

令和5年度 登米市地域包括ケア体制推進会議

長寿介護課・健康推進課・国保年金課・経営企画課

(1) 地域包括ケアの取組みについて

1 前回の推進会議について

振返り ～令和4年度 会議の概要～

●地域包括ケア体制の推進：取組みの方向性

- ・ 重点項目の確認 と 現状・取組みの見える化



- ①元気高齢者づくり
- ②自立支援と重度化防止
- ③地域の支え合いの体制づくり
- ④在宅療養体制の充実



- ・ 市の取組み内容の報告

- ①認知症への取組み：地域の支え合いの体制づくり
- ②高齢者の保健事業と介護予防事業の一体的実施
：元気高齢者づくり
- ③地域ケア会議～地域課題への取組み～

振返り ～令和4年度 会議の概要～

●会議での主な意見等

- 認知症の方をサポートする方を増やしていく取り組みが必要。
- 認知症を知る機会をどんどん作っていったら。
- 医療と介護の連携をすることにより、高齢者は安心感を持つのではないか。
- 少子高齢化による独居、高齢世帯、老老介護など社会のあり様がだいぶ変わってきている。

2 制度改革、国の方針について

共生社会の実現を推進するための認知症基本法

(令和5年6月公布)

認知症の人が、尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすことができる「共生社会」の実現を推進するため、認知症施策について、基本理念、国・地方自治体の責務、計画の策定、基本的施策等について定める認知症基本法が成立。

※施行期日：公布の日から起算して1年を超えない範囲

基本理念

認知症施策は、**認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすことができるよう、①～⑦を基本理念として行う。**

- ① **全ての認知症の人が、基本的人権を享有する個人として、自らの意思によって日常生活及び社会生活を営むことができる。**
- ② **国民が、共生社会の実現を推進するために必要な認知症に関する正しい知識及び認知症の人に関する正しい理解を深めることができる。**
- ③ **認知症の人にとって日常生活又は社会生活を営む上で障壁となるものを除去することにより、全ての認知症の人が、社会の対等な構成員として、地域において安全にかつ安心して自立した日常生活を営むことができるとともに、自己に直接関係する事項に関して意見を表明する機会及び社会のあらゆる分野における活動に参画する機会の確保を通じてその個性と能力を十分に発揮することができる。**
- ④ **認知症の人の意向を十分に尊厳しつつ、良質かつ適切な保健医療サービス及び福祉サービスが切れ目なく提供される。**
- ⑤ **認知症の人のみならず家族等に対する支援により、認知症の人及び家族等が地域において安心して日常生活を営むことができる。**
- ⑥ **共生社会の実現に資する研究等を推進するとともに、認知症及び軽度の認知機能の障害に係る予防、診断及び治療並びにリハビリテーション及び介護方法、認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすための社会参加の在り方及び認知症の人が他の人々と支え合いながら共生することができる社会環境の整備その他の事項に関する科学的知見に基づく研究等の成果を広く国民が享受できる環境を整備。**
- ⑦ **教育、地域づくり、雇用、保健、医療、福祉その他の各関連分野における総合的な取組として行われる。**

