

大和市における 低栄養対策事業の取組み

大和市非常勤特別職 田中 和美

大和市の紹介

○東京都心から約40km圏内、神奈川県の中央域に位置

○人口：236,078人（2019年4月1日現在）

○面積：27.09km² ○交通：私鉄3路線 8駅、東名高速道路、
国道16号、246号 など



高齢化率：23.7%

前期高齢者数：28,271人

後期高齢者数：28,050人

(2019年4月1日現在)



大和市イベントキャラクター
ヤマトン

大和市の紹介

○高い交通利便性

- ・鉄道駅1km圏における人口カバー率約80%
(神奈川県内1位・市域のほとんどが15分の徒歩圏)

○様々な機能がコンパクトに集積

- ・市立病院、スポーツセンター、下水処理場、ごみ焼却場、火葬場、河川、
大規模緑地、ショッピングセンター

○自衛隊・米軍が共同使用する厚木基地も市域に

○緩やかな人口増加が継続、高い人口密度

- ・人口密度は、神奈川県内で川崎市に次いで2番目、横浜市より高い

○77の国と地域の外国人が居住



「健康都市 やまと」宣言
2009年2月1日

人の
健康

まちの
健康

社会の
健康

高齢の方が安心して暮らせるまちづくり

☆「70歳代を高齢者と言わない都市 やまと」宣言

○「認知症1万人時代に備えるまち やまと」宣言

本市では、2025年に認知症者数が1万800人に達すると予想

○はいかい高齢者個人賠償責任保険事業

認知症による徘徊のおそれがある高齢者などを被保険者とし、第三者に損害を負わせてしまった際などに、最大3億円を補償(はいかい高齢者等SOSネットワークに登録している市民が対象)

