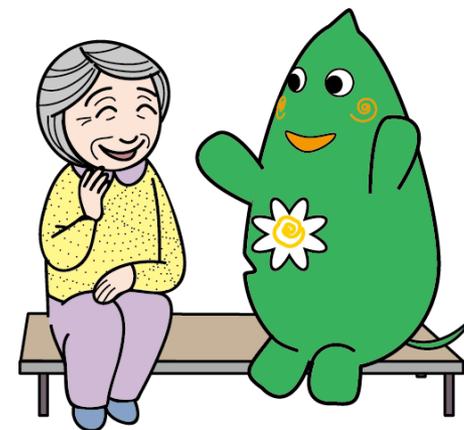


大和市における 管理栄養士による糖尿性腎症 重症化予防活動

平成28年5月19日（木）

大和市 健康福祉部
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」

大和市の概要



平成28年 5月 1日現在

全人口 235,094人

高齢者人口（65歳以上） 53,763人

高齢化率 22.9% 後期高齢化率 10.0%

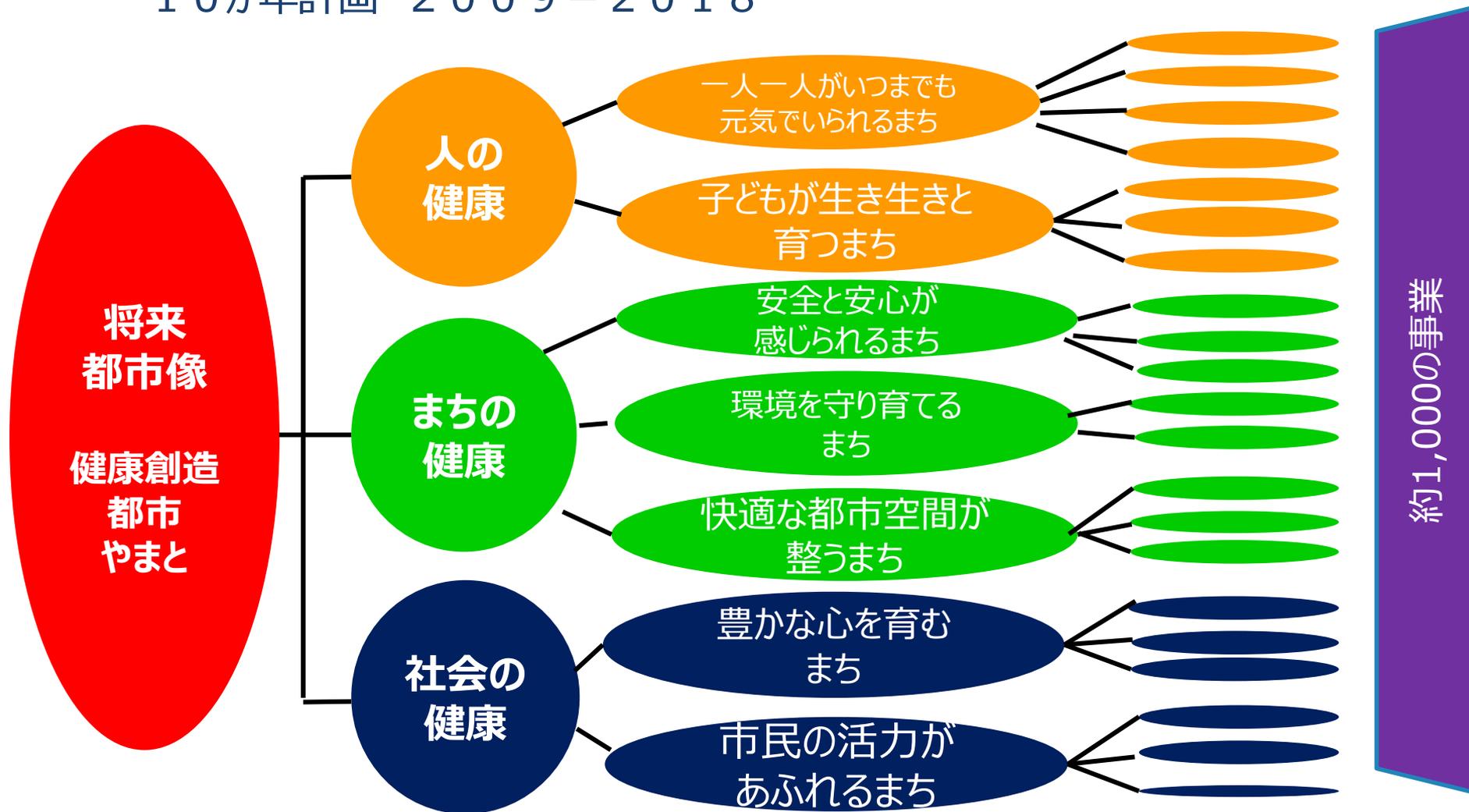
資料：大和市日常生活圏域高齢者等統計より

大和市の健康政策の特徴

「健康都市やまと」宣言 2009

第8次総合計画：すべての政策で3つの健康を

10か年計画 2009-2018



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%

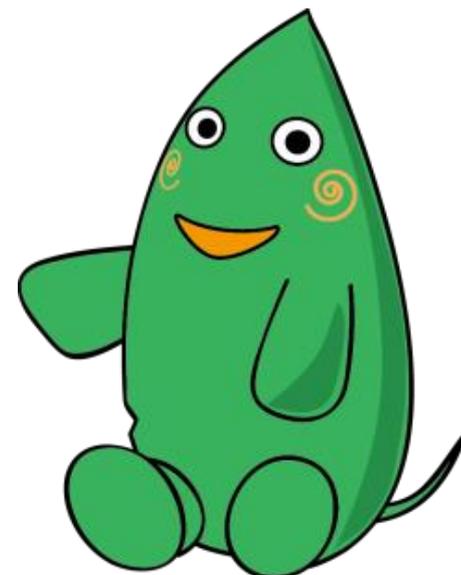


平成26年度
KDBシステムより

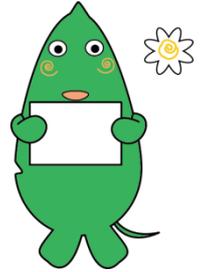
障がい福祉課
身障者手帳
腎1級のデータより

原因疾患 1位 糖尿病性腎症 52%

