

大和市

高齢者の保健事業と介護予防の 一体的実施（令和7年度報告）

健幸・スポーツ部 健康づくり推進課

本日の予定

1. 保健事業と介護予防の一体的実施 概要
2. ハイリスクアプローチ
3. ポピュレーションアプローチ
4. 令和8年度予定



1. 概要

大和市 R2～開始

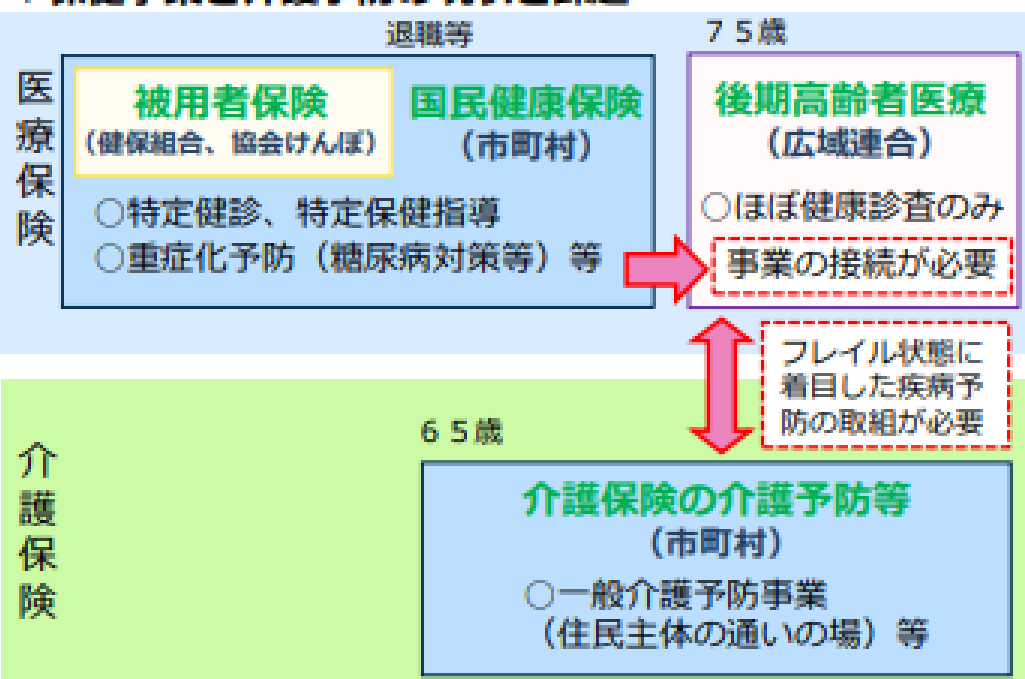
高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施

- 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5年度の実施済みの市町村は **1,396市町村、全体の80%**
- 令和6年度中に実施予定の市町村は **1,708市町村、全体の98%**
- 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。

高齢者医療調べ（令和5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



大和市の健康課題(まとめ)

	課 題	取組み
平均自立期間	平均自立期間：男性79.8歳、女性84.0歳。平均寿命との差がある（男性1.7年、女性3.6年）。年々介護認定率の増加。	介護予防、適切な時期での要介護認定による自立支援
医療	医療費分析では外来、入院ともに循環器の割合が最も高い。入院医療費では筋骨格の医療費が2番目に高く、外来医療費では新生物、内分泌の順。内分泌の中では糖尿病の占める割合が高い。後期高齢者の新規人工透析患者数は昨年度減少がみられた。	生活習慣病（糖尿病性腎症）重症化予防
介護	有病状況では、半数近くが心臓病、高血圧症、筋・骨格系の疾患を有している。介護が必要になった主な原因では、高齢による衰弱、転倒・骨折、認知症が上位を占めている。	フレイル予防全般
介護	低栄養に該当した者は約1%程度と人数は少ないが、3年後には約4割が重症化（死亡・要介護認定）しており、低栄養予防、さらには低栄養の原因となる口腔機能低下の改善が必要である。	介護予防（低栄養予防、口腔機能低下防止等）
健診	長寿健診受診率43.5%（R7法定報告値）と高いが、医療や健診の未受診者が約800人存在し、健康状態が把握できる者と比較し、重症化（死亡・要介護認定）しやすい。	健康状態不明者の状況把握

健康寿命延伸を目指した保健事業を全市(11地区)で展開

大和市 保健事業と介護予防の一体的な実施事業（令和2年度～）

ハイリスクアプローチ

1. 高齢者に対する個別的支援

→訪問等（アウトリーチ）による支援

■低栄養防止

- ・低栄養予防
- ・口腔機能低下防止

■生活習慣病等の重症化予防の取組

- ・糖尿病性腎症重症化予防
- ・糖尿病重症化予防

■フレイル予防

- ・身体的フレイル予防

■健康状態不明者の状況把握

ポピュレーションアプローチ

2. 通いの場等への関与

■医療専門職による健康教育・個別相談

市内の通いの場等：ミニサロン、ひまわりサロン、
自治会、コミセン、老人クラブ、
ショッピングモール、第2層協議体等

医療専門職：保健師・管理栄養士・歯科衛生士、
理学療法士、薬剤師

市内全11圏域で実施

住民の生活の場に出向き、生活習慣病の重症化予防・高齢による心身機能の低下防止を目指した支援により、高齢者の健康寿命の延伸を図る

実施体制（各課の役割、関係機関との連携）

大和市

市役所

健康づくり推進課

- ・ 基本方針・実施計画の作成
- ・ **一般介護予防事業**
介護予防アンケート（**データ**）
地域リハビリテーション活動支援事業
- ・ **保健事業**
（ハイリスク・ポピュレーションアプローチ）

健康施策推進係

企画
調整

地域

- ・ 広域連合との契約事務
- ・ ハイリスクアプローチ
（身体的フレイル予防、健康状態不明者）
- ・ ポピュレーションアプローチ
（地域リハとの連携・ひまわりサロン）

地域栄養ケア推進係

企画
調整

地域

- ・ ハイリスクアプローチ
（低栄養、口腔機能低下防止、重症化予防）
- ・ ポピュレーションアプローチ
（ミニサロン、ショッピングモール）

地域保健活動係

地域

- ・ ハイリスクアプローチ
（その他生活習慣病対策）
- ・ ポピュレーションアプローチ
（地域リハとの連携）

医療健康課

- ・ 健診（特定・長寿）・がん検診（**データ**）、
データヘルス計画

介護保険課

- ・ 介護保険制度に係る統計**データ**等の共有
- ・ 介護サービス利用相談等

保険年金課

- ・ 国民健康保険・後期高齢者医療制度 窓口
- ・ 健康づくり推進課等で行っている保健事業
等の情報提供

人生100年推進課

- ・ 介護予防・日常生活支援総合事業利用相談
- ・ 地域包括支援センターを含めた情報共有
- ・ 認知症に関する相談
- ・ その他日常生活に関する困りごと等の相談

連携

庁外関係団体

地域ケア推進会議
（地域包括支援セン
ター運営協議会）

医師会
歯科医師会
薬剤師会
栄養士会

包括在宅ケア会議

保健医療福祉
ネットワーク

神奈川県立
保健福祉大学

一体的実施に係る特別調整交付金（R7実績）

①企画・調整の医療専門職

職種：保健師、医師※・管理栄養士※

※保健指導の企画立案などの業務経験あり

- 事業全体の企画、調整等
- 地域の健康課題分析、対象者の把握
- 関係団体等との連絡調整



- 保健師 1名
- 管理栄養士 1名

②地域を担当する医療専門職

職種：保健師、管理栄養士、歯科衛生士等

<ハイリスク者への個別支援>

- アウトリーチ、受診勧奨等

<通いの場等への積極的関与>

- フレイル予防の普及・促進
- 健康教育・相談

- 管理栄養士・保健師
- 会計年度任用職員
(管理栄養士・歯科衛生士・理学療法士)

特別調整交付金の対象（日常生活圏域ごと）

● 日常生活圏域数による上限設定※

①企画調整 **600万円×2人**

②個別支援や通いの場等への関与

人件費：**410万円×11圏域**

その他経費：**55万円×11圏域**

(需用費、役務費、物品購入費、通信運搬費等)

※R8～変更：①620万円 ②450万円、60万円

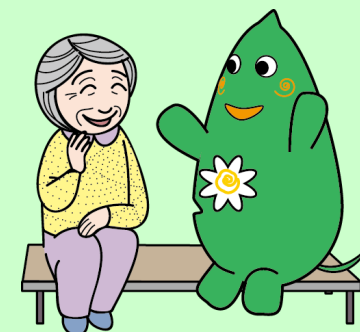
R7年度	健康づくり推進課	
企画調整	専従 2名 (保健師・管理栄養士)	1,200万
地域担当	常勤 (保健師・管理栄養士)	約665万
	会計年度任用職員 (管理栄養士・歯科衛生士)	約750万
その他経費		約120万
合計 (税抜)		約2,735万

2. ハイリスクアプローチ

- (1) 低栄養予防の取組み
- (2) 口腔機能低下防止の取組み
- (3) 糖尿病性腎症重症化予防(CKD)

保健師実施 重症化予防(糖尿病コントロール不良)

- (4) 健康状態不明者の取組み
- (5) 身体的フレイルの取組み



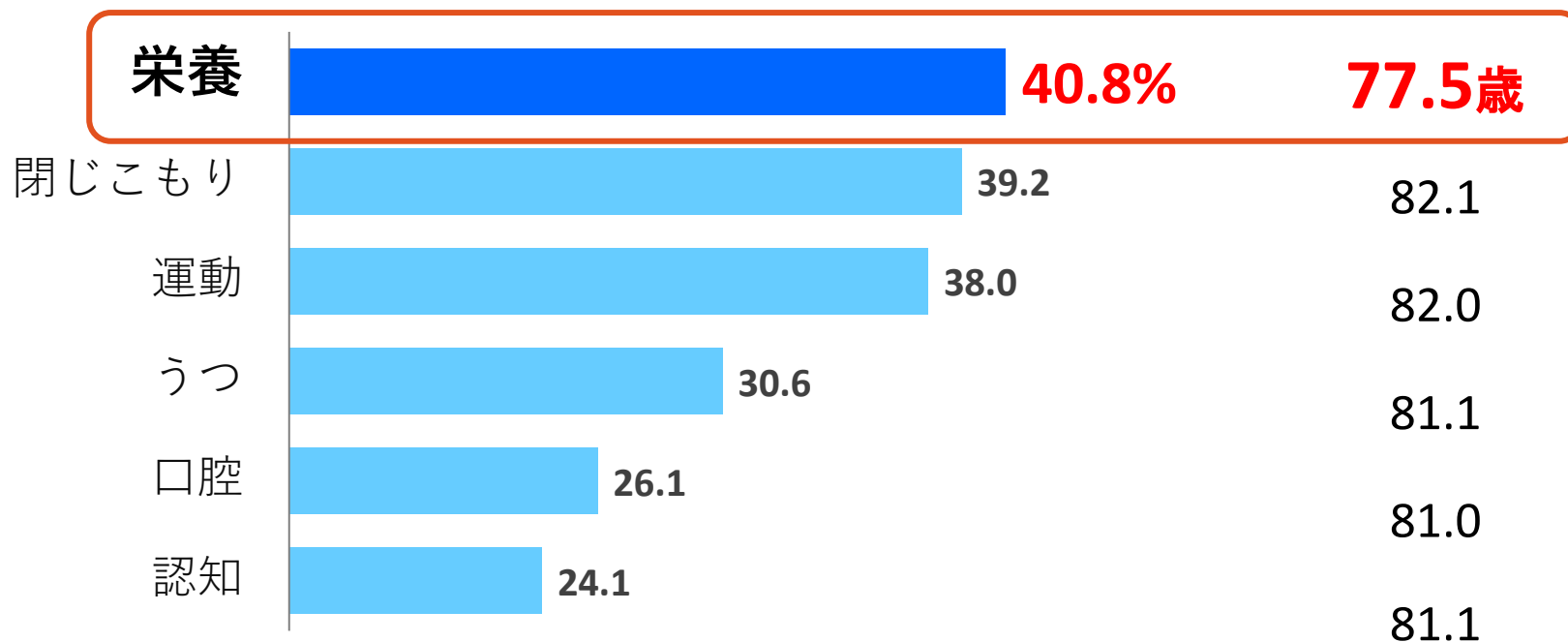
大和市イベントキャラクター
ヤマトン

大和市低栄養高齢者の健康課題（アンケート）

栄養に課題がある人は最も重症化しやすく、
要介護・死亡年齢が一番若い※健康寿命も短い

3年後の重症化率 %（要介護＋死亡）

要介護・死亡者
平均年齢



H23年大和市介護予防アンケート（介護認定以外で65歳以上の市民39,800名を対象とした悉皆調査：回答率78.7%）

※低栄養：BMI<18.5 かつ 体重減少あり2kg以上/半年

(1) 低栄養予防の取組み (H25～開始)

