



本物力こそ桑名力

桑名ブランドキャッチフレーズ
ロゴマーク

他ではまねできない、桑名ならではの
たくさんの“本物”を見つけ出し、
磨き上げ、より素晴らしいものにしていく
力を「本物力」と名付けました。
木曾三川が流れ込む桑名を
桑名城の形状であった扇の要と見立てた
イメージ等を桑名のイニシャルである
「K」のマークで表現しました。

令和3年度高齢者の保健事業と介護予防の
一体的実施の推進に向けた研修会資料
No.4-2

令和3年11月9日(火)

「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」の取組み

日本一やかましい祭
「桑名 石取祭」

「なばなの里」



「ナガシマリゾート」

令和3年11月9日
桑名市保健福祉部
保健医療課 日美

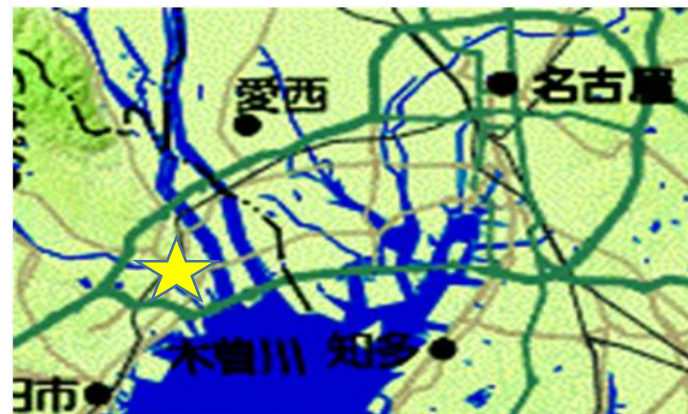
桑名市の概要

◆面積 136.65km²

◆人口 141,045人
男 69,826人
女 71,219人

◆高齢者人口 37,714人
高齢化率 26.7%
後期高齢化率 13.5%

◇R1 平均寿命 男 82.5歳 女 88.6歳
健康寿命 男 80.1歳 女 83.0歳
(◇R3. 三重県データ)



◆日常生活圏域
6圏域(東・西・南・北・多度・長島)

◆要介護・要支援認定率 14.43%
(介護保険事業状況報告)
(◆R3. 3. 31現在)



【取組開始までの流れ】

令和元年10月25日 厚生労働省主催 市町村職員セミナー
「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施について」 職員出席

令和元年11月 保健福祉部内 幹部説明

出席者：保健福祉部長

福祉総務課・介護高齢課・介護予防支援室・保健医療課・保険年金室の課（室）長

- ・一体的実施についてセミナーの資料を提示し、内容の説明
- ・国は2024年度までに全市区町村実施を目指しており、いつからどのように取り組むのか検討

<意見>

- ・いずれは実施していかなければならない内容。
- ・従来より保健師や管理栄養士、理学療法士が地域での健康教育にも取り組んできており、重なる部分が大いではないか。

<方向>

- ・主管課：保健医療課（保健事業を主として取り組んでいる）
- ・企画調整分析担当の専門職を1人設置する。
- ・ポピュレーションアプローチ：日常生活圏域は6圏域だが、初年度でもあり一圏域で実施
- ・ハイリスクアプローチ：令和2年度に内容を検討

令和元年12月 保健医療課 一般会計で予算化（歳入・歳出）

令和2年4月～ 取組開始

【令和元年度までの取組】

保健事業

健診・健康教室・健康相談等
【保健医療課】



参加

圏域会議

生活支援
コーディネーター

保健医療課

介護予防
支援室

地域包括
支援セン
ター

福祉なんでも相談センター
(地域包括支援センター)



依頼

実施

依頼

支援・実施

後方支援・総合調整

「桑名市地域包括ケア計画」 (介護保険事業計画)

