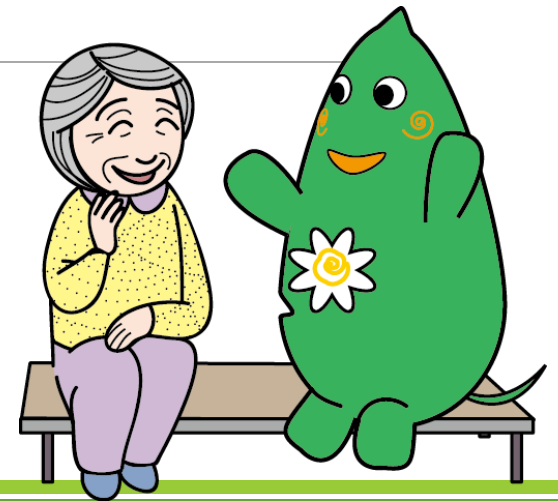


平成29年度  
都道府県等栄養施策担当者会議

# 大和市における 高齢者の低栄養防止・ 重症化予防等の取組み

平成29年6月15日(木)  
大和市 健康づくり推進課



大和市イベントキャラクター「ヤマトン」



# 「健康都市やまと」

WHO (世界保健機関) 「ヘルス・プロモーション」

「健康都市」 “Healthy City” (1980年代後半～)

「すべての政策で健康を」 “Health in All Policies” (2000年代後半～)

「ヘルシー・エイジング」 “Healthy Ageing” (2010～)

大和市 市政全体で「3つの健康」

「健康都市やまと」 (2009～)

「60歳代を高齢者といわない都市 やまと」宣言 (2014)

「認知症1万人時代に備えるまち やまと」宣言 (2016)

# すべての政策で3つの健康を

「健康都市 やまと」宣言(2009)

人の  
健康

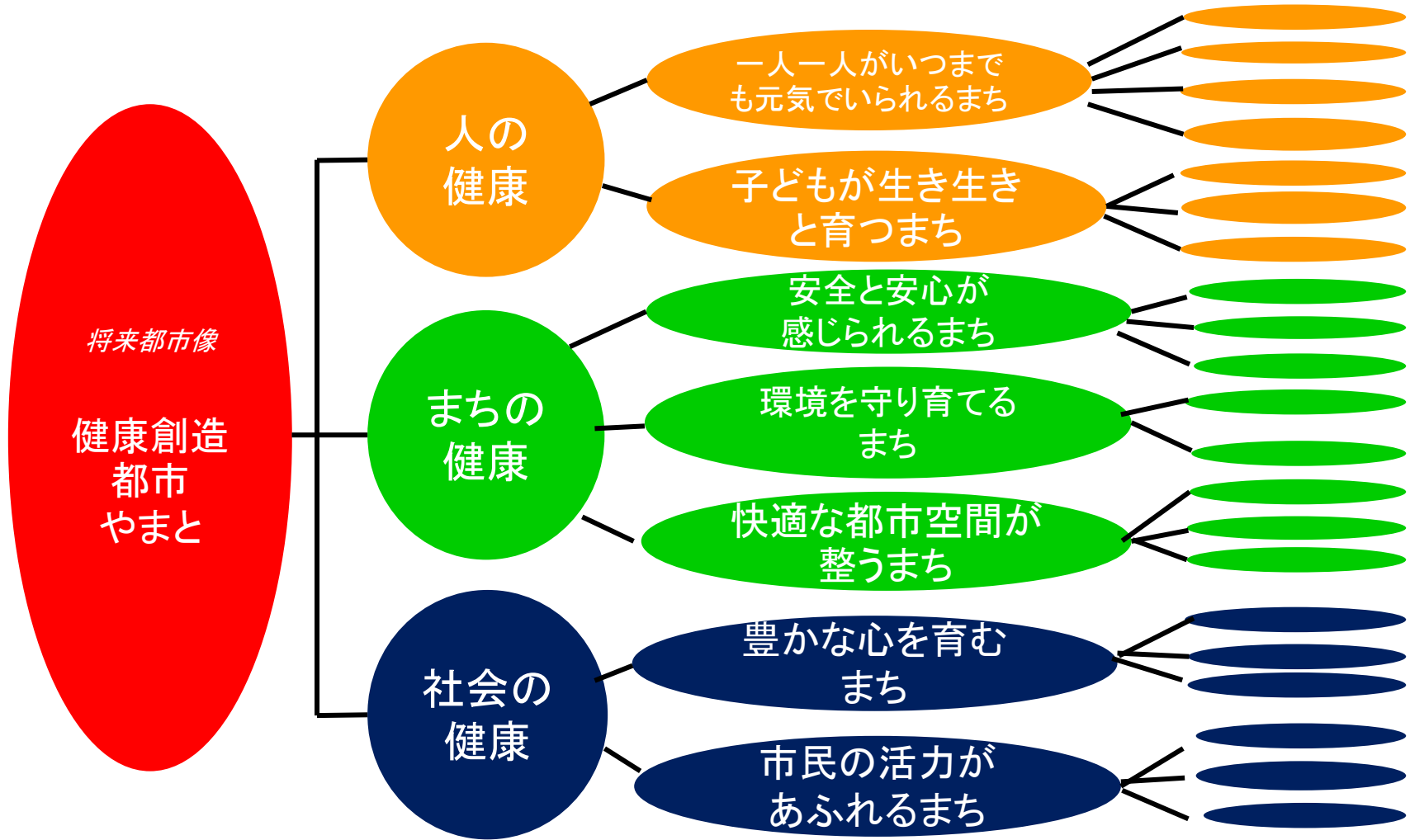
まちの  
健康

社会の  
健康

第8次大和市総合計画：2009-2018

将来都市像  
健康創造都市 やまと

# すべての政策で3つの健康を



# 保健活動 主な表彰等

厚生労働省

- －「健康寿命を延ばそうアワード」優良賞(2015)
- －「平成28年度版厚生労働白書」2ページ特集

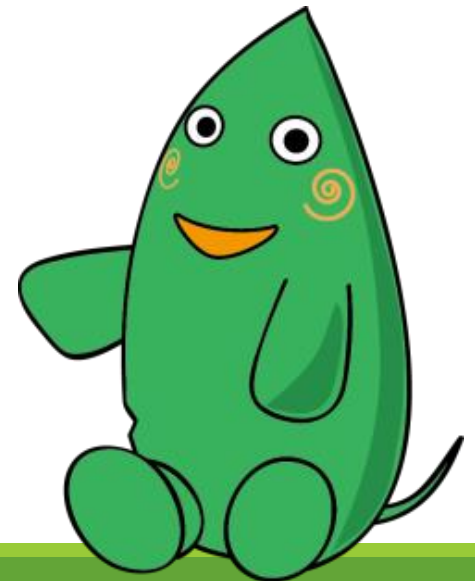


NHK「おはよう日本」(平成28年1月5日)

- －低栄養改善
- －健康遊具



# ①低栄養状態への取組



# H28年度までの経緯と訪問体制



大和市イベントキャラクター「ヤマトン」

## 生活習慣病および介護予防のための取組みを強化

- ① 生活習慣病重症化予防(糖尿病・糖尿病性腎症)
- ② 介護予防:二次予防(低栄養状態の栄養改善)

## 【訪問体制】健康づくり推進課

＜経緯＞ H25～ 保健師3名、管理栄養士1名増員  
1地区をモデル地区とし訪問重視の保健活動開始

H27～ 保健師4名、管理栄養士1名増員  
6地区へ拡大(高齢福祉課と連携)

