総　説

経口摂取困難な透析患者への包括的食支援アプローチ
～KTチャートを活用して～

医療法人社団永和舎延岡クリニック　看護師　工藤貴子

key words
高齢者，透析患者，栄養管理，KTチャート，多職種協働

Ⅰ．はじめに

我が国の高齢化，透析技術の向上に伴い，透析患者の高齢化が進んでいる．当院でも透析患者約130名中70才以上の透析患者が55%と半数以上を占め，高齢化に伴い徐々に食事摂取が困難となり，低栄養となる患者が少なくない．また，急性期治療後の身体侵襲により，高度栄養障害で転院となる患者も多い．

低栄養状態が続けば，味覚障害，咬筋・舌骨上下筋力低下による咀嚼嚥下機能の低下，電解質異常による脱力・神経機能低下など，さらに経口摂取困難な状況が進行するため，早期に摂食機能評価と介入が必要となる．

食べられないことが辛いと訴える患者，そして食べさせてあげたいと願う家族・介護者の思いをよく耳にする．その度に，患者の食べる権利を守ること，医療者が患者の限界を決めないことが必要だと考える．

当院では「患者の食べる権利」を守るために，多職種で早い段階から患者の食事に関する観察・評価を行い，家族・介護者もチームの一員として共に情報を共有する取り組みを行っている．その取り組みを患者のデータからみた効果と共に報告する．

Ⅱ．外来透析での取り組み

毎月多職種で構成される栄養委員会で，検査データや患者の身体所見を元に低栄養患者のピックアップを行っている．当院では約76.9%の外来透析患者が食事利用をしており，70歳以上の利用率は85.9%に上る．

外来透析患者の食事の様子は介護スタッフが見守りを行っているが，介護スタッフからの摂取状況報告で問題が見えてくることも多い．また送迎車の中での患者の話や様子も情報共有できる，透析室の中だけに留まらず，多方面から情報を得ることができる．

家族・介護者とは，連絡ノートや電話で食事摂取状況の情報共有を行う．

ピックアップした患者は，必要に応じて在宅・施設へ訪問を行うが，実際に在宅・施設での食事摂取状況が見られる場合には，管理栄養士・看護師・MSW等多職種で訪問を行う場合もある．介入後の変化は検査データや身体所見で再評価を行い，栄養指導（相談）や補助食品の紹介を継続し

写真　栄養委員会の様子

ていくが，継続的に介入しても改善が見込めない場合は入院検討となる．

Ⅲ．入院での栄養管理

入院では，検査データ，身体所見に加え，食事に関して多方面でのアセスメントが可能となる．高齢者では，不顕性誤嚥のリスクが高く，まずはフードテストを行い咀嚼嚥下機能の観察を行う．次にフードテストの結果で，食事形態を検討しながら，KT（口から食べる）バランスチャートを用いて摂食状況のアセスメントを行う．12 項目を 5 段階評価し，ウィークポイントを可視化することで，多職種で問題点を共有し介入ポイントを明確にする．在宅での経口摂取カロリーは，本人・家族からの聞き取りや当院での食事利用の様子，検査データから推測する．食べられない状態が長期化していた（長期化が予想された）場合には，リフィーディングシンドロームが起きないように投与カロリーを考慮し，2週間程度で1000 KCal/日以上摂取を目安に目標を立てていく．

また，一般的に透析患者は蛋白，塩分，リン，カリウム等の制限が必要となるが，摂取量が絶対的に不足し，血清リン値・血清カリウム値の低下を認める場合は，ほぼ制限を無くしフリーとする（ナトリウム値も低下している場合には塩分制限もフリー）．透析患者の中には制限を気にしすぎて食事が進まないという方もいるため，現在の検査データを説明し，本人の望む食事の在り方を患者・家族から情報収集し，希望のものを摂取可能な形で提供できるように検討していく．