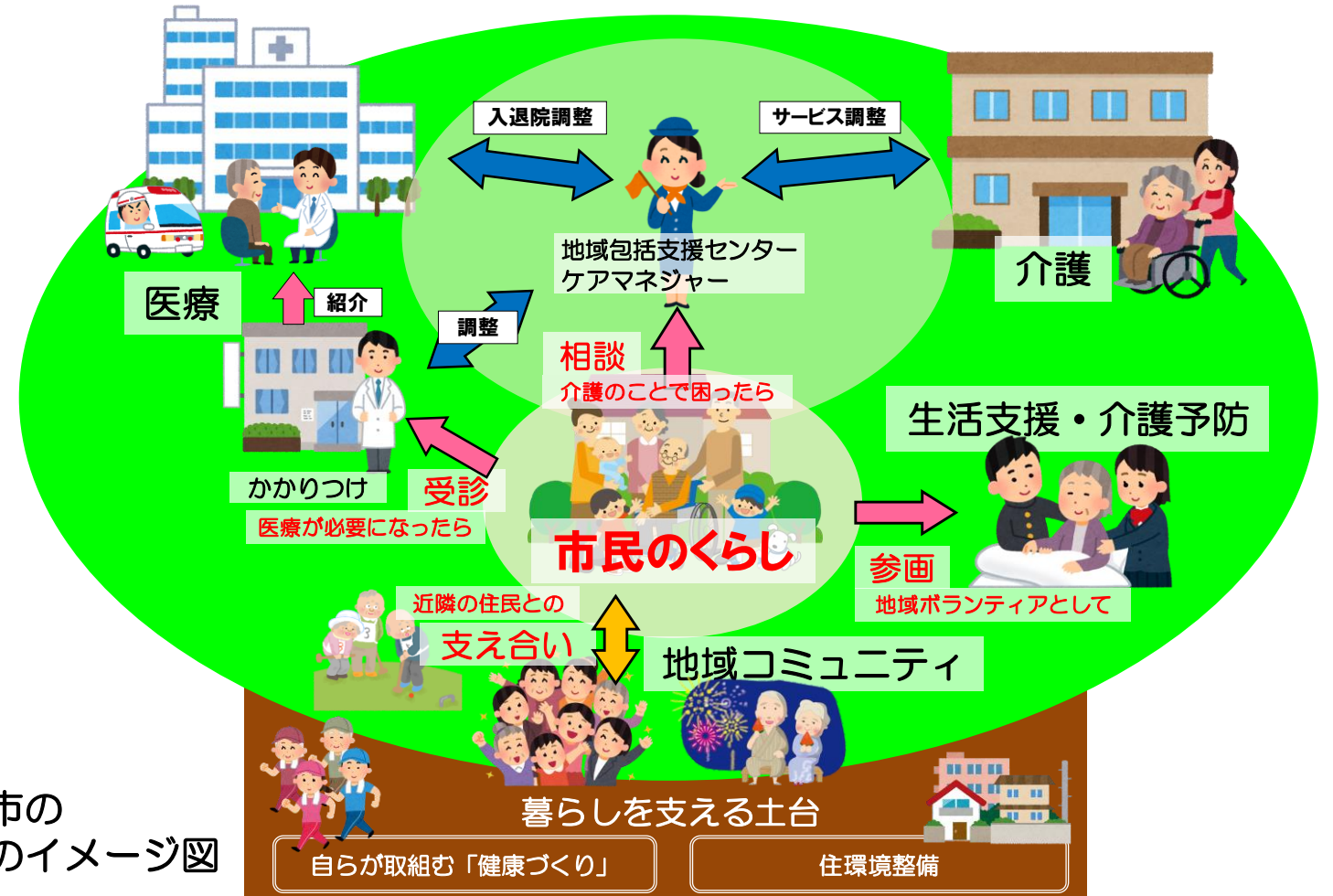
～登米市地域包括ケアシステム～

登米市安全・安心・やすらぎプラン（高齢者福祉計画・第8期介護保険事業計画）

【基本理念】

住み慣れた地域で
いつまでも暮らせる
まちづくり

登米市の
地域包括ケアのイメージ図



3 市の取組内容

① **認知症への取組み**

② **高齢者の保健事業と介護予防事業の一体的実施**

③ **糖尿病性腎症重症化予防の取組み**

④ **登米市民病院における糖尿病の診療体制について**

認知症高齢者の支援に対する課題

- 地域として、認知症の理解が不十分。
- 認知症高齢者本人や家族を地域で支える仕組みづくりが必要。
- 介護者に対する支援の場が不足。

認知症高齢者の支援に対する目標

- 認知症高齢者本人の視点を取り入れながら、認知症高齢者本人が、可能な限り住み慣れた地域で生活を続けられるよう支援していく。
- 幅広い世代に、認知症に対する正しい理解が広まるよう、取り組みを進める。
- 介護者同士の相談、交流の機会を提供していく。

