

## 【研究ノート】

## 住居型有料老人ホームに入居する透析患者に対する栄養指導経験 —施設管理者への介入によって体重コントロールが好転した一例—

鶴野結子、中村 司、金子健彦

### A trial of nutritional guidance for a dialysis patient residing in nursing homes — A case study of weight control improved by intervention for a facility manager —

TSURUNO Yuiko, NAKAMURA Tsukasa, KANEKO Takehiko

#### 要旨

【患者】55歳男性。既往歴に双極性感情障害、脳出血による右半身麻痺。住居型有料老人ホームに入居中。  
【現病歴】平成26年5月より血液透析開始。入居後より、施設が提供する食事の全量摂取に加え、月1回、2,000円分の菓子類購入と1,000円分の飲料購入を施設職員へ依頼していた。患者は、自覚する空腹感から水道水の摂取を無制限に繰り返しており、透析全59回のうち16回（27.1%）で透析間体重増加率が6%を超えており、臨時の限外濾過を1回必要とした。【栄養指導】患者本人へは対面にて月1回、施設職員へは電話にて定期的に、栄養指導介入を行い、間食の取り方や水分摂取の制限（700ml/day）につき指導した。その後、患者の空腹感が緩和されたことから水道水の自由摂取量が減少し、介入後は、透析間体重増加率が6%を超えたのは55回の透析のうち10回（18.2%）に減少した。【結論】本症例では、患者への個別栄養指導に限らず、施設管理者にも栄養指導介入を行ったことにより良好な体重コントロールを得ることが可能となり、患者の生活歴の把握と施設間連携の重要性を改めて認識することができた。

キーワード：住居型有料老人ホーム、透析、栄養指導、体重コントロール

#### 第I章 緒言

血液透析患者では、食事摂取量の全般的な不足、異化亢進状態、慢性炎症、代謝性アシドーシスや、種々の合併症などにより、容易に栄養障害を発症するとされる。また、維持透析患者では、自尿による水分排泄がほとんど期待できないため、水分制限指導と、透析による除水で水分出納を適切に保たなければならない。慢性透析患者の食事療法については、日本透析医学会により基準が定められ、エネルギー量、たんぱく質、食塩・水、リンについて示されている<sup>1)</sup>。また、血液透析者の食事は、保存期慢性腎不全の食事療法に増して重要性が大きく、栄養状態が予後に直結することが明らかとされている<sup>2,3)</sup>。日本透析医学会は、血液透析者の生命予後を向上させるために、良好な栄養・透析間体重増加量の管理につき報告している<sup>4)</sup>。そして、栄養指導を行う上では、医師、管理栄養士を含めた多職種の緊密な連携が重要であることは言うまでもない。

一般に栄養指導を行う際には、患者の理解力や、指導後の行動変容にも十分配慮する必要があるが、患

者の既往歴や合併症、認知力には個人差があり、生活環境にも大きく左右される。今回、我々は、Kクリニックに外来通院する透析患者に栄養指導を行うに際し、入居する施設管理者にも栄養指導介入を同時に行い、良好な経過を得たのでここに報告する。

## 第Ⅱ章 症例

### 1. 患者

55歳、男性。

### 2. 既往歴・家族歴

双極性感情障害、脳出血による右半身不全麻痺、家族歴に特記すべきことはない。

### 3. 現病歴・栄養指導

約5年前から現在に至るまで住居型有料老人ホームに入所中。この間、ADLは自立。2014年5月より血液透析を開始し、Kクリニックでは、2018年1月より継続した。2020年7月より、管理栄養士による栄養指導介入が開始された。その当時の栄養摂取状況は、施設が提供する3食の食事に加え、月1回、2,000円分の菓子類を施設職員へ依頼する形で購入し、月1,000円分の飲料を自販機にて自由に購入し摂取していた。施設食は1,200kcalで配食されており、本人の食思は良好で、全量摂取していたが、必要エネルギー量である1,900kcal（標準体重×30kcal/day）は充足することができず、自らが感じる空腹感のため、水道水の摂取を無制限に繰り返していた。栄養指導は、患者本人へは対面にて原則月1回行われた（図）。担当医からの指示内容は、エネルギー 1,800kcal、たんぱく質75g（標準体重×1.2g/day）であり、透析間体重の増加率の目安は、中1日で3%、中2日で5%を目標とした。施設職員とは電話にて適宜、連絡を取り、食事摂取、間食の状況、水分摂取の様子などを聴取した。間食については、菓子類の購入を月1回にまとめてではなく、2回に分けて頂くよう2020年8月15日、施設職員に伝え（図）、また、水分摂取の目標量は、700ml/dayと伝えた。摂取エネルギー量不足の改善を目指して、主食の増量を施設側に提案し増量されたが、弁当での配食であったため、副食の増量は困難であった。

