

日野市「いきいき健康プログラム」

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業

事業目的：高齢者の健康寿命の延伸・医療費の適正化

事業期間：令和4年度開始

実施主体：保険年金課・健康課・高齢福祉課

被保険者数：26,320人（R5.3.31時点）

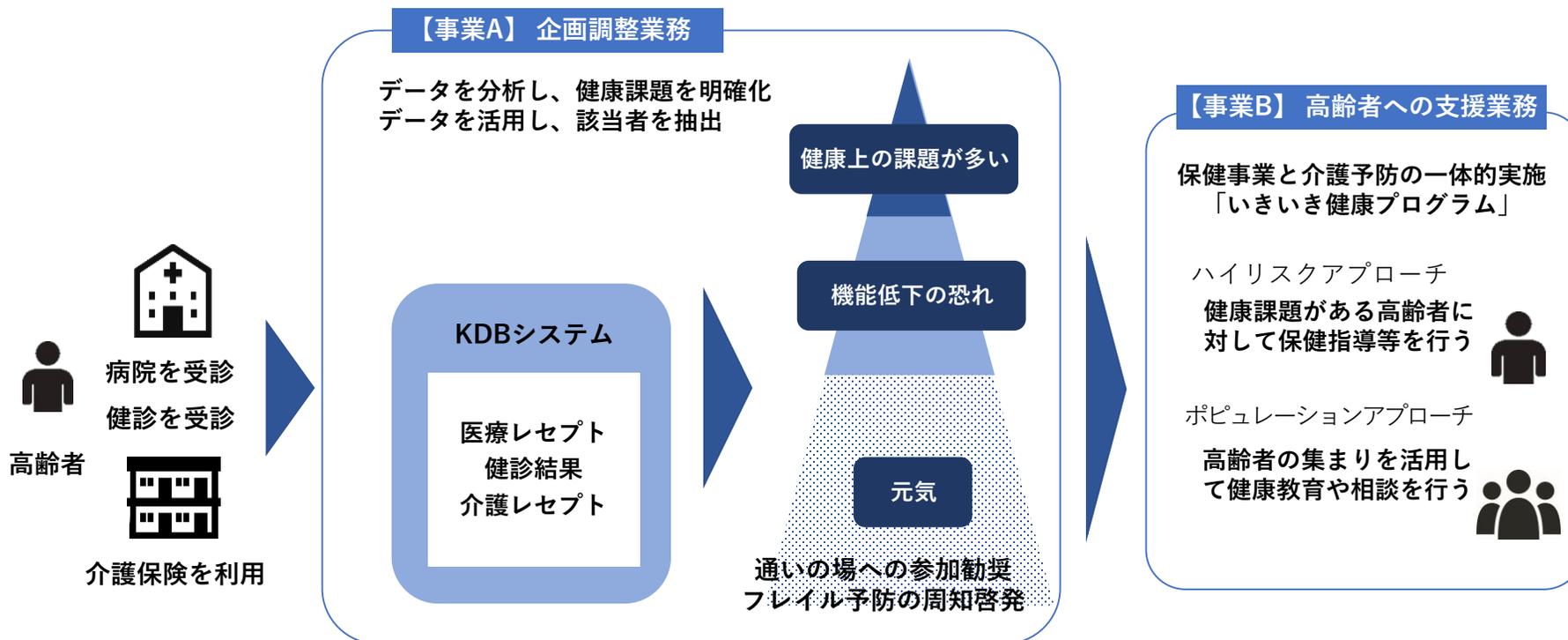
日常生活圏域数：4圏域

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業の概要

事業の全体像

医療と健診と介護、それぞれが蓄積してきたデータ等を活用し、地域の健康課題を明確化し、フレイルリスクの高い対象者を抽出する。

健康課題がある高齢者に対して個別に介入するハイリスクアプローチと、高齢者の集まりを活用して健康教育や相談を行うポピュレーションアプローチを行う。



高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業の概要

国の示す事業区分と要件

【事業A】 企画調整業務

専従の医療専門職(保健師等)を
配置し事業全体の企画・調整を行う

企画調整保健師 1名



- ① 事業の企画調整
- ② KDBシステムを活用した健康課題の分析・対象者の把握
- ③ 医療関係団体等との連絡調整

庁内外と健康課題の共有、かかりつけ医等においても通いの場への参加勧奨を行えるように情報共有



【事業B】 高齢者への支援業務

地域を担当する医療専門職を
配置し個別支援、健康教育を行う

保健師 7名 (健康課5 高齢2)
管理栄養士 2名
歯科衛生士 3名



- ① ハイリスクアプローチ (個別支援：訪問指導などのアウトリーチを行う)
 - ア) 低栄養防止・生活習慣病等の重症化予防の取組み
 - イ) 重複・頻回受診者、重複投与者等への相談・指導の取組み
 - ウ) 健康状態が不明な高齢者の状態把握、必要なサービスへの接続
- ② ポピュレーションアプローチ (通いの場等への積極的な関与)
 - ア) フレイル予防の啓発、健康教育・相談
 - イ) 質問票を活用しフレイル状態の高齢者への保健指導、状況に応じて体力測定を実施
 - ウ) 日常的に気軽に相談できる環境づくり、通いの場等への参加勧奨
 - エ) 上記で把握した状況に応じて、健診・医療の受診勧奨や介護サービス等の利用勧奨

令和5年度 「いきいき健康プログラム」 事業計画

【事業A】 企画調整業務

高齢者の健康課題と取組の方向性

- ◆ 低栄養、咀嚼機能の低下はフレイルの進行リスクを高めるため、重点的に取り組んでいく。
- ◆ 慢性腎不全（透析あり）対策として、糖尿病、高血圧等の生活習慣病の改善に向けた取り組みを行う。