～認知症になっても安心して暮らせる社会を～

具体的な取組 ～認知症地域支援推進員との連携～

(1) 早期発見・早期対応

【認知症初期集中支援チーム】

- ・ 認知症サポート医の協力のもと、専門職が早期対応に向けた支援を実施。

(2) 相談対応

【認知症地域支援推進員（地域包括支援センター）】

- ・ 令和4年 相談件数：349件

(3)介護者支援①

【アンケートの実施】

(対象者)

認知症対応型デイサービスを利用している認知症高齢者を介護している家族。

4施設30名に配布し20名回収。回収率67%。

家族からの意見

- ・悩みを共有できる場
- ・介護者同士の話し合いの場が欲しい等

(3)介護者支援②

家族交流会【とめゆたり】

開催日：令和5年7月13日

場所：医療法人仁泉会

内容：介護している家族や

悩みや不安を語り合う

はさまデイサービスセンター
介護経験者が、今抱えている



＜参加家族の声＞

- ・とても良かったです。また、次回もあればいいなと思いました。色々な方の体験談が聞けて参考になりました。
- ・身近な体験を聞き、大変気持ちが楽になった気がします。自分一人で頑張らなくてもいいんだという気持ちになりました。

(4)普及啓発①

【認知症サポーター養成講座】

「認知症サポーター養成講座」とは、認知症について正しく理解し、地域や職場で認知症の人やその家族を支援するためにはどうしたら良いかを考えていただく講座です。

- 令和4年実績：開催数 18回
受講者数 221人
(地域住民向けその他、小学校や高校、企業などで開催)
- 令和5年8月末：開催数 10回
受講者数 329人

サポーター養成講座の様子



(4)普及啓発②



【認知症サポーターステップアップ講座】

認知症の基礎知識をさらに深め、地域で活動できるサポーターへ

令和5年9月14日 開催



《参加者の声》

- 当事者の方のお話、様子を見ることができて勉強になりました。グループワークもよかった。
- まだまだ深い内容でしたが、若年性認知症の情報を知ることが出来て良かったです。
- まずは自分の地区での支援ができればと思う。
- 自分のスケジュールに合う範囲で活動できると思う。

(4)普及啓発③

【地域活動協力者】
ステップアップ講座受講者で
啓発活動に協力して頂ける方
令和5年8月末：26人

令和5年8月30日開催



今後の取組みに向けた勉強会

【認知症ケアガイドブック】
登米市の相談先や支援内容を紹介



認知症地域支援推進員が、
医療機関等に配布

相談窓口（地域包括支援
センター）の周知

各関係機関と連携強化へ！

登米市
＜第3版 令和5年5月作成＞

(4)普及啓発④

【世界アルツハイマー月間】

【認知症カフェ】
(オレンジカフェ)

長沼ボート場クラブ
ハウスにて演奏会と
認知症講座を開催
(参加者24名)

令和5年9月20日



【オレンジライトアップ
IN長沼風車】

長沼風車をオレンジ色
の光でライトアップし
演奏会を開催



【世界アルツハイマーデー】

＜啓発場所＞

- ①みやぎ生協
加賀野店
- ②セブンイレブン
宮城登米町店
- ③道の駅 米山
- ④道の駅 津山
もくもくランド
- ⑤ツルハドラッグ
豊里店

地域活動協力者
とともに啓発活動

令和5年9月21日



今後について

地域の認知症に対する理解や関係機関との連携が重要

- 関係機関との連携を図り、早期発見・早期対応へ
- 市の取組に本人や家族の視点を反映させていく
- 介護者同士の継続的な支援の機会の提供
- 地域の応援者（サポーター）を増やしつつ、活動の広がりを目指して⇒『チームオレンジ』
- 地域や関係機関の皆さんと協力しながら各取組みの継続

