

第71回栄養管理研修会(Web開催)Q&A

【講演Ⅰ】(和田先生回答)

Q1 ビタミンDをとると筋肉が落ちにくい理由を教えてください。

A1 ビタミンDは蛋白質合成を刺激することが知られている。

また筋繊維にはビタミンD受容体が存在し、筋収縮に影響するので不足すると筋力低下、また慢性的には筋肉量低下に繋がると示唆されている。

【講演Ⅱ】(満生先生回答)

Q1 病態に応じての対応が必要となるとは思いますが、食事からのカリウム制限が必要となる基準値はありますか。

A1 ご質問ありがとうございます。実臨床では5.5mEq/L以上で何らかの治療介入を検討します。高齢者やサルコペニア、食事摂取不良例など、制限によるデメリットが予想される症例はまず炭酸水素ナトリウムやカリウム低下薬による薬物介入を検討するようにしています。過食や偏食の場合では食事制限が有効かと考えますので、まずその方の食事状況を把握するべきかと思います。

Q2 わかりやすい講義ありがとうございました。食塩摂取量が3g/日を下回らないようにする理由を教えてください。食材などにもナトリウムとして含有していると思いますが、やはりそれでも3g以上は必要ですか？

A2 ご質問ありがとうございます。これも高齢化長寿化の背景が関与すると思います。高齢者や動脈硬化高度な症例の場合、全身血圧や循環血漿量の変動に対して、動脈が硬くなっているために拡張や収縮による対応能力が低下していますので、例えば軽度の血圧低下や脱水でも、腎臓などの主要臓器の血流が大きく低下してしまうことがあります。よって極端な塩分制限は、症例によっては臓器の虚血を招くリスクがありますので、ある程度の塩分摂取を担保しておくことが推奨されます。

Q3 血清カリウム濃度の調整の所で、CKD、透析患者は便からの排泄量が約10%→30%に代償されるとありましたが、元々の尿からの排泄90%と比較すると排泄量は少ない印象を受けました。無尿の透析Ptにおいて例えば5.5以上の高カリウム血症が持続している場合、食物纖維の積極的摂取で排便コントロールを図るかつ、果物や野菜の中でも特にカリウムの多い食品の摂取は控えておくというような解釈でも宜しいでしょうか。

A3 ご質問ありがとうございます。世界的な腎臓領域のガイドラインであるKDIGOも野菜や果物といった植物性食品だけをカリウムの供給源とみなさずに、むしろ植物性より吸収率(果物野菜50~60%)の高い動物性食品(80%)や食品添加物(100%)に注目するべきと推奨しています。よって動物性食品や加工食品を多い傾向の患者さんであれば、果物野菜制限の前にまずはその点のは正を勧告しています。確かに消化管排泄は腎排泄の代償には全く及びませんが、食物纖維すなわちカリウム摂取量が多い患者さんほど腎予後が良いとのエビデンスが多く出ています。食物纖維摂取、消化管排泄の有用性が今後注目されるようになると予想されます。果物野菜を極力制限しない栄養管理の工夫を検討していくことが今後重要になるかもしれません。

Q4 データがとても面白く、興味深く聴かせて頂きました。高齢者におけるポリファーマシーを避けるために、地域で活動する看護師に期待することがあればお教えください。

A4 ご質問ありがとうございます。ポリファーマシーの原因の一つとして、生活面では正できないことを投薬でカバーするために錠数が増えることが考えられます。例えば、塩分制限ができないから利尿薬や降圧薬が増える、食物纖維摂取や運動の不足のため下剤や整腸薬が追加になるなどです。そういう内服の前に生活上で取り組める内容があるかどうか、あればその点の改善を指導していくことも有用かと思います。

◎その他

他職種介入による腎予後についてもう少し聞きたかったです。

(感想です)日本人のCKDの特徴、塩分制限、たんぱく質制限、カリウム制限等の考え方について、管理栄養士の立場に立って、分かりやすく説明していただき、大変参考になりました。ありがとうございました。

ご感想ありがとうございます。今回時間の都合上多職種介入については触れませんでしたが、まさにご指摘の通り多職種による介入効果での腎予後改善は多数のエビデンスがあります。当院でも経験しています。医者の言うことは聴かないけど、看護師さんや栄養士さんの話は素直に耳を傾ける方も多くいらっしゃいます。是非今後もチームで指導して患者さんを良い方向へ導いてあげてください。

【講演Ⅲ】(松島先生回答)

Q1 患者数も多いためなに個別の対応(補食を患者さんの要望に合わせて細かく対応)が難しいのですが、業務の負担を減らしつつそういった個別対応をするポイントなどはありますか？

