

腎臓病での最新の食事療法

東京医科大学腎臓内科教授

中尾 俊之

(聞き手 池脇克則)

腎臓病についての食事療法が変わってきていると聞きました。特にネフローゼ症候群では高蛋白食より低蛋白食になったそうですが、急性腎炎、慢性腎炎、腎不全時の食事療法についての最新情報をご教示ください。

<岡山県開業医>

池脇 中尾先生は、2007年に「慢性腎臓病に対する食事療法」というガイドラインの委員長をされて、腎臓病での食事療法の中心的な役割を担っておられますが、今回の質問は腎疾患での食事療法について新しい情報を教えてくださいということですよ。

ネフローゼ症候群では腎臓から蛋白が漏出してしまうので、高蛋白で補充するという考え方だったと記憶していますが、最近では低蛋白という考え方に変わってきたのでしょうか。

中尾 おっしゃるとおり、以前はネフローゼ症候群といいますと、尿中に血液中の蛋白質が大量に出てしまって、失われる状態ですので、血液では低蛋白血症といって、血清アルブミン濃度、蛋白濃度が下がってしまう状況が生ま

れるわけです。ですから、それを補充するというので、蛋白質をたくさん摂取したほうがいいのか、あるいは点滴で蛋白製剤を補充しようという単純な発想で進められていた経緯がありません。

ところが、1990年代の初めぐらいから、逆にそういう大量の蛋白質の摂取や点滴での補充、そういうことは逆に腎臓を傷めるということがわかってきました。ネフローゼ症候群などのようなときは、たくさん蛋白質を点滴などで補っても、一遍にその分だけ、すっぽり腎臓から尿中に失われてしまうということが起きて、結局は血清の蛋白濃度を上げる効果に結びつかないというような経緯もありました。

池脇 そうすると、蛋白を補おうと

しても、必ずしも血中の蛋白濃度に反映されないばかりか、むしろ腎臓への負荷を強めてしまって、あまりよくないということで、これは通常の蛋白食ではなくて、むしろ低く抑えるというのが今の主流なのでしょうか。

中尾 現段階ではトライアルの状況で、低くということまでは、まだなかなかいっていませんけれども、正常人、健常者よりも多く食べさせよう、多く食べてくださいというような発想はなくなっています。逆に多少減らしぎみぐらいのところがいいのではないかとわれておりまして、そういう食事になると、逆に蛋白尿も軽快するといえますか、腎臓病、糸球体疾患の中にはそういうものもあるということが少しずつ証明されてきているような状況です。

池脇 ネフローゼといっても、いろいろな種類があるし、あるいは年代別にもいろいろな状況があって、一概には言えないかもしれないのですが、蛋白に関しては抑えぎみということですが、摂取エネルギーはどうでしょうか。

中尾 エネルギー量は、腎臓病のあるなしにかかわらず、普通の方と同じ量をまずは食べていただければいいという考え方です。

池脇 慢性腎臓病（CKD）食事療法については、1997年から10年ぶりの改訂です。その間様々なエビデンスが出

てきたり、日本人の食事そのものも変わってきた中で、ご苦労があったと思いますが、2007年版では、変更点を含めてどういったところが特徴なのでしょうか。

中尾 一番大きいのは、以前の腎臓病の食事基準は、急性腎炎に対する食事とか、ネフローゼ症候群に対するものとか、慢性腎炎症候群とか、糖尿病性腎症に対するとか、病態別に示されていたものです。2005年ぐらいから慢性腎臓病という概念が提唱されまして、それはすべての腎臓病をひとまとめにしてCKDと呼ぶという考え方になりました。そうすると、腎臓病がわかりやすくなったという利点もあります。

そして、ひとまとめにした腎臓病を、腎臓機能、つまり糸球体ろ過量別にステージ分類する。第1～5期までステージ分類して考えていこう。そういう考えに基づいて、食事療法もステージ別に分類して考えてみようというふうにしたところが一番大きな変更点かと思えます。

池脇 読者の先生方で、さすがにステージ5を診ておられる先生方はそう多くないかもしれませんが、ステージ2、3、4でしたら、管理されている先生方が多いと思いますので、ステージごとに詳しく解説していただけますでしょうか。

