

資料 4

吉池委員提出資料

栄養・食生活は、人が生きる上での基本となるものであるが、「国民の老後における健康の保持」という観点からは、生活習慣病の予防、後期高齢者への栄養ケア（生活機能低下の予防、食事を通じたQOLの向上）の2点を考える必要がある（図1）。

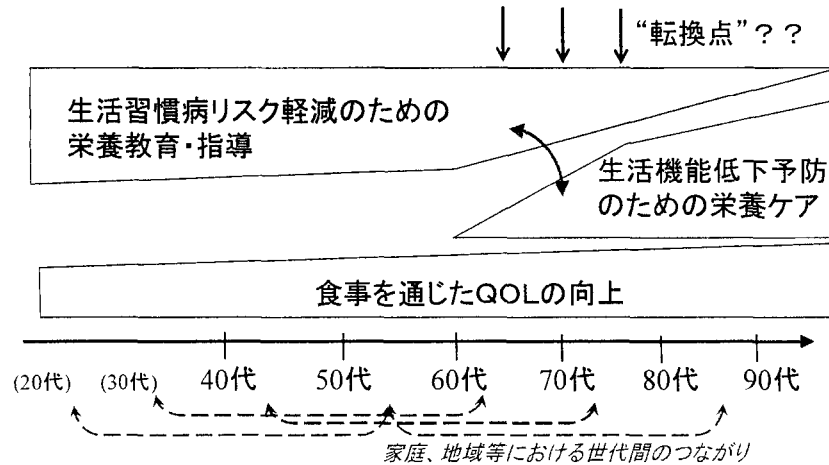


図1 食事改善を通じた「生活習慣病予防」と「生活機能低下予防、QOLの向上」（概念図）

比較的若年の層では、疾病や危険因子(肥満、高脂血症、高血圧、糖尿病等)との関連から食事摂取(質と量)をより望ましい方向へ定着させていく必要があるが、基本的に食生活は個人一人の意志・行動によって規定されるのではなく、家族等の周囲の者、“食環境”によって大きな影響を受ける(図2)ので、そのことを踏まえて統合的なアプローチ(老人保健事業の範囲に限らず)が考慮されるべきである。

