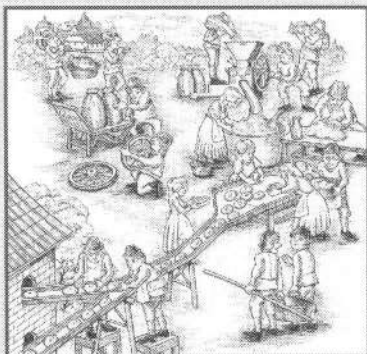


# 腎不全を生きる

VOL.28,2002





## 簡便性と無菌性を追求!!

遺伝子組換えヒトエリスロポエチン製剤 **薬価基準収載**

創薬、指定医薬品  
要指示医薬品：注意 医師等の処方せん・指示により使用すること

**エポジン® 注** シリンジ 750 6000  
アンフル 1500 9000  
3000 12000

EPOGIN®

エリスロポエチン ベータ (遺伝子組換え) 製剤

- 透析施行中の腎性貧血 —
- 連続携行式腹膜灌流 (CAPD) 施行中の腎性貧血 —
- 透析導入前の腎性貧血 —

【禁忌 (次の患者には投与しないこと)】

本剤又は他のエリスロポエチン製剤に過敏症の患者

### 【組成・性状】

| 組成成分 | エポジン® 注            |                      |                      |                      |                      |                        |
|------|--------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|------------------------|
|      | シリンジ750<br>アンフル750 | シリンジ1500<br>アンフル1500 | シリンジ3000<br>アンフル3000 | シリンジ6000<br>アンフル6000 | シリンジ9000<br>アンフル9000 | シリンジ12000<br>アンフル12000 |
| 有効成分 | 750                | 1500                 | 3000                 | 6000                 | 9000                 | 12000                  |
| 賦形剤  | 塩酸ヒドロキシナトリウム (HCl) | 塩酸ヒドロキシナトリウム (HCl)   | 塩酸ヒドロキシナトリウム (HCl)   | 塩酸ヒドロキシナトリウム (HCl)   | 塩酸ヒドロキシナトリウム (HCl)   | 塩酸ヒドロキシナトリウム (HCl)     |
| 性状   | 無色透明の液体            | 無色透明の液体              | 無色透明の液体              | 無色透明の液体              | 無色透明の液体              | 無色透明の液体                |
| pH   | 5.5-6.5            | 5.5-6.5              | 5.5-6.5              | 5.5-6.5              | 5.5-6.5              | 5.5-6.5                |
| 凍結   | 凍結可能               | 凍結可能                 | 凍結可能                 | 凍結可能                 | 凍結可能                 | 凍結可能                   |

※1 凍結圧は生理塩水環境に対する比

### 【効能・効果】 【用法・用量】 一般投与

| 用法・用量                     | エポジン® 注                                                                                                                                                                                                                                                |                      |                      |                      |                      |                        |
|---------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|------------------------|
|                           | シリンジ750<br>アンフル750                                                                                                                                                                                                                                     | シリンジ1500<br>アンフル1500 | シリンジ3000<br>アンフル3000 | シリンジ6000<br>アンフル6000 | シリンジ9000<br>アンフル9000 | シリンジ12000<br>アンフル12000 |
| 透析施行中の腎性貧血                | エリスロポエチン ベータ (遺伝子組換え) として                                                                                                                                                                                                                              |                      |                      |                      |                      |                        |
| 透析施行中の腎性貧血                | 透析施行中の腎性貧血<br>通常、成人には投与初期は、1回3000国際単位を週3回、できるだけ経静脈に静脈内投与する。貧血改善効果が得られた後は、維持量として、1回1500国際単位を週2-3回、あるいは1回3000国際単位を週2回投与する。なお、いずれの場合も貧血の程度、年齢等により適宜増減するが、維持量での投与量は、1回3000国際単位、週3回投与とする。<br>貧血改善効果の目標値はヘモグロビン濃度が10g/dL (ヘマトクリット値で30%) 前後とする。               |                      |                      |                      |                      |                        |
| 連続携行式腹膜灌流 (CAPD) 施行中の腎性貧血 | 通常、成人には投与初期は、1回6000国際単位を週1回皮下投与する。貧血改善効果が得られた後は、維持量として、1回6000-12000国際単位を週1回皮下投与する。通常、小児には、投与初期は、1回500-1000国際単位/kgを週1回皮下投与する。貧血改善効果が得られた後は、維持量として、1回100-200国際単位/kgを週2回1回投与する。なお、いずれの場合も貧血の程度等により適宜増減する。貧血改善効果の目標値はヘモグロビン濃度が10g/dL (ヘマトクリット値で30%) 前後とする。 |                      |                      |                      |                      |                        |
| 透析導入前の腎性貧血                | 通常、成人には投与初期は、1回6000国際単位を週1回皮下投与する。貧血改善効果が得られた後は、維持量として、1回6000-12000国際単位を週1回皮下投与する。通常、小児には、投与初期は、1回500-1000国際単位/kgを週1回皮下投与する。貧血改善効果が得られた後は、維持量として、1回100-200国際単位/kgを週2回1回投与する。なお、いずれの場合も貧血の程度等により適宜増減する。貧血改善効果の目標値はヘモグロビン濃度が10g/dL (ヘマトクリット値で30%) 前後とする。 |                      |                      |                      |                      |                        |

\* 各効能・効果および用法・用量に該当する製品については、上記、効能・効果、用法・用量に関する一覧表をご参照下さい。

### 【使用上の注意】 一般投与

#### 1. 慎重投与 (次の患者には慎重に投与すること)

- (1) 心臓病、肺病、脳梗塞等の患者、又はそれらの既往歴を有し血栓症発症を起こすおそれのある患者 [本剤投与により血液粘度が上昇することの報告があり、血栓症発症を悪化させるおそれがある。また、特に自己血貯血に使用する場合<sup>※1</sup>は、術後一般に血液凝固能が亢進するおそれがあるので観察を十分に行うこと。]
- (2) 高血圧症の患者 [本剤投与により血圧上昇を認める場合があり、また、高血圧性脳症があらわれることがある。]
- (3) 薬物過敏症の既往歴のある患者
- (4) アレルギー薬のある患者

#### 2. 重要な基本的注意

##### 【透析施行中の腎性貧血<sup>※</sup>及び透析導入前の腎性貧血<sup>※</sup>】

- (1) 本剤の投与効果は、貧血症に伴う日常生活活動の支障が認められる透析施行中の腎性貧血患者及び透析導入前の腎性貧血患者 (血清クレアチニン濃度2mg/dL以上、あるいはクレアチニンクリアランスが30mL/min以下) であること。なお、投与の目安はヘモグロビン濃度が10g/dL (ヘマトクリット値で30%) 未満とする。
- (2) ショック等の反応を予測する十分な観察をすること。なお、投与開始時あるいは投与後の初回投与時には、本剤の少量で皮内反応あるいはプリック試験を行い、異常反応の発現がないことを確認後、全量で投与することが望ましい。
- (3) 本剤投与中はヘモグロビン濃度あるいはヘマトクリット値を定期的に観察し、必要以上の造血 (ヘモグロビン濃度12g/dL以上、あるいはヘマトクリット値で36%以上を目安とする) にならないように十分注意すること。必要以上の造血を認めた場合は、休薬するなど適切な処置をとること。
- (4) 本剤投与により血圧上昇を認める場合があるので、血圧の状態を十分観察しながら投与すること。また、高血圧性脳症があらわれることがあるので、血圧、ヘマトクリット値、ヘモグロビン濃度等の推移に十分注意しながら投与すること。特に、ヘマトクリット値、ヘモグロビン濃度は徐々に上昇させるよう注意すること。また、投与中止後もヘマトクリット値、ヘモグロビン濃度が上昇する場合があるので観察

を十分行うこと。血圧上昇を認めた場合には、本剤の投与を中止するなど適切な処置を行うこと。

- (5) 透析施行中の腎性貧血患者に対し本剤を用いる場合には次の事項を考慮すること。本剤投与によりシャントの閉塞や血液透析装置内の残血を認める場合があるので、シャントや血液透析装置内の血流量には十分注意すること。このような場合にはシャントの再造設、抗凝固剤の増量等の適切な処置をとること。
- (6) 透析導入前の腎性貧血患者に対し本剤を用いる場合には次の事項を考慮すること。
  - 1) 透析導入前の腎性貧血患者においては水分の調節が困難であるので、透析施行中の患者と劣らぬ頻度で水分量と電解質の収支及び腎機能並びに血圧等の観察を十分行うこと。
  - 2) 慢性腎不全の進展に伴い、本剤の貧血改善効果が減弱する可能性があるため、本剤投与中は血清クレアチニン濃度やクレアチニンクリアランス等の経過を適宜観察し、増量あるいは投与中止等の適切な処置をとること。
  - 3) 本剤投与により高カリウム血症を認める場合があるので、食事管理を適切に行うこと。
  - 4) 本剤の効果発現には数日の存在が必要であり、飲水不足時には鉄剤の投与を行うこと。

#### 3. 副作用

##### 透析施行中の腎性貧血<sup>※</sup>

静脈内投与：総症例5,401例中544例 (10.1%) 731例に副作用が認められた。主な副作用は、血圧上昇 (高血圧：高血圧性) 353例 (6.5%)、頭痛 141例 (2.6%) であり、その他AST (GOT)、ALT (GPT) 上昇等の肝機能異常44例 (0.8%)、痺痛感 (症) 21例 (0.4%) 等であった。(凍結乾燥製剤) 1500、3000静脈内投与の再審査終了時：1996.12及びシリンジ製剤 750、1500、3000承認時：2000.2

##### 連続携行式腹膜灌流 (CAPD) 施行中の腎性貧血<sup>※</sup>

皮下投与：総症例202例中17例 (8.4%) 21例に副作用が認められた。主な副作用は、血圧上昇 (高血圧) 12例 (5.9%)、全身倦怠感、AST (GOT) 上昇、嘔気各2例 (1.0%) 等であった。(凍結乾燥製剤皮下投与承認時：1997.7)

##### 透析導入前の腎性貧血<sup>※</sup>

静脈内投与：総症例427例中37例 (8.7%) 47例に副作用が認められた。主な副作用は、血圧上昇 (高血圧) 17例 (4.0%)、頭痛8例 (1.9%) 等であった。(凍結乾燥製剤750承認時：1996.7)

皮下投与：総症例452例中24例 (5.3%) 30例に副作用が認められた。主な副作用は、血圧上昇 (高血圧：高血圧性) 18例 (4.0%)、高カリウム血症3例 (0.7%)、頭痛2例 (0.4%) 等であった。(凍結乾燥製剤皮下投与承認時：1997.7)

#### (1) 重大な副作用

- (1) ショック、アナフィラキシー様症状、ショック、アナフィラキシー様症状 (蕁麻疹、呼吸困難、口唇浮腫、喉頭浮腫等) を起こすことがあるので、観察を十分に行い異常が認められた場合には、投与を中止し、適切な処置を行うこと。
- (2) 高血圧性脳症、脳出血：急激な血圧上昇により、頭痛、意識障害、痙攣等を示す高血圧性脳症、高血圧性脳出血の場合があるので、血圧等の推移に十分注意しながら投与すること。
- (3) 心臓病、肺病、脳梗塞、心臓病、肺病、脳梗塞：脳梗塞があらわれることがあるので、観察を十分に行い異常が認められた場合には、投与を中止するなど適切な処置を行うこと。
- (4) 肝機能障害、黄疸：AST (GOT)、ALT (GPT)、γ-GTPの上昇等を伴う肝機能障害、黄疸があらわれることがあるので、観察を十分に行い異常が認められた場合には、投与を中止するなど適切な処置を行うこと。
- (2) その他の副作用 (発現頻度については添付文書を参照のこと)  
以下のような副作用が認められた場合には、減量・休薬など適切な処置を行うこと。  
循環器：血圧上昇、動悸  
皮膚：痒疹、皮膚疹、痒疹  
肝臓：肝機能異常 (AST (GOT)、ALT (GPT)、LDH、ALP、γ-GTPの上昇等)  
消化器：腹痛、嘔気、嘔吐、食欲不振、下痢  
感覚器：頭痛、眩暈、めまい、熱感、ほてり感、発汗、発熱、関節痛、全身倦怠感、不眠、筋肉痛  
血液：好酸球増多、白血球増多  
腎臓：腎機能障害 (BUN、クレアチニンの上昇等)  
その他：鼻出血、血清カリウムの上昇、眼底出血 (網膜動脈硬化症、網膜静脈硬化症等)、口内苦味感

#### 7. 適用上の注意

##### 【シリンジ】投与時

- (1) 本剤を投与する場合は他剤との混注を行わないこと。
- (2) 注射筒先端のゴムキャップを外した後は速やかに使用し、使用後は廃棄すること。

##### 【アンフル】調製時

- (1) 本剤を投与する場合は他剤との混注を行わないこと。
- (2) 本剤はワンポイントカットアンフルであるが、アンフルカット部分をエタノール綿等で清拭してから、カットすることが望ましい。

その他の使用上の注意等については添付文書をご参照下さい。なお、貯血量が800mL以上で1週間以上の貯血期間を予定する手術施行患者の自己貯血 (エポジン注シリンジ・アンフル750、9000、12000は除く) の用法・用量、使用上の注意等についても添付文書をご覧下さい。

中外製薬

【資料請求先】  
〒104-8301 東京都中央区京橋2-1-8

ロジグループ

CEP-0190 2002.10月作成

## オピニオン 「患者さんのため」から「患者さんとともに」

- ◆日本大学大学院 高橋 進 .....2

## インタビュー 現在の透析医療において何を改善すべきか、出来るのか？

- ◆ [語り手] 国立国際医療センター 齊間恵樹

[聞き手] 東京慈恵会医科大学腎臓・高血圧内科、神奈川県衛生看護専門学校附属病院 川口良人 .....4

## 透析医療をささえる人びと② 私たちはこのように患者さんを支援しています

- ◆三上裕子・木暮ひろみ・杉村昭文・植松節子・佐中 孜(司会) .....13

## 患者さんの座談会②

(1) これからの透析生活を前向きに考えるために——若くして導入された患者さんの集い

- ◆市岡知夏・原科真吾・原科真帆・鈴木英範・渡邊有三(司会) .....27

(2) 患者会の活動の現況と今後の展望

- ◆浅岡重夫・小林孟史・吉川敏夫・栗原 怜(司会) .....43

## 透析者フォト “元気で働いています” .....56

## 患者さんのための腎臓病学入門講座② 自分に合った透析方法を自由に選ぼう

- ◆岩藤クリニック 平野 宏 .....60

## 患者さんからの質問箱

- ◆熊本中央病院 福井博義(回答) .....71

## 透析室勤務のスタッフから患者さんへの提言①

(1) 患者さんに考えていてもらいたいこと——自分の命の行く末を自分で決める

- ◆札幌北クリニック 大平整爾 .....76

(2) お弁当と透析時間

- ◆大阪府立病院 椿原美治 .....81

## 日本腎臓財団のページ .....88

## 賛助会員名簿 .....92

## 編集後記

- ◆大平整爾 .....100



## 「患者さんのため」から 「患者さんとともに」

日本大学大学院グローバル・ビジネス研究科

高橋 進

40年前に透析療法が導入された頃に比べると、透析医療技術は格段の進歩を遂げています。装置もダイアライザーも小型化・高性能化され、透析時間も短くなり、透析医療の進歩の影響もあり、透析を20年、30年と続ける人も珍しくない時代になりました。

日頃から、私の診療に対する思いを、今回の日本透析医学会学術集会・総会において、「患者さんのために」のテーマで示しました。

医療側が痛みのわかる医療、患者さんと同じ目線での医療に心がける事が大切です。人を診ずに臓器を診ることのないようにしなければなりません。患者さんの痛みは肉体的痛みのみならず、精神的、経済的、また社会的痛みにも配慮しなければなりません。

すなわち、病気になるとその病気の予後や治るまでの期間などの不安や精神的苦痛を伴います。

医療施設にも、医療費改定の影響をうけた種々の痛みがあります。これ乗り越えようと努力をしています。

また、最近の経済不況、医療制度改革のもとでは、透析治療に専念する中でも、医療費のみならず家族の生活等の経済的不安があります。治療に専念し、社会復帰が出来、現場に戻ったとき職場に仕事場が残っているか否かという社



会的不安もつきまとうものです。このような事も考えて透析医療を行う必要があります。

特に、透析患者さんは医療従事者とのつきあいも長く、たとえ患者さんが通院している病院でいやなことがあっても、転院することに抵抗を感じてそのまま泣き寝入りの状態で透析を続けることも、少なくないのではと思います。

昨年の透析医学会学術集会では、私の担当するシンポジウムに患者さんにも参加していただき、「インフォームド・コンセント」について、患者さんからの医療現場で感じたことを素直に、ありのまま語っていただきました。その場でうかがった批判を含めたご意見を大切に、患者さんのための医療を守り向上させています。今回の学会では、患者さんにネットフォーラム上で参加をいただきました。

これからの透析医療のあり方は、アメリカ等ではバイオ人工腎臓の治験も始まっています。移植は日本ではなかなか文化的にも難しいところもあり、昨年の腎移植症例は700例しかありませんでした。となると、バイオ人工腎臓が完成するまでのつなぎをどうするかが、当面の課題と思います。

この問題については、透析医療に携わるスタッフ一同真剣に考えて研究を続けています。

私たちは「患者さんのために」から患者さんに参加いただき、「患者さんとともに」の透析医療を目指して、透析医療の質の向上と効率化に努めたいと思います。

私事ですが、今回の学術集会・総会の前夜祭、私が透析導入のお手伝いをしました、透析療法の黎明期の患者さんたちが会場を訪れ、花束の贈呈をいただき、感無量、透析療法に携わって良かったと最高の感激を受けました。

## 現在の透析医療において 何を改善すべきか、出来るのか？

日 時●2002年 9 月 3 日

場 所●銀行倶楽部

語り手●齊間 恵樹 先生（国立国際医療センター）

聞き手●川口 良人 先生（東京慈恵会医科大学腎臓・高血圧内科、  
神奈川県衛生看護専門学校付属病院）

川口 今日のインタビューの大きな柱は二つあります。第一は、医学的な観点からの透析医療向上の問題です。現在の透析医療は「腎臓機能代替療法」と呼ばれていますが、決して代替ではないと思います。透析時間をもっと長くしたり、透析と透析の間隔を詰めて頻繁に行ったり、毎夜、寝ている間に透析を行ったり、透析膜面積の大きなダイアライザーを用いてゆっくりとした透析を行うなど、いろいろな方法や工夫によって、今の透析医療をもっと良くする事が出来るのではないかという事を、医学的な観点からディスカッションをしたいと思います。

第二は、それらを実現するための医療形態についてです。これから、高齢の透析導入患者さんがますます多くなり、必然的に在宅透析に替えるなくてはなりません。介護が行えないという理由で在宅透析が出来ない場合には、介護施設に収容されるケースが多くなりますが、そのような場面では、保健所であるとか、ヘル

パーの方や、ケアシステムをどんどん利用して患者さんを支援していかなければなりません。

医療者側から社会に対しての要望として、どのような支援を提供して頂きたいか、について話したいと思います。

### ◆ 連日透析はどうすれば可能か ◆

川口 最初に、現在一般的だといわれている「1回4時間・週3回」という治療方法に関してですが、現場の患者さんを直接診ていて「透析はこうしたらもっと良くなる」というご意見はありますか。

齊間 時間については、今回の診療報酬改定で透析時間による点数の違いがなくなった事から、透析時間が画一化される事を危惧する声も聞かれますが、現在のところは、多くの施設において患者さん個々の状態に合わせて従来の透析が行われていると聞いています。

しかし、長時間の透析をする事で医療機関の負担は増えるわけですから、このままでは将来的には4時間以下に集約してくる可能性もあるので、必要十分な透析が今後も受けられるように、患者さんと医療者側の双方で声を上げていく必要はあると思います。

一方、週に3回というのは、1週間が7日であるという暦に合わせた便宜的な方法で、本来の腎臓は日曜日にも働いているという事からは、不自然な方法だと思います。

私どもの病院でも、月水金で透析されている方が月曜日の朝、救急に運び込まれたり、月曜日の朝に亡くなる事が時にあります。1日おきの透析なら、曜日はなく本当は正確に1日おきにすべきではないかとは思っています。

さらに、医学的には毎日短時間透析を行った方が良くとされていると思いますが、現実には患者さんたちがそういった生活になじむのかは、また別の要因から難しいかとも思います。

理屈から言えば、CAPDがより望ましい治療として患者さんを説得出来るはずなのに、今の日本で普及しないのは、それぞれの医療行為にいくら支払われるかという診療報酬の決められ方や、公立病院でいえば公務員の人数制限によって出来ない事があるなど、医学的なものと離れた社会的な要因が多く介在していて、それが逆に医学的に望ましい形をゆがめてしまっているという部分はあると思います。

川口 なるほど。連日透析はフランスのシャラ先生が行って、非常に良い結果が出ていますね。リンも水もあまり制限しなくても良い。日本でも連日透析をやりたいと言っていますが、通院して透析を行う現在のやり方を根本的に変えないと、実現出来ないのではないかと思うのですが。

齊間 私もそう思います。

川口 保健所や透析センターで患者さんが自分でほと

んどセットアップして透析を受け、後片づけをして帰る。看護師はその手助けのみで、あくまでも“患者さんが自分で自分の透析をやる”という形態にしない限り、無理ではないでしょうか。

また、職場と透析施設と家を結ぶ三角形というのは、日本の場合、外国のように小さな三角形ではなく、非常に大きな三角形です。そういう日本の環境だと、従来の透析施設を中心としていては無理だと思うのですが。

今すぐに実現出来なくても、望ましい形として何かお考えはありますか。

齊間 連日透析が実際どのくらい現実的で周囲に負担をかけないものか、残念ながら十分に判断出来ないのですが、少なくとも都会での透析施設の密度で考えると、ある程度システムさえ構築出来れば医療資源的には可能な地域があるのではないのでしょうか。

それには、医療保険の裏付けや患者さんが医療に参加する部分の歯止めを少し緩くするなどの処置は、必要でしょうけれど。

川口 日本では家庭透析の割合が非常に少ないのですが、これは家屋のスペースや介助者、消費電力の問題などが障壁となり、なかなか実現は難しく、出来る方は相当限られます。ですから、サテライト病院は患者さんが自己透析を出来るような事を思い切って行い、そういうところに対して経済的な支援をしていくべきだと思うのです。

齊間 その通りだと思います。そうすれば、医療財政的にも必要なところに、かなり厚くコストをかけられます。

#### ◆ 良い医療にはコストがかかるが… ◆

川口 われわれが一番ジレンマを感じるのは、良い透析医療を実行すればするほど、経済的に医療者側に負

担になる事ですが、先生はいかがですか。

齊間 私どもの施設では維持透析の方が多くはないので、直接的に感じてはいないのですが、食事療法の指導でもきめ細かくやろうと思えば栄養士さんを雇わなければいけませんし、その費用は基本的には病院側の持ち出しです。

患者さんのQOL(クオリティ・オブ・ライフ)を上げようと思うと、それににかかる費用の多くが持ち出しになっているのが現状です。収入が医療保険によって一律に縛られているがために、良い医療やよりきめ細かい医療をやろうとすればするほど、理念が高ければ高いほど、収支のバランスが悪くなってしまう現実、やはりあります。それをどのように克服するのか、誰が知恵を出し、誰がお金を出すのかというのは、かなり難しい問題だと感じています。

また、コストを下げるという意味で対極にあると思うのですが、現在政府が検討中である医療費の包括化、あるいは欧米で進んでいる透析施設の系列化により生じた大規模な透析専門の経営会社が、量的な有利さをもって日本の透析医療に参入してくる可能性を考えると、医療の質とコストのバランスはさらに厳しくなる事も予想されます。そのあたりについての患者さん、医療者、国民、国の間に合意を作っていく努力が足りないとは私思うのですが。

川口 「ミニマム・リクワイアメント」(最低限の要求基準)は達成するけれど、それ以上の贅沢は出来ないというシステムですね。要するにマクドナルド商法。病院の職員もマクドナルドのウエイトレスも親切ではある。一定の親切さで接してくれて、お腹もとりのあえずいっぱいにはなる。そういう方向を選ぶのか、あるいは日本の老舗的な方を選ぶのか。

政府は「個々の病態を重視した個別的医療をやりましょう」と口では理念として掲げているわけですが、現実には個人個人にとって最も良い、適切な医療を行っ

ているところに対して、それに見合った医療費を算出しようとはしません。

### ◆ 医療保険点数の矛盾点 ◆

川口 総合的な話をしましたが、具体的な例でお伺いしましょう。

心臓が悪い患者さんから透析を頼まれたとします。1か月に14回までは医療保険で認められるけれど、臨時に15回以上やった場合には、医療保険では材料費しか保障されません。でももちろん技師にも看護師にも医師にも、またその他の支援するスタッフにも給料がかかるわけです。そういったコストを全然認めない医療制度にこれからなっていくのですが、それに対して実際の現場の仕事を通じていかがですか。

齊間 私たちの施設で時々あるのは、重症患者さんに持続的な血液浄化を行う際、効率を下げて濾過透析などを行っているものですから、カリウムが下がらないため一時的に通常の透析を同じ日に行った場合や、CAPDと血液透析を併用する事でより良い状態を維持出来る方の場合など、同じ仕事をしているのに保険診療上は認められない部分があり、矛盾を感じます。医療上必要な部分であり、現実に行っているものについては、手当てすべきだと思うのですが。

ただ、良いか悪いかは別として、その事が私たち勤務医の給与には直接関わってこないで、勤務医の先生方は、保険点数を削られる事についてそこまで大いなる矛盾だとはお考えでないと思います。

川口 確かに医師は純粹に奉仕の精神で医療に携わらなくてはならないから、本来そういう事に左右されてはならないと思います。また、勤務医の先生方は、自分の給与に響かないのであまり関心がないかもしれませんが、透析治療現場の第一線で開業されている先生方は、一生懸命良い治療をして、少しでも利潤を上



