



羽咋市 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施について

【概況】(R6.4.1現在)

- ・人口 19,703人 高齢者独居世帯割合 21.5%
- ・高齢化率 41.1% 後期被保険者数 4,863人
- ・日常生活圏域数 2
- ・死因 がん、心疾患、老衰、脳血管疾患

(R4年度石川県衛生統計年報)

市の木・花・鳥
クロマツ・サツキ・白鳥



【体制】※広域との協議の場合等：R5.6.6意見交換会参加・R5.7.27協議の場合 R5.10.30 一体的推進会議兼研修会 ほかにmail及び電話等

○調整部門：年6回連絡会開催

○実践部門：

- ・市民窓口課：健診事業、データヘルス計画主管課
- ・健康福祉課：健診事業、重症化予防
- ・地域包括ケア推進室：企画・調整、通いの場支援、
一般介護予防、介護保険・高齢者福祉計画

【関係機関】

- ・羽咋郡市医師会
- ・羽咋歯科医師会
- ・羽咋郡市糖尿病地域連携協議会
- ・羽咋市在宅医療・介護連携推進協議会
- ・羽咋市地域包括支援センター運営協議会
- ・石川県理学療法士会 他

【後期高齢者を取り巻く現状と健康課題など】(令和5年度事業開始)

- ・医療⇒外来：循環器系、新生物、尿路性器(腎不全)、内分泌 入院：循環器系、新生物、筋骨格系、呼吸器系
- ・介護⇒認定者有病：心臓病、筋骨格系、高血圧症、糖尿病、脂質異常症、精神疾患(認知症)、脳血管疾患
- ・保健⇒受診率28.0%、腹囲有所見者の割合が約4割と多い。
受診勧奨判定値では、高血圧及び、血圧+脂質又は血糖が県より高い。血圧+脂質+血糖は全国・県より高い。

【企画・調整等】

- 地域包括ケア推進室保健師(専従)
OKDBの活用
- ・帳票「地域の全体像の把握」を中心に、国・県・同規模と比較して地域の高齢者の健康課題を把握
- 関係機関や他事業との連携・調整
- ・各種会議に参加し、地域の医療・介護・福祉関係者へ一体的事業を紹介し助言を受け連携

【ハイリスクアプローチ】

- 糖尿病性腎症重症会予防(コントロール不良者、治療中断者、
基礎疾患+フレイル有、腎機能不良者)
- ・対象者：KDB支援ツールで抽出した者のうち79歳以下の者
(要介護認定者を除く)
- ・内容：主治医と連携のもと、訪問・電話等による個別指導を実施。
- 健康状態不明者の訪問
- ・対象者：医療、介護、健診未利用の75歳以上高齢者等
- ・内容：健康状態の確認調査票を送付し、必要な方・返信のない方へ電話・訪問を実施。把握した状況により必要なサービスへつなぐ。

【ポピュレーションアプローチ】

- 通いの場等での健康教育、健康相談・通いの場等で年2回、医療専門職(リハビリ専門職、保健師等)による羽咋市の健康課題とフレイル予防(運動や社会参加等)に係る健康教育・健康相談を実施し、健康づくり・介護予防につなげる。血圧測定、握力測定、高齢者の質問票で状態を把握。フレイル状態にある者等を把握した場合は適切な医療・介護等につなぐ。

○令和5年度実績（ハイリスクアプローチ）

取組区分	アウトプット			アウトカム		
	抽出者数	介入者数	介入率	評価指標	結果	課題・改善方策
健康状態不明者	93	75	80.6%	・健康状態を把握できた人数 ・健診受診した者の人数 ・医療・介護サービス・介護予防事業等につながった人数 ・地域との連携（民生委員、認知症地域支援推進員、町会等） ・地域包括支援センターの継続支援を行っている人数 等	・健康状態を把握できた人数（健康調査票、訪問、電話、介護申請等）75人（80.6%） ・訪問後：リスク者に対し、医療又は介護サービス、介護予防事業につながった者1人 ・訪問後：地域の見守り・連携が必要な者に対し、地域と連携を行った者（民生委員、認知症地域支援推進員、町会等）1人 ・訪問後、地域包括支援センターの継続支援を行っている者2人	・毎年対象者になる方が多く、健診受診つながらない。健康調査票郵送時に健診の案内も同封するなど更なる受診勧奨が必要。 ・健康調査票で対象者を絞っているが、有効にリスク者を把握するため対象者の選定が必要。 ・訪問しても不在なことも多いため、今年度は不在時にチラシをポストインしたところ折り返し連絡があった。
糖尿病性腎症重症化予防	25	3	12.0%	・HbA1cの変化 等 ・生活習慣の改善状況 等	・抽出者のうち1度でも電話もしくは訪問した人数 18人72% ・訪問・電話した人のうち栄養指導の同意が得られた人 3人16.7% ・HbA1c0.1%以上改善3人100% ・生活習慣改善2人66.7%、維持1人33.3%	・治療中であり、栄養指導も受けているからと介入を拒まれることが多い。かかりつけ医と連携し、かかりつけ医から管理栄養士の介入につなげてもらえる体制が必要。 ・1年後には元に戻ってしまったりするため、より継続的な働きかけが必要。

○令和5年度実績（ポピュレーションアプローチ）

	アウトプット			アウトカム		
	通いの場 （予定）	通いの場 （実績）	参加者数 （累計）	評価指標	結果	課題・改善方策
健康教育・ 健康相談	2	2	106	・基本チェックリスト ・握力等体力測定 ・行動変容アンケートの結果 ・新たなフレイル予防に取り組む通いの場の創出 ・ハイリスクアプローチ（個別支援）に繋いだ人数 等	・参加者実人数63人のうち、基本チェックリスト実施者47人（74.6%） うち、運動機能の低下 17人（36.2%） 低栄養状態 1人（2.1%） 口腔機能の低下 15人（31.9%） ・第2回アンケートから、「健康で過ごすためには生活習慣病予防とフレイル予防が大切なこと」「生活の中で体を動かす工夫が大事であること」について意識の変化があったという回答が参加者のほとんどの方からあった。 ・第2回のアンケートから、望む暮らしの継続のために取り組みたいことについて、「健診を受けたい」「朝・夕2回血圧を測定したい」「歩くようにする」「体操を続ける」など取り組みたいことについて多くの回答があった。 ・血圧改善（140以上から140以下になった方）、4人 ・握力改善（左右の平均値が上がった方）、16人 ・通いの場において個別の健康相談・支援を行った件数 0人	・基本チェックリストは1年に1回実施しているため、来年度以降に推移の確認が必要。 ・運動機能や口腔機能の低下している割合が多く、それに対する健康教育を実施していく必要がある。 ・2回目の測定が12月と冬季だったため1回目から血圧が上がった方が多く、血圧測定では評価が難しかった。 ・通いの場では普段から運動を取り入れているため、運動の実技に関する感想が多く聞かれた。なんのために運動をしているのかを理解して、運動を継続できるようなサポートが必要。 ・住民が主体的にフレイル予防を継続していけるようなフォローアップが必要