Ⅳ．介入による実際

平成 30 年度に低栄養状態で入院した 70 歳以上の透析患者の当院栄養管理の経過を記す．

＜対象＞

食欲減退，摂食量低下があり，血清アルブミン値 2.5 g/dl 以下，低リン・低カリウム傾向で入院となった 8 名．

男性 5 名　女性 3 名

平均年齢　82.9 歳

外来からの入院　4 名

他施設からの転院　4 名

＜方法＞

当院フローチャートに沿って外来で介入．在宅で改善が見込めない場合，または低栄養状態での転院の場合は，入院にてフードテストによる咀嚼嚥下機能テスト，KT バランスチャートによる評価を多職種で行い，介入・評価を繰り返した．

KT チャートによる 5 段階評価は，医師・看護師・管理栄養士・介護士・家族等，各視点からの

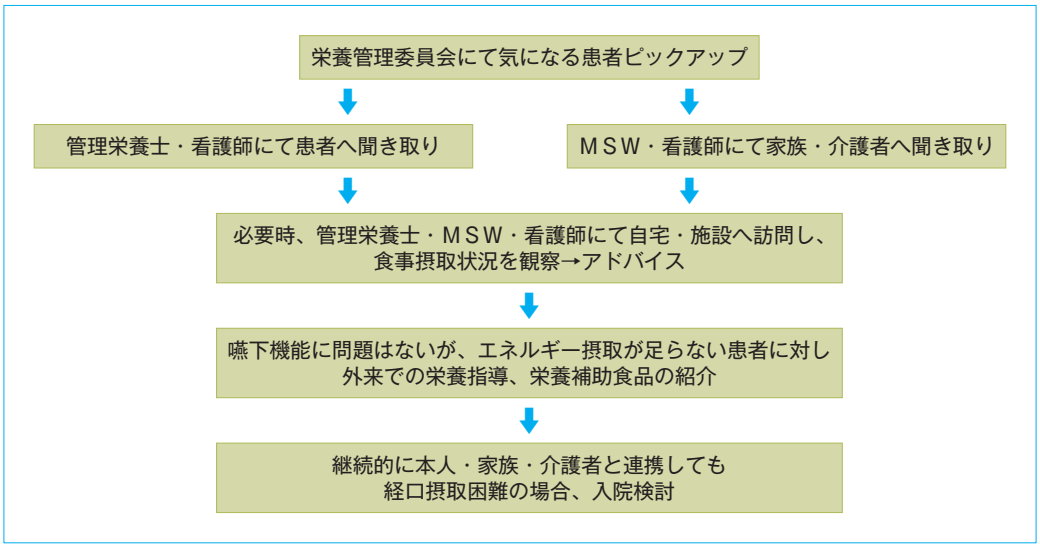

図１　経口摂取不良と思われる患者のピックアップから入院での栄養管理の流れ①

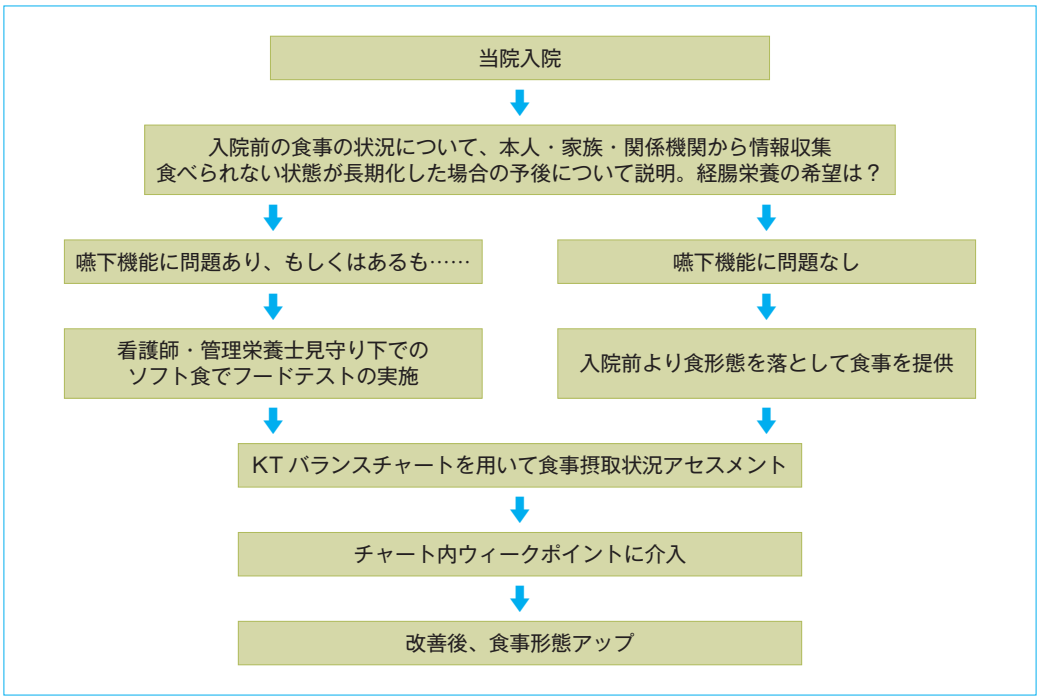

図２　経口摂取不良と思われる患者のピックアップから入院での栄養管理の流れ②

ソフト食（ムース形態）を、ティースプーンで普段通りで食べてもらう。可能なら更に２回の嚥下運動を追加させる。評価が４以上ならば繰り返し、最も悪いスコアで評価する。口腔内に残留があれば発声してもらい嗄声がないか確認する。

