

神奈川県大和市における 栄養指導・重症化予防の取組について ～先行的な取組により見えてきたこと～

平成28年11月2日(水)

大和市健康づくり推進課

I 低栄養防止の取組

- 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; 平成26年度大和市介護予防アンケートより抽出 (主管課; 高齢福祉課)
(介護認定者を除く65歳以上の市民を対象)
(基本チェックリスト25項目を含む) (回答率70%)

- 選定条件; 基本チェックリスト2項目該当

✓ BMI18.5未満

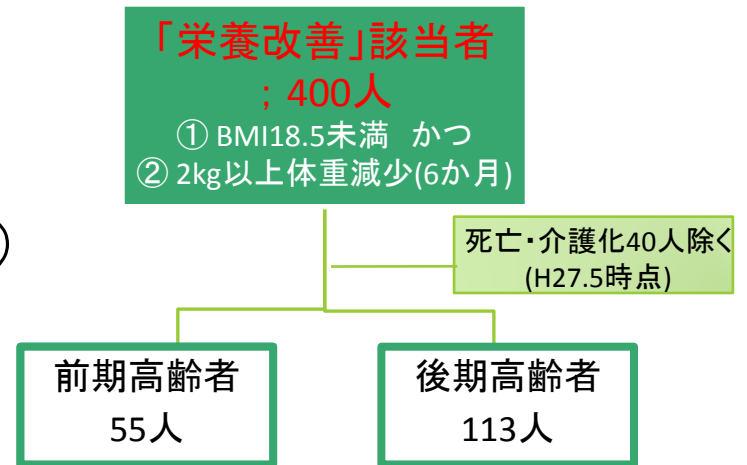
✓ 6か月で2kgの体重減少

⇒ 栄養改善該当者400人 (該当率1.3%)

- 訪問期間; 平成27年5月～ (6か月1クール)

- 進捗; 168人中108人訪問終了

(H28.9月末時点)