H28～ 保健師2名、管理栄養士1名増員  
市内全地区(11地区)へ展開

→ **訪問栄養指導 H29年度～ 5名体制**

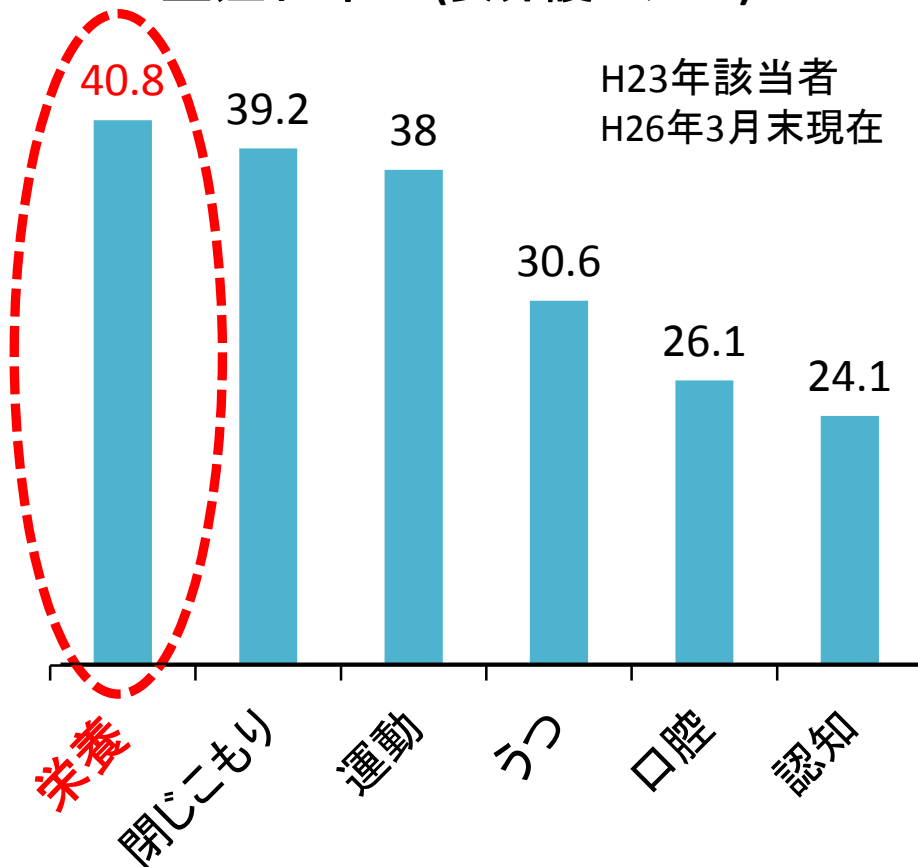


# 大和市の高齢者の低栄養状態

～地域支援事業 二次予防該当者～

重症化率% (要介護+死亡)

H23年該当者  
H26年3月末現在



栄養改善該当者は  
最も重症化しやすい。

H23年度大和市介護予防アンケート  
(基本チェックリスト)

栄養; BMI18.5未満 かつ  
体重減少2～3kg /6か月該当

# 大和市における低栄養状態への取組

**目的:** 地域に暮らす高齢者の低栄養状態を改善し、介護予防、医療費低減を図る

**対象者:** BMI18.5未満かつ2kg以上の体重減少/6か月  
→H23年、H26年大和市介護予防アンケート  
(基本チェックリスト)より抽出

H23年度該当者356名(回答率80%)

H26年度該当者400名(回答率70%)

管理栄養士が訪問栄養相談を実施した(6か月1クール)

**期間:** 平成27年5月～平成28年3月(うち6か月)

# 方法：管理栄養士による訪問栄養相談 (6か月1クール)

初回

- 体重・BMI、体重減少の理由、買い物、食事内容の聞き取り
- 栄養状態・食事状態の課題把握
- 栄養相談と計画作成

3か月

- 訪問と電話による状況確認（場合により計画変更）

6か月

- 目標に対する評価（体重変動、食事摂取量、買い物回数）等
- 今後の支援について

各位

### 管理栄養士による訪問栄養相談のご案内

清秋の候、いかがお過ごしでしょうか。

さて、大和市では、平成28年度大和市長寿健診の結果、高血糖に加えて腎機能低下の所見<sup>※1</sup>がみられた方に、管理栄養士が訪問栄養相談を実施しています。

つきましては、大和市役所または市が委託した神奈川県栄養士会の管理栄養士がご自宅を訪問し、ご病状の安定をはかるためのアドバイスをさせていただきますので、毎日の食生活に是非お役立てください。

※ HbA1c6.5%以上かつかつ eGFR50ml/分/1.73m<sup>2</sup>以下かつ尿蛋白定性判定+以上

ご希望の訪問日や時間帯、その他ご質問、ご要望等ありましたら、下記の健康づくり推進課までご連絡をお願いいたします。

大和市健康づくり推進課 地域保健活動担当  
〒242-8601 大和市鶴間1-31-7 保健福祉センター内

TEL: 046-260-5663

FAX: 046-260-1156

担当: 長谷川、湯野



# 低栄養に対する認識が乏しい

(体重減少)

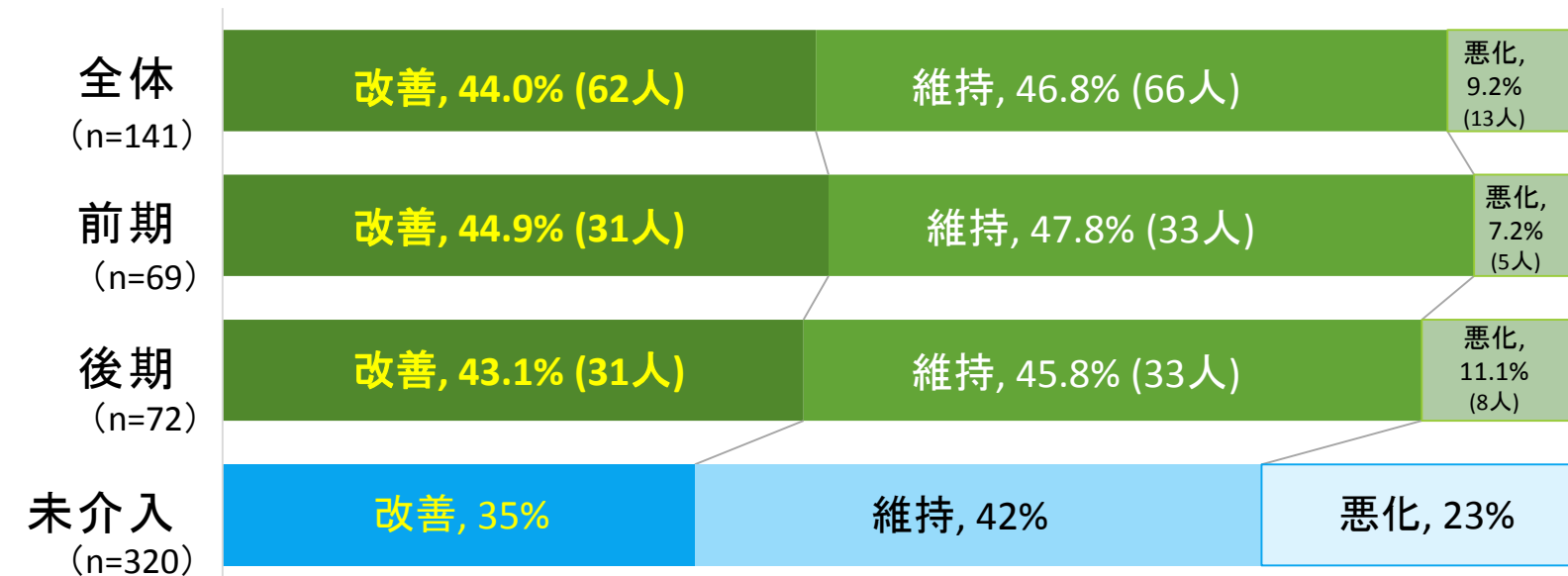
	体重減少理由	アプローチ内容	特徴
栄養相談内容	疾病・がん (消化器系、呼吸器系、がん等)	・疾病に応じた栄養指導 (胃切除や糖尿病、腎機能悪化等)	前期
	食材調達の方法 (買い物回数の減少)	・軽くて高エネルギー食品等の紹介 ・配食弁当の紹介 ・食材の宅配の紹介・導入 ・コミュニティーバス時刻表の配布	共通
	買い物内容の助言 (食事回数・量の減少)	・欠食の解消、捕食 ・同じ価格帯での代替食の提案(惣菜パン等) ・日持ちのする食品(缶詰等)の利用	後期
	孤食	・共食を増やす(家族、友達) ・地域の老人会・サロン等の案内	後期
	その他	・介護・ストレス・生活状況の傾聴 ・歯科受診の勧め	後期

