者全員継続受診中。	継続実施。 令和6年度該当者9名。 （令和2年度から令和5年度プログラム参加者のうち75歳以上の者） ※令和6年度に75歳になる場合を含む
○「重症化予防（その他生活習慣病等）」 特定健康診査対象者対象に実施してきた生活習慣病重症化予防事業を、75歳以上の対象者にも実施。 【対象者】 以下のいずれかの項目に該当する者。 a. 医療未受療者 b. aかつ下記の健診データ該当者 ・高血圧：Ⅱ度高血圧（収縮期血圧160mmHg以上または拡張期血圧100mmHg以上）または ・糖尿病：HbA1c（ヘモグロビンA1c）が7.0%以上または ・尿たんぱく：2+以上	該当者37名。 初回指導率100%。 初回指導後3か月後に継続保健指導を実施。 19名が受療。	継続実施。 糖尿病：HbA1c（ヘモグロビンA1c）については8.0%以上を優先実施。

○「健康状態不明者対策」 健康状態不明者の状態把握と、生活習慣病未治療者等を必要なサービスにつなぎ、社会的フレイルや、要介護状態等のハイリスク状態になることを未然に防ぐことを目的に実施。 【対象者】 KDB システムより、令和 4 年度後期高齢者医療健康診査（75 歳は令和 4 年度特定健康診査）の受診歴及び医療機関のレセプト等がない方、かつ介護保険未利用者を抽出。	該当者 150 名 ⇒アンケート回答者 86 名。 包括高齢者訪問等他事業での把握者等 5 名除く 58 名に訪問実施。 介入後の健診受診者 17 名。	継続実施。 【令和 6 年度対象者】 KDB システムより、令和 5 年度後期高齢者医療健康診査（75 歳は令和 5 年度特定健康診査）の受診歴及び医療機関のレセプト等がない方、かつ介護保険未利用者 128 名。 7 月上旬、アンケート送付。 返信のなかった方で他事業把握者除いた者に訪問実施予定。
--	--	--

②ポピュレーションアプローチ（通いの場等への関与）

取組概要	令和 5 年度実績	令和 6 年度計画
○「健康教育・健康相談」 地区のサロンやシニアクラブにおいて、フレイル予防についての啓発、出前講座にて健康教育を実施する。（健幸長寿課の出前講座を活用）	実施した通いの場等 39 団体 実施回数 124 回 参加者（累計）1,438 名 実施会場 4 か所	継続実施。
○「気軽に相談できる環境づくり」 地域の公民館等において、予約制で個別相談会を実施。	実施会場 4 か所 参加者 45 名	

② 令和 6 年度実施体制

主担当：保健予防課

関係課等：国保年金課、健幸長寿課、介護福祉課

医療専門職

単位：人

		保健予防課	国保年金課	健幸長寿課	介護福祉課
企画・調整（専従）	保健師	1	0	0	0
個別的な支援及び通いの場等への関与（兼任）	保健師	5	0	2	0
	管理栄養士	3	0	1	0
	歯科衛生士	0	0	1	0
	作業療法士	0	0	0	0

※令和 6 年度実務に係る職員のみ記載

茨城県内実施状況

令和 2 年度実施	令和 3 年度実施	令和 4 年度実施	令和 5 年度実施	令和 6 年度予定
6 市町村	17 市町村	31 市町村	40 市町村	44 市町村