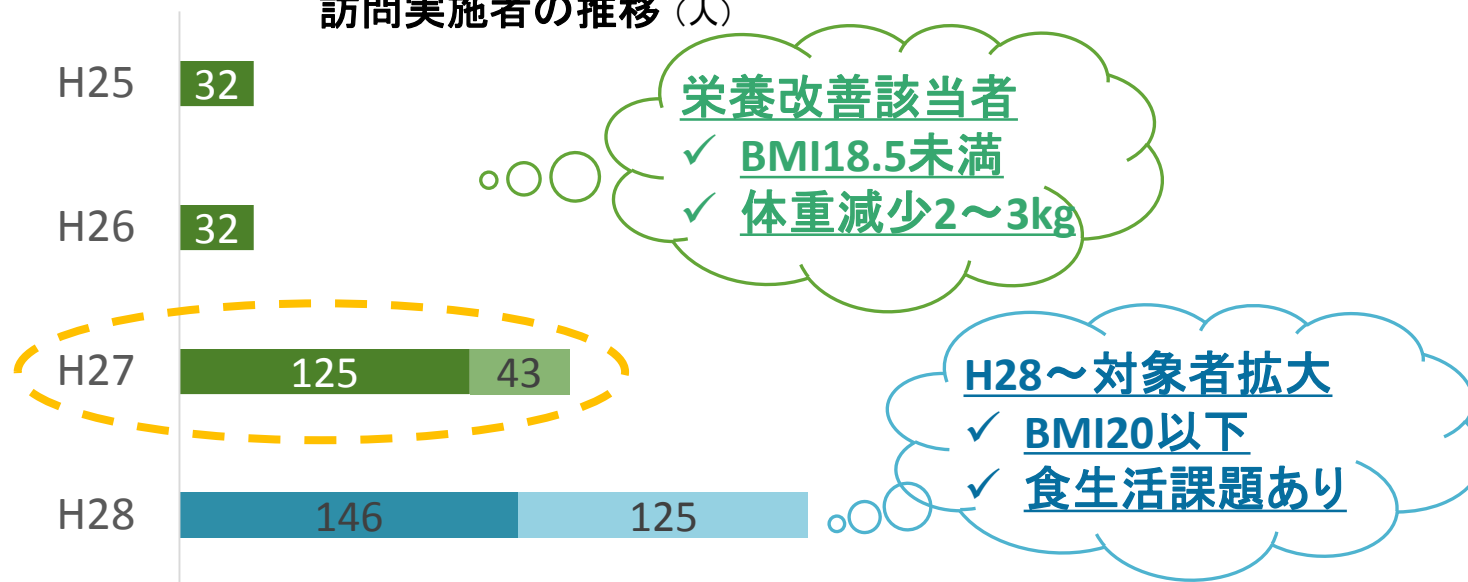
※ 後期高齢者の一部、県栄養士会へ委託

結果1

訪問実施者増加、適時介入、対象者拡大

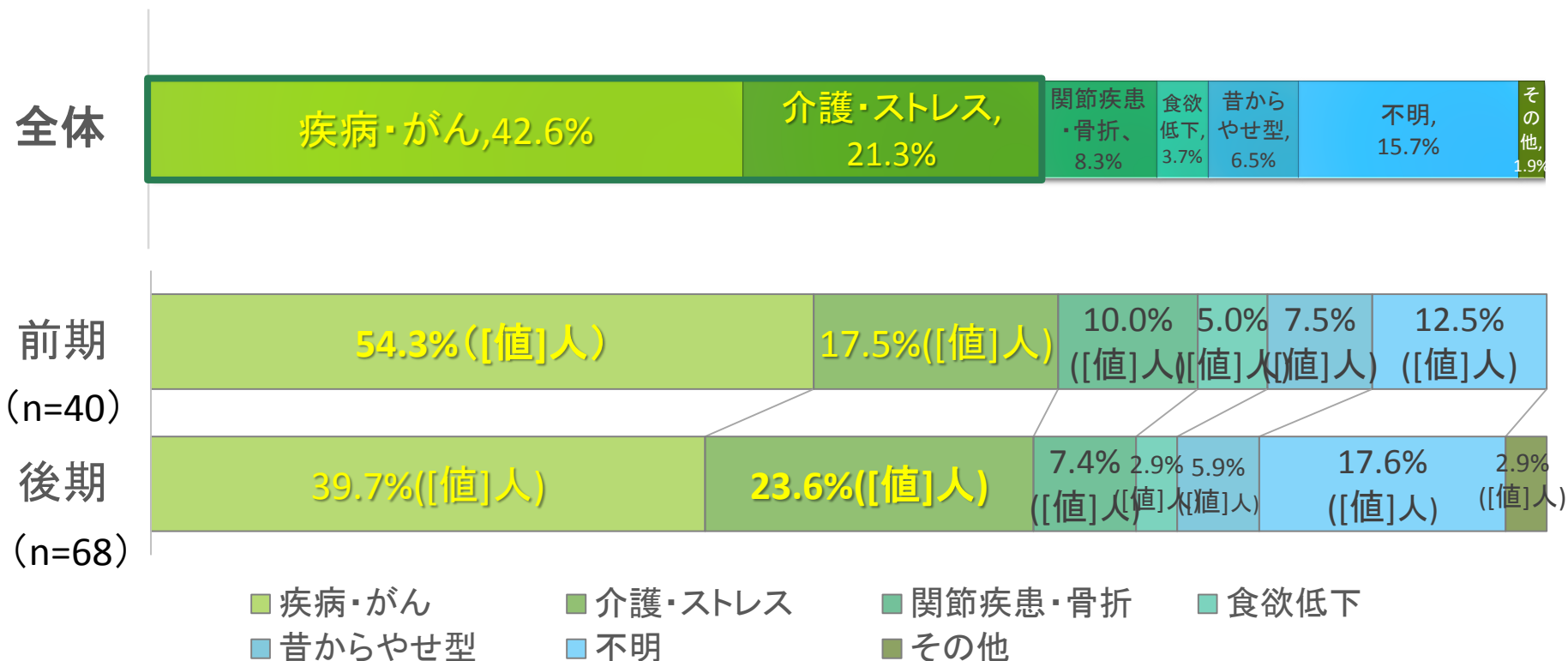
- 介入(訪問)までの期間短縮(2年→当年)
- 訪問対象者拡大
- 市訪問従事 管理栄養士増員(2名→4名)

訪問実施者の推移 (人)



低栄養の原因の把握(体重減少の理由) (初回訪問の聞き取りより)

- 全体; 疾病・がん、介護・ストレスがおよそ2/3を占める
- 前期では疾病・がんが半数以上を占め、後期では原因が多岐に渡る(複雑化)