目的

地域で自立した生活を送る高齢者(65歳以上)から、「低栄養リスク者」をスクリーニングし、**栄養相談**を行うことで**要介護状態への移行予防、QOLの向上**を目指す。

R7対象者基準と抽出元 — 低栄養傾向(BMI20以下)を抽出。BMI18.5未満を優先的に介入。

- ①・② 「R6介護予防アンケート」(65歳以上、BMI18.5未満 かつ 体重減少2kg以上/半年)
- ③ 「R6長寿健診」(75歳以上、BMI18.5未満 かつ 体重減少2kg以上/半年)
- ④ 「R6長寿健診」(75歳以上、BMI20以下 かつ 体重減少2kg以上/半年)

※ 要介護・要支援認定除く

R7対象者 529名 ※初回相談成立者 284名(成立率 53.7%) ⇒ 特に高リスクの後期高齢者で高い

目的		低栄養予防			早期予防
対象者基準	抽出元(年齢)	アンケート (75歳～)	長寿健診 (75歳以上)	アンケート (65～74歳)	長寿健診 (75歳以上)
	BMI区分	18.5 未満			20以下
	体重減少の有無	体重減少2-3kg以上/半年※			
	対象者数	① 328名	③ 81名	② 120名	④ 277名
初回相談成立		191名 (58.2%)	46名 (56.8%)	47名 (39.1%)	16名 (5.8%)

※後期高齢者の質問票または基本チェックリスト(6か月間で2-3kg以上の体重減少がありましたか)「はい」に該当

- ・ 6か月 / 1クール
- ・ 訪問または電話3回

事前：通知の郵送（電子申請による相談予約）

訪問

※約8割訪問で対応

初回

R7. 4～8月

- 体重、体重減少の理由、食事内容、**生活変化**等の聞取り
- 栄養状態・食事内容、生活状況の課題把握
- 栄養相談と目標立案（評価基準、行動目標）、栄養改善計画作成

電話

※電話で対応（8割弱）、必要者・希望者は窓口や訪問で対応（2割）

3か月後

R7. 7～11月

- 行動目標の実行状況確認（状況により目標の再設定）

訪問

6か月後

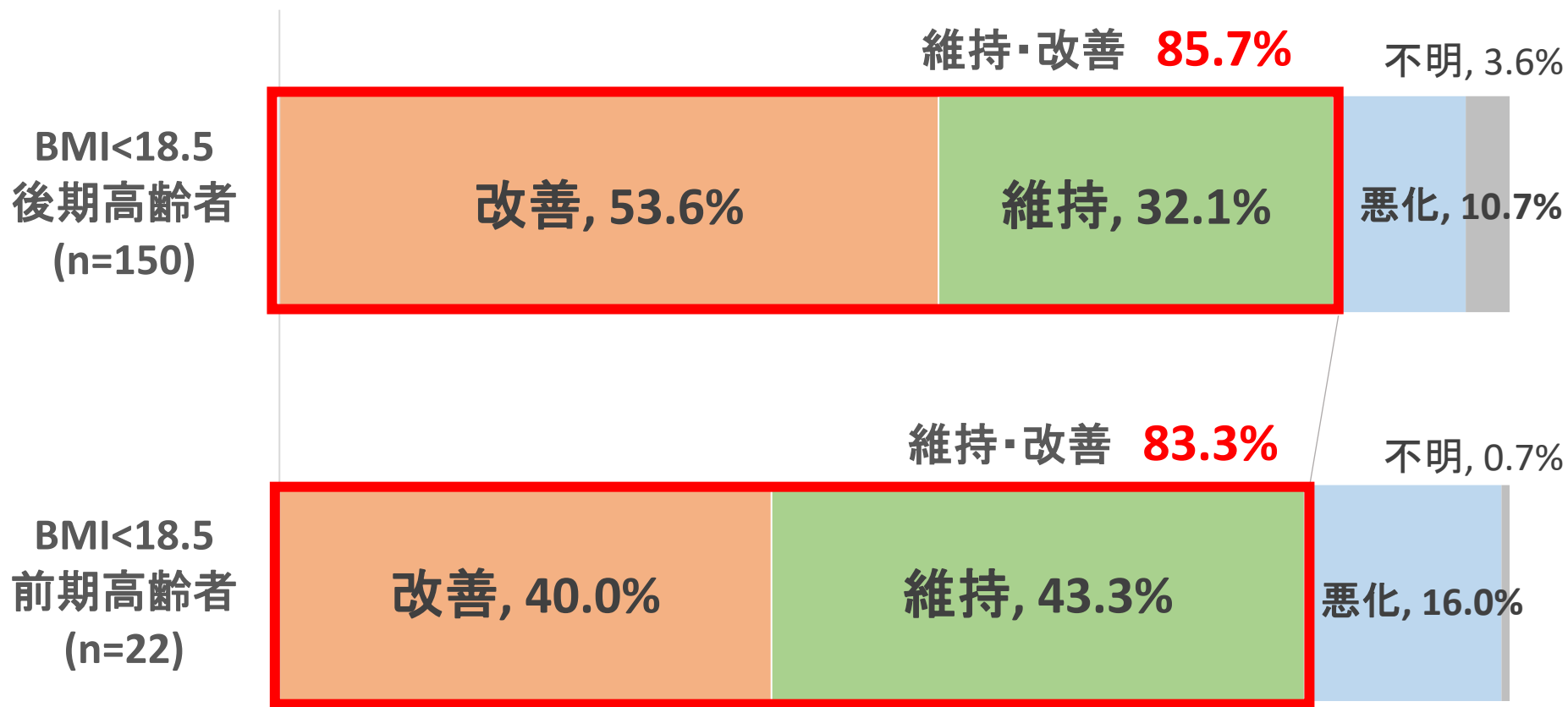
R7. 10～
R8. 2月

- 行動目標の達成状況評価
体重（BMI）、食事摂取量、活動量（外出頻度、運動量）等
- 今後の支援について検討

原因		主な支援内容
疾患等由来 (125名)	消化器疾患、がん治療、呼吸器疾患	● 疾患に応じた栄養相談 ● 受診勧奨
	生活習慣病による食事量調整	
	口腔乾燥、義歯不具合	
	認知機能低下、うつ症状、不眠	
生活 (41名)	家族の介護・看病、死亡、 近所づきあいによるストレス	● 傾聴、ストレス発散方法 ● 地域資源の紹介
活動量低下 (16名)	足腰の痛みによる運動量低下 外出機会の減少（閉じこもり）	● 地域資源の紹介 ● 実施可能な運動・活動の提案
嗜好・食習慣 (107名)	偏った食事、主菜・主食量少ない、1日2食	● 嗜好・生活習慣等を加味した 摂取エネルギー・たんぱく質量 増加の提案 ● 健康支援型配食や 栄養補助食品の提案
消費量増大 (41名)	趣味や運動の再開、仕事・家事等	
食欲低下 (57名)	加齢や夏の暑さ、活動不足に伴う食欲低下	
知識不足 (29名)	適正体重の誤認、周囲の誤った指摘 栄養知識の偏り	● 知識の是正 ● 定期的な体重測定の実行
不明・その他 (20名)	体重減少に気づかない、元々やせ型 金銭的に食事の用意が不十分	● フレイルのリスク啓発 ● 適正な食事摂取量等の提示

結果2

8割以上が体重維持・改善



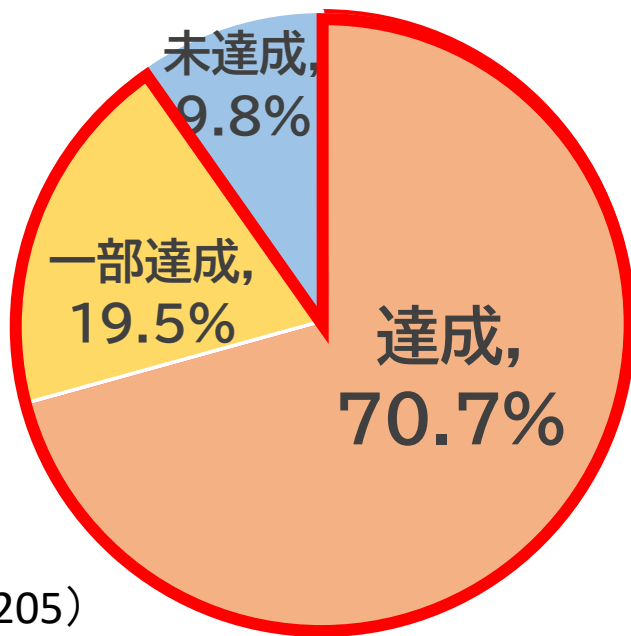
初回と最終評価時(半年後)の体重変化を評価
改善: 1kg以上増加 維持: 変動1kg未満 悪化: 1kg以上減少

結果3

9割に行動変容あり(目標達成*)

*初回相談時に、本人が管理栄養士と決めた行動目標(食事・活動等)

行動目標の達成状況



評価基準(例)

◎体重維持～3 kg増加／6か月

- ・ 体重測定 of 習慣化
- ・ 運動習慣の継続

評価基準達成のための行動目標(例)

- ・ 朝食のロールパンを1つ→2つに増やす
- ・ 昼食もたんぱく質を片手の平1つ分食べる
- ・ 運動前後に牛乳1杯追加する
- ・ 間食にたんぱく質が摂れるものを選ぶ(プリン・カステラ等)
- ・ 水分代わりに甘酒/ヤクルト/牛乳を飲む
- ・ 毎日外出する、散歩の時間を増やす
- ・ 決まった時間に食事を食べる(欠食をなくす)

その他の情報提供 (件数)

地域包括支援センター14件, 高齢福祉サービスガイド35件, 人生100年推進課2件, サービスC 9件, 健康支援型配食8件, 介護保険4件, ミニサロン3件, 脳とからだの健康チェック5件, その他53件

