

# 高齢者の保健事業と介護予防の 一体的な実施について

～高齢者に寄り添ったきめ細やかな支援～

愛知県知立市健康増進課

保健師 松崎知花

# 知立市の紹介

人口：72,302人

高齢化率(65歳以上)：20.5%

後期高齢者被保険者数：8,372人

令和5年度後期高齢者健診受診率：41.9%

日常生活圏域：3圏域

※令和6年4月1日時点

愛知県のほぼ中央に位置し、4km四方のコンパクトシティ。

交通の便がよく近隣市へアクセスしやすい。

江戸時代には「東海道五十三次」の39番目の宿場町として栄えた。

「知立の山車文楽とからくり」はユネスコ無形文化遺産に認定された。

現在、100年に1度のまちづくりとして知立駅の鉄道高架事業や駅周辺区画整理事業を進めている。

市の花：かきつばた

名物：あんまき

マスコットキャラクター：ちりゅっぴ



© chiryu city

# 実施体制

	課名	担当職種	役割
庁内連携	国保医療課	事務職	<ul style="list-style-type: none"> <li>・会議の運営</li> <li>・広域連合との連絡調整</li> <li>・予算、支払い、医療専門職(保健師、管理栄養士、歯科衛生士)の雇用</li> <li>・事業全体の広報、周知</li> </ul>
	健康増進課	保健師	<ul style="list-style-type: none"> <li>・一体的実施事業の企画、調整、事業評価</li> <li>・ハイリスクアプローチ</li> <li>・ポピュレーションアプローチ（フレイル予防普及啓発活動）</li> </ul>
	長寿介護課	保健師	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ポピュレーションアプローチ（健康教育、健康相談）</li> </ul>

庁内連携会議  
 3回/年  
 庁内連携担当者会議  
 3回/年  
 アウトリーチ  
 ミーティング随時

	機関名	役割
連携機関	医師会	事業周知および実績報告、事業への助言、事業対象者の連携依頼
	歯科医師会	事業周知および実績報告、事業への助言、事業対象者の連携依頼
	薬剤師会	事業周知および実績報告、事業への助言
	地域包括支援センター	事業周知、個別支援における連携

# 一体的実施の取組み経緯

		令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	
ハイリスク	低栄養	庁内関係課会議の開催 ・企画調整保健師、アウトリーチ医療専門職の配置部署について検討 ・令和3年度事業開始に向け、事業内容の検討		→				
	糖尿病性腎症等重症化予防				事業実施に向けて打ち合わせ	→		
	口腔機能低下					事業実施に向けて打ち合わせ	→	
	健康状態不明者							事業実施に向けて打ち合わせ
ポピュレーション	フレイル予防			→				

- 健康増進及び介護予防については各担当課で取り組んでいたが、高齢者の心身の多様な課題に対し、きめ細やかな支援を実施するため、令和元年度より庁内関係課と協議を開始し、令和3年度より一体的実施事業を開始。
- 令和3年度は、健康課題からハイリスクアプローチで低栄養予防、ポピュレーションアプローチでフレイル予防を実施。令和5年度から、ハイリスクアプローチに糖尿病性腎症重症化予防、口腔機能低下予防を追加。
- 効果を出すため、既存事業の延長線上で事業を実施するのではなく、一体的実施のために一から新規で事業を立ち上げた。

# 知立市の健康課題

- ・慢性腎臓病にかかる医療費が県、同規模自治体、国より高い
- ・空腹時血糖、HbA1c、eGFRの有所見者割合も県や国より高い
- ・介護が必要となった原因は転倒・骨折が上位を占める
- ・生活機能低下のリスク該当者割合が増加している