中尾 食事療法は、ステージの早いうち、1～3期ぐらいまでは、そんな

に目に見えた効果を表すという手ごたえはありませんで、むしろほかの薬物療法、原疾患、腎臓病のもとになる病気ですね。例えば、糸球体腎炎なら免疫の機序で起きてきますから免疫抑制薬、糖尿病性腎症でしたら、高血糖がもとになりますから、血糖値をコントロールする薬物とか、高血糖を抑えるということで効果が出てくるわけです。ですから、1期、2期、3期ぐらいまでは、高血圧のコントロールとか、そういう薬物療法がわりあい主体になって、食事療法はそれを支援するといえますか、副次的な立場に回るという面が多いかと思います。

それがステージが進んで、4期、5期、つまり糸球体ろ過量が30ml/分以下ぐらいになりますと、今度は食事療法、つまり食塩制限とか、蛋白質のコントロールという食事療法の効果が目に見えて出てきて、いわゆる透析導入をうんと延期させるという力が出てくるというふうに感じます。

池脇 ステージの進まない時期よりも、保存期といったらいいでしょうか、透析あるいは、その前段階でこそ食事療法が重要だということですね。

中尾 透析をなさっている患者さんの場合は、食事療法が守られないと、それこそすぐにでも命にかかわる状況になります。例えば水分、塩分が多すぎたりとか、カリウムの摂取が多すぎたりとか、蛋白質もそうですけれども。

ですから、腎臓の機能が低い患者さんほど、食事療法の効果は目に見えて、すぐ命にかかわるような状況になってくるという場合もあるわけですし、ステージ4とか5の場合は、透析を始めるのをうんと先に延ばすという効果も、手ごたえが目に見えて出てくる時期になります。

池脇 CKDの患者さんは、早期からこうした食事に慣れていくというのも重要だと思うのです。実際に診る立場として、薬に関しては処方というかたちで患者さんに出せるのですけれども、食事というと、なかなか言葉だけで患者さんに伝わるかどうか。どう伝えたらいいか、いつも疑問に思うのですけれども、どのようにして指導しているのでしょうか。

中尾 薬物療法は、薬を患者さんにのんでいただければ、それでひとりで体の中で効果が出てきます。ただ、食事療法は、患者さんがそれに取り組む気持ちをまずもって、医療者側が食事療法の技術を患者さんに伝えて、患者さんがそれをマスターして、日々実行して、そういうプロセスを経て初めて効果が出るということになるので、薬物療法と同じように簡単には考えられないところがあります。

そこで、患者さんのコンプライアンスということがよく問題にされますけれども、コンプライアンスを支えるといいのでしょうか、そういうことがうま

くできる医療者ということが大切になってきます。コンプライアンスの良し悪しといっても、患者さんのせいばかりではなくて、むしろ医療者側に患者さんへの指導、教育、管理のうまい下手ということが大いに出てきて、同じ病院の中でも、医師個人個人でそういう技量に差が出たりとか、あるいは医療チーム、管理栄養士あるいは看護師と一緒にしたチーム医療の中で、チームごとに差が出てきてしまう、そういう医療です。

薬物ですと、ひとりでに薬が勝手に効果を表してくれますので、研修医が処方しても、ベテランが処方しても、同じような結果になりますけれども、食事療法はそういうわけにいきません。ですから、食事療法は、逆にいうと、外科の手術に似ているようなところがあって、腕の良し悪しというものが出る治療だと感じています。

池脇 大きな病院でしたら、医師がいて、管理栄養士がいて、チームでと

いうことになるのでしょうか、臨床実地の先生はすべて一人でというときに、簡単に済むかどうかわかりませんけれども、そのあたりをどういうふうに指導していくか。これはなかなか難しい問題でしょうか。

中尾 食事の指導というのは意外と手間がかかるのです。実際に効果を上げようとした実効性のある指導ということになりますと、かなり熱を入れて綿密にやらないといけません。それに比べて診療報酬は低いという点がありますので、割に合わないと感じられる医療になっています。また、医師一人ではなかなか難しい面もありますし、簡単な食塩制限ぐらいだったら、いろいろ工夫して簡単に患者さんに伝えるようなやり方もあります。しかし蛋白質の制限などになりますと、管理栄養士とチームになるということができないと、なかなか難しいかなと思います。

池脇 どうもありがとうございました。