

西部支部は、11月4日に標記の講演会を開催した。浜医大血液浄化療法部部長・病院教授を兼任されている加藤明彦先生に講師をお願いし、ZOOMウェビナーで95名が視聴された。

慢性疾患を有する人の割合は年齢と共に増加し、日本人高齢者の約25%、約2000万人がCKD有病者であるとされる。CKDがあるとサルコペニアやフレイルも合併しやすく、併存する複数の疾患、症候への対応としての食事や栄養療法は難しい。種々の制限により結果として低栄養、サルコペニアやフレイルの発症・進展リスクが増大してしまうことがわかってきている。また、フレイル高齢者は栄養障害を合併しやすいこともメタ解析により明らかにされている。

国内の調査で、フレイルの罹患率が最も低いエネルギー摂取量は、男性で2400～2500(kcal/日)、女性で1900～2000(同)、フレイルの罹患率が最も低いたんぱく質の摂取量は男性で1.2～1.4(g/kg/日)、女性で1.4～1.6(同)と判明している。同じく国内調査で朝食を抜く習慣はCKDのリスクであることも明らかになっている。

85歳以上で身体活動量が多い高齢者の食習慣についての東京都の調査では緑黄色野菜、魚、きのこ類、ご飯とみそ汁が活動量の多い人によく食べられている。

高齢者CKDに対する食事制限については、たんぱく質制限時はエネルギー量の確保が重要であり、



講師の加藤明彦先生

糖質を十分に摂取しないと筋蛋白の分解が促進されてしまう。

実際にはたんぱく質制限をするとエネルギー摂取も低下しやすく、軽～中等度CKDではたんぱく質摂取量が多いと総死亡リスクが低いという欧州の結果がある。このためサルコペニアを合併したCKDについてはたんぱく質制限を緩和する考えも出てきている。

食塩の制限はCKD患者に推奨されるが、心不全患者には予後改善の効果はない。

カリウムの管理は推奨されるが摂取過剰以外にも血清カリウムの上昇する要因は多数あり個別化医療も検討されてよい。

高齢者CKDに対して食事性炎症指標、食事性酸負荷、腸内細菌叢の是正の3つの新たな視点により従来の制限重視から食事の質を重視する方向へのパラダイムシフトが模索されつつあり、たんぱく質制限、減塩、カリウム制限については個別対応のためにも食事パターンや食品多様性の重要性と合わせて考慮されることが重要である。