○「介護予防・日常生活支援総合事業」

「健康・ケアアドバイザー」

地域住民に開放される
「通いの場」を対象として、
地域住民を主体として
運営された実績に応じ、
リハビリテーション専門職等を派遣。

地域・通いの場等



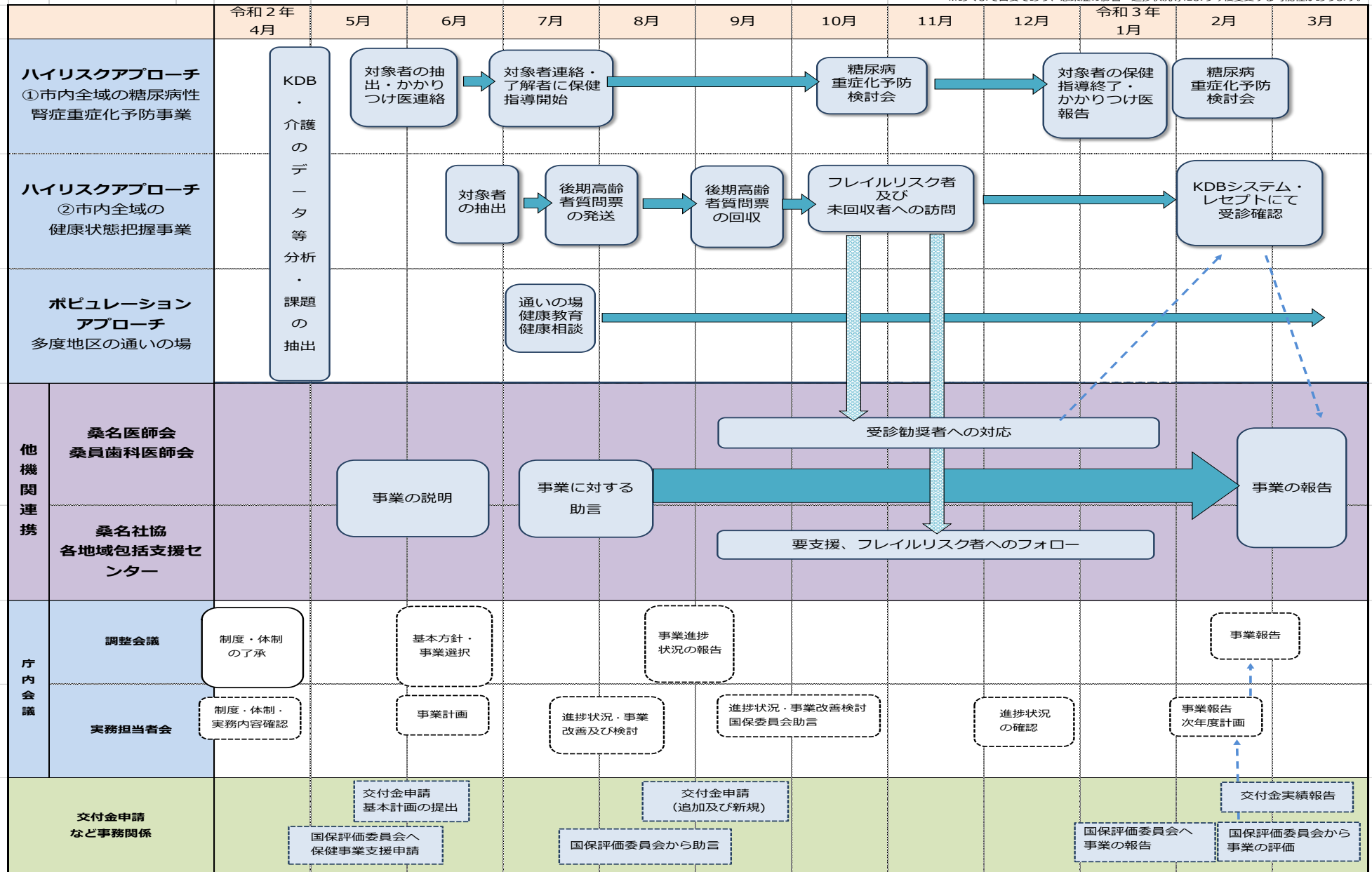
生活支援
コーディネーター

介護予防事業
【地域包括支援センター】

介護予防事業
【介護予防支援室】

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施 のスケジュール

※あくまで目安であり、感染症の影響・進捗状況等により今後変更する可能性があります。



基本的方針

目的：市民が高齢になっても住み慣れた地域で自立した生活、健康で充実した生活が続けられるような体制を関係機関で構築する。

【庁内の取組体制】

保健福祉部 関係各課の役割

①福祉総務課

桑名市社会福祉協議会との窓口になるとともに、地域支援活動や生活支援コーディネーターの活動を通じて、地域の支えあい活動を推進する。

②介護高齢課

介護保険の利用状況等、データの分析、提供を行う。

③介護予防支援室(基幹型地域包括支援センター)

ニーズ調査に関するデータの分析等を行い、課題の整理、支援方法を検討し、各地域包括支援センターが介護予防サービス実施する。

④保健医療課

事業の主担当課として、専任の保健師を配置する。
健康課題の分析を行い、各種課題を総合的に整理し、支援方法を企画・調整する。また、訪問等によるハイリスクアプローチと、通いの場等に出向くポピュレーションアプローチを実施する。