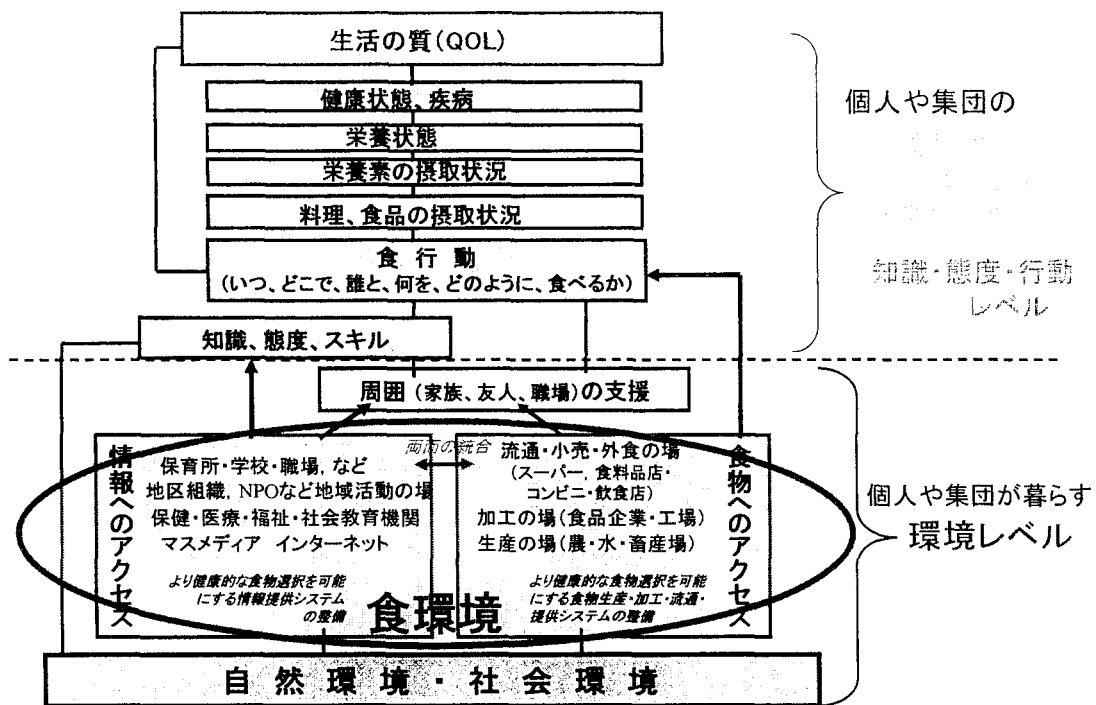


図2 栄養・食生活からの健康づくりと食環境との関係 (健康日本21 栄養・食生活分野の目標設定の枠組みを基に作成)

(厚生労働省健康局 健康づくりのための食環境整備に関する検討会報告書より引用)

一方、高齢者、特に後期高齢者については、主に“過剰摂取”に起因する生活習慣病リスクのコントロールということよりも、生活機能低下さらには介護を要する状態となることを予防するために必要な栄養ケア、人生の最終局面における“食事の楽しみ”といったQOL向上の観点から、地域（家庭）、施設等でのアプローチを考える必要がある（図1）。

どの年齢段階まで、“生活習慣病の予防”に力点が置かれるべきか（すなわち図1の“転換点”がどこか）については一律には論じがたい。例えば、日本動脈硬化学会「動脈硬化性疾患診療ガイドライン2002年版」においては、ガイドラインの対象範囲を65歳までとし、「75歳以上の高齢者では個々の患者の医学的、社会的背景を考慮して主治医の判断で対応すべきである」としている。

1) 生活習慣病予防という観点からの栄養・食生活へのアプローチ

【過去20年間に渡る老人保健事業の概観】

- それ以前から脳卒中対策として行われてきた減塩運動等、地域におけるハイリスク戦略とポピュレーション戦略を組み合わせた活動が、老人保健事業の中で全国展開されるようになった。
- 老人保健事業第2次計画（昭和62年）における重点健康教育及び重点健康相談において、生活習慣病予防のためのプログラムがより具体化され、第4次計画では個別健康教育が導入され、ハイリスク者に対する重点的な対策が行われるようになった。
- 健康日本21が老人保健事業第4次計画と時を同じに開始され、特に栄養・食生活領域においては、ポピュレーション戦略の重要性が強調されている。健康日本21地方計画等では、地域における“食環境整備”の取り組みも進んできている（図2）。

このように、老人保健事業における生活習慣病予防という観点からの栄養・食生活への取り組みは、過去の先駆的・モデル的な取り組みを普及させ、地域における健康日本21の推進という点からも十分に評価されるべきであると思われる。一方、今後のさらなる発展を期した場合には、下記のような事項に留意する必要があると思われる。

- ハイリスク戦略（個別的な対応）とポピュレーション戦略（地域等での取り組み）の効果的な組み合わせ
 - ・ 健康日本21（健康増進法）と老人保健事業（老人保健法）との関係
 - ・ ハイリスク者に対する医療との関係例) 個別的に“非薬物療法”を必要とするようなケースは、医療の対象とすべきではないか。
(ただし、医療側での受け皿（栄養指導・教育、運動指導他）が必要)
- 健康相談や健康教育等の回数や参加人数といった事業量（“投入量”（input））による目標値や評価指標から、個人及び地域全体における中・長期的な“outcome”による評価へ
 - ・ 健康日本21都道府県計画においても、事業量の指標が多い
 - ・ コスト（投資）面を含めての評価
- 管理栄養士による栄養・食生活プログラムの実施（食事全体としての栄養評価の必要性；第7次改定栄養所要量〔食事摂取基準〕（平成17年度～））
- 投資（input）とそれに見合う効果（output）のあるべき均衡点 → 市場原理の導入、公的サービスから民間への一部移譲。遺伝的素因の診断（DNAチップ等）とその結果に基づくテーラーメイド予防プログラム（将来的に）。