対象者の心理的变化

体力がついた！

- 以前より元気に動けるようになった。
- 遠出できるようになった。
- だるさや疲れがなくなった。
- 足先に力が入るようになった。

気持ちが前向きになった！

- 退職しようと思っていたが継続したいと思えた。
- 自分の時間を過ごしたいと思えるようになった。

その他、うれしい変化

- ごはんが美味しいと感じる様になった。
- 食事と生活を見直すきっかけになった。

対象者の反応

体力低下を不安に思っていたので相談できてよかった。

訪問や電話で気にかけてくれて嬉しかった。

受診先の医師から昨年より良いと言われた！

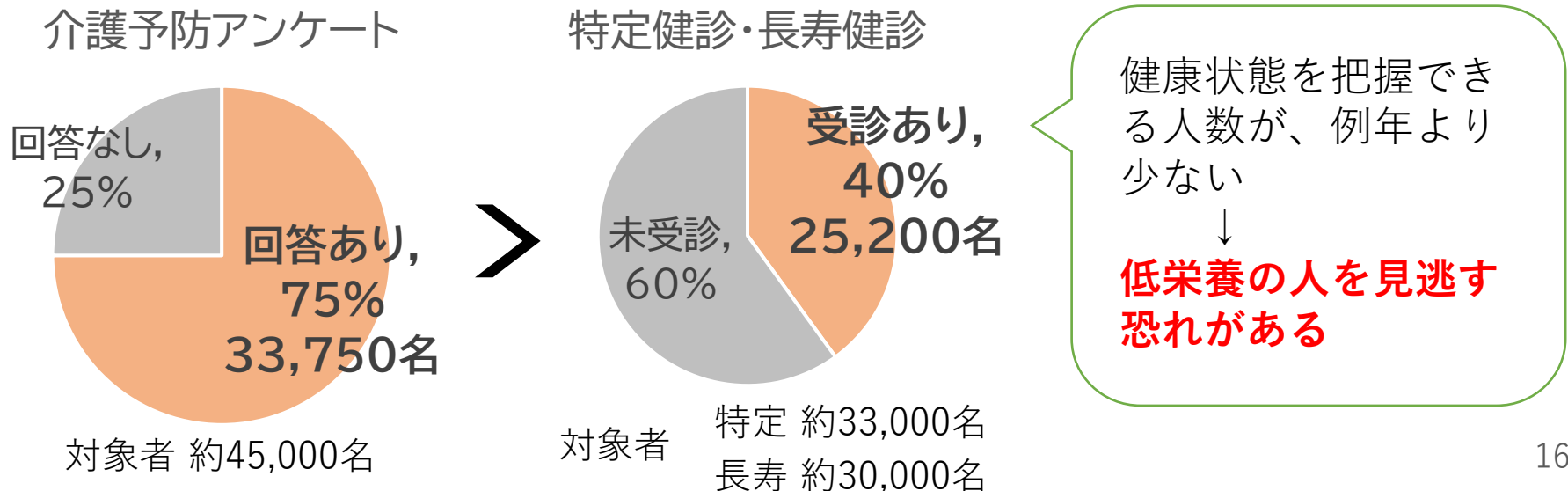
元気になった！



まとめ（低栄養予防）

R8方向性

- ハイリスクアプローチとポピュレーションアプローチのさらなる連動を図り、より効果的な取組へ。
⇒健康支援型配食を活用した講座を地域の通いの場等で実施し、より多くの高齢者へフレイル予防・早期予防を展開していく。
- R8以降、当面は健診受診者のみからの抽出になるため、
健診以外の切り口から低栄養の対象者を見つける方法の検討が必要。



(2) 口腔機能低下防止の取組み (H29～開始)

背景

- ・ 個別訪問・相談では参加者が少ない
- ・ R3～集団教室と電話相談を組み合わせ、関心の少ない者への参加につながった
- ・ 口腔機能低下が低下した者は低栄養リスクが高い

目的

口腔機能・摂食機能の低下防止を図り、**オーラルフレイル改善**を目指す。

⇒ **口腔と栄養**の両方に課題がある者に**集団教室＋電話相談**を組合せた支援を実施

R7対象者基準と抽出元

教室の案内を送付し、**24名** 参加

「R6大和市介護予防アンケート」にて①～③に該当509名へ

① オーラルフレイル2点以上※

※「固い者が食べにくい」を含み、
「お茶や汁物等でむせることがある」や「口の渇きがある」に該当

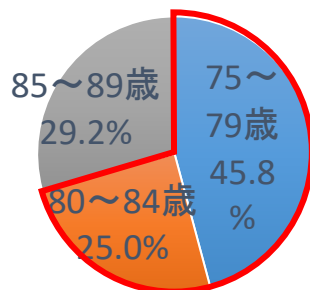
② BMI20以下で「食事量が減ってきた」

③ 75歳以上90歳未満で介護認定がない者

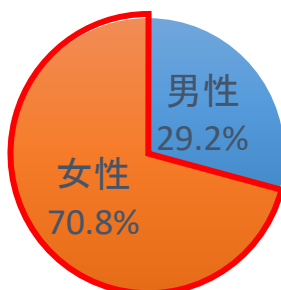
参加者の基本属性

※24名のうち**22名** (92%) が歯科の定期受診あり

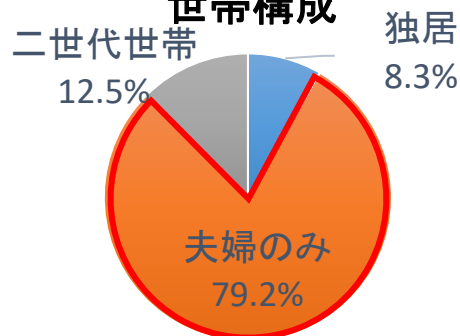
年齢 平均 82歳



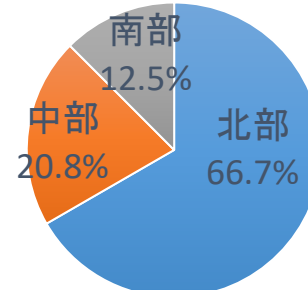
性別



世帯構成



居住地



教室会場

①体重測定・フレイルチェック票の記入
(アセスメント)

②講話・集団指導

◆歯科衛生士

- ・講話(オーラルフレイル)
- ・口腔運動機能チェック(オーラルディアドコキネシス※)
- ・バスケットを活用した噛み方チェック※
- ・集団指導(健口体操・唾液腺マッサージ)

◆管理栄養士

- ・講話(体重管理、フレイル予防の食事)

③^{new} チャレンジシート※に記入(目標立て)

お口の汚れを確認
⇒口腔清掃指導へ



宿題 自宅で実施

自分で立てた目標の実施(100日間)

その他

- ・お口まわりのマッサージ、体操
- ・オーラルディアドコキネシス

個別・集団を活用した支援

担当者: 歯科衛生士・管理栄養士

◆1~2か月後: **電話で個別フォロー**

◆3~4か月後: **会場か電話でフォロー**

- ・**アンケート内容に基づく保健指導**
- ・目標達成状況の確認
- ・チャレンジシートの実施状況を
もとに新規目標立案
- ・評価(口腔機能の変化・体重等)

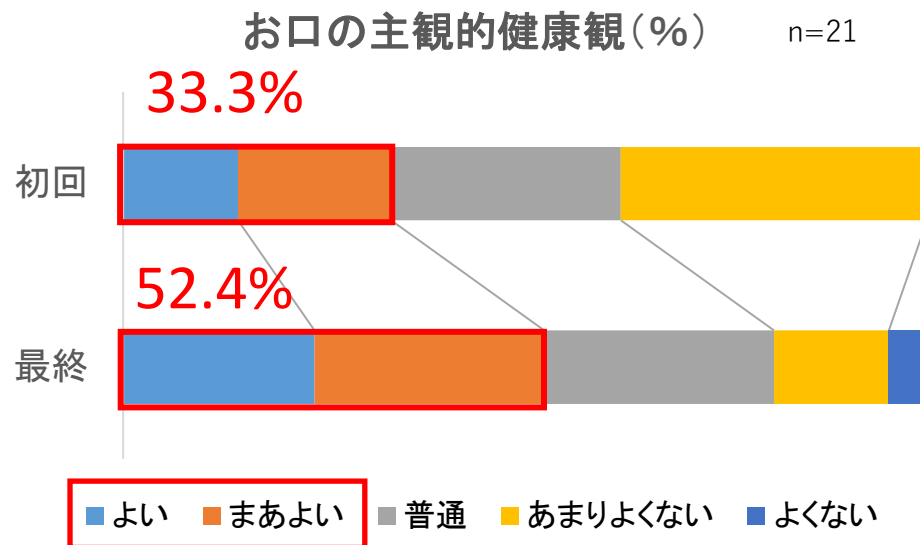
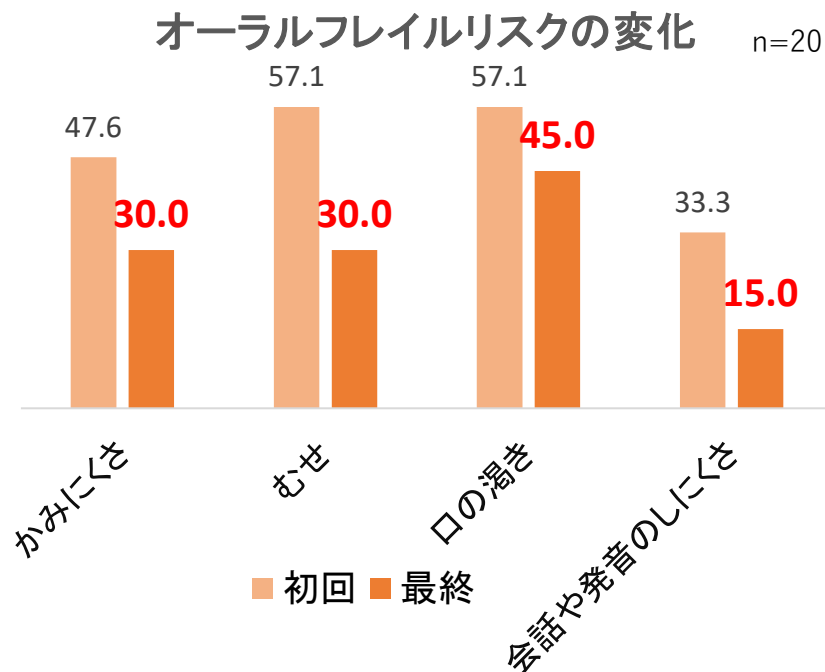
結果1

各オーラルフレイルリスクが軽減

※教室参加から約100日後、最終評価できた21名
(対面もしくは電話)

オーラルフレイルの**全項目において**
リスク軽減し、
特にかみにくさやむせが改善していた

お口の主観的健康観「あまり良くない・良くない」
が減り、「良い・まあ良い」が増え、
全体的に改善傾向がみられた



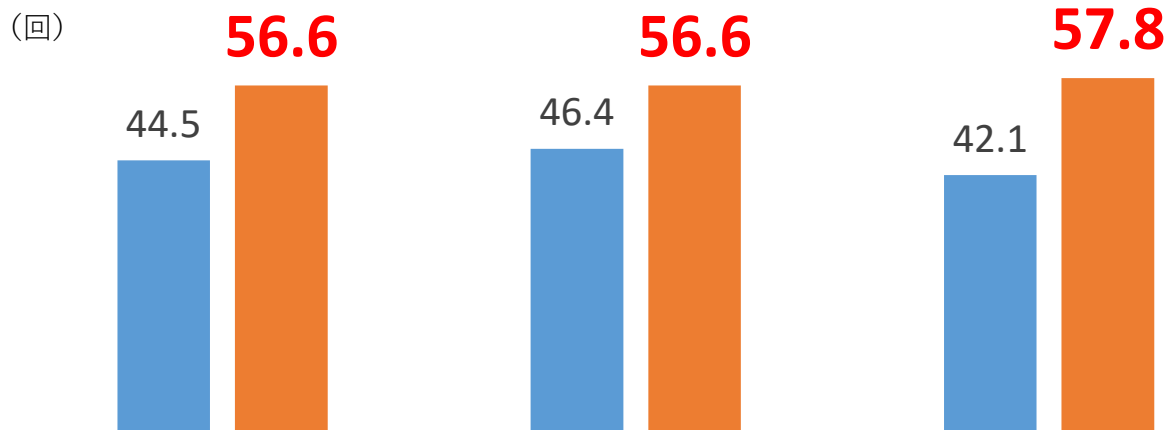
各オーラルフレイルリスクが軽減

※教室参加から約100日後、最終評価できた9名（対面）

オーラルディアドコネシスの推移

■ 介入前

■ 介入後

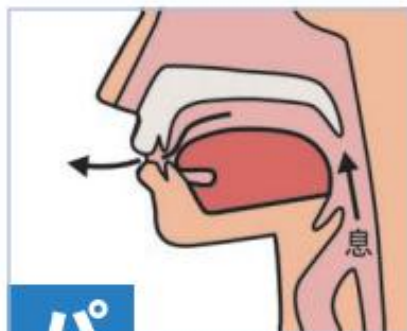


オーラルディアドコネシス
「パ」「タ」「カ」
の全項目において
回数が増加していた

パ

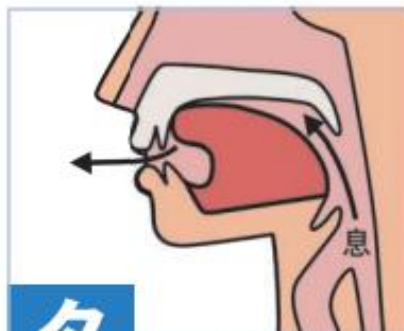
タ

カ



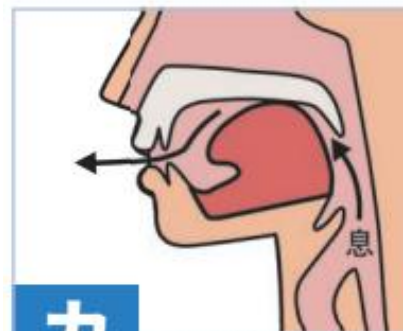
口唇の動き

口唇をしっかり閉じることは咀嚼し、食べるために重要です。口唇をしっかり閉じることで発音される「パ」の発声により機能を評価します。



舌の前方の動き

上手に飲み込むためには、舌の前方の動きが重要です。舌先を上の前歯の裏につけて発音される「タ」の発声によりその機能を評価します。



舌の後方の動き

飲み込む際に、舌の奥の部分の機能が重要です。舌を喉の方に引いて発音される「カ」の発声によりその機能を評価します。

※体重は約8割が維持・改善

口腔

- 歯ごたえのあるものをしっかり噛んで食べることを意識するようになった。
- 歯磨きを丁寧に行うようになった。
- パタカラ体操を行っていてむせが気にならなくなった。