- ◆ 骨折・転倒予防については、事業全体の中で意識して取り組んでいく。



【事業B】 高齢者への支援業務

① ハイリスクアプローチ

- ◆ 低栄養予防
対象者：368人 プログラム参加希望者：37人
- ◆ 口腔機能低下予防
対象者：1147人 プログラム参加希望者：35人
- ◆ 生活習慣病重症化予防（糖尿病・高血圧治療中断者）
対象者：159人 プログラム参加希望者：5人

【事業B】 高齢者への支援業務

② ポピュレーションアプローチ

- ◆ 生活圏域ごとに、10か所の通いの場に関与していく。
- ◆ フレイル予防のための講座を実施し、実践につなげる。
- ◆ フレイルリスクチェックを行い、リスクのある者を早期発見し、地区担当保健師または相談機関につなげる。
- ◆ 地域包括支援センター、地区担当保健師など、気軽に高齢者が相談できる場について周知する。また、必要に合わせて、健診の受診勧奨や介護予防サービスの利用勧奨などを行う。

1. 低栄養ハイリスク者の抽出

令和4年度後期高齢者健診結果で、選定条件（ア）に該当し、かつ（イ）もしくは（ウ）に該当する者

（ア）BMIが20kg/m²以下

（イ）質問票⑥「6か月間で2～3kg以上の体重減少があった」に○

（ウ）体重が前年度より2kg以上減少

※特定の疾患と要介護認定を受けている者、年齢86歳以上を除外

2. ハイリスクアプローチの流れ



3. 実施結果・評価

- ・3回介入後、7割は体重が増加した。握力については正しく計測するのが困難であった。主観的健康観については、7割強が維持、2割は評価が上がったと回答した。
- ・10食品群チェックによる食生活の振り返りは足りない食品が分かると好評で、自主的に4カ月記録を継続した人もいた。
- ・「医療機関で定期的に栄養指導を受けている」「認知機能低下等により介護度が付いた」「家庭の事情で参加ができなくなった」など、8名が途中で終了・中断した。
- ・参加37人のほか18人に対し、参加意志確認のため電話をかけた。食生活の聞き取りや資料送付など個別支援を行った。食生活の重要性について意識づけができた。

4. 課題

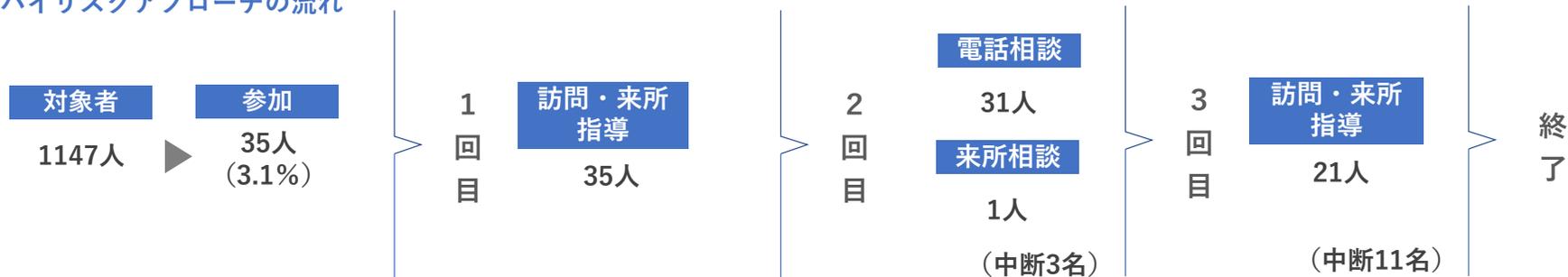
- ・体重変化については、季節による着衣重量や自主計測による誤差などに配慮が必要であった。
- ・食品多様性や摂取量については、プログラム開始当初に聞き取りが難しいことがわかり、面接方法に工夫を要した。
- ・社会的資源の不足や買い物困難等、訪問指導で把握した地域課題を関係者と共有し、解決につなげることが必要である。
- ・実施者実数が増えたため、効率的に実施するとともに質を確保することも必要である。