～訪問後の体重変化～

結果2

# 約半数の者が体重改善あり

- 全体；モデル地区（H25年度訪問実績）と同等の実績
- 未介入と比べ、改善者が多く、悪化者は1/2以下



<H23年度参考>

訪問終了者141名(市)について訪問初回と訪問終了時(介入6か月後)体重を比較

※ 体重の評価；改善＝1kg以上増加、維持＝変化1kg未満、悪化＝1kg以上減少

# 栄養相談による対象者の変化(食事以外)

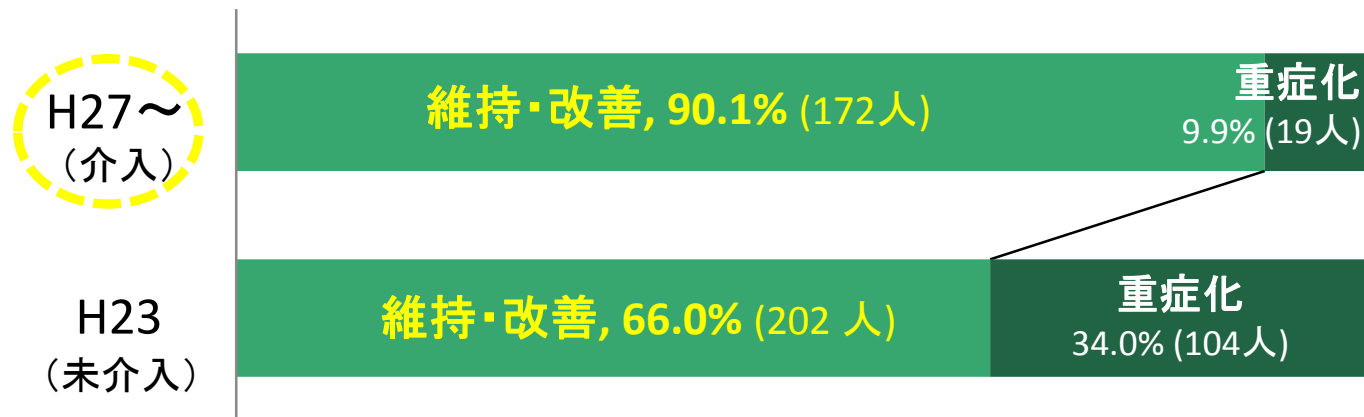
	変化	人数	具体例
活動の向上	積極的・前向きになった	25	明るい表情、食事を楽しめるようになった 主観的健康観の向上
	運動・散歩の増加	19	体操、ウォーキング、散歩等
	外出の増加	9	(今まで使わなかった)電車で出かけるようになった バスを使わずに自転車で出かけられるようになった等
	体力・筋力の向上	8	歩行が楽になった、腰痛が緩和した、体力がついた
生活の豊かさ	趣味・サロンの開始・再開	15	パッチワーク、社交ダンス、体操教室他
	共食が増えた	3	息子、地域のサロン
	その他	6	風邪をひかなくなった、 シルバー人材センターで働けるようになった
病状の 改善 安定	病状・体調安定	13	便秘、貧血改善、医師から褒められた
	処方薬の減少	8	睡眠剤(6)、便秘薬(2)
食知識・ 入手ルート の向上	正しい食情報の獲得	8	食事の大切さの理解 低栄養に関する知識
	宅配・配食サービス利用	5	

(体重維持・改善者128人中)

～栄養改善による2年後の重症化予防～

# 栄養改善により重症化が1/3以下に！

- 維持・改善の割合は1.35倍、重症化は1/3以下



介入；訪問終了者191名の結果(アンケート回答2年後の状況を追跡調査(H28.12月末時点))  
未介入；H23栄養改善該当者のうち、非介入地区306人(鶴間地区を除く)(アンケート回答2年後)

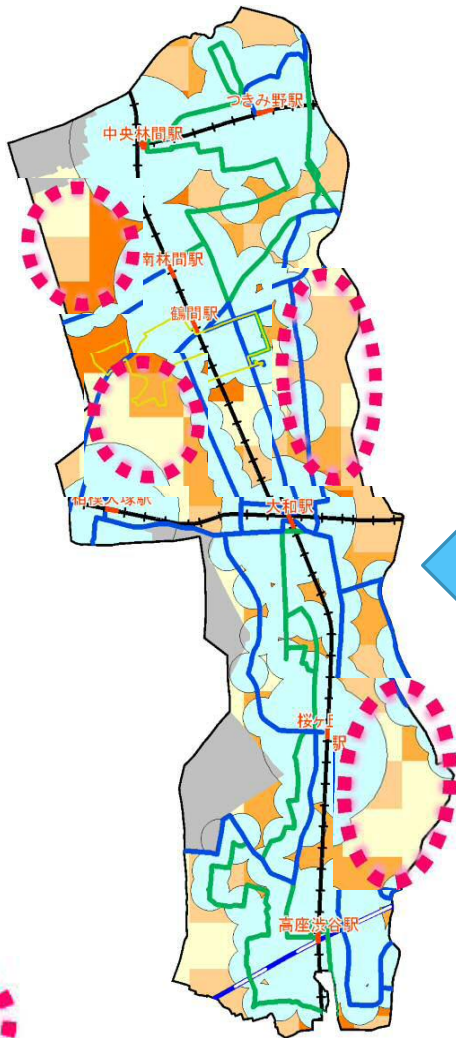
※ 重症化；介護化(要介護・要支援)＋死亡の状況



## 事例① 低栄養 60歳代 男性 独居 戸建

<b>状況 (アセスメント)</b>	<p>【<b>体重減少の原因</b>】3年前に母親を亡くした(それまで在宅介護) 【<b>交流</b>】<u>独居、交流なし</u>。外出は買い物程度。ほとんど家にいる。 【<b>体重</b>】45Kg(BMI16.1)「(自分では)50kg位あると思っていた」 【<b>食生活等生活状況</b>】 ・1日2食程度。<u>食べる気力なし</u> ・調理は好きだが、<u>作る気力なし</u> ・「<u>足腰が弱くなった</u>」「<u>座っているとおしり痛い</u>」「<u>おっくう</u>」との発言多発 ・「<u>このままではよくない</u>」と思っている様子</p>
<b>課題</b>	<p>【<b>本人の意向</b>】 負の連鎖をどうにかしたい、寝たきりになりたくない 【<b>解決すべき課題</b>】 <b><u>体重減少、筋力・体力減少、閉じこもり</u></b></p>
<b>支援</b>	<p>【<b>栄養計画</b>】 <b>栄養補給</b>;1日2食の時には、<b><u>間食で栄養補給する</u></b>(飲み物、肉まん、プリン等) <b><u>調理にとらわれず、食べ物を口にする</u></b>(冷凍食品、調理済み食品の活用) その他;家の外に出て空気を吸う、 <b><u>近くのコンビニまで自転車で小まめに買い物に行く</u></b></p>
<b>目標</b>	<p>【<b>目標設定</b>】<b><u>体重回復(2kg/3か月)、筋力回復、定期的に外出できる</u></b> 【<b>評価項目</b>】 <b><u>①体重、②食事の回数・量・内容、③外出の回数、④交流の回数</u></b></p>