栄養

- たんぱく質を意識するようになった。
- 今まで食べなかった食材を取り入れるようになった。
- 食事の多様性も意識するようになった。
- 食事量を増やしたいと思い教室に参加して、実際に食事量が増えて体重増加につながった。

その他（社会参加）

- グループの方同士でお話しできたことが楽しかった。
- 自分の現状を知ることができたり、今までの生活の答え合わせや振り返りができる良い機会だった。
- 参加して良かったとつくづく思っている。現在活動参加はやめてしまい一切しておらずたまに教室に参加すると楽しいと感じたので是非また参加したい。
- 教室後口の大切さを感じ、義歯を新製したり、歯の治療をした。

口腔・栄養に加え、**社会参加の意識の変化**も見られ、**専門職の支援自体が社会的つながりの一つ**として喜ばれていた可能性。

まとめ(口腔機能低下防止)

成果

- オーラルフレイル関連の全項目において、リスクが軽減。
- 入口を教室とすることで、参加しやすさがあり、事後フォローは受け入れがよく、専門職による個別相談自体が社会的つながりの1つとして受け入れられた。
- 教室の内容及び通知方法を検討したことで、より少ない費用で例年と同等の効果が得られた。



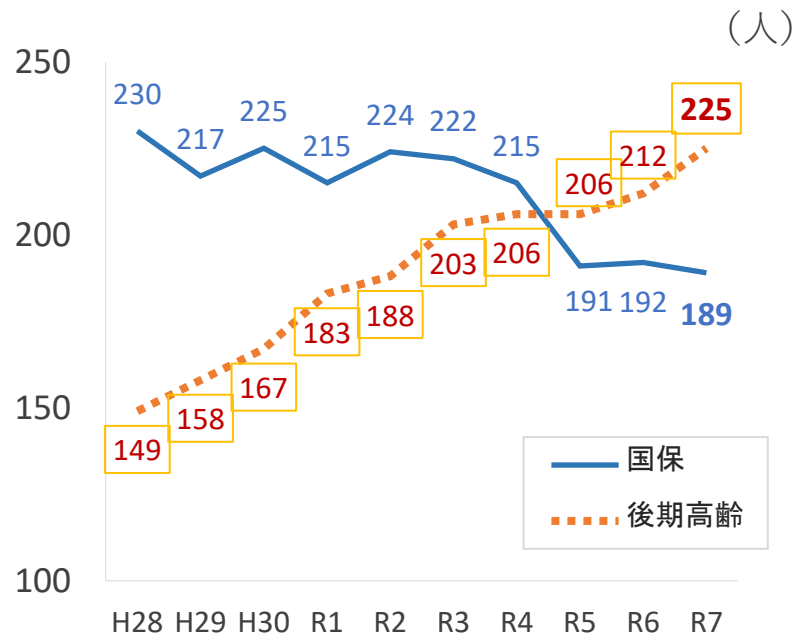
次年度に向けて

- 初回は教室、中間評価は電話、最終評価は教室及び電話を組み合わせ、効率的な実施を目指す。
- ミニサロンや地域の通いの場等で講座を展開し、より多くの高齢者へ活用を進めていく。

(3) 糖尿病性腎症重症化予防(CKD)

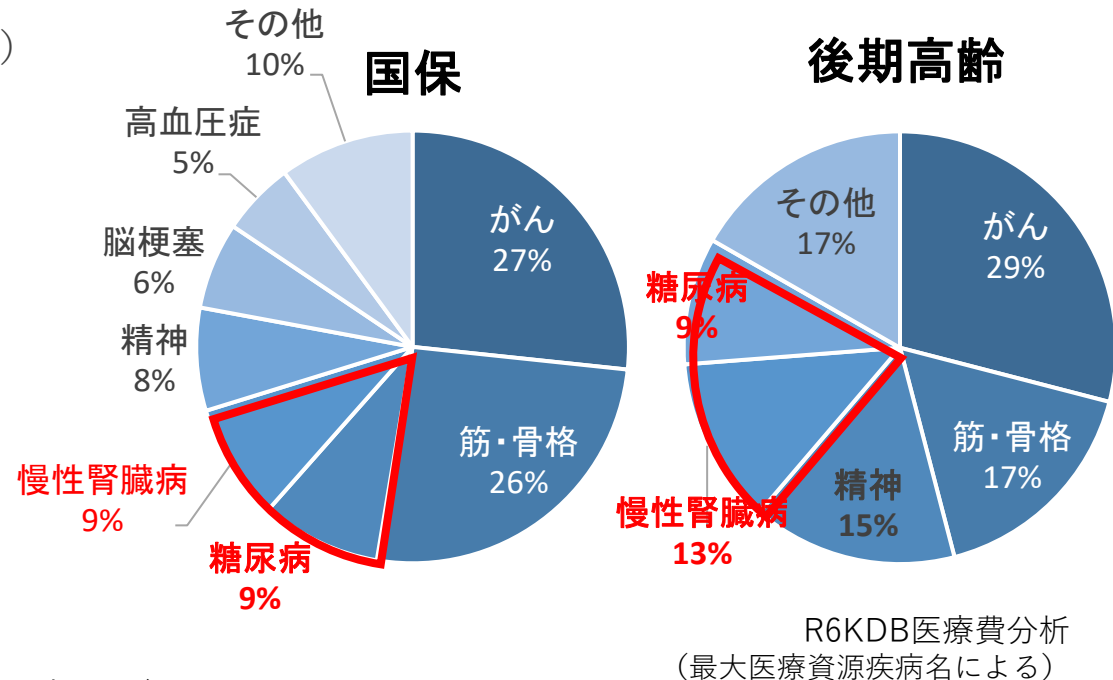
背景

①人工透析レセプト状況



大和市 人工透析者数 (国保／後期高齢者医療制度)

②医療費の状況



- ・市全体の人工透析者(国保＋後期高齢)は10年間(H28～R7)で1割増加
- ・保険区分：**国保** (10年で2割減少)、**後期高齢** (10年で5割増加で国保を上回る)
- ・医療費：慢性腎臓病や糖尿病の割合が全体の約2割を占める。
透析者の半数以上に糖尿病の診断あり。

▶ 医療費適正化に向け、保険区分に関わらず腎症対策を進める必要がある 23

目的

- ① 市健診で高血糖かつ腎機能低下に該当する市民（国保＋後期高齢）に対し、**栄養相談**を行い、**重症化を防ぐ**。
- ② **人工透析の新規導入者を減らし**、社会保障費の削減を目指す。

方法

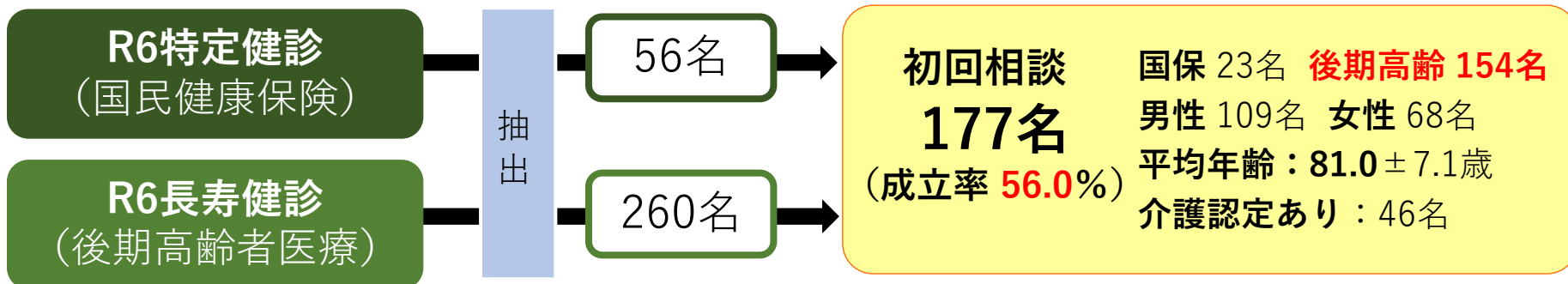
管理栄養士による訪問または電話による栄養相談を実施（6か月3回程度）

R7対象者

抽出条件：**高血糖（HbA1c7.0%以上）**
かつ腎機能低下（eGFR45未満 または 尿蛋白＋以上）

※R8年度健診より抽出基準を変更予定

R6年度



結果1

血糖コントロール* 維持・改善：約8割

*介入者177名のうち、R7健診受診者132名のHbA1cを評価（受診率74.6%）

改善：0.5%以上低下 維持：±0.5%未満 悪化：0.5%以上上昇

国保
(n=19)

改善, 73.7%

維持,
10.5%

悪化,
15.8%

※ HbA1c：介入前平均8.3% ⇒ 介入後平均7.3%

84.2%

後期高齢者
(n=113)

改善, 53.1%

維持,
31.9%

悪化,
15.0%

※ HbA1c：介入前平均7.7% ⇒ 介入後平均7.3%

85.0%

- 全体的に約8割が維持・改善（特に国保(40~74歳)の方が改善）。
- 介入後、HbA1cは44名(33.3%)が**基準対象外**(HbA1c7.0%未満)まで改善
- HbA1c8.0%以上のコントロール不良の状況：非介入に多い。
介入できても9%以上に悪化(3件)：認知機能低下により病識が(少)ない、
不規則勤務により実行できない等

結果2

腎機能・尿蛋白の維持・改善：約8~9割

eGFR
区分

改善, 23.3%

維持, 68.3%

悪化,
8.3%

※1 介入時eGFR45未満の者85名のうち、R7健診受診者60名を評価
eGFRによる慢性腎不全ステージ改善・維持・悪化評価

91.6%

尿蛋白

改善, 53.5%

維持, 32.6%

悪化,
14.0%

※2 介入時尿たんぱく + 以上の者89名のうち、R7健診受診86名を評価

86.1%

- 全体的に8~9割が維持・改善（特に後期高齢者では維持している一方、国保は比較的变化が早い⇒早い介入が重要）。
- 介入後、腎機能ステージは14名(23.3%)が**基準対象外**(eGFR45以上)へ、尿蛋白は35名(40.7%)が**基準対象外**(-または±)まで改善
- 悪化した者の状況：80代でHbA1cは改善したが、eGFRは低下。病識が低い（かかりつけ医からも説明を受けてない）等

結果3

約8割に行動変容あり(目標達成*)