⑤保険年金室

後期高齢者医療広域連合との窓口として連携するとともに、KDBシステムから健康課題や対象者の抽出等を行い、国民健康保険保健事業との連動を行う。

会 議

①高齢者の保健事業と介護予防の 一体的実施にかかる調整会議

各課（室）の課長級をもって構成する。

会議の役割：目的の共有、
方向性の決定、事業の進捗
状況の把握 等

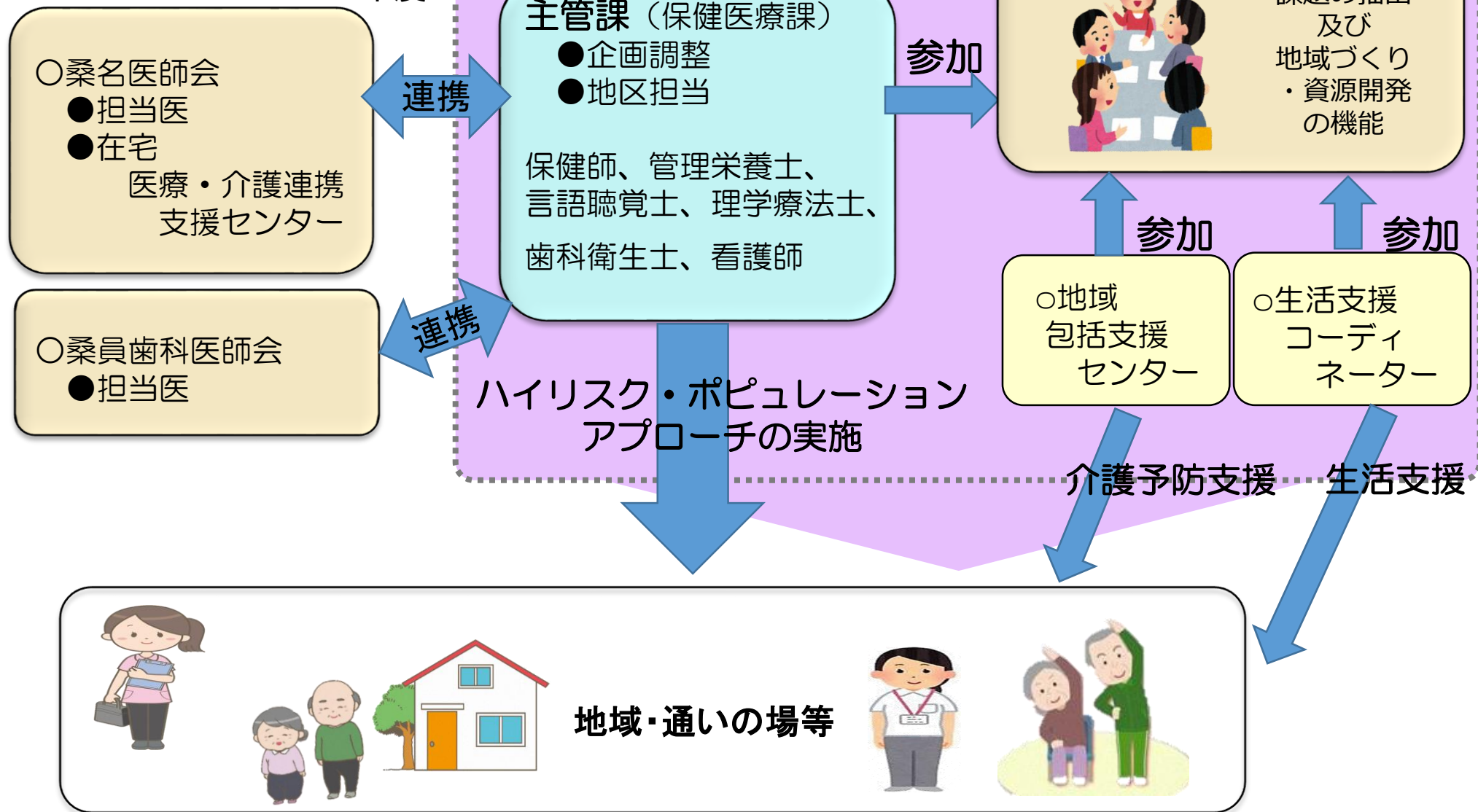
②実務担当者会

各課（室）の実務担当者をもって構成する。

会議の役割：各種データの
共有、支援方法の検討・
実施 等

【関係団体との 取組体制】

R2年度



「医療保険者が有するデータ」

健診・医療・介護データからみる 地域の健康課題

地域の全体像の把握

健康スコアリング
(健診)(医療)(介護)

広域連合データ

後期高齢者歯科健康診査

「関連部署が保有するデータ」

介護データ

桑名市介護予防・日常生活圏域
二一ス調査報告書

保険年金室データ

桑 名 市 国 民 健 康 保 險

第 2 期 保 健 事 業 実 施 計 画
(データヘルス計画)

第3期特定健康診査等実施計画

(平成30年度～平成35年度)

福祉総務課
データ

・通いの場
登録、一覧

保健医療課データ

- ・これまでの保健活動から得た地域の情報
- ・各圏域の健康教育での通いの場等との関り

関係団体の声

- ・地域で健診や医療、介護など何も利用していない人は、どんな状況の人なのか心配。

後期高齢者に関する現状・課題

(◆R2. 5データ)

《県と比較すると》

○平均寿命・健康寿命：男女とも県平均を上回っている

H30年	男性			女性		
	平均寿命	健康寿命	差	平均寿命	健康寿命	差
三重県	81.6	78.7	2.9	87.5	81.1	6.4
桑名市	82.2	79.9	2.3	87.6	82.3	5.3