# ポピュレーション（フレイル予防）

## ●健康教育

①フレイルとは②低栄養予防③オーラルフレイル予防④おさらいの全4回実施

## ●健康相談

健康教育1回目、4回目に後期高齢者質問票を用いて健康相談実施

健康状態やフレイル状態を総合的に判断し、保健指導や必要なサービスへ接続

①おおあんまき あまくておいしい アイウエオ

②かきつばた みめうるわしき カキクケコ

③しょかかおる ちりゅうまつりだ サシセソ

④はなしょうぶ ちりゅうじんじゃへ シャシユシヨ

⑤ちりゅうしは かがやくまちです タチツテト

⑥だし ぶんらく からくりにぎわう ダチツデド

⑦ニコニコと ちりゅうびわらうよ ナニヌネノ

⑧へんじょういん いちばんふだしょ ハヒフヘホ

⑨ハッピー ちりゅうっぴ パピブペポ

⑩ぶくぶくぶく うがいですっきり バビブベボ

⑪まつなみき うまいちにぎわう マミムメモ

⑫やっとかめ こうみんかんで ヤイユエヨ

⑬わがまち だいすき ワ オン

⑭げんきに わらってわらって ワッハーハー

健康教育で使用する  
「知立元気ことば」→

健康相談



管理栄養士による低栄養予防講座



歯科衛生士によるオーラルフレイル予防講座





## • 評価（令和5年度）

参加者数	評価指標	評価結果
健康教育：169人 健康相談：79人 ※サロン3箇所にて実施	介入前後の質問票の変化	質問票1項目以上改善： <b>77.8%</b>
	介入前後のフレイルの認知度	フレイル認知度： <b>14.8%→66.7%</b>
	行動変容	行動変容あり： <b>48.1%</b>

## • 実施してわかったこと

- 健康教育の実施は行動変容につながる効果が期待できる
- サロンに来ている方は健康意識の高い方が多い
- フレイル状態の方も何かしらのサービスへつながっている人が多い