1. 口腔機能ハイリスク者の抽出

下記2パターンのいずれかに該当する者

- (1)令和4年度後期高齢者健診結果で質問票④と質問票⑤のいずれかに該当し、レセプトで令和3～4年度に歯科受診なし
 (2)令和4年度後期高齢者健診結果で質問票④と質問票⑤のいずれかに該当し、令和4年度に後期高齢者歯科健診を受診

2. ハイリスクアプローチの流れ



3. 実施結果・評価

- ・歯科受診の有無 ※対象者(1)24人中
7人が歯科受診に繋がった
- ・口腔機能(舌圧測定(ペコビーナ))
介入前:平均5.2レベル(評価対象者26人) 介入後:平均6.3レベル(評価対象者17人)
- ・口腔機能(オーラルディアドコキネシス(タの回数))
介入前:平均6.0回(評価対象者33人) 介入後:平均6.1回(評価対象者21人)
- ・主観的健康観(健康状態)※3回介入できた21人中
現状維持:15人 評価が上がった:5人 評価が下がった:1人
- ・本人の意識(口腔の満足感)※3回介入できた21人中
現状維持:8人 評価が上がった:10人 評価が下がった:3人

4. 課題

- ・介護度関係なく抽出対象として実施したため、寝たきりの方もプログラムに参加された。訪問に行き状態を確認したが介護度が高く、口腔機能向上に関する評価は行えなかった。評価は行えなかったが、訪問歯科の紹介を行い終了とした。
- ・オーラルディアドコキネシスと舌圧測定は評価がしやすく、対象者も効果として実感しやすかった。
- ・主観的健康観(健康状態)に関しては、口腔とは別の理由で変化することが多く、次年度は評価指標を検討する必要がある。

歯科衛生士による健康教育

「ペコジーな」を参加者に渡している写真
(個人情報のため削除)

トレーニングを紹介している写真

トレーニングを紹介している写真

「ペコジーな」の結果に合わせ、舌トレーニング用具
「ペコぱんだ」を渡し、トレーニング方法を紹介する。

「ペコジーな」 舌圧レベル測定器



「ペコぱんだ」 舌トレーニング用具



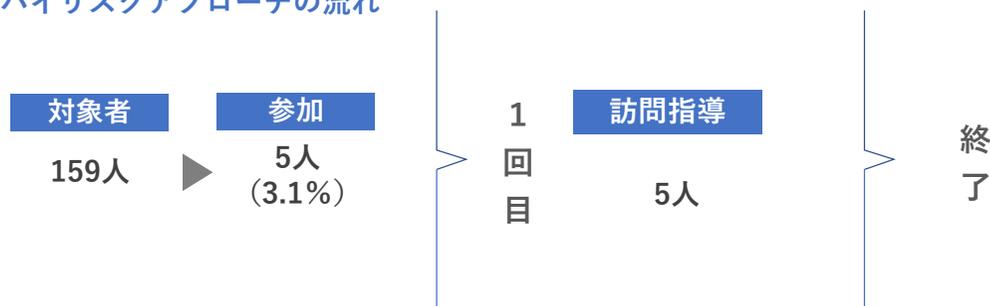
1. 治療中断者の抽出

令和4年度後期高齢者健診未受診者で、かつ

前年度以前の3年間（令和元年から令和3年）に糖尿病・高血圧の薬剤処方歴あり かつ抽出年度に薬剤処方履歴がない者

※特定の疾患（がん、人工透析）、介護度3以上、外来医療費が100万円以上の者を除外

2. ハイリスクアプローチの流れ



3. 実施結果・評価

- ① 医療機関の受診状況：5人とも医療機関は受診しており、必要な治療は受けていた。
- ② 高血圧もしくは糖尿病の未治療の理由：「経過観察中や終了等で治療の必要性がない状態」もしくは「肝機能の悪化により当該薬剤の服用が困難な状況」などの理由がみられた。
- ③ 健診受診状況：5人中1人がR5年度中に受診。他4人は別疾患等の治療や検査をしているので、本人が健診の必要性を感じておらず（拒否的）、健康診断の優先順位は低い状態。
- ④ HbA1cの変化もしくは血圧の変化：血液検査結果を把握できないため評価できなかった。