1. 嚥下なし、むせる　and/or 切迫呼吸
2. 嚥下あり、呼吸切迫（Silent Aspiration の疑い）
3. 嚥下あり、呼吸良好、むせる　and/or　湿性嗄声、口腔内残留中等度

図３　フードテスト方法

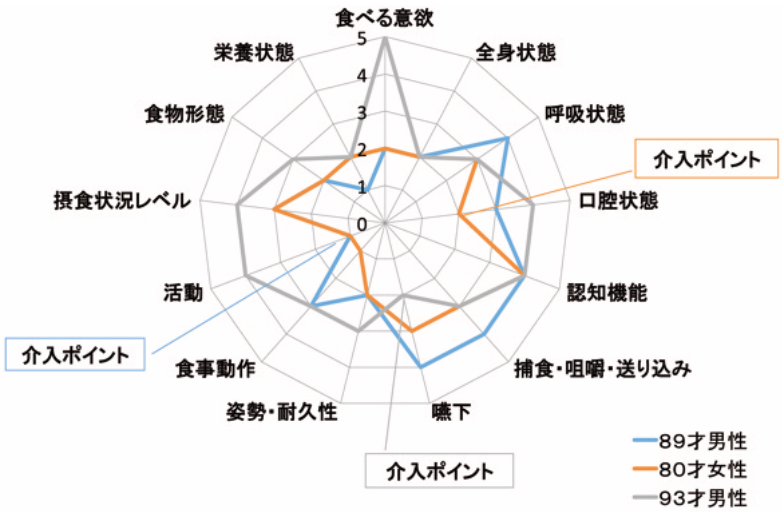

図 4　KT バランスチャートによる食事に関する評価

図 5　介入方法

アセスメントを総合的に判断するため，多職種で観察を行い情報や意見の交換を行った．

薬剤使用について，覚醒に影響を及ぼす薬剤の使用はないか見直し，向精神薬の使用量や検査データに応じてリン・カリウム吸着剤の休薬を検討した．低栄養状態にある透析患者の多くは低リン・低カリウム傾向にあり，休薬後は食事内容での電解質補正を計画した．口腔状態に必要があれば訪問歯科介入を依頼し，歯科診療と口腔ケアを継続した．咀嚼・送り込み，嚥下状態が弱い場合は，アイスマッサージや顎下腺マッサージによる刺激を行った．姿勢・耐久性，食事動作に問題がある場合は，多職種で正しい姿勢保持の方法を検討し，可能な限り自力摂取を促し，食べる体力が持たない場合は介助を行った．食事形態は，食べ物の形態はもちろんのこと，食器の重さや自助食器の妥当性，弱視の方は食器の色が見えやすいか等，各ウィークポイントについて細かく介入を検討した．