# 地域による低栄養の特徴(大和市)



栄養改善該当者の割合の多い地区

≡ 高齢化の伸び率の高い地区

重症化、要介護化しやすい地区

≡ 食料店舗の少ない地区  
坂の多い地区

バスのルートマップ  
訪問の際、配布

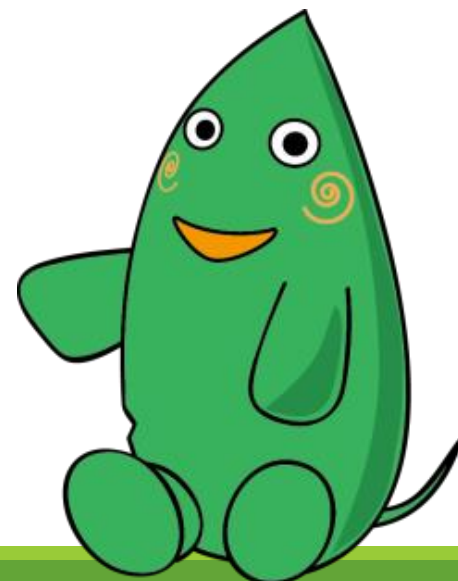


交通の利便性向上を  
促進すべき主な地域

大和市総合交通施策  
『移動が楽しいまち・やまと』より

## ②重症化予防(慢性腎不全)の取組

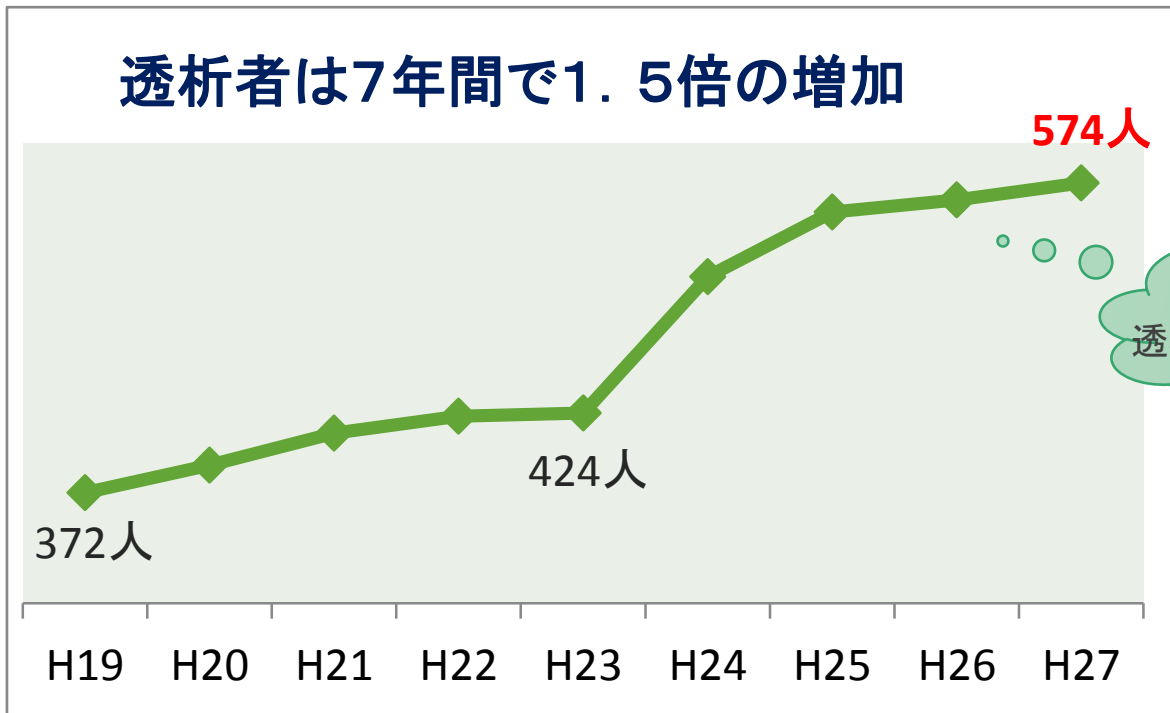
～訪問活動の実際と結果～



# 大和市の医療費の現状(慢性腎不全・透析含)

順位	疾病	医療費	割合(入院+外来)
1位	腎不全(透析含)	約13億円	8.0%

(がんを除く)



平成27年度  
KDBシステムより

毎年60人程度新規導入  
透析者総数はここ3年横ばい

障がい福祉課  
身障者手帳  
腎1級のデータより

原因疾患 **1位 糖尿病性腎症 52%**

# 大和市におけるCKDへの取組

## 訪問体制:

慢性腎臓病(CKD)の重症度分類による原疾患が糖尿病のもの

- 保健師・・・CKDのStageⅡ(腎機能 正常または軽度低下)
- 管理栄養士・・・CKDのStageⅢ～Ⅳ(軽度低下より高度低下)

**対象者:** H27年度特定健診・長寿健診の結果より  
糖尿病性腎症(CKDステージⅢ～Ⅳ); **96名**

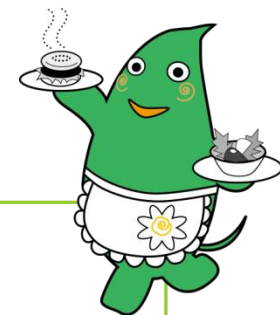
3つ該当

- HbA1c 6.5%以上
- 空腹時血糖 126mg/dl以上
- eGFR 50ml/分/1.73m<sup>2</sup>以下

受診率 ; H27特定健診34.4%、H27長寿健診45.9%

**期間:** 平成27年10月～平成28年12月(うち6か月)

# 方法：管理栄養士による訪問栄養相談 (6か月1クール)



## 初回

- ・ 医療状況確認(治療方針・服薬状況)
- ・ 栄養指導確認
- ・ 栄養状態、生活のアセスメント、計画提案

## 3か月後

- ・ 訪問または電話による状況確認
- ・ 教室、測定会等への参加呼びかけ

## 6か月後 評価

- ・ 今後の支援について
- ・ 評価(HbA1c、eGFR、食事内容、服薬状況)等
- ・ 効果検証

訪問に要した時間(移動時間を除く) 1人当たり平均45分

# 介入者の約3割が「栄養過剰摂取」が課題

本人のアセスメント結果から管理栄養士が判断した優先課題の集計結果(複数該当あり)

課題		人数	支援内容
栄養過剰 摂取 (33)	エネルギー過剰摂取	23	<ul style="list-style-type: none"> <li>・摂取エネルギー量の調整(調理法の変更、主食量調整)</li> <li>・栄養素バランスの修正</li> </ul>
	炭水化物過剰摂取	1	
	タンパク質過剰摂取	1	
	食事バランスの乱れ	8	
食事の 食べ方 (31)	塩分過剰摂取	11	<ul style="list-style-type: none"> <li>・アルコール、間食の適正化</li> <li>・野菜の調理法説明</li> <li>・配食サービス利用提案</li> </ul>
	飲酒過多	8	
	間食過多	6	
	野菜摂取不足	5	
	欠食	1	
生活の乱れ、 活動量不足 (21)	活動量低下	12	<ul style="list-style-type: none"> <li>・活動量増加のための提案</li> <li>・正しい減量ペース提案</li> <li>・禁煙支援</li> </ul>
	過体重	5	
	低体重	1	
	ストレス	2	
	喫煙	1	
	虫歯・歯周病未治療、義歯の不具合	5	
知識不足 (13)	病識不足	20	<ul style="list-style-type: none"> <li>・病態の説明と治療必要性説明</li> <li>・腎臓内科の紹介</li> <li>・受診勧奨</li> </ul>
	服薬・治療コンプライアンス低下	2	
	急激な減量	2	