## • 今後の課題

- 健康無関心層へのアプローチ⇒立ち寄り型健康相談の検討
- 対象者が楽しく学べるような教育内容の工夫

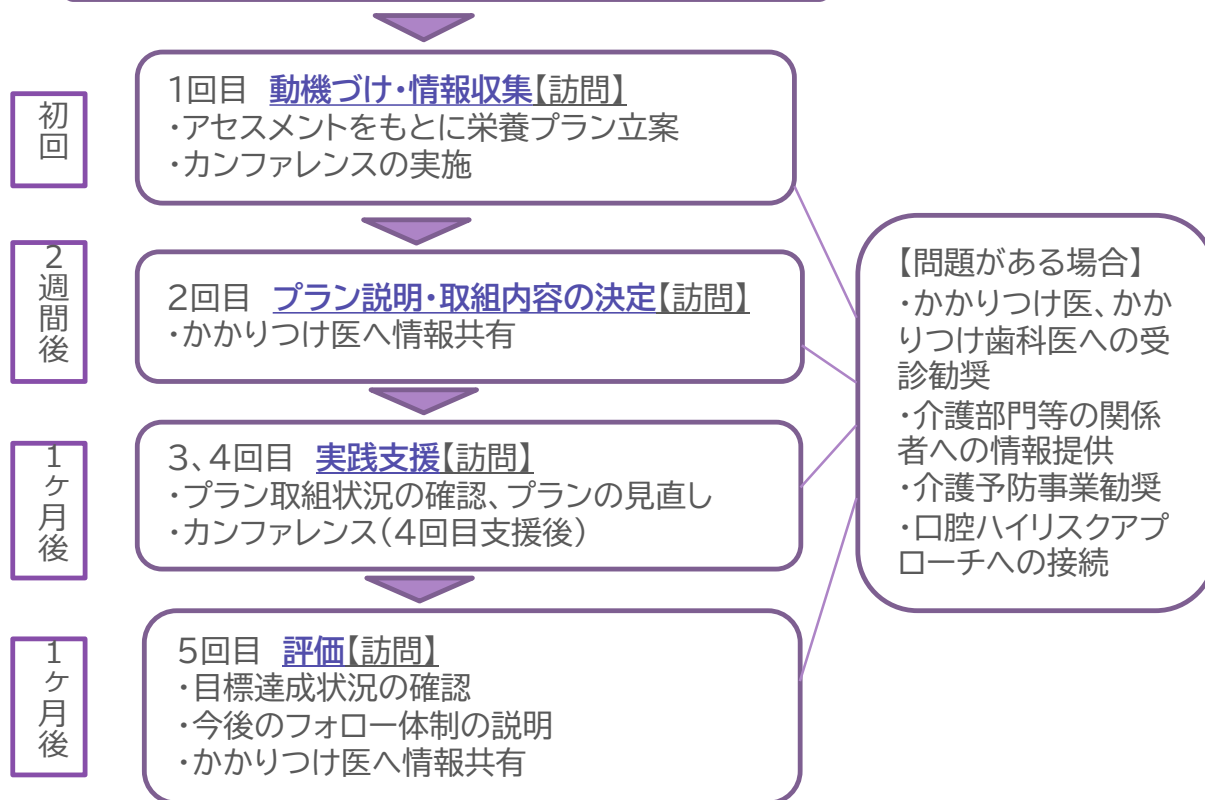
# ハイリスク（低栄養）

★対象者抽出基準：後期高齢者健診においてBMI14～19またはアルブミン3.3～3.8g/dlかつ後期高齢者質問票3または6に該当した者(75～84歳)

★介入する医療専門職：保健師、管理栄養士、歯科衛生士

★支援方法

対象者の抽出、対象者の選定、事業案内



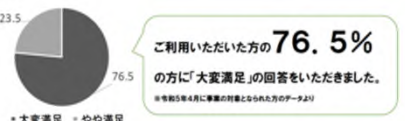
↑初回訪問後、最終訪問前にカンファレンスを実施



元気な生活、広めます！！

### シニア元気パトロール事業のご案内

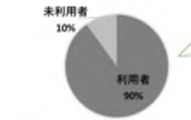
(元気でいきいきとした生活を送るための個別訪問栄養相談)



Q どんな相談ができるの？  
 A 体重が減ってきた、食欲がない、食べられる料理が減ってきたなどの対応方法を、その人の暮らしに合った方法で一緒に考えていきます。  
 Q なぜ訪問する必要があるの？  
 A ご自宅に訪問することで、さくばらんにお話をさせていただき、背骨気をつけるためです。また、保健センターなどにお話ししたくない方にも対応していききたいからです。



月 日 ( ) 頃に管理栄養士または保健師が同封の「元気度アンケート」の回収に伺います。その際に、お食事の状況等をお伺いしたいので、ご対応くださいますようお願いいたします。  
 ご都合の悪い場合は、下記までご連絡くださいますようお願いいたします。  
 連絡先: 知立市保健センター 0566-57-7911



通知を送らせていただいた対象者の **90%** の方にご利用いただいております！

※令和5年4月に事業の対象とされた方のデータより

知立市は健康づくりと介護予防のための「シニア元気パトロール事業（個別訪問栄養相談）」を行っております。75歳以上の方で、後期高齢者健康診査の結果、よりよい身体づくり、栄養状態についてご相談させていただきたい方の中から選ばせていただきました。

↑ 事業案内文

知立市シニア元気パトロール

**さあ一緒に 低栄養予防を 始めましょう**

知立市保健センター シニア元気パトロール事業  
 ☎472-0031 知立市桜木町桜木 11-2  
 ☎57-7911 (直通) ☎82-8211 (代表)

対象者へ配布するオリジナルテキスト→

**(1) 1日にどのくらい食べたいの？**

1日に必要なエネルギー・たんぱく質 (75歳以上)

1日あたり	男性	女性
エネルギー (Kcal) <small>※標準的エネルギー</small>	1800~2100	1400~1650
あなたが必要 ⇨		
たんぱく質 (g) <small>※標準的たんぱく質</small>	60	50
あなたが必要 ⇨		