KDBシステム

○生活習慣 質問票調査：

生活習慣改善の意欲なし・保健指導を利用しないと回答した方が多い

○健診：

健診受診率が低い（県：40.9%、市：34.3%）、受診勧奨になった者の医療機関非受診率が多い

○医療：

医療費を疾病別でみると入院は県内で10位以内なし、**外来は糖尿病（6位/33保険者）**と上位、又市の医療費疾病別割合では糖尿病が1位を占める。

医療受診率は低い、1人当たりの医療費は高い。

○介護：

有病率上位...心臓病62.2%、高血圧症53.9%、筋骨格51.3%、県と比較し精神（認知症）が多い。

介護認定率は低い、1件当たりの介護給付費は高い。

一体的実施取組内容

全日常生活圏域

高齢者に対する個別的支援 (ハイリスクアプローチ)

医療専門職がKDBシステムを活用し、低栄養・重症化予防等を行うための訪問相談、適正受診等の促進のための訪問指導、健康状態が不明な高齢者等に対するアウトリーチ支援等を行う。

①【糖尿病性腎症重症化
予防事業】

②【医療・介護未利用者に
対する健康状態把握事業】

一日常生活圏域

通いの場等への積極的な 関与等(ポピュレーション アプローチ)

通いの場等において、KDBシステム等により把握した地域の健康課題をもとに、医療専門職が健康教育、健康相談等を実施する。

後期高齢者に関する現状・課題 日常生活圏域：多度

(◆R2. 5データ)

多度圏域

- (多度東地区
・多度西地区
・多度南地区
・多度北地区
・多度中地区)

長島圏域

東部圏域

北部圏域

西部圏域

南部圏域

《地区の選定理由》

○健診・医療：

多度5地区のKDBデータから健診有所見率、1人当たり入院医療費が市内5位以内を占める項目が多い →健診、医療費に課題があると推察される

○介護：

市より認定率が高く、特に要介護1以上が市を全て上回る

○ニーズ調査：(市内の日常生活圏域の中で上位項目)

- ・高齢化率：2位(28.9%) * 75歳以上人口14.6%
- ・介護予防事業対象者：1位、認知機能レベルⅠ・Ⅱ該当者：1位、閉じこもり：1位 →高齢者が多いだけでなく、課題も多い

○地区活動実績(昨年度)：

多度圏域16か所(他圏域：東部5か所、西部9か所、南部2か所、北部8か所、長島1か所) →既存の場に対し、関わりが多いことからアプローチがしやすい

<多度地区の現状・課題> 《市との比較》

○KDBシステム

- ・生活習慣 質問票調査：口腔、運動習慣(習慣なし、歩行速度遅い)、生活習慣改善(意欲なし、意欲あるが始めていない)が多い
- ・健診：受診率が低い(32.0%)
 - ・有所見率：血圧、脂質、血糖と血圧、血糖と脂質、血糖と血圧と脂質の有所見者割合が高い
 - ・健診受診し受診勧奨者の医療未受診者、健診未受診かつ医療未受診者が多い
- ・医療費：外来は全て市を下回るが、入院は上回る項目(高血圧症、脂質異常症、脳血管疾患、心疾患、腎不全、精神疾患)が多い
- ニーズ調査：外出する際の移動手段：徒歩・自転車・電車・バスが少なく、自動車が多い

<まとめ>

- ・高齢化率が高く、課題も多い。また、健診受診率が低く、医療費(入院)が高い。
- ・生活習慣質問票から口腔や運動習慣に課題があり、加えて移動手段が自動車が多いことから、運動を切り口としたフレイル対策が大切と考える

【医療関係団体との連携】

- ・令和2年5～6月：桑名医師会、桑員歯科医師会の各会長を中心に事業を説明。
担当医を選出依頼。
桑名医師会：内科・整形外科 各1名 計2名選出。
桑員歯科医師会：桑名地区歯科医師 1名選出。
- ・事業の進行時に、担当医に事業を相談、報告をし、令和2年度は事業初年度であり模索中を踏まえての助言や意見をいただきながら実施。

担当医との連携内容：

- ・桑名郡市糖尿病重症化予防検討会の担当医に、事業を説明し、内容と対象年齢について理解を得る。
- ・受診勧奨・医療機関連絡内容について、助言を得ながら、実務者間で検討。
医療機関連絡票を作成した。
また助言から、地区担当者間での対象者への受診勧奨等の基準に差が出ないように、検討会と勉強会を実施し、実施状況を報告した。
- ・医師会、歯科医師会各会員の方々に、役員会を通じての周知をしてもらえた。