フレイル予防

(虚弱)

(96名中)

# 栄養相談による対象者の変化

6か月後評価から管理栄養士が判断した対象者の変化集計結果(複数該当あり)

課題	変化
<b>エネルギー過剰摂取</b> (21)	飲酒量の減少
	間食量・頻度の減少
	間食のタイミング・選び方の変更
	主菜量減少
<b>生活の乱れ ストレス 自己効力感の低下</b> (20)	自己効力感向上
	生活リズムが整った
	正しい減量ペースの認識
	ストレスの緩和(訪問による)
<b>病識不足 服薬・治療 コンプライアンス低下</b> (16)	服薬コンプライアンス向上
	体重コントロールの意味を認識
	糖尿病性腎症の危険性を認識
	糖尿病であることの認識
	貧血検査につながった

課題	変化
<b>欠食、低体重</b> (11)	欠食回数減少
	食事量増加
<b>野菜摂取不足</b> (10)	野菜摂取量増加
	野菜の調理方法取得
<b>活動量低下、過体重</b> (5)	日常生活の活動量増加
	自宅内の活動量増加
	移動手段の変更 (車⇒自転車)
<b>タンパク質過剰摂取</b> (4)	タンパク質食品コントロール
	乳製品量のコントロール
<b>炭水化物過剰摂取</b> (2)	主食量コントロール
<b>塩分過剰摂取</b> (2)	減塩方法の実践

(記録から把握できた75名中)



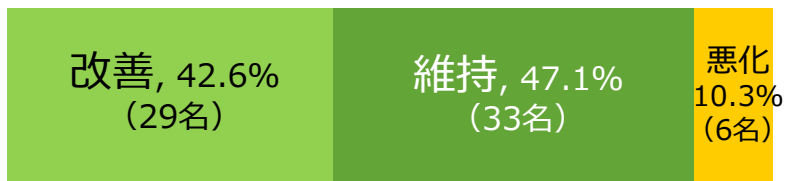
## 検査値改善効果

体重が最も介入効果が高い



## 体重の変化

改善:1kg以上の減少  
悪化:1kg以上の増加



## HbA1cの変化

改善:0.5%以上の減少  
悪化:0.5%以上の増加



※ HbA1c …… 過去1~2か月の血糖状態を把握できる  
糖尿病の数値



## eGFRの変化

改善:5ml/min/1.73m<sup>2</sup>以上増加  
悪化:5ml/min/1.73m<sup>2</sup>以上減少



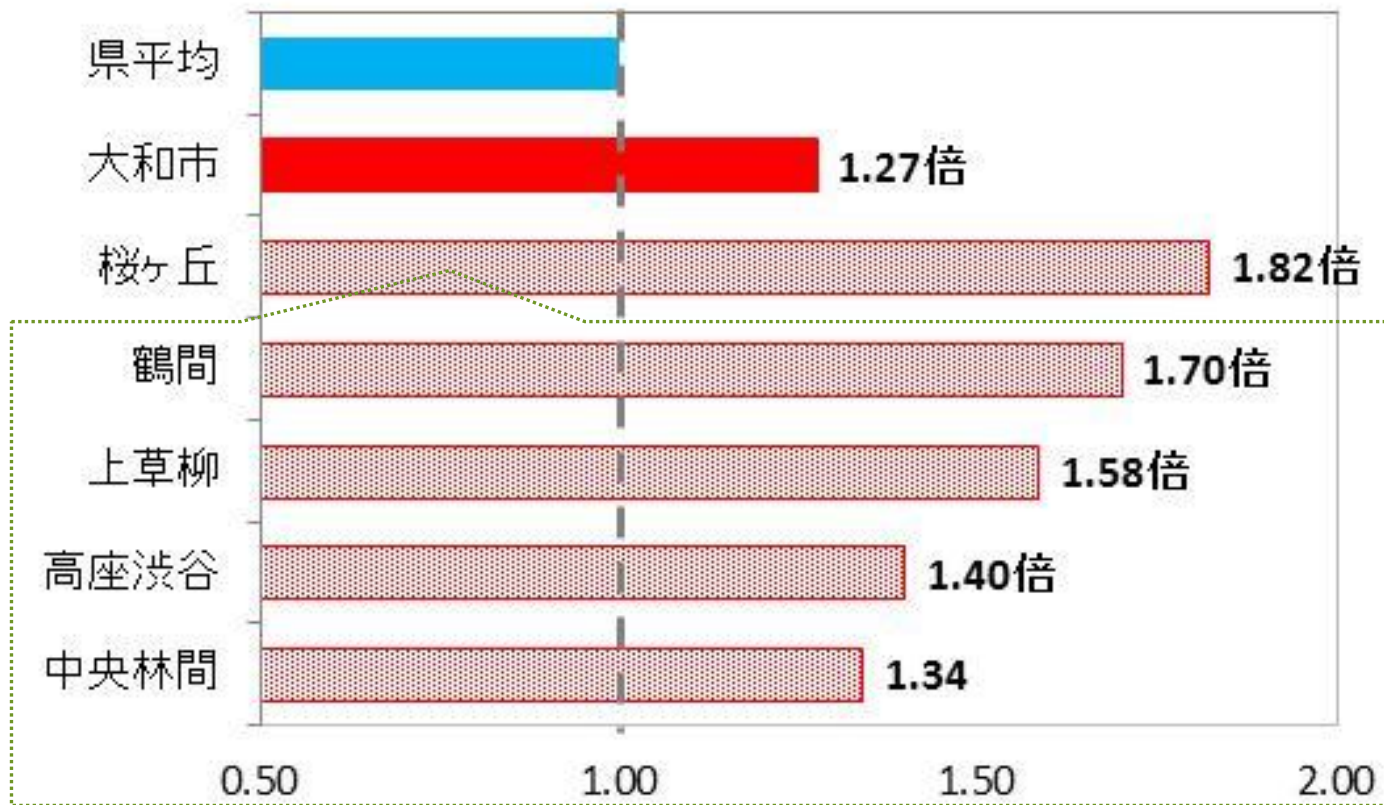
※ eGFR …… 腎臓の残存機能を示す数値  
例) 50→5割程度、20→2割程度

# 【参考】KDB医療費分析からみた地区の特徴(県比較)

医療費に対するCKDの割合が20%以上も多い

2倍近くもある地区もある(桜ヶ丘、鶴間)・・・高齢化の進んだ地区

## 医療費に対するCKD(透析含)の割合



H26年度累計

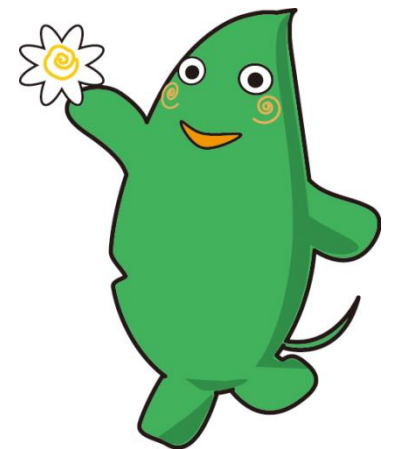
## 事例② 糖尿病性腎症重症化予防 86歳 男性 妻84歳2人暮らし 戸建て

<b>状況 (アセスメント)</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>・健診時体重59.5kg、HbA1c7.0%(服薬あり)、eGFR43、血圧135/87(服薬あり)</li><li>・〇〇内科通院(月1回)。医師「野菜から先に食べるように」と。</li><li>・週2回グランドゴルフ、月1回老人クラブの旅行等、生活は活動的である。</li><li>・果物が好物であり、食事以外で1日りんご1個、みかん3個程度食べる。</li><li>・体調、精神状態は良好である。</li></ul>
<b>課題</b>	<b>【問題判定】</b> P(問題) <b>糖質摂取過剰による高血糖</b> E(原因) <b>果物の過食</b> S(兆候・症状) <b>HbA1c6.9%</b>
<b>支援</b>	<b>【栄養介入】</b> 計画； <b>体重・血糖コントロール</b> 目標； <b>「果物は1日に片手に乗る分だけにする」</b>
<b>目標</b>	評価； <b>HbA1c、eGFR、体重</b>