※日本人の食生活調査2020年データ 身体活動レベル1~2 75歳以上  
 1:自宅に居て、ほとんどの外出しない 2:自立

**(2) あなたは今のどのくらい食べている？**

	朝食	昼食	夕食	間食 <おやつ>	合計
エネルギー	Kcal	Kcal	Kcal	Kcal	Kcal
たんぱく質	g	g	g	g	g
塩分	g	g	g	g	g

↑ 初回聞き取り用紙

知立市シニア元気パトロール事業 栄養プラン

氏名	前	事前評価日	年 月 日
計画作成者	担当	作成(変更)年月日	年 月 日

栄養状態  
 アルブミン: BME  
 低栄養評価 ( ) 点  
 ※低栄養のおそれあり: 8点~11点、低栄養: 7点以下  
 食品群の摂取バランス ( ) 点: 7点以上

お食事において、改善できる点  
 1. ~ 2. ~ 3. ~

短期目標 期限

特記事項

かかりつけ医にこのプランを送付することに同意します。  
 令和 年 月 日  
 氏名 (捺印: )

【お問い合わせ先】 月曜日~金曜日 (祝日除く) 8:30~17:15  
 知立市役所健康増進課 (保健センター) 0566-82-8211  
 シニア元気パトロール (直通) 0566-57-7911 担当:

栄養計算し、  
 個人の生活背景  
 に寄り添った  
 栄養プランを  
 作成

朝食	昼食	夕食
注: 朝食 ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) <small>注: 朝食 ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )</small>	注: 昼食 ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) <small>注: 昼食 ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )</small>	注: 夕食 ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) <small>注: 夕食 ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )</small>

ここ1週間で、以下の食品群で食べる頻度について  
 1つ「○」を付けてください

※3食の内容を開き取ることで、以下に○をする

食品群	内容	ほぼ毎日	2日に1回	週に1~2回	食べない
魚介類	生、わり製品、缶詰、貝類等				
肉類	生、ハム、ソーセージ等				
卵	鶏卵、うずら卵等。(魚卵は除く)				
牛乳	コーヒー牛乳やフルーツ牛乳は除く				
大豆・大豆製品	豆腐、納豆、油揚げ等				
緑黄色野菜	ほうれん草、にんじん等、色の濃い野菜				
海藻	わかめ、ひじき、昆布等				
イモ類	じゃがいも、さつまいも、里芋、長芋等				
くだもの	生、缶詰(トマトは含まない)				
油脂類	揚げたて、バター、マヨネーズ、油を使う料理等				

- 【生活1(MNA)に3ヶ月間で、またはまる書きに、1つ「○」をつけてください。  
 1. 食欲不振や噛めない、飲み込みできないなどの理由により食事量が減少したか。  
 0. 著しい食事量の減少 1. 中程度の食事量の減少 2. 減少なし
2. 体重減少がありましたか。  
 0. 体重3kg以上の減少 1. わからない 2. 体重1~3kg未満の減少 3. 減少なし
3. 自力で歩けるか目標確認。  
 0. 寝たきり、車いす常時使用  
 1. ベッド、車いすは離れられるが歩いて外出不可 2. 自由に歩いて外出可能
4. 精神的ストレス、急性疾患を継続しましたか。  
 0. はい 2. いいえ
5. 心療内科、物忘れ外来等へかかっていますか。  
 0. 重症の認知症またはうつ状態 1. 中程度の認知症 2. 精神的問題なし
- MNAスクリーニング値 介入線 点 一時終了線 点  
 (12~14:良好, 8~11:低栄養リスク, 0~7:低栄養)
- 【生活2に3ヶ月間で、またはまる書きに、1つ「○」をつけてください。  
 1. 3食のうち1日で食べる食事は何回ですか?  
 1. ない 2. 1回 3. 2回 4. 3回

## ・ 評価（令和5年度実績）

対象者数	参加者数	評価指標	評価結果
70人	59人 (終了者：34人)	介入前後の体重の変化	体重増加： <b>62.5%</b>
		介入前後の簡易栄養状態評価(MNA)低栄養のおそれがある8～11点の者の割合の変化	簡易栄養状態評価(MNA)低栄養のおそれがある8～11点の者： <b>34.4%→9.4%</b>
		介入前後の食品多様性スコアの変化	食品多様性スコアの点数増加： <b>68.8%</b>
		介入前後の低栄養予防の方法を知っている者の割合の変化	低栄養予防の方法を知っている者： <b>54.8%→90.3%</b>
		行動変容	行動変容あり： <b>93.5%</b>