医療機関連絡票

- ・フレイルの基準は？
- ・対応者による差は？



(1) 高齢者に対する個別的支援（ハイリスクアプローチ）

全日常生活圏域

①「糖尿病性腎症重症化予防事業」 * 国保事業に準じる

<対象者>

桑名市国民健康保険加入者のうち、糖尿病性腎症重症化予防事業の保健指導対象者のうち、年度途中で75歳になる者

<取組内容>

対象者のかかりつけ医、次に本人の同意が得られたら『桑名郡市糖尿病性腎症重症化予防プログラム』に沿って保健指導を実施。

<実施して>

- ・元々対象者が3名と少なかったこと、同意を得ていた方からお断りがあり、実施に至りませんでした。



②「医療・介護未利用者に対する健康状態把握事業」

<対象者>

当該年度に77歳到達者のうち、前年度の健診・医科歯科未受診、介護認定未取得者および介護サービス未利用及びニーズ調査未提出者

<取組内容>

対象者に後期高齢者の質問票を郵送し、提出を求める。

- ・提出のない者：再勧奨後、保健師が訪問。状況に応じて情報提供、指導、必要なサービスに接続。
- ・提出のあった者：回答内容に応じて本人に情報提供、指導、必要なサービスに接続。

<実施して>

・対象者について

訪問した方々は、お元気な方が多く、又必要時には医療・介護サービスを利用出来るという印象を受けました。しかし中には、健康状態や家庭環境などから地域包括支援センターに要連携者として連絡した方や、医療機関の受診勧奨をした方がみえました。

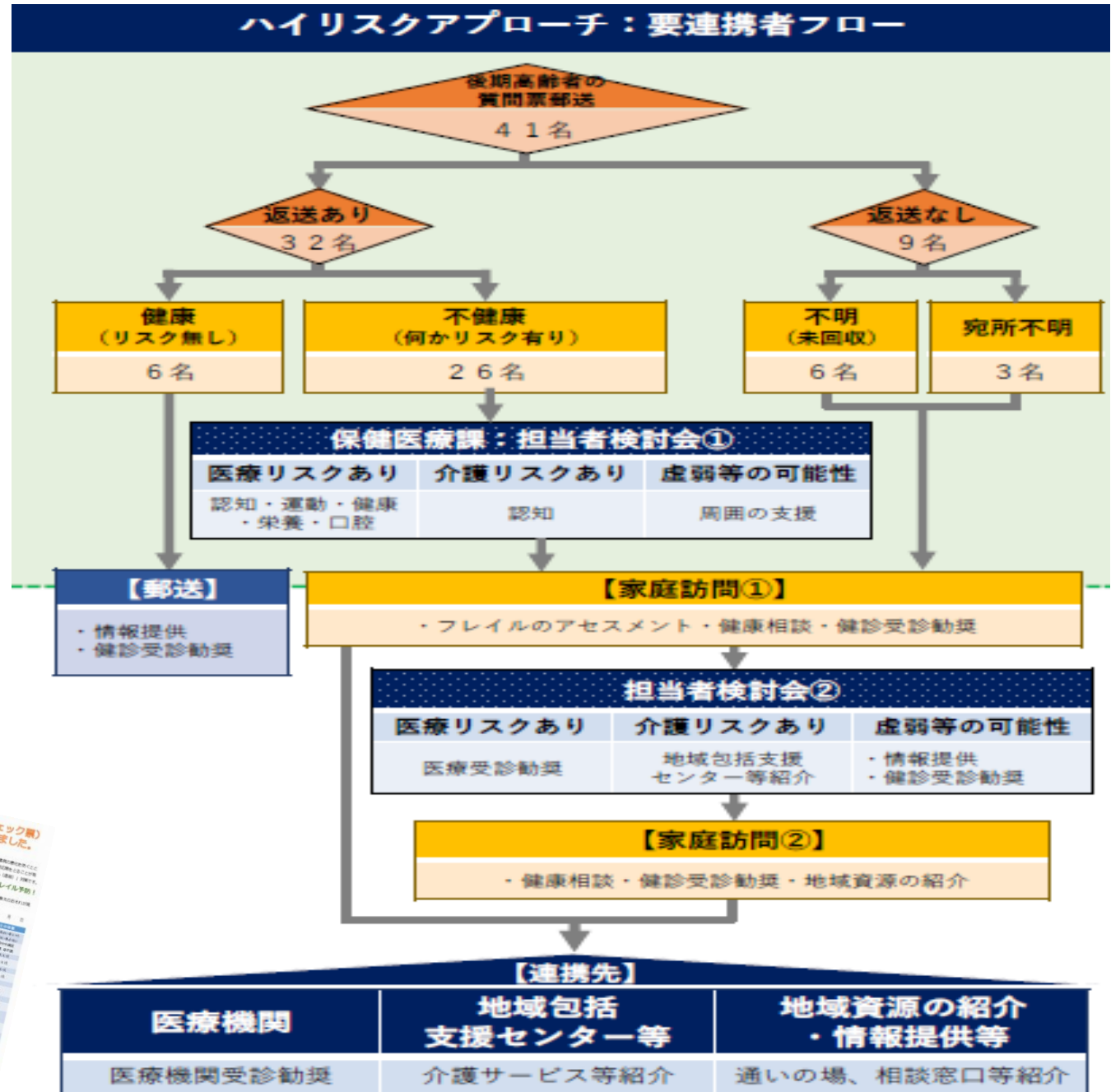
また歯科に問題があっても、食事には困らないからと言われる方々がみえました。



ハイリスクアプローチ：要連携者フロー

「医療・介護未利用者に対する健康状態把握事業」

後期高齢者の質問票について訪問を担当する保健師で勉強会をし、留意事項について共有を図りました



(2) 通いの場等への積極的な関与等(ポピュレーションアプローチ)