# ③フレイル・低栄養の 支援の充実

～ 認知症・オーラルフレイルの訪問活動 ～

(H29年度新規)

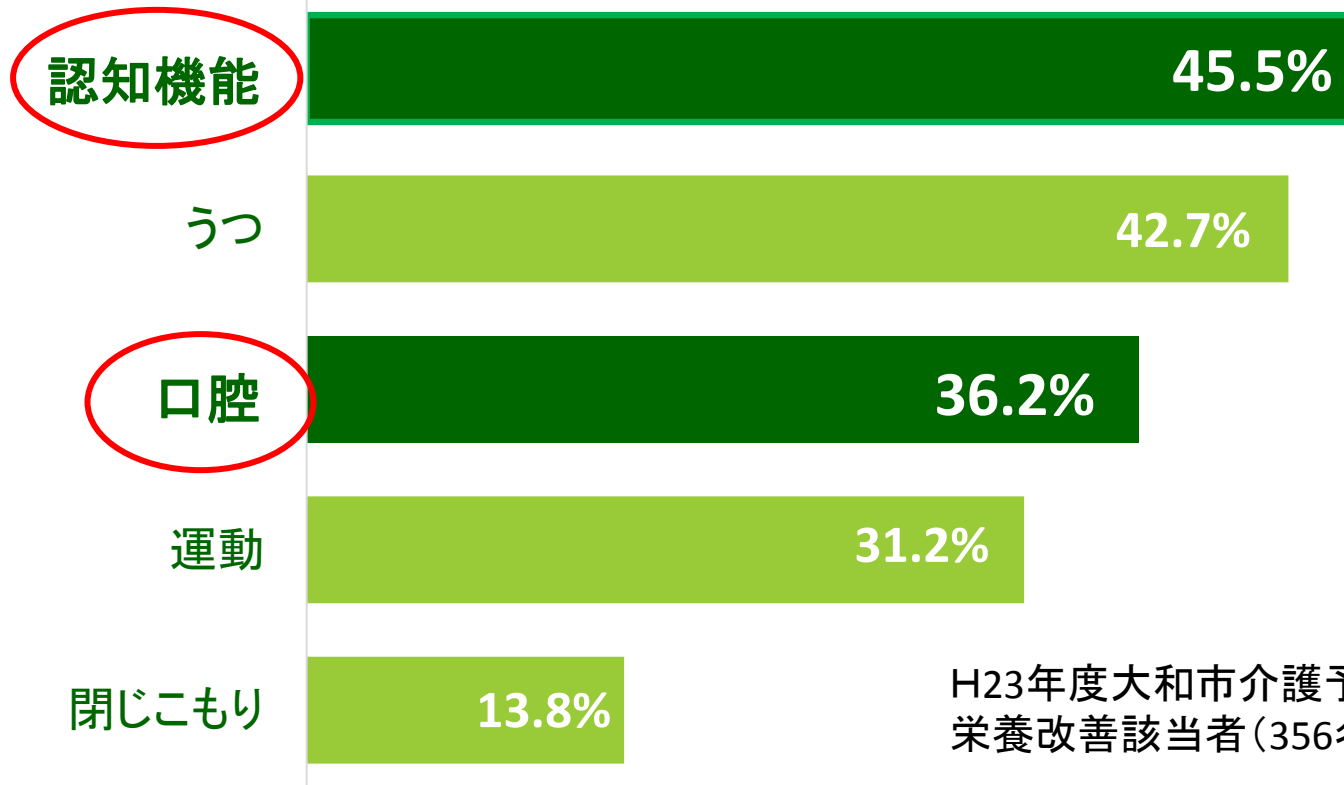


# 低栄養は複数のフレイル要因を持つ

※BMI18.5未満かつ体重減少2kg以上

認知機能項目（いずれか1つに該当）

1. 周りから「いつも同じ事を聞く」など物忘れがあるといわれますか
2. 自分で電話番号を調べて電話をかけますか
3. 今日が何月何日かわかりますか



H23年度大和市介護予防アンケートより  
栄養改善該当者(356名)他リスクの状況

# 今年度フレイル対策① 認知機能

## 認知機能項目該当者で健診受診者の 約7割に生活習慣病の既往あり

約7割生活習慣病の既往あり  
(高血圧、高血糖、脂質異常、  
肝機能異常等)

健診データあり

46.0%

未受診

54.0%

H28大和市介護予防アンケート  
認知機能項目該当者について  
H28特定・長寿健診より

### 「高齢者の認知機能低下防止」

条件; **2つ該当**(①かつ②)

- ① 認知機能項目該当
- ② 高血糖  
(HbA1c6.5%以上 又は BS126mg/dl以上)

対象者; **537人**(前期222人、後期315人)

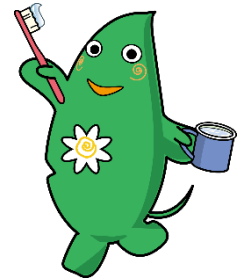
H29～市内2地区(南部)を中心に

**130人**程度訪問予定

### 事例③ 認知機能低下予防 70歳代後半 女性 2人暮らし

<b>状況</b> (アセスメント)	<ul style="list-style-type: none"><li>・〇〇病院通院(月1回)。血圧とコレステロール効果の服薬あり。飲み忘れなし</li><li>・健診時血圧;160/100程度 家庭血圧;130/80 (血圧ノート所有)</li><li>・買い物、通院等、毎日自転車外出 ⇒〇〇駅の▲▲スーパーに行く、と言われるが、閉店している店である</li><li>・受け答えはスムーズ</li><li>・認知機能についての困りごとなし「適当に〇を付けたのではないか」</li><li>・事前通知についても「届いていない。記憶にない」</li></ul>
<b>課題</b>	<b>【問題判定】</b> P(問題) <b>過栄養による高血糖</b> E(原因) <b>過食、運動不足</b> S(兆候・症状) <b>BMI26.5、HbA1c6.7%</b>
<b>支援</b>	<b>【栄養介入】</b> 計画; <b>血糖値、体重の維持</b> 目標; 本人の様子から、初回の時点では具体的な行動目標について言及せず
<b>目標</b>	評価; <b>血糖値、体重、IADLの維持</b>