栄養相談内容

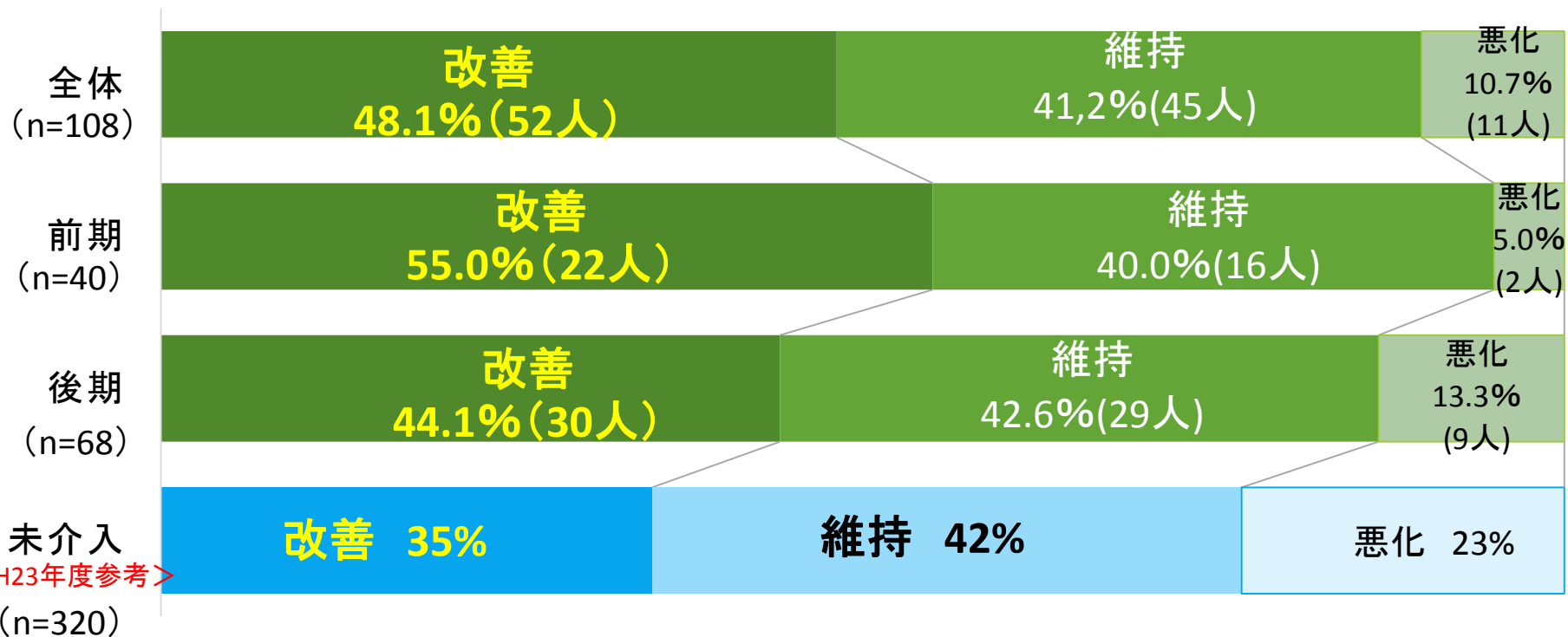
体重減少の原因	アプローチ内容	年代別にみた特徴
疾病・がん (消化器系、呼吸器系、がん等)	・疾病に応じた栄養指導 (腎機能悪化や糖尿病、胃切除等)	前期
食材調達の方法 (買い物回数の減少)	・軽くて高エネルギー食品等の紹介 ・配食弁当の紹介 ・食材の宅配の紹介 ・コミュニティーバスの時刻表の配布	
買い物内容の助言 (食事回数・量の減少)	・欠食の解消、補食 ・同じ価格帯での代替食の提案 ・日持ちのする食品(缶詰等)の利用	後期
孤食	・共食を増やす(家族、友達) ・地域の老人会・サロン等の案内	後期
その他	・介護・ストレス・生活状況の傾聴 ・歯科診療の勧め	後期