○はいかい高齢者等位置確認支援事業

小型GPS端末とそれを収納する専用シューズの利用支援を開始

○高齢者見守りシステムの提供

一人暮らしの高年齢者等に、緊急通報用機器、異常発見時の自動通報センサーを貸与

○ぷらっと高座渋谷の設置

誰でも気軽に立ち寄り相談などができる地域住民の居場所・相談所

○ご遺族支援コーナーの設置

ご遺族支援コンシェルジュが、ご遺族に寄り添い各種手続の窓口をご案内

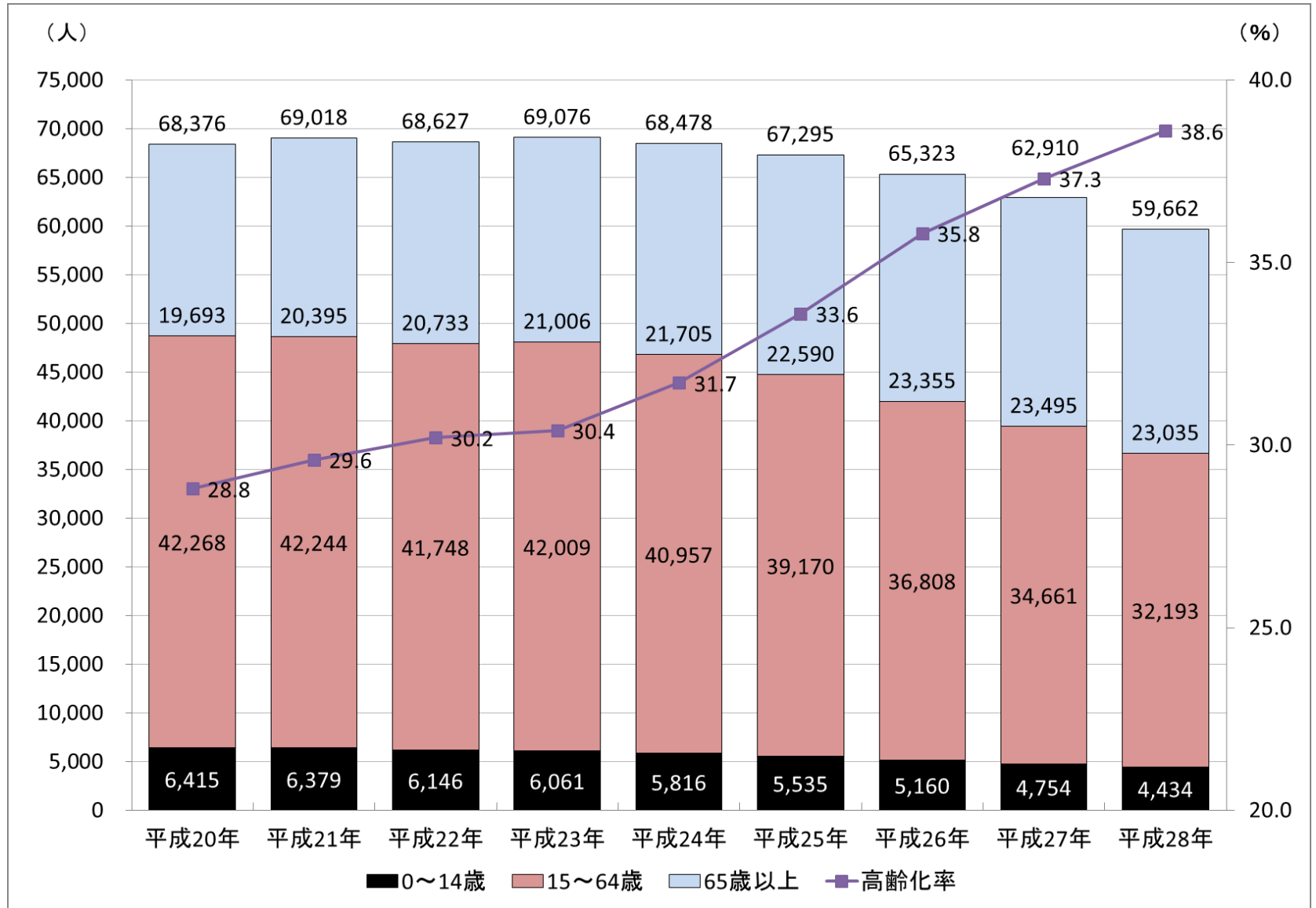
○おひとり様などの終活支援事業

葬儀・納骨・遺品整理などの生前契約の支援や、亡くなった後の知人等への連絡など



大和市国保の概要

○ H30国保加入者数 約 5.5万人(加入率 23.5%、高齢化率39.8%)



大和市国保の概要

- 実施体制 ★ 平成30年度～保険者事業の一部を健康づくり推進課に移管
(KDB端末は両方に設置)

市民経済部 保険年金課(国保)	健康福祉部 健康づくり推進課(保健衛生)
<ul style="list-style-type: none">・ 加入／脱退手続き・ 給付・ 人間ドック・ ジェネリック医薬品差額通知・ 医療費通知・ 健康教室	<ul style="list-style-type: none">・ 特定健診・ 特定保健指導(委託・直営)・ 長寿健診・ データヘルス計画・ 糖尿病性腎症重症化予防

★ 一人あたりの医療費、
過去5年間の平均で
県内19市中、最少額！

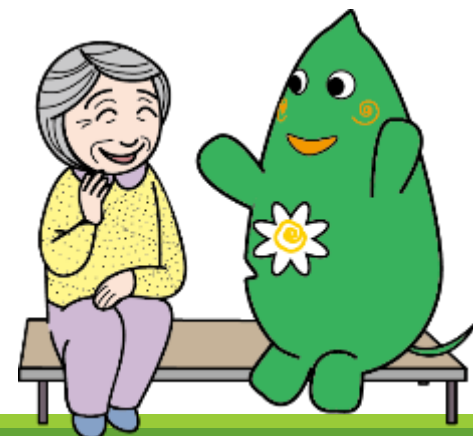
平成25年～

① 高齢者の低栄養予防

～ 訪問栄養相談を中心に ～

きっかけは……

「本当の低栄養高齢者はどこにいるの？」



① 低栄養予防の取組み～ 訪問栄養相談を中心に ～

目 的

地域で自立した生活送る高齢者(65歳～)の中から、「低栄養」をスクリーニングし、**訪問型の栄養相談**を行うことで**介護状態への移行阻止**、**QOLの向上**を目指す。

対象者

— 3つのリソースを活用 —

- ① 「基本チェックリスト」による低栄養 (BMI18.5未満かつ6カ月で2kg以上減少)
- ② 「介護予防アンケート」による低栄養早期予防 (BMI20以下かつ食生活にリスクあり)
- ③ 「特定健診・長寿健診」による低栄養 (BMI20以下かつ昨年度健診より2kg以上減少)

★ ①・②は悉皆調査(回答率約80%)より抽出、③は健診受診者(受診率約40%)より抽出

方 法

管理栄養士による6カ月に3回の「訪問型栄養相談」 **全数訪問**

【事前通知】管理栄養士が訪問することを通知

【初回面談】アセスメント(食事・運動・医療)、目標立案

【中間面談】目標の実行状況確認

【最終面談】目標の達成状況評価

対象者詳細(参考)