# 今年度フレイル対策② 口腔



## 「高齢者の食事機能・口腔機能低下防止」

### 実施内容

1. 対象者 平成28年度介護予防アンケートと特定健診・長寿健診から抽出

①口腔機能に関する項目（3 / 3 該当）

「半年前に比べ固いものが食べにくい」

「お茶や汁物等でむせることがある」

「口の渇きが気になる」

②「食事量が減ってきた」

③「食べこぼしがある」

④28年度特定健診・長寿健診受診者

\*上記条件のうち、医療費の高い者から実施する。

すべてに該当する80人

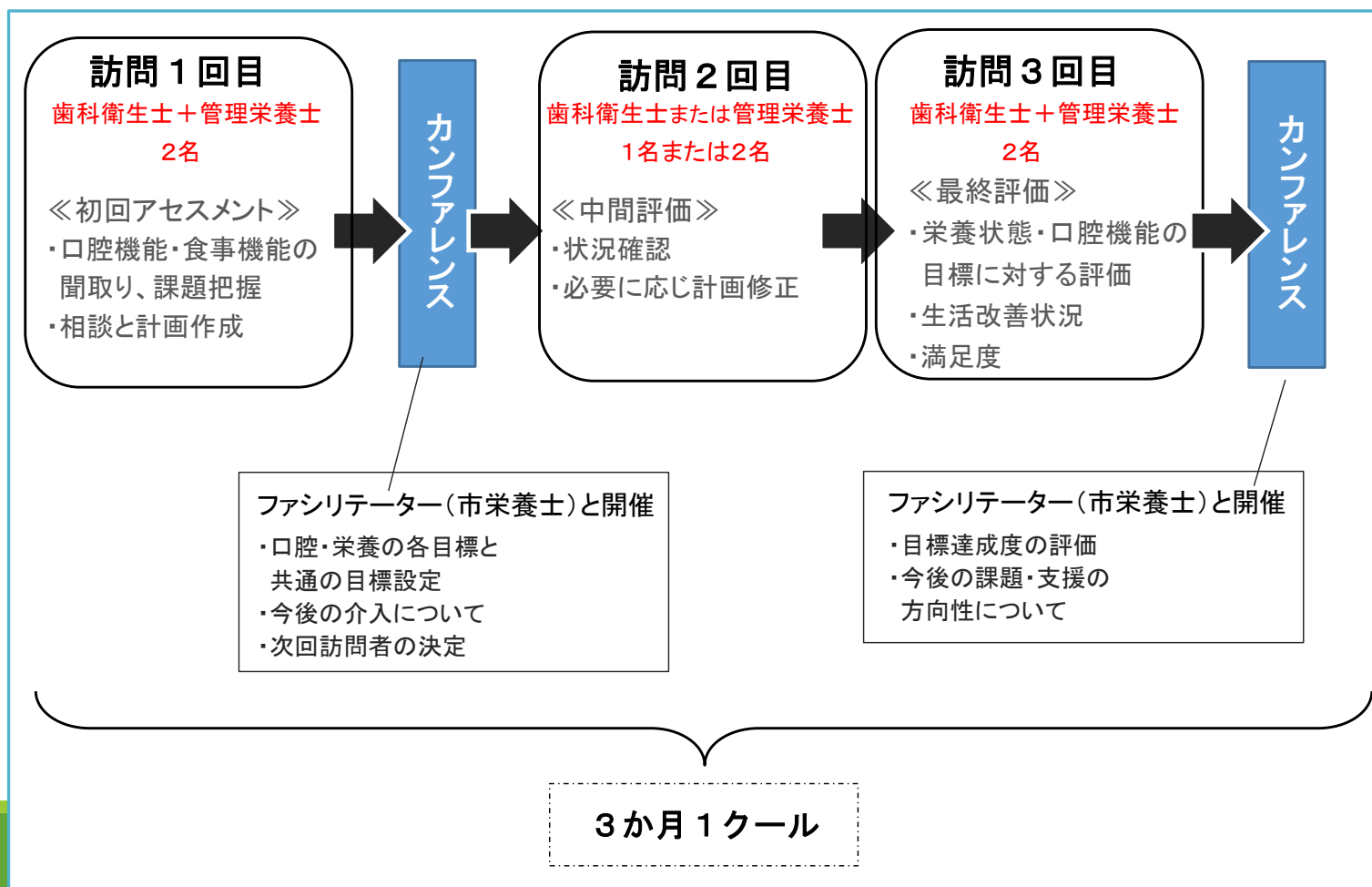
### 【従事者】

- 管理栄養士と歯科衛生士がペアになって訪問



- 【評価項目】
- 口腔機能に関する項目の改善状況(抽出条件の3項目)
  - その他口腔機能評価
  - 栄養状態の改善状況(食事量、体重変化、指輪っか\*テスト等)
  - 生活改善状況の向上(活動量等)
  - 満足度
  - 医療費(介入前と介入後の比較等)

【訪問の流れ】



# オーラルフレイル 帳票

別添資料 5-2 口腔機能向上に関する記録 (例)

フリガナ	氏名	性別	年齢	誕生日
	氏名	男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>	年齢	誕生日
	氏名	口男 <input type="checkbox"/> 口女 <input type="checkbox"/>	口男 <input type="checkbox"/> 口女 <input type="checkbox"/>	口男 <input type="checkbox"/> 口女 <input type="checkbox"/>
	氏名	かかりつけ歯科	あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>	入れ歯の使用
	氏名		あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>	

## 1. 関連職種等により把握された課題等 (該当する項目をチェック) (記入日: 平成 年 月 日, 記入者: )

かみにくさ  むせ  口のかわき  口臭  飲みがき  飲み込み  会話  食べこぼし  
 齧歯 (痛み・動揺・潰瘍状態・管理状態)  その他 ( )

## 2. 事前・事後アセスメント・モニタリング (アセスメント、モニタリングでそれぞれ記入)

事前	平成 年 月 日		モニタリング	平成 年 月 日		事後	平成 年 月 日	
	記入者			記入者			記入者	
	<input type="checkbox"/> 歯科医師	<input type="checkbox"/> 歯科衛生士	<input type="checkbox"/> 歯科医師	<input type="checkbox"/> 歯科衛生士	<input type="checkbox"/> 歯科医師	<input type="checkbox"/> 歯科医師	<input type="checkbox"/> 歯科衛生士	<input type="checkbox"/> 歯科医師

観察・評価	評価項目	事前	モニタリング	事後評価
①課題の把握・把握	飲みもののかみにくさ	1 ない 2 ある		
	お茶や汁物等によるむせ	1 ない 2 ある		
	口のかわき	1 ない 2 ある		
②咬筋の触診 (咬合力)		1 強い 2 弱い 3 無し		
③唾液量のよこれ		1 ない 2 ある 3 多い		
④舌のよこれ		1 ない 2 ある 3 多い		
⑤アブククうがい (空ブクブクでも可)		1 できる 2 やや不十分 3 不十分		

(以下の⑥と⑦の評価は必要に応じて実施)

⑥RSSST (※ 30秒間の呼吸器上の回数) ( ) 回/60秒 ( ) 回/60秒 ( ) 回/60秒 ( ) 回/60秒  
 ⑦オーラルフィードコネシス  
 1 ( ) 回/10秒 2 ( ) 回/10秒 3 ( ) 回/10秒 4 ( ) 回/10秒  
 2 ( ) 回/10秒 3 ( ) 回/10秒 4 ( ) 回/10秒

⑧特記事項等  
 ⑨特記点  かむ  飲み込み  口のかわき  口臭  飲みがき  食べこぼし  
 むせ  会話  その他 ( )

## 3. 総合評価

①日常生活における口腔機能向上サービスの利用前後を比較した場合の特記すべき事項

②口腔機能の評価  向上  維持  低下

### 【総合評価結果】

①事業継続の必要性  あり(継続)  なし(終了) ②計画変更の必要性  あり  なし

備考:

別添資料 5-3 口腔機能向上サービスの管理指導計画・実施記録 (例)

フリガナ	氏名	性別	年齢	誕生日
	氏名	男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>	年齢	誕生日
	氏名	口男 <input type="checkbox"/> 口女 <input type="checkbox"/>	口男 <input type="checkbox"/> 口女 <input type="checkbox"/>	口男 <input type="checkbox"/> 口女 <input type="checkbox"/>

## 1. 口腔機能改善管理指導計画

初回作成日	年 月 日	作成者氏名:	職種
作成(変更)日	年 月 日	作成者氏名:	職種
ご本人またはご家族の希望			
解決すべき課題・目標			

【実施計画】(実施する項目をチェックし、必要に応じて「その他」に記入する。)

関連職種又は専門職種の実施項目	指導等	口腔機能向上に関する情報提供	口腔体操・嚥下体操	飲みがき支援	食事姿勢や食環境の指導
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	その他				
専門職の実施項目	機能訓練	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	その他				
家庭での実施項目	本人	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	介護者	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