## ・ 実施してわかったこと

- ・ 運動機能低下が7割、口腔機能低下が4割と多い。1割の方が抑うつ傾向あり。
- ・ 「やせ=良いこと、健康」というイメージを持っている方が多く、体重減少のリスクを理解してもらうことが難しい。
- ・ 複数の疾患を抱えていたり、認知機能低下や経済的な問題等、問題が複雑に絡み合っており支援が難しい。
- ・ 本人に寄り添った支援をすることで、意識や行動に良い変化が見られた。
- ・ 同居家族に対する支援も必要。

## ・ 課題

- ・ タイムリーな支援の実施⇒介入時期の検討

# ハイリスク（糖尿病性腎症重症化予防）

## ★対象者抽出基準

- ①健診受診者(75～84歳)のうち、下記AかつBの条件にあてはまり、なおかつ糖尿病のレセプトが確認できない者。
- ②75～84歳の後期高齢者健診受診者のうち、下記AかつBの条件にあてはまり、なおかつかかりつけ医から保健指導の必要があると推薦があった者。

A：次の①～②のいずれかに該当すること。

- ①空腹時血糖140mg/dl以上またはHbA1C7.5%以上
- ②過去に糖尿病薬の使用または通院加療歴がある（ただし直近健診データにて糖尿病の診断基準に該当するもの）

B：次の①～③のいずれかに該当すること。

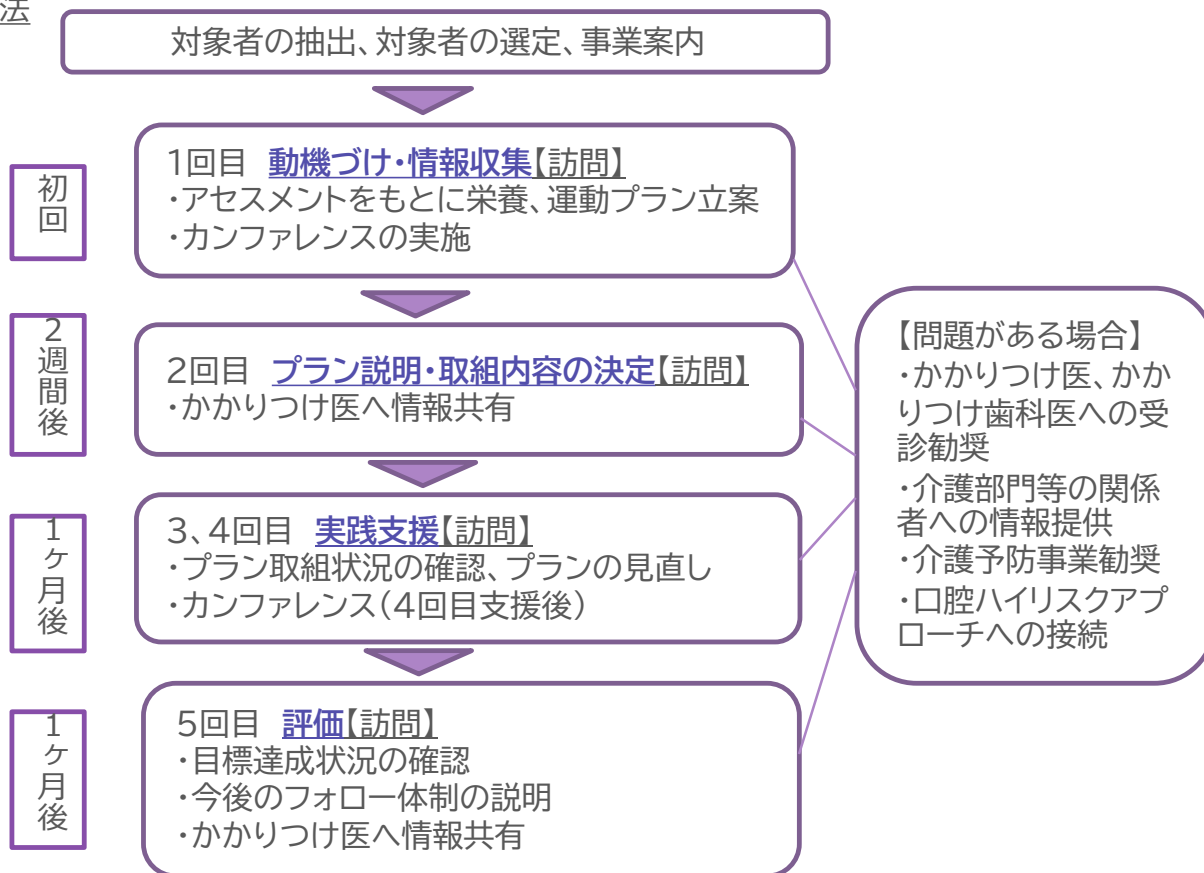
- ①直近健診データより腎症3期、4期に該当
- ②レセプトに糖尿病性腎症や腎機能低下、糖尿病性網膜症を示す病名がある
- ③直近健診データで次のいずれかに該当
  - eGFR45mL/分/1.73m<sup>2</sup>未満
  - eGFR60mL/分/1.73m<sup>2</sup>未満のうち、年間5mL/分/1.73m<sup>2</sup>以上低下
  - 尿蛋白（±）
  - 高血圧のコントロールが不良（150/90mmHg以上）

