

神奈川県海老名市における一体的実施の取組



海老名市健康推進課
齋田瑠美



海老名市
住みたい 住み続けたいまち

海老名市の概要



神奈川県の
ほぼ中央に位置する
海老名市



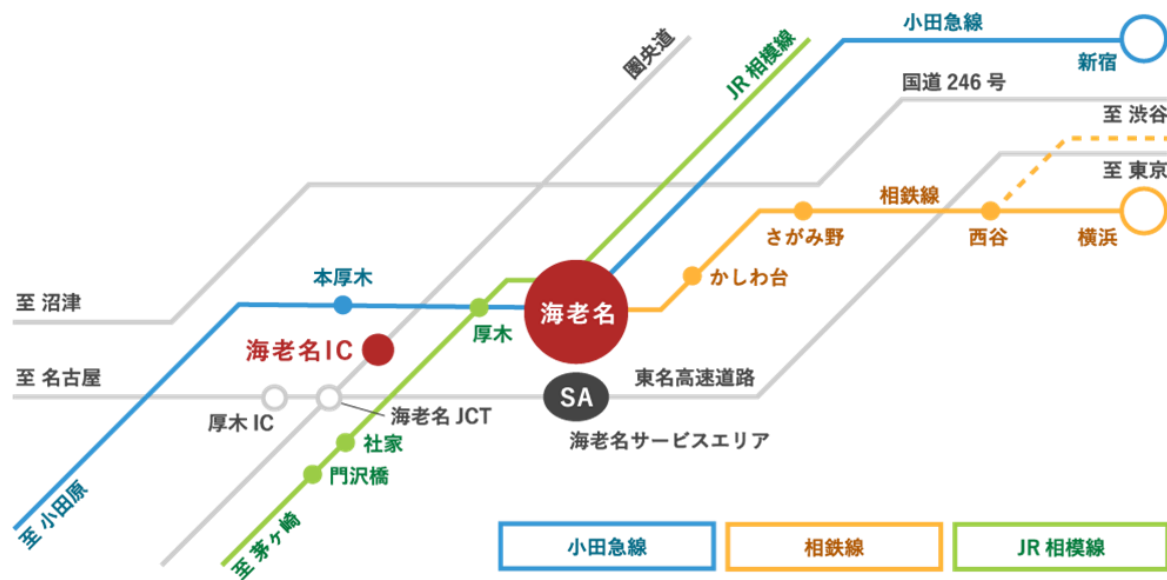
海老名市イメージキャラクター

えびにや

面積



26,59 km²



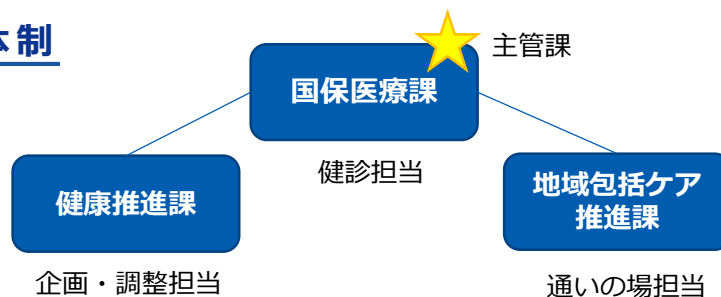
海老名市

住みたい 住み続けたいまち

市の概況（令和4年4月1時点）

人口	137,987人
高齢化率	24.8%
後期被保険者数	17,055人
日常生活圏域数	1圏域

庁内体制



- ・事務職
- ・保健師
- ・管理栄養士



取組の経緯

- 市として、介護予防事業や各種健康教室等、市民の介護予防及び健康増進に取り組んでいるところであるが、医療や健康診査等様々な面からアプローチするため、関係各課と連携して実施することとした。
- 医療受診者、未受診者ともに血圧、脂質、腎機能が受診勧奨基準値以上の割合が高い。
- このことから、ハイリスクアプローチは後期高齢者の糖尿病性腎症重症化予防に重点的に取り組むこととする。併せて、低栄養防止、健康状態不明者対策を実施する。また、通いの場においてはフレイル予防の普及啓発に取り組むこととする。
- データ分析やそれを活用した新規事業の立ち上げ、また、既存事業の反映について助言をいただきたいと、令和2年度から神奈川県の伴走新事業を活用した。適宜助言を受けられることで、自信を持って一体的実施に取り組むことができた。