リソース

基本チェックリストを含む 介護予防アンケート

対象: 65歳以上の市民(介護認定なし)

対象者数: 44,706人

回答者数: 35,542人 (79.5%)

H28実績

市特定健診・長寿健診

対象者数: 特定 42,791人

長寿 24,152人

受診者数: 特定 13,882人

長寿 10,938人

H29実績

低栄養抽出	① 基本チェックリスト	② 介護予防アンケート	③ 特定・長寿健診
抽出基準	BMI18.5未満 かつ 6カ月で2kg以上体重減少あり	BMI20以下かつ 食生活にリスク※ ¹ ありの 後期高齢者	65歳以上 かつ BMI20以下 かつ 前年度健診から2kg以上 減少 かつ 介護認定なし
対象者数	前期: 222人、後期: 216人	後期: 189人	前期: 153人、後期: 268人
訪問成立者	前期: 111人、後期: 124人	後期: 113人	前期: 62人、後期: 163人
成立率	65.3%	59.8%	前期: 40.5%、後期: 60.8%
予算	長寿健診: 老人福祉費 訪問: 健康増進費※ ²	アンケート: 介護保険事業特会 訪問: 健康増進費※ ²	アンケート: 介護保険事業特会 長寿健診: 老人福祉費 訪問: 健康増進費※ ²

※¹ 食生活のリスク: 下記項目中3項目以上該当

1. 食料品を買う店が近くにない
2. 食料品を買う費用(食費)が十分でない
3. 食事は一人で食べることが多い
4. 食べる気力や楽しみを感じない
5. 食事を食べる量が減ってきた

※² 後期高齢者訪問分は後期高齢者医療広域連合の補助事業(非常勤賃金)

結果

体重減少の理由・支援内容

体重減少の理由		支援内容
消費エネルギー多	スポーツジム通い、マラソン、畑仕事	・エネルギー増加方法指導
生活上の課題 (特に後期高齢者)	夫の介護、関節の痛み、脚の痛み、独居のストレス	<ul style="list-style-type: none"> ・傾聴(ストレス緩和) ・短時間でできる調理法指導 ・低コストのレシピ指導 ・市資源の紹介
	生活リズム不規則、食事時間が確保できない	
	経済的理由で食費を減らしている	
	夫の他界後、食欲低下	
病気の治療	胃がん治療中(味覚の低下) 3名	<ul style="list-style-type: none"> ・疾患に応じた栄養指導 (血糖値を上げにくい間食、頻回食の方法、味覚低下に配慮した献立)
	糖尿病のため、食事を必要以上に減らしている 3名	
	心臓病のため、体重を増やしたくない 2名	
	パーキンソン病 4名	
知識不足	ベジファーストの実践	<ul style="list-style-type: none"> ・知識の是正 (低栄養のリスク説明、食事の適正量説明)
	適正体重がわからない／食事適正量がわからない	
	太りたくない。太ることは良くないと思い込み。	
自然減	活動量不足、食欲低下	

結果

低栄養状態の改善

改善: 体重1kg以上の増加 維持: 体重変動1kg未満 悪化: 体重1kg以上減少

- ① 基本チェックリストによる低栄養リスク者 BMI18.未満かつ2kg以上の体重減少(181人) **改善・維持 79.5%**



- ② 介護予防アンケート低栄養早期予防対象者 BMI20以下かつ食生活に課題あり(72人) **改善・維持 90.2%**



- ③ 特定・長寿健診による低栄養 BMI20以下かつ前年より2kg以上減少(人) **改善・維持 86.6%**



介入により、いずれの対象者も約80%以上で体重が維持・増加した。

結果

基本チェックリストによる低栄養リスク者重症化率比較 重症化；要介護・要支援＋死亡

平成30年7月末時点（アンケート回答後約2年後）

平成28年度
介護予防アンケート
「低栄養」該当者

介入：管理栄養士による6カ月に3回の訪問が完了した者

未介入：拒否または不在等により訪問が完了できなかった者

介入
N=184

19名
(10.3%)

1/4以下に
抑えられる

未介入
N=191

84名
(44.0%)

低栄養予防の訪問活動により、重症化に陥る者の割合を1/4以下に抑えることができた。
＜総合行政システム「健康かるて」を利用して評価＞

結果

基本チェックリストによる低栄養リスク者の 社会保障費(介護給付費)削減効果試算

重症化率結果より重症化回避人数(重症化の差)を算出

未介入 ; 重症化率 44.0% \div 81人(184人 \times 44.0%)

