



加賀市の高齢者の保健事業と介護予防等の一体的実施

○在宅で自立した暮らしを送れる高齢者の増加を目指すため、地域の特性をよく知る地区高齢者こころまちセンター（ブランチ）を基軸に、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を実施。

市の概況（令和6年4月1日時点）

人口	62,170人
高齢化率	35.8%
後期被保険者数	12,785人
日常生活圏域数	7圏域

【実施体制及び関係団体】

・実施体制：保険年金課・健康課・地域包括支援センターで取り組んでいる。（年2回程度会議）

※R5.6.1 2部署連絡会 今年度の事業についての協議
R5.6.6 3部署連絡会 今年度の事業、役割分担について
R5.7.26 2部署連絡会 新規の圏域について進め方協議
R5.8.28 広域との連携・協議の場

・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等

ブランチとの調整

地域包括支援センター（地区ブランチも含む）

情報共有
連携

健康課

企画・調整

保険年金課

広域連合との連絡調整

現状と課題

- 一人当たりの医療費は999,305円/年（R5年度）であり、国・県平均より高く、県内で上位（6位）である。（出典：後期高齢者医療費診療諸率資料）
- 新規要介護認定者の主治医意見書の主病名は、第1位が認知症、第2位が悪性新生物、第3位が脳卒中である。原因疾患のうち、「脳卒中」、「狭心症・心筋梗塞」、「高血圧症」、「糖尿病」などの「生活習慣病」は、約2割を占めている。ここ数年、認知症による申請が増えている。（出典：介護福祉課資料）
- 後期高齢者健診受診率は、R5年度13.6%で県の30.6%（R5）と比較しても低い。また、受診率は、市内でも地域差があり、5.5%（湖北地区）～19.3%（三谷地区）と幅がある。（出典：KDB地域の全体像の把握 R5年度累計）
- 後期高齢者健診結果のうち有所見者の約4人に1人が肥満である（R5）。
また、HbA1c6.5%以上の割合は男女ともに国より高い。（出典：KDB厚生労働省様式5-2）
- 質問票の結果より、口腔機能（硬いものが食べにくい、むせる）の課題が約3人に1人、以前に比べ歩く速度が遅くなった人が約2人に1人、過去1年の転倒経験ありが約5人に1人であったものの、社会参加（週1回以上の外出）、ソーシャルサポート（身近な相談者あり）は、95%を超え、県等と比べても高い割合である。
（出典：KDB地域の全体像の把握 R5年度累計）

企画・調整等

- 今ある高齢者の通いの場を活かし、健診結果等を踏まえた疾病予防と生活機能維持の両面で高齢者の課題に対応し医療費適正化を目指す。
- 実施圏域にて、看護師、保健師、管理栄養士等の医療専門職が高齢者の質問票や介護予防基本チェックリストで心身機能を把握し、相談・指導を実施する。必要な医療・介護サービスに繋ぐため、生活習慣病等の未治療・治療中断者に対する医療や健診の受診勧奨、通いの場等への参加勧奨等を行う。

ハイリスクアプローチ

- 健診・介護予防基本チェックリスト結果から生活習慣改善による生活習慣病等重症化予防が期待できる対象に、地域包括支援センターブランチの医療専門職の訪問指導等にて、重症化予防を図る。
- 対象者：介護予防基本チェックリストハイリスク者及び県糖尿病腎症重症化予防プログラムに準じる者

ポピュレーションアプローチ

- 住民主体の通いの場等で地域包括支援センターブランチの医療専門職の関与により、高齢者が健康状態に関心を持ち、フレイル予防にも関心を持つ機会として位置付けることで、高齢者に対しフレイル予防の重要性を浸透させる。
- 対象者：通いの場に参加する高齢者