企画調整・関係機関との連携

- **庁内連携**
月1回「一体的実施担当者会議」を開催している。そのうち年1回は各課の管理職も出席し、進捗状況や課題を共有している。
- **医療関係団体等との連携**
市医師会、地域包括支援センターと地域の健康課題等の情報を共有している。
腎症重症化予防事業では、市内の糖尿病専門医と腎症専門医に助言を受けている。

ハイリスクアプローチ

- **糖尿病性腎症重症化予防**
尿たんぱく（+以上）、高血圧、血清クレアチニン男性1.04mg/dl、女性0.97mg/dl以上、糖尿病の診療未受診、令和4年度中の75歳年齢到達者
- **低栄養予防**
BMI20以下、質問票No.6「6か月間で2～3kg以上の体重減少」に①はいと回答
- **健康状態不明者**
健診結果、医療レセプト及び介護情報がなく健康状態の不明者を抽出

ポピュレーションアプローチ

- **健康教育・健康相談**
食生活改善推進員と協働して作成したフレイル予防食のレシピを通いの場等で周知する。
健診やフレイル予防ちらしを配布し、周知を図る。
- **フレイル状態の把握（地域支援事業）**
健康教室等において、「フレイルチェック」や高齢者の質問票の活用等により健康状態の把握に努め、フレイル予防の普及啓発を図り、自らが取り組んでいけるよう意識づけを行う。



市町村版

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施に向けた医療専門職のためのKDB活用マニュアルVol.1.1 ワークシート

市町村名： 海老名市

市町村全体の状況を記載するワークシートです。

① 分析：分析項目ごとに確認ポイント及び参照するKDB帳票を参考にして市町村（地域）の状況を入力し、データから「見えた特徴」を記載します。

② 課題の抽出：分析結果から課題を抽出し、記載します。

確認ポイントの詳細等については、「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施に向けた医療専門職のためのKDBシステム活用マニュアル」を参照してください。

市町村では既に、健康増進計画、データヘルス計画、介護保険事業計画等、各種計画の策定過程において様々なデータ分析が行われています。それらにおいて健康課題が把握できている場合は、対象者の抽出から取り組んでみてよいでしょう。