糖尿病性腎症 訪問活動の実際と結果



27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」

- 健康づくり推進課では平成25年度より管理栄養士1名・保健師3名を増員。「モデル地区」を設定し、訪問重視の保健活動を開始した。

【訪問体制】 健康づくり推進課

慢性腎臓病（CKD）の重症度分類による 原疾患が糖尿病によるもの

保健師・・・CKDのStage II（腎機能 正常または軽度低下）

管理栄養士・・・CKDのStage III～IV（軽度低下より高度低下）

→ **訪問栄養指導 3名体制**

透析導入防止の重点

モデル地区

個別指導の重点
ターゲット

Stage II
重症化予防

892人

保健師
集団、個別
指導

Stage III
重症化予防

65人

管理栄養士
個別指導

Stage IV
透析予防

13人

管理栄養士
個別指導

Stage V
透析遅延

3人

管理栄養士
個別指導

透

析

対象者と期間

対象者

平成25、26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）
モデル地区 78名

3つ該当

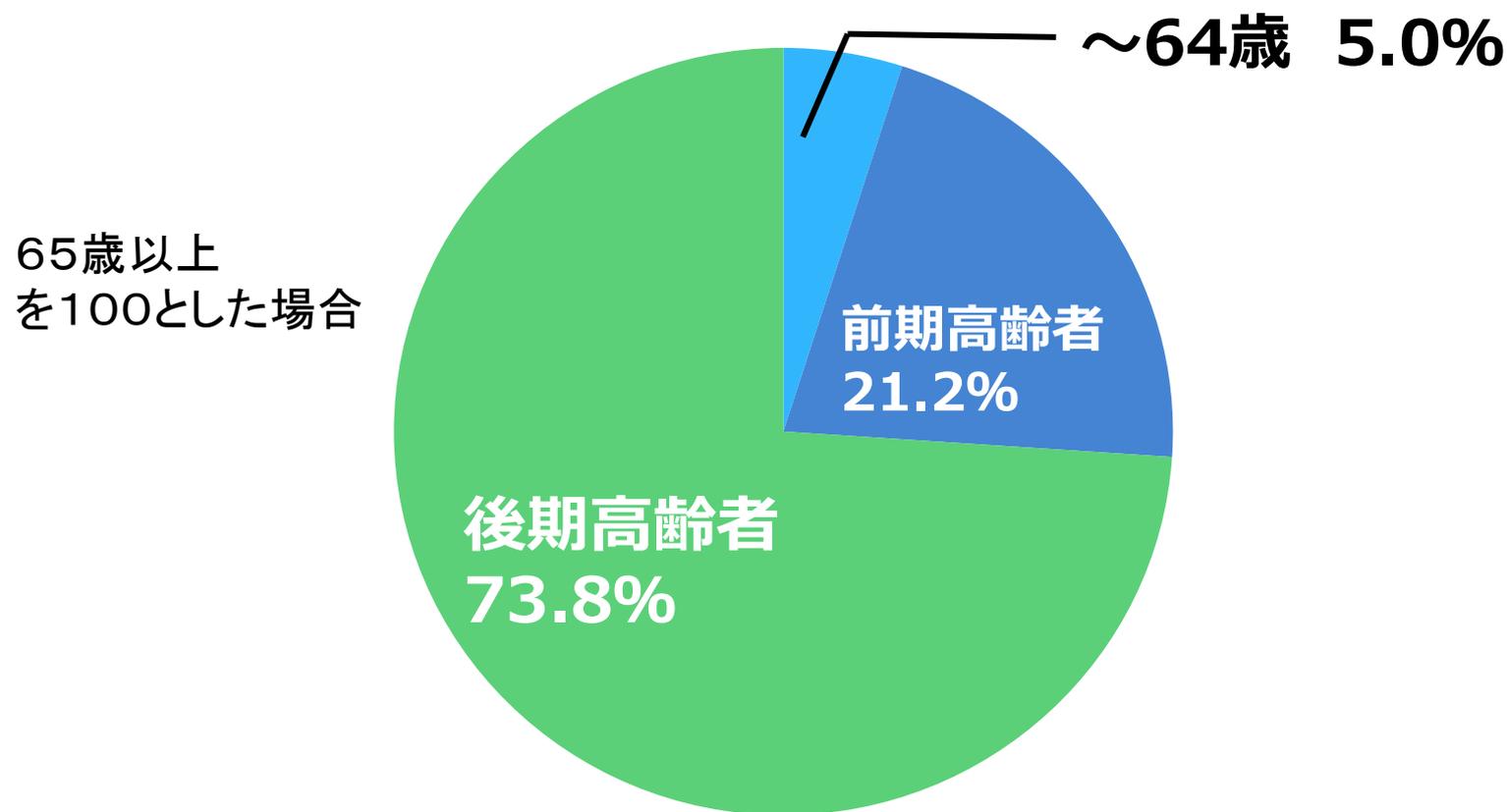