～認知症になっても安心して暮らせる社会を～

3 市の取組内容

①認知症への取組み

②高齢者の保健事業と介護予防事業の一体的実施

③糖尿病性腎症重症化予防の取組み

④登米市民病院における糖尿病の診療体制について

医療保険制度の適正かつ効率的な運営を図るための 健康保険法等の一部を改正する法律（令和2年4月施行）

高齢者に対する保健事業を市町村が介護保険の地域支援事業等と一体的に実施することができるよう、国、広域連合、市町村の役割等について定めるとともに、市町村等において、各高齢者の医療・健診・介護情報等を一括して把握できるよう規定

高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施

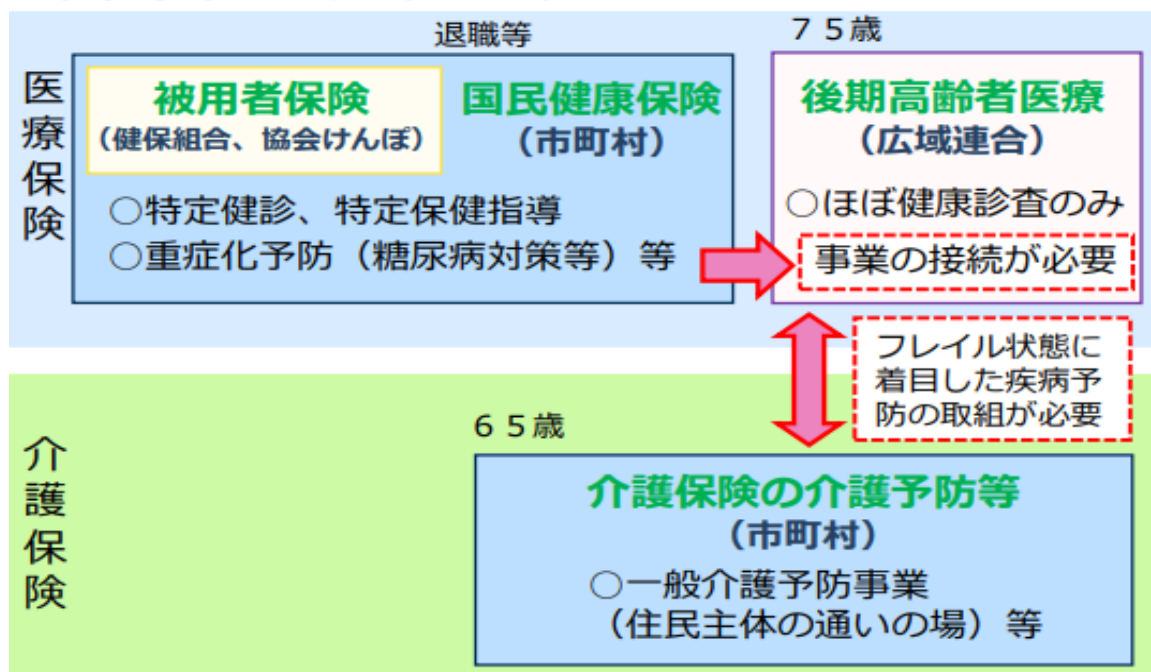
厚生労働省
高齢者の保健事業基礎資料集 参考

- 広域連合が高齢者保健事業を国民健康保険保健事業及び介護予防の取組と一体的に実施する取組が令和2年4月から開始された。
- 広域連合は、その実施を構成市町村に委託することができる。