◆表示（マーク）について

操作編 p.22 データの抽出方法が記載されている「KDBシステム操作編」の参照先頁を表しています。

データ加工 KDBシステム等から抽出した数値からデータ加工を行い値等を算出する場合を表しています。

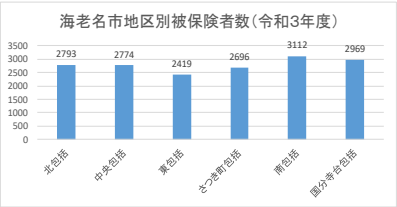
◆セルの色分けについて

KDBシステムから抽出した数値を入力するセルは白色

KDBシステムから抽出した数値を加工して入力するセルは赤色

KDBシステム以外からの数値等を入力するセルは桃色

計算式が入力されているセル（入力不要）は橙色

現状分析				課題の抽出			
分析項目	確認ポイントから整理した市町村（地域）の状況			抽出した課題 （自由記載）			
被 保 険 者 構 成	①人口構成の推移を確認する			<div style="display: flex; align-items: center;"> 操作編 p.22 データ加工 </div> ・高齢化率の上昇に伴い、後期高齢者医療の被保険者割合も増加傾向である。			
	年	人口（人）	高齢化率（％）				
	R2	135,580	24.6%				
	H27	130,190	23.3%				
	H22	127,707	18.8%				
<small>（国勢調査） R3年度版統計えびな引用</small>							
	②-1被保険者（※）の割合・人数を確認する						
	A.後期高齢者医療の被保険者数（人）	B.全体の人数（人）	C.後期高齢者医療の被保険者割合（％） C=A/B×100				
	海老名市	17,024	129,698	13.1%			
	神奈川県	1,198,548	9,043,288	13.3%			
	同規模	17,756	120,853	14.7%			
<small>使用データ年月：（R3年度累計） 「帳票ID:P21_001：地域の全体像の把握」人口構成・被保険者構成 （※）65歳～74歳で一定の障害があり、後期高齢者医療制度の資格を有する者も含みます</small>							
	③被保険者の地区分布を確認する						
	地区別被保険者数のグラフやマップを挿入する。						
	<div style="display: flex; align-items: center;"> 操作編 p.24,25,170 データ加工 </div>  <p style="text-align: center; font-size: small;">海老名市地区別被保険者数（令和3年度）</p> <p style="text-align: center; font-size: x-small;">使用データ年月：（R3年度累計） 「帳票ID:P21_001：地域の全体像の把握」人口構成・被保険者構成</p>			<div style="display: flex; align-items: center;"> 操作編 p.23 データ加工 </div> <今後実施すべき対策について>			
	②-2各市町村における後期高齢者の性別・年齢階層別構成						
	年齢	男性（人）	女性（人）			合計（人）	割合（％）
	65～69歳	9	7			16	0.1%
	70～74歳	29	24	53	0.3%		
	75～79歳	3,282	3,699	6,981	40.8%		
	80～84歳	2,526	3,042	5,568	32.6%		
	85～89歳	1,242	1,709	2,951	17.3%		
	90～94歳	334	823	1,157	6.8%		
	95～99歳	69	253	322	1.9%		
	100歳以上	3	41	44	0.3%		
	合計	7,494	9,598	17,092	100%		
<small>使用データ年月：（R4.4） 「帳票ID:P21_014：厚労省様式（様式3-1）生活習慣病全体のレセプト分析」被保険者数A</small>							
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【見えた特徴】</p> <p>当市は高齢化率が過去10年間で上昇しているものの、後期高齢者医療の被保険者割合は県と同規模と比べて低い。</p> <p>各地域包括支援センターの担当地域別の被保険者数は平均値2,725人、中央値2,784人である。</p> </div>							

- 「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施に向けた医療専門職のためのKDB活用マニュアル（ワークシート）」を活用し、地域の健康課題を抽出
- 海老名市版と地区版（地域包括支援センターごと）の2種類を作成

地域の健康課題を抽出（海老名市版）

4

受診勧奨判定値以上の者の割合（％）

男性	BMI	中性脂肪	HDLコレステロール	空腹時血糖	HbA1c	収縮期 血圧	拡張期 血圧	LDLコレステロール	eGFR
海老名市	25.2%	1.8%	2.5%	0.0%	13.7%	39.2%	7.7%	17.8%	12.1%
神奈川県	25.5%	1.9%	2.6%	5.6%	12.7%	32.3%	7.8%	16.1%	11.8%
全国	26.3%	2.0%	3.1%	7.0%	14.7%	32.7%	6.9%	14.4%	11.9%

女性	BMI	中性脂肪	HDLコレステロール	空腹時血糖	HbA1c	収縮期 血圧	拡張期 血圧	LDLコレステロール	eGFR
海老名市	20.2%	1.3%	0.5%	0.0%	8.2%	41.2%	8.7%	25.9%	10.6%
神奈川県	21.5%	1.1%	0.7%	3.5%	8.3%	35.5%	7.3%	23.4%	10.2%
全国	22.9%	1.3%	0.8%	4.1%	9.5%	35.6%	6.4%	21.7%	10.9%

使用データ年月：（R3年度累計）

「帳票ID:P21_024：厚生労働省様式（様式5-2）健診有所見者状況（男女別・年代別）」
死因割合（％）

	がん	心臓病	脳疾患	糖尿病	腎不全	自殺
海老名市	53.0%	25.5%	12.6%	1.7%	4.8%	2.4%
神奈川県	52.5%	27.3%	13.1%	1.5%	3.0%	2.6%
同規模	50.2%	27.8%	14.0%	1.9%	3.6%	2.5%
全国	50.2%	27.7%	14.2%	1.8%	3.5%	2.6%

使用データ年月：（R3年度累計）

「帳票ID:P21_001：地域の全体像の把握」平均寿命

【地域の健康課題（KDBシステム）】

- 特定健診有所見率は、男女ともに収縮血圧とLDL有所見割合が全国と県比較ともに高い。
男性のHbA1cが県比較で高い。
- 高血圧と糖尿病の服薬割合が低い。
- 慢性腎臓病（透析あり）の医療費が男女ともに高く、腎不全による死亡率が高い。
- 入院と外来医療費は骨折、慢性腎臓病が多く、次に糖尿病が多い。

