

小松市の高齢者の保健事業と介護予防等一体的実施事業（R3年度開始）



【概況】（R7.4.1現在）

人口 105,004人 高齢化率 29.1% 被保険者数 18,182人
日常生活圏域数 5 健診受診率(R6年度) 後期 39.2%・国保 45.6%
平均寿命 男82.1歳 女88.3歳 KDB自立支援期間 男 80.9歳・女 85歳

【推進体制】 庁内連絡会 年5回（R6年度）

長寿介護課：企画・調整、介護保険計画、総合支援事業等
いきいき健康課：健診、データヘルス計画、重症化予防等
※広域との協議の場等：R6.12.17意見交換会・R7.3.3事業推進会議
R6.5.23・R7.2.18企画担当者意見交換会
R6.8.29広域との協議の場・R6.11.14通いの場現地視察

【後期高齢者の健康課題など】

医療⇒外来：循環器・新生物・内分泌・筋骨格 入院：循環器・新生物・筋骨格・呼吸器
介護⇒認定者有病：心臓病・筋・骨格・高血圧症・脂質異常症・糖尿病・認知症・脳疾患
保健⇒健診受診率42.8%（国・県より高い）、高血圧、腎機能低下、低栄養の割合は県より高い。

◎健康課題解決のための取組

- ・フレイルハイリスク者を把握し、予防事業につなげ改善を図る。通いの場でのフレイル予防及び活性化のための支援
- ・糖尿病性腎症及び循環器等生活習慣病の重症化予防
- ・健康状態不明者の状態把握に努め、個別の状況に応じて支援を行う。

【企画調整や関係団体との連携】

企画調整専門職の専従配置
（長寿介護課・保健師）

① 庁内等連携

長寿介護課・いきいき健康課

② 関係団体との連携

医師会、歯科医師会、薬剤師会、栄養士会、歯科衛生士会、フレイル予防機能強化型センター、高齢者総合相談センター、市糖尿病連携推進協議会、県糖尿病対策会議

③ 第三者による支援・評価

国保連合会保健事業支援評価委員会

④ 庁内外の関係者の連絡会

広域との連携・協議の場（年2回）
フレイル予防対策推進会議（年2回）
地域ケア推進会議（年4回）

【ハイリスクアプローチ】

① 糖尿病性腎症重症化予防（保健師・管理栄養士）

HbA1c7.0%以上または空腹時血糖126以上の糖尿病未治療者及び治療中断者、及び、HbA1c7.0%以上または空腹時血糖126以上かつ尿蛋白2+またはeGFR50未満の者、さらに健診受診者でHbA1c上位30名（左記及びHbA1c7.0%以上の糖尿病未治療者及び治療中断者を除く）に該当する者へ訪問して保健指導を実施
評価指標：検査データの変化、受診した数、新規透析導入者数

② そのほか生活習慣病（保健師・管理栄養士）

Ⅲ度高血圧未治療者及び治療中断者へ訪問して保健指導を実施
評価指標：検査データ変化、受診した数、生活習慣の改善状況

③ 健康状態不明者の把握（高齢者総合相談センター）

健診・医療・介護サービス未利用者抽出。高齢者総合相談センターの実態把握と連動させて把握。

評価指標：健診受診数、医療・介護サービスにつながった数

④ 質問票等から把握したフレイルハイリスク対象者への支援

- ・主治医からフレイル改善支援が必要な方を高齢者総合相談センターへ紹介
- ・センターの実態把握やサロンで実施した基本チェックリストから抽出
⇒センターによる二次アセスメント（フレイルチェック）を実施。短期集中予防サービスへつなぐ。
評価指標：短期集中予防サービスにつながった数

【ポピュレーションアプローチ】

① 通いの場等への積極的関与

- ・サロン活性化支援事業（フレイル予防機能強化型センターによるサロン訪問（講話やフレイルチェック、世話役との意見交換）
- ・フレイルに関する健康講座（フレイル予防機能強化型センター・県栄養士会・県歯科衛生士会・こまついきいき応援団等）

・啓発チラシ配布

- ・基本チェックリスト（フレイルハイリスク対象者は二次アセスメント→ハイリスクアプローチ）

評価指標：健康講座等の実施数・参加人数、基本チェックリストの変化

② フレイル測定会（フレイルチェック、予防講話）

評価指標：参加人数、基本チェックリスト

③ いろどりサロン（事業所主体の地域サロン）

④ 広報にフレイル予防コラム掲載

⑤ はつらつ健幸推進大会でのフレイル予防啓発ブース設置

小松市高齢者の保健事業と介護予防等一体的実施事業（R6年度事業結果と評価概要）

		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	95	82	①未受診者の医療機関への接続 ②検査データ:HbA1c、尿蛋白、体重減少、eGFR ③生活習慣改善 ④新規透析導入者数	①医療機関への受診17人/20人 ②HbA1c改善・維持34.1%(28人)、尿蛋白改善・維持17.1%(14人)、体重減少・維持39%(32人)、eGFR値の変化はR7健診結果等で確認 ③生活習慣改善維持41.5%(34人) ④R6年度新規透析導入者数23人(R5新規導入15人)
	その他の生活習慣病等重症化予防(血圧)	44	39	①未受診者の医療機関への接続 ②検査データ(血圧、体重)	①医療機関への受診22人(56.4%) ②血圧改善・維持48.7%(19人)、体重減少・維持38.5%(15人)
	健康状態不明者の把握	212	74	①実態把握数	①74人(34.9%) うち、訪問等により健康状況を確認し、継続支援が必要:10名(4.7%) ⇒その後の状況:継続支援6人、相談時対応3人、介護認定1人
	質問票から把握したフレイルハイリスク対象者への支援	1,229	108	①二次アセスメント訪問数 ②各種教室参加状況(短期集中予防サービス利用者)	①108人(8.8%) ②14人
ポピュレーションアプローチ	通いの場等への積極的関与(健康講座、健康教育、サロンでの基本チェックリスト)	-	累計 4,272	①健康講座・健康教育実施数、参加人数 ②基本チェックリストの変化	①サロン活性化支援事業(41サロン、688人)健康講座等(224回(118サロン)、4,272人) ②維持・改善割合(R5→R6)90.9%

重症化予防事業での基本チェックリストの実施(フレイルハイリスク者を高齢者総合相談センターにつなぐ)・介護予防事業における健診情報の活用(介護予防担当者・高齢者総合相談センター・サービス事業者等が重症化予防の視点を持つ)等、保健事業と介護予防が一体的に実施できる体制を構築している。

■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】

○サロンでの基本チェックリスト、高齢者総合相談センターの実態把握及び健診を起点としたフレイルハイリスク者の把握から、生活機能の低下が見られる人をフレイル改善事業(短期集中予防サービス等)へ繋げる体制を構築。要介護に至るリスクの高い対象者をより早期に把握できるよう、分析を実施している。

○これまで課題となっていた、短期集中予防サービスの対象とならない人(閉じこもりや生活支援が必要な人)や参加しない(拒否等)への対応策として、いざなりサロン(介護サービス事業所主体のサロン)を設置。また、前期高齢者へのアプローチとしてフレイル測定会を開催し、フレイル予防の普及啓発を実施。今後も、フレイル予防機能センター等関係機関との連携を図り、切れ目のない支援体制づくりに向けて関係機関と連携を図っていく。