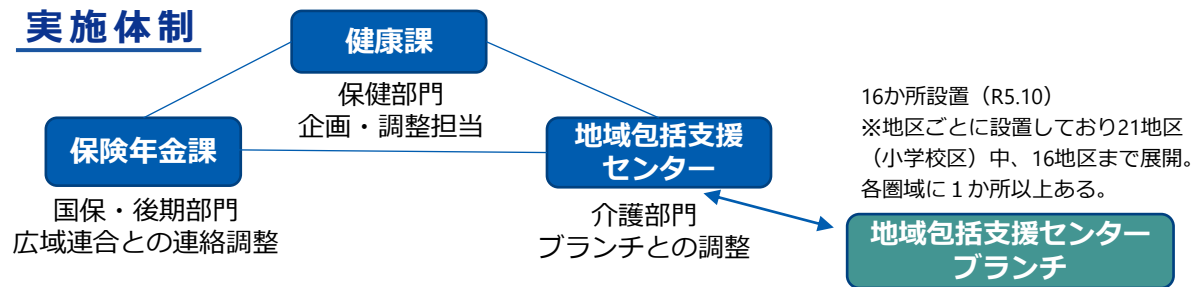


# 石川県加賀市 ー地域包括支援センターブランチを活用した高齢者の保健事業・介護予防ー

市の概況（令和5年4月1時点）		
人口		63,109人
高齢化率		35.5%
後期被保険者数		12,497人
日常生活圏域数		7圏域

## 実施体制



## 取組の経緯

- 介護分野から異動してきた保健師が契機となり、令和元年度より保健分野と介護分野の役割の整理や、協働・連携すべき事柄の整理が進みはじめた。
- 生涯にわたる健康づくりの展開を進めるうえで、効果的・効率的な実施について、国保・後期部門、保健部門、介護部門で検討し、令和2年度からの開始につなげた。
- 地域包括支援センター（直営1か所）において、平成27年から地域の身近な相談窓口及び地域福祉コーディネイト業務を地域包括支援センターブランチ（16か所（以下、ブランチという））として、介護保険サービスの地域密着型サービス事業所（主に小規模多機能型居宅介護）に委託してきた。本人の「暮らし」を支える視点や早めの出会いが大切であることから、一体的実施事業においても地域の特性をよく知るブランチに、フレイル予防と生活習慣病等の重症化予防の2つの視点を加えた支援として、ハイリスクアプローチ、ポピュレーションアプローチを委託した。令和4年度は2圏域、令和5年度は3圏域のブランチに委託し、ブランチがない地区は市で実施した。

## 企画調整・関係機関との連携

- **庁内連携**  
保険年金課・健康課・地域包括支援センターで2ヶ月に1回程度会議を実施。医療費の現状や、各課の課題、研修内容等を共有。
- **医療関係団体等との連携**  
【関係団体：加賀市医師会・県加賀歯科医師会、加賀市糖尿病協議会、加賀市介護サービス事業者協議会等】  
健康分科会、国保の運営協議会、糖尿病協議会で一体的実施事業の実施状況や計画を報告。  
【委託先：地域包括支援センターブランチ】  
・地域包括支援センターとブランチとの間で連絡会を2か月に1回実施し、情報共有をしている。  
事業実施以降、年度初めの連絡会で実施ブランチより活動報告を実施。  
・ブランチの医療専門職の介護予防の視点を向上するために研修会を開催。

## ハイリスクアプローチ

- **糖尿病性腎症重症化予防**  
介護予防基本チェックリスト（※1）ハイリスク者及び県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに準じる者を抽出し、生活習慣病重症化予防が期待できる対象者にブランチの医療専門職（看護師）が訪問指導等にて重症化予防を図る。  
※1 介護予防基本チェックリスト（基本チェックリスト25項目+後期高齢者の質問票を含む健診の問診項目等）は要支援・要介護認定を持っていない70歳以上の方に地域包括支援センターから毎年送付している。提出率は6割以上。



ブランチとの打合せの様子

訪問指導の際、対象者へ訪問目的等を伝えるためのチラシ



## ポピュレーションアプローチ

- **健康教育・健康相談**  
住民主体の通いの場等を活用し、ブランチの医療専門職（看護師）によるフレイル対策としての健康相談や健康教育を実施する。（年3、4回程度巡回）



片山津地区



金明地区



橋立地区

### 参加者の反応

- ・「質問票により、健康チェックができて励みになる、健康相談を受け安心した。」「自分が血圧が高いことに気づけてよかった。」「家でもできる運動がわかった。」等の感想が聞かれた。
- ・通いの場等のリーダーより「サークル開催する時、教えてもらった体操を毎回するわ」との発言が聞かれた。

# 石川県加賀市

## 事業結果と評価概要（令和4年度結果）

	取組区分	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	10人	10人 (延べ25人)	①医療中断 ②服薬状況 ③生活習慣改善への取組 ④取組結果 ⑤重症化予防	①定期医療機関受診 100% (10/10人) ②服薬継続率 100% (10/10人) ③生活行動改善 87.5% (7/8人：評価対象8人) ④検査値データ改善 57.1% (4/7人：評価対象7人) ⑤医療連携・継続支援者（介護申請等） 10% (1/10人)
ポピュレーションアプローチ	健康教育・健康相談	-	延べ326人 (26回)	①フレイル・生活習慣改善の取組 ②フレイル対策・重症化予防	①関与した通いの場7か所 介入及び状態の把握26回 状態把握（延人数）326人 健康教育（延人数）84人 ②健康相談（延人数）119人 質問票による評価（比較可能な者） ・血圧維持改善80% ・体重維持改善84% ・運動維持改善82% ・口腔維持改善75% ・栄養維持改善100%

- 成果**
- ブランチの医療専門職の介入により、定期受診の継続や生活行動の改善、必要な医療介護につながるケースが見受けられた。
  - 継続的な関わりにより相談窓口の定着や、フレイル対策のための体操などの定着がみられるサークルもあった。
  - 顔の見える関係になったことで、健康相談の増加につながり、普段主治医に聞けないような健康に関する不安等を聞き、具体的なアドバイスをすることができた。中には、必要な支援や治療につながったケースもあった。

## 課題・今後の展望

- 後期高齢者の健診受診率が12.4%であるため、フレイル対策だけでなく、健康管理、重症化予防のために健診受診に関する情報提供も行っていく必要がある。
- 重症化予防、フレイル対策の視点で実施している健康教育（おたっしゃサークル（※<sup>2</sup>）への講師派遣）や糖尿病管理台帳（※<sup>3</sup>）等の既存事業と協働して展開していくことが必要と感じている。また、生活、フレイル、健康づくりの視点で一人の高齢者をどのようにみていくかといった、「考え方」の普及が必要と感じる。※<sup>2</sup> 市に登録された介護予防や、健康づくりを目的として活動している高齢者の自主的な集まりの場。※<sup>3</sup> 健診によりHbA1Cが6.5以上に該当した者を経年的にみていくために作成した台帳。R4年度からは75歳以上も対象としている。
- リスクの高い地域から事業を開始しているが、今後は7圏域すべてにおいて一体的事業の展開を目指している。