4. 課題

- ・一体的実施事業支援ツールを使用して対象者抽出を行ったが、本人の意思等で高血圧や糖尿病の治療を中断しているわけではなく、薬剤の処方がない理由がそれぞれあり、保健師が介入できる状況ではないことがわかった。
- ・傷病名が登録されていても治療は終わっている方（入院時に一時的に血圧が高くなったなど）もいるようで、KDBシステムのデータだけで「治療中断」と判定し介入することは難しいことがわかった。

1. 実施内容

- ・ 通いの場に出向き、参加者の健康状態や、ニーズに合わせてフレイル予防に関する健康教育を行った。
- ・ 健診時の質問票で外出の機会や、相談する人がいない等の社会的・精神的フレイルリスクと、運動面のフレイルリスクが高い高齢者に、近隣で開催されるフレイル予防イベントのリーフレットを郵送した。

保健師による健康教育 スマホ教室は男性の参加者が多い。

健康教育の様子写真
(個人情報のため削除)

フレイルリスク者への予防の啓発とサービスへの接続の実施

R5はとよだ・ひらやま圏域で実施

フレイルリスク者
131人

日野市フレイル予防大作戦！

イオンで **たいそう！うたおう！** イオンで

体操編 午前11:00～12:00
音楽編 午前13:30～14:30

参加無料

216(金)

イオン多摩平の森で
みんなで楽しくフレイル予防

【体操編】 講師 木村 明美氏 (介護予防指導士)
椅子に座って行う体操です。どんなにでも参加いただけますのでみんなで楽しく運動しましょう！

【音楽編】 講師 能村 昭子氏 (音楽療法士)
皆さん知っている懐かしい歌や唱歌、歌を歌いながら体を動かします。心も体もリフレッシュしましょう！

【申込み・問い合わせ】 日野市社会福祉協議会 地域支援係(日野市日野本町7-5-22)
TEL: 042-624-2294 FAX: 042-624-0902
E-mail: chikih@hinostokyo.or.jp

| | |
|------------|----------|
| 「体力測定会」 | 5人予約2人参加 |
| 「イオンで体操」 | 2人予約1人参加 |
| 「イオンで音楽」 | 1人予約1人参加 |
| 「さわやか健康体操」 | 4人新規申し込み |

3. 実施結果・評価・課題

- ① 質問票の実施数：185件
- ② 参加者の健康観「よい・まあよい」と回答した方は、65%。市全体の「よい・まあよい」は30.9%。運動・転倒リスクや、社会参加の頻度も参加者の方が結果がよく、通いの場の参加者はフレイルリスクが低い傾向がみられた。
- ③ サービスへの接続の取り組みは、外出のきっかけを提供する機会となり、フレイルリスクの高い高齢者にアプローチする方法の一つとして有効と感じた。接続できる通いの場をもっと把握することと、接続した高齢者への対応が今後の課題。

健康教育を行った通いの場 ● : R4実施場所

とよだ圏域

- ①老人クラブ「ビバシニアクラブ」
- ②高齢福祉課ポピュレーション「多摩平交流センター」
- ③高齢福祉課ポピュレーション「イオン多摩平の森イオンホール」

3か所実施 79人参加（相談0人）

ひの圏域

- ①自主G「健康太極拳タイチー」
- ②社協「スマホ個別相談」
- ③自主G「七ツ塚シニアクラブ」
- ④自治会「ちくちくの会」
- ⑤高齢福祉課ポピュレーション「新町交流センター」
- ⑥高齢福祉課ポピュレーション「中央福祉センター」

6か所実施 91人参加（相談5人）

ひらやま圏域

- ①自治会「平山住宅 自治会さくらまつり」
- ②サークル「こちょうらん」
- ③サークル「平山さつき会」
- ④老人クラブ「茶の間の会」
- ⑤包括「かわきた」
- ⑥テラス「ぬくもりテラス」
- ⑦サークル「青葉の会」ほか