げて新しい機械を買い、さらに看護師さんたちの人件費も上げて、という事を全部まかなわなければならないわけです。

だから、本当に良い医療をしている第一線の開業医に対しては、やはり適正なお金が払われるべきだと思うのです。

齊間 その点で医療保険は、もう少し細かさが必要だと思います。先ほどのケースの他にも、どうしても水が増えてしまって1か月に2、3回透析回数がオーバーしてしまう患者さんがいるという話はよく聞きますが、オーバーした分に関してはきちっと認めるようにすべきだと思います。

川口 医療行為に対して、きめの細かな査定をしていただきたいというのが現実の問題としてありますね。

#### ◆ CAPDが普及しない事情 ◆

川口 高齢の患者さんに病院でCAPDを行うと、病院にとっては赤字になってしまうという現実がありますが、在宅でCAPDが出来る方は、非常に限られていると思います。家族と同居していなかったり、介護施設で日常生活を送っている方が腎不全になった場合、介護施設かまたは病院でCAPDをやらざるをえない。ところが、病院ではそれをやればやるほど赤字になってしまう医療政策というか、診療報酬の制度に対してのお考えは何かありますか。

齊間 CAPDに関しては、基本的にかかるコストの再分配を考える必要があります。日本でCAPDが伸びない理由の一つは、そこだと思います。薬液費の方にコストの多くがいきってしまい、施設側が場所を確保、管理し、人件費などを維持するにはあまりに少ない管理指導料しか入らないのが現実です。

おっしゃるように、施設や病院はかなりボランティア的にやらざるをえなくなります。これは根本的に考



齊間 恵樹 先生

え直していただきたい問題だと思います。

川口 CAPD用の腹膜透析液を使用して、間欠的腹膜透析を連日やると非常に高い効果があるのですが、医療保険で技術料を認めないと、1日の透析液4～5袋分だけしか費用が保証されないの、診療報酬が安くになってしまうのです。これはおかしい話です。そういう事をきちんと視野に入れた上で、医療費を決める必要があると思います。

齊間 確かに現実には思っていないですね。

川口 高齢者の場合、5年を目標として生命維持をしようという事になれば、CAPDは血液透析に比べて非常に良い方法です。ところが、そういう良い医療を認めていく姿勢ではなく、医療費は安ければ良い、という考え方になっている事に私は矛盾を感じるのです。



川口 良人 先生

齊間 それぞれのケースがあり、患者さん1人1人の目的にあった治療があるのに、診療報酬の制度は大枠でくくりすぎていると思います。今の医療保険点数のやり方でいくと、それに合致した層の患者さんにしか陽が当たっていないという気がします。

川口 でも、国の方針は、DRG(定額払い方式)<sup>注)</sup>でどんどんまとめてしまい、出来高払いの考え方ではなくて、どのように治療してもある疾病を治すのについてはいくら、と決めてしまっています。

齊間 医療費の支払方法や額という、政府と保険者などいわゆる支払側の代表と医師会の交渉で決まって

注) DRG (Diagnosis Related Group)：診断群ごとに保険が支払う医療費を定める方法。

しまい、実際に保険料を払っている私たち一般の国民は蚊帳の外という印象が強いと思います。

また、将来どういう医療を望むのかについては、選挙などでも本気で議論されているとは思えません。そういった中でDRG的考え方がすんなり日本で受け入れられるとは思えませんが、少なくともある疾患なり病態に対してどのぐらいの額が妥当かを決める時、どれだけの要素を入れて決めていくのが大事なポイントになると思います。

それを専門家だけで決めるのではなくて、国民的議論と言いますか、マスコミも参加して国民1人1人にとって重大な事だという自覚をもってもらい、議論を沸かせないといけないと思うのです。

「医療費は削れば良い」という考え方で推し進め、気がついたら自分たちが損をしていた、という事にならないように関心を喚起すべきではないかと思います。

#### ◆ 患者さんも医療に参加する時代 ◆

川口 外来治療だけか入院治療だけか、またはある疾患に特定するのかなどの点はあるものの、ある程度予算化するためには、いずれにせよDRGという方向は避けられないと思います。しかし、透析医療では、患者さん自身はその事をあまり実感し、認知していないのではないのでしょうか。月1万円のお金を払えば後は何でもやってくれるという感覚で、自分自身の医療というものに対してずいぶん認識が甘いと思うのです。先生は、患者さんにそういうお話をされる時はありますか。

齊間 あります。私たちの施設はお年寄りが多いので、心不全の危険があるような方には早めに透析に入らせていただいております。91年の調査ですが、その際1週間に1回ぐらいでやや早めに余裕をもって導入した場

合、透析の医療費は約月15万円ですが、導入が2～3か月遅れて心不全を起こしてICUへ運び込まれ、1か月入院すると150万円ぐらいかかってしまっていました。

若干早く導入する事で医療費も減るし、「この差は実は自分の体に与える影響も大きいのですよ」という話もします。

このように「なるべくスムーズに転ばぬ先の杖で透析を始めましょう」というお話をする時には、私はお金の話もいたします。

川口 そういう話を開業医の先生方がすると、あそこは利益追求型とか、患者さんにいろいろ批判されます。だから国公立病院こそが、そういう話を患者さんに沢山して欲しいのです。

薬はタダだから沢山もらってロッカーに入れて平気な顔しているなんて事は、普通の世界ではありえません。患者さんたちも、もっと自己主張すると同時に、自分で注意しなくてはいけない事をしっかりと認識していただきたいと思います。

斉間 透析に関して言えば、かなり前から説明しても踏み切るタイミングのところで、どうしても躊躇される方が沢山おられます。そのうちの何人かはやや手遅れになって入院し、せつつかれる形で透析導入する事になります。導入された方は皆さん最後は「やってよかったです」とおっしゃるのですが、その繰り返しです。ですから、透析導入してよかったと思った方にその経験を同じ病状で苦しんでいる方に伝えて、後から来る方たちをサポートして下さるようお願いしています。実際は各病院単位を超えたそのようなシステムが出来ると、われわれ医師は助かるのですが。

川口 透析医療は今までのように医療側が一方的に患者さんに与えてきた時代から、患者さんと医療側とが一緒に医療をつくり上げていく時代に入ったと思うのです。従って患者さんにも、そのような意識や経済観

念をしっかり持っていただきたい。自分で自分の日常生活をコントロールする事に、もっと積極的に参加して、さらにこれから透析導入を迎える患者さんに対して、自分たちの持っている経験を提供して欲しいのです。医師が教えるより、患者さん同士が教えあった方がずっと良いわけですから。

先生は、そういう考えを実現するために患者さん同士のサークルなどを組織されていますか。

斉間 CAPDの方たちを除くとサークルという段階にはなっていませんが、実際に透析を続けて順調に社会生活や家庭生活を送っている患者さんに、導入前の患者さんと話をさせていただいたり、手紙を書いていたいたりという事はよくあります。多くの方はこれで納得されるのですが、「透析」という言葉を聞くのも嫌だという方も稀にいらっしゃり、重症化してからの導入という事になるので、もう少しこちらも工夫をしていかないといけないと思っています。

### ◆ ためらわずセカンド・オピニオンを ◆

斉間 私どもに通院している患者さんが、透析導入を勧められた時に不審に思って川口先生のところに行ったり、逆に先生の患者さんが私どもの方にみえたりという事は結構あると思います。それはまったく悪い事ではないのですが、患者さんは何かコソコソしていますよね。セカンド・オピニオンはどんどん客観的に聞き、自分の状況を判断出来るようにした方が良いと思うのです。ですから、私どもも気楽に「じゃあ、こういうところに連絡すれば別の意見を言ってくれる先生がいるかもしれないから」と紹介出来る第三者機関があるとすごく良いな、と思います。

川口 「セカンド・オピニオンを聞きに行きたいから」と患者さんに言われて、紹介状を書けないような医師は現在では通用しないと私は思います。斉間先生や私

たちだと「どうぞ行って下さい。あの先生はよく存知あけているから手紙を書きますよ」と言って紹介状を出しますが、患者さんは「そんな事を聞いちゃうと先生の心証を害するから」と逆に引いてしまうのですよね。

だから私はさっきも言ったように、患者さんにはもっともっと強くなって欲しいと思うのです。自分の体の事で他の先生を紹介してもらうのは当然の権利なのだから、セカンド・オピニオンはどんどん聞きに行っていきたいですし、それが日本の医療を良くすると思うのです。

**齊間** それと透析を受容出来ないからでしょうが、セカンド・オピニオンではなく変な代替医療に走ってしまい、大変なお金を使う方もおられます。鍼などの先生の中には「腎不全を治してみせる」と結構なお金を取る方もいるとよく聞きます。

薬にもすがる思いでそういうところに行くのなら、セカンド・オピニオンをきちんとした先生から聞いた方が良く、いつもお話するのはです。それでも後から「実は透析導入前はあんな事もこんな事もした」と聞く事も多く、本当は私たち医師が検証して「こういう事を言っている代替医療の方もいるけれど、これは効果がありません」とある程度公表していった方が良くないのかもしれないと思います。

### ◆ 医療サービスを高めるために ◆

**川口** 今後の透析医療において、先ほど経済的な支援の話がありましたが、コメディカルをもっと強化する事について伺います。

医者とナースと技師以外に、栄養士や精神カウンセラー、ケースワーカーといったコメディカルの存在が非常に大事になってきています。しかしケースワーカーがいるからと言って、透析医療の診療報酬が高くなるわけではない。齊間先生のところのような国公立

病院ですと、病院にケースワーカーがいるから良いのですが、日本の患者さんの80%を引き受けている開業医の場合、ケースワーカーを雇えば当然その分余計にお金がかかります。コメディカルあるいは支援グループをもっと強化していかなければならないとしたら、それに対してもっと経済的な支援をすべきではないでしょうか。

また、透析医療全体を通じて考えた場合、センター病院はサテライト病院にどんどん透析患者さんを送りだすわけですが、サテライトはセンター病院よりもいろいろなサービスがもっと良くなけてはいけません。センター病院は純粋に医学的な観点から患者さんの病状を改善し、他方、サテライトは患者さんにより良い状態で社会復帰してもらうという棲み分けを、好むと好まざるとにかかわらずしているわけです。なので、サテライト病院に対して、コメディカルの費用を支援するようなシステムを行う必要があると思うのですが、いかがですか。

**齊間** 確かに医療保険点数にまったく反映されない部分ですから、コメディカルの強化は今の体制の中では非常に難しい事だと思います。先生がおっしゃったように、今後患者さんご自身がある程度透析に参加し、個々のニーズに合わせてコメディカルの必要度を測っていくような体制になれば、人手をある程度必要ところに振り分けられるような気がします。標準的な患者さんにはほとんどを自分でやっていただき、それが出来ない方に集中して人手を当てるようにする。国の方も医療保険点数的に支援し、施設も必要なところに手厚く人手を配置する、というようにみんなが考えないと難しいのではないかと思います。

**川口** ただ、一つの問題として、患者さんが評価するサービスとはどのようなものかという現実があります。患者さんが選ぶ良いサテライトというのは、家からの送迎をしてくれる事が基準になっていたりするの



です。もちろん送迎は非常に大事ですが、医療そのものに対するサービスでは本来ないんです。

患者さんに高齢者が多い場合、看護定員やヘルパーの数を増やすとか、従来は医者がやっていたような事を役割分担して、カウンセラーや栄養士、あるいは社会的資源をうまく利用するための医療情報を教えてくれる人などを、もっと支援していくような制度があった方が良く私は思うのです。

**齊間** 逆の発想で、今の透析医療の状況ではある程度患者さんが集まる施設の方が経済的にうまく運営出来るわけですから、どうしたら患者さんを集められるかと考える事も出来ると思います。公的機関としては病院機能評価機構というところがありますが、透析を行っている病院の名簿を第三者機関が作り、その施設のセールスポイントを情報として一覧に出来るようになると良いと思います。

**川口** 医療法の改正で規制が緩和されれば、病院のホームページにこの先生はどういう事が得意であるとか、病院の特徴などについて載せられるようになります。透析の更生医療申請窓口にそのような治療施設のパンフレットが置いてあれば、だいぶ違ってくると思います。

今は出産の場合、妊婦さん自ら病院を選択する時代になっています。それと同じぐらいのところまでいかないと、患者さんが自分で良い病院を選び、良い治療を受けるという理想は達成出来ないと思います。

### ◆ これからの腎臓医に望まれる事 ◆

**川口** ここまでは患者さんや国に対していろいろ要求する話をしてきましたが、最後に、腎臓医としての立場からどのような事を目指していかなくてはいけないとお考えですか。

中堅の医師として若い腎臓専攻研修医たちへの希望

などがありますか。

**齊間** 若い先生方は患者さん個人個人の事情をあまり考えずに、治療方法を進めてしまう場合があります。しかし、医療としてのあり方から言うと、個々人ですぐいぶん違いがあると思うのです。早めに透析に入った方が良い方もいます。可能なら、あらゆる努力をして透析を延ばした方が良い方もいます。あまり一つの「エビデンス<sup>注)</sup>」や検査データの数値に、根拠を求めすぎるのはよくないでしょう。エビデンスというのは、患者さん個々の診療方針を決める判断材料の一つにしかすぎないという考えの下で、初めて生きるものだと思うので、あまり杓子定規に判断して欲しくないと思いますね。

**川口** 患者さん個々人の事情を見て判断出来るような医者に育って欲しいという事です。私も、医者は“透析をしない”という選択も出来なくてはいけないと思うのです。

透析をしないで一生を全う出来る患者さんが何人もいますが、「腎臓が悪いのだから腎臓代替療法をしよう」とすぐなってしまう。これは非常に画一的な考え方です。

透析をしない選択もあるという考え方を、具体的に研修医の先生たちに症例を見せながらお話しされるのですか。

**齊間** はい。透析をする方が危険なケースは非常にわかりやすく良いのですが、それよりもっと踏み込んだケースでは、透析を続けられる条件があまりにも少なく、患者さんもご家族も透析を望んでいない場合に医師側はどういう考え方をすべきか。その場合、コメディカルも含めて話し合いを繰り返した上で、透

注) エビデンス (evidence)：医学的介入の有用性を証明する科学的根拠。主に臨床試験のデータや統計的事実を指す。

析を行わない選択をする事もありえますが、それは医師としての見解を説明し、合意を得た上で決めていく事であり、1人で決めてはいけませんよ、という話をします。

川口 それは非常に大事な事です。これから先、高齢化社会が進んでくると、いろいろな障害やハンディキャップをもった方たちが透析をするようになってきます。現実には糖尿病性腎症による腎不全患者さんで目が見えない方、あるいは四肢の麻痺、心臓の病気がある、足がしびれている、また老人性痴呆になられた方、そういう患者さんたちがこれから透析に入ってくる率は非常に高いと思います。

一般的な考え方に基づく一般的な医療というのは「ミニマム・リクワイアメント（最低限の要求基準）」でしかなく、これから先は透析を実行しないという選択も含めて、きちんと納得がいく説明が出来る医者を育てるべきだと思います。

齊間 そうですね。透析をしていらっしゃる方以外でも、ご高齢の方は皆さん最後の時期を過ごして亡くなられていくわけですが、長く透析を続けてこられた方も透析をしている以上は、どこかの時点でやめるか続けるかの判断をしなくてはならないのです。しかしその判断が非常に甘いのが現状です。

中心静脈栄養<sup>注)</sup>をしながら、意識はなく透析をしている患者さんの場合、医療費は月に100万円以上になる事があり、そういう状態が1～2か月続いて最終的に亡くなる事となります。もちろんご家族の意志なら話

し合いを重ねる事が出来ますが、誰もそれを望んでいないのに医療側が決断出来ないからそうしているというケースが私どもの病院でも時々あります。もちろん医療側だけで決められる事ではないですが、やはりそれに関してはもう少し考えるべきではないかと私は思うのですが。

実は1996年に名古屋のシンポジウムでこうした話をして、それが朝日新聞に掲載された事があります。自分としては至極まっとうな事を言ったつもりなのですが、透析を途中でやめるという事を公に言うと、その反響というのは予想以上に大きいのだと非常に強く感じました。しかし、もう少し患者さんの側からそういう事を話し合えるような雰囲気が出てこないかなと思うのですが。

川口 それもやはり、患者さんが医師に任せっぱなしで、患者さんの家族もそれで良い、という考えから抜け出せないからではないでしょうか。やはり患者さんにも、もっともっと真剣に考えてもらいたいですね。

また、そういう事を考えるための助言が出来る医師を、特にこの透析医療においては今後育てていかなければならないと思います。それがわれわれの責任なのかもしれません。

---

注) 中心静脈栄養：体力の消耗がいちじるしい患者さん、または口からの栄養摂取が出来ない低栄養状態にある患者さんに、心臓またはその近くまでカテーテルを挿入し、高カロリー液を持続的に点滴投与する方法。



透析医療を

ささえる  
人びと

27

## 私たちはこのように 患者さんを支援しています

日 時●2002年 8 月30日

場 所●銀行倶楽部

出席者●(順不同)

三上 裕子 さん 看護師 (岡山済生会総合病院腎臓病センター)

木暮 ひろみ さん ケースワーカー (社会保険中京病院医療社会事業相談室)

杉村 昭文 さん 薬剤師 (玄々堂君津病院薬局)

植松 節子 さん 栄養士 (嬉泉病院栄養課)

司 会●佐中 孜 先生 (東京女子医科大学第二病院内科)

佐中(司会) 本日はお忙しい中お集まりいただき、ありがとうございます。

今日は「私たちはこのように患者さんを支援しています」というテーマで、患者さんのために奮闘されている皆さんの姿をぜひ浮き彫りにしたいと思い、お集まりいただきました。いろいろなご苦労や、喜びなどを話していただきたいと思います。

それでは、自己紹介からお願いします。

まずは私からですが、昭和48年に東京女子医科大学腎臓病総合医療センターの前身であります、人工腎臓センターに入局しました。以来、腎臓病の患者さんを中心として、腎臓そのもの、あるいは血液浄化療法、あるいは様々な合併症を診させていただいてきました。平成10年暮れに現在のところに移って、腎臓病診療システムの立ち上げから始め、今日に至っています。

植松 嬉泉病院の管理栄養士をしている植松です。

私は嬉泉病院で29年間、透析患者さんと共に生きてきました。いつも「おいしい」と喜ばれたい一念で透析食の料理を研究し、そして、透析をしながら力強く生きている患者さんの姿を見てきましたが、仕事をしっかりやりながら、また子育ての最中でちょうど私と同年代だったりすると、その姿にすぐ共感を覚える事もありました。

今日のテーマは“支える”となっていますが、反対に私が支えられてきた事を実感しています。

三上 岡山済生会総合病院腎臓病センターで看護学校を卒業以来、看護師をしている三上です。ベッド数は543床あり、総合病院ですので勤務の異動はありますが、平成5年に腎臓病センターが出来てからはずっと透析の患者さん、腎臓病の患者さんと関わってきました。

腎臓病センターと、ベッド数が20床の腎臓専門病棟



佐中 孜 先生

がありますが、どちらも同じ看護体制で診ています。という事は、入院しても外来でも患者さんに関わっている形です。当院はCAPDもしていますので、24時間オンコール体制というのが最も重要ですが、その意味で病棟があるという事は、いつどんな時間でも全力をあげて患者さんに対応出来るという利点があります。そういうところで、日夜患者さんと一緒に勉強させていただいています。

**木暮** 名古屋市にある社会保険中京病院の医療社会事業相談室で、ケースワーカーをしている木暮と申します。当院は総合病院で1,683のベッドをもっております。透析に関しては透析センターがかなり長い歴史をもって取り組んでいて、愛知県方式という透析のやり方を中心となって引っ張ってきた病院の一つです。

透析、腎臓関係の治療に関しては、腹膜透析、腎臓移植、透析という形で小さな子供さんから高齢者まで、広く関わっています。また、合併症が増える中で様々な手術や治療に総合的に関わる事が多くなりました。

精神科や結核病棟を持っている事もあって、合併症の増加等、病気や社会の変化と共に、ケースワーカーの需要も高まっている状況の中で仕事をさせていただいています。

最近、高齢の患者さんや糖尿病からの合併症の患者さんが「在宅で透析をする」生活の中で非常に難しい問題が多く、相談室での対応が増えています。透析を導入する前後の相談や、腎不全になられた方に身体障害者手帳を紹介するところから、医療費の問題、生活上の問題、経済的な問題では障害年金等にも関わって相談を受ける事が多くあります。

**杉村** 千葉県君津市の駅前にある、玄々堂君津病院の薬剤師の杉村と申します。当院は、透析に関していえば坂田クリニックと玄々堂木更津クリニックと、二つの分院があります。これは透析の患者さんが増え、当院だけでは受け入れが無理になったために作られたもので、腎臓内科と透析があります。その3施設で透析ベッドが116床、透析患者さんは約500人いらっしゃいます。

私はこの病院に入って24年になりますが、まず初めに勤務したのが透析室でした。ここで薬の事も透析の事もすべて学び、また育てていただきました。透析からスタートして、ある意味「透析の患者さんと共に私の生活もある」と言っていると思います。

## ■ 患者さんの長生きのために ■

**佐中** 今日は透析患者さんと向き合って数十年という、非常に長い間透析患者さんをいろいろな面から見てきている方々においでいただきましたので、透析患者さんへの思い入れがかなり深く重いであろう事は、想像に難くありません。

おそらく皆さんの思い入れというのは、透析をしながらでも患者さんに何とか長く生きていただきたいと



か、合併症をなるべく起こさないようにして欲しい、あるいはその合併症に打ち勝って欲しい、というものだろうと思います。長期透析患者さんの基本は、まず「食生活習慣にあり」というのが私の持論です。特に長生きをするためにという視点に立って、まず栄養の面から伺いましょうか。

**植松** 長生きをするには、楽しく長生きしなければいけないと思います。たとえば高齢者ですと、ほとんどの人が漬け物が好きですね。以前の私ですと「漬け物はこれだけの塩分があるから、やめた方がいいわよね」という言い方をしていたのですが、ずっと透析患者さんと付き合っていると、やはりその伝え方では不本意な思いをさせるという事に気づいたのです。

7年前からカウンセリングも学んでいます。その結果、どういう言い方をしているかという点と「これだけの塩分がありますよね。あなたははどうしたいですか？ どうしたらいいと思いますか？」と、その人に決定してもらう。じゃあ半分食べるとか、細かくして食べるとか、その人なりに気づきがある。私がこうした方がいい、ああした方がいいと言うのではなくて「こうなんだけど、あなたの家庭ではどうしたらいいと思いますか？」と、その人が自己決定出来るように促しています。

その方が、少しでもその方のQOL（クオリティ・オブ・ライフ）が高まるのではないかと思います、そういうコミュニケーションの方に力を入れています。

**佐中** 「管理」という言葉があります。医療側はつい「患者を管理する」と思い、また口にもするのですがそれは必ずしも正しくないと思います。確かに“こうあるべきだ”というものもあるのですが、あくまで透析患者さんは「病をもった人間である」という事から考えると、むしろ患者さんに主体的にどう気がついてもらうかという事が大事ではないかと思っています。そういう意味で「どのように気がついてもらうか」という今の食塩の話は、確かに重要であると思います。



植松 節子 さん

同じような意味で、看護師さんのサイドからも伺いたいのですが、看護師さんは割りと“管理”と言う方が多いらしいですね。特に透析を学んで間もない方は、そういうふうに言いたがる。患者さんがそれに反発して逆の行動に出るという場面も時に見かけるのですが、そのあたりはいかがでしょうか。

## ■ 調整役としての看護師 ■

**三上** ご指摘のとおりです。慢性疾患で長期の方に関わる場合、やはり合う合わないはあります。特に若い看護師では、経験の面でどうしても無理がありますが、それを乗り越えてベテランの看護師になっていくとその辺のところがよくわかってきます。

看護師にはやはり調整役という役割があると思います。いろいろな患者さんを見ていて、この方は経済的に困っているようだからケースワーカーの相談が必要だとか、食事に問題があると思ったら栄養士さんに相



木暮ひろみ さん

談するとか、医療面であればもちろん医師と対応するというように。

その場合、大切なのは早く対応するという事です。遅れてしまいますと、病状がどんどん悪くなったり、精神的な問題を抱えたりという事がありますので、やはり早く察知して早く対処する事を心がけています。そして、元気で長く生きていっていただく。

そのためには、日頃のコミュニケーションがとれていないと難しいのですが、若い看護師ですと、コミュニケーションが十分にとれなくて落ち込んでしまいます。少し慣れてくると、今度は患者さんに管理という面ばかりを押しつけがちになってしまうので、そういう事に気をつけながら、スタッフの中での調整役という役目を大事にしたいと思っています。

佐中 入院している患者さんは程度の差はあれ、身体的・肉体的に非常に大きな問題を抱えています。そうすると、病棟勤務の看護師さんというのはどうしてもそちらに目がいくから管理という事になってしまうの

だと思いますね。それを引きずったまま合併症という点で、比較的軽症の方たちにも同じように接してしまう。たぶん、管理という事が表に出てしまうのだらうと思います。

看護師というのは、栄養士やケースワーカー、薬剤師に比べて患者さんと接している時間がはるかに長いわけですね。また、看護師は栄養士的なあるいはケースワーカー的、薬剤師的な側面と、非常にいろいろな場面を経験されると思います。

さて次に、ケースワーカーの木暮さん、患者さんの長生きという面からの話をお聞かせください。

## ■ 社会保障サービスの活用 ■

木暮 先ほどもお話ししましたが、患者さんが高齢になって糖尿病からの合併症等で非常に重篤な状態が増えています。先日もあった例ですが、患者さんに通院困難が見受けられる状況が出てきたので、一度相談に乗って欲しいという、透析センターの看護師さんの紹介がありました。