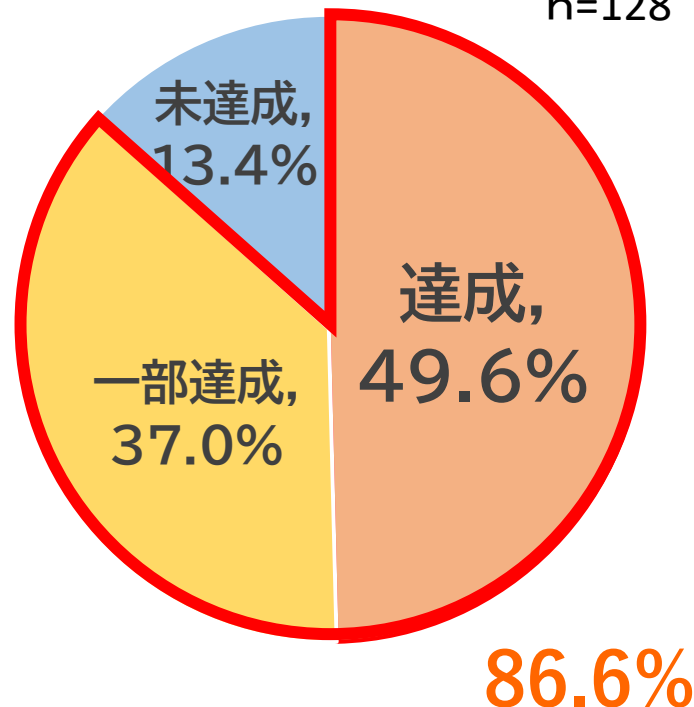
* 初回相談時に、本人が管理栄養士と決めた行動目標(食事・活動等)

行動目標(例)

食事	・欠食の解消 ・間食、清涼飲料水の中止・低減・タイミング・置き換え ・果物の摂取量・タイミングを調整 ・野菜摂取量増加、ベジファーストの実践 ・水分補給量・頻度増加 ・主食・主菜・副菜を揃えた食事 ・主食/主菜摂取量の調整 ・減塩 ・飲酒量・頻度の調整
運動 ・ 活動	・運動の開始・再開(季節) ・自宅でできる体操の実施 ・買い物ついでに遠回り ・就業や趣味の継続 ・畑仕事の維持・リハビリの継続
その他	・定期の通院・服薬の継続・再開※ ・体重を毎日測定する ・習い事を継続し、外出や交流を続ける

行動目標の達成状況(食事)

n=128

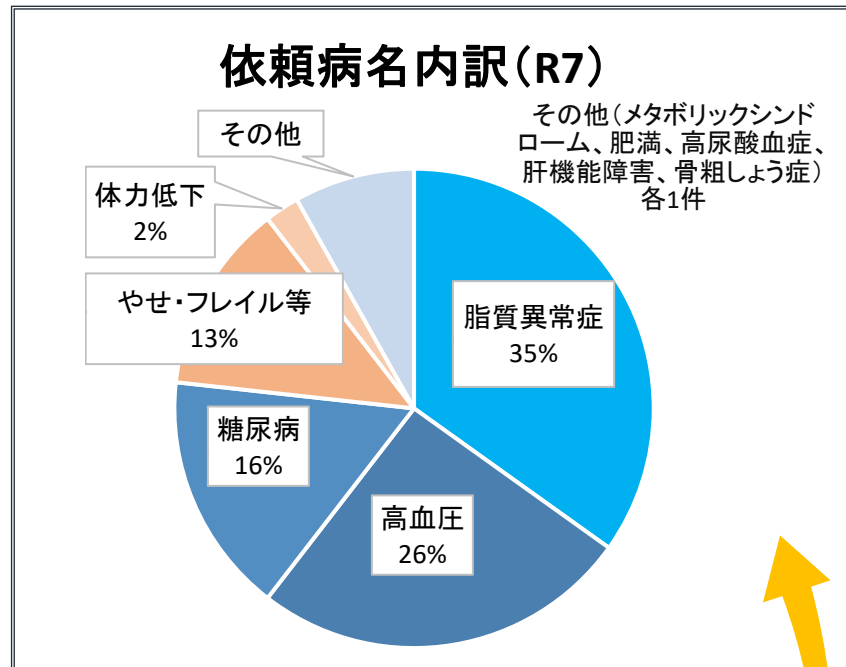
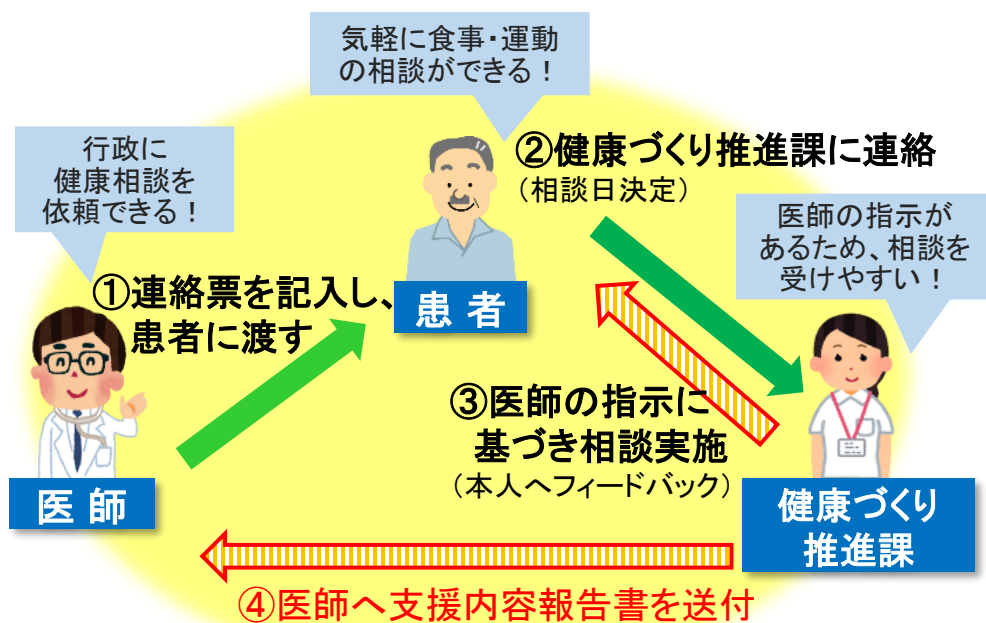


※対象者の中に未治療者や受診中断者も含まれ、受診勧奨も実施。治療開始や再開につながった。

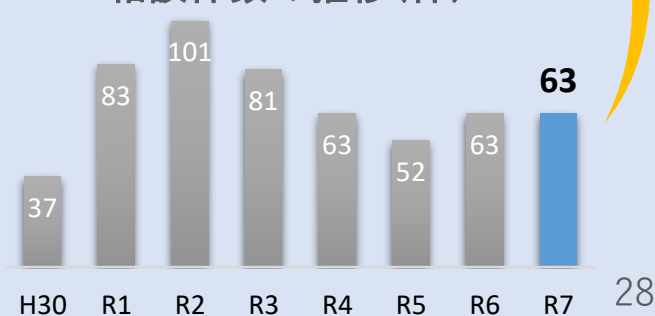
健康相談連絡票について（かかりつけ医との連携）

目的 医療連携のため、かかりつけ医と保健師・管理栄養士間の情報共有ツール（H29～）

運用方法 運用開始にあたり、大和市医師会理事会の承認を得て、各医療機関（内科を標榜）へ送付
※R1～大和市医師会産婦人科医会にも協力を依頼



相談件数の推移（件）



- 医療機関から介護や重症化予防への相談（年間平均60件）
- 依頼内容の多様化⇒生活習慣病に加え、「フレイル予防」「若い女性のやせ」などの依頼もいただくようになった。
- 市内全域での定着には課題があるが、いつでも栄養相談を受けられる窓口として継続的に活用されている。

まとめ（CKD）

	成果	課題	次年度に向けて
特定健診 (75歳未満)	相談実施者は 血糖値の改善につ ながっていた。	相談の効果はあるが、 初回実施率が高くない。	HbA1c7.0%→6.5%に 基準を引き下げ、 早期に介入 する。
長寿健診 (75歳以上)	相談実施者は 血糖値・腎機能を 概ね維持できてい た。	・活動不足や不規則な食事 によるフレイルリスク ・ADL低下から要介護 認定につながる恐れあり	一部、フレイル予防や QOLの向上を重視した支 援に シフトチェンジ する。

HbA1c7.0%以上8.0%未満の層について、腎機能で絞り込まず、
フレイルリスク（①健康状態、⑥体重変化、⑧転倒、⑬外出頻度）で絞り込む※1

<根拠> フレイル状態＋糖尿病と新規要介護認定率の関連

両方該当ありは両方該当なしに比べ1.85倍※2 ⇒ フレイル予防に注力

※1 一体的実施・KDB活用支援ツールの抽出条件と一致

※2 厚生労働行政推進調査事業「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の推進及び効果検証のための研究」

保健師実施 重症化予防（糖尿病コントロール不良）

Ⅰ 目的

- ① 生活習慣改善や適切な医療受診や服薬の指導により、後期高齢者の糖尿病重症化を予防することで、新規人工透析導入数や心血管疾患等の合併症の発症者数を減らし、医療費削減につなげること
- ② 糖尿病重症化予防とあわせて、介護予防の取り組みが必要となる方については、適切な支援につなぎ、高齢者のQOL(生活の質)の維持向上を図ること

2 対象者

令和6年長寿健診の結果、HbA1c8.0%以上の方

かつ 糖尿病性腎症重症化予防(管理栄養士支援)の対象ではない方（157名）

【介入方法】

保健指導の通知文、大和市質問票
(基本チェックリスト+後期高齢者の質問票)を送付



電話にて保健指導実施

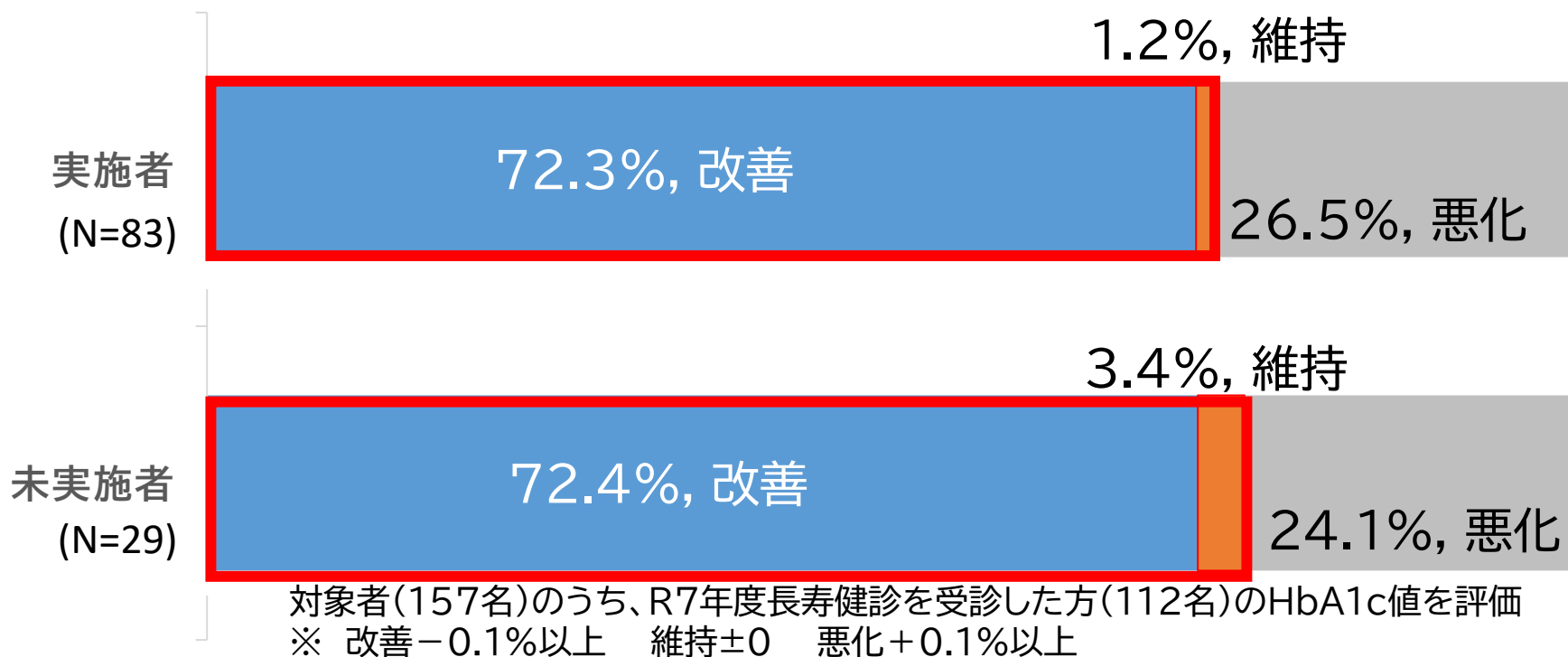
- ・医療受診状況、服薬状況、生活状況の確認
- ・糖尿病重症化予防に向けた助言
- ・大和市質問票にてフレイルリスクの把握や生活状況の把握
- ・必要時介護予防サービスなど適切な支援へつなぐ