9か所実施 234人参加（相談41人）

たかはた圏域

- ①自主G「落川元気会」
- ②社協「転倒予防教室」
- ③高齢福祉課「ラベ日野」
- ④～⑥社協「スマホ個別相談会」

6か所実施 68人参加（相談3人）

令和6年度「いきいき健康プログラム」

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業

【資料】令和5年度 後期高齢者の状況 ※ R6年6月10日時点データ

| | | | | | |
|--------------------|--------------------------|------------------------------------|-----------|--|--|
| 平均自立期間 (要介護2以上) | 男性 | 81.3 (80.0) | 歳 | <ul style="list-style-type: none"> 平均余命と平均自立期間は男女ともに伸びている。 不健康な期間は男性1.6年、女性3.7年。経年でみると横ばい。 都と比較すると平均自立期間は若干長い、女性の不健康期間が都平均より0.3年長い。()内は都の平均 | |
| | 女性 | 85.8 (84.5) | 歳 | | |
| 健診 ・ 歯科健診 | 健診受診率 | 55.4 <small>※国の算出基準による値</small> | % | <ul style="list-style-type: none"> 健診受診率は都と比較して高い。 健診結果では、やせ、血圧、血糖、肝機能、脂質異常のリスク保有者が都に比べて若干多い。 生活習慣病リスク保有者の割合をみると、都と比較して「やせリスク」が高く、令和2年度以降「やせリスクあり」の割合が年々増加している。 固いものが食べにくいと感じている者が24.5%、お茶等でむせる者が21.0%あり、経年でみると横ばい。 | |
| | 歯科健診受診率 | 4.5 <small>※国の算出基準による値</small> | % | | |
| 医療 | 一人当たり 外来医療費 | 364,825 | 円 (横這い) | <p>【入院】</p> <ul style="list-style-type: none"> 骨折の医療費が最も高く、4位以下は慢性腎臓病(透析あり)、不整脈、認知症、肺炎、パーキンソン病、心臓弁膜症、大腸がんとなっている。 骨折の医療費は令和4年度は2位であったが、それ以外は1位であり、経年でも医療費が増加している。 <p>【外来】</p> <ul style="list-style-type: none"> 糖尿病にかかる医療費が最も高く、4位以下は、関節疾患、高血圧症、骨粗しょう症、脂質異常症、前立腺がん、肺がん、緑内障となっている。 糖尿病の医療費は、H29年度は3位、R1年度に2位となり、R3年度に1位となり、経年で増加している。 糖尿病や高血圧等の重症化がリスク因子となる、慢性腎臓病(透析あり)にかかる外来医療費は糖尿病の次に高いが、経年でみると横ばいである。 患者千人当たり生活習慣病新規患者数が一番多いのは、筋・骨格で73,389人で、2番目に多い高血圧23,055人の、2倍近くの患者数であった。 | |
| | 一人当たり 入院医療費 | 342,597 | 円 (横這い) | | |
| | 疾病分類別入院 医療費 (細小分類) | 第1位 | 骨折 | | |
| | | 第2位 | 脳梗塞 | | |
| | | 第3位 | 関節疾患 | | |
| | 疾病分類別外来 医療費 (細小分類) | 第1位 | 糖尿病 | | |
| 第2位 | | 慢性腎臓病(透析あり) | | | |
| 第3位 | | 不整脈 | | | |
| 介護 | 要介護認定率 | 21.7 | % (徐々に増加) | <ul style="list-style-type: none"> 要介護認定率はR3年度より0.3%下がっているが経年でみると徐々に高くなっており、都と比較しても若干高い。 75歳以上の要介護認定率は高く、要介護認定者数、介護給付費は増加している。今後、75歳以上の被保険者数の増加により、さらに増加することが見込まれる。 要介護者の有病状況は、高血圧症を含む心臓病が59.3%と最も多い。 軽度要介護認定者では心臓病、筋骨格系疾患が多いが、要介護度が重度になるほど、精神疾患が多くなっている。 | |
| | 居宅一人当たり 介護給付費 | 14,749 | 円 (横這い) | | |
| | 通いの場の 参加率 | 0.7 | % | | |