その患者さんは透析が10年を超えている高齢の方で、入退院を繰り返す中で歩けなくなってきたという事でした。娘さんの介護で通院透析をされていたのですが「娘さんの負担になっている」と非常に悩んでいらっしゃいました。「先生方は一生懸命治療して下さるし、看護師さんにもよく手をかけていただいているのだけど、もう死んでしまいたい」と。「娘にこんなに負担をかけて、家族の迷惑になるぐらいだったら生きていく価値はないのだ」と言って泣いていらっしゃいました。

このような在宅療養、通院透析をどうやって支えていく事が出来るかと、私たちの方からは介護保険の利用と通院送迎のサービス、ホームヘルパーの紹介などを提案し、ケアマネージャーさんと協力して対応した

結果、デイサービス等に通われる中で、ご家族の日常介護も通院介助も負担が減り、笑顔が見られるようになりました。お孫さんも笑いながら来てくれるようになり、患者さんから「本当に生きていてよかった」という言葉も聞かれるようになりました。

やはり、「生きていたい」という患者さんの意思を大事に出来るよう、このようなサービスを使って支えていく事が出来るといいなと思っています。そうやっていただくのが私たちも喜びですし、そういう力になればと思って仕事をしています。

佐中 在宅療養や介護サービスについては意外と知られていない制度があります。

このような社会保障サービスには、患者さんにとって経済的にも非常にメリットのある制度が沢山ありますが、そういうものも紹介していただけるとありがたいと思います。

木暮 私たちは、全国規模の透析ソーシャルワーク研究会を組織していて、(社)全国腎臓病協議会（全腎協）からの協力依頼を受け『腎臓病患者の社会保障ガイドブック』を出しています。そこには、患者さんが使えるような社会保障制度が載っています。各医療施設に配付していますので、ぜひ見て活用していただければと思っています。

私たちの病院では、透析療法講座の中で、社会保障領域の制度やサービスを患者さんにご案内していますが、ケースワーカーがいない医療機関では、患者さんがそのような保障やサービスを知るのはなかなか難しいという事をよく聞きます（資料1）。

佐中 では次に、杉村さんのお話を伺います。

### ■ 透析室の薬剤師常駐が理想 ■

杉村 透析の患者さんは他の病棟の患者さんと違って、透析を始めたらもうずっとやめるわけにはいきま



三上 裕子 さん

せん。その中で長生きをするためには合併症を起こさないという事が一番大切で、そのために透析の患者さんは薬を比較的多く飲んでいますが、患者さんにはなぜ飲まなければならないか、をわかってもらわなければなりません。

薬剤師としては、薬歴を管理し、薬の飲み合わせ、量などを確認し、その患者さんに応じた服用の仕方を把握した上で配薬しなければなりません。

薬には副作用というデメリットもありますから、その辺を見極めた上で、患者さんにきちんと説明をして理解していただき、薬をきちんと飲んでもらう。副作用が起こった場合は当然医師と相談して対処しなければなりません、その場合も、看護師さん始め他のスタッフと共に協力し対応していきたいと思っています（資料2）。

佐中 杉村さんのような方がいる病院は非常に恵まれています。多くは薬剤師さんがいても、なかなかうまくその機能を生かしていないような気がします。



## 資料1 腎臓病患者さんに関する主な社会保障制度一覧

### 〔医療費等の保障〕

|                              |                                        |
|------------------------------|----------------------------------------|
| 健康保険法<br>老人保健法               | 高額療養費（慢性腎不全による透析療法一長期高額疾病（特定疾病）による特例）  |
| 身体障害者福祉法                     | 更生医療（透析療法、腎臓移植等の外科的治療）                 |
| 児童福祉法                        | 育成医療（透析療法、腎臓移植等の外科的治療）                 |
| 小児慢性特定疾患治療研究事業<br>特定疾患治療研究事業 | 慢性腎疾患<br>SLE等（自治体によりネフローゼ症候群等を対象としている） |
| 自治体による医療費助成制度                | 身体障害者医療費助成制度、心身障害者入院食事療養費一部負担金助成制度 等   |

### 〔生活費等の保障〕

|             |                                                              |
|-------------|--------------------------------------------------------------|
| 年金          | 障害基礎年金、障害厚生年金 等                                              |
| 健康保険法       | 傷病手当金 等                                                      |
| 雇用保険法       | 失業給付、傷病手当 等                                                  |
| 生活保護法       | 生活、教育、住宅、医療、介護、出産、生業、葬祭の扶助                                   |
| 各種手当        | 特別児童扶養手当、障害児福祉手当、特別障害者手当 等<br>（自治体により重度障害者手当等がある）            |
| 税金・公共料金等の減免 | 所得税、市県民税、自動車税等の減免、預貯金の優遇制度<br>水道料、NHK放送受信料等の減免 等             |
| 各種運賃等の割引    | JR等の旅客運賃の割引、航空旅客運賃の割引、有料道路通行料金の割引、自治体による<br>身体障害者通院交通費補助事業 等 |
| 生活福祉資金      | 障害者更生資金の低利貸付 等                                               |

### 〔生活面の保障〕

|          |                                                                                                                                     |
|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 介護保険法    | 訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリ、通所介護（デイサービス）、通所リハ（デイケア）、短期入所生活介護・療養介護（ショートステイ）、福祉用具貸与・購入、居宅介護住宅改修費、介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）、介護老人保健施設、介護療養型医療施設 等 |
| 身体障害者福祉法 | ホームヘルプサービス、デイサービス、ショートステイ、訪問入浴、補装具（車椅子等）交付、日常生活用具給付（透析液加温器、ベッド等）、内部障害者更生施設、療養施設 等                                                   |
| その他      | 駐車許可証、心身障害者世帯公営住宅、障害者雇用納付金制度、福祉サービス利用援助事業、難病患者等居宅生活支援事業等                                                                            |

\* 個々の条件により全ての方が利用できるとは限りません。詳細は“腎臓病患者の社会保障ガイドブック”（透析ソーシャルワーク研究会編・全国腎臓病協議会発行）を参照下さい。

医師が杉村さんのような役割を果たすには、一生懸命説明が出来るほどの時間がないので、結局中途半端な説明になってしまう事が多いかと思います。薬の配合注意とか、この薬とこの薬を飲むと具合が悪いというものを調べて話はするけれど、十分な対応が出来ていない。それが薬害や医療事故等の原因にもなっていると思います。そういう意味で、杉村さんが果たしてい

る役割は非常に大きいと思います。

患者さんから杉村さんにいろいろな質問があったり「医師はこう言っているけれども、それは違うんじゃないか」というような問題提起もあるのではないかと思います。どうでしょうか。

杉村 ありますね、実際に。他にも患者さんが先生と私たち薬剤師に違った事を言う場合が時々あり、そう



資料2 2FHDの処方箋

ID: 133468

生年月日: 昭和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

○○ ○○ 様のお薬について

これは、2FHD の処方箋です  
処方日 平成 14 年 ○ 月 ○ 日の  
お薬の説明です。おだいじに。

調剤日 平成 14 年 ○ 月 ○ 日

玄々堂君津病院

薬剤師

千葉県君津市東坂田4-7-20  
Tel (0439) 52-2366

| 変更                                        | 薬の名前                | 形状                                                                                  | 朝 | 昼 | 夕 | 夜 | 使用・服用方法                   | 効能・効果                                  |
|-------------------------------------------|---------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---------------------------|----------------------------------------|
|                                           | カルタン錠500            |    | 2 | 2 | 2 |   | 1日3回<br>毎食直後              | 食べ物に含まれるリンを吸着し、除去する薬です。                |
|                                           | ブルゼニド糖衣錠            |    |   |   |   | 2 | 1日1回<br>寝る前               | 便通を良くする薬です。                            |
|                                           | アムロジン錠5             |    | 1 |   |   | 1 | 1日2回<br>朝夕食後30分           | 末梢や心臓の血管を拡張して、血圧を下げたり、狭心症の予防をしたりする薬です。 |
|                                           | 2%ガスター散<br>(0.5g/包) |    |   |   |   | 1 | 1日1回<br>寝る前               | 胃酸の分泌を抑える薬です。                          |
|                                           | プロプレス錠<br>4mg       |   | 1 | 1 | 1 |   | 1日3回<br>透析しない日 朝・<br>昼夕食後 | 血圧を下げるお薬です。                            |
|                                           | プロプレス錠<br>4mg       |  | 1 |   |   | 1 | 1日2回<br>透析日 朝夕食後          | 血圧を下げるお薬です。                            |
| 朝昼夕夜の数字が○または□で囲まれたお薬は一回に使う分を一つの袋に入れてあります。 |                     |                                                                                     |   |   |   |   |                           |                                        |

いう時が一番困ります。「えっ？そう言ってたんですか」という時は先生と話し合っ、患者さんにもう一回、話を良く聞く事もあります。

今、多くの薬剤師は病棟には行っていますが透析はまだ手薄な状態です。実際に透析には薬は欠かせませんので、透析室に1人薬剤師が常駐して、薬の管理は全部薬剤師がやるべきだと私は思っています。それを行政も認めるようになったらすごくいいなと思っています。

佐中 もっと行政指導があった方がよいというわけですよ。

杉村 そうです。安全性から言っても、今ある程度の透析患者さんがいる施設だったら絶対に必要だと思いますね。現在、病棟では認められている薬剤師の常駐を、行政は透析室にも認めるべきだと思っています。

佐中 透析患者さんは腎臓の機能のいい人たちと比べて、たとえば服薬量をもっと少なくしなければいけないという事もあると思うのですが、そういう指導も当然されているわけでしょう。

杉村 はい、薬によっても全然違いますから。実際に処方方が来ても、これは量が多いのではないかと先生に返す事が度々あります。わかってくれる先生はいいの



杉村 昭文 さん

ですが、わかってくれない先生がたまにしまして、ちょっと戸惑う事もあります。普通の人と透析患者さんの許容量は当然違いますので、新薬説明の時には「透析患者さんにはどうでしょうか」と必ず聞きます。ただ、そのデータのない薬がまだ多いのが実情です。

佐中 実際に問診して、想像される副作用が出たかどうかチェックもするわけですか。

杉村 毎日患者さんのところに行ってチェックする事は出来ていませんが、患者さんからの訴えで発見する事があります。

### ■ 薬を飲んでもらう工夫と説明 ■

佐中 三上さんのところも、透析室に薬剤師がいるそうですね。どういうふうにされているのですか。

三上 今は週3回、CAPDの外来と血液透析の患者さんに関わっています。長年ですから患者さんももう慣れて、たとえば医師の前ではなかなか本音を言わなく

ても「本当は、この薬はこんなに残っている」など薬剤師さんに話しています。

結構残っている方もいらっしゃるんですね。検査データを見てどうも効きが悪いなというのでよくよく聞くと、やっぱり飲み方がおかしかった事があって、そのような時は、もう一度そばでわかり易くきちんとした指導が出来るのはとてもいいと思っています。

佐中 薬がなかなか飲めていないという話が出ましたが、実際に飲んでいて、飲んでいないという事が病状に関係する事がありますか。

三上 たとえば本当にきっちりしている方は、朝の血圧が100mmHgなのにそれでも薬を飲んで「血圧が下がっているんです」という電話がかかってくる事もあります。そういう時は「数値を確認して薬を飲まないようにしましょう」と事前に言っておけば、患者さんもわかるんじゃないかなと思います。

佐中 飲んでもらっているはずの薬が、ベッドの下に隠してあったとか。

杉村 この前あった話ですが、透析患者さんの血圧が全然下がらない。血圧の薬は結構出ているんですよ。看護師さんが発見したのですが、やっぱりほとんど飲んでいない。実際にどうしたら飲んでもらえるかをもう1回話し合って、服用する日付まで書いて患者さんに渡してきちんと服用してもらったら、血圧が下がった。普段いかに飲んでいなかったかという事ですね。

佐中 それはどうして飲まないのでしょうか。患者さんは理解していないから、飲まないのでしょうか。

杉村 その患者さんは飲みたくなかったんですね。僕らとしては“飲まないといけない”という事をいかにわかってもらうか、というのが非常に大切だと思います。病棟なら、飲むまで見ていれば“飲んでいる”というのがわかるわけです。私も経験がありますが、病棟では薬が効いている、効いてないというのはよくわかります。しかし外来透析の患者さんは実際にそこま



でわかりませんので、どうやって管理するか、そこが難しいところだと思います。

佐中 それは医師がやるべきなのか、薬剤師がやるべきなのか。

杉村 どうでしょう。これは私個人の考えですが、薬の説明はもちろん薬剤師がまずやるべきでしょうが、最終的にはスタッフ全員が関わって、管理や説明を協力してやるべきだと思っています。

佐中 私はそういう事を、家族の方にもやってもらえればいいと思います。患者さんはある程度状態が良ければ理解する力も出てくるけれども、残念ながら病気が理解を邪魔します。本来患者さんはちゃんと理解する力もある。その病気が良くなれば、またちゃんとやれるようになる。だからそれを助けるために家族の方たちを我々の仲間に引き込むという事も、作戦としては有力ではないかと思っています。

## ■ 正しい情報交換を ■

佐中 栄養や食事の問題で患者さん同士がいろいろな情報を交換し合って、自分の中に取り込んでいく事もあると思います。一方で、医師がカリウム制限はこうあるべきだと言っているのに、患者さんはちょっと違う事をしている場合もありますね。

栄養士さんには「実は先生にはこう言われたけど、私はこうしたい」と頼んだり、医師に言えない本音を栄養士さんに言ってきたりする事はありませんか。あるいは患者さん同士の会話で本音を小耳にはさんだり、植松さんの経験ではいかがですか。

植松 ある患者さんが看護師さんから「カリウムが6.8 mEq/lにもなっているわよ」と怒られ口調で言われていて、患者さんが即座に「食べてないわよ!」と言っていたんです。そのあと、この患者さんとたまたまロビーで一緒になって、ああさっきの患者さんだなど

思っていますと「植松さん、やっぱりメロンはカリウムが多いんだっけ?」と(笑)。「ああ、メロンね。多いけど、どうしましたか」と聞こえなかったふりして答えると「さっき看護師さんにカリウム6.8mEq/lって言われたけど、やっぱりメロンだったんだよね。結構食べたもの、昨日は」と。

やはり患者さんを責めるような口調は禁句のような気がするんですね。子どももそうですが、責められたら心を閉ざしてしまいます。患者さんを子ども扱いしてはいけませんが、人間対人間という関係をオープンにするには、とがめないでたとえば6.8mEq/lだったとしたら「あら、6.8mEq/lだけど何か原因はわかりますか」という聞き方をした方が、ああ責められていないんだ、本当に心配してくれているんだと思うのではないのでしょうか。その看護師さんも心配して言っているので気持ちは同じなのですが、ちょっと言い方を変える事によって、ああこの人はいつも責めないでちゃんと教えてくれる人だと思える、そういう関係をもつ事が必要なんじゃないかと思っています。

佐中 あるテレビ番組で、とんでもない事を言っていました。現実には、それを患者さんはみんな一生懸命見えています。

植松 ええ、特に梅干の話は何回も出てきます。

佐中 患者さん同士でも、横から聞いているととんでもない事を言っている時があります。

今のカリウムや食塩やたんぱくにしても「これはきいてはいけないよ」という事がある。あるいは患者さんが自分自身を守るためにきかない工夫、というのもあるのではないかと思うのですがどうですか。

植松 きかない工夫は難しいと思いますね。超有名人が言っていると、なにか神様が言ってくれたような気持ちになるようです。しかも自分が食べたいものであると、なおさらです。

本当に梅干の場合は、何回も制限しているけれど

やっぱり食べてしまうという例がよくあります。再入院した時に聞くと「やっぱり梅干でした」と。自分が好きな事もあるけれど、テレビでなんだか血がサラサラするという事を聞くと、引かれて食べてしまったというんです。このようにみんながテレビを信じてしまうところがあるので、やはりこちらの方が頻繁にロビーや透析室を訪問して「何かありませんか」と聞くのがいいような気がするんですね。

佐中 特に「これを食べると健康になります」なんていう番組を見たら“実行に移す前にこちらに相談”と患者さんに言いたいですね。これを読んでいる患者さんには、ぜひそうしていただきたいと思います。

看護師さんも同じような経験があるだろうと思います。食事の面だけではなくて、日常生活の中で患者さん同士の間違った情報交換や、してもらいたくないという事が、今までの経験の中でありませんか。

三上 うちが腹膜透析の方が沢山いて、待合室用の部屋で看護師は日常生活を聞いていますが、看護師が離れて患者さんばかりになると「私はこれを食べている」とか「こんな事をしている」とか結構話をしている。その中で経験の長い患者さんたちが「いや、そんな事をしていたら腹膜炎になるよ」とか「そんな事をしていたらとんでもない事になるよ」と言っているのが聞こえるんですね。私たちスタッフが見えないとオープンにしゃべっていて、年数が経った人はいい事もちゃんとしてくれるのだなと思って聞いています。

患者さん同士で、「長く続けている人はこんな事をきっちり守っているのだね」という話もしているので、それをちゃんと守ってくればいいのですが、誤解している時もあるので「患者さんがああ言っていたけど、こういう事を守っていった方が長く続けられるんじゃないですか」とそっと伝えています。

佐中 この座談会を読んでいる患者さんは、先ほどのようなテレビ番組やマスコミの話をそのまま鵜呑みに

せずに、ご自分のところの医療スタッフに「これはいいのか悪いのか、正しいのかどうか」をぜひ聞いて下さい。それを実行する事が長生きにつながると思いますので、ぜひお願いします。

## ■ 透析医療と高齢化問題 ■

佐中 次に、高齢化の問題について伺いたいと思います。地球が自転しながら太陽の周りを公転している限りは皆さん年をとるわけで、透析をしながら年をとっていく、あるいは少し年をとってから透析に入る方々もだんだん増えていきます。

高齢になって、寝たきりで一生入院しながら透析をするという事は、それはそれで理想かもしれませんが、なかなか日本の医療事情、病院事情はそれを許してはくれません。また入院していればいいかという点と必ずしもその人にとっては幸せではないわけで、やはり家庭に帰って家族と一緒に暮らすというのが、最も幸せな事だと思います。

そうすると、なかなか足腰がいう事をきかない透析患者さん、あるいは中枢神経障害があって起床が出来ない患者さんがこれから非常に増えてくるわけですが、実際に沢山の経験をされている木暮さんに、そういう方たちがどのようにして社会に帰っているのか、お話しいただければと思います。

木暮 私たちの研究会でも要介護実態調査を1995年から毎年やっているのですが、やはり介護度が上がってきている結果が出ています。調査数は全国で四千数名です。

ケースワーカーが各地で患者さんと面談しながら調査をしており、その中で患者さんの今の不安は何が多いかというと、やはり介護が必要になった時の生活です。透析というのは週3回どうしても通わなければならないという事が、障害を持っている他の疾病の方と



比べて介護度が上がってくる一番の大きな要因になっています。それゆえに要介護になると医療機関への入院を望まれる方も多いのですが、一方で介護施設での受け入れも十分ではない中で、患者さんがどこで生活していくのが適切なのだろうかという事が課題になっています。本当にいま適切な施設がない、あるいは在宅での介護サービスが十分でないというのが、苦勞が大きいところです。

だからこそ患者さんも不安を抱えているのですが、一番大きい通院介助の問題が解決されないと、透析を導入して介護が必要になった時に、なかなか在宅療養が可能にならないわけです。各医療機関が通院送迎のサービスなどをしていますが、私たちが考えているのはやはり公的な保障として通院送迎の問題をなんとか考えて欲しいという事で、介護保険サービスによってそれが解決出来ないかと考えています。

一部で取り組みがありますが、それが公的な介護保険で十分出来ているかというところはまだまだそうではないのが現状で、介護保険だけではなく障害者の福祉サービスであるとか、地域、医療機関の患者さんの会等の送迎の利用も含めて、患者さん方が一緒になって通院送迎の手段を模索しているような状況です。

**佐中** 両足を切断した患者さん多いと思うのですが、そういう方たちはどうしていますか。

**木暮** ご家族の協力で、今はCAPDに切り替えている方もいます。また、安定してきたころ先生方とスタッフと協議して、透析設備がある老人保健施設にお願いする方もいます。しかしそのようなところは非常に少なく、その中でも一部のベッドだけしか透析患者さんを受け入れていませんので、なかなか大変です。他にも身体条件が悪い事もありますので、どこか長期入院出来る医療機関を探さざるをえないのが現実です。

**佐中** 実際にそういう病院をみつける事が出来ますか。

**木暮** そうですね。名古屋の都市部では、要介護だか

らといって一般病院に入院するのは、透析患者さんにも難しいですね。郊外の、療養型病院を併設していて透析施設のある一般病院を考える事もあります。それから状態が悪化して入院、手術などは当院でしても、その後は今まで通院していたサテライトに継続して入院する方もいます。また、透析施設の近くの比較的長期に入院出来る療養型病院や一般病院に入院して、そこから家族や看護師さんなどに透析施設に連れて行っていただく方もいらっしゃいました。個々の状況に応じ、非常に苦勞しながらやっています。

### ■ 賢い患者さんになるには ■

**佐中** 医師は患者さんの立場に立つべきだという事はわかっている、やはり医師も人間だからその日の体調もあるし、本当は口に出してはいけない事を、つい口走ってしまう事もあるでしょう。

そういう非常に些細な事から、医師と患者さんとの関係がうまくいかなる事もあると思うんですね。患者さんが医師や他の医療スタッフとうまく付き合うという事は、患者さんにとっても実は非常に有益な事です。患者さんが病院におべっかを使う必要はないけれど、上手に付き合う事によって、合併症を減らしたり、長生き出来るといういろいろないい点があると思うんです。そういう意味で賢い患者さんになるには、どうしたらいいでしょうか。

私個人だったら、別に愛想が良くてお世辞の一つも言ってくれるのが嬉しい訳でも何でも無い。しかし、質問されるのは大歓迎です。同じ事を何度も聞かれると「ちゃんと聞いてくれているの？」とやはり不安になります。一方、その時はわからなくても次の外来の時に「先生あんな事言ったけど、こうじゃないですか」と角度を変えて質問されるのは、非常に賢い患者さんだと思います。

### 資料3 献立表

|                                  |                |                    |       |
|----------------------------------|----------------|--------------------|-------|
| 氏名                               |                | 年齢 歳               |       |
| 性別 男 女                           |                |                    |       |
| 透析室 (第1 2 3 5 6 7) (月 火 水 木 金 土) |                |                    |       |
| 身長 cm                            |                | 体重 kg              | DW kg |
| ☎                                |                | 職業 (主婦 パート 常勤 その他) |       |
| 食事日 年 月 日 ( )                    |                |                    |       |
|                                  | 献立名            | No.                | 分量 g  |
| あ<br>さ                           |                |                    |       |
|                                  |                |                    |       |
|                                  |                |                    |       |
|                                  |                |                    |       |
| ひ<br>る                           |                |                    |       |
|                                  |                |                    |       |
|                                  |                |                    |       |
|                                  | (間食)           |                    |       |
| よ<br>る                           |                |                    |       |
|                                  |                |                    |       |
|                                  |                |                    |       |
|                                  |                |                    |       |
|                                  | 水 氷 ジュース アルコール |                    |       |
|                                  | (間食)           |                    |       |

同じように患者さんとしてもっと賢くなると、栄養士さんからもっといろんな情報を聞けると思うのですが、どうですか。

植松 たたとえば塩分の話をした後に「今日はどんな事がわかっていただけましたか？」と確認をとるようにしています。何にもわからないようだったら「また今度ね」と伝え方を工夫するようにしています。

お互いに意思疎通がうまくいかないと、患者さんも賢くなれないし、栄養士も賢くなれないんじゃないかと思うんです。

私が賢いと思う患者さんは、たとえばカリウムが

3.5～5.0mEq/lが標準域だとしたならば、5.0mEq/lに近く、標準域の中でも最大限に食べて楽しく生活している人かなと思います。

佐中 食事は内容を書いてきてもらうのですか。それとも感覚的に覚えてもらうのですか。

植松 導入期ですと、ガイダンスや調理実習をしたりスライドを見せたりして、それで一通りわかったかな、と思うと外泊練習で自分が食べたものを書いてもらいます。塩分が1日6gになっているとか、カリウムがオーバーしているとか、計算は栄養士がするのですが、食べた分量までは書いてもらいます。外来に移行しても継続的に行っています(資料3)。

佐中 賢い患者さんというのは、それをちゃんと書いてくる方という事ですね。

植松 そうですね。要するにこちらの指示通りに実践した事を書いてきて、そして順応していくという事です。患者さん自身が習慣化していく。これは賢い患者さんだと思います。

佐中 私もそういう事だと思うんです。栄養士さんにこういう食事がいいですよ、書くといいですよ、と言われたら、それをまず身の回りのものからやってみるというのが賢い患者さんの一つの要素ですね。

植松 素直に言う事を聞く。

佐中 まずは聞いてみる。僕も「ニーレの会」や外来で栄養士のまねごとをしますけれども、まず患者さんに今、何をどれくらい食べているのかを聞いて、そして書いてもらう。まずそこから始まるんですよね。あれはだめ、これはだめというのは、その次の次ぐりの段階。

食事の面ですと、自分の現状はいったいどうなのかという事を把握する、それが賢い患者さんの第一歩かなと思うのです。そこから次の事が始まるんじゃないかと。自分自身を訓練していくというのも、これも賢い患者さんだと思います。