結果4

～訪問後の体重変化～

およそ9割の者が体重維持・改善

- 全体;パイロット地区(H25年度)と同等の実績
- 前期は後期より改善者が多く、悪化者は約1/3だった



訪問終了者108名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

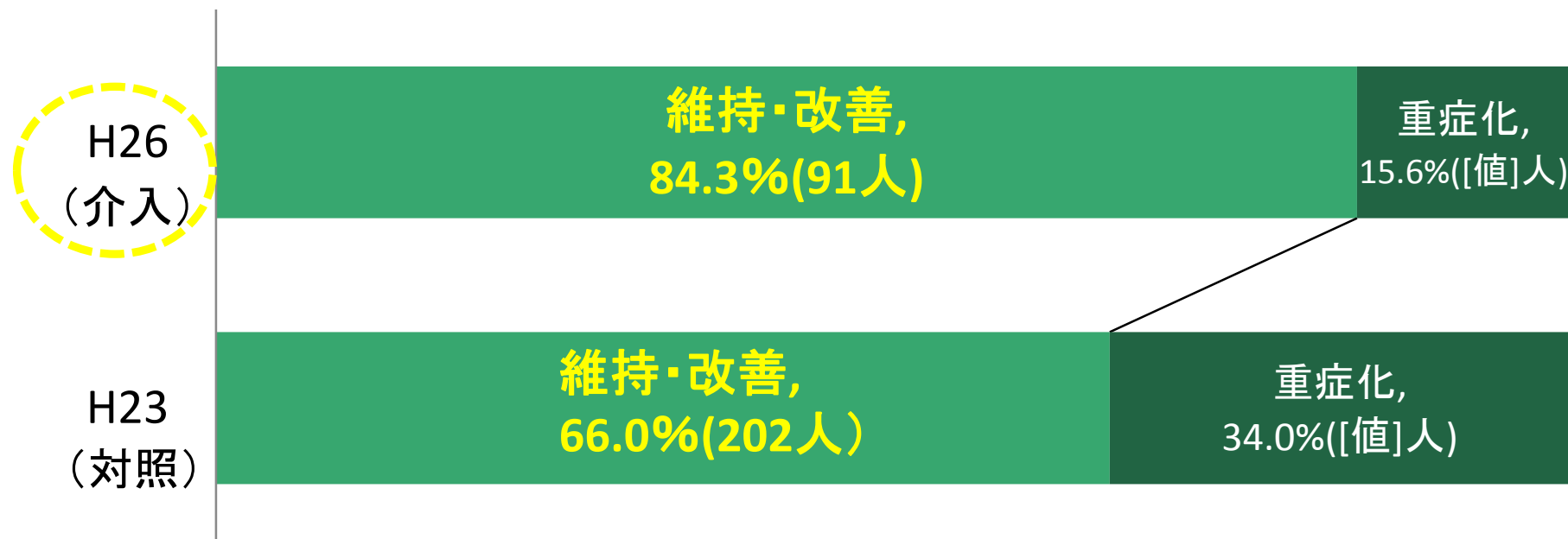
※ 体重の評価;改善=1kg以上増加、維持=変化1kg未満、悪化=1kg以上減少