- HbA1c 6.5%以上
- 空腹時血糖 126mg/dl以上
- eGFR 45ml/分/1.73m²以下

特定健診受診率 34.5%（平成25年）

長寿健診 // 43.6%

平成27年 CKD訪問対象者 年齢構成

65歳以上 135名 (95%)



・CKD男女比 男：女≒6：4

平成26年6月～平成27年1月（うち6か月間）

期間

栄養指導内容・・・6か月1クール



大和市イベントキャラクター「ヤマトン」

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

結果① 栄養指導内容

複数該当あり

分類	課題	指導内容	人数
食 べ 方	食後高血糖	・血糖値の上がりにくい食べ方や食品の指導	38
	欠食・間食	・血糖コントロールの必要性とその方法の指導	
病 態 別	エネルギー出納	・摂取量と活動量を踏まえた減量指導 ・糖質、脂質を利用したエネルギー補充	32
	塩分制限	・間食、外食、調味料の減塩指導	
	たんぱく質制限	ステージに応じたたんぱく質、食事量指導 ・低たんぱく食品の紹介	
知 識	認識の違い	・現状の食事と指示量の乖離を訂正 ・低血糖用のあめとノンシュガーあめの分別 ・カリウム制限の調理法の指導	17
	低血糖	・安定した食事摂取の必要性の指導 ・単位配分の調整	