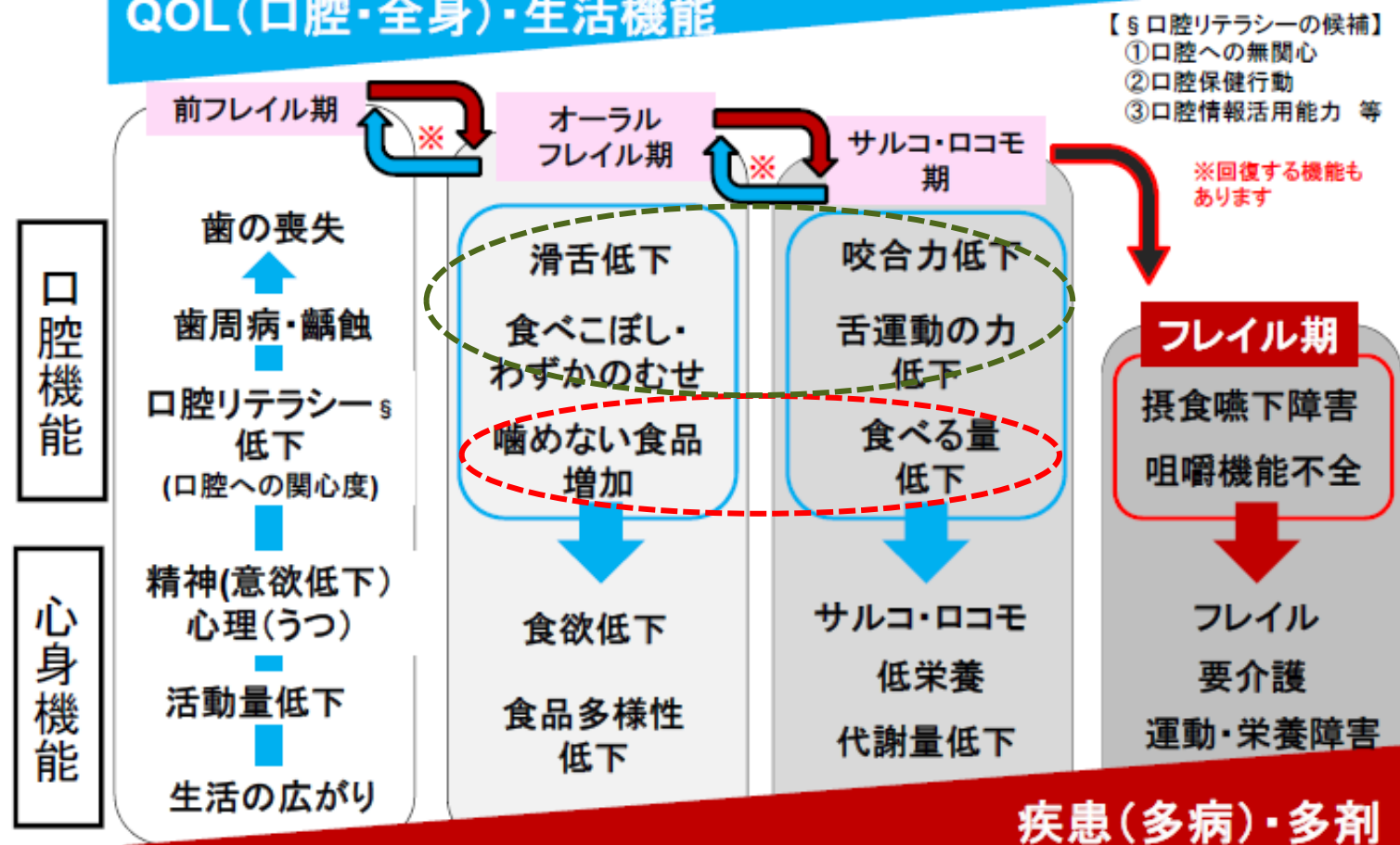
## 2. 口腔機能向上サービスの実施記録 (実施項目をチェックし、必要に応じて記入する。)

実施年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日
担当署名:	担当署名	担当署名	担当署名	担当署名	担当署名	担当署名
<input type="checkbox"/> 口腔機能向上に関する情報提供						
<input type="checkbox"/> 摂食・嚥下機能に関する訓練(指導)						
<input type="checkbox"/> 口腔衛生に関する指導(歯・齧歯・舌・支援・実施色の)						
<input type="checkbox"/> 耳鼻・耳鼻・呼吸に関する訓練(指導)						
<input type="checkbox"/> 食事姿勢や食環境についての指導						
<input type="checkbox"/> その他 ( )						

特記事項 (注意すべき点、利用者の変化等)

# 高齢者の「食」から考える虚弱フロー

## QOL(口腔・全身)・生活機能



飯島勝矢、鈴木隆雄ら。平成25年度老人保健健康増進等事業「食(栄養)および口腔機能に着目した加齢症候群の概念の確立と介護予防(虚弱化予防)から要介護状態に至る口腔ケアの包括的対策の構築に関する研究」報告書より引用

… 口腔に関する3項目

… 栄養に関する2項目

# フレイル全体に対応するシステムを構築



健康状態に課題がある  
高齢者の減少

慢性疾患の  
コントロール

服薬  
状況

低栄養

心身機能が低下した  
高齢者の減少

口腔  
機能

認知  
機能

継続

糖尿病腎症  
訪問栄養相談

継続

低栄養  
訪問栄養相談

新規

オーラル  
フレイル

新規

認知低下＋  
高血糖訪問





大和市 健康づくり講演会

## 糖尿病を知ろう！

無料

誰もが一度は聞いたことのある、有名な生活習慣病の1つ「糖尿病」。今回は、大和市民のみならずに向けて、糖尿病をテーマに講演会を開催いたします。医師、薬剤師、栄養士のわかりやすい話が同時に聞ける、またとないチャンスです！糖尿病について知りたい方、糖尿病が心配な方、すでに糖尿病と向き合っている方も、この機会にぜひご参加ください。

日時：平成29年2月5日（日）13:30～16:30  
（13:00開場）

第1部  
（40分）

「糖尿病ってどういう病気？」

講師：大和市医師会 田中啓司 先生

「糖尿病」よく聞くけどどんな病気？ 専門医より詳しく説明します

第2部  
（40分）

「上手に使おう！糖尿病とくすりの話」

講師：大和綾瀬薬剤師会 田辺豪 先生

気になるくすりの話を分かりやすくお伝えします

第3部  
（40分）

「おいしく健康に！糖尿病と栄養の話」

講師：南大和病院管理栄養士 芦川美希 先生

糖尿病と栄養の関係、食事療法について学びましょう

— 休憩 —

第4部  
（30分）

質疑・応答

「一度くすりを飲み始めたら一生飲まないといけないの？」  
「食事や運動は具体的にどのように気をつけたいの？」 など  
普段感じている疑問を専門家に質問してみましょう！

<定員>

先着100名 ※部分参加も可能です

好評につき  
お早めに！

<場所>

大和市文化創造拠点シリウス 6階講習室

〒242-0016 神奈川県大和市大和南一丁目8番1号

<申込み・問い合わせ>

大和市健康づくり推進課

〒242-8601 大和市鶴間1-31-7

TEL：046-260-5663/FAX：046-260-1156

健康づくり推進課に電話・FAX・はがきでお申込みください。

必要事項：名前、住所、生年月日、電話番号

※お申込みが定員を超えた場合は調整させていただきます



大和市イベントキャラクター ヤマトン



# 今後に向けて

- ハイリスクアプローチとポピュレーションアプローチ
- 事業評価と対象者の評価
- 経済効果の検証
- 三師会、神奈川県、神奈川県糖尿病対策推進会議、後期高齢者医療広域連合との連携
- 庁内連携（健康づくり・・・医療施策推進、歩こう）  
（高齢福祉課・保険年金課・街づくり総務課・政策総務課）