看護師さんの方ではどうですか。

#### 資料4 透析自己管理手帳

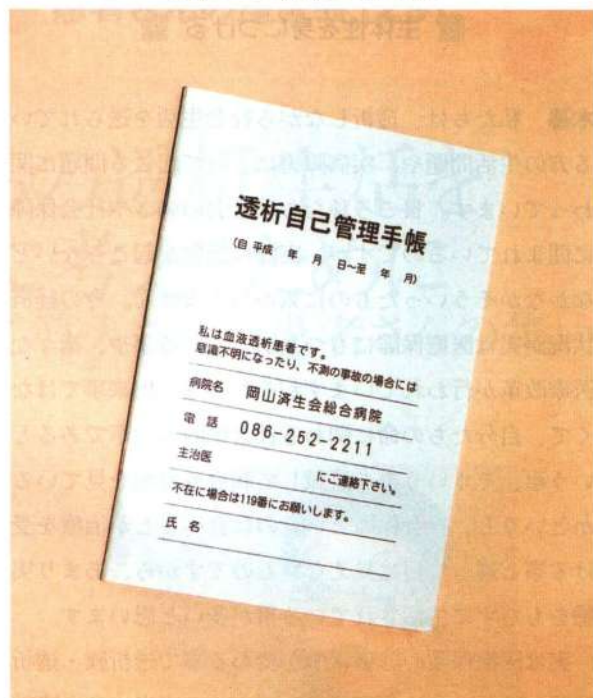
### ■ 自己管理とコミュニケーション ■

三上 自己管理がきちんと出来ていると、透析でも問題なくうまくいくと思います。皆さんそうだったら言う事はないのですが、実際はそうではなく、自己管理がうまく出来なくて体重が常にオーバーしている。そして、いざ透析に入ると血圧が下がって、その間は除水が出来ないので時間を延長しようとする、もうやめて欲しいと訴えられ、中止すると体重はドライウエイトにならず「きちんと水を引いてくれなかった」と言われます。

ただ、数字が増えたら急に増えたのはどうしてかな、とやはり看護サイドでは考える。「だめじゃないの、どうして」と非難しても患者さんは急には直らないんですね。ゆっくり、じっくり、よくよく聞いてみたら、実はとても仲のよかった弟さんが亡くなって、急にちょっと荒れたのだとわかる事もあるので、そういう状況になったらしばらく待つ。ある時期から患者さんがふっと思い出して急にまた落ち着くという事もありますので、やはり非難したり、だめじゃないのと言っても、結局きちっとは出来ません。

医療者側から言うと、自己管理はやはり患者さんとして最低限やって欲しいという思いはあります。でもその裏に隠されたものを、日々のコミュニケーションの中からよく探るという事も、大事じゃないかと思えます(資料4)。

佐中 そういう場合の賢い患者さんというのは、コミュニケーションが上手な人かなと思うんですね。たとえば体重が増えてきて怒られる。そういう事もあるでしょう。その中で「昨日はどうしちゃったの」「ちょっと宴会があって飲んじゃった」。そうするとその中から看護師さんは解決策を出してくれる。透析室



に来て黙々と透析を受けて黙々と帰るというのは、私は賢くないんじゃないかなと思う。透析に来ていろんな人と話をして、特に看護師さんと話をして、昨日は何をしたか1日の出来事をかい摘んででもいいから話をする事が、賢い患者さんの要素かなと思うのです。杉村さんは薬剤師という立場からどうですか。

杉村 やはり自己管理が一つ、もう一つはコミュニケーションです。看護師さんや医師だけではなく、薬剤師ともコミュニケーションをとってもらおうと、たとえば薬に関する副作用なども見つけやすいです。

佐中 ケースワーカーというのは、病気以外のところで患者さんとのコミュニケーションが非常に重要な職種だと思います。木暮さんの考える賢い患者さんというと、やはりいろんな社会資本を熟知しているという事になるんでしょうか。



## ■ 主体性を身につける ■

木暮 私たちは、透析しながら社会生活を送られている方の生活問題や、疾病障害によって起こる問題に関わっています。日ごろ私たちは社会の動きや社会保障に囲まれているのですが、実際に問題が起こらないとなかなかそういったものに気がつきません。今の経済状況が実は医療保障にもつながっている事や、様々な医療改革が行われていますがそれが遠い出来事ではなくて、自分たちの命に関わる社会保障の改革であるという事、そういう事を意識して制度や資源を見ているかという、社会保障というのは食べるとか治療を受ける事と違って目に見えないものですから、あまり実感をもたずに生活されている事が多いと思います。

実は医療保険の診療報酬が変わる事で透析膜・透析時間が変わってくる事もあるぐらい、本当に命に直結する問題なのです。社会保障や医療保障の改革だけではなく、医療の動向でも、情報の開示であるとか、クリティカルパス<sup>注</sup>、インフォームド・コンセント、そういった事を通して医療者主体から患者さんを主体にしていく方向で、かなり医療情勢は動いているという事を、患者さん自身もまったく知らないで過ごしている方が多いように思います。やはりそのへんの事を自分の命に関わる問題として見ていく、主体性を身につける事が大事なのかなと思っております。

佐中 なるほど。つまり新聞やテレビ・ラジオの報道

の中で政治や経済も大事ですが、その中でも社会保障という、病気と関係したところにもっと目を向け、耳をそばだてて、情報をしっかりと把握していく。これもまた賢い患者さんの要素だという事ですね。確かにそうですね。

また、最近の薬局は、患者さんが飲んでいる薬の一覧表を出していますね。それには薬効あるいは副作用が書いてあって、丁寧なところはその薬のカラー写真も付いているので、やはり自分が飲んでいる薬をぜひ知って欲しいですね。

いろんな薬の出し方があります。たとえば、薬効があるがゆえに本来の病名とは違う薬を出す場合があります。その場合「この薬を飲んでいるのはなぜだろうか」、また副作用が気になったら遠慮しないで質問して欲しい。もちろん医療側はそれに答えます。そうする事が自分の身を、合併症や薬害から守る事になる。これもまた賢い患者さんの要素じゃないかと思います。

三上 本当は、言いたくても言えないという事もあると思うのです。よく看護師さんたちはみんな忙しいと言われるのですが、私たちは患者さんたちをいつも気にかけています。ですからやはり何かある時は患者さんも、どんな事でも声をかけて下されば対応出来ると思います。それを察知するのが本来ではありますが、どんな場所でもいいですから、ちょっとしたところで「いや、実はこうなのです」と気軽に声をかけてくれば、私たちスタッフはそれに対応出来るようにいつも努力をしています。

佐中 それは、植松さんにしても木暮さんにしても杉村さんにしても、きっと同じ思いでしょう。要するに我々透析患者さんを支援する者はみんなが同じ思いだと思います。一口で言うと、“気軽にいつでも声をかけて下さい、私たちスタッフはそれに対応出来るようにいつも努力をしています”という事でしょうか。

注) クリティカルパス：病気別の標準ケア計画のプロセス管理。ケアプロセスの標準化、入院期間やゴールが明らかにされる事で在院日数の短縮化、コスト削減、患者の満足、チーム医療向上などの効果を上げるもの。

# (1) これからの透析生活を 前向きに考えるために ——若くして導入された患者さんの集い

日時●2002年 8 月10日

場所●名古屋マリオット アソシアホテル

出席者(順不同)

市岡 知夏 さん

原科 真吾 さん

原科 真帆 さん

鈴木 英範 さん

司会●渡邊 有三 先生(春日井市民病院内科)



渡邊 有三 先生





### (1) これからの透析生活を前向きに考えるために

**渡邊(司会)** 読者の方から「若くして透析になってしまったけれど、これから前向きに生きていこうと努力している方たちが“今何を考え、どんな透析をしようと思っているのか”、自分たちの励みのためにも知りたい」というご要望がありましたので、今日は、透析をしている若い患者さんたちにお集まりいただきました。

#### ● 保存期をどう過ごしたか ●

**渡邊** この中で一番透析の経験が長いのは誰でしょうか？ 皆さんいつから透析をなさっていますか。

**鈴木** 2001年の11月からです。

**原科(真吾)** 僕も2001年で9月からです。

**市岡** 私も2001年の年末からです。

**渡邊** まさしく皆さん、ほぼ同時期からですね。

ではまず原科さんから、原因疾患などについても触れながら、お話いただけますか。

**原科(真吾)** 病気になった原因は、よくわからないのです。IgA腎症という病気自体がわかったのも、透析に入る1年ぐらい前で、急激に進んでしまったので、あまり詳しく病気の状態を理解する間もありません。そんなに何ををしたという感じが残りません。

**渡邊** 透析導入の1年前に、最初「体調が悪いな」と思って病院にかかった時は、どういう症状がありましたか。

**原科(真吾)** ちょっとむくみがありました。実は最初は腰が痛くて整形外科へ行ったら「血液の数値が悪いよ」と言われたんです。それで初めて近所の内科にかりました。大学卒業後、JR西日本に勤めていたのですが、辞めて自営業をしようと実家に帰ってきていた時でした。

**渡邊** あまり保存期に悩みがなかったというのは、むしろ

保存期が短すぎて、あっという間に透析に導入されてしまったという感じですか。

**原科(真吾)** そうですね。最初に行った病院で「治らない」とはっきり言われたので、むしろ腹をくくるための1年だった、という感じです。

**渡邊** 透析に入る時には、ある程度の覚悟は出来ていたのですか。

**原科(真吾)** でも、まあやっぱり出来ればやりたくないという気持ちはかなりありました。保存期の食事制限はすごく一生懸命やっていたので、なんとか透析が先に延びないかな、とは思っていたのですが、最終的にはどうしても導入しなくては無理な状態になりましたので。

**渡邊** 奥さんがたんぱく制限食を一生懸命されていましたよね。

**原科(真帆)** 「やり過ぎかも」と言われました、先生に(笑)。

**渡邊** 少しやり過ぎかも、というぐらい一生懸命制限していても、残念ながら病気の進行の方が早かったという事を僕もよく覚えています。

では次に、鈴木さんは、病気は長かったのですか。

**鈴木** 学生の時に「尿酸が高い、痛風になってしまうよ」と言われ近くの病院に相談しました。「重曹を飲みなさい」との事でしたが、あれはとても飲めるものじゃないんです。それで「まあ、いいや」と飲まないでいたんですが、父と母がいろいろと調べてたんぱく制限食をするようになりました。

**渡邊** 本当に痛風腎だったのでしょうか。

**鈴木** 佐中孜先生に診ていただき、糸球体腎炎由来の高尿酸血症だとわかりました。

**渡邊** 小学校や中学校の検診では、たんぱく尿や血尿の指摘はなかったのですか？

**鈴木** 当時は全然ありませんでしたね。



**渡邊** 最初に尿酸が高いと言われたのは、いつですか。その時には少し腎機能も落ちていましたか。

**鈴木** 高校1年ぐらいの時でしたが、その時は腎機能まで診てもらっていなかったのではありません。当時はあまり深刻になっていなくて、普通の生活をして学生時代を過ごしていたんです。

ところが阪神大震災のあった年に盲腸になり、あまりに異常な痛みで「おかしい」と佐中先生にかかったんです。そこで初めて腎臓が悪いとわかりました。それで「もっと食事のたんぱくを減らさなきゃだめです」という事で、そこから本格的に食事療法をやり始めたんです。

**渡邊** そうすると、透析導入まで7年ぐらい頑張ったんですか。

**鈴木** それぐらいだったと思いますね。それ以前も母が作ってくれた、あまりおいしくないでんぶん米の食事にしてたんぱくを制限していたのですが、病院にはほとんど通っていませんでした。ただ、盲腸がきっかけでちょっと真剣にやろうかな、と思い始めたんです。

**渡邊** おいくつで透析導入になられましたか？

**鈴木** 30歳です。その時は会社に勤めていました。盲腸で退院したら自分が勤めていた会社が倒産し、その残務整理をしたり、いろいろあった結構大変な年でしたね。

**渡邊** それは確かに人生の大変な時期でしたね。

市岡さんはどういう経過をたどりましたか？

**市岡** 私が最初に腎臓が悪くなったのは、大学受験の時でした。「靴が履きにくい」なんて話はしていたんですが、いつの間にかすごく足がむくんでいるのに気がついたんです。

たまたま母が以前看護婦として勤めていた先生にすぐに紹介してもらい、名古屋大学病院にかかって腎生検の結果、IgA腎症という診断を受けました。



市岡 知夏 さん

**渡邊** ステロイドの大量内服療法を受けましたね。

**市岡** はい、名古屋大学病院に4か月ぐらい入院して、その後は1年半ぐらい通いました。その間だんだんとプレドニンの量も減らしていったのですが、プレドニンを飲むのが、実はもう嫌になってしまってたんです。食事療法で玄米療法をやるといいと聞き、それをやりながら勝手に少しずつ少しずつプレドニンを減らしていつてしまって(笑)、とうとう病院にも行かなくなってしまいました。でも玄米療法をやっている間は、血圧も110mmHgぐらいでずっと安定していて、体もすごく快適だったんです。

その後3年くらい体の調子を見ながらウロウロしてたんですけど、やっぱり大学に入りたいと受験し直し



鈴木 英範 さん

て、それからは大学生活に夢中になり食事療法もやらなくなってしまいました。建築の勉強をしていたのですが、学校の課題や設計事務所でのアルバイトなどで徹夜をしたりかなり不規則な生活をしているうちに、すごく血圧が高くなってしまったのに気がついたんですが、今さら名古屋大学病院には行きたくなかったので(笑)、近くの病院にかかっていました。卒業制作の時にかなり無理をして風邪を2回ぐらいひいてしまい、それがひびいてかなりひどい状態の時に、渡邊先生をご紹介いただいたんです。

渡邊 そうでしたね。あの当時、クレアチニンがもう5.7mg/dlでしたね。でもクレアチニンの数値は一時よくなったんだけどね。

市岡 はい、でも、もう一度大学に行きだしてからはまた悪くなって。結局復学が良くなかったんでしょうかね(笑)。

渡邊 保存期の厳しい活動制限は学校生活には難しかったかもしれません。安静にしていた方が絶対にいいのだけれど、しかし社会生活もとても大事なものですからね。

### ● 治療方法選択での医師の役割 ●

渡邊 腎臓の病気の方は、透析に入ってからでも同じ医師にずっとかかる場合が多く、医師と患者さんとの間で人間関係がものすごく大事だと思います。

原科さんは透析が必要だと言われた時にどういう治療方法があるかは、正確に医師から提示されましたか？ 血液透析はご自分でお決めになったんですか？

原科(真吾) そうですね。CAPDか血液透析か、という選択肢はありました。僕の場合は春日井市民病院に診察を受けに行った時点ですでにクレアチニン値が10mg/dlを超えていたので、これ以外の選択肢はもうありませんでした。とにかくどちらかをやらないといけない状態だったので、とりあえず血液透析で、という感じで決めました。

渡邊 鈴木さんも、佐中先生からどんな治療方法があるかという選択肢は提供されたんですよね。

鈴木 はい。先生には「鈴木さんの場合はCAPDをやった方がいいよ」と言われましたが。

渡邊 CAPDを勧められたのですね。

鈴木 ええ。それ以前から病院に張ってあるポスターは見かけていました。お腹からチューブが出ている人の写真を見て「こんなの自分は絶対出来ない」と思って、よく見もしなかったんです。でも、いろいろ調べていくうちに食事療法をやりながら、また移植を考え



ながらCAPDもやるとか、または血液透析と組み合わせて、というようにCAPDと何かをセットにした方がいいとだんだん考えが変わっていきました。

渡邊 そういう知識は持っていたんですね。

鈴木 そうですね、調べるようになり始めたんです。そこからCAPDの方が体も楽だし、まあ自分で出来ない事でもないんじゃないかな、と。

渡邊 そうすると佐中先生から透析方法にはこういうものがあると提示されて、さらに「君にはきっとCAPDがあっているんじゃないか」と言われたわけですね。

インフォームド・コンセントの時代になり、患者さんにすべての情報を伝えるようになってきていますが、われわれ医師はやはり最後は「あなたはこれをしてダメだよ」と、絶対にダメな事も伝えなければいけない。けれどもそれ以外では、やはり患者さんが自分で選択出来るように努力をしているところです。

例えば、透析導入を勧めている患者さんに血液透析の現場や、あるいはCAPD患者さんの現実を見てもらうようにしているんです。そうすると案外納得してもらえるようになりますね。

市岡さんは僕が主治医なのですが、一応、治療方法の提示はしましたよね？(笑)

市岡 はい、いろいろあると教えていただきました。

渡邊 血液透析を決められたのは、何か理由がありましたか？CAPDを選ばなかったのは、なぜでしょうか。

市岡 CAPDを選ばなかった理由の一つは、やっぱりお腹に管を入れる事に抵抗があるのと、ちょっと感染症が心配なので。

渡邊 腹膜炎ですね。

市岡 はい、まずは血液透析を受けてみようと思ったんです。

渡邊 皆さんはそれぞれ違う治療方法をとられたわけですが、どの治療方法が一番いいかというと、どれも

大事なんです。血液透析だけではシャントがうまく機能しなくなる場合もあるし、あるいは自分の自由な時間を大事にしたいという事であればCAPDが向いているし、それぞれに有利な点があるんです。

## ● 透析を受けつつ寮生活 ●

渡邊 現在透析を続けながら、どういう日常生活を送っているかを話してもらえますか。原科さんは、現在は学校に通っているそうですね？

原科(真吾) 障害者向け専門学校の「システム設計科」に通っています。コンピュータのシステムを設計出来るようにする養成コースです。

渡邊 どんなタイプの障害者の方がおられますか。また、研修コースは何年ですか。

原科(真吾) 「愛知県障害者職業能力開発校」という国立の専門学校で、あらゆる障害の方がいらっしゃいます。研修コースは2年です。

渡邊 コンピュータのSEを目指そうというのは、卒業した大学がそういう系統だったんですか。

原科(真吾) いえ、大学は経済学部でした。ただ自営業をやっていて、結構体を使うんですけどにしんどい部分があるかな、と考えまして。

渡邊 透析生活を続けながらでは負担がある、という事ですね。学校はご自分の住まいからは、だいぶ離れていますね。

原科(真吾) はい、ですから単身で寮に入っています。

渡邊 透析はどうしていますか。

原科(真吾) この町には透析の施設がないので、自分の車で15分程度のところにある病院に行っています。

渡邊 自分で運転が出来て、自由に車で行き来出来るからいいですね。透析は何時からやっているのですか。

原科(真吾) 透析は大体、5時半ぐらいからですね。





原科 真吾 さん(左) 原科 真帆 さん(右)

渡邊 夜間透析ですね。夜間透析は今は1回4時間ですね？

原科(真吾) はい、5時半に始まって9時半に終わるのですが、施設を出るのは10時ぐらいですね。自己負担630円で、塩分などを控えた治療食も出ます。

渡邊 ああ、ちゃんとそういう治療食が提供されているんですね。それで寮に在る間は週に3回透析をして、週末はご自宅に帰るという事ですね。しかしそういう夜間透析をやっている場所がそばになれば、なかなか学業は続けられませんか。

#### ● 人生設計にあった透析方法が必要 ●

原科(真吾) でも学校の授業だけではとても資格を取る事は出来ないのです、本当は授業が終わった後も勉強をしなければならないのです。透析中に勉強出来れば言う事はないのですが、透析中に頭を使うとどうしてもしんどくなってきます。ですから、自由な時間が取

れないという問題はありますね。

渡邊 それで将来的には、今の専門学校を卒業したら春日井に帰ってどこか会社にもう一度勤めたいと思っているのですね。そうするとまた、夜間透析が出来るところを探さなきゃいけない。

原科(真吾) そうですね、それがやっぱり問題ですね。会社勤めになると今よりもっと都合がつけにくいと思うので、そのへんがちょっと……不安ですね。

渡邊 そうすると、また奥さんも大変ですね。食事の事も含めていろいろ考えなければならないですね。

原科(真帆) でも、食事はやれば出来る事だと思っていますから。

渡邊 今お子さんは？

原科(真吾) まだいませんが、出来れば、とは思っています。

渡邊 そうですね。やはり夜間透析が出来るといいのですが、ただ夜間透析の場合は時間が4時間と規定されてしまうのですよ。もう少し長くやれるところが

もっとあると、本当はいいとは思うのですけどね。

今、透析時間が4時間となっているのは、あくまでも一つの機械で出来るだけ沢山の患者さんを診たいという理由からなのです。医療関係者自身も自分たちの生活があるから、やはり夜は寝る時間にあて、昼間に沢山の患者さんを診ないといけない。日中の12時間に、出来れば3人は診たいという事は、12時間÷3回で、4時間ですよ。このような単純な割り算から出てきた透析時間なのです。

それと、何時間の透析でどのくらいのクレアチニン・クリアランスが出るかというアメリカで出されたデータから、4時間に決定されているのです。しかし決して4時間がすごくいいわけではありません。現実には日本では未だに6時間透析をやっている施設もあるし、九州では5時間のところが非常に沢山あります。

そういう中で、原科さんもこれから先の何十年というご自分の人生を考えていくと、もう少し違う透析方法も考えなくてはいけないのかな、という気はしますね。そういう事を他の皆さんにも知っていただくためにも、今日集まって話をさせていただいているわけです。

#### ● 在宅透析なら家族と一緒に過ごせる ●

渡邊 鈴木さんはなぜCAPDを選んだのですか。先生に勧められた事以外に、CAPDを選択された理由はありますか。

鈴木 はい、自分で透析が出来るという事と、家で透析が出来るので、家族と同じ時間を共有出来るという事です。僕は食事療法をずっとやっていたので、自分でやる事には全般的にすごく自信があったんです。もちろん何でも自分で出来るわけではありませんが、だいたい事は出来るという自信があったので、いろいろなホームページを見たり、本を読んだりして「CAPD」

がどういうものなのかを勉強していくようになったんです。

確かにチューブをお腹から出す事に対しては、初めはすごく抵抗感がありました。でもチューブを出す事よりも、麻酔の方が僕はいやで怖いんです。そもそも注射自体が嫌いなので、麻酔注射というのがすごくいやです。

渡邊 針を刺される事が嫌いなんですね。つまり血液透析は嫌いだと(笑)。

鈴木 そんな理由で麻酔注射をしなくてすむなら、後は血を出さないで、あまり透析してる感じがしないというのもあってCAPDもちょっといいかな、と思って決めました。

渡邊 日本全体で21万9,183名(2001年12月31日現在、『わが国の慢性透析療法の現況』日本透析医学会, 2002より)の方が透析をしています、その中でCAPDの患者さんの比率が3.9%、血液透析がおよそ96%です。CAPDがあまり広がらない理由について、考えた事がありますか？

鈴木 透析をしている人とよく飲みに行ったり、ご飯を食べたりして話すのですが「病院に行ったら寝てればやってくれる」というのを、血液透析にした理由の一つとしてよく聞きます。

あと、CAPDは自分で1日4回やるので「血液透析より逆に大変なんじゃないの」と言われます。血液透析だと受けた翌日は全くフリーで、また次の日4時間やれば済むけれど、CAPDだと1回30分といっても1日4回、6時間おきに夜もやらなくてはいけない。だから時間がかかるので自分はやらない、と言う人が多い。

#### ● 「自分でやる」意識が重要 ●

渡邊 腹膜炎の心配は、最初からほとんどありません



### (1) これからの透析生活を前向きに考えるために

でしたか。

**鈴木** いや、もう手荒れするぐらい毎日神経質に手を洗ってバッグ交換したり、マスクをきちんとつけてやっています。排出された透析液が白く濁ると腹膜炎になっている証拠だということで、毎回注意して透かして見たりしています。腹膜炎になった事はまだ一度もありません。

**渡邊** 今は機械がよくなり、そう簡単に腹膜炎にはなりませんからね。そういう意味でも、かつてとは非常に違ってきていると思います。

今、鈴木さんが言った「自分でやる」という事が、一番大事な事なのです。血液透析の患者さんは、日本人の特性かもしれないけれどやはり他力本願というところがあります。確かに血液透析は、横になって腕を出しておけば4時間寝ている間に済んでしまう。でも自分の病気だから、やっぱり自分で直面しないといけない。そういう面で、CAPDを導入される人というのは前向きな人が多いですね。

ただ、実際にCAPDを10年続けていける人もいますが、やはりそれなりに腹膜の機能が落ちてくるという事もあります。鈴木さんは、実は今CAPDを扱っている会社にお勤めですが、いろいろな情報が入るのではありませんか。CAPDについて、腹膜機能を長持ちさせるような、新しい治療法が開発されている事は聞いていますか。

**鈴木** 本を読んだり、先生方から聞いたりして、いろいろな情報も聞いてはいますが、今はまだ、昨年最初に導入したままのやり方でやっているところです。

**渡邊** 自由な生活をするという事は、自己管理も必要です。水をたくさん飲んだ時には、高濃度のブドウ糖液の入った透析液を使う頻度を、なるべく減らすようにしていますか。

**鈴木** 僕はまだ一番薄い、1.5%濃度のブドウ糖液のも

のしか使ってないです。

**渡邊** それは優秀ですね。食事療法の管理がものすごくいいんじゃないですか。

**鈴木** でも僕、ビールも飲みますよ、ワインも飲みますし。

**渡邊** え、ビールもワインも飲みますか(笑)。残腎機能がどれぐらいあるんだろう。今の1日尿量はどれぐらいですか？

**鈴木** 700~800ml/くらいじゃないかと思います。

**渡邊** それだけ出るという事は、残腎機能が結構あるんですね。透析導入した時は血清クレアチニン値がいくつぐらいでしたか。

**鈴木** 透析導入時は、15.7mg/dlでした。貧血にはエリスロポエチンを使っていましたが、最後はヘマトクリットが25%に下がり、動悸がしてちょっと息切れもしていました。あと、リンが11mg/dl/ぐらいまで上がってしまったので、もう導入、という感じでした。

でも以前、食事療法をやっている時はデータが悪くなる一方でしたが、透析に入り一気にデータが良くなるのを経験したんです。リンも3.5mg/dl/ぐらいまで下がりました。

### ● たんぱく制限食の楽しみ方 ●

**鈴木** 今日は、食事療法で作った料理の写真を持ってきました。

**渡邊** どれ、見せて下さい。(写真を見て)うわー、これはすごい。

**鈴木** (写真を示しながら)これは、透析導入する前に低たんぱくの食事療法として作った料理です。食事療法をやっていると、寿司だめピザだめ、焼き肉も食べられないって話を聞いて、なんで食べられないのかなあと考えていたんです。それで、食べられないのでは