服薬 自己判断による中断・中止、飲み忘れあり

25人

結果② 対象者行動変容

食事の変化

- ・ 適正エネルギー摂取
- ・ 間食・清涼飲料水の減少
- ・ 漬物・味噌汁等塩分減少
- ・ カリウム制限の調理法が出来るようになった
- ・ 食品数（野菜等）の増加

運動の変化

- ・ 歩数の増加（5千歩）
- ・ 運動時間の変化
- ・ 運動量増加（散歩、ストレッチ）
- ・ 通勤方法の変化 自転車→徒歩

その他の変化

- ・ 服薬の適正化
- ・ 血圧測定の実行化

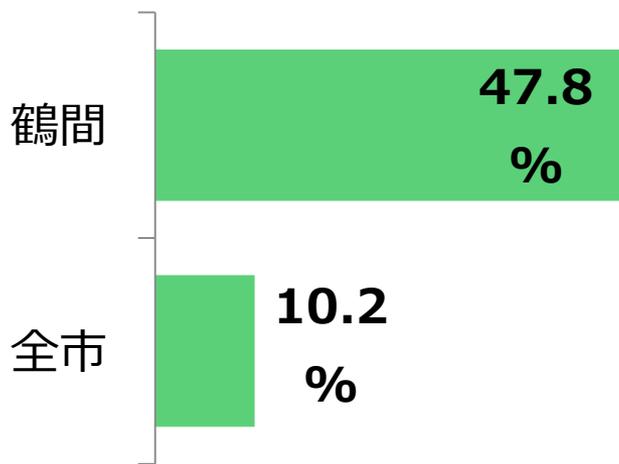
対象者 反応

- ・ 医師より数値の改善を褒められた
- ・ 食事療法が自宅で出来るようになってよかった
- ・ 病院にかかっているのでも来てくれなくて結構です・・・(若干名)

結果③ CKDの病態の改善

前期 + 後期高齢者
鶴間モデル地区78名

HbA1c0.5%以上の改善割合



**未指導者の
約5倍の効果**

CKDステージの変化



**未指導者の
約6倍の効果**

鶴間：数値のとれた23人中 全市：継続受診228(255)人中

個人の聞き取り内容から

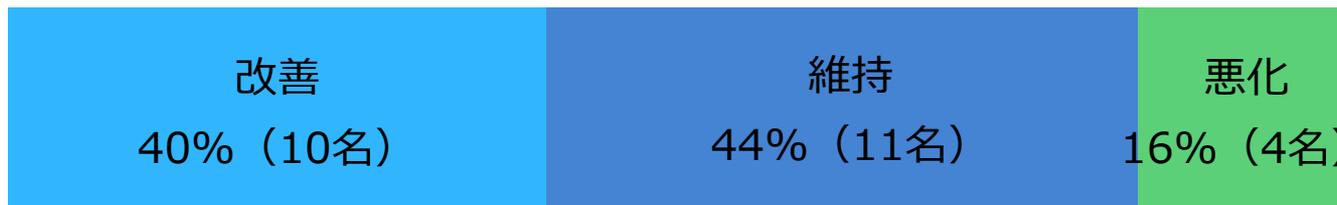
- 食事（療法）に対する不安・疑問（約8割）
色々な情報があり何をどうしていいかわからない
関心はあるが、今困っていないから、年だから・・・
- ほとんど管理栄養士による栄養指導を受けたことがない
（過去1年間 レセプトで確認）
- 男性の4割が以前3合以上の飲酒もしくは2箱位の喫煙
経験
- 3割以上の方が服薬管理が出来ていない
（自己判断で減量・中断、飲み忘れ）

参考：CKD病態の改善（26-27年度）

H28.2.8 現在
ほぼ後期高齢者のみ

HbA1cの変化

改善：0.5%以上の改善　悪化：0.5%以上の悪化



eGFRの変化

改善：5.0ml/min/1.73m³以上の増加　悪化：5.0ml/min/1.73m³以上の減少



→ 介入開始時eGFRが高い者の方が改善割合が高い

H26年に訪問し、H27年に数値のとれた25人中

訪問活動マニュアル

大和市 生活習慣病予防事業マニュアル

～糖尿病を重点とした施策～

- 保健活動方針
- 健康日本21の糖尿病予防の
基本的考え方
- 個別支援の方法、帳票
など
- 実務の手引き

訪問時利用帳票

様式1-1
大和市

CKD栄養指導票(アセスメント・モニタリング)