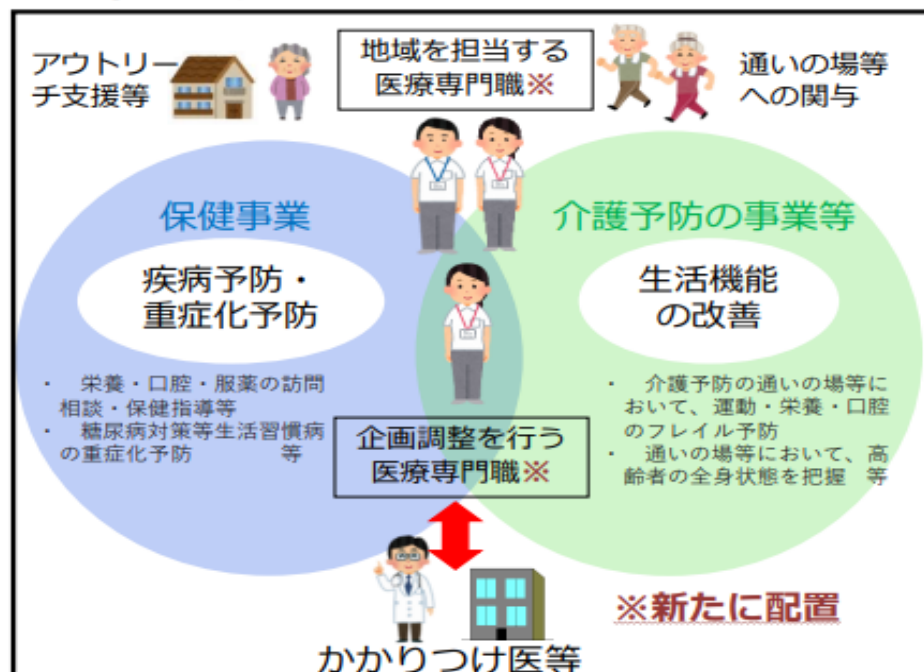
- 令和4年度の実施済みの市町村は **1,072市町村**、全体の約**62%**
- 令和6年度には **1,667市町村**、全体の約**96%**の市町村で実施の目途が立っている状況。
- 令和6年度までに全ての市町村において一体的な実施を展開することを目指す。

一体的実施実施状況調査（令和4年11月時点）

▼保健事業と介護予防の現状と課題



▼一体的実施イメージ図



事業の目的と概要

目 的 高齢者の健康の保持増進と健康寿命の延伸

概 要 高齢者の健康課題を明確化し事業を実施

- ・ハイリスクアプローチ
- ・ポピュレーションアプローチ

登米市では令和4年度より開始

これまでの実施状況・実績①

令和4年度の取り組み

対象圏域：1 圏域（東和・登米圏域）

【ハイリスクアプローチ（健康状態不明者対策）】

自宅訪問等により、健康状態不明者の健康状態を適切に把握し、当該健康状態不明者に対しての介護保険サービス等必要なサービス等への接続を行った。

対象者数 (人)	必要なサービス等への接続内容
33	介護保険サービスに接続
	健診受診勧奨
	健康教室への参加を継続
	継続訪問
	相談体制あり
	健康状態良好
	その他

これまでの実施状況・実績②

【ポピュレーションアプローチ(通いの場における積極的な関与等)】

実施地区 東和町米川1区ミニデイ参加者（実人数25名 延べ72人）

内 容 4回シリーズ

保健師・管理栄養士による、食事・運動・口腔ケア等の
講話や個別相談の実施によりフレイル予防を行った。

結 果

○体力測定（握力・開眼片足立ち）

…年齢階級別基準値で判定すると、平均ややや高い、高いと判定された方が多かった

○後期高齢者質問票…教室前と比べて、76.5%の方が改善または維持

○アンケート（毎回）…各回とも内容の理解度、満足度は高かった

教室で学んだことを参加者の83.3%の方が誰かに伝えていた



令和5年度

ハイリスクアプローチ（高齢者に対する個別的な支援）

①健康状態不明者対策

対象圏域：市内全圏域

対象者 健康状態不明者（健康状態不明者は、健診・医療の受診歴がなく、介護認定を受けていない者）

内 容 （1）健康状態を高齢者の質問票とアンケートで把握

（2）総合支所健康づくり係や地域包括支援センター等を通じて必要なサービスにつなげる

②糖尿病重症化予防

対象圏域：市内全圏域

対象者 令和5年度の特定健診受診者で、HbA1c7.0%以上かつ未治療者

内 容 （1）医療受診勧奨通知とアンケート返送による状況把握

（2）未受診者へ再受診勧奨と必要なサービスにつなげる

令和5年度 ポピュレーションアプローチ (通いの場等における積極的な関与)