- 新しい情報チャンネルの活用（e-ラーニング、自己学習システム※）。※システム（機械）により完全に自動化された仕組みではなく、管理栄養士、保健師、医師等（＝支援者）による教育・指導を補助するシステム

2) 後期高齢者への栄養ケアという観点からのアプローチ

介護を要する状況の予防には、適切な栄養ケアが有効であることがわかってきている。なんらかの契機に十分な食事をとることができなくなり、たんぱく質、エネルギー等の不足により急激な体重減少が見られる場合には、それによりADLの低下、免疫機能の低下、うつ状態等に陥り、さらに栄養状態・健康状態が悪化することがある。このような状況（それがわずかな“落ち込み”であっても）を早期に捉えて適切なケアを行うことは、家庭でも、施設でも常に必要とされる。すなわち、生活機能の低下を予防するための栄養ケアサービスを必要な場で提供することが求められている（図3）。

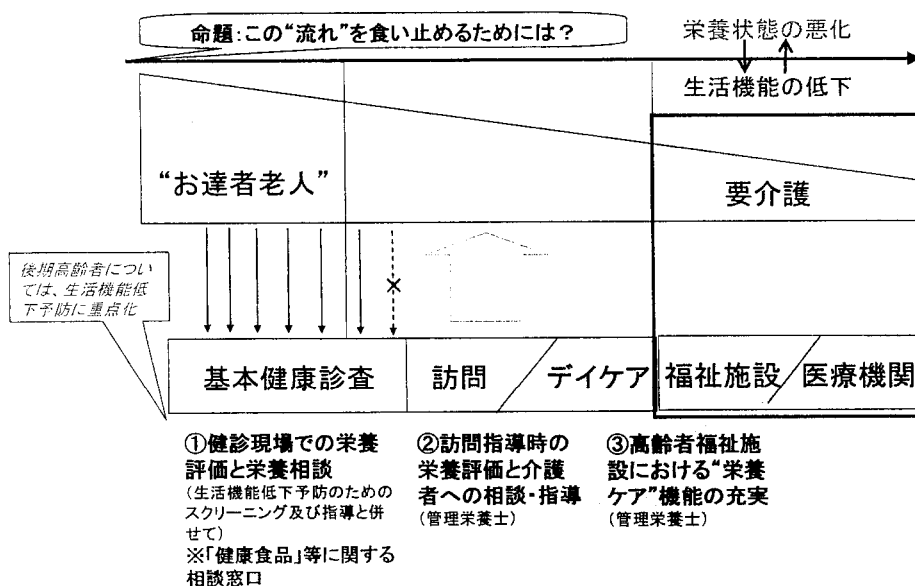


図3 生活機能低下予防のための栄養ケアサービスの提供の場

- 基本健康診査の場において、従来からの血圧、血液検査といった疾病リスクの評価とそのリスク軽減のための指導のみではなく、生活機能低下を予防する観点から、管理栄養士が健診会場で実施可能な簡易栄養評価と必要な相談・指導を本人や家族に行う（図中①）。
※その際、高齢者においてかなり使用されている「健康食品」に関して、適切な情報提供・指導を行うことのできる相談窓口を設ける。そのような対応のできる人材の育成や、市町村等に対して「健康食品」に関する最新情報を随時提供できるような仕組みをつくる。
- 健診に来ることができるのは、比較的元気な高齢者であるので、訪問看護・指導を要するような高齢者及びその家族に対しては、訪問チームに管理栄養士も加わり、積極的な栄養評価・ケアを行う（図中②）。
- 高齢者福祉施設等において、デイケアの場や入所者に対して、栄養評価や適切な栄養ケアを行うことのできるよう、人材の育成、マニュアルの整備等を行う（図中③）。

一方、高齢者では、疾病予防や低栄養状態の忌避のための“栄養ケア”の視点だけでは不十分で、食事の楽しさ・おいしさといったQOLにかかわる事も重視されるべきである。食事は、人と人とのつながりの中で満足感も高まるので、地域や施設での先駆的な取り組みに期待したい。