	実施圏域	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(R5)	2圏域	実5件 (延8件)	実5件 (延8件)	①医療受診につながった 人数と割合 ②介入前後の検査値等 (HbA1c・血圧・体重・生 活習慣等)や高齢者質問 票で維持・改善・悪化等の 状況変化	①糖尿病治療継続者(率)5人/5人(100%) ②-1 服薬継続者(率)5人/5人(100%) -2 生活習慣改善(食事・運動等)への取 組者 5人/5人(100%) -3 HbA1cの改善者(率)2/3人(66.7%) 比較可能であった者のみ -4 基本チェックリスト体重維持(率)4/4人 (100%)比較可能であった者のみ -5 基本チェックリスト運動機能維持(率) 2/3人(66.7%) ※比較可能者のみ
ポピュレーション アプローチ(R5)	3圏域	25回/ 延245人	25回/ 延245人	①フレイル・生活習慣改善 への取組 ②フレイル予防・重症化予 防	①関与した通いの場9か所 介入及び状態の把握25回 状態把握(延人数)73人 健康教育(延人数)161人 ②健康相談(延人数)128人 質問票による評価(比較可能な者のうち) ・血圧維持改善82.5% (33人/40人中) ・体重維持改善71.4% (30人/42人中) ・運動維持改善70.7% (29人/41人中) ・口腔維持改善85.7% (36人/42人中) ・栄養維持改善85.7%(36人/42人中)

【成果】

- ハイリスクアプローチやポピュレーションアプローチにおいて、以下のような支援や結果が得られた。
- ・低血糖にならないための運動時間の工夫や血圧測定のタイミング等に係る具体的なアドバイスを行った。
 - ・生活状況の変化を把握したことにより、地域包括支援センターブランチ業務と連動させて介護予防事業の紹介につながった。
 - ・ブランチの医療職の介入により、定期受診の継続や生活行動の改善、必要な医療・介護につながった。
 - ・継続的な関りによって、相談窓口の定着化や、フレイル予防のための体操等の定着がみられるサークルがあった。
 - ・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、主治医に聞けない健康に関する不安等を聞き、具体的にアドバイスすることができた。
 - ・必要な支援や治療につながった。

今後の課題

○ハイリスクアプローチについて

- ・後期健診受診率が低い中で、対象者を抽出することが困難な状況がある。74歳までの国民健康保険の方にはみなし健診としてデータ提供をしてもらう体制となっているため、75歳を迎えてもデータ提供してくれる方もいるので、今後、受け取る体制について検討していく必要がある。
- ・健康課の医療職において健康づくりの視点はあがるが、生活やフレイルの視点を持って対応できるように一体化事業の考え方を課内でも伝えていく必要がある。
- ・ブランチにおいて、生活機能低下からくる生活障害はイメージしやすいが、健康づくりの視点を基に検査値などから本人の状態と生活を結び付けて考えていくことが難しいため、今後、ハイリスクアプローチにおける事業内容、方法を検討していく必要がある。

○ポピュレーションアプローチについて

- ・血圧や体重等日常的に健康管理を行っていない人もいる。後期高齢者の健診受診率がR5 13.6%であるため、フレイル予防だけでなく、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。
- ・住民がセルフケアできるように、おたっしやサークル講師派遣との協働等、既存の事業と連動しながらフレイル予防、健康づくりの取組につなげていく。
- ・通いの場にはハイリスク者が存在するため、ハイリスクアプローチとポピュレーションアプローチとの連動が不可欠である。ブランチと協働し、ハイリスクアプローチに対応した医療職の介入が必要であると思われる。
- ・通いの場には様々な課題を抱えた高齢者が存在するため、ハイリスクアプローチとポピュレーションアプローチとの連動が必要不可欠である。市ではこれまでも実施している「介護予防基本チェックリスト」を活用し、ご自身の老化のサインを早めに気付いてもらえるよう個別に郵送し確認をしてもらったり、ブランチの医療専門職の機能強化も継続して行っていくことが必要である。

○事業全体

- ・生涯にわたる住民の健康づくりの推進のために担当者が変わる中で、一体的実施における各部署との課題の共有化、役割の明確化が必要である。
- ・更なる事業推進には上層部及び関係各位の理解と協力が必要である。
- ・経年的に一体的事業を実施してきたことで、既事業は一人の住民に対して課を越えてどのような視点で介入するといった「考え方」の共有やすり合わせが必要と感じている。また、おたっしやサークルでの介護予防やハイリスク対象者へのアプローチ等すでに実施している事業もあることもわかった。そのため、既存事業との結び付けや、事業担当者以外の職員へも、生活、フレイル、健康づくりの視点における考え方の普及が必要と感じる。また、3課やブランチ、関係機関との連携の推進のために、それぞれの資源の把握と役割の理解が必要と感じる。

