

教えて! 細島先生!

CKD診療ガイドライン2023から考える
食事療法の重要性

チーム医療で実践する CKD食事療法

～継続のコツは病診連携～

監修：新潟大学大学院医歯学総合研究科 腎研究センター 病態栄養学講座
特任准教授 細島 康宏 先生



(2023年9月取材)

慢性腎臓病(CKD)と生活習慣病の 関わりについて教えてください。

CKD患者は年々増加しており、日本の患者数は約1,330万人(成人のおよそ8人に1人)とされています¹⁾。CKDは糖尿病、高血圧などの生活習慣病が背景因子となって発症することが多く、末期腎不全(ESKD)や心血管疾患(CVD)発症の高リスク因子となります。ESKDやCVDの発症を抑制するためには、病態の連鎖を断ち切る集学的治療が必要と考えられます²⁾。生活習慣病を予防し、CKDの発症や進展を抑制する一つの方法として食事療法が大切です。

CKD患者さんに対する 食事療法について教えてください。

CKD患者さんに共通する食事療法における考え方の基本は、①たんぱく質制限、②適正なエネルギー摂取、③減塩、の3つです。

①たんぱく質制限

たんぱく質摂取量を制限することは、『エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン2023』³⁾において推奨されています。しかし、たんぱく質は、肉・魚だけでなく日本人の食事の基本となるお米や小麦にも含まれており、たんぱく質制限に取り組むと「おかずが少ない」、「食べ応えがない」などの抵抗を感じたり、摂取エネルギーが低下しがちになることが問題です(図1)。そこで市販の低たんぱく質食品の中でも、利用しやすいものとして低たんぱく質米を提案しています。図2は低たんぱく質米を使用した食事例で、一品、肉料理に変更になっています。このように主食を低たんぱく質米に置き換えると、肉や魚の量を増やし、食事の満足感が得やすくなるため、継続しやすくなると考えられます。

図1 腎臓病食(低たんぱく質米使用なし)



図2 低たんぱく質米を使用した食事



低たんぱく質米に置き換えたことで、
低たんぱく質菓子を肉料理に変更

細島康宏先生 ご提供

私達が栄養指導のみのCKD患者51名と栄養指導+低たんぱく質米使用のCKD患者51名を対象として行った多施設共同無作為化比較試験⁴⁾では、低たんぱく質米の使用はたんぱく質制限のアドヒアランスを向上させることが示唆されました。低たんぱく質米は栄養指導を理解して、食事療法を続けやすくするための有効なツールと考えられます。また、この試験では低たんぱく質米の使用により尿蛋白が減少することが示唆されたため、長期的な腎機能への影響評価を継続中です。

②適正なエネルギー摂取

先程も触れたように、過度なたんぱく質制限は低栄養につながりやすく、注意が必要です。高齢者、特にCKD患者では、栄養状態の悪化や活動性の低下等によりサルコペニア・フレイルのリスクが高くなります⁵⁾ので、筋肉量を維持するために、活動量に合わせたエネルギー摂取の必要があります。サルコペニアを併発したCKD患者さんでは、尿蛋白量や腎機能低下速度、ESKD絶対リスクなどからたんぱく質制限の是非を総合的に判断し、時には制限の緩和を行うなど、筋肉量や身体機能の低下に注意しましょう。ただし、たんぱく質制限を緩和しても、サルコペニア・フレイルが改善するわけではなく、無理のない範囲で運動することが必要です。定期的な栄養指導だけでなく、腎関連指標・栄養学的指標・サルコペニア指標などのモニタリングを適宜実施して、患者さんにフィードバックしていくことが大切です。

③減塩

健康日本21でも示されているように、健康的な食生活という視点でも、ある程度の減塩は必要です。そして、CKD診療ガイドライン2023³⁾では、「CKD患者においては高血圧・尿蛋白が抑制されるため」に、6g/日未満の食塩摂取制限が推奨されています。減塩の指導を行った後には、血圧や尿蛋白の推移をしっかりと確認していただきたいと思います。しかし一方で、ESKDやCVDイベント、全死亡に対する効果は不明であるとされています。特に、高齢者においては味覚の感じ方も変化してくるため、減塩によって摂食量全体が低下する危険性があります。サルコペニア・フレイルの予防も念頭に、全体の食事量や基礎疾患も見ながら無理のない目標を定めるべきと考えています。