# ヘイいらっしやい！ にぎり寿司！

《557kcal／たんぱく11.2g／塩約1.5g》

|           |       | カロリー    | たんぱく   |
|-----------|-------|---------|--------|
| でんぶん米     | 120 g | 422kcal | 0.4 g  |
| でんぶんもち    | 15 g  | 33kcal  | -      |
| タマノイ酢     |       | →塩分     | 0.9 g  |
| すしのこ      | 6 g   | 18kcal  | -      |
| 京樽の寿司ネタ   |       |         |        |
| トロ(マグロ脂)  | 9.7 g | 31kcal  | 2.08 g |
| イカ        | 9.1 g | 7kcal   | 1.42 g |
| サーモン      | 8.4 g | 14kcal  | 1.74 g |
| あなご       | 6.6 g | 14kcal  | 1.45 g |
| 甘エビ       | 8.5 g | 6kcal   | 1.44 g |
| ホタテ       | 7.9 g | 8kcal   | 1.64 g |
| カッパ(キュウリ) | 20 g  | 2kcal   | 0.2 g  |
| 焼海苔       | 1.5 g | -       | 0.6 g  |
| ガリ(ショウガ)  | 5.0 g | 2kcal   | -      |
| ダシ割り醤油    | 5.0 g | 2kcal   | 0.2 g  |

## ①新しい炊き方で米を炊く。

1) でんぶんもちをすりおろし、釜へ入れ、  
でんぶんもちと米の重量の1.3倍のほう  
じ茶を入れる。

2) あとは米を入れて、スイッチオン！

☆この方法で炊くと、シャリが握れる  
のだ！

②実際はプラスチックの容器に入れて(握り  
用のもの)握りました。

③ネタを量ってのせる。

④カッパ巻を作り、出来上がり。

☆寿司ゲタにのせただけで、こんなに豪  
華で立派な一人前！！

さっ、箸など使わずに、手で食べて下さ  
いナ！！

なくて、工夫すれば食べられるんだという事に気がつ  
いて作ったんです。

渡邊 この工夫はたいしたものですよ。これは、自分  
で調理したのですか。

原科(真帆) えらいですねえ。

渡邊 これで本が1冊出来ますよ。これ、お寿司じゃ  
ないですか？ お寿司も自分で作るの？(笑)

鈴木 はい、寿司ネタを替えれば、本物の寿司を食べ  
ている気になるじゃないですか。

渡邊 でも、でんぶん米で寿司のしゃり用に炊くとパ  
サパサじゃない？

鈴木 いや、これはでんぶん米にでんぶんもちをちょ  
っとすって入れて炊くと、粘りが出るんです。

渡邊 頭を使っていますねえ(笑)。



# 和風ジャンボハンバーグステーキ<ん? 低たんぱくハンバーグ?>

《1,053kcal／たんぱく16.7g／塩1.3g》

|             |                | カロリー    | たんぱく   |
|-------------|----------------|---------|--------|
| 精白米         | 9 g            | 32kcal  | 0.6 g  |
| でんぶん米       | 105 g          | 369kcal | 0.3 g  |
| 豚バラ肉        | 90 g           | 375kcal | 11.9 g |
| うずら卵        | 8 g            | 13kcal  | 1 g    |
| タマネギ        | 40 g           | 14kcal  | 0.4 g  |
| 油 (ねばり出し)   | 5 g            | 46kcal  | -      |
| 塩・コショウ      | 少々 (あわせて0.2 g) |         |        |
| 油 (焼き用)     | 10 g           | 92kcal  | -      |
| じゃがいも       | 80 g           | 62kcal  | 1.6 g  |
| スイートコーン (缶) | 10 g           | 10kcal  | 0.3 g  |
| 無塩バター       | 3 g            | 22kcal  | -      |
| 大根          | 25 g           | 5 kcal  | 0.2 g  |
| ダシ割り醤油      | 3 g            | 1 kcal  | 0.1 g  |
| エバラおろしのタレ   | 15 g           | 12kcal  | 0.3 g  |

☆鉄 板 1ヶ 2,300円

## ①ハンバーグステーキを作る。

豚バラ肉スライスをひき肉にする。  
私は、ひき肉マシンの「ミンサー」という機械を3,000円弱で購入し、豚バラ肉をひき肉にしました (超簡単)。  
他にも、手作りウインナーなどもできますよ！

|            | カロリー    | たんぱく   |
|------------|---------|--------|
| 豚ひき肉 100 g | 264kcal | 18.2 g |
| 豚バラ肉 100 g | 417kcal | 13.2 g |

な、なんと！ばら肉の方がひき肉より100 gあたりカロリーで153kcal多くて、たんぱくで5 g少ない!! これを使わない手はないゾ!!  
ちょっと手を加えるだけで、ハンバーグが約1.5倍になるよ！  
「量が多くてカロリーが高い、しかも美味しい」最高ですネ！

☆この機械「ミンサー」を使って私は無理なく低たんぱく食を楽しもうと思う。そして、次は幻の低たんぱくロールキャベツを作ってやろうかな！

## ②タマネギをみじん切りにして、卵・塩・コショウ・油を、①のバラひき肉と一緒にねばりが出るまでよくこねる。

## ③フライパンで弱火で両面じっくり焼き、仕上げに中火にし、肉汁をハンバーグに吸わせる。

鈴木 いろんな人から聞いたり、佐中先生が開いている「ニーレの会」に僕もお手伝いとして参加して、そこでいろいろ教えてもらっています。

原科(真帆) 食事、すごく楽しまれてるんですね。

鈴木 この小さいフライパン (写真) もわざわざ買ったんですよ。これに盛ると小さいお肉も大きく見えるじゃないですか(笑)。

原科(真帆) (笑) これならすごくおいしく食べられ



そうですね。

市岡 ほんとに。おいしそうに見えます。

鈴木 でも今はCAPDをやっているので、食事に関しては普通のものを食べる事が出来るから楽ですね。

## ● CAPDも大きな選択肢に ●

渡邊 バッグの交換は1日4回ですね。会社の中に、交換するためのスペースがありますか。

鈴木 ええ、あります。初めはなかったのですが、僕個人用に空調の吹き出し口がない部屋を作っていました。そこで、お昼と仕事が終わった後の夕方6時ぐらいにバック交換をしています。

渡邊 夜はどうしていますか

鈴木 だいたい12時か1時ぐらいに交換しています。

渡邊 そうすると「ゆめ」というシステムは全然使わないですか。

鈴木 まだ使っていません。ただ、交換の時間があるので6時間以上眠れませんから、どうしても寝不足になります。初めは元気だったんですけど、だんだん最近寝不足になってきたので「カンタム」という夜1回だけ自動でやってくれる機械を8月の終わりぐらいから試してみようかなと、思っています。

渡邊 血液透析と比べてCAPDは何がいいかというところ、血液透析は例えば6時間かけてやる人でも週3回の透析だと、血液がきれいになっている時間は週18時間しかないわけです。ところが1週間は、24時間×7日で148時間ある。そうすると血液透析の場合、ほとんど10%ぐらいの時間しか血液がきれいになっていない事になる。

ところがCAPDは、確かに血液透析が終わった時ほどはクレアチニンの値は下がらないけれど、24時間のうちの6時間ごとに定期的にやっているのが、一つの

大きなメリットだと思うのです。

鈴木君はこれだけすごい食事療法をやってきた経験のある人だから、いくらもう普通食を食べているといってもまだ少したんぱく制限しているでしょう？

鈴木 いや、今は全くしてないです。たんぱくも、結局70～80gくらい食べてますね。

渡邊 それでもリンが上がってこないの？ 薬は何も飲んでないですか。

鈴木 いや、炭酸カルシウムとコレバインを飲んでいきます。炭酸カルシウムはもう透析前から、ずっと飲んでいきます。

渡邊 そういう治療はしているのですね。

鈴木 減塩しょうゆや、0.5gの塩なんかは、ずっと使っています。

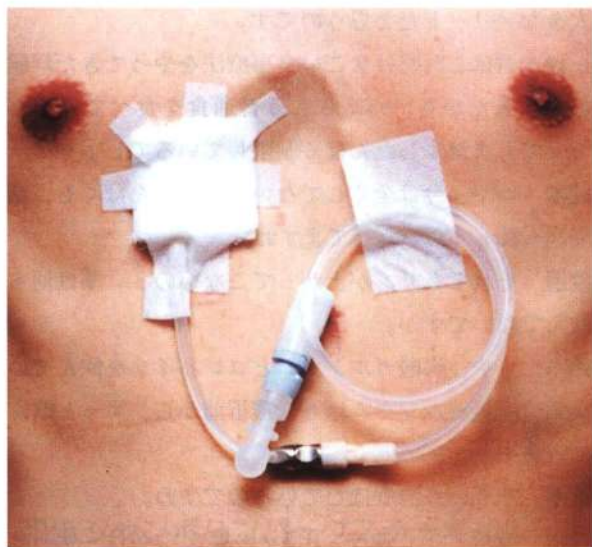
渡邊 われわれ医師も、CAPDの透析液はやや酸性なのでそれが腹膜の刺激になるのではないかと中性の透析液を考えたり、あるいは腹膜機能を落とさないようアミノ酸を入れたブドウ糖液を作るとか、いろいろ改良をしています。そういう改良の積み重ねの中で、CAPDもまた一歩ずつ脚光を浴びてくるだろうと思います。

でも最も重要な事は、鈴木君が一番初めに言った「自分がやれる治療だから自分でやる」という事です。これが出来ない人が、困る。

いま日本の透析患者さんの最長ランナーは、血液透析を始めて36年になっています。という事は、20～30代でこれから透析をやろうという人の場合は、少なくともそれ以上の年数を生きるはず。しかし、そこまで長期間透析をしている人の数自体は非常に少ない。でも、透析時間を少しでも長くして、長生きする人がどんどん増えていくようにするために、いろいろな治療方法を考えていかなければならない。そのなかで、今後はCAPDも大きな選択肢の一つであるかな、



(1) これからの透析生活を前向きに考えるために



**CAPD—バスタブカテーテル法(鈴木英範さん)**

鈴木さんは主に次の理由からこのバスタブカテーテル法にしました。①皮下脂肪が少なく血流が豊富なため、感染症に対する防御能が優れている ②ベルトや衣服によるカテーテルの圧迫を回避できる ③お風呂好きの日本人にとっては、胸まで浴槽につかることができる

と思っています。

● 在宅血液透析を選ぶ理由 ●

**渡邊** 今日は、もう一つの治療方法として、在宅血液透析についても考えてみたいと思います。

市岡さんは通院して血液透析をしていたんだけど、今度から透析方法を替えるのですよね。

**市岡** はい、在宅血液透析に切り替えます。

**渡邊** 市岡さんが在宅血液透析を選んだのは、医者の強い勧めというのが一番の理由かもしれませんが(笑)、ご自分でも何か考えるところがありますか。

**市岡** 確かに先生に勧められた事もありますが、やは

り長時間やった方が体にいいという事からです。病院での透析時間は4時間ですけど、家なら5時間にしたり、週3日でなく1日おきの隔日透析も出来ると聞き、長い目で見たらその方が絶対に体にとっていいだろうと考えました。私も腎臓移植を考えているので、それまではいい状態でいきたいですし、たまたま母が以前看護婦をしていたので、やり方を勉強すれば在宅で出来る可能性があるなと考えて決めました。

社会復帰という面でも、やっぱり自由な時間に透析出来る利点がありますよね。自由な時間とはいっても、母からは「夜はせめて7時ぐらいから始めてね、何かあるといけないから」とは言われていますが(笑)。

今はまだ大学院生なのでこれから就職もしなければいけないですし、そういう面でも結構不安は一杯あるのですけど。

**渡邊** 自分の家で出来るというのは、やはり今よりずっと自由がきくと思います。CAPDがそうですが、例えば「今日は〇時から仕事の会合がある」という時でも透析が出来るわけです。在宅血液透析も自営業、例えば理髪店で家と職場が近い人だったら、非常にやりやすい。医療機関までの往復の時間も実は治療にかかる時間に含まれるので、いくら日本が狭いといっても時間のロスがやはり生じてしまう。

それに病院に行っている時間というのは家族と自由に話せないし、一緒に食事がとれるわけでもない。自分が自由に過ごせるはずの時間を削って、透析時間にあてているわけです。だから患者さんが社会復帰するためにも、僕たちは在宅透析を勧めたいと思っています。

● 透析時間は長い方が良い ●

**渡邊** 夜間透析にしても、夜の7時、8時から始める

と、透析が終わって職員が帰宅するのが深夜の1時、2時になってしまい職員を帰すのにタクシー代を払わなければならない病院も余分な経費がかかる。でも会社勤めをしている患者さんは、なるべく夕方の定時までは仕事をしたい。そこで6時から10時までの夜間透析というのが、一つの選択肢として出てくる。つまり、制約がものすごくあるのです。我々は「これしかない」と言っているわけではなくて、本当はこうした制約をはずした透析の仕方もあるし、そういうものを一生懸命推進していらっしゃる方々は沢山います。

これは皆さんにも知っておいてもらいたいのですが、フランスのリヨン郊外タサンというところに透析センターがあって、シャラというお医者さんが統括しています。この人はアメリカで一番初めに透析を始めた人の弟子でしたが、以来頑なに「透析の時間は長ければ長いほど良い」という信念を貫いて、1回8時間以上の透析を実施しています。透析のダイアライザーにしても、これまた頑なに「キュプロファン」という、銅とセルロースで作った透析の最初に使われた一番古い膜を使っているのです。その膜は中分子を通しにくいものなので、20年もやるとアミロイドーシスになる事は間違いありませんが、でもその患者さんの生存率は非常に高いのです。日本の透析医療は世界一だといっていますが、日本よりもっといい。患者さんがみんな長生きしています。しかも、血圧はみんな正常ですから降圧剤は飲まない。貧血もほとんどない。リンも正常だから骨の合併症も少ない、というすごい医療がヨーロッパで行われています。

現実には長時間やった方がいいという事が実証されて、今ヨーロッパやカナダの一部では連日夜間透析をやるという動きが出ています。夜、例えば10時頃から次の日の朝までの血液透析を毎日やるというものです。透析機械がコンピュータ化されていて、その間

の機械の状態はモニターでセンター病院に電送されるようになっている。センターでは誰かが常に見ていて、センサーに異常があればすぐに対応するようなシステムです。

たとえCAPDでうまくいって、それで効率がよくても普通に食べていればやっぱりリンは高くなるから、鈴木君にしても炭酸カルシウムとコレパインという薬を飲んでいましたね。しかしこのやり方をとれば、その薬も飲まなくても良くなります。そういう点で“透析の時間は重要な要素である”と覚えておいてもらいたいと思います。

残念ながら透析の診療報酬改定があり、2002年の4月から、4時間透析の金額が従来の4時間未満、つまり3時間透析とほとんど同じ料金になってしまったのです。前は4時間以上の透析には長時間透析用の料金もあったのですが、それもなくなってしまった。そうすると、医療機関の立場としてはどうなるかというと、透析を4時間やるのと3時間やるのでは4時間の方が透析液を余分に使い、職員も余分に置いておかねばいけぬ。それでいて1日に出来る回数は減ってしまう。

つまり、1日に沢山の人の人を診るという事が、経済的にはもう無理になってしまうのです。だから今後はきっと、いろいろな方向に移行していきだろうと思います。

でも重ねて何度も言いたいのは、透析時間は非常に重要です。だから、われわれ透析医療に携わる者は透析患者さんの健康で安全な生活を守るために、出来るだけ長い透析時間をなんとか作りたいたいと思っています。でも、それがなかなか難しい。それで患者さんが自由な時間を欲している時には、市岡さんの選んだ在宅血液透析というのも、一つのいい手段ではあるんです。



#### ● 介助者のケアも必要 ●

**渡邊** ただ、鈴木君のCAPDは1人で出来るのに対して在宅血液透析は1人で針を刺す事は確かに出来るし、終了まで1人でやっている人も実際いますが、もしも事故が起こった時はとても大変です。ですからやはり、介助者が必要です。

在宅血液透析を始めて30年経った人たちが今一番悩んでいるのが、この問題なのです。例えば、20歳頃に在宅血液透析を始めて30年経った現在、その人たちは40代後半～50代になってきている。介助していたのは誰か。ご両親ですよ。その当時は40～50代で前向きで、何でも覚える事が出来たご両親が今はおじいちゃん、おばあちゃんになってしまった。今度はそのご両親を誰かが介助しなければならないような状態になってしまうと、これはもう誰もなんともしてあげられない。ここに今の日本の医療の大きな問題があるのかな、と思います。

例えば、看護師と医師が車で患者さんのお宅を順番に回りながら血液透析の針を刺して行って、都内を1周すると5時間か6時間かかる。そこで今度は針を抜きに回るという、そのような事がもしも認められれば、在宅血液透析はもっと飛躍的に増えるだろうな、とは思っています。

在宅血液透析の患者さんに「1回の透析の時間を長くするだけじゃなく、毎日続けてやった方が体にいいんですよ」と言うともみんな心配そうな顔になる。もちろん毎日刺してシャントは大丈夫かという心配もありますが、それよりもっと大きいのが家族の事。「もうこれ以上家族に負担はかけられません」という言葉が、やはり出てきてしまいます。

市岡さんのお母さんは「在宅血液透析をなるべく早

く始めなさい」と言ってくれていると伺ったけど、それ以外には、何もおっしゃらないですか。

**市岡** やはり自分も拘束されるから「たまには旅行とか行ってもいいのかしらね」と言っていますけど(笑)。

**渡邊** そういうふうに、例えば旅行に行きたいとか、介護の方が休まれる事を希望する際の医療を、僕たちは「レスパイト・ケア」と呼んでいます。長い間介護しているとやはり疲れるので、介護の人たちを助けるために患者さんを一時入院させるという手段もとっています。いわゆる「社会的入院」というものですが、日本の医療保険財政から考えると、そういう医療資源の使い方が正しいか、間違っているか、難しいところだと思います。でも患者さんが健康で平和的な生活を送るには、そういう「レスパイト・ケア」というのもあってしかるべきではないかと思います。

いろいろな社会資源を利用すべきではないでしょうか。これを読んだ医療従事者が、こうした事について考えてくれるといいなと、思っていますけどね。

#### ● それぞれの治療方法の特性を生かす ●

**渡邊** 今回は皆さんのいろいろな話が聞けたと思いますが、今後何十年間のご自分の人生を考えた時に、血液透析だけではなくて、どんな治療方法を自分の中で思い描いていますか。

**原科(真吾)** 一番いいのはとにかく腎臓が元に戻る事で、それには腎臓移植が一番いいのだろうとは思いますが。ただ移植にもいろいろ問題があるだろうし、なかなか合う人も見つからないかもしれないので、移植までつなげるために、体を本当にいい状態で維持していきたいと思います。

あとは出来るだけ普通に暮らせるように、自分の社会生活を制約しない、時間に縛られにくい透析方法を



取り入れていきたい。今日聞いていて、CAPDや在宅血液透析というのは、すごく魅力的な方法だなと思いました。

**渡邊** CAPDだったら、奥さんがちょっと介助するだけで済むかな。

**原科(真帆)** そうなんですけど、やっぱり感染っていう事がものすごく心配なのです。今は病院に通っているので、病院にいれば何かあってもすぐ対応してくれます。それに今は病院で夕食が出るので、家族は安心して他のご飯もいただける。本当は、本人のいないところで私たちだけ食べるのはかわいそうですが、でもない時なら食べたいものを食べられるというか……。

**渡邊** うんうん、家族の、健康な人にふさわしい食事という事がありますよね。

**原科(真帆)** 一緒に食べる時は、治療のための制限食献立にして、みんなもそれに合わせる。もちろん、いやいややっているわけじゃないのですが、1日おきだからやっていけるっていうのも、やっぱりあるんです。

**渡邊** でも鈴木君が言っていたように、CAPDみたいな効率のいい透析をしていれば、普通の人と同じものを食べてもやっていけるのです。さっき紹介したフランスのタサンで行われている透析治療では、良質なたんぱく質をたくさん食べろと勧めています。

血液透析にしろCAPDにしろ、リンを制限するためにたんぱく質はとり過ぎちゃだめ、骨が悪くなってしまうよ、と言われてしまう。でも栄養の事を考えると、たんぱくを制限していればやはり全体のカロリーバランスが悪いからエネルギーがちゃんと摂れていない。だからちょっとした病気でも、ごろごろと坂を転げ落ちるみたいにどんどん悪くなってしまう事があるんです。

やっぱりおいしいものを食べるっていうのは、生活

のすごく大事な要素の一つだと思います。在宅透析で透析時間と回数を増やせば、奥さんが今抱えている問題も少しは解決出来るかもしれません。

## ● CAPDは進歩している ●

**渡邊** CAPDも、腹膜炎は減ってきています。それは日本透析医学会がまとめた『わが国の慢性透析療法の現況』を見てもわかるのですが、1983年の透析導入患者を1として計算すると、1983年から2001年までの19年間にどんどん死亡率が減少してきています。要するに、患者さんが長生き出来るように、医療は技術革新されている。

CAPDも、実は最初の1983年ぐらいまでは死亡率が増えていたのですが、その後どんどん減っています。これは、最初の頃にはCAPDに導入する患者さんの選択を、われわれ医療従事者が間違えていたのが原因です。当時CAPDを選択した多くは、なんらかの事情があって血液透析が出来ないからCAPDをやるしかない、というケースだった。

例えば、血液透析では血液を体外で循環させますが、心臓が弱く心不全を起こしてしまうかもしれない人に血液透析を導入するのは、リスクが大きすぎる。また、糖尿病で目が見えない方は通院出来ないから、CAPDを家庭でやってもらえばいいのではないかと私たちはこういうケースを「ネガティブ・セレクション」といいます。本当はやってはいけない人に、どうしてもそれしか方法がないから行ったという否定的な選択だった。だから腹膜炎がたくさん発症して、その後遺症としてEPS(被嚢性腹膜硬化症)になって生命に重大な危険が生じてしまった。

それが1993年以降頃からすごくよくなってきたのは、先人の「墓標」とは言わないまでも、多くのトラ

### (1) これからの透析生活を前向きに考えるために

ブルを経験した上で、いかに機械が改良されてきたかという事でしょうね。カテーテル部にチタニウムアダプターが採用されて以降「UVフラッシュ」などいろいろなものが作られました。

確かに十数年前、僕たちはCAPDをネガティブ・セレクションとしてやっていたと思うのです。でも今は違う。ポジティブにやれば、患者さんにとって必ずいい方法になると思っています。

#### ● 30年サイクルの治療計画を ●

渡邊 鈴木君は、もしもCAPDから足を洗わなければならない事になるとしたら、それはどういう時だと思いますか。

鈴木 腹膜硬化症とかで腹膜の機能が悪くなって、除水が出来なくなって体がむくんでしまうと、毒素は抜けても水はだんだん抜けにくくなると聞いているので、濃度の濃い透析液を使ってもうまくいかなかった時には「もう血液透析に入る」という心づもりにはしているんですけど。

渡邊 シャントは作ってあるのかな？

鈴木 ないです。シャントは表在化にしようかなと、個人的には思ってるんですけど。

渡邊 それはいろいろな利点も欠点もあるから、ご自分で決めるのがいいですけど。血液透析も視野にあるのですね。移植は考えていますか。

鈴木 うち両親と兄と僕、みんな血液型が同じなんです。家族全員が1個ずつ腎臓をあげる事は出来るのだから、とは言われましたが僕個人としては負担です。親から見れば子供が病気なんだから自分の腎臓だってあげるよっていうのは自然な気持ちだと思いますが、僕から見ると両親や兄の体を傷つけてまでしてもらった腎臓がまた悪くなったらいかが、と考えてしま

うので、今のところは家族からの移植という事は考えていません。

渡邊 CAPDが使えなくなった時には、血液透析を導入、そして移植の事もまったく考えてないわけじゃないという事です。

市岡さんは、移植の登録はしてありますか？

市岡 それが先日登録しようとしたら、登録は1年に1回で、もう今年は終わったと言われて。

でも、この間アンケートみたいなものに「移植を希望する」と書いたら、腎移植登録のための説明会と医師との面接の案内が来て、とにかく行ってみようかなと思っています。

渡邊 原科君は移植の登録はしてありますか。

原科(真吾) まだしてないです。

渡邊 若くて移植につながる可能性の高い人たちが、登録してないのですね。移植も今はすごくいい薬が出来て、昔みたいにステロイドだけの免疫抑制剤ではないから、検討してみるのもいいかもしれません。

でも透析について勉強しながら腎不全という病気についてよく知って、ちゃんと直面して処理する能力を持った上で、移植してもらった方がいいのかもしれない。

移植腎というのは永久にもつわけではないので、いつかは血液透析、あるいはCAPDに戻らなければいけない時がくる。その時の踏ん切りのためにも、自分で血液透析、CAPD、在宅血液透析をやりながら今のうちによく勉強して下さい。

透析も10年も経つとやはりかなり機能が落ちてくる事があるから、その時点でもし腎移植が可能なら移植をしてもらい、その移植腎がだめになったらまた何か違う治療法に切り替える。少なくとも30年を考えたサイクルでやってもらえると、非常にいいのではないかと考えています。



## (2) 患者会の活動の現況と 今後の展望

日時●2002年 8 月 20 日

場所●銀行倶楽部

出席者(順不同)

浅岡 重夫 さん(春日部秀和病院腎友会)

小林 孟史 さん(社団法人全国腎臓病協議会)

吉川 敏夫 さん(奈良県腎臓病患者連絡協議会)

司会●栗原 怜 先生(春日部秀和病院腎臓内科)



栗原 怜 先生





栗原(司会) 平成14年4月に診療報酬の改定が行われ、患者さんの自己負担も増え、また病院経営も非常に苦しくなってきました。このような状況の中、患者さんからいろいろなご意見が出ているのではないかと思います。私たち医療者の立場、あるいは患者さんの立場から、現在どのような問題が持ち上がっているのか。