一日常生活圏域

<対象者> 多度圏域の通いの場等の参加者

<取組内容>

地区のデータ分析結果に基づき運動・栄養・口腔等のフレイル予防普及の為、健康教育、健康相談を実施する。
高齢者の質問票や体力測定等を通じて、フレイル状態の高齢者を把握し、状況に応じて、個別の保健指導を行う。必要に応じて、健診や医療の受診勧奨、介護サービスに繋ぐ。

<スタッフ>

保健師・理学療法士



・健康教育

- ①講話：地区の健康課題・フレイル予防
- ②実技：フレイルチェック
後期高齢者の質問票
指輪っかテスト
市オリジナル健康体操

・健康相談

- ①個別に保健指導(家庭訪問含む)
- ②必要に応じて、受診勧奨、地域包括支援センター、生活支援コーディネーターに繋ぐ
- ③専門職(管理栄養士、歯科衛生士)に繋ぐ

・継続支援

- ①セルフチェック票の配布・回収
- ②フレイルリスク者(=要連携者)として、地域包括支援センターと情報共有

ポピュレーションアプローチ：フレイルリスク抽出方法

1. 健康講話時：後期高齢者の質問票および測定による該当条件

	該当項目	後期高齢者の質問票	指輪っかテスト	30秒立上り
1	認知機能	Q10・Q11のうち1つ以上該当		
2	運動・転倒	Q7・Q8・Q9のうち2つ以上該当	③隙間ができる	平均未満 または未実施
3	健康・ 心の健康	Q1・Q2のうち1つ以上該当		
4	体重の変化	Q6が該当、またはBMIが18.5未満	③隙間ができる	平均未満 または未実施
5	社会参加・ ソーシャルサポート	Q14・Q15のうち1つ以上該当		
6	口腔機能	Q4・Q5の両方該当 + Q3 食習慣 Q6 体重の変化 も考慮する		