一体的実施・KDB活用支援ツールによるハイリスク者

| 令和5年度 | ハイリスク 該当人数 | ハイリスク 該当割合 | 都のハイリスク 割合 (R4) | 抽出条件 |
|------------------------|---------------|---------------|--------------------|---|
| 低栄養 | 466人 | 1.77% | (1.80%) | BMI ≤ 20かつ質6(体重変化)に該当 |
| 口腔 | 1,271人 | 4.83% | (6.72%) | 質4(咀嚼機能)、質5(嚥下機能)のいずれかに該当、 かつ過去1年歯科受診なし |
| 服薬(多剤) | 704人 | 2.67% | (3.35%) | 処方薬剤数15剤以上 (R4年5月診療分) |
| 服薬(睡眠薬) | 837人 | 3.18% | (3.71%) | 睡眠薬の処方あり、かつ質8(転倒)に該当、 質10(認知:物忘れ)と質11(認知:失見当識)両方に該当 |
| 身体的フレイル (ロコモ含む) | 2,632人 | 10.00% | (10.13%) | ・質1(健康状態)に該当かつ質7(歩行速度)に該当 ・質7(歩行速度)に該当かつ質8(転倒)に該当 |
| 重症化予防 (コントロール不良者) | 370人 | 1.41% | (1.14%) | HbA1c ≥ 8.0%またはBP ≥ 160/100 かつ対応する糖尿病・高血圧の薬剤処方履歴(1年間)なし |
| 重症化予防 (糖尿病等治療中断者) | 1,230人 | 4.67% | (6.41%) | 抽出年度の健診履歴なしかつ抽出前年度以前3年間に糖尿病・高 血圧の薬剤処方履歴ありかつ抽出年度に薬剤処方履歴なし |
| 重症化予防 (基礎疾患保有+フレイル) | 2,981人 | 11.33% | (12.03%) | 糖尿病治療中もしくは中断、または心不全、脳卒中等循環 器疾患あり、またはHbA1c 7.0%以上かつ質1(健康状態)、質 6(体重変化)、質8(転倒)、質13(外出頻度)のいずれかに該当 |
| 重症化予防 (腎機能不良未受診者) | 9人 | 0.03% | (0.03%) | eGFR < 45または尿蛋白(+)以上かつ医療(入院・外来・歯科) 未受診 |
| 健康状態不明者 | 394人 | 1.50% | (1.92%) | 抽出年度及び抽出前年度において健診受診なしかつレセプト(入 院・外来・歯科)履歴なしかつ要介護認定なし |

令和6年度 「いきいき健康プログラム」 事業計画

【事業A】 企画調整業務

高齢者の健康課題と取組の方向性

- ◆ 低栄養、咀嚼機能の低下はフレイルの進行リスクを高めるため、引き続き取り組んでいく。
- ◆ 骨折にかかる入院医療費は最も高く、年々増加している。軽度要介護認定者を見ても筋骨格系疾患が一番多いことから、身体的リスク者への支援を行う。



【事業B】 高齢者への支援業務

① ハイリスクアプローチ (R6.6.24時点)

- ◆ 低栄養予防
対象者：227人 プログラム参加希望者：13人6/24現在
- ◆ 口腔機能低下予防
対象者：458人 プログラム参加希望者：9人6/24現在
- ◆ 身体的フレイル予防
対象者：445人

【事業B】 高齢者への支援業務

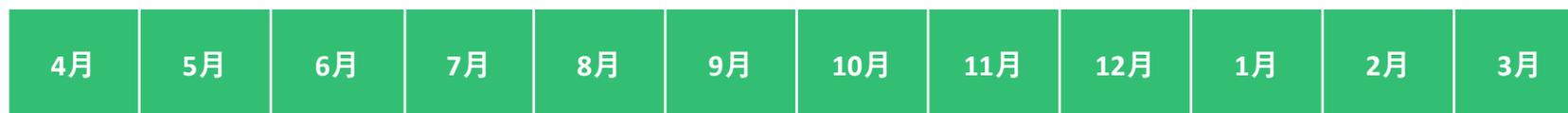
② ポピュレーションアプローチ

- ◆ 生活圏域ごとに、10か所の通いの場に関与していく。
- ◆ フレイル予防・転倒予防のための講座を実施し、実践につなげる。
- ◆ フレイルリスクチェックを行い、リスクのある者を早期発見し、地区担当保健師または相談機関につなげる。
- ◆ 令和5年度の健診時の質問票をもとに、フレイルリスクのある者を抽出し、フレイル予防のための通いの場や気軽に高齢者が相談できる場等を案内し、サービスへの接続を図る。

令和6年度 「いきいき健康プログラム」 事業計画

R6年度の実施スケジュール

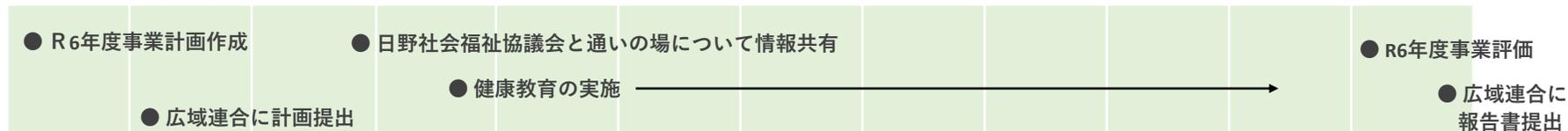
- ・ハイリスクは、KDBデータの対象者抽出を2回に分けて行い、訪問時期を分散させて実施。
- ・ポピュレーションは、保健師が地域との調整、進捗管理を行い通年で実施している。