結果5

～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1/2以下に！

- 維持・改善の割合は1.3倍、重症化は1/2以下

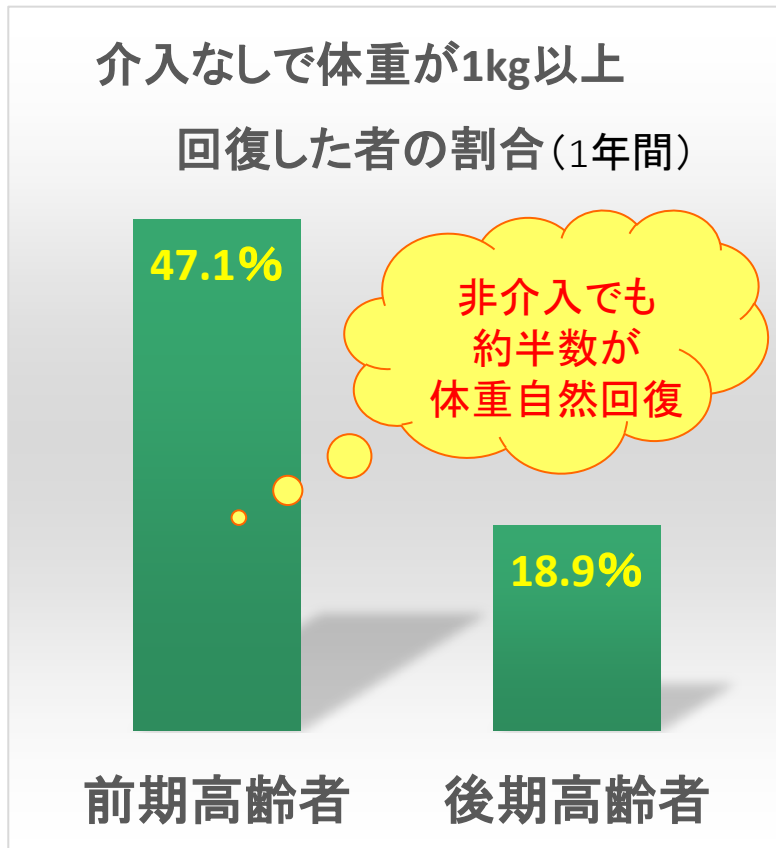


介入 ; 訪問終了者108名の結果(2年後の状況を追跡調査(H28.9月末時点))

対照 ; 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)(H25.9月末)

※ 重症化 ; 介護化 (要介護・要支援) + 死亡の状況

低栄養防止の必要性について広く周知する必要あり



- 前期高齢者;
介入なしでも体重回復傾向あり
ポピュレーションアプローチとして、普及啓発も重要
⇒ 重症化の先送り
- 後期高齢者;
背景・原因も複雑化し、
個別のハイリスクアプローチ
が求められる

(H23栄養改善該当者のH23-24健診データ比較)

Ⅱ CKD(糖尿病性腎症重症化予防)の取組

- 目的;腎機能低下の所見がある糖尿病患者について個別訪問を行い、腎症の重症化を防ぐ。

- 対象者; 平成27年度大和市特定健診または長寿健診を受けた者のうち
下記両条件に該当する者。

① HbA1c 6.5%以上 かつ 空腹時血糖126mg/dl以上

② eGFR 60ml/min/1.73m²以下

- 訪問期間;平成27年10月～(6か月1クール)

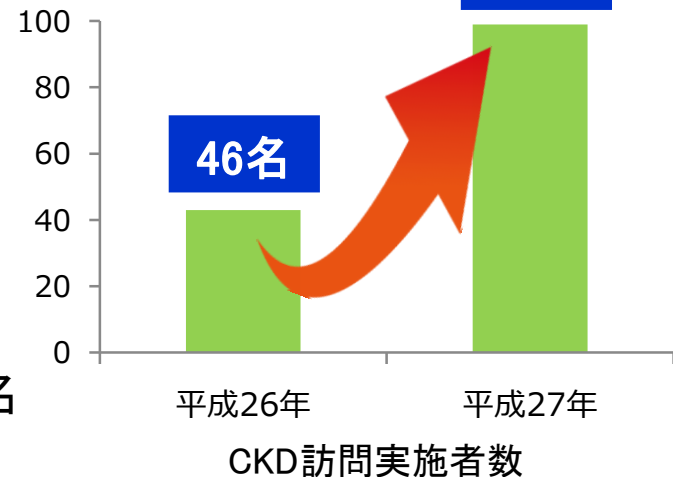
- 進捗;全289名中**96名**訪問 (H28.9月末時点)

→**重症度の高い者**(eGFR45以下)を優先して訪問

平均年齢 78.6歳(前期19名、後期77名)

平均BMI 24.3(24以上 58名/96名中)

HbA1c分布 6%台 36名 7%台 42名 8%以上 18名



結果1

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課題の集計結果

課題		人数	支援内容
栄養過剰摂取	エネルギー過剰摂取	23	<ul style="list-style-type: none"> ・摂取エネルギー量の調整(調理法の変更、主食量調整) ・栄養素バランスの修正
	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	塩分過剰摂取	11	<ul style="list-style-type: none"> ・アルコール、間食の適正化 ・野菜の調理法説明 ・配食サービス利用提案
	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	活動量低下	12	<ul style="list-style-type: none"> ・活動量増加のための提案 ・正しい減量ペース提案 ・禁煙支援
	過体重	5	
	低体重	1	
	ストレス	2	
	喫煙	1	
知識不足	病識不足	9	<ul style="list-style-type: none"> ・病態の説明と治療必要性説明 ・受診勧奨
	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