分析項目：被保険者構成

- ①人口構成の推移 ②高齢化率の推移
- ③後期高齢者広域連合の被保険者数
- ④後期高齢者の被保険者数の年齢階層別構成

分析項目：介護を必要としている者の状況

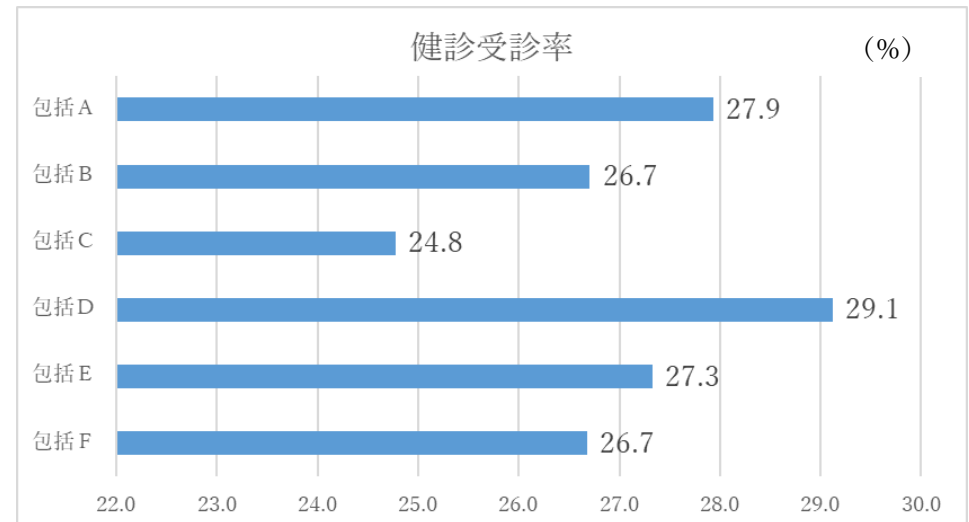
- ①第一号被保険者の要介護認定者数
- ②第一号被保険者の要介護認定割合
- ③第一号被保険者の要介護認定者の男女別平均年齢
- ④第一号被保険者の要介護認定者の認定別平均年齢

分析項目：被保険者の健康状態（医療）

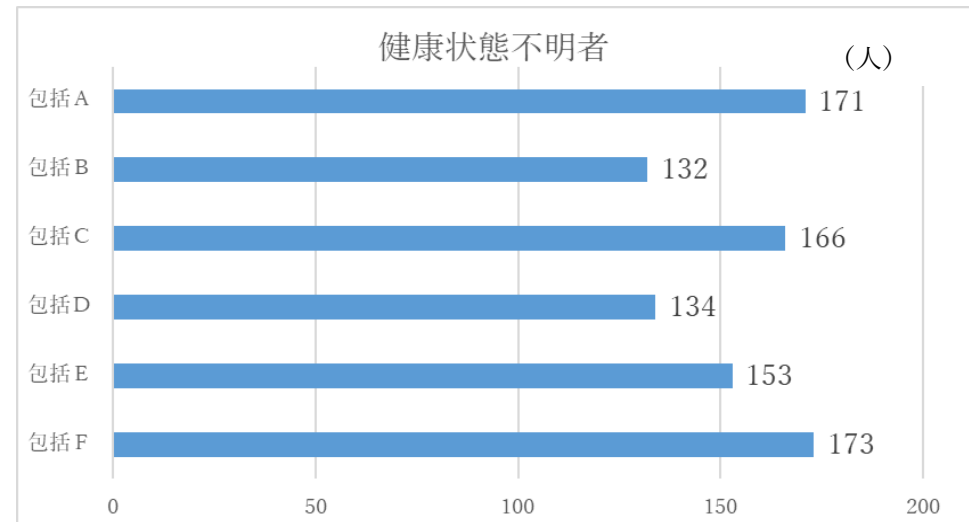
- ①外来受診率 ②1件当たりの入院日数
- ③入院率 ④各種疾病で治療している者の人数