経口摂取のための介入と共に，透析条件の見直し，透析中のアルブミン製剤・アミノ酸製剤・脂肪乳剤の投与を計画するが，高カロリー輸液や経腸栄養は行っていない．

＜結果＞

ウィークポイントへの介入を継続することで，

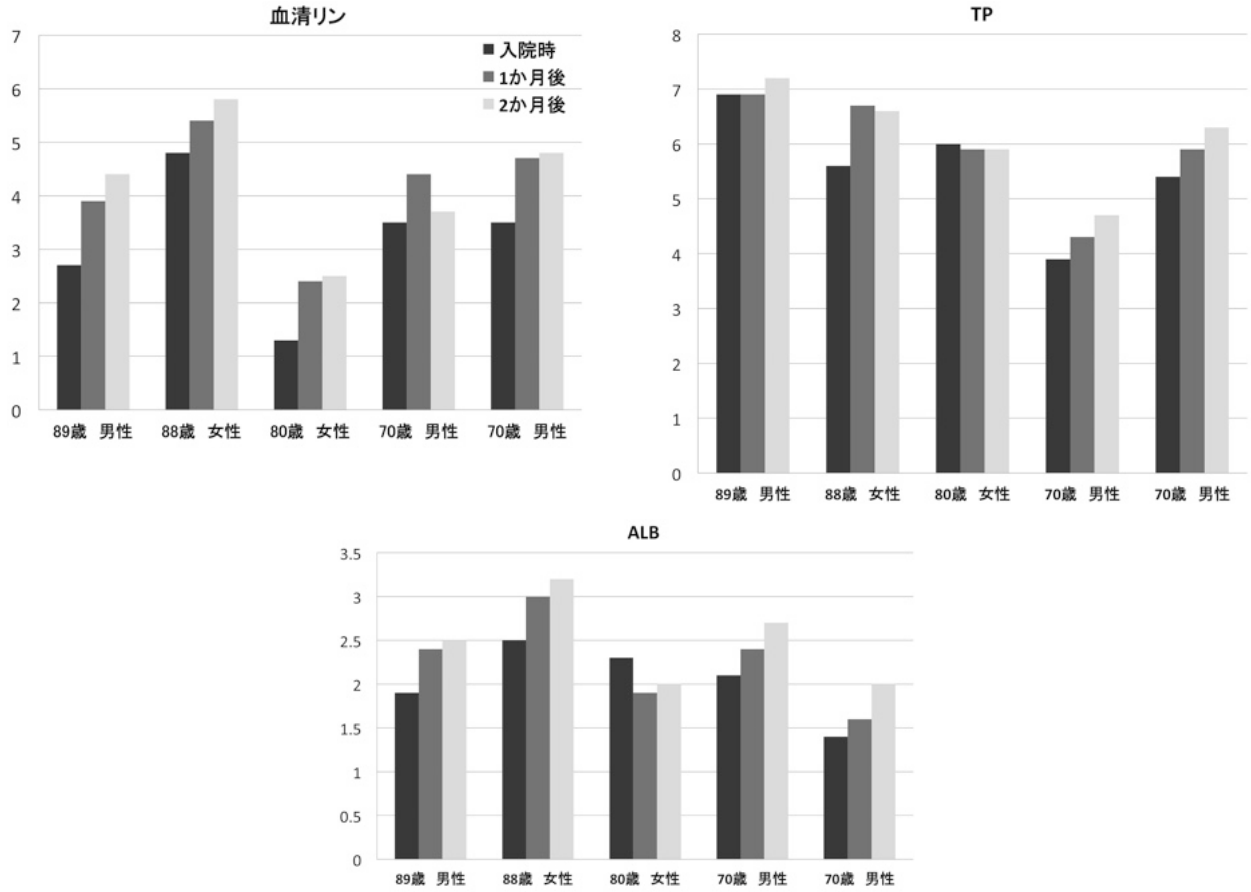

図6　結　果

嚥下機能の回復を認め，食事摂取量は増加を認めた．脳血管障害や神経疾患の既往で嚥下機能回復が困難な場合でも，フードテストから食事形態を考えていくことで，本人にとって一番良い食事形態を選択し摂取量の増加を認めた．ウィークポイントへの重点的な介入で，栄養状態の改善と共に認知機能やADLの向上を認め，入院時経管栄養や終末期の話があった方でも在宅退院が可能となったケースもあった．