番号	性別 男・女	電話番号	担当	係長	課長
フリガナ	年齢	生年月日			
氏名	介護度	地区			
住所 千					

【主訴】 _____
 【現病歴】 _____
 【既往歴】 _____
 【家族歴】 _____
 【生活歴】 _____
 【食生活】 _____
 【今までの栄養介入】 _____

【その他】	糖尿病歴	高血圧歴	脂質異常症	腎臓病	心臓病	脳血管障害	認知症	その他
	有/無	有/無	有/無	有/無	有/無	有/無	有/無	有/無

【スクリーニング項目】

	初回 (月 日)	中間 (月 日)	終了時 (月 日)
問診			
体重(Kg)			
血圧			
血糖			
尿糖			
【アセスメント】			
1日の食事回数	回/日	回/日	回/日
治療用特製食品	ある()なし	ある()なし	ある()なし
食欲の有無	あり なし	あり なし	あり なし
共食の有無	はい()いいえ	はい()いいえ	はい()いいえ
主観的満足度*	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
自己効力感**	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4

*「あなたは自分の健康状態をどう思いますか？」 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
 **「あなたは自分の健康状態を良くするために、自分で食事の調整をできると思いますか？」
 1:できると思う 2:どちらからかと思えばできると思う 3:どちらからかといえませんができないと思う 4:できないと思う