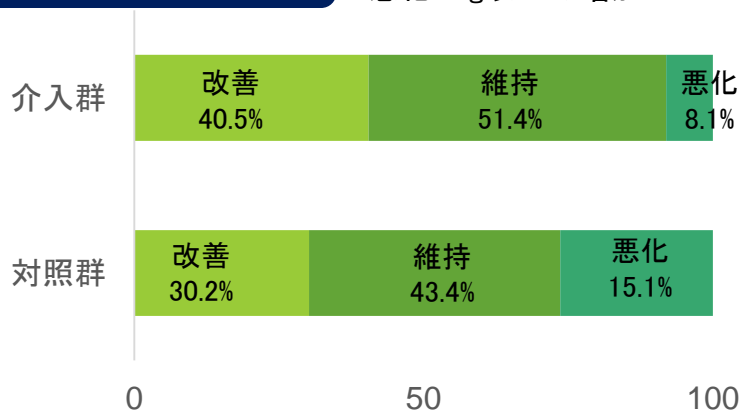
結果2

経過

介入群: H28.10.14現在で評価データが揃っている37名
対照群: 同上57名

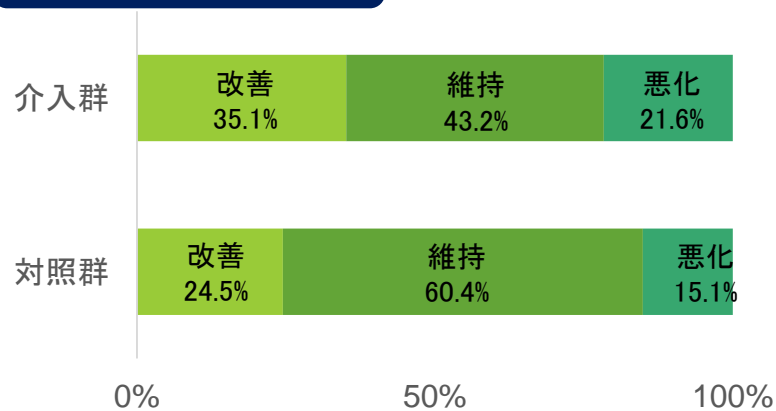
体重の変化

改善: 1kg以上の減少
悪化: 1kg以上の増加



HbA1cの変化

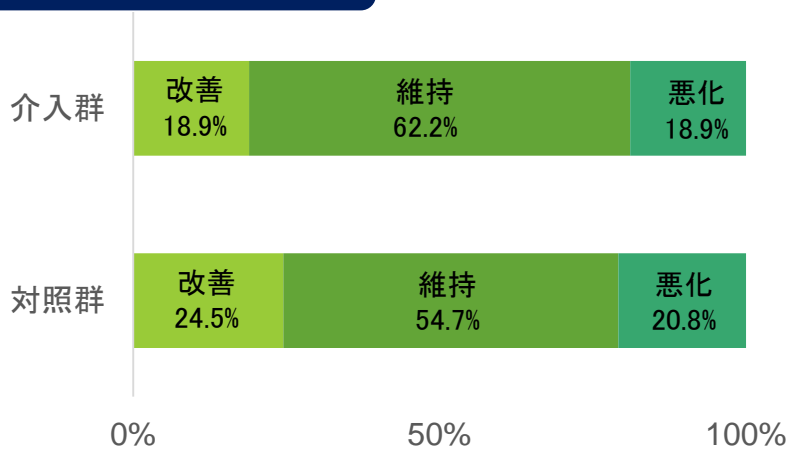
改善: 0.5%以上の減少
悪化: 0.5%以上の増加



※介入群で悪化した者はほぼ80歳代

eGFRの変化

改善: 5ml/min/1.73m²以上増加



介入群: CKD対象者のうち、管理栄養士が1回以上面会し、
栄養相談を実施した群

対照群: CKD対象者のうち、不在等の理由で
栄養相談を実施していない群

課題・まとめ

- 低栄養防止対象者の前期高齢者は媒体等による普及啓発、後期高齢者は個別対応が必要である。
- CKD対象者の多くは医療にかかっているが、食事や運動について主治医の指示を把握していない場合が多い。効果的な支援のために主治医や医師会と連携する仕組みが必要である。(ツールについて現在検討中)
また、7割以上が後期高齢者であり、多様な生活背景と相反する課題(過体重とサルコペニア、フレイル)を持っている場合が多いため、スキルの向上が求められる。また、地域の特性に応じて個別に適切に栄養相談できることが重要である。
- 市町村栄養士は、後期高齢者医療広域連合と定期的な連携を図り、本事業を持続可能とする仕組みが求められている。