- ③国保加入者向け糖尿病性腎症重症化予防事業参加者のうち、75～84歳かつ糖尿病のレセプトが確認できない者。

★介入する医療専門職：保健師、管理栄養士、歯科衛生士

# ハイリスク（糖尿病性腎症重症化予防）

## ★支援方法



愛知県糖尿病療養指導士3名在籍！  
(管理栄養士/保健師/歯科衛生士)







## ・ 評価（令和5年度実績）

対象者数	参加者数	評価指標	評価結果
8人	6人 (終了者：3人)	介入前後のHbA1cの変化	HbA1c維持、改善： <b>66.7%</b>
		介入前後のeGFR(腎臓病期)の変化	eGFR(腎臓病期)維持、改善： <b>66.7%</b>
		介入前後の糖尿病合併症の予防法を知っている者の割合	糖尿病合併症の予防法を知っている者： <b>66.7%→100%</b>
		行動変容	行動変容あり： <b>75%</b>
		介入後の医療機関受診	医療機関受診： <b>66.7%</b>

## ・ 実施してわかったこと

- ・ フレイル・サルコペニア予防を視野に入れた指導が必要
- ・ 低栄養を予防しつつ、血糖コントロールをすることの難しさ
- ・ 長年の生活習慣を変えることの難しさ
- ・ 高血糖や腎機能低下について医師から指摘がない人が多い

## ・ 課題

- ・ タイムリーな支援の実施⇒介入時期の検討
- ・ 医師(内科医)との連携



# ハイリスク（口腔）

## ★支援方法

### ★対象者抽出基準

- ①後期高齢者健診において、後期高齢者質問票4、5、6 全てに該当し、かつ過去1年以内に歯科のレセプトがない者（75～84歳）
- ②歯科健康診査の口腔機能評価で機能低下が認められ、かかりつけ歯科医における未指導者