A1 当院では週1回病院栄養士による喫食調査を行っているため、その喫食量が5割以下の方へカルテを確認後訪問することで、対象者を絞っています。また、NST対象者になる方も個別対応が必要な方がほとんどなので、NSTラウンドの時に対応しています。業務は病院によって様々ですが、当院では栄養士の事務所に電子カルテが2台しかなく、病院栄養士は4人のため、1日の半分は事務所以外で業務できるよう勤務を組んでおり、その業務時間に個別対応等を行っています。ちなみに、献立作成のみ病院側で、との給食管理は委託会社にお願いしています。ただし、週1回献立会議を開催し、話し合う機会を設けています。

Q2 低NEAP食である目安や、計算方法がありましたらご教示いただけますでしょうか。

A2 計算方法については、今年の日本栄養士大会の細島先生の講演を聞かれた方はご存じかと思いますが、 $NEAP(\text{mEq}/\text{日}) = 54.5 \times [\text{たんぱく質摂取量}(\text{g}/\text{日})/\text{カリウム摂取量}(\text{mEq}/\text{日})] - 10.2$ とスライドに記載がありました。以前細島先生の講演を聞いた際、講演の中で、病院食が低NEAP食だったというお話を聞き、それをスライドに記載しましたが、目安については詳しくわかりません。大変申し訳ありません。可能なら細島先生のご講演を聞かれることをお勧め致します。

Q3 ご講演いただきありがとうございました。5ヶ月ほど前から緩和病棟を担当しています。CKD や DM などがある方で食思低下が見られていない場合は特別食を提供していますが、1週間ほど摂取不良(3割摂取以下くらい)がみられると、ハーフ食へ変更したり、場合によっては病院食の提供をやめてご家族からの差し入れ対応としたりしています。多くの場合は現場の看護士さんの判断で主治医へ相談され変更となることが多いのですが、栄養士側から食事検討を促すタイミングが3割以下の摂取で1週間程度(摂取0の場合は2日程度のこと)というはどうでしょうか。エンドオブライフケアのことが触れられていましたので、もう少し詳しくお伺いしたいです。先生の病院ではどのようにされているか、教えていただけすると幸いです。

とても分かりやすく、興味深く講義を聴かせていただきました。

A3 食事検討を促すタイミングはご自身が必要と思ったタイミングで良いのではないかでしょうか。看護師や医師に摂取量のことが気になっているとお伝えすることから、一緒に患者さんのこと考える良い機会となりますし、病状を詳しく知れるチャンスでもあると思います。そして自分の提案を伝え、実践することで、いろんなことが学べるのではないかと思います。そして、その提案で患者さんに喜んでいただけたら、それは本当にやりがいのあることだと思います。

Q4 とても分かりやすく、興味深く講義を聴かせていただきました。

職種間連携の重要性を講義頂きましたが、看護師に要望することがあればお教えください。

A4 看護師も栄養士も、目指すところは患者さんの回復やよりよい療養生活が送れることで同じだと思っていますので、食事で困っていることを管理栄養士に相談していただけたらと思います。栄養士が聞き取ることで、専門性を発揮できます。また、食べられない理由を違う職種で一緒に考えることで、より良い提案もできるのではないかと思う。またどんな食事や栄養剤があったら助かるとか、すぐに実現できなくても、日ごろから気軽に話せる関係を築けたらいいなと思っています。

Q5 減塩による心血管発症は抑えられないのですか？

A5 わかりにくい表現があつたこと、お詫びします。「2023年度改訂版冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン」には、「冠動脈疾患は動脈硬化の進んだ高齢者に多く、これまで心筋梗塞や狭心症を発症したことがない高齢者であつても予防(一次予防)は大切です。ただし、高齢者はさまざまな健康問題を抱えていることも多く、個別に治療方針を判断する必要があります」とあり、また「食塩過剰摂取は血圧上昇を招くことから(中略)減塩すべきであり、高血圧や肥満症を合併する場合では CAD や脳卒中の発症予防がより期待できる。(中略)特に高齢者では過度の減塩が脱水の誘因となることや、意欲(食欲)低下による摂取エネルギー不足で体重減少やサルコペニアをきたすことに注意する」とあり、減塩による不利益がないか、経過をよくみていくことが大切と思われます。ぜひ、ネットに無料で公開されていますので、ご一読いただけたらと思います。

◎その他

在籍病院の紹介を含め、わかりやすくお話ししてください、栄養士としての思いが伝わる講義内容でした。ありがとうございました。