



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、肺炎

(R5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】※広域との協議の場等：R6.5.23、R7.2.18企画担当者意見交換会 R6.9.18広域との協議の場、R6.11.1 一体的推進会議兼研修会

○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)
- KDB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(運動や口腔・栄養・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、高齢者の質問票等で状態を把握。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6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
重症化予防（糖尿病治療中断者）	0	0	0%	・治療中断者のうち健診又は受診につながった者（服薬治療を再開した者、傷病名＋（検査、生活習慣病管理料）等で受診が確認できた者）の割合	対象者には、はがきで栄養相談の呼びかけを行ったが、希望される方はいなかった。（対象者：19名）	介入が遅くなり、R6年度の健診の再勧奨ができなかった。健診を受けておらず、医療にもかかっていない方への直接介入が難しい。まずは健診受診の呼びかけをし、健診受診から保健指導につなぐことができるよう、対象者抽出・案内は早めに行うことを検討する。
重症化予防（糖尿病とフレイルの併存者）	6	6	100%	・治療開始の割合	面談対象全員が既に医療へつながっていた。	医療につながっているものの、HbA1cが高値で悪化傾向の方が多かった。継続フォローについて受け入れてもらえず、指導が一度きりで終わってしまうケースが多かった。継続支援に向けたアプローチ方法について検討が必要。（継続支援につながったのは2人/6人）

○令和6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
重症化予防（糖尿病とフレイルの併存者）	2	2	100%	・HbA1cの変化	継続フォローでき、面談が完了できたものについては、HbA1cの数値が大幅に改善となった。治療継続中の2件であったがHbA1cの数値は年々増加傾向にあった。	食に重点を置いた関わりを行うことができ、生活習慣の改善につながったことにより数値の改善に至った。今後も取り組みが継続できるよう、フォローしていく必要がある。 継続フォローについて受け入れてもらえず、指導が一度きりで終わってしまうケースが多かった。継続支援に向けたアプローチ方法について検討が必要。
健康状態不明者	82	75	91.5%	<ul style="list-style-type: none"> ・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 	<ul style="list-style-type: none"> ・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（91.5%） ・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3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4人 	<ul style="list-style-type: none"> ・地震の影響で住所をうつさずに市外の子の家等に行き、羽咋に不在の人が数人いた。 ・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、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。

○令和6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	102	高齢者質問票による 該当項目の変化 健康 1	初回 回答者数30人 よい8人(26.7%)、まあよい8人(26.7%)計53.4% 最終 回答者数37人 よい7人(18.9%)、まあよい14人(37.8%)計56.7%	・昨年度、フレイル全体について説明したが、内容が多すぎて十分に伝えきれなかったため、今年度は口腔機能と栄養を中心に健康教育を実施したところ、毎回の通いの場でパタカラ体操を導入し、口腔機能が大きく改善していた。今後は、これを継続できるように支援していく必要がある。 ・運動機能の低下している割合が多く、それに対する健康教育も実施していく必要がある。 ・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 ・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。
				高齢者質問票による 該当項目の変化 健康 1	初回 回答者数30人 よくない0人(0%)、あまりよくない2人(6.6%)計6.6% 最終 回答者数37人 よくない0人(0%)、あまりよくない4人(10.8%)計10.8%	
				高齢者質問票による 該当項目の変化 食習慣 3	初回 回答者数30人 3食食べる人 25人(83.3%) 最終 回答者数37人 3食食べる人 36人(97.3%)	
				高齢者質問票による 該当項目の変化 口腔機能 4,5	初回 回答者数30人 4固いものが食べにくい 13人(43.3%)、5むせる 10人(33.3%) 最終 回答者数37人 4固いものが食べにくい 14人(37.8%)、5むせる 10人(27.0%)	
				高齢者質問票による 該当項目の変化 運動 7,8,9	初回 回答者数30人 7歩行速度が遅くなった 19人(63.3%)、 8転倒経験あり 6人(20.0%)、 9ウォーキングしている 8人(26.6%) 最終 回答者数37人 7歩行速度が遅くなった 13人(35.1%)、 8転倒経験あり 6人(16.2%)、 9ウォーキングしている 8人(21.6%)	
				介護サービスにつな がった人・割合	介護サービスにつながった人・割合 0人/勧奨者数0人 0% 介護サービスが必要と思われる人はすでにつながっていた。	
				医療につながった 人・割合	医療につながった人・割合 0人/勧奨者数0人 0% 必要な人はすでに医療につながっていた。	
				血圧の変化	初回 測定30人 血圧Ⅱ度7人(23.3%)、Ⅲ度7人(23.3%) 最終 測定37人 血圧Ⅱ度13人(35.1%)、Ⅲ度5人(13.5%)	
 				人材育成人数・割合	人材育成人数・割合 37人(健康教育参加者数)/4,863人(後期被保数) 0.8%	