

	取組区分	主な概要	実施状況等【令和5年度】
ハイリスクアプローチ	糖尿病性腎症重症化予防	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。 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。	【アウトプット】 対象者（ <u>18</u> 人）に対する初回訪問率： <u>83.3</u> % 【アウトカム】 血液データ、質問票：来年度の健診で確認
	その他の生活習慣病等重症化予防	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 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。	【アウトプット】 対象者（ <u>19</u> 人）に対する初回訪問率： <u>78.9</u> %、血圧手帳の配布数： <u>15</u> 冊 【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。
	健康状態不明者等	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 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）の状況を把握し、必要なサービス等へ繋げる。	【アウトカム】 対象 <u>98</u> 名中、訪問による把握 <u>72</u> 人（ <u>73.5</u> %）。アンケート回収者のうち基本チェックリストにてフレイルリスクが低い <u>26</u> 人は未訪問。他 <u>43</u> 人は民生委員や近所・親族者から把握。気になるケース（ <u>55</u> 人）については、包括支援センターへ連絡し医療専門職が訪問（ <u>100</u> %）を行い、必要なサービス等に繋げた。 訪問者のうち、当年及びR6年度中の健診受診者数は <u>4</u> 人、医療機関受診者数は <u>21</u> 人と、訪問後の受診率は <u>34.7</u> %であった。
ポピュレーションアプローチ	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として行うことで自助・互助活動を促進し、住民が主体的に行う登録者数と通いの場等を選定する。）	・全住民対象とした公開講座を、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を利用した自助と互助活動、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。講座終了直後に参加アンケートを回収し、自主的活動意向を確認。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、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。 【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 【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	【アウトプット（開催日数）】 ※公開講座回数； <u>3</u> 回（参加数 <u>435</u> 人） ※出前講座回数； <u>30</u> 回（参加数 <u>492</u> 人） 上記、参加アンケート回収により自主的活動意向あり者数； <u>53</u> 人 ※自助・互助活動セミナー；*印…新規 ・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（受講者数10人） *シルバーリハビリ体操2級指導士フォローアップ研修4回（ <u>38</u> 人） *上記体操指導士 避難所被災者向けフレイル予防体操巡回教室（1/17～計4回）、嚥嚥者向け（1回） ・認知症サポーター養成講習 <u>7</u> 回（*新規として、小学校教員と連携し、受講者に小学生を含む） ・チームオレンジ学習・定例会 <u>6</u> 回 ・介護福祉士初任者研修出向；計 <u>7</u> 回（修了数 <u>9</u> 人） ・通いの場での出前講座； <u>20</u> 回（ <u>438</u> 人） 【アウトカム（互助活動者数）】 ・シルリハ3級指導士（ <u>R4→R5</u> ） <u>118</u> 人→ <u>128</u> 人、シルリハ2級指導士 <u>22</u> 人 ・認知症サポーター；（ <u>R4→R5</u> ） <u>95</u> 人→ <u>2,496</u> 人 ・チームオレンジ数；（ <u>R4→R5</u> ） <u>41</u> 人→ <u>38</u> 人（内、新規者数2人。活動休止者を省く） ・志っ張りサポート隊登録者数； <u>76</u> 人（ <u>R4増減なし</u> ）
	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、該当者への利用勧奨）	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。 【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） 【評価方法】①自立支援に資する視点でインフォーマルサービスに繋げる助言件数	【アウトプット（介護保険関係者育成）】 ・ケアプラン点検 （ <u>R4→R5</u> ） <u>4</u> 回→ <u>2</u> 回 ・ケアマネ連絡会 （ <u>R4→R5</u> ） <u>8</u> 回→ <u>3</u> 回 （上記は、本来、秋～冬期に開催予定であり、1月の震災により中止となったため少ない） ・介護保険事業所連絡会 <u>1</u> 回 ・緩和型Aサービス委託事業所連絡（学習）会 <u>1</u> 回 【アウトカム】 4件のケアプランを点検し、4件ともインフォーマルサービスの紹介や自立支援となる助言を行う ケアプラン作成においては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。

■事業推進のための取組：住民への周知活動、住民が主体的に自助互助活動できる育成と場の提供等

■事業全体の成果、今後の展開：現段階での評価、今後の課題及び改善策・今後の展開など取組への意欲など】

介護保険認定者は、複数の生活習慣病の重症化に伴い生活活動に支障をきたしている。突然の発症ではなく、長年の生活習慣により生じやすいが故に予防可能な疾患も多い。
予防可能な疾患として、当町に多い『糖尿病重症化による腎症』や『高血圧や不整脈から生じる脳血管疾患』、複数の疾患と加齢が重なり合って生じる『認知症』や『転倒骨折』、高齢による『内服管理不十分』に焦点を当て、ハイリスクとポピュレーションアプローチの双方をリンクさせ、住民自らが学習し生活習慣を改善できる力を養う機会が重要と考える。

○ハイリスクアプローチについて

- ・長年にわたる生活習慣を理解のうえ個々を尊重した丁寧かつ経年的な支援が必要であり、壮年期からの保健事業と一貫した対応が重要である。保健福祉センター医療専門職により途切れない体制が重要であることを理解し重症化予防の自己能力の向上を目的とし、必要な場合は地域包括支援センター等へ繋げ早期に対応することで残存機能を生かす自立支援へとつなげるパイプを強化したい。
- ・受診勧奨の際、75歳未満の支援と同様に、連絡票や手帳を利活用し、自己管理を補う方法や親族へのアプローチ等も視野に支援する必要があると考える。

○ポピュレーションアプローチについて

- ・重症化予防の周知にとどまらず、自主的に自助活動を促し、活動できる場へと導くために、住民同士の相互作用を生かせる機会としたい。
- ・一時的な学習の場ではなく、アンケートや計測などを活用し次の行動に繋げていく。
- ・震災等有事の際にアプローチできる体制として、オンラインを平時から活用する体制構築も並行し考慮したい。
- ・脳血管疾患後遺症者であってもインフォーマルサービスを利用する等自立した生活が遅れるよう
- ・後期高齢者支援は、関わる専門職として医療・保健だけでなく福祉分野の専門職へも自立支援に資する視点と生活習慣病の重症化予防視点への理解が必要と考える。

※今後の事業推進には人事異動に影響することなく、取組むための関係者の理解と協力が必須である。そのためにも広域連合と市町の関係部署の上層部との合意形成や協議の場は重要と感じる。