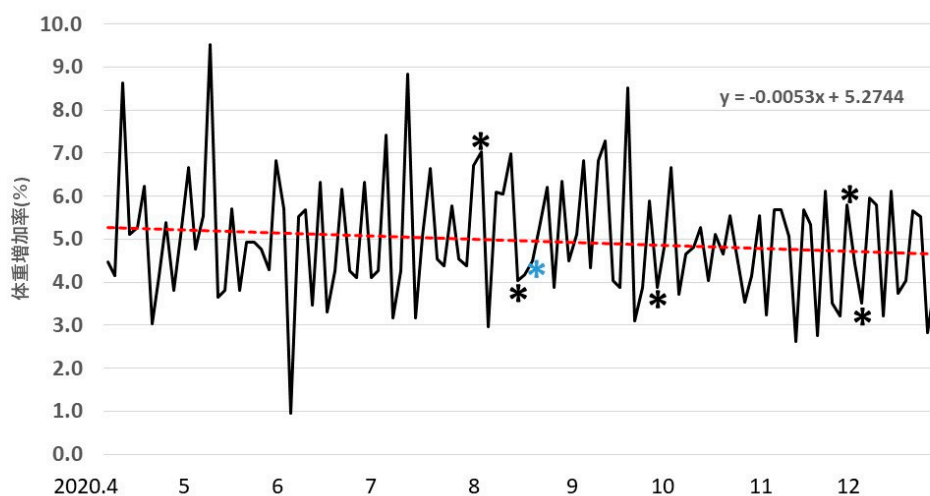


図 透析間体重増加率の推移

透析間体重増加率は経過とともに徐々に減少した。

凡例 \*：患者との面談による栄養指導実施日、\*：間食の購入頻度についての助言実施日

#### 4. 体重の推移

施設管理者への栄養指導による介入開始前は、透析間体重増加率が6%を超えたのは透析全59回のうち16回(27.1%)であり、臨時の限外濾過を1回必要とした。患者本人に加えて施設管理者への介入以後は、全55回の透析のうち10回(18.2%)に減少した。図に示した様に、体重変化率の推移の近似曲線では、右肩下がりに減少した。

### 第三章 考察

2014年度に刊行された「慢性透析患者の食事療法基準」では、臨床所見や、透析量、検査データとともに食事摂取量を定期的に評価し、各個人の生活に合わせた実行可能な指導を行う必要性が提示されている。維持透析患者の合併症予防、生命予後、生活の質(quality of life)といったアウトカムには、「透析間体重増加量(inter dialysis weight gain: IDWG)」や「血清リン濃度」など、いくつかの“アドヒアランス”が関与しており、特に患者の水管理は生命予後に大きく影響するとされている。また、日本透析医学会のガイドラインにおける透析間の体重増加はドライウエイトの6%未満にすることが望ましいとされているが、維持血液透析患者におけるアドヒアランス達成率は、複数の行動管理を同時に求められることによる“複雑さ”や、“煩雑さ”から、他の慢性疾患と比べると概して低いと考えられ、特に食事管理・水分制限における遵守は最も困難な課題とされる<sup>5) 6)</sup>。そして、現在の維持透析患者におけるアドヒアランスでは、「治療としての透析の継続」を除けば、「服薬管理」、「食事管理」、「水分制限」が重要となる。

自験例は、既往に双極性感情障害を有したことも影響し、栄養士からは、厳しい飲水量の制限や、菓子類の購入など生活習慣の抜本的修正を、患者に直接求めるのは困難であったため、開始当初は、傾聴に徹して信頼関係の樹立を図り、徐々に飲水量の増加に伴う体重コントロール不良がどのような体調不良の原因となるかなどの説明を加えるようにした。