加賀市の高齢者の保健事業と介護予防等の一体的実施のための取り組みの様子

庁内連携：3部署連絡会



データ分析、課題の共有、事業の進捗確認等

ランチ(委託事業所)との打合せ



- 個別支援
・健診結果と基本チェックリストの読み取り
医療レセプトを活用し、健康課題を把握。
- 通いの場の積極的アプローチ
・地域の健診データ、医療費データ、生活機能データ、普段の地域特性より、地域の健康課題を把握。

ランチと共に、ポピュレーションアプローチの実施にあたり、通いの場のリーダーへ説明(事業説明、地区の健康課題等)



一体的実施の推進のために様々な場面で他部門、他部署と連携、共有しながら実施

地域の特性をよく知るランチ(地区地域包括支援センター)に委託

関連機関(医師会・広域連合・県・国保連)等への調整、介護事業者への委託業務の調整



加賀市糖尿病協議会

ランチ(介護事業者)・医療機関等への研修会
内容：制度について(国保連より)、高齢者の特徴、病気、健診結果の見方について(内科医より)



高齢者の暮らしを考えると、医療面も見ていく必要性があると分かった
→アセスメントの幅の広がり

保健・医療・介護・福祉など、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施に関係する分野の計画内容（抜粋）
（福祉分野の上位計画）

第2次 加賀市総合計画

第4期 地域福祉計画〔福祉こころまちプラン2020〕
(令2～令6年度)
(基本理念：ともに支えあう健康で心豊かなまちづくり)

連携

第7期
高齢者お違者プラン
(平30～令2年度)
(老人福祉計画、
介護保険事業計画
など)

第5期
障がいのある人
(子ども)の
サポートプラン
(平30～令2年度)
(障がい福祉計画、
障がい児福祉計画
など)

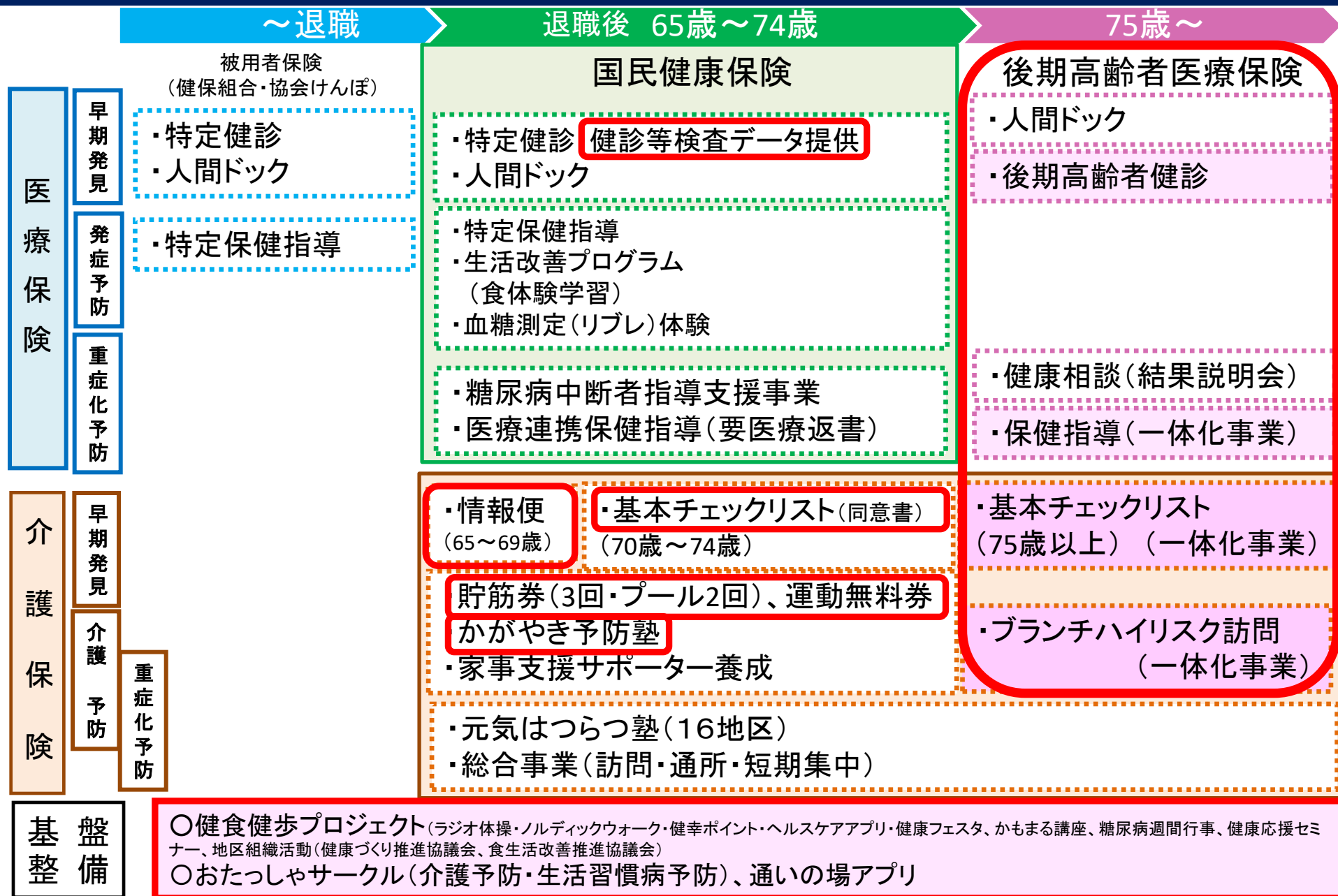
第2期
子ども・子育て
支援事業計画
(令2～令6年度)
(行旅計画)