本日は患者さんの会の活動をされ、そのリーダー的役割を担っている方々に率直に話し合っていたいただきたいと思います。

初めに、自己紹介と現在取り組んでいる内容や問題点などについて、簡単にお話しいただきたいと思います。

#### ● 全国組織結成の背景 ●

小林 小林孟史です。全国組織の社団法人全国腎臓病協議会(全腎協、会員数10万4,000名)の事務局長兼、常務理事を務めています。

私自身は透析に入る前(昭和44年頃)から主に裏方としてこの全国組織作りに関わってきましたが、透析歴はまだ7年ぐらいです。

当時の透析事情はまったく大変でした。昭和42年から透析療法に対し医療保険が適用されましたが、被保険者本人以外の家族の方や、国民健康保険の方の自己負担は高額で、そのために自殺したり家屋敷を売り払った方がいたほどでした。

全腎協が結成されたのは昭和46年ですが、その頃はまだまだ透析設備もよくなく、透析患者さんも全国で2,000人前後という時期でした。

当時、日本大学板橋病院の病棟から上がった「患者の全国組織を作ろう」という声に、あちこちから賛同がありました。

都内の主立った病院から患者さんの代表が集まり、今だったら準備段階に少なくとも半年か1年はかかりそうですが、置かれている立場が切実だった事もあり、昭和46年2月に第1回の設立準備会を神田の喫茶店で開き、同じ年の6月にはもう全国組織結成総会にこぎつけたのです。

ヘマトクリット値が15%前後という状態の患者さんがあっちへ行ったりこっちへ行ったりと歩き回っていたわけですから、それはもう大変でした。

栗原 日本大学付属病院の入院病棟から、全国組織が始まったという事ですか。

小林 そういうと誤解があるかもしれませんが、その後の結成総会では会長、事務局長共に日本大学板橋病院の患者さんが選ばれました。会長は結成後1年ぐらいで亡くなられたのですが、日本大学の助教授の職にあった方でした。新聞で紹介された事もあって、東京駅の近くで行われた全国総会には、300人ぐらいの方が集まりました。

その頃、私自身は職場検診で慢性腎炎が見つかり、痛くも痒くもなくたんぱく尿が出ているだけ、という状態で入院していました。その病院では、全国総会の準備段階の数か月前に透析室が出来、腎友会が作られていました。

全国組織作りの準備に関わっていた患者さんが、入院中の私たちのベッドに来て「皆さんもぜひ参加してくれ」と熱弁を奮って呼びかけられたため、参加したわけです。

吉川 私もまだ透析歴8年半です。透析導入と同時に奈良県腎臓病患者連絡協議会(奈腎協)に入会したのですが、動機は情報が欲しかったからです。元気な患者さんの体験を聞きたいと、こちらからアクセスして入会しました。

私が通院している病院は、その当時開設してまだ1

年目ぐらいで、病院患者会もなく、透析患者さんも7、8人ぐらいしかおりませんでした。とりあえず何人かに声をかけてまず院内患者会を立ち上げ、それから県の役員会にも出るようになりました。それが平成7年2月です。

その2か月後の4月には病院の代表幹事を引き受け、平成9年より奈腎協の事務局長をさせていただいています。会員数は、現在1,060名です。

栗原 吉川さんのところは病院としては、比較的まだ日が浅いという事です。

浅岡 浅岡重夫と申します。昭和48年から透析を始め、今年で29年目に入りました。

昭和47年に札幌オリンピックがありました、その前々年に札幌に転勤になりました。転勤して1年目に腎臓病だと言われて3か月ぐらい入院しましたが、痛くも痒くもないから出てきちゃったんです。長男が生まれたばかりだったし、仕事も札幌オリンピックの関係でいろいろありましたから。

その時に「このまま進行しなければいいけれども、進行したら必ず透析に入るぞ」と言われました。“透析”なんて初めて聞いたものですから、広辞苑で調べましたよ。

そうしたら、やっぱり医者言うとおりの1年半経ってむくみと高血圧、吐き気や頭痛に耐えかねるようになり、北海道大学病院に行ったところ「すぐ透析だ」と宣告され、昭和48年の9月に透析導入となりました。

昭和53年に埼玉に戻り近くの病院に行きましたが、きっちりと管理された透析とは言えず「随分埼玉は遅れているな」と思いました。それでしばらくは東京で透析をしていたのですが、今は春日部秀和病院に通院しています。当院は、昭和53年から腎友会が来ています。



小林 孟史 さん

### ● 切実だった医療費問題と透析器不足 ●

栗原 小林さんにお聞きしたいのですが、最初はどういう事を目指して全国組織を立ち上げたのでしょうか。

小林 神田の喫茶店での準備会に集まったのは10人前後で、透析をしている人もしていない人もいました。「うちの病院ではこういう患者がいる、こんな状態で透析をやっている」といろいろな話を話すうちに、気持ちの上で皆一致しましたね、理屈ではなくて。

それぞれの実情や病院の状態を話し合う中で一番出てくる話題はやはりお金の事、医療費の問題でした。



その深刻さというのは非常に切実でしたが、当時それに対応する制度を我々は全然知りませんでした。いろいろ調べてみたら救済出来るのは医療保険しかない。

健康保険は当時10割給付で被保険者本人だけが自己負担なく透析が受けられましたが、それ以外の人たちは、安くて10万円、高い人は月に30万円ぐらいの自己負担がかかりました。だから家屋敷売り払って医療費を捻出したり、なかには自殺する人も出るといった状況でした。“何とかしなければならぬ”と考えた事が、全国組織を立ち上げた最大の動機ですね。

それから、よしんばお金を持っても透析器がないんです。当時の人工透析研究会のデータを見てみると約2,000人の患者さんに対して透析器の台数が約1,500台でしたかね。透析は週2回で、1回が8～9時間という透析でした。

とにかく“透析を公費で”と“透析器をもっと増やして欲しい”という二つの要求をしていく事で、意見が一致したのです。

栗原 私が大学を卒業したのは昭和47年ですが、当時大学にあった透析器は1台だけでしたね。その透析器を学生の供覧というのでしょうか、医学部の学生に見せる代わりに大学が1人か2人の患者さんに透析費用を援助していたという事を聞いています。大きなセロハン膜を張って、大量の輸血をしながら透析を行う。労力もお金もかかる大変な時代だったと思います。

その当時、厚生省や大蔵省には実際に何を交渉しに出かけたのですか。

小林 まずは、お金の問題と透析器をもっと増やして欲しいと活動を始めましたが、悲しいかな、活動経験のないメンバーばかりです。そもそも厚生省といっても本省に足を踏み入れるなんていう事は、普通の生活ではありえません。どこに行ったら良いかわからない。いわゆる公費負担制度という事も後に理解するように

なるのですが、当時は厚生省ですら何を適用したらいいのかわからない状態で、あっちこっちへ回されました。

でもちょうどその頃(昭和46年)、厚生省が腎不全患者の実態調査を始めたのです。たぶん、人工透析研究会の先生方の働きかけという下地があったためだと思います。

栗原 当時の厚生省は、透析患者さんに関する実態を正確に把握していなかったという事です。

今や我が国においては22万人という透析患者さんがおり、国の総医療費30兆円のうちの実に1兆円を透析医療に使っている。これがいいのか悪いのか議論の多いところではありますが、我が国の透析医療の実情です。

### ● 患者会の組織率の動向 ●

栗原 吉川さんは比較的最近、8年前に現在通院中の病院の患者会を立ち上げたそうですが、どういう動機だったのでしょうか。

吉川 私が奈腎協に入会した時、奈良県の会員数が750人ぐらいでした。奈腎協の組織活動を広げたいのと、同時に会員を増やす事によって事務局体制を強化したいと思いました。

また、役員になる事によってさらに上部組織の役員会にも出られますから、そこでは一般会員では知る事の出来ない情報も入ってくるだろうという個人的な期待もあり、自ら望んで役員になりました。

栗原 実際には何割ぐらいの患者さんが患者会に参加されているのでしょうか。

吉川 奈良県内で言いますと、80%近いところと、まったく会員がいないところがあります。奈腎協、全腎協の配付物を配っているだけで、その病院腎友会の独自



の催しものを行っていないところは当然加入率は低いようです。

私自身も最初の頃は病院患者会の幹事だけでしたのでそれなりの事は出来たのですが、今は奈腎協で手一杯で病院独自の行事を催す事がなかなか出来ない。そうするとやっぱり入会者は伸びません。

栗原 浅岡さん、春日部秀和病院はどのぐらいの加入率ですか。

浅岡 会員数は262名で、全患者数の65%ぐらいですね。70%には達していません。埼玉県腎協の場合は加入率が36%と非常に低いですね。

小林 全国でもワースト5に入るぐらい。

浅岡 東京都の東腎協が35%。神奈川県腎協にいたっては27%です。

栗原 県によって加入率に差があるのは、ただ勧誘の仕方だけではないように思いますが。

例えば、埼玉・東京・神奈川など都市部の加入率が低いのはどうしてでしょう。有職率と関連がありますか。また、他人の事はおかまいなしといった都市部の風潮の違いがありますか。

浅岡 それもありますが、都内に勤めている人は透析を東京でやってきてしまう。地元意識が薄いのでしょうか。

小林 そういう物理的な問題もあって、特に首都圏はいずれも都道府県腎友会の加入率が低く50%を切っているところが多い。千葉県腎協はちょっと高いですかね。だったら東京都の組織率がうんと高くなければいけないのですが、そうでもない(笑)。

栗原 奈良とか大阪あたりはどうですか。

小林 大阪の大腎協は全国でも上位の方です。すごく努力されています。

吉川 近畿ブロックでは、奈良県が低いと会長がいじめられています(笑)。



吉川 敏夫 さん

浅岡 奈良県は43.8%ですね。

吉川 最近は増えまして1,060人ぐらいになります。加入率が低い理由の一つは、県北部の住宅地は通勤圏が大阪なんです。2,087人という透析者数は2001年度の統計ですが、これはあくまでも県内在住という事で、京都や大阪で透析している方も結構いらっしゃるんじゃないかと思います。逆に向こうからこちらに来ている方も、府県境ではいるらしいのですけれど。

浅岡 全国では香川県がいちばんよくて77%。これはすごいですよね。関東では群馬県が72%です。

小林 香川県には一つの大きな病院があり、全県の患者さんの半分ぐらいがその病院と関連病院にかかっています。このため加入率は非常に高くなっているよう



浅岡 重夫 さん

です。また、そこの患者会が割に歴史も古くて、県の患者会の事務局もそこにあります。

浅岡 宮崎県も高いですね。

小林 宮崎は県民性かなという気がします。他の県のようにあまり大きな施設はありません。あそこは温厚なとてもいい方たちばかりなんですよ、それも関係あるのかなと思います。

#### ● 診療報酬の多寡と医療の質 ●

栗原 今、患者会の中で最も問題になっているのはどんな事でしょうか。今回の診療報酬改定で食事の代金が自己負担となった事に関して、患者会ではどのよう

な意見が出ているのでしょうか。今回の改定で、透析に関する診療報酬が実際に7～8%減らされており、病院経営の面からは大変な事としてとらえています。

患者さんの会などでは、何か具体的な問題点が出てきているのでしょうか。

小林 全腎協は“患者が安心して医療を受けられる体制づくり”を目指してもっぱら社会的な運動をしてきましたので、診療報酬の位置づけというのはかなり高かったんです。そういう点では全腎協は患者団体の中でも非常に希有な存在です。厚生労働省に行くと「患者団体であなた方みたいに診療報酬がどうだこうだと言ってくるところはあまりないよ」とよく言われます。

透析の場合、診療報酬が下がるとそれが何らかの形で治療にすぐ跳ね返るでしょう。医療機関の体制にもよりますが、診療報酬の多寡は医療の質にはっきりと影響してくる。そういう点で我々は早くから診療報酬の問題に着目していました。

よく他の患者団体からは「あなた方は公費負担だからそんな事を言っているんだ。診療報酬は下がった方がいいじゃないか」と言われます。

確かに一般的には、診療報酬が上がれば自己負担分が増えるわけですから、患者の側からするとそれは常識だと思うのです。けれども、医療の質と直結しているという点では診療報酬の高い低いに、やはり敏感にならざるをえないのです。

#### ● 外来での食事廃止の反響 ●

小林 今回の診療報酬改定の典型は食事の自己負担の問題です。外来患者に対しての食事に保険が適用されるというのは、精神科のデイケアと透析だけだったわけですが、今回初めて適用からはずされました。

透析の診療報酬も下がるという事が、今回1月の段



階で初めて公になりました。それで次々に全国へニュースを流した結果、様々な反応がありました。その結果をふまえ、厚生労働省にも中医協にも働きかけをしました。

病院経営の面では7～8%の収入減という話がありましたが、何回かの診療報酬切下げで確かに病院としてはかなりぎりぎりのところで経営をやっていると思います。

透析は割に初期から、夜間加算や食事加算などいくつかの加算がありましたが、それは透析が社会復帰のための医療と位置づけられてきたからです。昭和50年前後になって、維持透析という安定した状態で透析が出来るようになると、まだ今ほど高齢化していませんでしたから、社会復帰する患者さんが沢山出てきました。社会復帰のために夜間透析が増えてくると、やはり食事が病院で出るというのは非常に安心出来ますよね。これは全腎協がいろいろ行った運動の中でも、非常に大きな成果だったと思いますね。

栗原 それが今度はひっくり返された。

小林 そうなんです。1月にそれが公になって以降、毎日のように電話対応に迫られました。

全腎協の組織率は全体では50%弱ですが、今度の件では会員はもちろんですが、非会員の方からの電話もすごく多かったんです。「何で全腎協はもっと早く状況をつかまなかったんだ、厚生労働省ともっと早くから交渉をやっていたらよかったじゃないか、情報の取り方が遅い、もっとしっかり運動しろ」と。

栗原 それは非会員からですか。

小林 そうなんです。ですから、そういう問題と患者さんが結びついている事がとてもよくわかりました。要求で結びついているという事です。今回はそういう厳しいお叱りをいっぱい受けました。

浅岡 非会員なのに何言ってるんでしょうね。都合が

悪くなってからだけでなく、日頃から協力して欲しいですね。

### ● 検査の減少や透析時間の短縮も ●

栗原 吉川さんの病院の患者さんの会では、今回の改定に関して何か話題は出ていますか。

吉川 奈良県全体として、正式な統計は取っていませんが、4月以降、定期検査項目が大幅に減ったところがあるようです。どこの病院でもそのような傾向にあるのではないのでしょうか。

栗原 それはマルメ<sup>注)</sup>という枠の中で検査を省くという事です。

吉川 はい。いっせいに調査をやりたかったのですが、往々にして役員の中には病院に対する遠慮があって、なかなか県腎協という組織でまとまった調査が出来ず正確にはわからないのです。

食事料自己負担の事では、そんなに大きな反響はありませんでした。一つは地域性だと思います。実際は痛いなと思っていてもやっぱり病院に対する遠慮から言えない。それはもうしょうがない、という受け取り方をしているのかなと思います。

個人的には透析時間の差による診療報酬の改定が一番大きいと思います。今までは長時間透析の5時間枠というのが医療保険上にありましたが、今回4時間以上に一括化され、4時間30分でも5時間以上でも、病院に支払われる診療報酬は同じという事になりました。病院サイドから考えれば、短い方が得という事になります。

医師の判断に委ねられた結果、これまで5時間だっ

注) 包括払い：基礎的な診療や検査をまとめて定額で支払う方法



たのが「あなたは検査結果がいいから4時間でいいですよ」と言われた時に、患者側としては本当に困ったなという感じがあります。

はっきり言わせてもらおうと、奈良県は10年生存率が低く、奈良県透析部会調べで2001年度は35%です。2000年度は37.1%、全国平均では42.3%です。これは日本透析医学会の調べです。

厚生労働省は「4時間透析が全国で8割を占めているから、それは1つの医療行為として定着しているのだ」というのを今回のマルメの根拠にしていますよね。ところが奈良県では3時間台の透析が37%と高率です。この事が生存率の低さと関係があるかもしれません。ちなみに全国では14.5%です。

栗原 ちょっと奈良県は短時間透析の割合が高いですね。今回の改定でそれがさらに増えたという事は、まだはっきりしていないのでしょうか。

吉川 はい。4時間の人が3時間半になったという例は、いくつか聞きました。

栗原 透析の時間だけではなくて、透析液を通常1分間に500mlぐらい流すのを400mlに落としているとか、中には300mlまで落としている施設があるというような噂を聞きます。

今回の診療報酬改定で減収になった分を経営者側がどこで取り戻すかという、人員の整理や透析時間の短縮、あとは透析液の流量を落とすとか検査を省くとか、そんなところしかないでしょうね。これはかなり切実な問題だと思います。

浅岡さん、春日部秀和病院ではどういう問題が出ていますか。

浅岡 私は春日部市ですから春日部市役所に行きまして、外来透析の食事を何とか市のほうでもっていただけないかという交渉をしたのですが「2億3,000万円も障害福祉課の予算が削られているのにとっても出来

ない」と言われています。これに関しては、今年いっぱい市との交渉を粘り強くやろうと思っています。

栗原 市によってサポート体制が違うのですよね。

浅岡 そうなんです。東部と西部では全然違って、所沢市や新座市はサポートしてくれているんです。

吉川 所沢などは4月以降にそれが出来るようになったのですか。今までは保険で出ていたものを、そのまま継続？

浅岡 それまでやっていたものを、そのまま継続するという事です。

栗原 ただ、それも問題はあるんですね。例えば病院には春日部市や隣の越谷市、そして別の市の人もいます。春日部市の人にだけサポートして、他はダメですよという事は、なかなか出来ませんから。

浅岡 今、春日部秀和病院では、8市7町村、また千葉県や茨城県にもまたがっていますから、患者会の役割もかなり大変です。

#### ● 高齢患者への対応に工夫 ●

栗原 今回の改定で診療報酬が下がったのは事実です。「経営者側の試算では7～8%では済まないだろう、やっぱり10%だ」と言っています。これまでと全く同じ事を行っていて10%減額という大変な事です。

我々の病院でも今、お年寄りと糖尿病の患者さんがすごく増えています。糖尿病の患者さんは心疾患や網膜症、神経症などがあり、なかなか社会復帰が出来ない。お年寄りの患者さんでは痴呆があって、誰かが看ていないと透析が出来ない、などケアに労力がかかるのです。

このように、例えば高齢でかつ糖尿病という方は、4時間以上の透析を週3回やらなくてもよいのではないかと考えられます。

これは医療費が改定になったからというわけではなく、患者さんが苦痛に耐えて、無理やり4時間の透析をやるという事を少し考え直してもよいのでは、と思っていますが、何かご意見はありますか。

吉川 若い人とお年寄りは、確かに区別して考える必要はあるのかなと思います。やはり若い方は新陳代謝も活発ですし、同じ透析量で議論は出来ないと思いますが、奈良県で一般的に見た場合に、特に若い女性や主婦層にも3時間透析が多いというのは多少問題かなと思うのです。若い人には必要なだけの透析量を確保していただきたい。現役世代というのは責任があるんですよ。子どももいるし、自分にまつわる責任も大きいですから。

栗原 すべての人を3時間透析にしようなんて、どこ施設も考えてはいないと思います。けれど、特に高齢者の方は体力的にも4時間透析になかなかついていけない人も多いと思うんですね。週2回の4時間透析にすると、逆に健康状態が良くなる人も我々は実際に経験していますので、これからはそういう事も必要になってくるのかなと思っています。

小林 その問題では、透析関係の先生方が専門誌などで発言されたり論文を出されてます。今年の学会でも医療費と経済問題と高齢者問題が出てきました。ここ数年そういう議論が出てきて、ちょっと怖い、危ないという感じはぬぐえないと思います。

一方でアメリカ式の非常に選別された医療というのがすごく進んでいますから、こういう状態になってくると診療報酬もそういう傾向に行きがちです。今お話のあった高齢者や、非常に状態の悪い患者さんについてどうするか。その際に“医学的な条件”が判断の一番の基本にならなければいけないと思います。それがどうも、そうじゃないような気がします。医療経済的な判断目安が働いてくる事を恐れます。

高齢化の問題でいえば、日本透析医学会では100歳以上の患者さんのデータは出ていないけれど、実は多数おられるという話を聞いたりします。社会全体が高齢化していく中で、否定しえない状況が今後進んでいくという事を認識しなければならないと思います。

それと医療費との関係は果たしてどうなのか。私もよくわかりません。正直いって、ずっと悩み続けてきました。たぶん透析医学会の中でも、その事を公に討論する事は、ある意味でまだタブーなのかなと感じます。

当事者である患者団体としても、透析患者さんの増加、特に高齢化と透析医療経済の問題を真剣に考えなければいけないのではないかな。その場合、繰り返すけれども、出発点が経済的な問題であってはいけないと私は思います。

### ● 世界の透析事情と日本のQOL ●

栗原 こういう事を話さなければならないのは、やはり非常に経済情勢が厳しくなっているという事情があるためだと思います。

実は一昨年、アルゼンチンで国際腎臓学会があった後、ウルグアイで行われたサテライトシンポジウムに出席しました。そこで、現在、世界の透析事情がどうなっているかという話が出ました。

驚いた事に、全世界の透析人口の23%を日本が占めているのです。約4分の1ですよ。ヨーロッパ先進7か国で25%、アメリカとカナダ、オーストラリアを合わせて約25%。残る25%がアジア、アフリカ、中南米です。

日本では、人口の700人に1人ぐらゐが透析を行っています。アメリカの人口が約2億4,000万人で透析人口が28万人(人口比約860人に1人)ですから、日本より人口比は少ないのですね。日本はどうしてこんなに多



いんだと質問が来るわけです。それにはいくつかの理由がありますが、まず第一にこれだけの医療費を出せる経済国家だという事です。つまり、お金があるという事なのですね。

インドでは透析療法がほとんど普及しておらず、ほとんどの患者さんが亡くなってしまいます。移植は行われていますが、そのほとんどが売腎移植という事です。要するに、健康な人が腎臓の1つを売って、家族の生計を立てている。それを買ってくるのはお金持ちという事です。何ともやり切れない現状を聞かされました。

今、日本腎臓学会などでは黒川教授を中心に東南アジアの先生方を日本にお呼びして、日本で研修してもらったりして援助しています。日本腎臓財団も援助していますよね。日本の透析医療は大変恵まれた状況にあります。もっともっと発展途上国の透析事情を理解しなければいけないと思います。

患者さんの中には、自暴自棄になって体重コントロールがうまくいかず、週3回の透析では水の管理が悪くて、月に15回もの透析をやる人が出てきます。ぜひ世界のそういう状況もわかっていただいて、なんとかあまりお金を使わない透析にしていかなければいけないのではないかと私は思っています。

高齢者や心臓疾患、脳血管障害などで動けなくなってしまった患者さんの透析をこれからどうやっていくのかという事は、非常に大きな問題です。患者さんの会としては、寝たきりの患者さんや重い障害をもっておられる患者さんに対するサポートを何か考えていますか。

### ● 患者さんの会による通院介護支援事業 ●

小林 今、自力通院の困難な患者さんが非常に増えて

いますが、診療報酬や健康保険上の制約から、なかなか長期入院が出来ない状況となっています。介護保険法が出来た2年前に、通院についての施策をぜひ入れてもらうよう相当粘りましたが「国がやる介護保険制度では通院支援は介護というカテゴリーに入らない」となってしまいました。だから患者が自分で費用を出すか、市町村が独自給付をする事で透析患者の通院をカバーしています。

それで、私たちは「要介護透析患者通院介護支援事業」と銘打って全国に呼びかけ、もう6年になります。元気な患者さんが、通院困難な患者さんの送迎を自家用車を使って助けているボランティア活動です。福岡県北九州市の腎友会が最初にやったところ、行政もかなり理解を示して、補助金を出してくれました。それが全国に広がっていています。

今度、その全国会議を開催し、うちではこういう事をやっているとか、お金の問題、あとはボランティアをどれだけ集めるかという人の問題について意見交換をします。患者さんの中には「冗談じゃない、そんな事出来るか」という人もいれば、積極的に車を持ってくる送迎に参加してくれる人もいますが、やはり患者さんだけのボランティアでは足りません。今、36ぐらい事業所がありますが、本当は早く100を超えたいと思っています。

私たちの基本的なスタンスは「これは医療の一部であり、本来は国や自治体がやるべき仕事である」という事です。医療費から出すのはなかなか難しいだろうけれども、福祉費などから多少の援助や、あるいは車などの現物給付でもいいと思います。ただ患者さんの人数がちょっと多いですから、なかなかすべての市町村にお願いするというのは難しいのかもしれませんが。

浅岡 もし交通事故が起きた場合などに対しての保険



は、どうされていますか。

小林 入っています。ボランティアの人に何かあった場合の保険もあります。障害者の送迎運動というのは随分昔からあって、もう30年近い歴史をもっています。全腎協が呼びかけている送迎事業は、自家用車を提供するのですが、自家用車はみんな任意保険に入っていますので、事故やトラブルがあった時はそれを使ってもらう事を最初から前提にしています。もう一つは、事業所としてボランティア保険に入っています。

高齢者や糖尿病の患者さんが増えてくる中で、通院送迎が家族のみではもう限界にきているんです。私たちは、それを元気な人たちや、現在仕事をされていない人たち、あるいは専業主婦の方などにも呼びかけています。それを通じて、市民の皆さんにも透析について理解していただく。

非常に先進的なところでは、年に1、2回ボランティア同士が集まっています。患者もいれば一般市民もいる。市の広報などで呼びかけてもらおうと、結構積極的に参加してくれる地域もあります。

吉川 去年、通院の方法や生活、収入について実態調査をやってみたんです。1,824通配って回収が1,187通、回収率65%でした。内訳は(表1)のようになっています。