また自験例は、住居型有料老人ホームに在住していたが、厚生労働省の定義<sup>7)</sup>によれば、住居型有料老人ホームとは、生活支援等のサービスがついた高齢者向けの居住施設とされ、有料老人ホームでは、食事の提供、介護(入浴・排泄・食事)の提供、洗濯・掃除等の家事の供与、健康管理のいずれか(複数も可)が提供されている。自験例では、食事は3食とも施設から供与されていた。施設への介入により、主食の増量が実現し、概ね必要エネルギー量の摂取が可能となった。しかし、弁当での供食であったこともあり、副食の増量は困難であった。患者は、空腹感を満たすため水道水を無制限に摂取していた。自験例では、患者本人の問題として、精神疾患の既往があり、また、治療者である医師・管理栄養士側と施設管理者の連携不足が情報共有の不足をきたし、結果として水管理に悪影響を及ぼしていた。2003年にWHOのアドヒアランスプロジェクトでは、「医療従事者からの推奨に同意し、服薬や食事、その他ライフスタイルの変容を実践すること」として提唱された<sup>8)</sup>。Kammererら<sup>9)</sup>は、当該患者のアドヒアランスに関連する要因に、社会心理学的要因や属性、精神状態、知識などの「患者自身の問題」、「医療スタッフとの関係性の問題」、「透析施設の規模(スタッフの充足の問題)」3つがあると報告している。自験例では、栄養士側より、積極的に施設側にアプローチしたことがきっかけとなって、両施設間の情報の共有が深まり、栄養士から直接指導することが難しい間食習慣や、目標飲水量についても共通の課題として取り組むことができた。その成果は、透析間体重増加率が6%を超えた回数の減少と体重増加率の低下傾向の達成、限外濾過を要しない経過観察を可能とさせたことに現れたと考える。

栄養指導を行う栄養士は、患者の病態のみならず、その生活歴や社会環境にも十分目を配り、施設入居者に関してはその管理者とも適切な連携を模索することの重要性が示唆された症例であった。

## 参考文献

- 1) 日本透析医学会学術委員会ガイドライン作成小委員会栄養問題検討ワーキンググループ、中尾俊之、菅野義彦、長澤康行他、慢性透析患者の食事療法基準、透析会誌 47：287-291、2014.
- 2) 武政睦子、長期血液透析者の栄養学的特徴の解析と適正栄養素量の検討、川崎医療福祉大学大学院、[https://kwmw.repo.nii.ac.jp/?action=repository\\_uri&item\\_id=14404&file\\_id=20&file\\_no=2](https://kwmw.repo.nii.ac.jp/?action=repository_uri&item_id=14404&file_id=20&file_no=2), 2017. (参照2021 - 09 - 09)
- 3) Pifer TB, McCullough KP, Port FK, et al. Mortality risk in hemodialysis patients and changes in nutritional indicators. DOPPS. Kidney Int, 62: 2238-2245, 2002.
- 4) 秋澤忠男、末期腎不全患者の現状と治療戦略—CKD 対策の一環として. 日腎誌, 48：715-718, 2006.
- 5) 玉浦有紀、赤松利恵、成人の維持血液透析患者における食事管理・水分制限アドヒアランスに関する社会心理学的要因の系統的整理、栄養学雑誌、74：38-49、2016.
- 6) Newmann, JM, Litchfield, WE, Adequacy of dialysis: the patient's role and patient concerns, Semin Nephrol, 25: 112 - 119, 2005.
- 7) 厚生労働省、有料老人ホームの概況（平成25年度）、[https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12600000-Seisakutoukatsukan/0000038009\\_1.pdf](https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12600000-Seisakutoukatsukan/0000038009_1.pdf). (参照2021-09-09)
- 8) WHO, Adherence to Long-Term Therapies: Evidence for action, WHO, 2003.
- 9) Kammerer J, Garry G, Hartigan M, et al, Adherence in patients on dialysis: strategies for success, Nephrol. Nurs J 34: 479-486, 2007.

鶴野 結子（和洋女子大学 大学院 総合生活研究科、  
柏フォレストクリニック）

中村 司（柏フォレストクリニック）

金子 健彦（和洋女子大学 大学院 総合生活研究科 教授）

（2021年12月7日受理）