### ★介入する医療専門職

歯科衛生士、保健師、管理栄養士

口腔はタブレット  
を活用します！



対象者の抽出、対象者の選定、事業案内

初回

1回目 **動機づけ・情報収集**【訪問】  
・お口の元気度チェック  
・アセスメントをもとにプラン立案

2週間後

2回目 **プラン説明・取組内容の決定**【訪問】  
・かかりつけ歯科医へ情報共有

1ヶ月後

3、4回目 **実践支援**【訪問】  
・口腔体操実施状況の確認、保健指導  
・プランの見直し

1ヶ月後

5回目 **評価**【訪問】  
・お口の元気度チェック、目標達成状況の確認  
・今後のフォロー体制の説明  
・かかりつけ歯科医へ情報共有

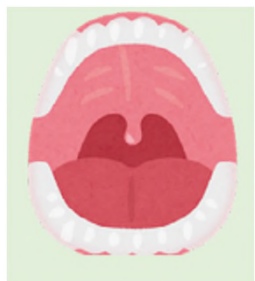
保健師、または  
管理栄養士  
と同道訪問

【問題がある場合】  
・かかりつけ医、かかりつけ歯科医への受診勧奨  
・介護部門等の関係者への情報提供  
・介護予防事業勧奨  
・低栄養ハイリスクアプローチへの接続

# お口の元気度チェック

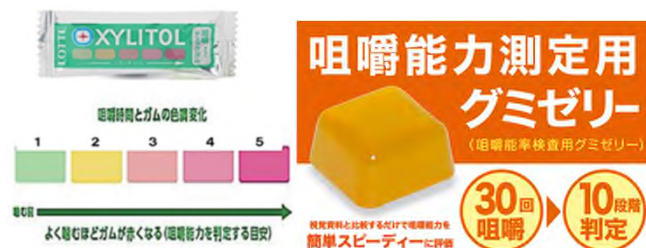
## ①清潔度

舌の汚れをチェック



## ②咬合力、咀嚼力

咀嚼チェックガムまたは咀嚼能力測定用グミゼリーを使用



## ③飲み込み力

RSST



## ④唇舌の動き

「パ」「タ」「カ」の発生回数

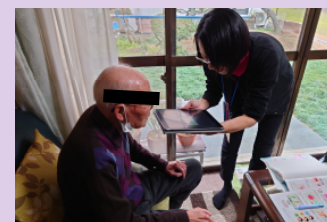


## 口腔体操指導

タブレットを見ながら口腔体操や発声練習をします



②、③、④はタブレットを使用し検査します



## ・ 評価（令和5年度実績）

対象者数	参加者数	評価指標	評価結果
12人	8人 (終了者：5人)	介入前後のむせ、飲み込みの変化	むせ、飲み込み改善： <b>60%</b>
		行動変容	行動変容あり： <b>100%</b>
		介入前後のお口の元気度チェックの変化	改善： <b>60%</b>
		介入後の医療受診	医療機関受診： <b>50%</b>

## ・ 実施してわかったこと

- ・ 口腔機能は短期間で改善効果が得られる。機能を維持するには継続が必要。
- ・ タブレットを活用し説明することで、対象者の理解を深めることができた。
- ・ たくさんのトレーニングはできなくても、本人が「これならできる」と決めたことは継続できる方が多い。
- ・ 生活や健康面の課題には管理栄養士や保健師と同道訪問をすることで対象者のニーズに合わせた支援ができた。