「自分で通院」以外の方は、やはり自分1人では通院が困難な方なのかなと思います。奈良県の場合は病院が送迎サービスをやってくれているところが結構ありますが、小林さんがおっしゃったように、本来は行政の役割だろうと思います。私は奈良市の腎友会のお世話もさせてもらっていますので、奈良市とも何回か話し合いを持ちました。奈良市も財政難で、削る事は出来ても新しく予算を付ける事は、非常に難しいと言います。

また、ボランティア制度を立ち上げたいと検討はし

表1

| 通院の手段         |     |        |     |
|---------------|-----|--------|-----|
| 徒 歩           | 5 % | 自転車    | 4 % |
| 自家用車          | 42% | 電 車    | 5 % |
| タクシー          | 15% | バ ス    | 6 % |
| 病院送迎          | 21% | その他    |     |
| 送迎の方法         |     |        |     |
| 自分で通院         | 49% | 家族の送迎  | 25% |
| 病院の送迎         | 21% | ヘルパー送迎 | 2 % |
| その他・近所・ボランティア |     |        |     |

てみたのですが、結果的にコーディネーター役を買って出ってくれる人がいないんです。たぶん力になろうという民間の方もいらっしゃると思いますが、現実はなかなか難しい。それが現状です。

## ● 患者会の組織率アップに向けて ●

栗原 特に患者さんの高齢化と糖尿病患者さんの増加で、非常にいろいろな困難に直面しているのが現状ではないかと思います。

お話は尽きないと思うのですが、最後にこれだけは話しておきたいという事が何かありますか。

浅岡 私は現実に30年の透析をやっています。30年生存は、それ自体が透析人口を増やしている事でもあり、少々気が重い感じがします。

この長期透析患者の最大の問題は、アミロイド症による種々の合併症だと思っています。診療報酬の引下げと同時に、アミロイド症に対する治療(リクセルの併用)の診療報酬も引き下げられると、その辺が今後どうなるだろうかと心配です。

栗原 アミロイドの原因となる $\beta_2$ -MG (ベータツーマイクログロブリン) をとるために、リクセルという

カラムを付けて透析をしています、この使用制限が非常に厳しい。これも1年の使用ですべて見直すという事です、2年も3年も継続して治療を行うのは難しい。そういう事も含めて心配だという事です。よくわかります。

**小林** 全国組織の立場で言えば、高齢化と糖尿病性腎症の患者さんの増加がありますが、透析技術の進歩でこれらの方々も比較的スムーズに透析療法が受け入れられるようになったという点では、喜ぶべき事だと思います。それだけ日本の透析医学が世界的にも非常に進んだ高い技術を有しており、またそれを支える医療経済力もあるのだと感謝したいですね。

そういった条件があって、我々は社会に存在しているわけですから、それを常に意識しないといけないと思います。患者さんたちの中には、その辺をなかなか理解・認識出来ない方が確かに増えています。組織率が50%を割ったとはいえ、10万人規模の組織といったら決して軽視される組織ではないと思うのです。患者団体としてはたぶん日本で一番大きな組織だと思いますが、いろいろなご支援をいただきお世話になっているわけで、そういう事を意識しながら、社会的な役割を果たしていかなければいけない。その事を会員個々の人たちが認識する、意識するという事が必要だと思います。

確かに今、政府も財政状況が厳しく、何でも簡単に削ってしまうところに正直言って腹立たしさもあるわけですが、そういう中で多くの方々に理解していただく事を通じて、透析患者の社会参加という事に寄与していきたいと思います。

**栗原** ぜひ会員の方にもご理解いただいて、組織率の

アップにつないでいただきたいと思います。

**吉川** 非常に状況が厳しい中で、医療経済と患者のQOL(クオリティ・オブ・ライフ)や、必要な医療の整合性をどういう形で調和させたいか、というお話が出ました。

私個人の考えですが、病院もこれからはすべての患者さんをお受けしますよという形ではなく、病院の機能分化という形になっていくのかなと思います。そういう選択肢が広がれば、やはり自分に合った病院が選択出来ますし、そうあって欲しいなと思います。

患者の会については、病院スタッフに応援していただけたら非常に組織率のアップにつながります。我々の活動を理解していただき、こういう機会を通じて医療スタッフの方に出来る限りご協力を願いたいと思います。

それから基本的には“命というのは一番重いものなのだ”、“他の事を削ってでも最優先で配慮されなければいけないものだ”という信念をもって活動していきたいと思います。

今、公共事業予算が問題になっていますよね。確かにそれも生活の中で必要ですけども、失われた命は返ってこない、人命が一番大切なのだという事を中心に据えてものを考えていただきたいと思います。

**栗原** 今日はいろいろなご意見が出ましたが、今こういう活動をしている、こういう方針でいるという事が患者の皆さんに伝わり、患者さんの会の会員数のアップにもつながれば非常によいのではないかと思います。

本日はお忙しいところお集まりいただき、貴重なご意見をありがとうございました。

体に  
KISSEI  
安心

新発売

うるおいスプレー飲料

# ウェットグア

●50ml入りスプレーボトル 希望小売価格 1本 390円(税別)

水のかわりに 水分管理のお手伝い

シュッとスプレー!



のどが渴いたとき  
に、水を飲むかわり  
にお口の中に数回  
スプレーして舌で  
広げてください。

- のどが渴いた時に、水を飲むかわりにスプレーすることでのどが潤います。
- 唾液にも含まれる生体保湿成分ヒアルロン酸とさわやかな酸味が、潤いを保ちます。
- ナトリウム、カリウム及びリンは含まれていません。
- キシリトールを配合しています。

特許出願中



キッセイ薬品工業株式会社 ヘルスケア事業部

〒399-0711 長野県塩尻市片丘9637番地6 TEL0263-54-5010 FAX0263-54-5022

■お問い合わせ先

インターネット <http://healthcare.kissei.co.jp/>



0120-753-666



0120-753-667



# “元気で働いています”

## ▶世良 佳久 さん (42歳)

熊本県熊本市二本木3丁目9-6

35歳から糖尿病、そして40歳の7月から透析を始めた世良さんと先生のやりとり。

世良さん “もう2度と海外に行くことは出来ないのだ。”年1回の海外一人旅を楽しんで来た私にとって、透析導入は透析に対する不安とも相まって絶望の気分させていた。ところがある日、女性技師の何気ない一言で目覚めた私は、半年後、シンガポールの病院前に単身立っていた。

日本から一人で来た私に病院は親切に対応してくれたが、何よりも私を安心させたのは透析をしている現地の患者さんを見た時だった。私と同じ病気で悩み苦しんでいる方がいらっしゃる。こうして目の前で見るとそれが直に伝わってくる。またマレー系、中国系のナースやインド系の技師、国が変わればスタッフも変わる。透析を海外で受ける事で、今ではその国の楽しみが一つ増えたと考えている。

先生 “世良さんは暗かった。”血液透析に入ると人生の楽しみの殆どを諦めざるを得ないと思っていたらしい。透析療法には入っても積極的なライフスタイルを応援するのが私の治療方針である。「シンガポールでもカムチャッカでもどこでもどうぞ」と言っている。

かくて“世良さんは明るくなった。”

(写真説明：シンガポールにて透析中。マレーシア人のナースが対応してくれて、何の問題もなく終了。)

(済生会熊本病院 熊本市近見5-3-1)



## ◀成田 忠則 さん (40歳)

北海道勇払郡鵡川町福住町2丁目28番地の4

町役場にお勤めの成田さんは、平成2年に風邪をこじらせたことからIgA腎症と診断され、11年から透析を始めました。自称アウトドア派の成田さん、その趣味は、

その1 ゴルフ。月3～4回ラウンドに出ます。(今年は既に24回もしてしまいました。家族には不評…。もちろん腕前は内緒)

その2 カヌー。今年1～2月に48時間もの受講に耐え、晴れて日本体育協会公認・カヌーC級インストラクターの資格を取得。8月には地元の1級河川「鵡川」で川下りを敢行。また、洞爺湖では中島を目指しひたすらパドルを漕ぐもモーターボートの煽りを受け、危うく沈みそうになり途中で断念。来年こそは！と心に秘めるもの(?)あり。

その3 スポーツ観戦。阪神タイガースの熱狂的ファン。



今年も札幌ドームに家族そろって応援に(応援に行くと勝てないジグクスあり)。

また今年春の選抜に初出場した鵡川高校野球部のOBでもあり、もっぱら仕事をさぼって(?)は応援に駆けつけている、という仕事・遊び・何事も「楽しくやる!」という成田さんです。

(写真説明：右が成田さん、真ん中が娘さん。)

(苫小牧日翔病院 苫小牧市矢代町2-9-13)





# ◀菱田 司朗 さん (39歳)

神奈川県藤沢市辻堂 6-24-23-207

アパレル関係のお仕事をされている菱田さんは、平成7年から透析に入りました。毎日通勤に往復3時間かかりますが、スポーツマンの菱田さんはテニス、バイクツーリング、そして学生時代からの合気道では師範として多数の若い人達に指導をしています。

「体調を整えながら、気力の隙をすぐに見抜かれる武道を続けている姿は見事です」と先生からもコメントをいただいています。が、「健康とは毎日の仕事の疲れをリフレッシュする事」とおっしゃる菱田さんです。

(茅ヶ崎セントラルクリニック 神奈川県茅ヶ崎市幸町6-1)

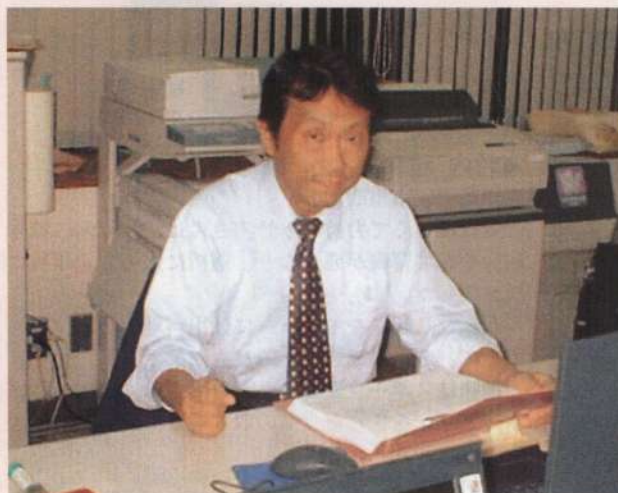
# ▶田鹿 泰之 さん (46歳)

神奈川県茅ヶ崎市浜之郷529

「趣味が仕事になりました」とおっしゃる田鹿さんは、透析歴20年目になります。毎日書道展では会員として、また奎星会照心書道会では同人として活躍されており、昨年、初めての個展を行いました。また、週3回3か所で書道教室を開いていらっしゃいます。

先生も「いつも淡々として物事に動ぜず、しかし情熱を持って書道家として活躍されている姿はさわやかです」とおっしゃっています。

(茅ヶ崎セントラルクリニック 神奈川県茅ヶ崎市幸町6-1)



# ◀近藤 龍雄 さん (42歳)

京都府京都市山科区四ノ宮小金塚 8-771

近藤さんは14歳で急性腎炎になり、その後34歳で慢性腎炎、36歳から透析に入りました。始めはCAPDのみでしたが、現在は血液透析と併用しています。

歯科器械販売のお仕事をされていて、入社13年目に1年間社内勤務の後、営業部門に復帰、現在はコンピュータ画像のX線に携わっておられます。

「病気と寿命は別」という近藤さんは、スキー、トレッキングが趣味のスポーツマン。また年2回の家族旅行を大切にしている良きお父さんです。

(音羽病院 京都市山科区音羽珍事町2)





#### ◀平田 満明 さん (51歳)

広島県尾道市木ノ庄町畑593

昭和54年に健康診断で透析が必要と言われた平田さんは、透析歴24年を越えてなおお元気で、米や野菜、しいたけ作りなど農業をされています。

通院は尾道市の北部から愛用のバイクを駆って、片道25kmの道程を通っています。趣味の読書はトラベルミステリー、アニメで、“毎日を楽しく、明るく過ごそう”とおっしゃる平田さん、透析仲間の皆さんからも透析患者さんの鑑です、というお言葉をいただいています。

(福山城西病院 広島県福山市西町2-11-36)

#### ▶高木 國治 さん (56歳)

愛知県丹羽郡扶桑町大字柏森字乙斉藤前173

呉服と子供服小売業の代表をしている高木さんは、嚢胞腎から透析を導入し、もうすぐ6年になります。終身現役で仕事をするをモットーにしている高木さんは、夏季は5時、冬季は6時頃に起床して、木曽川遊歩道を10kmくらい、1時間10分かけて5年間毎日散歩しています。明朗な高木さんは診療中、先生ともゴルフ談義に脱線するようですが、ゴルフを月に2〜3回、また趣味と実益を兼ねてパソコンで株式投資をしたりと、多才かつ治療に対して前向きで、理解、受容の優秀な方です。

(佐藤病院 愛知県江南市大字上奈良町緑48)



#### ◀竹内 雅和 さん (54歳)

高知県南国市里改田466

気は優しく力持ち！竹内さんは20数年前に糖尿病、やがて腎臓が悪くなり、透析に入って7年目になりました。

七転び八起きをモットーに仕出料理店を経営されていて、2人の息子さんの良きお父さんです。

趣味はスポーツ観戦という竹内さん、先生からは水分とリンを含んだ食品の取り過ぎに注意しましょう、とのお話です。

(北村病院 高知県南国市東崎1336)





#### ◀尾関 寛さん (70歳)

愛知県一宮市浅井町河田字葉栗野40番地

尾関さんは糖尿病性腎不全から夜間透析を始めて2年になります。家業の木工業を、毎日元氣よくこなしておられ、長寿会や寺の総代も務めていらっしゃいます。

奥様共々明るい気持ちの良い御夫婦で、ドライブや温泉旅行、ゲートボールや映画鑑賞などエンジョイされています。

(佐藤病院 愛知県江南市大字上奈良町緑48)

#### ▶長谷川 博さん (52歳)

茨城県ひたちなか市田彦1341-1

昭和48年8月から透析を導入した長谷川さんは、その1年前に結婚、導入時にお嬢さんが誕生しました。透析開始後2年間外シャントを使用、のち内シャントに変更して27年間シャントトラブルは一度もありません。透析のため2～3回転職の後、コンピュータソフト会社に落ち着き、営業で東南アジアへ年4～5回出張してかなりの業績を上げられ、今は役員をされています。

明るく何でも挑戦するという長谷川さん、つい最近まで、冬になると毎週スキーを楽しんでいました。

今年11月に夫婦間腎移植を実施する予定とのこと、ご成功をお祈りしています。

(住吉クリニック病院 茨城県水戸市住吉町193-97)



#### ◀菊池 次男さん (60歳)

茨城県ひたちなか市田彦1341-5

昭和35年から慢性腎炎の治療を受け、48年6月、31歳の時から透析を始めた菊池さんは、29年間夜間透析を行いながら県の職員としてお仕事を続けてこられました。透析を開始して3年目に出血性心タンポナーデの危機を経験して一命を取りとめました。それ以外には大きな合併症もなく、日々平常勤務を行い、10年前には身障者としては初めて管理職の席につきました。

何事にも好奇心を持つという、カメラと読書が趣味の菊池さんです。

同じ病院の長谷川さん(写真上)と「這ってでも毎日出勤しろ!!」を実践してくれた方です、という先生のお言葉です。

(住吉クリニック病院 茨城県水戸市住吉町193-97)



# 自分に合った透析方法を 自由に選ぼう

岩藤クリニック 平野 宏

## はじめに

これから透析療法を導入される患者さんは、血液透析の他にCAPDという透析方法があることをご存知ですか。また、血液透析を継続して行っている患者さんの中には、CAPDに興味を持ち、その透析方法を詳しく知りたいと思われている方も多いと思います。

CAPDが我が国で導入されてから既に20年になり、血液透析の他にもう一つの透析方法が選択可能になったのです。しかし、いずれの透析方法も健常の腎臓に比べたらその機能は遠く及ばず、食事療法など日常生活が制限され、それぞれに抱える欠点もあります。どちらか一つを選ぶという二者択一ではなく、むしろ長い透析生活の中で両方の利点をうまく利用していったらよいのです。

さらに、両療法を併用して透析量を増やしたり、社会生活をより便利にすることも可能です。海外旅行へ

行ったり、ゴルフをしたり、仕事や学業を継続するなど、健常人に近い生活を送っている透析患者さんも多数みられます。医学的のみならず、ライフスタイルの面からも、患者さん自身にあった治療方法について出来るだけ多くの情報を得て下さい。

透析導入時には、医師から治療方法をわかりやすく説明してもらい、患者さん自らの意思で自分に合った透析方法を選んで、より元気で健康的な透析生活を送られることを願っています。

## 1 透析療法とは何か

腎臓病と診断されそして腎不全になって、腎臓の役割が大きいことをあらためて思い知らされたことでしょう。

普段、何気なく食べたり飲んだり出来るのは、腎臓が日夜働いて胃腸から吸収された飲食物の必要な成分を体に蓄え、不必要な成分は尿として体外に排泄して



くれるお陰です。その結果、不要な老廃物が蓄積せず、ナトリウム、カリウム、カルシウム、リンなどのミネラルのバランスが正常に保たれ、体内の水分量を一定に調節し、体を弱アルカリ性に保ちます。さらに、腎臓は血圧や貧血を調整したり、骨の健康を維持したりする働きもしています。腎臓の働きが正常の30%以下の状態を腎不全といいます。この病態はその原因のいかんにかかわらず進行性で、老廃物、余分な水分、ナトリウム、カリウムが排泄されず徐々に体内に蓄積してきます。

腎機能が10%以下になると、様々な症状があらわれます。この症状を尿毒症と呼び、体がむくむ、血圧が上昇する、吐き気や頭痛が起きる、疲労感がある、食欲がない、無気力などを訴えるようになります。さらに、糖尿病性腎症の人では、糖尿病のための心不全、視力障害、肺水腫、心筋障害、脳血管障害などの症状が加わることも多いのです。

このような末期腎不全になると、自分の腎臓だけでは生きていけなくなり、血液透析（HD）、腹膜透析（CAPD）などの血液浄化療法、または腎移植の力を借りることになります。

透析は腎臓の働きの代わりをする治療のことですが、腎臓の働きをすべて代行することはできません。健康な腎臓は毎日休みなく働き続けていて、週にすると168時間労働になります。血液透析では週3回、4時間ずつ透析しても総計で12時間労働です。週当たりにしてわずか7%の時間にしか相当しません。

一方、CAPDでは腎臓と同様に1日24時間透析を継続しますが、残念ながら健康腎に比べるとその能力に限界があります。従って、透析を継続していても食事や日常生活において制限を生じたり注意を必要としたりします。

また、何らかの理由で透析量が減れば尿素窒素濃度（BUN）は高くなり、透析を行っていても尿毒症が出

イラスト1 血液透析



現して再び入院治療が必要になります。なお、医療費に関しては血液透析もCAPDも同様で、医療保険制度が利用でき経済的に安心して治療が続けられようになっています。

では、透析にはどのような種類があるか、次にあげてみましょう。

#### (1) 血液透析（イラスト1）

血液透析では、血液を体外に取り出し、ダイアライザーと呼ばれる透析器（人工の膜）に通すことによって、血液中の老廃物や余分のミネラルや水分を取り除き血液を浄化します。きれいになった血液は再び体内に戻されます。

血液透析では、血管に針を刺して血液を連続的に取り出す必要があります。このため、簡単な手術によって前腕の動脈と静脈を皮下でつなぎあわせて「シャント」と呼ばれる血液の取り出し口を作ります。また、

イラスト2 腹膜透析 (CAPD)



週2～3回、透析施設に通院し、3～5時間ベッド上での専門スタッフによる治療が必要です。

従って、透析日には仕事を早退するなどのスケジュールの工夫が必要です。透析日以外の日は、比較的自由に過ごせますが、次の透析までの間に老廃物や水分が溜まりますので、食事制限を厳密にする必要があります。

このような血液透析を休むことなく継続していくことは、精神的にも身体的にも大変なことです。そのうえ、透析ごとに不快な症状が出現して苦しい思いをすることもあります。

我が国の80%以上の血液透析患者さんは1回3～4時間の透析を受けられていますが、これは必要最小限の透析量なのです。日本透析医学会の統計では、透析時間が長い患者さんほど、身体的活力にあふれ、完全な社会復帰も可能で治療の経過も良いことが判明しています。

血液透析には施設で行う通院透析と、家庭で行う在宅血液透析があります。

イラスト3 腹膜透析 (APD)



## (2) CAPD (イラスト2)

これは、現在我が国で行われている主要な在宅透析方法です。CAPDでは、体内の腹膜を利用して24時間連続した透析を行います。腹膜に囲まれた腹腔内に透析液を注入し、一定時間貯留している間に腹膜を介して血液の老廃物や余分な水分を透析液に移行させた後、その液を体外に出すことで血液を浄化します。

透析液の出し入れをするために、「カテーテル」という柔らかいチューブを簡単な手術によって腹部に埋め込みます。体の外に出るカテーテルの部分はわずかですから、活動の妨げにはなりません。

透析液を腹腔から排液し、新しい液を注液することを、「バッグ交換」と呼びます。通常1日4回行い、交換時間は約30分です。バッグ交換は特別に難しいことではなく、医療スタッフの指導をよく守れば誰でも行えます。また、生活のスタイルに合わせて夜間機械を使用し、集中的にバッグ交換をして昼間のバッグ交換回数が少なくなるAPD(自動腹膜透析)(イラスト3)



イラスト4 血液透析濾過法（HDF）

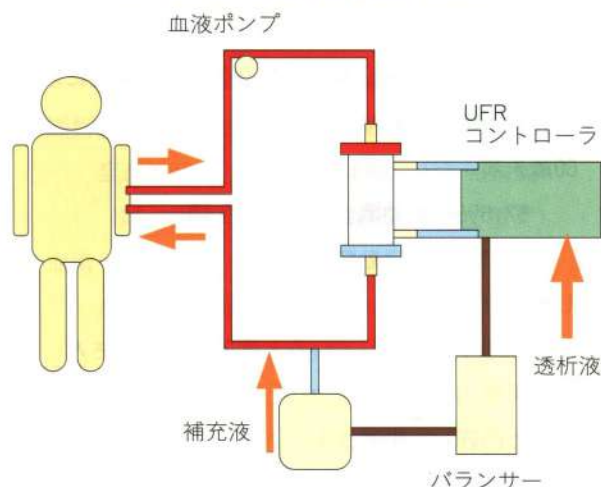
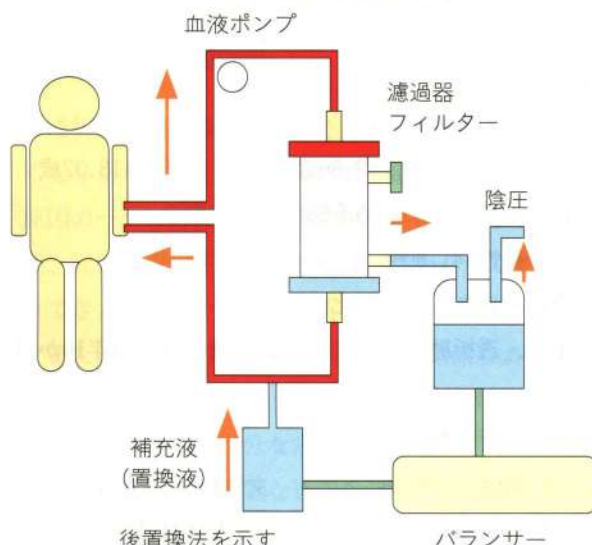


イラスト5 血液濾過法（HF）



もあります。

通院は、異常がなければ月1～2回、毎日の透析は自分のスケジュールに合わせて行えますので、社会復帰が容易です。一方、長期継続に伴って、腹膜劣化によって除水が出来なくなったり、進行性の腸管の塊状癒着・閉塞を起こす硬化性被嚢性腹膜炎の合併がみられ、CAPDの継続を不可能にすることもあります。

また、腹膜炎、カテーテル関連感染などのCAPDが抱えている諸問題の完全な解決も待たれます。さらに自己管理透析なので、自分で治療を継続するための体力と前向きな気持の維持も必要になります。

### (3) その他の血液浄化法

血液透析とCAPD以外に、病態に応じて血液透析濾過法（HDF）や血液濾過法（HF）が選択されることもあります。

血液濾過法は、比較的大きい尿毒性物質除去に効果があり、透析中に血圧低下を起こしやすい患者さんに対する血液浄化法としても有効です。

血液透析に1回10/程度の濾過を併用する血液透析濾過法（HDF）（イラスト4）により、症状がなく楽に透析ならびに除水ができます。20/程度置換液を用いて濾過だけをする血液濾過法（HF）（イラスト5）も、血圧の不安定な患者さんの治療に有効です。

## 2 透析患者さんの現況

透析医療のめざましい発展の結果、透析歴10年、20年の患者さんが増加し、まさに透析は生涯治療となっています。そのため、透析医療も以前の延命中心の医療から、よりよく生きるQOL（クオリティ・オブ・ライフ）をいかに向上させるかが重要となっています。

日本透析医学会による2001年12月31日時点での統計では、

日本の慢性透析患者数 21万9,183人

血液透析患者 210,240人（95.9%）

CAPD 8,636人（3.9%）

在宅血液透析患者 103人（0.0%）

最近認可された在宅血液透析患者さんは極めて少なく、我が国では在宅透析が普及していないことになります。

透析患者の平均年齢

男性 60.95±12.86歳 女性 62.58±13.32歳

透析患者全体に占める65歳以上の割合

男性 41.80% 女性 46.45%

透析患者さんの高齢化が進んでいます。

また、透析歴において最長透析歴年数は35年10か月です。

平均透析年数

男性 6.16±6.38年 女性 6.69±6.50年

透析治療を10年以上続けている人は24.1%で、最近 は年々減少しています。

合併症について、全患者の10%以上が有する頻度の高い合併症は、

循環器合併症 69.2%

血液合併症 66.4%

骨・関節障害 33.7%

などです。

また、合併症とは異なりますが、透析中に血圧低下などの透析が困難な状況は40.7%にみられます。

### 3 透析患者さんの日常生活

透析により生存が可能となった腎不全患者さんには、透析治療導入前の生活にできるだけ近い透析生活をしてもらいたいと考えています。それをサポートするのが医療スタッフの目標であると考えます。