2. 健康講話時：当日の様子

質問票記入の様子や会話のやり取り、行動などで、担当スタッフが気になる場合。

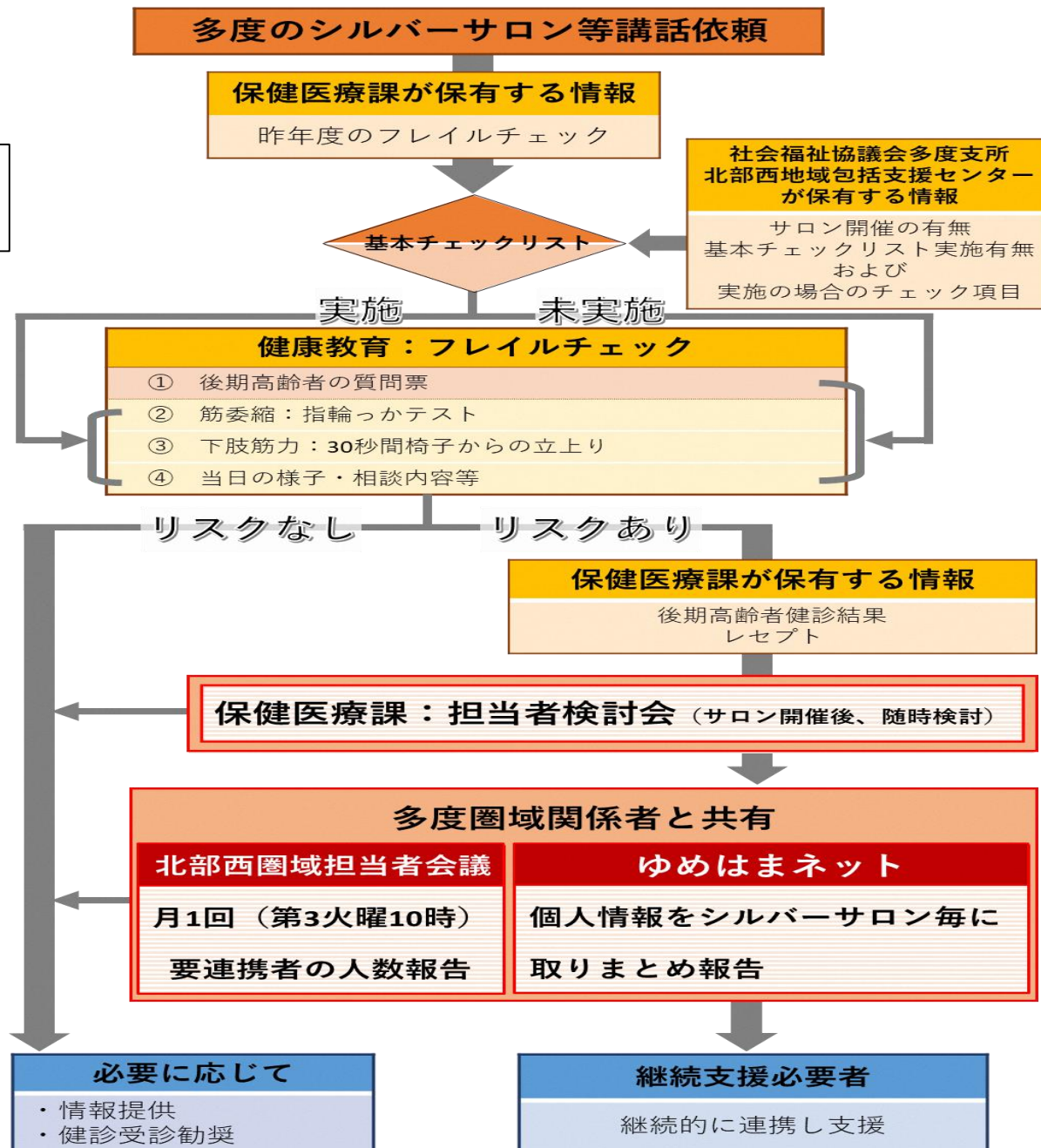
3. 上記該当者のKDB情報を追記

- ① レセプト：病院名／疾患名（必要に応じて受診開始時期）
- ② 「4. 体重の変化」該当者の健診受診者＝BMIの経年変化

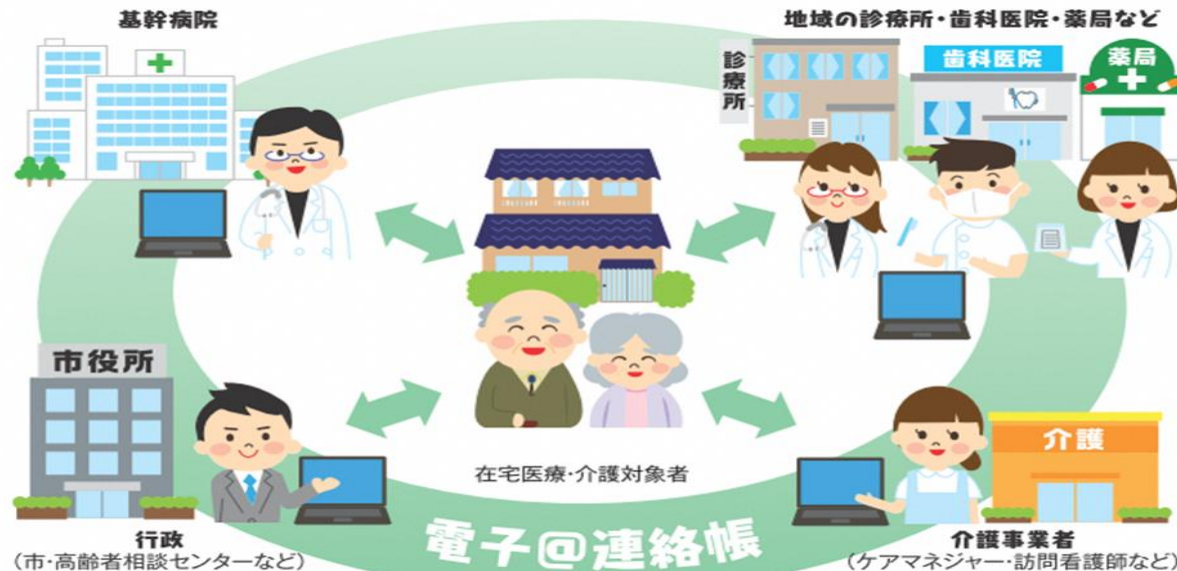


ポピュレーションアプローチ：
要連携者フロー

地域包括支援センターへの要連携者の基準、連絡方法について、圏域会議で検討しました



ゆめはまちゃん医療・介護ネットワーク（電子@連絡帳）



地域包括支援
センター・
生活支援コー
ディネーター
との、連絡方
法として使っ
てます



1 「ゆめはまちゃん医療・介護ネットワーク」とは

「ゆめはまちゃん医療・介護ネットワーク」とは、桑名市にお住まいの方のうち、在宅医療や介護サービスを受けている方について、プライバシー保護を厳重に図りながら、診療情報や支援経過など必要な情報の一部を電子@連絡帳というツールを用いて情報共有することにより、質の高い安全な医療や介護サービスの提供を可能とするネットワークのことです。