①いきいき健康教室 対象圏域：2圏域

実施地区 ①南方柳沢地区 ②津山横山1区2区

対象者 ミニデイ参加者

内容 健康チェックやフレイル予防の健康教室を4回シリーズで実施



②和話輪推進研修会 対象圏域：1圏域（東和・登米圏域）

対象者 和話輪研修会参加者

内容 既存の介護予防教室で質問票による
健康チェックやフレイル予防の健康教室を3回実施



今後について

- ◎継続的な介入と実施圏域の拡大
(次年度は全圏域で実施)
- ◎健診・介護・医療費等のデータを分析し、
地域の状況に応じた事業内容の検討
- ◎庁内外の関係機関や多職種との連携

3 市の取組内容

① **認知症への取組み**

② **高齢者の保健事業と介護予防事業の一体的実施**

③ **糖尿病性腎症重症化予防の取組み**

④ **登米市民病院における糖尿病の診療体制について**

国保・後期の医療費

■国民健康保険被保険者

順位	傷病名	割合
1	糖尿病	6.5%
2	慢性腎臓病(透析あり)	5.4%
3	関節疾患	4.0%
4	高血圧症	3.9%
5	統合失調症	3.9%
6	不整脈	3.8%
7	肺がん	2.5%
8	脂質異常症	2.1%
9	うつ病	1.5%
10	脳梗塞	1.5%

■後期高齢者医療被保険者

順位	傷病名	割合
1	不整脈	6.5%
2	糖尿病	4.6%
3	高血圧症	3.7%
4	関節疾患	3.3%
5	脳梗塞	3.3%
6	慢性腎臓病(透析あり)	2.9%
7	骨折	2.7%
8	骨粗しょう症	2.2%
9	肺炎	2.0%
10	前立腺がん	1.7%

KDB：医療費分析（2）大、中、細小分類 R4年度（累計）

特定健診受診者のHbA1c

■国民健康保険被保険者

HbA1c 糖尿病	5.5以下	5.6~6.4	6.5~6.9	7.0以上	合計
病名あり	162	1,200	508	519	2,389
病名なし	1,851	4,559	173	85	6,668
計	2,013	5,759	681	604	9,057

国民健康保険では、**HbA1c6.5%以上**が1,285人（**14.2%**）おり、うち**258人（20.1%）**が**糖尿病の病名なし**

■後期高齢者医療被保険者

HbA1c 糖尿病	5.5以下	5.6~6.4	6.5~6.9	7.0以上	合計
病名あり	130	782	292	295	1,499
病名なし	568	1,859	74	23	2,524
計	698	2,641	366	318	4,023

後期高齢者医療では、**糖尿病の病名なしのHbA1c7.0%以上が23人**

医療機関受診を促す取組が必要

KDB：介入支援対象者一覧（栄養・重症化予防等） R4年度から作成

糖尿病性腎症重症化予防の取組

目的 糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者と治療中断者を治療に結び付けることと、かかりつけ医と連携した保健指導を行うことで重症化を予防し、新規透析導入患者数を減少させ、医療費の適正化を図る。

内容 (1) 医療機関未受診者への受診勧奨
(2) (1)の事業対象者への保健指導
(3) 治療中断者への受診勧奨
※本日は、(1)、(2)について説明します。

(1)医療機関未受診者への受診勧奨①

対象者 レセプトで糖尿病や慢性腎臓病等の病名がない者で

(1) 特定健診の結果、HbA1c6.5%以上かつ

次の①～③のいずれかに該当する者

①eGFR60mL/分/1.73m²未満

②尿たんぱく(+)以上

③収縮期血圧140mmHg以上又は
拡張期血圧90mmHg以上

(1)医療機関未受診者への受診勧奨②

- 方法
- (1) 対象者に通知で受診勧奨
 - (2) 受診が確認できない者のうち、以下の基準に該当する場合は、保健師等が訪問等で再受診勧奨
 - ①HbA1c7.0%以上
 - ②eGFR45mL/分1.73m²未満
 - ③eGFR60mL/分1.73m²未満かつ尿たんぱく（＋）以上
 - (3) 受診状況は本人からの返信とレセプトで確認