健康支援プラン21
(第2次)
(平25～令4年度)
(健康増進計画、
食育推進計画
など)

健康や親子21
(第2次後期)
(令2～令6年度)
(母子保健計画〔母子
保健計画策定指針〕)

第2次 地域福祉活動計画
(加賀市社会福祉協議会)

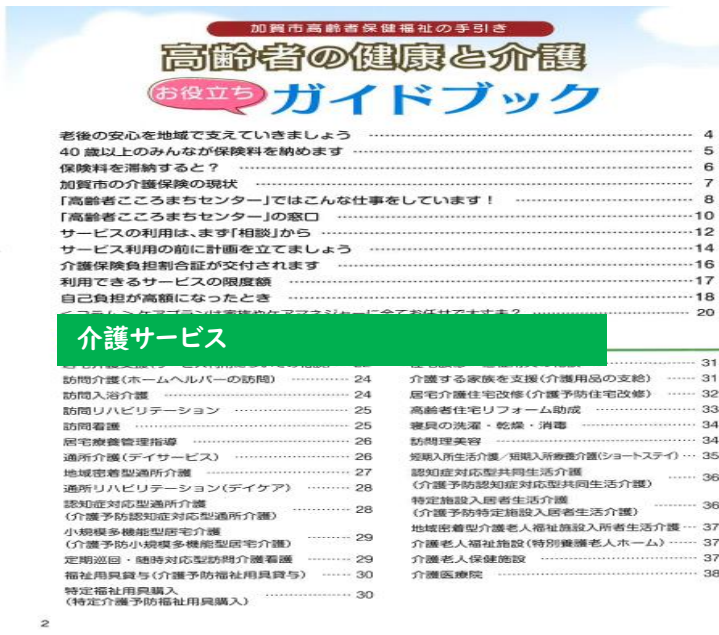
高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施（関連事業）について



※

☐ について、一体的な事業の運営や協力した啓発を行う。

社会資源について



加賀市
 令和3年度版


 ～人生100年時代に向けて～
KAGA健康歩プロジェクト








手帳


7つあそびスローガン

市民が先導的に健康づくりに取り組みてもらえるように、7つのスローガンを策定しました。



健康づくり
の推進役
加賀市モエッペン
健康モエッペン

001

年に一度の **健診** で助かる命、助ける命

002

野菜 は両手いっぱい三度の食事

003

まず10分。 **運動** を続ける秘訣です！

004

肝臓 も週休2日でリラックス

005

吸わない、吸わせない **タバコ** の煙

006

食後の **ハミガキ** は健康づくりの第一歩

007

話そう 聞こう 一人で **悩まない**

住 所 加賀市

氏 名