分析項目：被保険者の健康状態（健診）

- ①健診受診率
- ②健診で受診勧奨値を超える者の人数を確認する
- ③健康状態不明者



KDBシステム「帳票ID:P21-001:地域の全体像の把握」健診



KDBシステム「帳票ID:P21-001:地域の全体像の把握」健診有所見者状況

令和3年度 一体的実施の取組の経過

6

		令和3年 4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	令和4年 1月	2月	3月
ハイ リス ク ア プ ロ ー チ	①糖尿病性腎症 重症化予防事業 (国保医療課)	デ ー タ 分 析				対象者 抽出	受診勧奨通知発送 電話・訪問					受診勧奨後 のレセプト 確認	電話・訪問
	②低栄養防止事業 (地域包括ケア推進課)							対象者 抽出		質問票 発送	教室	訪問	
	③健康状態把握事業 (地域包括ケア推進課)							対象者 抽出		質問票・ 勧奨通知 発送		未回答者へ 訪問	健診結果・ レセプト 確認
ポピュレーションアプローチ フレイル予防の普及啓発		通いの場における健康教育・健康相談											
		フレイルチェックの実施・食生活改善推進団体作成のレシピを配布・フレイルサポーター養成講座											
担当者連絡会					①	②				③	④	⑤	⑥
神奈川県伴走支援			①	情報交換 会		②						③	
市主催研修									低栄養 予防研修会		糖尿病 研修会		

○事業の企画・調整等

・ K D B システムの活用

→データを分析・健康課題を明確化

→対象者の抽出

→レセプト状況の確認

○一体的実施担当者連絡会の企画・開催

○医師会や地域包括支援センターなど関係機関との連携

○スキルアップのための研修会の企画・開催

○事業評価の実施

【担当課】 国保医療課

【目 標】 糖尿病性腎症の悪化を防ぎ、人工透析への移行を防止する。

【対象者】 ①尿たんぱく（＋以上）

②収縮期血圧130mmHg以上または拡張期血圧80mmHg以上

③血清クレアチニン男性1.04 mg/dl以上、女性0.97mg/dl以上

④糖尿病の診療未受診者

⑤がん、難病、精神疾患、認知症、1型糖尿病、透析療養期の者、腎臓移植を受けた者は除く

【実施方法】

対象者をKDBシステムから抽出し、選定した対象者に定期的な受療行動に移行するための受診勧奨と個々の状況に合わせた保健指導を実施する。

→KDBシステムから対象者の抽出、対象者のレセプト確認を健康推進課で実施

腎臓専門医・糖尿病専門医からのアドバイス・助言を国保医療課で確認

対象者の保健指導は、3課で実施

【結果】21名に受診勧奨

受診者数 19名（受診率：90%）
保健指導実施者数 11名（指導率：52%）
データ維持・改善者 7名（改善率：64%）
→（HbA1c2名、尿蛋白3名、eGFR2名）
生活習慣改善者 7名

尿たんぱく（+）以上、収縮期血圧130mmHg以上または拡張期血圧80mmHg以上					
血清クレアチニン男性1.04mg/dl以上、女性0.97mg/dl以上					
糖尿病のレセプトなし					
勧奨後のレセプト					
なし		あり			
		保健指導			
		なし		あり	
107	21	1	19	8	11

※独居で透析拒否のケース1名を、関係機関や家族と協働して、介護保険サービスにつなげた。

【介入前後の医療費比較】

	全体（21名）								データの維持・改善者（7名）							
	R2年度	R3年度	前年度比	増減率	R2年度	R3年度	前年度比	増減率	R2年度	R3年度	前年度比	増減率	R2年度	R3年度	前年度比	増減率
医療受診率					1282.407	1458.333	175.926	13.7%	1777.778	1527.778	-250	-14.1%				
医療費	10,427,136	9,154,302	-1,272,834	-12.2%	9,229,986	8,313,822	-916,164	-9.9%	1,197,150	840,480	-356,670	-29.8%	2,830,470	2,224,430	-606,040	-21.4%
入院医療費	2,596,248	465,984	-2,130,264	-82.1%	2,596,248	465,984	-2,130,264	-82.1%	0	0	0	0.0%	0	0	0	0.0%
外来医療費	5,323,239	5,801,901	478,662	9.0%	4,475,610	5,244,462	768,852	17.2%	847,629	557,439	-290,190	-34.2%	1,878,920	1,284,250	-594,670	-31.6%
歯科医療費	514,335	535,317	20,982	4.1%	410,994	486,486	75,492	18.4%	103,341	48,831	-54,510	-52.7%	162,730	89,470	-73,260	-45.0%
調剤費	1,453,314	2,351,100	897,786	61.8%	1,207,134	2,116,890	909,756	75.4%	246,180	234,210	-11,970	-4.9%	788,820	850,710	61,890	7.8%