糖尿病性腎症重症化予防の取組

(1)医療機関未受診者への受診勧奨③

令和4年度の実績

対象者数：123人

再受診勧奨者数：25人

受診者数：73人（59.3%）

データヘルス計画に基づく
保健事業の取組事例として
厚生労働省のホームページに
掲載されました！

宮城県登米市

人口（令和4年）	74,795人	国保被保険者数	18,083人	国保事業主管課	国保年金課
専任職員数（事務職）	4人	専任職員数（専門職）	1人（管理栄養士）	特定健診実施率・特定保健指導終了率（令和3年度）	61.1% / 13.9 %

重層的な糖尿病・糖尿病性腎症重症化予防

本取組のポイント

- ・糖尿病・糖尿病性腎症重症化予防に向けて、対象者基準・介入方法を整理し、重層的に受診勧奨や保健指導を実施
- ・取組後、未治療者の医療機関受診率66～79%、治療中断者の医療機関受診率22%

取組経緯

○第2期データヘルス計画の中間評価以前は、健康推進課が主体となり、市民全体の健康づくりの一環として糖尿病の重症化予防に取り組んでいた。

○中間評価の結果、糖尿病と慢性腎臓病の医療費の割合が高く、特定健診受診者の約8割が血糖高値であり、新規透析導入患者数が増加傾向であることが判明。

○糖尿病及び糖尿病性腎症の重症化予防の事業内容の整理と重点的な取組が必要。

○糖尿病重症化予防事業、糖尿病性腎症重症化予防事業は、国保年金課に専門職を配置し、健康推進課や総合支所と有機的な連携体制を構築しながら事業を整理した。

取組内容

○糖尿病及び糖尿病性腎症の未治療者への受診勧奨

- ・特定健診の結果、重症化リスクが高く、医療機関を受診していない糖尿病及び糖尿病性腎症の疑いがある者に対して受診勧奨を実施する。
- ・受診勧奨通知と医療機関受診状況を報告する報告用はがきを対象者に送付した後、報告用はがきを返送してもらい、その後レセプトデータから受診状況を確認する。
- ・受診勧奨通知には、対象者個人のデータをグラフ化したものを添付する等の工夫を行っている。
- ・また、受診勧奨通知を発送した後、報告用はがきが返送されない者に対しては、総合支所の専門職が電話や訪問等で積極的に再勧奨を行っている。

○糖尿病の治療中断者への受診勧奨

- ・糖尿病の治療中断者に対して受診勧奨を実施する。
- ・国保連合会から提供される「糖尿病治療中断者リスト」を参考に対象者を抽出した後、受診勧奨通知を発送し、受診状況を確認する。

○医療につながった糖尿病性腎症患者等への保健指導

- ・糖尿病性腎症の未治療者に対する受診勧奨の結果、医療機関での受診が確認された者に対して保健指導を実施する。
- ・かかりつけ医に対し情報提供書の作成を依頼し、それを基に保健指導を実施する。最終的には、実施報告書を医療機関に報告し、次年度の健診や受診状況を確認する。

成果

- 未治療者（糖尿病）
 - ・医療機関受診率 79%
- 未治療者（糖尿病性腎症）
 - ・医療機関受診率 66%
- 治療中断者
 - ・医療機関受診率 22%