介入 ; 重症化率 10.3% = 19人(実績)

差; **62人** \Rightarrow 重症化回避



104万円/年 \times 62人(重症化回避) \div 約6,500万円/年

※H28年度大和市

平均介護給付費(介護保険課から入手)

※入所サービスを除く

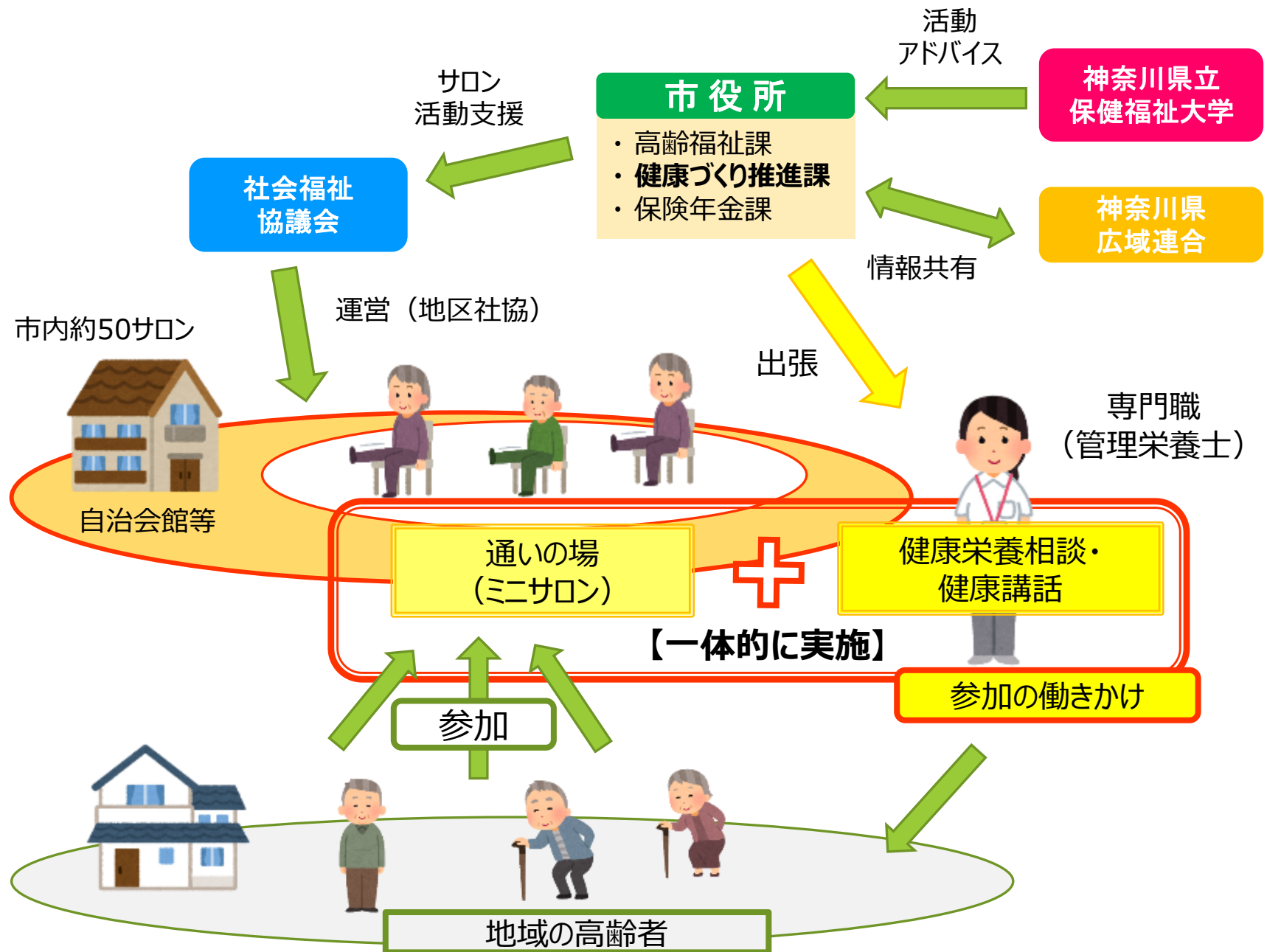
NEW!
令和元年～

② 高齢者の通いの場における

健康・栄養相談

～住民主体の場での保健活動～


② 高齢者の通いの場における健康・栄養相談




実施方法（令和元年管理栄養士による試行的介入：6カ月）

【準備】サロン代表者と進め方を相談

【初回】フレイル・生活習慣病チェック票によるアセスメント、フレイル予防講話

- 
- ・身長、体重、指輪っかテスト
 - ・服薬の内容
 - ・食事、歯と口腔、外出についての質問（栄養、オーラルフレイル、社会的フレイル）

【2回目以降】個別相談、継続支援 1-2カ月に1回

- 
- ・フレイルのリスク者、健康栄養相談希望者を中心に個別相談を実施。
⇒ 個別相談実施者にはヤマトン健康ポイントを付与
 - ・個別目標を立案

【最終評価】フレイル・生活習慣病チェック票による最終評価

- ・初回と同様のチェック票に回答し、変化を確認する。

KDB等を活用した地域診断・アウトカム評価と今後の方針

- 1 地域の全体像を把握（中学校区別）
- 2 個別の医療状況を確認（レセプト）
- 3 疾病ごとの罹患者数等を調査

◆ 訪問活動

- ・ 経年的に追跡管理し、医療費資源の変化を確認
- ・ 重症化予防における事業対象者の明確化。
⇒健診から抽出のみならず、治療中断者への受診勧奨を強化。

◆ 通いの場

- ・ 地域の保健的な特徴を「見える化」し、市民へ還元する。

◆ 研究機関との共有

- ・ 研究機関とKDBデータを共有することで行政課題の明確化、政策提案の基礎情報を取得する。

健康づくり推進課 地域栄養ケア推進係の取組み

【課題】健康寿命の延伸 ⇒ **高齢者の自立期間を延伸させる。**＜人・まち・社会の健康＞

【現状】新規介護認定者のうち**約5割はフレイル**、**3割は生活習慣病の増悪化に起因**

身体的

- 低栄養
- サルコペニア
- 口腔機能低下
- 生活習慣病の増悪化

精神的