2 電子@連絡帳について

電子@連絡帳は、医療・介護・福祉等の在宅医療に関わる多くの専門職種等が、情報技術を活用して連携を推進するための情報共有ツールで、桑名市では平成27年12月1日から運用を開始しています。

桑名市では、住み慣れた自宅等で、在宅医療や介護サービスを希望する多くの方に、これまで以上の安心を得ていただけるよう、効果的・効率的な情報共有により、医療と介護に関わる多職種関係者がしっかりと連携できる電子@連絡帳の普及に努めています。

【令和2年度取組結果】

目的：健康寿命の延伸

～在宅で自立した生活がおくれる高齢者の増加～

◇実績

(1)高齢者に対する個別的支援 (ハイレスクアプローチ)

①【糖尿病性腎症 重症化予防事業】

対象	3人
個別支援	0人 (1人支援予定していたが 取消があった)

②【医療・介護 未利用者に対する 健康状態把握事業】

KDB：訪問前後
健診・医療機関
受診有無

対象 41人 質問票郵送			
質問票 返送 32人	資料 郵送 6人	健康状態 確認 32人	特に問題無し 28人
	訪問 26人		医療・介護等紹介 4人(受診勧奨1人)
未返送 9人	訪問 9人	健康状態 確認 4人	特に問題無し 3人
			医療・介護等紹介 1人 (受診勧奨 1人)
		宛先不明等	5人

(2)通いの場等への積極的な関与等 (ポピュレーションアプローチ)

KDB：通いの場で
質問票実施後
医療・健診
介護利用有無

関与した通いの場
・ 14ヶ所 263人(R2年度新規 5ヶ所)
2回実施 9ヶ所
延べ実施 23ヶ所
・ 質問票実施 10ヶ所 171人
・ 結果
介護(地域包括支援センター)情報共有
77人(質問票実施者中45%)

◇関係団体・者からのご意見・感想



◇スタッフ意見・感想 事業評価



実績報告

- ・ 担当医及び医師会・歯科医師会
- ・ 地域包括支援センター
- ・ 生活支援コーディネーター

各圏域会議での実績報告

令和3年度取組計画

今後の取組

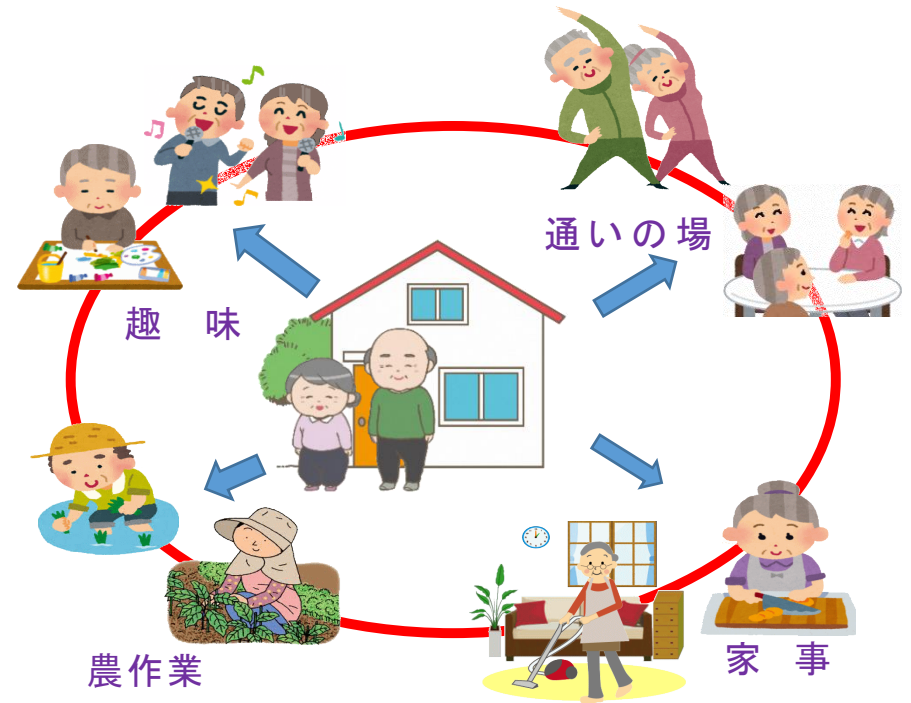
◇取組体制の整備

- ・各課間・関係団体・機関との連携の強化

◇事業内容の推進

- ・医療、介護データ等の活用と地域の健康課題の分析
- ・ハイリスク、ポピュレーションアプローチの実施と検討、評価
- ・実施圏域の拡大

令和2年度 (2020)	令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)	令和5年度 (2023)	令和6年度 (2024)
多度圏域				
		(仮)長島圏域		
		(仮)南部圏域		
圏域の事業展開計画(予定)				(仮)東部圏域
				(仮)北部圏域
				(仮)西部圏域



ありがとうございました。