157名中110名に保健指導実施（70.1%）

【介入結果】

○血糖コントロール状況

令和6年度と令和7年度の長寿健診の結果で、HbA1cの値を比較



保健指導実施者、未実施者ともに改善が7割あり、悪化が2割あるため、継続支援が重要。

保健指導実施者、未実施者では未受診者の割合が2割から3割あり、継続受診の働きかけが重要。

(4) 健康状態不明者の取組み

健康状態不明者とは

「医療受診」「健診受診」「介護認定」が一定期間なく、健康状態に関する情報を、保険者（市）が把握できない者

事業の目的

健診や医療、介護サービスにつながっておらず、健康状態が不明な後期高齢者（健康状態不明者）に対し、健康状態を把握し、フレイルや生活習慣に関わる相談や保健指導を行い、必要時、受診勧奨や地域の社会資源、介護予防サービスにつなげるなど、関係機関とも連携しながら個別的支援を行う。

R6年度取り組みから

健康状態不明者は、主観的健康観は高いが、運動習慣が少ない傾向にあった。

R7対象者の絞り込みプロセス

大和市の対象者

令和5～6年度 医療・長寿健診・要介護認定なし（その他DV措置対象者等を除外） 537名

R5、6介護予防アンケート回答あり 247名

R5、6介護予防アンケート回答なし 290名

包括把握者、対応済み者等を除く 106名

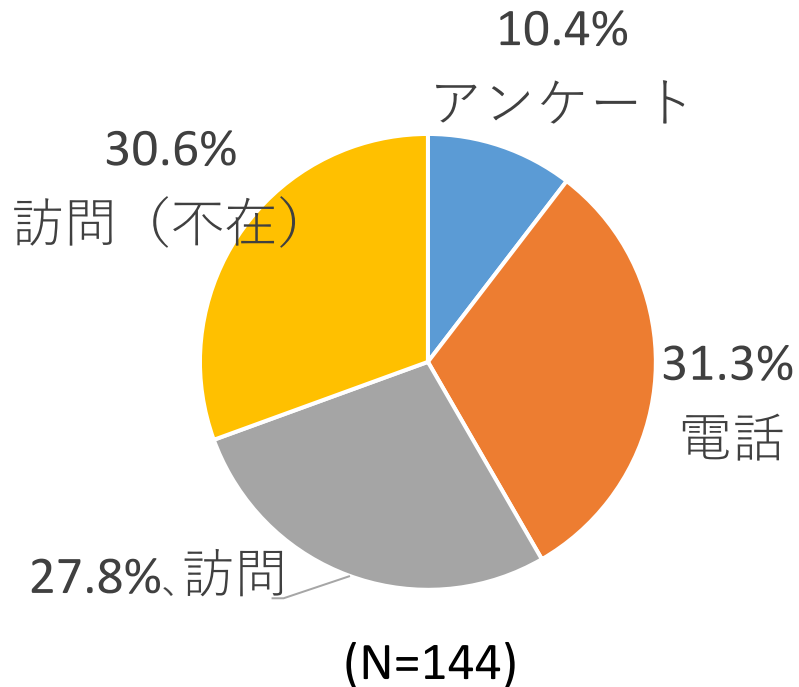
包括に把握歴の有無を照会 184名

包括把握歴あり、医療機関受診等で除外 40名

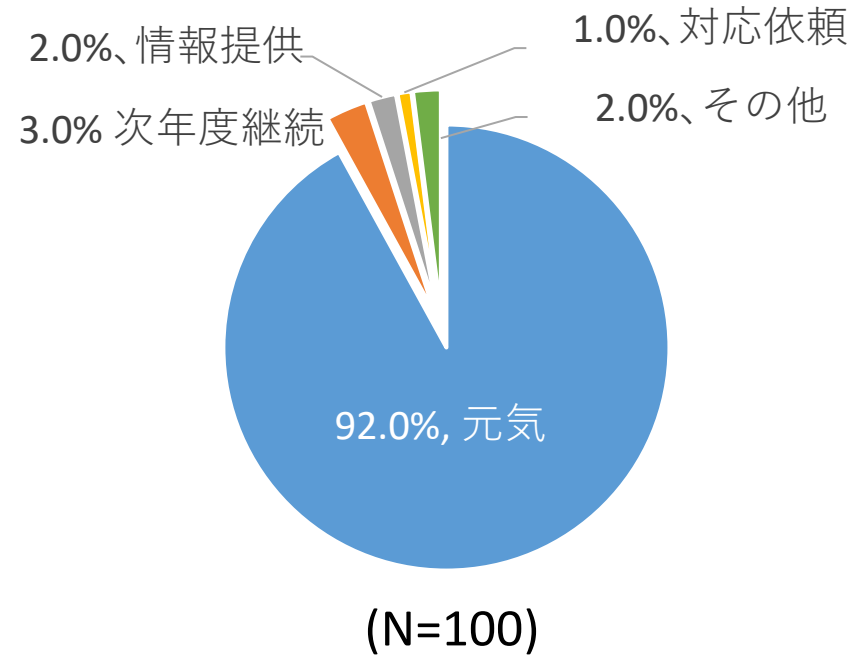
最終対象者144名

2年連続事業対象13名
3年連続事業対象8名
4年連続事業対象1名

結果① 対応方法内訳

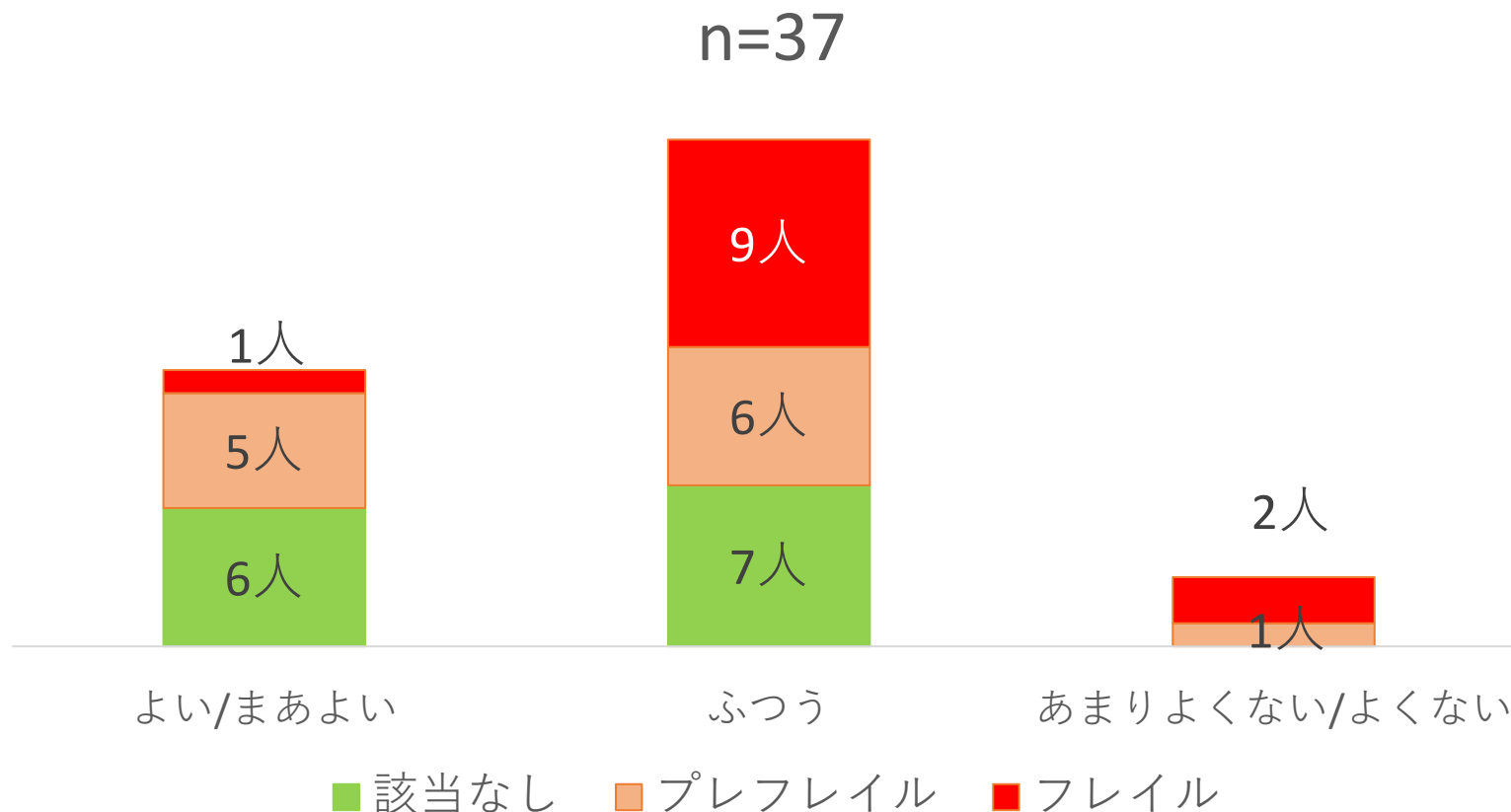


結果② 対応結果



- ・全対象者144名のうち、100名(約70%)の方の状況を把握することができた
- ・継続的な支援や見守りが必要な方: 6名
 - ・人生100年推進課、包括への対応依頼・・・1名
 - ・人生100年推進課、包括への情報提供・・・2名
 - ・次年度継続支援・・・3名
- ・その他2名は、すでに包括に相談済みの方、医療支援が必要な方だった

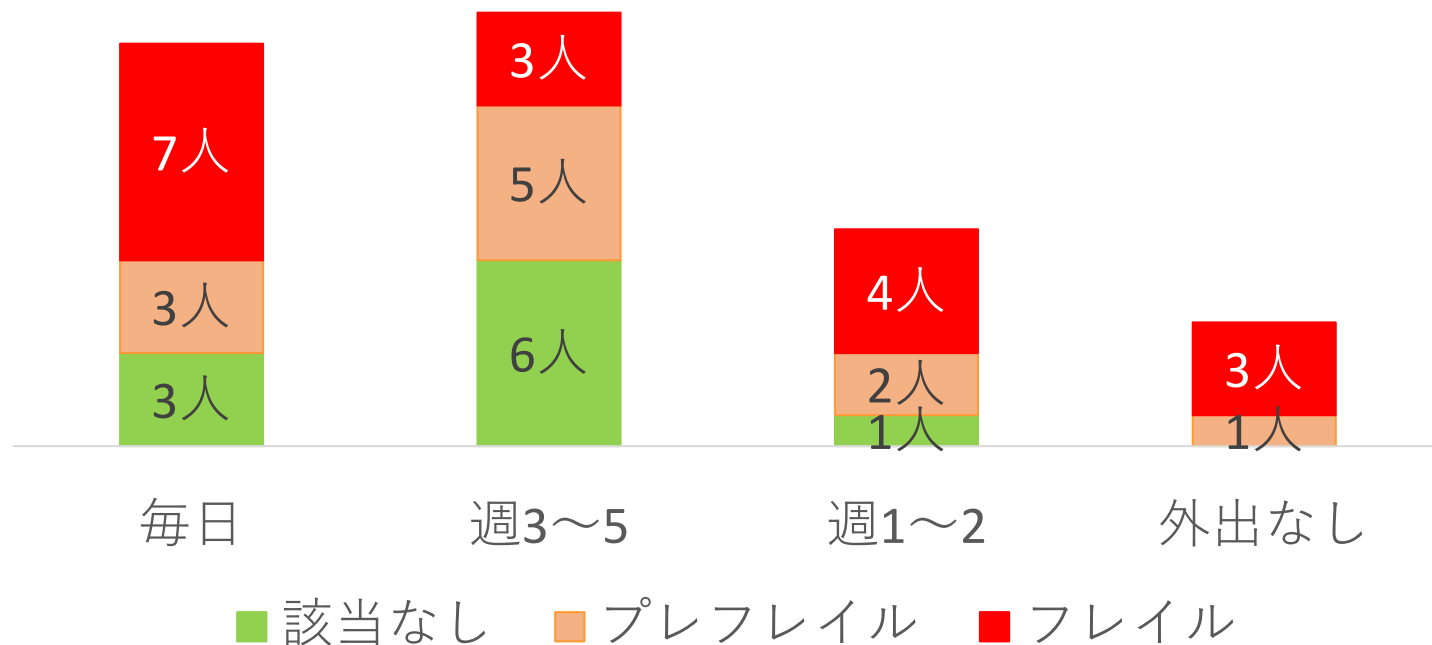
結果③ 主観的健康観とフレイル判定



- 100人のうち協力が得られた37人の後期高齢者質問票の12項目の結果からフレイル判定を実施。
- フレイルの基準に2～3個該当した人をプレフレイル、4個以上該当した人をフレイルと判定。
- 主観的健康観がよい、まあよいと感じている人の中にもフレイル、プレフレイルに該当する方がいた。