【メモ】

【アセスメント】 _____ 【記入例】 _____

主訴、既往歴、食習慣、
運動習慣、アセスメント結果 等

結果④ 医療費削減効果

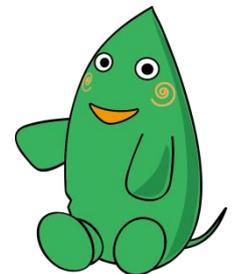
① 平成26年度 栄養指導による年間医療費削減割合

約 13.3%

- ・一人当たり53,200円削減
- ・年間約40万円
- ・薬剤の使用減による

② 平成26年度 栄養指導による透析導入予防

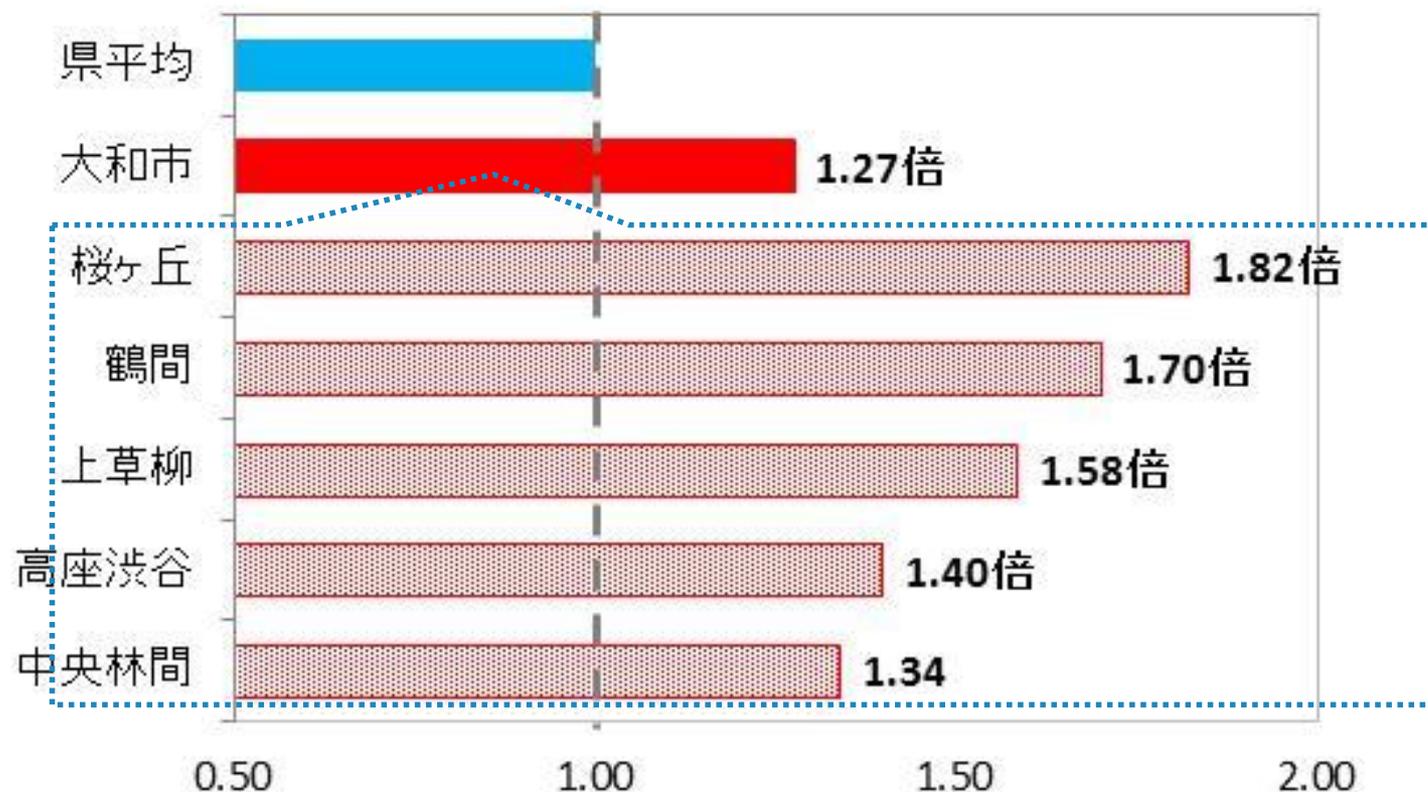
約 1,300万円 (2名) 一人当たり650万円 合併症含



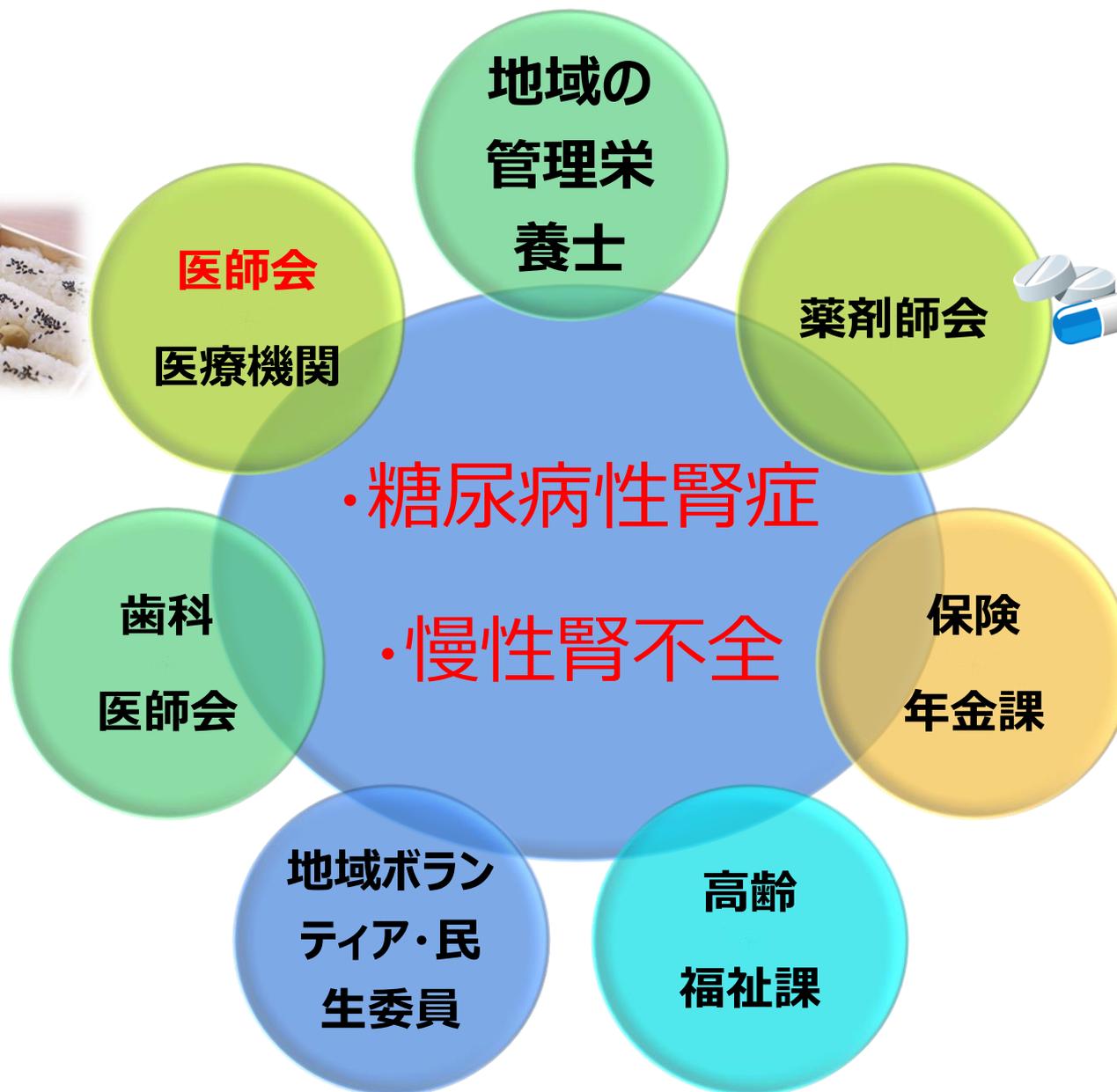
【参考】KDB医療費分析からみた地区の特徴（県比較）

- 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



H27～29年 厚生労働省後期高齢医療モデル事業訪問栄養指導



在宅医療介護支援センター（医師会）
地域ケア会議

27年まで糖尿病重症化予防プログラム 評価(大和市例)

ストラクチャー

- 後期高齢者・・・神奈川県栄養士会委託(厚労省モデル事業)
- 医師会・医療機関との連携 ・マニュアル作成
- 庁内(保険年金・高齢福祉)連携 ・多職種連携(歯科医師・薬剤師等)

プロセス

- 課題の把握
- プログラムの進捗状況

アウトプット