- 認知機能の低下
- 抑うつ傾向、易疲労感
- 健康管理意欲低下
- 体力・気力の低下

社会的

- 閉じこもり、独居
- 孤食
- 社会参加の減少

1

高齢者の低栄養予防・重症化予防

- ・ 口腔機能低下予防/ 認知機能低下予防
- ・ 健康相談連絡票による医療連携

2

“通いの場”を活用した保健活動

- ・ やまと食の応援団（外出促進）
- ・ 見える化コーナーでの健康相談
- ・ ヤマトン健康ポイント事業とのコラボ

3

- ・ シームレスな庁内連携による情報共有、協働 **＜健康づくり推進課・高齢福祉課・保険年金課＞**
- ・ 既存のリソースを最大限に活用（人員・地域資源・健診データ・介護予防アンケートデータ）
- ・ 総合行政システム／KDBを活用した地域診断、アウトカム評価

低栄養対策事業の円滑な導入と取り組み

原点に戻る	「来ないなら 行けばいい」
業務量	業務量を既存の事業を整理 業務時間を確保する
責任範囲	各課長等と事務分掌規則などの確認 介護保険利用の場合の整理等
実行可能性	最初はモデル的に実施 無理なくできる範囲で実行する
医療連携	負担にならない 周知を図る
見える化と共有	定期的に理事者(他部署の部長・課長も含む)にプレゼンする

まち・環境づくりへのアプローチ

◆ 移動手段の確保(コミュニティバス)と低栄養予防

低栄養予防の対象者が多い地区 ≡ 公共交通機関にアクセスしにくい地区

⇒ コミュニティバスの拡大による移動手段の確保



やまとんGO
(住宅地に4路線)
乗車定員:12名



のろっと
(南北2路線)
乗車定員:35名

◆ 高齢者の外出促進 「やまと食の応援団」

訪問対象者の中に「孤食」や「外出する機会がない者」が30%程度存在する

⇒ シルバーメニューや共食特典を受けられる飲食店、宅配サービスなどを登録

☐ からだおもいの食事

☐ やさいがとれる食事

☐ たのしい食事

⇒ いずれかに該当する飲食店を「食の応援団」として登録



今後の展望 木を見ながら森も見る □

- ◆ ハイリスクアプローチとポピュレーションアプローチ
- ◆ 後期高齢者のフレイル把握 ⇒ 健診の質問票を利用
- ◆ 大和市総合計画や都市計画マスタープランとの共同
(交通施策・立地適正化計画)
- ◆ 保健活動の質の向上 × 参加者の増加

人の
健康

まちの
健康

社会の
健康