結果④ 外出頻度とフレイル判定

n=38



- 100人のうち協力が得られた38人の後期高齢者質問票の12項目の結果からフレイル判定を実施。（フレイルの判定基準は前のスライドと同様）
- 外出頻度が週3回以上の人が半数以上を占めているが、毎日外出している人の中にもフレイル、プレフレイルに該当する方がいた。

結果⑤ 支援後の状況（R8年3月時点）

対象者144名中

- R7年度長寿健診受診者：2名
（受診勧奨または健診ガイド配布：51名）
- 介護認定あり：1名（要介護1）
- 医療機関受診：20名（レセプトより把握）
- 死亡：6名

- 医療機関受診者20名のレセプトより把握ができた治療状況として、高血圧、がん、肺炎、脱水、頸椎症、認知症、歯科等であった。
- 死亡された方のうち2名は独居の方であった。

健康状態不明者のまとめ

- 後期高齢者質問票回答者の半数以上はフレイルまたはプレフレイル状態であり、健診受診勧奨、運動や栄養に関する保健指導を実施した。
- 受診の必要性を感じているが、受診を億劫に感じ受診につながっていない方がいた。
- 健康状態不明者のうち9割は元気な方であったが、1割は支援や見守りが必要な状況であり、元気な方も含めフレイル予防が必要な方がいた。
- 身近に相談者がいない高齢者には、健康状態の把握とともに状況に応じた関わりとして、適時、地域包括支援センターなどと連携していくことが重要である。

(5) 身体的フレイルの取組み

令和6年度より一体的実施のハイリスクアプローチの項目として「身体的フレイル」が追加された。大和市においても、事業実施の必要性が高いと考えられたことから、令和7年度から取り組みを開始している。

【目的】

「身体的フレイル」の対象者に対し、運動習慣の定着や栄養・生活習慣の改善を促す保健指導を実施する。あわせて、通いの場等への参加を案内するとともに、必要時、適切な支援につなぎ、運動機能の維持・改善を図る。

【対象者】 75歳以上で次の①～③に該当した方 82名

- ①令和6年度長寿健診において、後期高齢者質問票の指定4項目に該当した方
(指定4項目：健康状態「よくない、あまりよくない」、歩行速度「遅くなってきた」、転倒「転んだことがある」、運動習慣「週1回以上していない」)
- ②介護保険認定・事業対象者認定をお持ちでない方
- ③他の一体的実施事業のハイリスクアプローチの対象でない方

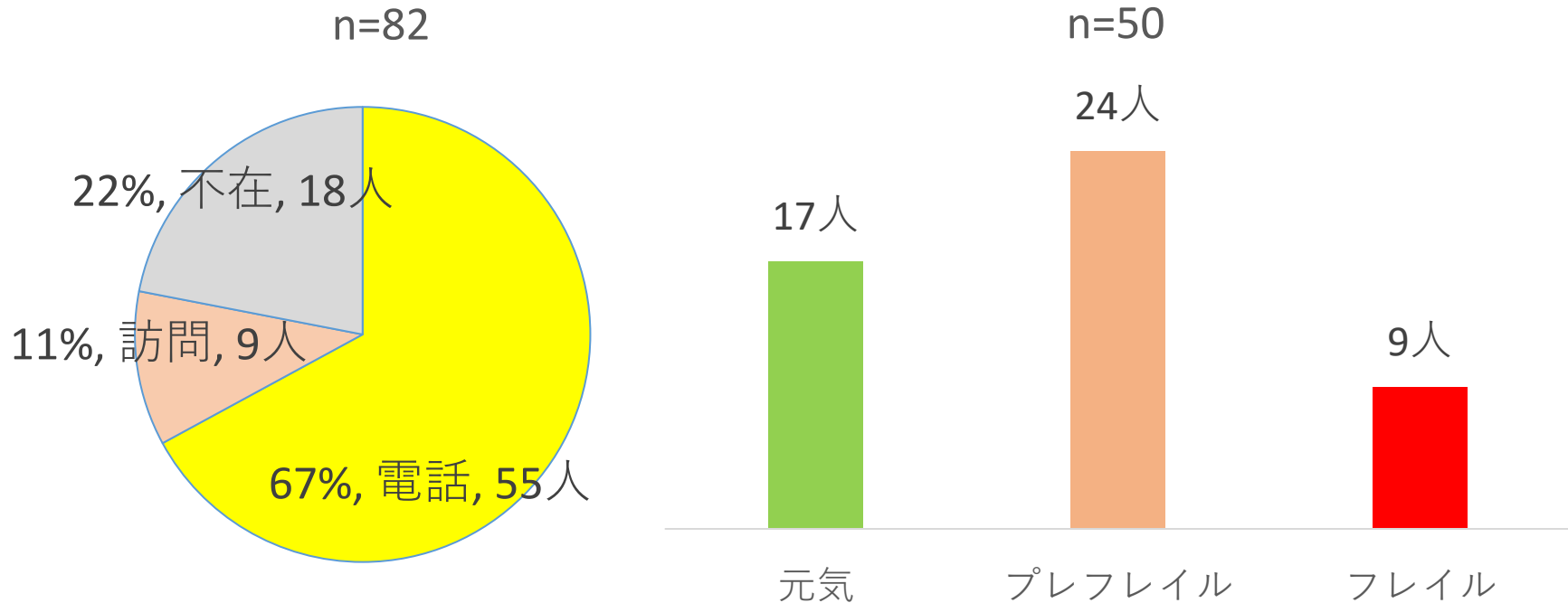
【支援方法】

- 市理学療法士が対応
- 事前通知後、電話にて生活状況の聞き取り
訪問希望者には訪問を実施。

【評価方法】

- 支援人数
- 支援前後の体力測定結果
- 翌年度健診での質問票回答結果

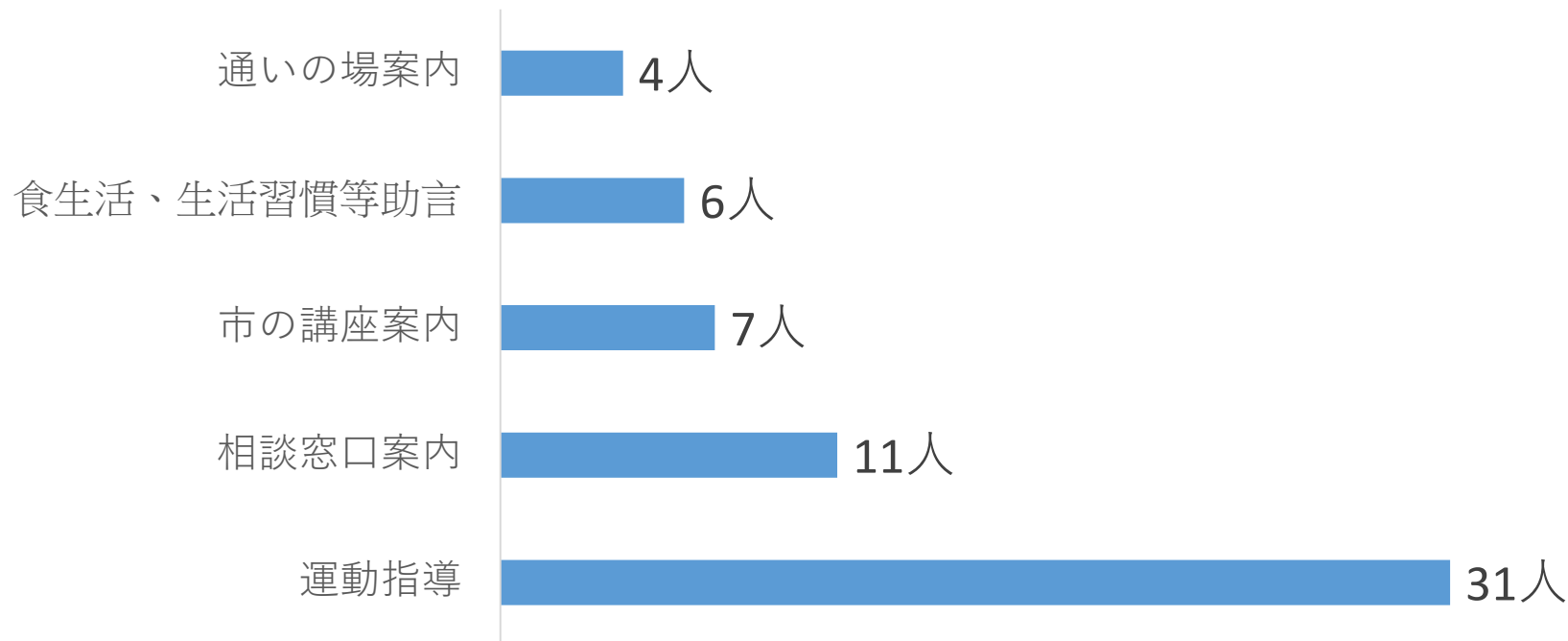
結果① 対応方法内訳、フレイル判定結果



- ・対象者82名のうち64名（約8割）の方に電話や訪問を実施。
- ・フレイルチェックを行った50人の判定では、半数以上の方がプレフレイル、フレイルだった。

結果② 支援内容

n=45



- ・ 電話や訪問した方64名のうち、45名の方に保健指導を実施。
- ・ ストレッチや運動指導に関する助言が多く、たんぱく質を摂るなど栄養に関する内容や万歩計をつけること、習い事を継続するなど活動量の維持について保健指導を実施。

身体的フレイルのまとめ

- 身体的フレイル該当者82名のうち、45名（55％）に保健指導を実施することができた。
- 対象者の多くはプレフレイルで、運動習慣がない方が多く、筋力の低下からフレイルの進行が懸念されるため、予防的介入の必要性が高いと考えられる。
- 身体的フレイルがある方は、転倒による骨折などから要介護になるリスクが高く、栄養や生活習慣・運動方法に関する保健指導を行い、また、通いの場に参加するなど外出機会を得ることにより、運動機能の維持・改善を図っていく必要がある。

3. ポピュレーションアプローチ

- (1) ひまわりサロンでの取組み
- (2) 一体化プランでの取組み
- (3) ミニサロンにおける健康・栄養相談
- (4) フレイルチェック相談会（商業施設等の活用）

(1) ひまわりサロンでの取り組み

ポリファーマシー講座（ポピュレーションアプローチ）

- ・ 目的: ポリファーマシー(多剤併用)等服薬に関する情報を広く普及啓発し、自身の健康につなげ、QOLの向上を目指す。
- ・ 対象者: ひまわりサロン利用者（5会場に実施）