ハイリスクアプローチ



ポピュレーションアプローチ



協議会・庁内外の連絡会議等



| 質問文 | 回答 ※囲みに対して対応考慮 | フレイル | 質問の意図 | かかりつけ医での初期対応 | 初期対応時の主な評価内容 | 想定される病態 | 問題がある場合の対応の概要 |
|---|--|----------------|---------------------------------------|--|---|--|---|
| 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 | 身体 精神 社会 | 全般的な健康状態の評価 | 身体疾患の関与を見直す 薬剤有害事象の有無を評価する | 身体疾患・老年症候群 ¹⁾ の診断 服薬アドヒアランスの確認 ポリファーマシー・薬物有害事象 ²⁾ うつ ³⁾ ・意欲の評価 生活支援者や介護者の評価、社会資源評価 | 臓器別疾患 老年症候群 薬物有害事象 うつ | ・保有疾患の管理不十分、既往疾患の再燃、新規疾患の発生に対しての検査、治療の追加・強化を検討する。 ・該当する症候の原因となる服用薬を確認する。 ・薬物有害事象の可能性を検討し、ポリファーマシー関連の問題について対応する。 |
| 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 | 身体 精神 社会 | うつ状態や QOL 低下を反映した生活満足度の評価 | QOL が低いと感じるポイント を聞く うつ・アパシーの有無を判断する 経済・社会状況要因を見直す | 精神・心理状態に影響する老年症候群 ¹⁾ QOL の評価 うつ ³⁾ ・意欲の評価 家族・生活環境、介護サービス利用を含む 経済・社会状況の評価 | 慢性疼痛、不眠、頻尿、 活動量低下など うつ、アパシー 孤独 | ・原因疾患や老年症候群があれば、それに対する治療 やケアを優先する。 ・うつ病であれば治療が必要であり、 専門医への紹介 も検討する。 ・家族・生活環境に応じて、地域包括支援センターや市町村 の保健事業担当等と連携し、地域資源の活用を検討する。 |
| 3 1日3食きちんと食べていますか？ | ① はい ② いいえ | 身体 精神 社会 | 食不振ならびに栄養の評価 | 食べていない理由を聞いて評価 すべき項目を判断する | 栄養状態の評価 ⁴⁾ 口腔機能、味覚・嗅覚評価 食欲低下の原因の鑑別診断 ⁵⁾ うつ ³⁾ ・意欲・認知症 ⁵⁾ の診断 家族・住環境、経済状況、介護必要度の判定 | 臓器別疾患 老年症候群 薬物有害事象 うつ、認知症 | ・食不振・低栄養の原因に応じた対応。 ・ 歯科との連携 。 ・市町村の管理栄養士等につなぎ、栄養相談・食事 指導を行う。 |
| 4 半年前に比べて硬いものが食べにくくなりましたか？ | ① はい ② いいえ | オーラル | 口腔内の器質的問題ならびに口腔機能低下の有無 | 口腔機能評価 | 口腔内診察（齦歯、歯周病、義歯の状態） 嚥下力 | 齦歯・歯周病、口腔機能 低下症、サルコペニア | ・咀嚼や摂食障害の存在により、栄養障害を引き起 こしている可能性があり、口腔内の評価のみならず、 栄養状態の評価を実施する。 歯科との連携 。 |
| 5 お茶や汁物などでむせることがありますか？ | ① はい ② いいえ | オーラル | 嚥下機能の評価 | 肺炎、脳血管障害の既往の確認 嚥下に関わる総合的機能評価 | 嚥下機能評価（反復唾液嚥下テスト ⁶⁾ ） 嚥下機能障害の鑑別診断 ⁶⁾ | 誤嚥、嚥下機能障害、 サルコペニア | ・嚥下リハビリや誤嚥予防などの介入を考慮する。 ・低栄養があれば栄養介入を考慮する。 |
| 6 6カ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか？ | ① はい ② いいえ | 身体 | 身体的フレイル・低栄養の評価 | 意図的な減量・治療中の病気による もの・原因不明に分類する | 栄養状態の評価 ⁴⁾ 、低栄養の鑑別診断 ⁴⁾ 意図しない体重減少の鑑別診断 | 低栄養 悪性疾患、炎症性疾患などの 身体疾患 フレイル、サルコペニア | ・原因となる疾患がある場合、適宜対応する。 ・原因となる疾患がない場合、栄養状態、運動（活動 性）、精神・心理、社会的背景（生活環境の変化） を評価し、介入を考慮する。 |