高齢者の食事療法で注意すべきことはありますか？

日本ではCKD患者の約75%が65歳以上の高齢者であり、その約50%が75歳以上とされています⁶⁾。65歳未満の若い世代の患者さんの場合は、腎機能をできるだけ温存し、将来的に透析治療に至らないようするために、たんぱく質制限を検討することが望ましいですが、高齢者の場合はサルコペニア・フレイルのリスクや、原疾患、生活に配慮した対応も必要になります⁵⁾。高齢CKD患者においても、「たんぱく質制限などの食事療法を行って大丈夫か」という質問をよく受けるのですが、私は以下の3点に当てはまるような患者さんであれば、モニタリングが可能であり、適正なエネルギー摂取量を確保できますので、考慮してもよいと考えています。

- 蓄尿や食事調査などの検査ができる
- 食事療法の意義や危険性などが理解できる
- ある程度体を動かすことができる

近年の研究でも、生体はたんぱく質制限に適応したたんぱく質代謝を行うことが明らかとなり⁷⁾、総エネルギー摂取量の減少がなければサルコペニアやフレイルは誘発されない可能性もあると考えております。

食事療法を継続する難しさ、継続のコツがあれば教えてください。

制限のある食事は、計算が面倒であり、満足感を得にくいことが多く、検査値が良くなってくると徐々に緩和したくなるものです。そういった中で、近年では、野菜や果物などのアレルギー食品による食事療法が推奨されています*。患者さんにとって何かを制限する食事療法は難しいですが、野菜や果物を積極的に摂取するというのは、理解しやすく、継続しやすいのではないのでしょうか。患者さんの状態にもよりますが、管理栄養士との連携の中で、そのようなアプローチも考えられるのではないのでしょうか。

また、患者さんの状態は常に変化します。食事療法を始めたら、定期的にモニタリングを行い、その結果に基づいて適正に調整する必要があります。患者さん毎に必要な食事療法は異なるため、医師や栄養管理士をはじめとした多職種での連携が大切です。蓄尿検査や、管理栄養士による専門的な栄養指導は、設備・人材的に難しい施設もあると思います。そこは、腎臓専門医・管理栄養士がいる施設と連携しながら進めることが良いでしょう。

*『No.1 CKD診療ガイドライン2023改訂のポイントと「酸」を考慮した栄養指導』をご参照ください。

多職種連携による患者指導について教えてください。

食事療法の実践には個々の患者さんに合わせた栄養指導が必要ですが、日本人高齢CKD患者の4.5%しか栄養指導を受けていないという報告があります⁸⁾。しかし、1年以上の観察期間において透析導入をアウトカムとして検討した8研究を対象としたメタ解析では、管理栄養士の介入により透析導入が抑制されることが示されており、CKD診療ガイドライン2023³⁾においても、CKD患者診療に管理栄養士が介入することが推奨されています。最近では、腎臓病療養指導士^{*1}や腎臓病病態栄養専門管理栄養士^{*2}制度が設立され、今後はこれらの資格を持つ管理栄養士の介入による治療効果の向上が期待されています。腎臓病療養指導士の資格は薬剤師や看護師でも取得可能で、各職域への広報はもちろん、投薬時や患者さんケア中にも簡単な食事の説明などに携わっていただくことで、より良い食事療法を広めていくことにつながるのではないかと考えています。

*1 腎臓病療養指導士

CKD患者への基本的な療養指導の知識・技能を備えた看護師、管理栄養士、薬剤師に付与される認定資格(日本腎臓学会、日本腎不全看護学会、日本栄養士会、及び日本腎臓病薬物療法学会が共同で認定)。チーム医療と医療連携により、それぞれの医療環境における質の高いCKD療養指導の提供等が求められている。

*2 腎臓病病態栄養専門管理栄養士

腎臓病に関する病態や栄養の知識を備え、臨床経験を重ねた管理栄養士に付与される認定資格(日本栄養士会、日本病態栄養学会が認定)。腎臓病患者の病態の把握や、栄養状態のアセスメント、適切な栄養補給方法の提案等が求められている。

参考文献)

- 1) 日本腎臓学会編:生活習慣病からの新規透析導入患者の減少に向けた提言～CKD(慢性腎臓病)の発症予防・早期発見・重症化予防～,平成28年。
- 2) 日本腎臓学会編:CKD診療ガイド2012,東京医学社。
- 3) 日本腎臓学会編:エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン2023,東京医学社,2023。
- 4) Hosojima M, et al. Kidney360. 2022; 3(11): 1861-1870。
- 5) 日本腎臓学会:サルコペニア・フレイルを併発した保存期CKDの食事療法の提言,日腎会誌 2019;61(5):525-556。
- 6) Nagai K, et al. Clin Exp Nephrol. 2021; 25(8): 885-892。
- 7) Garibotto G, et al. Kidney Int Rep. 2018; 3(3): 701-710。
- 8) Fukuma S, et al. Med Care. 2020; 58(7): 625-631。