イベント発生で転院，死亡退院となった方が3名いたが，入院後食事摂取量，摂取カロリーは増加傾向にあり，うち2名は入院後2週間で1000 Kcalは摂取可能となっていた．ご家族からは，「最後まで食べさせることができて良かった」「一緒に頑張ってこられて良かった」との意見が聞かれた．

8名中5名は入院後3カ月間のデータで，血清アルブミン，総蛋白，電解質共におおむね改善を認めた．

V．患者・家族・介護者との関わり

栄養管理のための入院は，数カ月と長期化することもある．入院で患者の管理が家族から医療者へバトンタッチされ，家族が病院任せとなる場合もある．それは患者からすれば，「寂しさ」「孤独感」を感じる要因となりえ，意欲の低下にも繋がりかねない．必要なのは，家族・介護者との継続的な協働であると考える．

透析施設と患者の関わりは，透析導入から長期に渡り，家族との関わりでも同様である．家族との関わりにおいて，長い時間の共有をメリット・強みとして捉え，協働しやすい環境を作ることが必要である．

当院では，①家族の面会は可能な限り食事時間に合わせてもらう．②食事介助方法のコツを家族に指導し一緒に食事介助を行う．③来院時には，家族不在時の食事の状況を伝える．④食べ物の形態を問わず，患者の好きな物・家族が差し入れし

たい物はないか確認し，状況に応じ代用品を検討する．⑤遠方の家族とは電話やメールを使用し，状況報告する．これらのことを入院時から継続的に行っている．

高齢の患者をスタッフや家族・介護者で囲みながら，「以前はよく○○を好んで食べていましたね」「今食べたい物はないですか」と談笑しながら介助を心掛けている．全ての家族が最初から協力的という訳ではないが，面会の度に食事の様子を報告していくことで，段々と協力が得られるようになったケースもある．決して強制とはせず，可能な範囲でという条件ではあるが，好きな人（家族）と楽しく食事の時間を過ごせるようにする配慮も，栄養管理の上で重要なことだと思う．また，家族との協働は家族の満足度にも繋がったと考える．

Ⅵ．考察　おわりに

①低栄養患者の食事支援は，個別的な対応力・臨機応変な対応が必要となってくるが，長期的に患者と付き合う透析施設だからこそできることや気づけることも多い
②家族・介護者も食事支援のチームとして考え，一緒に取り組むことで，家族の満足感に繋がる
③患者の状態改善を通して，スタッフが経口摂取の重要性を感じ，意識の向上につながっている
④患者の食事摂取のゴールを医療者が決めない

これまで栄養管理で入院した患者の多くの栄養状態改善を見てきた．高齢であり，イベント発生や死亡退院となるケースもあったが，ご家族の満足感へ繋がった事例も多くみられた．

これは長期的に患者と向き合う透析施設だからこそできることで，スタッフが患者の性格や嗜好を知った上で情報をアセスメントできるからだと考える．また，栄養状態改善の事例を通して，スタッフ１人ひとりが経口摂取の重要性を感じ，栄養管理に関する意識の向上に繋がっている．「私たちなら，当院なら，患者の栄養状態を改善することができる」という食べることを諦めない思いが，当院の栄養管理の原動力である．栄養管理は１人ではできない．これからも医療者側が患者の経口摂取のゴールを決めることがないように，患者・家族・介護者・医療スタッフ等患者に関わる全ての方をチームとして捉え，患者の栄養管理を支えていきたい．

参考文献

1）日本透析医学会統計調査委員会. わが国の慢性透析療法の現況（2018年12月31日現在）：日本透析医学会, 2018
2）日本腎臓学会. 慢性腎臓病に対する食事療法基準2014年版. 東京医学社, 2014
3）小山珠美. 口から食べる幸せをサポートする包括的スキル　KT バランスチャートの活用と支援（第２版）. 医学書院. 2017
4）日本摂食・嚥下リハビリテーション学会医療検討委員会. 摂食嚥下障害の評価（簡易版）. 2015