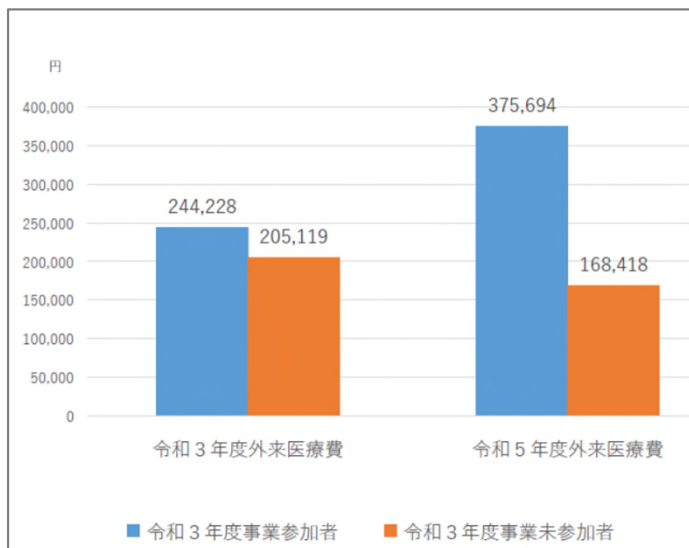
## ・ 課題

- ・ 歯科の受診勧奨をするが、なかなか受診へ結びつかない。

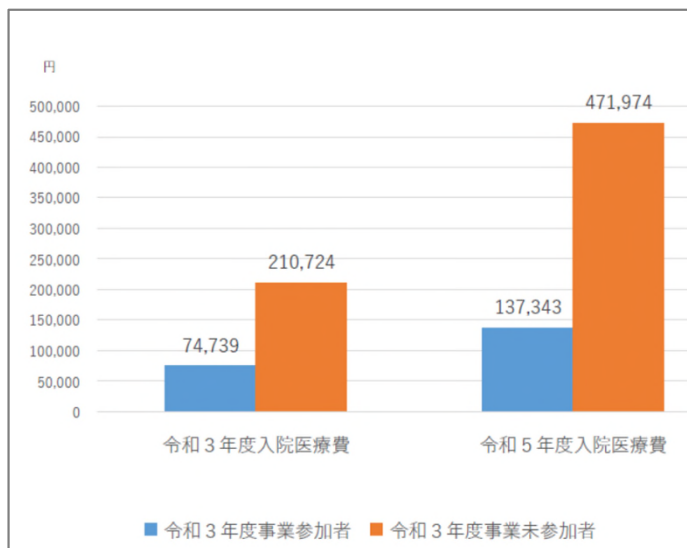
# ハイリスク低栄養予防事業の介入効果についての検証

令和3年度ハイリスク低栄養予防事業対象者を事業参加者【36名】、事業未参加者(拒否・中断)【27名】に分け、令和5年度の1人あたり年間外来医療費、入院医療費、介護給付費を比較。  
事業参加者は、適切な栄養摂取や運動、早期の病院受診により疾患の重症化予防や介護予防につながり、入院医療費及び介護給付費の抑制効果が見られた。

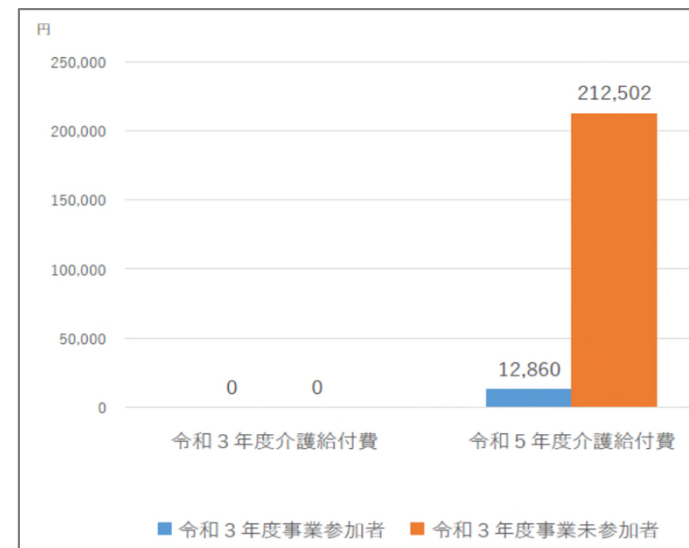
1人あたり年間外来医療費



1人あたり年間入院医療費



1人あたり年間介護給付費



# 事業全体を通して感じること

- ・アウトリーチ型の支援で、自らSOSを出せない人を見つけることができる
- ・信頼関係を構築することで、意識や行動を変えるきっかけとなる
- ・他職種で支援することで、支援内容が充実する
- ・直営で事業を実施しているため、地域の社会資源へつなげやすい
- ・高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施 = 「THE 保健師」の仕事
- ・健康無関心層へ必要な情報を届け、健康意識を喚起できるような取組が必要
- ・後期高齢期の支援だけでは健康課題を解決することが難しい  
⇒後期高齢者になる前の段階での支援が必要！



ご清聴ありがとうございました