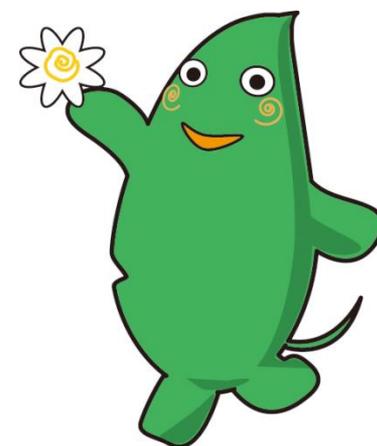
- 訪問実施数
- 事例検討会
- 講演会等

アウトカム

- HbA1c変化
- CKDステージ変化
- 医療費効果(レセプト)
- QOL (quality of Life)

今後の活動について

糖尿病性腎症重症化プログラム



大和市イベントキャラクター「ヤマトン」

H28年度 糖尿病腎症重症化予防プログラム 対象者と期間

対象者

平成27年度特定健診・長寿健診の結果より
糖尿病性腎症（CKD第3期以上）を抽出

- HbA1c 6.5%以上
- eGFR 45ml/分/1.73m²以下

前期高齢者 **30名**
後期高齢者 **105名**

うち**70名分**の訪問を「後期高齢者低栄養・重症化予防等推進事業モデル事業」
の中で県栄養士会へ委託

期間

平成28年6月～平成29年2月（予定）

まとめ

- CKDの訪問栄養指導は、病態の安定と医療費削減効果、透析導入予防効果がみられた。
- 大和市の訪問栄養指導マニュアルを作成した。
- 服薬管理が出来ていなかった対象者が3割以上存在した
⇒薬剤師会と協働（個別相談会・講演会）
- **後期高齢者が8割**と多く、病態が複数であるため、高度な専門知識・技術が必要であり、**医師会・医療機関をはじめ、多職種による連携システムが必須**である。
- **CKDの割合には地域性がある。**
- 優先順位を決めて限られた人材で戦略的に取り組む
- 積極的な介入と適切な評価が出来る**プログラムが重要**