保健事業介入支援管理 介入支援実施前後の比較（栄養・重症化予防等）個人別

ハイリスクアプローチ：低栄養予防事業

【担当課】 地域包括ケア推進課

【目 標】 低栄養や口腔機能が低下している状態を早い段階で改善する。

【対象者】 ①おおむね75歳以上 ②健診結果でBMI20以下

③健診質問項目No.6「6か月間で2～3kg以上の体重減少」に○を付けた人

④がん、うつ、認知症、統合失調症の診療を受けていない者

※令和3年度は、E包括地区をモデル地区として実施

【実施方法】

対象者に向けたフレイル予防教室の開催、高齢者質問票による健康状態の把握を行う。
保健師、管理栄養士等の専門職による面接または訪問を行い、個別に支援目標を設定する。

→KDBシステムから対象者の抽出、対象者のレセプト確認を健康推進課で実施

地域包括支援センターとの調整は、地域包括ケア推進課で実施

専門職による面接・訪問は、健康推進課と地域包括ケア推進課で実施

介入状況：低栄養防止事業

抽出条件

- ①75歳以上
- ②健診結果でBMI20以下
- ③健診質問項目No.6に○を付けた人
- ④がん、うつ、認知症、統合失調症の診療を受けていない者

初回抽出

抽出条件該当者
126人

アンケート

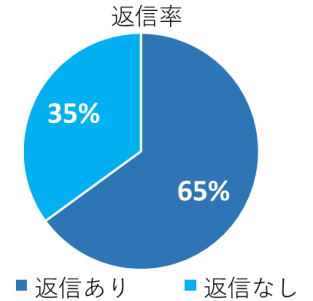
事業対象者（アンケート送付）
125人

死亡
1人

返信あり・電話あり
81人 65%

転出
1人

返信なし
44人 35%



教室・指導

フレイル予防教室参加
25人 31%

フレイル予防教室不参加
56人 69%

訪問対象者
34人 77%

介護認定、包括把握等により除外
10人 23%

訪問
20人 59%

後日アンケート返信
9人 26%

不在
5人 15%

評価

※ 評価は、体重増減と高齢者質問票
1、2、3、6、13、14について聞き取り

保健指導
19人 95%

包括へ情報提供
1人 5%

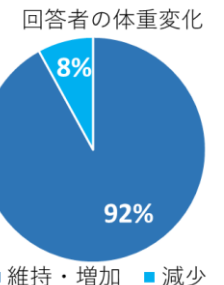
評価聞き取り（電話）
12人 63%

評価聞き取り不可（電話）
7人 37%

体重増加
5人 26%

体重維持
6人 32%

体重減少
1人 5%



【担当課】 地域包括ケア推進課

【目 標】 健康状態不明者を把握し、必要な支援につなげる。

【対象者】 ①おおむね75歳以上 ②令和2年度、令和3年度で健診実績なし・医療実績なし

※ A 包括、B 包括、E 包括担当地区をモデル地区として実施

【実施方法】

健診実績及び医療実績のない健康状態不明者をKDBシステムから抽出し、高齢者の質問票にて健康状態を把握し、受診勧奨を行い、健診や受診につなげる。
必要時、介護保険サービスや通いの場につなげる。