| 7 以前に比べて歩く速度が遅くなってきたと感じますか？ | ① はい ② いいえ | 身体 | サルコペニア、ロコモティブシンドロームなどの運動機能低下や転倒リスクの評価 | 歩行状態を確認する 脊柱管狭窄症、変形性脊椎症、変形性 関節症など整形外科疾患の鑑別 | 歩行状態の評価と歩行障害の鑑別診断 ⁴⁾ 心肺機能の評価 握力測定、ロコモテスト ⁸⁾ 、指輪軸テスト ⁷⁾ | ロコモティブシンドローム 心不全、COPD、サルコペニア 感覚器疾患、神経疾患 脆弱性骨折、骨粗鬆症 薬物有害事象 慢性硬膜下血腫 | ・原因となる疾患がある場合、適宜対応する。 ・ロコモ・サルコペニア・フレイルに対する運動・ 栄養介入を考慮する。 |
| 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 | 身体 | 転倒リスク（内的要因・外的要因）や転倒関連疾患の評価 | 転倒時の状況、頭部外傷の有無、 骨折の既往の聴取、骨粗鬆症の評価 ⁹⁾ | 転倒の外的要因 ⁴⁾ ・内的要因の診断 ⁴⁾ ロコモ度テスト ⁸⁾ 骨粗鬆症関連検査 | 脆弱性骨折、骨粗鬆症 薬物有害事象 慢性硬膜下血腫 | ・転倒関連疾患に介入する。 ・ロコモレなどの運動介入や内的要因・外的要因の 軽減、除去を考慮する。 |
| 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 | 身体 | 運動習慣の評価 | 社会資源活用（運動教室、スポーツ センターなど）の必要性を判断する | 家族・住環境、経済状況の把握と運動 を阻害する身体疾患の鑑別、慢性疾患の 評価 | ・フレイル予防や健康長寿に向けて運動習慣の大切 さを伝える。 ・介護予防教室等の紹介、地域包括支援センターとの 連携、慢性疾患管理としての運動療法を考慮する。 | |
| 10 周りの人から「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあるとされていますか？ | ① はい ② いいえ | 精神 | 記憶力低下の評価 | 認知機能検査の必要性を判断する | 認知機能評価 ⁹⁾ 認知機能障害の鑑別診断または専門医への 紹介 | 認知機能障害 | ・認知症の診断を行う以外に地域包括支援センター の紹介や、地域で提供しているサービスの利用を検討 する。 その際、各地域で作成されている認知症ケアマニ ュアルを参考にする。 ・ 認知症サポート医との連携 。 |
| 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 | 精神 | 見当識低下の評価 | | | | |
| 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 | - | | 呼吸器症状の問診、喫煙歴の聴取 | 呼吸機能評価、必要に応じて胸部 Xp | COPD など | ・過去の喫煙歴がある者に対しても、呼吸器症状 の問診、喫煙歴の聴取、胸部レントゲンの評価を 行うことを考慮。 |
| 13 週に1回以上は外出していますか？ | ① はい ② いいえ | 社会 | 閉じこもりリスクの評価 | 外出頻度と閉じこもりのリスクを 判断する | 外出を妨げる原因の評価（2 抑うつ、 6 体重減少、7-9 運動器、10-11 認知、 その他の身体疾患、家族・住環境） | 身体疾患（心不全や神経・ 運動器疾患など） うつ・アパシー・認知症 閉じこもり、社会的孤立 | ・各原因に対する対応策を検討する。 ・ 介護予防事業の活用 。 |
| 14 ふだん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 | 社会 | 社会的フレイルの評価 | 社会資源活用の必要性を判断する | 家族・住環境、介護状況 必要に応じて質問票を用いた評価 ¹⁰⁾ | | ・ 地域包括支援センター や福祉課と連携して対応する。 また、地域の交通事情にも配慮し、地域資源の活用 を検討する。 ・13～15で2項目以上「いいえ」で、質問1、2で 良好ではない場合、地域包括支援センターや市町村 の保健事業担当などの相談窓口を紹介する。 |
| 15 体調が悪い時に、身近に相談できる人がいますか？ | ① はい ② いいえ | 社会 | | | | | |