【介入方法】

実施前

大和市質問票・薬剤に関するアンケートにて利用者の状態を把握

講話

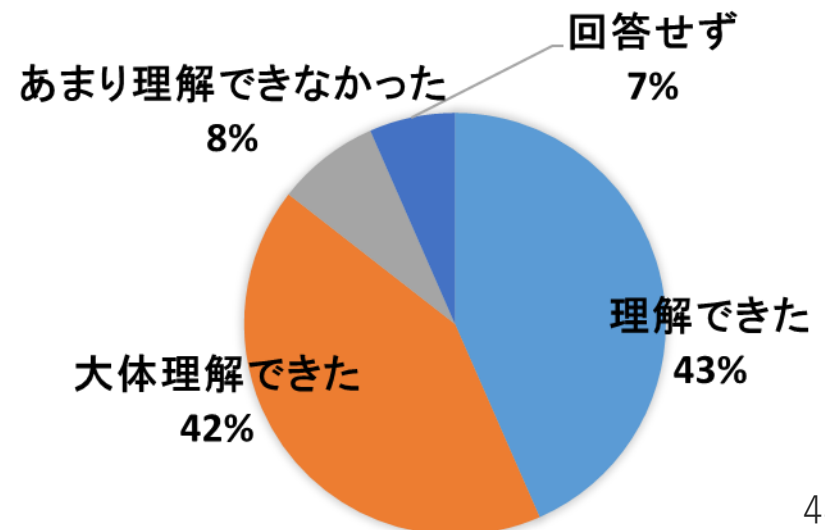
薬剤師がポリファーマシー(多剤併用)による薬剤有害症状やかかりつけ薬局について講話を実施

実施後

アンケート実施

・講話参加者77名
・大和市質問票・薬剤に関するアンケート回答者76名

＜講座の理解度＞



事後アンケートでは8割以上の方が「理解できた、だいたい理解できた」と回答

(2) 一体化プランでの取り組み

地域リハビリテーション活動支援事業と出張けんこう教室 一体化プラン（ポピュレーションアプローチ）

- ・ 目的: リハビリ専門職と保健師が支援することにより、健康づくりと介護予防の推進を図る
- ・ 対象者: 住民主体の地域の通いの場において、全3回の健康教育を年度内に実施可能な団体

実施団体数: 2団体
参加者数: 33名
評価実施人数: 計21名

【介入方法】

保健師

- ・ 大和市質問票にて対象者の状態把握
- ・ 体力測定の実施
- ・ 健康講話

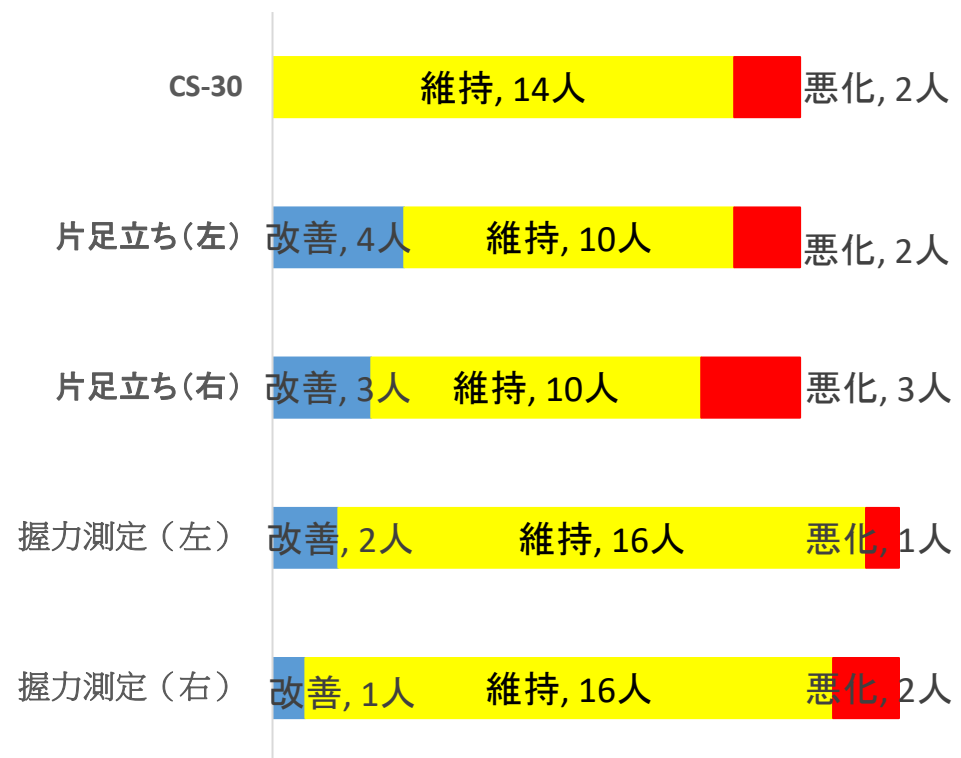
専門職
リハビリ

- ・ 測定結果を踏まえた、自宅で行き組める運動メニュー等の目標立案
- ・ 運動に関する講話や体操等の指導を実施

専門職
リハビリ

- ・ 大和市質問票、体力測定を実施し、最終評価を行う
- ・ 運動復習

体力測定 (n=21)



(3) ミニサロンにおける健康・栄養相談

ミニサロンの概要

※市が社会福祉協議会に委託し、地区社協が開催(市内約50か所)

【場 所】市内自治会館やコミュニティセンター等 【スタッフ】市民のボランティア

【参加者】5～25名程度、介護認定者も参加可能

実施体制

【従事者】管理栄養士・歯科衛生士 【頻度】1か所 年2回程度

実施内容(イメージ)



講話(栄養・歯科)



個別相談(栄養・歯科)

フレイル予防チェック票(令和7年度)
(大和市役所 健康づくり推進課)

氏名 _____ 男・女
大正・昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日生(_____ 歳)
お住いの地区 _____

今日の日付 _____ 年 _____ 月 _____ 日

ずっと元気で過ごすために、フレイル予防は大切です。
今のあなたの状況を教えてください。

1.身長・体重 BMI ①職員記入
身長 _____ cm 体重 _____ kg

2.家族構成
①一人暮らし ②夫婦のみ ③親子 ④三世代 ⑤その他 ()

3.フレイルを知っていますか
①はい ②いいえ

4.健康支援型配食サービスを知っていますか
①はい ②いいえ

5.健康についての質問

健康状態	1	あなたの現在の健康状態はいかがですか	①よい ②まあよい ③ふつう ④あまりよくない ⑤よくない
健康状態	2	毎日の生活に満足していますか	①満足 ②やや満足 ③やや不満 ④不満
食習慣	3	1日3食きちんと食べていますか	①はい ②いいえ
	3-1	食べる気力や楽しさを感じていますか	①はい ②いいえ
	3-2	半年前と比べて、食べる量が減ってきましたか	①はい ②いいえ
	3-3	たんぱく質(主菜) 1日2回以上食べていますか	

※アンケートにご記入いただいた情報は、健康づくり事業に使用しますが、そのほかの目的には使用いたしません。

※後期高齢者の質問票を使用

健康状態	6	6か月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	1.はい 2.いいえ
運動機能	7	以前に比べて歩く速度が遅くなってきたと思いますか	1.はい 2.いいえ
	8	この1年間に転んだことがありますか	1.はい 2.いいえ
	9	ウォーキング等の運動を週に1回以上していますか	1.はい 2.いいえ
認知機能	10	周りから「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあると言われていませんか	1.はい 2.いいえ
	11	今日が何月何日かわからない時がありますか	1.はい 2.いいえ
喫煙	12	あなたはたばこを吸いますか	1.吸っている 2.吸っていない 3.やめた
社会参加	13	週に1回以上は外出していますか	1.はい 2.いいえ
	14	普段から家族や友人と付き合いがありますか	1.はい 2.いいえ
高齢者の生活	15	体調が悪いときに、身近に相談できる人がいますか	1.はい 2.いいえ

講座を聞いて、実際にやってみようと思ったこと(既に取り組んでいることも可)

職員記載欄 □相談の要あり(理由: _____) 相談担当者(_____)

フレイルチェック票の記入

- ＜留意点＞
- 公平性を保つため、参加希望を募る手上げ制
 - 「住民主体」を尊重
 - 単発でなく、複数回継続して参加

フレイル予防を中心に、楽しさを取り入れた支援で自分事化

フレイル予防の普及啓発

R1～継続して普及啓発し、約8割はフレイルを認知

【R7ミニサロン】

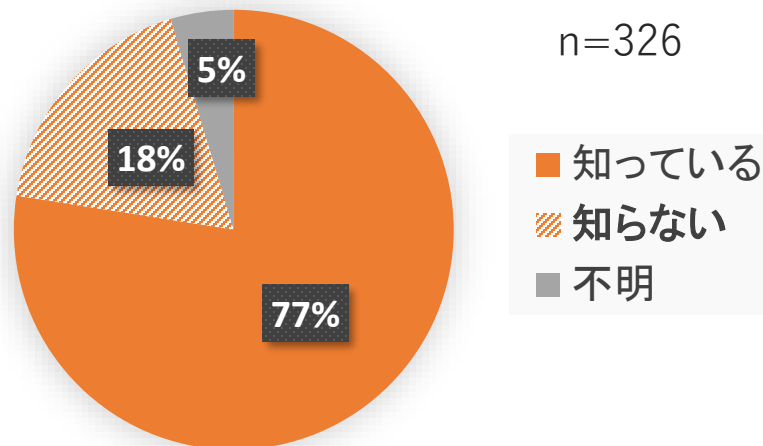
- ・7地区 20か所(延べ34回)
- ・講話: 延べ 555名
- ・フレイルチェック票: 326件

【第2層協議体】 new!

- ・2地区 4回
- ・講話・フレイルチェック票: 122名

「フレイル」という言葉を知っていますか

n=326



【R7ミニサロン】

- ・個別相談: 33件(会場・電話)

ハイリスク者の個別相談



- 7年間で44か所(市内ミニサロンの約8割)、延べ約2,900名へ保健事業を展開
- ミニサロンは市内通いの場の一部であり、引き続き活動の場の拡大が必要。

(4) フレイルチェック相談会 (商業施設等の活用)

目的

市内の商業施設やイベントを活用し、健康への関心の少ない層も含めたフレイル予防や気軽に相談できる環境づくりを推進する。

【対象】概ね65歳以上の希望者(ミニサロン未参加者や健康に関心が少ない層がターゲット)

【方法】事前予約なし・立ち寄り型相談会 【従事者】専門職(管理栄養士・歯科衛生士)

【内容】フレイル予防の普及啓発、フレイルチェック票の記入・個別相談(10分程度)

【R7実施結果】 全6回(更新済み)

- ・フレイルチェック票: **271**件
- ・個別相談: **271**件
- ・普及啓発: 約 **1,014**件(ちらし配布)

実施日時	実施場所	人数
5/28(水) 3時間	商業施設 イトーヨーカドー大和鶴間店	56人
7/28(月) 3時間	商業施設 イトーヨーカドー大和鶴間店	30人
8/19(火) 6時間	商業施設(食育フェア) イオンモール大和	95人
12/16(火) 3時間	商業施設 イトーヨーカドー大和鶴間店	38人
2/1(日) 3時間	第2層協議体と協働 オリンピック相模大塚店	20人
3/10(火) 3時間	商業施設 イトーヨーカドー大和鶴間店	32人



今後の方向性（フレイルチェック相談会を拡大）

- ・入手できる健康情報のデータが限られるため、ポピュレーションアプローチの強化が必要。

新しく中央林間東急スクエア1階で
フレイルチェック相談会を実施した（R8.5月）

- ・ポピュレーションアプローチとして、市内各地のスーパーなど高齢者が多く集まる場所でフレイルチェック相談会を展開したい。



4. 令和8年度予定

①高齢者に対する個別支援（ハイリスクアプローチ）

ア）低栄養防止・生活習慣病等の重症化予防の取組 **実施**

○	a) 低栄養に係る相談・指導	第3次大和市食育推進計画
○	b) 口腔に係る相談・指導	第3次大和市歯と口腔の健康づくり推進計画
○	c) 身体的フレイルに係る相談・指導	後期高齢者医療広域連合第3次データヘルス計画
○	d) 生活習慣病等の重症化予防に係る相談・指導	後期高齢者医療広域連合第3次データヘルス計画

イ）重複投薬・多剤投与等への相談・指導の取組

ウ）健康状態が不明な者等の状態把握等の把握及び必要なサービスへの接続

○	健康状態不明者の把握	後期高齢者医療広域連合第3次データヘルス計画	実施
---	-------------------	------------------------	-----------

②通いの場等への積極的な関与（ポピュレーションアプローチ） **実施**

ア）健康教育・相談 イ）フレイル状態の高齢者等の把握・保健指導の支援

ウ）気軽に相談できる環境づくり