→ K D B システムから対象者を抽出

対象者のレセプト確認を健康推進課で実施

介護情報の確認を地域包括ケア推進課で実施

地域包括支援センター連絡会で報告

対象者の訪問指導は、3 課で実施

市民の皆様へ

令和4年10月5日

新型コロナウイルスの影響と健康状態に関するアンケート、
未病指標チェックへのご協力のお願い

市民のみなさんにおかれましては、益々ご清祥のこととお慶び
申し上げます。

昨今の新型コロナウイルス感染症の影響を受け、外出自粛による
生活不活発や食習慣等の変化などが心配されます。

そこで本市では、市民の皆様の健康状態や日常生活の変化を把握し、健康づくりや介護予防を目的とした保健事業につなげることを
目的にアンケートを実施します。

また、身体計測や血液検査、アンケートなどにより未病指標を
チェックするイベントを神奈川県が実施しますので、ご参加ください
(詳細は同封のチラシをご覧ください)。

このアンケートをご記入頂きましたら、返信用封筒(切手不要)にてご返送下さい。ぜひ、この機会にご自身で健康をチェック
してみましょう。

※アンケートの返信期限：10月21日(金)まで



介入状況：健康状態不明者把握事業

抽出条件

- ①おおむね75歳以上
- ②令和2年度、令和3年度で健診実績なしかつ医療実績なし
- ※令和3年度はA包括、B包括、E包括を対象に実施

抽出条件該当者
430人

アンケート発送

事業対象者（アンケート送付）
348人

死亡、転出、失踪
82人

アンケート返信 （初回訪問まで）

返信あり・電話あり
183人 53%※

返信なし
165人 47%

チェックリスト該当
69人 38%
そのうち包括へ情報提供
55人 30%

現時点で介入の
必要性は低い
114人 62%

介護認定、包括把握、レセプト確認等で除外
47人 28%

初回訪問
121人※

※アンケート返信と訪問の重複4名含む

初回訪問

在宅
59人 49%

1名救急搬送

不在（不在表をポスティング）
62人 51%

包括へ情報提供
3人 5%

現時点で介入の
必要性は低い
48人 81%

介入拒否
8人 14%

返信あり・電話あり
25人 40%
（市再訪問1件含む）

返信なし
35人 56%

再訪問不要
2人 3%

現時点で介入の
必要性は低い
16人

支援の必要性あり
包括へ情報提供
9人

未把握者として包括へ情報提供
35人

対応

事業対象者のうち

現時点で介入の必要性が低い 190人 55%
※重複4名は除外
包括へ情報提供 67人 19%

現時点で介入の
必要性は低い
15人

訪問
23人 66%

未訪問
12人 34%

在宅
15人 65%

不在
8人 35%

令和4年10月20日時点

事業結果と評価概要（令和3年度結果）

		対象者数	参加者数	評価指標	評価結果
ハイリスクアップローチ	糖尿病性腎症重症化予防	21	11	①受診勧奨した人数 ②受診率 ③維持・改善率	①受診勧奨者数 21名 ②受診率 90%（19名） ③維持・改善率 64%
	低栄養予防	126	125	①アンケート返信率 ②体重変化 ③指導率	①返信率 65%（81名） ②体重の維持・増加率（92%） ③指導率 35%（教室参加25名、保健指導19名）
	健康状態不明者	430	348	①アンケート返信率 ②健康状態が確認できた人数 ③その他サービスにつながった人数	①返信率 53%（183名） ②健康状態確認者数 328名（94%） ③包括へ情報提供67名（19%）
ポピュレーションアプローチ	健康相談・教育	—	348	フレイル予防に関する教室の開催回数及び参加人数	参加回数 9 回、参加者数348名
	フレイル状態の把握	—	6046	基本チェックリスト及び後期高齢者質問票の回答結果	後期高齢者健診受診者5867名 健康状態不明者アンケート179名

【自由記載欄】

- ・ 糖尿病性腎症重症化予防事業の介入者の介入前後の医療費を比較すると、介入者全体では12.2%減少しており、そのうちデータ維持・改善者では21.4%減少していた。また、介入者全体の外来医療費は9%増加していたが、データ維持改善者では31.6%減少していた。介入者全体の調剤費は61.8%増加していたが、データ維持・改善者では7.8%増加と増加率が低かった。
- ・ 糖尿病性腎症重症化予防事業対象者のうち、独居で透析拒否のケースを、関係機関や家族と協働して介護保険サービスにつなげた。
- ・ 健康状態不明者の訪問がきっかけで市に相談があり、包括が現場確認したところ、るい痩や褥瘡が著しく、救急搬送につながったケースがあった。

課題・今後の展望

- 専門職の指導スキルの向上：事例検討会や研修会を開催し、専門職の指導スキルのブラッシュアップを図る。
- 国保から後期までの切れ目のない支援：国保から後期の切り替えの時期から介入し、切れ目のない支援を目指す。
- 通いの場への関与の拡大：通いの場においてハイリスク者の把握に努める。
- 継続的な事業の実施と評価：経年的な事業評価を計画的に実施する。