【糖尿病性腎症重症化予防事業の受診勧奨通知】



26

出典：登米市提供資料

厚労省HPより

糖尿病性腎症重症化予防の取組

(2)保健指導

令和5年度から市内全域で開始

対象者 受診勧奨の対象者で本人の希望があり、
かかりつけ医から保健指導の指示が得られた者

回数 3回程度（予定）

内容 面談、電話等による食生活支援

生活での課題や食習慣等についての気づきを与える

他の重症化予防事業について

◎国保では、糖尿病重症化予防として

HbA1c6.5%以上の者には受診勧奨を実施

◎後期高齢者医療被保険者には

一体的実施でHbA1c7.0%以上の者に受診勧奨を実施

◎20～39歳、生保の健診受診者に対して

糖尿病性腎症と糖尿病の重症化予防を実施

◎健診受診者に対して高血圧重症化予防を実施

市の健診を受診された方に対して重症化予防の取組を実施

今後について

◎今年度は国保保健事業実施計画（データヘルス計画）の
評価と次期計画の策定年度

☞ 重症化予防事業の見直し

◎今年度から市内全域で保健指導開始

☞ **かかりつけ医との連携を強化**

3 市の取組内容

- ① **認知症への取組み**
- ② **高齢者の保健事業と介護予防事業の一体的実施**
- ③ **糖尿病性腎症重症化予防の取組み**
- ④ **登米市民病院における糖尿病の診療体制について**

登米市民病院における 糖尿病の診療体制について

1 糖尿病外来について

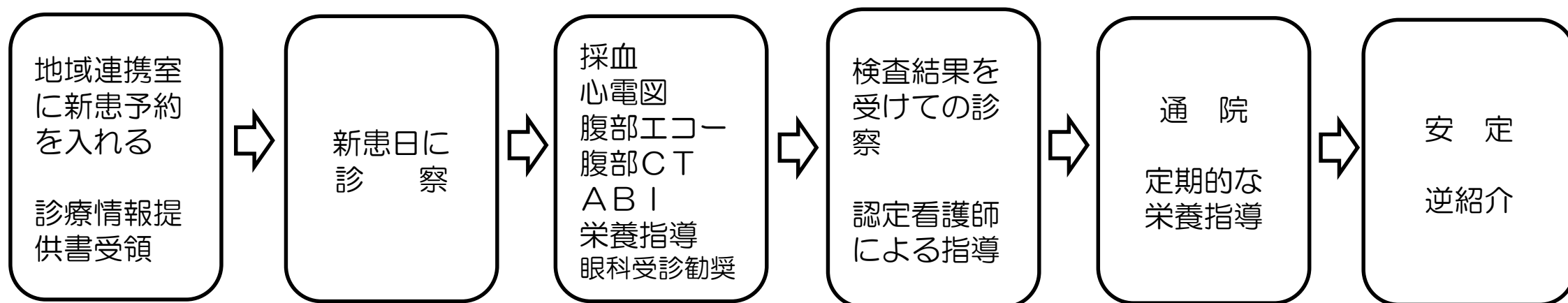
(1) 診療日 毎週 火・木曜日

※新患・再来ともに完全予約制です。

- 受付時間 午前8：00～11：00
- 診察時間 午前9：00～
- 医師1名（常勤医師） 糖尿病認定看護師1名

登米市民病院における 糖尿病の診療体制について

(2) 新患受け入れの流れ



<認定看護師より>

指導は、理想の押し付けにならないよう、
できる事から、現実的な指導を心掛けています。
怒らないので、うそをつくことなく、正直に
話してほしい。

登米市民病院における 糖尿病の診療体制について

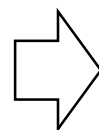
2 糖尿病専門医の着任について

令和5年5月に糖尿病専門医が着任しました。

内科副科長 高橋 賢治 先生

【専門医の着任により期待できること】

- ①急性合併症の患者を当院で治療できる
- ②教育入院ができる
- ③中核病院として糖尿病患者の治療を受入れられる



- ①スタッフのレベルアップが必要
 - ・各コメディカルに糖尿病担当を設置
 - ・専門医との勉強会の開催
- ②教育入院パス（標準診療計画）を作成中
- ③糖尿病教室の立上げの検討