しかし、生活そのものの中味はどうか考えると、完全なものにはほど遠いように思われます。「生かされる」ことから、患者さん自身の主体性によって「生きる」時代に変化してきましたが、かなり健常人に近い生活を達成できている人から、大きなハンディキャッ

プを持った人までが、同じ透析を受けているのが現状です。

2001年の全腎協・日本透析医学会の合同調査に基づく就労の実態によれば、

60歳未満

57.6%が常勤職または専業主婦

13.3%が非常勤職

でした。一方、

収入のある仕事をしていると回答した患者さん

男性 50.2% 女性 18.6%

無職と回答した患者さん

全体の35.2% 女性は家事専業 39.4%

従って、女性の58.0%は就業していると考えられます。

なお、収入のある仕事をしている人の年収は、300万円以下が46.1%でした。

5年間就労している患者さんにおいて病気が関連して解雇または退職の経験がある人は26.2%であり、透析患者の就業を確保するには透析導入前の職場に復帰することと、身体条件を整え入院を出来るだけ回避することが必要だと考えます。

1995年の日本透析医学会調査では、CAPD患者さんが社会復帰に失敗する危険性は血液透析患者さんの0.57倍であり(男性の場合)、在宅で治療が行われる方が職場復帰には有利であると考えられます。

### 4 透析療法のコツ

—合併症を予防して、

いつまでも元気で暮らせるために—

日本透析医学会統計調査では、血液透析患者さんの死亡に影響する様々な要因を検討しています。

1回5時間以上の透析をしている患者さんの死亡危険が、少ないことが認められています。



標準化透析量 (Kt/V)

死亡率の最も少ない至適域 1.6以上

(時間をかけた十分な透析量が必要)

透析間の体重減少率 (体重増加率に相関)

至適範囲 4%以上6%未満

(間欠治療である血液透析にとって重要)

血清リン濃度

透析前値の至適範囲

4 mg/dl以上6 mg/dl未満

透析前血清アルブミン濃度

至適範囲 4.0g/dl以上4.5g/dl未満

これらの要因は、CAPD患者さんにも同様に当てはまるものであり、要は十分な栄養摂取をして時間をかけて十分な透析量を確保するのが望ましい透析方法ということになります。

このような統計的な評価とは別に、これまで合併症が少なく元気で暮らされている患者さんから多くの透析生活の秘訣を学ばせてもらいました(表1)。透析方法を選択した後に、これらいくつかの秘訣を日常生活の工夫として役立てて下さい。

#### (1) 水分の摂りすぎは高血圧や心臓を拡大させ、心臓の働きを低下させます

今回の透析まで摂取した水分は、身体のどこかに溜まっているはずです。主に血管内に溜まり血液を薄め、あふれた水分は筋肉内に貯留します。筋肉が萎縮し筋肉量が少なくなるとその分が血管内に溜まり、心臓が拡大し皮下組織にもあふれていきます。

慢性的な水分貯留は高血圧の原因となり、いずれ心不全となります。そして、透析間に溜まった水分は4時間前後の透析時間内で除水されるので、除水のスピードが早すぎると透析中に血圧が下がって苦しい目にあいます。水分の無駄な摂りすぎには注意して下さい。

#### (2) 栄養(たんぱくとエネルギー) 摂取量と透析量のバランスが必要です

透析を長期間継続していくと、痩せて栄養状態が悪くなります。たんぱく・カロリー低栄養といい、その原因の一つにたんぱくの摂取量不足があります。長期間、元気な透析生活を送るには、体力がなくては長続きできません。

また、栄養摂取量は運動量と体力に関係しますので、運動療法と栄養療法は一緒に実践されなければなりません。運動をして十分な栄養量を摂って、そして十分な透析を行うのが元気な透析生活を送る秘訣です。

#### (3) 透析はなるべく時間をかけて緩徐にやるのがよい

透析間に体全体に貯留した窒素化合物、特に中分子物質やリンは、時間をかけて組織から抜いてこないと徐々に体に蓄積されていきます。長時間透析が治療経過を良くするのはこのためだと考えます。

透析中は少しでも早く透析が終了しないかと考え、大部分の患者さんは短時間透析を希望すると思います。しかし、長時間透析に慣れると、体調がよくなり皮膚の色つやもよくなりはじめるので、透析時間も気にならないようになるものです。

#### (4) リン(P)は長期生存にとって最も厄介な毒素である

リンは組織に蓄積されると、他の成分と結合して除去が難しくなります。組織に蓄積されたリンが様々な作用を及ぼすようになり、二次性副甲状腺機能亢進症の原因だけでなく、痒み、動脈硬化などの直接の原因となります。

リンの多い食物を控え、筋肉量の減少は高リン血症を増悪させますので運動療法が有効です。

表1 透析療法のコツ

|                                                                                                                                                                                                            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. 水分の摂りすぎは高血圧や心臓を拡大させ、心臓の働きを低下させます                                                                                                                                                                        |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>◆体重増加量はドライウエイトの5%以下に抑えよう！</li> <li>◆骨格筋萎縮は心拡大の原因になる（筋肉は第二の心臓である）</li> <li>◆塩分の過剰摂取と除水過多が水分摂取量を多くする</li> </ul>                                                       |
| 2. 栄養（たんぱくとエネルギー）摂取量と透析量のバランスが必要です                                                                                                                                                                         |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>◆栄養は必要量を十分に摂取しよう</li> <li>◆栄養を十分に摂取する人は元気である</li> <li>◆栄養摂取量が多ければ、透析時間を延ばせばよい</li> <li>◆栄養摂取量は運動量、体力と相関する</li> </ul>                                                |
| 3. 透析はなるべく時間をかけて緩徐にやるのがよい                                                                                                                                                                                  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>◆体の隅ずみ（細胞内）まで散らばった尿素素（特にリン）は、時間をかけなければ除去できない</li> </ul>                                                                                                             |
| 4. リン（P）は長期生存にとって最も厄介な毒素である                                                                                                                                                                                |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>◆痒み、骨症、動脈硬化などの多くの合併症の原因になる</li> <li>◆有効なリン吸着剤がない</li> <li>◆血清リン値は摂取たんぱく量に比例する</li> <li>◆リンの多い食物を控える</li> <li>◆たんぱくの調理法を工夫する</li> <li>◆筋肉量の減少は高リン血症を増悪させる</li> </ul> |
| 5. 中性脂肪は動脈硬化（脳梗塞、心筋梗塞）の促進因子である                                                                                                                                                                             |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>◆運動療法が中性脂肪を下げる最も有効な治療法である</li> <li>◆善玉コレステロールも運動量に比例して増加する</li> </ul>                                                                                               |
| 6. 運動療法は生命力・精神力をつける                                                                                                                                                                                        |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>◆運動療法は骨格筋の萎縮を防ぐ</li> <li>◆運動療法は栄養摂取欲を起こす</li> <li>◆運動療法は骨の衰えを防ぐ</li> <li>◆運動療法は心機能を増進する</li> <li>◆運動療法は最大の精神療法である</li> </ul>                                        |

(5) 中性脂肪は動脈硬化（脳梗塞、心筋梗塞）の促進因子である

透析患者さんの死因である脳動脈や冠動脈の動脈硬

化の原因の一つに、高脂血症があげられますが、特に中性脂肪とLDLコレステロールの高値が問題です。

高脂血症の原因の一つに透析患者さんの慢性運動不足があり、運動療法を継続すると改善されることが多



いのです。

## (6) 運動療法は生命力・精神力をつける

長期間透析生活を継続するには体力の維持とともに精神力も必要です。いつまでも前向きに生活するには、しっかり動いて、美味しく食べてもっと元気な透析生活を送りましょう。

運動療法は骨格筋の萎縮を防ぎ、骨の衰えを防ぎ、心機能を増進させます。また最大の精神療法でもあります。

---

## 5 血液透析とCAPDの最も違う点は何か

血液透析は在宅血液透析を除いて大多数は通院透析であり、病院で医療スタッフにやってもらう透析です。

一方、CAPDは在宅透析であり、自分自身が行う自己透析です。これが、両透析方法の最も異なる点で、腎不全治療効果に関してほとんど差はないと、考えます。

これからの透析生活をどのように生きるかは、患者さんに課せられているのです。

より明るく、より健康的に生きる人は、より束縛の少ない在宅透析を望むだろうと考えます。治療に対する拘束時間が少ない、通院の回数が少なく済む、透析しながら自由に行動ができる、自分の生活（仕事、遊び、通学など）に合わせて透析スケジュールを決めることができるのです。

旧来の治療概念である「してもらう治療」ではなく、患者さん自らが主役となって実践する「在宅自己治療」です。

もちろん、何らかの理由で血液透析の導入・継続が困難な患者さんにCAPDが導入されることもあり、この場合は介護者（主に家族）が治療の主体となります。

また、血液透析が不向きな小児腎不全患者さんにお

けるCAPDでは、治療主体は保護者（主に母親）になりますが、CAPD治療が本質的に在宅医療として実践されていることには変わりありません。他力本願的な治療方法である病院透析の患者さんと異なり、能動的に自己管理しているのがCAPD患者さんは自分の健康を守るための意識が違います。医療スタッフはCAPD患者さんがCAPDを在宅自己治療法としてその利点を最大限に活かし、かつその問題点を最小限にしようとサポートしています。

CAPDの治療現場は患者さんの家であり、患者さんの通院をできるだけ減らしたいものです。定期診療は通院でなく往診にして、緊急時にも患者さんが病院を受診するのではなく、病院から医師あるいは看護師が家を訪問して、在宅で処置や治療ができれば理想的な在宅透析となるのです。

保険診療の枠内ではこのような理想的な在宅医療はできませんが、機会をみて患者さんの家を訪問し、治療の現場を実際に見て、またご家族の中に入り在宅医療がよりスムーズに行えるように援助したいものです。

---

## 6 血液透析とCAPDをどのように選択するか (二者択一ではない)

保存的治療では腎不全の進行を抑えられず、尿毒症の出現が予測されるような状況に至ると、血液透析かCAPDの準備に入ります。透析導入は1989年度厚生科学研究・腎不全医療研究班により作成されたガイドラインを参考にしますが、実際には病態や原因疾患、患者さんの置かれた社会的・家庭的条件により決定されます。

そこで、透析導入にあたっては、医師からいくつかの選択肢を含めてわかりやすく説明を受け、施行に対する同意をした後に透析療法が導入されます（表2）。

CAPDは血液透析と同様に、透析療法を必要とする

表2 透析導入時の説明

|         | 透析方法 | 必要な手術        | 合併症                                             |
|---------|------|--------------|-------------------------------------------------|
| 透析療法の選択 | 血液透析 | 内シャント<br>造設術 | 不均衡症候群<br>短期・長期の合併症<br>生命予後                     |
|         | CAPD | CAPDカテーテル挿入術 | 短期・長期の合併症<br>腹膜炎<br>硬化性被嚢性腹膜炎<br>腹膜機能低下<br>生命予後 |

腎不全患者さんのほとんども適応されると考えてよいのです。特にCAPDは積極的に社会復帰させることを目的とした透析療法ですので、他の合併症が少なく、活動度の高い腎不全患者さんが適応（ポジティブ・セレクトション：積極的選択）とされています。

一方、CAPDには血液透析にない利点があるため、糖尿病患者さんのCAPD適応、血液透析の施行困難な患者さんにもCAPDが導入されます（ネガティブ・セレクトション：消極的選択）（表3）。

ともすれば、透析の選択肢のなかで血液透析との対比でのみ語られることの多いCAPDですが、「血液透析かCAPDどちらか一方」という発想ではなく、それらをどのように組み合わせていけば、患者さんにとってQOLの高い透析生活が可能になるかを考えるべきです。

### (1) CAPDファーストとは

最近、CAPD療法を透析療法の最初として用いる「CAPDファースト」という考え方が、唱えはじめられています。

CAPDはゆっくりした透析を行うために、導入後も

表3 CAPDの選択基準

|                                                                                                                                                                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 透析療法を必要とする腎不全患者さんのほとんども適応とされる                                                                                                                                    |
| <b>1. 積極的な選択</b>                                                                                                                                                 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>◆社会復帰やリハビリテーションに前向きの強い意志がある</li> <li>◆これまで通りの社会・家庭生活を維持したい</li> <li>◆自己透析を希望し、自己管理能力がある</li> <li>◆腹腔や腹膜には障害がない</li> </ul> |
| <b>2. 消極的な選択</b>                                                                                                                                                 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>◆重篤な心疾患の合併がある</li> <li>◆シャントの作成・維持が困難である</li> <li>◆血圧低下など透析による症状が強く血液透析維持が困難である</li> </ul>                                |

数年は尿量を維持できるとされています。この残腎機能のあるなしが非常に注目されて、CAPDは保存期腎不全から血液透析への橋渡しの役割を果たすと考えられています。

### (2) CAPDとHDの併用療法

そもそもCAPDの1日8 lの液交換では溶質の除去能力が低いことや、長期使用により除水能力の低下や腸閉塞が注目されるようになりました。

除水などで腹膜の能力を超える負担をかけると、腹膜が障害され重大な問題を起こすので、限界を超える部分は血液透析で代行したり、腹膜を休み休み使用することで腹膜機能を少しでも長く維持しようというのが、CAPD患者さんの血液透析併用療法の試みです（表4）。

### (3) CAPDとHDの融合療法

CAPD患者さんが血液透析を併用して行う併用療法とは別に、血液透析患者さんがCAPDを併用することも考えられます。

現在、我が国で行われている血液透析は、1回3～4



表4 CAPDと血液透析の併用療法

|                     |
|---------------------|
| <b>CAPDの機能を補足する</b> |
| ◆溶質の除去不足を補う         |
| ◆除水能低下を補う           |
| <b>腹膜機能を維持する</b>    |
| ◆腹膜休息               |
| ◆高濃度糖液の使用を避ける       |

時間の短時間透析で、嚴重な水・食塩・たんぱく制限を中心とする食事制限下にあります。短時間透析では顔色も黒ずみ、口臭もあり、痩せて栄養状態も悪く、治療の経過が悪いことは明白です。

一方、在宅血液透析での長時間、頻回透析患者さんでは、健常人と全く同じ顔色を保つことが可能で、重大な合併症はなく、食事もほとんど健常者と同じ食事をとることができ、20～30年の順調な透析生活が保証されます。

また、オーバーナイト透析（終夜透析：夜10時～翌朝6時までの連続8時間透析）では、高血圧が是正され降圧剤の使用が減った、食欲が増進した、エリスロポエチンの必要量が減った、血清リン値の調整が容易になりリン吸着剤の使用量が減った、水分・塩分の摂取に今までよりも気を遣わなくてよくなったなど、総合的に体調が改善しました。

しかし、現在血液透析を受けられているほとんど人は、短時間透析の方を望みます。それならば、週3回の通院透析と週末は在宅でCAPDを行い、透析量を増加させることも可能です。

さらに、この方法では仕事での出張や旅行で通院できない時には、旅先の宿でCAPDを行うことも可能です。このために、透析導入時には血液透析用のシャント作成とCAPD用のカテーテル挿入を同時に行ったらよいでしょう。

## おわりに

在宅血液透析がまだ一般的な選択肢になりえない状況下では、CAPDは在宅で施行できる唯一の透析療法です。血液透析に比べた場合の明らかなメリットといえるこの点が、透析療法選択の際にあまり有利に働いていないように思えます。

いささかCAPDの普及内容になりましたが、在宅医療は我が国での医療の流れでもあり、CAPD患者さんがこれから増えていくのが必然的なことだと考えます。どこの透析施設でも医師による情報開示が行われ、患者さんが自由に透析方法を選べるようになることを希望します。

## 【参考文献】

1. 日本透析医学会統計調査委員会「わが国の慢性透析の現況（1995年12月31日現在）」、日本透析医学会、1996
2. 日本透析医学会統計調査委員会「わが国の慢性透析の現況（2001年12月31日現在）」、日本透析医学会、2002
3. 全国腎臓病協議会「2001年度 血液透析患者実態調査報告書」、社団法人全国腎臓病協議会、2002
4. イラスト1, 2, 3 「腎不全とその治療法－選択の手引き－」、バクスター(株)
5. イラスト4, 5 北岡建樹「イラストで学ぶ透析療法」、中外製薬(株)

## 神話の時代から健康は永遠のテーマ

# 生命関連産業

アポロンの子、アスクレピオス。  
ケンタウロス(半人半馬)の  
ケイロンに医療と薬草の知識を学び  
やがては師を越えて  
その奥義を極め、  
万病を癒す神として  
古代ギリシアの人達に  
崇められました。  
その信仰の広まりとともに  
アスクレピオスを祀る  
神殿や治療所が各地につくられ、  
諸国から求療者が絶えることなく  
集ったといわれます。  
人類が健康に対していただく  
切なる願いは遠く神話の時代から  
宇宙開発に乗りだした現代まで  
なんら変わるものではありません。  
生命はいまだ未知の領域です。



〈Asklepios〉

私たち扶桑薬品工業は  
創業以来半世紀余、  
治療上不可欠な医薬品のみを  
一すじにつくり続けて参りました。  
その成果のひとつが  
点滴としてなじみ深い輸液や  
人工腎臓用透析液の分野での  
トップクラスの実績となって  
あらわれています。  
くすりは人の健康と生命に  
直接関与するものです。  
従ってそれをつくる企業には、  
それにふさわしいモラルと敬虔さが  
要求されるのは当然と考えます。  
私たちはこれからもたゆむことなく  
生命関連産業に携わる一員として  
真摯にその本分を  
尽してまいります。

明日の健康を  
めざして



## 扶桑薬品工業

扶桑薬品工業株式会社 ●本社／大阪市中央区道修町1丁目7番10号  
本社事務所／大阪市城東区森之宮2丁目3番11号  
TEL(06)6969-1131(大代表)  
支店／札幌 仙台 東京第一・第二・第三 名古屋 金沢 大阪 岡山 広島 福岡第一・第二  
研究所・工場／研究開発センター 城東工場 大東工場 岡山工場 茨城工場



# Q&A

## 患者さんからの質問箱

回答：熊本中央病院腎臓科 福井 博義

### ■運動療法■

Q.....

私の透析施設では、いつも、主治医の先生やスタッフの方々から“体を動かしなさい”、“よく歩きなさい”、“軽い運動をしなさい”と勧められ、透析前後や透析中に軽い運動を行っています。

「透析患者の運動療法の重要性」などの言葉をよく目や耳にしますが、なぜ、透析患者にとって運動療法が重要なのか、どんなメリットがあるのかを、具体的に教えて下さい。

A.....

ここでは単に運動療法ということにとどまらず、広い意味での運動（体を動かすこと）まで含めてお話ししたいと思います。

いわゆる“運動”が必要なのは、何も透析患者さんに限ったことではなく、透析をしていない一般の人たちにも通じることです。その一般の人たちにいわれている効用が、透析患者さんにもあてはまることになります。

それに加えて、透析患者さん特有の病態が、運動療法の必要性を増しているように思います。

運動療法の臨床的な効果につきましては、血圧や糖尿病のコントロールについての良好な結果のデータがあります。ここでは、透析患者さんにおける運動療法の効用について具体的に述べてみます。

#### ① 体力をつける

透析患者さんは体力が低下する傾向があります。体力を維持するためには十分な栄養をとることと、適度な運動が必要といわれています。長期の透析患者さんは“るいそう”（やせること）を伴うことがありますが、その場合は主として筋肉量が落ちています。

運動は筋肉内の体たんぱくを増加させ、筋肉量の低下を防ぎ、体力の保持に一定の役割を果たします。また食欲も増し、栄養をとるという面でも若干の貢献をします。

## ② 心肺機能を保持する

適度な運動は、心臓や肺の働きが低下することを防ぐことになり、そのことは心臓や肺の合併症の予防に役立ちます。

## ③ “寝たきり”を防ぐ

いろいろな理由で、歩かなくなり、あるいは歩けなくなると、患者さんによっては、いわゆる“寝たきり”になることがあります。

合併症治療のために入院し、長期臥床が“寝たきり”に移行することも珍しくありません。出来るだけ歩き、体を動かすことで“寝たきり”を防ぐことができます。また、そのことが痴呆の予防にもつながります。

## ④ 骨折を予防する

透析患者さん特有の骨病変として、腎性骨異栄養症（ROD）があります。その基本となる骨病変は二次性副甲状腺機能亢進症に伴う線維性骨炎であり、その治療と予防のために、活性型ビタミンDの投与や血清リンのコントロールが行われます。

腎性骨異栄養症治療の目的の一つが、骨が脆くなることや骨折を防ぐことです。運動もまた、骨折の予防に貢献します。

まず骨に対しては、運動は骨に負荷を与え、その強度を増します。無重力状態におかれた宇宙飛行士の骨が脆くなることがわかっており、骨に一定の負荷をかけることの必要性が指摘されています。それに加えて、運動は骨を支える筋肉や腱を強化し、骨折の直接的な原因となる転倒を防ぎ、転倒した場合にも骨折しにくくなると考えられます。

## ⑤ 透析中の低血圧を防ぐ

透析中の低血圧は除水を困難にし、いわゆる透析困難症の一つに挙げられます。運動療法を続けると、透析中の低血圧に一定の効果があり、血圧が下がりにくくなることがあり、我々もそのことは良く経験しています。





## ■フットケア■

Q……

糖尿病による慢性腎不全で1年前から血液透析をはじめました。

スタッフの方からいつも足のけがや、爪切りなどに気をつけるように言われています。

どうしてでしょうか？

A……

糖尿病では十分な血糖コントロールが行われないと、眼、腎臓、神経などに障害が生じることが知られています。

高血糖により眼や腎臓、神経を循環する血管が障害を受け、血流が減少するばかりでなく、それらの組織自体も代謝が悪くなり障害が進むのです。

あなたの足の状態について考えてみましょう。足の冷たい感覚や歩いた時のずきずきする痛みはありませんか（血管障害による血流の減少）。また、しびれ感や違和感、痛みや温度に対する感覚の鈍さはありませんか（神経障害による症状）。

このような血管障害による血流の減少や神経障害がある足に、外傷、深爪、靴ずれ、やけどなどが加わると、病変は簡単に広がり、深くて汚い傷（足潰瘍）になり、さらには壊疽（えそ）まで起こします。糖尿病患者さんでは、もともと細菌感染に弱いことに加え、血管や神経の障害のために傷は治りにくく、足の切断や生命の危険を伴う敗血症（細菌が体をまわっている状態）を起こすことも希ではありません。

皮膚のひび割れや亀裂、靴ずれや深爪があっても、感覚が低下しているためにこれらの傷ややけどに気づかないことなどが原因で足潰瘍へと進みます。また、これらはしばしば再発します。

このように、糖尿病患者さんの足病変は重症でかつ治りにくいため、“予防が第一”なのです。

足をいつも清潔に保ち、“足の異変”に注意を向けることが大切です。

- ① 毎日足を観察しましょう。ひび割れ、亀裂、外傷、水疱はないですか。
- ② 毎日足を洗い、よく乾燥させましょう。指と指の間は特に丁寧に。
- ③ 裸足で歩いていませんか。靴は足に合っていますか。靴下は清潔ですか。
- ④ 爪切りは適切ですか。深爪しないように注意しましょう。目の不自由な方は家族やスタッフにお願いしましょう。
- ⑤ 水虫、巻き爪、魚の目（ウオノメ）や胼胝（タコ）の処置はスタッフと相談しましょう。
- ⑥ アンカや湯たんぽなどを直接皮膚に接触することは大変危険です。知らない間にやけどの原因になります。
- ⑦ タバコは血流を非常に悪くします。禁煙しましょう。

“足に注意を向けて”快適な透析ライフをおくりましょう。

## ■リンのコントロールが大事な理由■

Q.....

リンが高いので食事を注意されたり、炭酸カルシウムをしっかり飲むように指導されました。  
リンのコントロールが大切な理由を教えてください。

A.....

私たちの体の中では、リンの大部分はカルシウムと結びついて骨の中にあります。また、細胞内でのエネルギー代謝に関わったり、あるいは細胞膜の成分としても重要な働きをしています。

リンのほとんどはたんぱく質から摂取されています。通常の日本人の1日のリン摂取量は900~1,200mg程度で、そのうち600~800mgが尿中に、300~400mgが糞便中に排泄されます。

一方、1回の血液透析で除去されるリンの量は1,000mg程度です。このため、血液透析を受けておられる方の1週間のリンの排泄量は、 $1,000 \times 3$  (血液透析での除去) +  $(300 \sim 400) \times 7$  (糞便中に排泄) = 5,100~5,800mgとなります。

摂取するリンの量は、 $(900 \sim 1,200) \times 7 = 6,300 \sim 8,400$ mgですから、 $(6,300 \sim 8,400) - (5,100 \sim 5,800) = 500 \sim 3,300$ mgが1週間で体内に蓄積することになります。

リンが体内に蓄積すると、次のような問題が起こります。

### ① 異所性石灰化

先に述べたように、リンはカルシウムと結びつく性質があります。リンが体内に蓄積し「高リン血症」となり、リンとカルシウムの積が60~70以上になると、骨以外の場所でリンとカルシウムが結びついて、骨のように硬い石灰化を起こします。

これを「異所性石灰化」と言います。関節周囲に起こると関節の痛み、皮膚に起こると頑固な痒みなどの症状が現れます。

そればかりではなく、脳血管に起こると脳梗塞、冠動脈に起こると心筋梗塞など、生命に関わるような重篤な合併症を起こす可能性が高くなります。

### ② 二次性副甲状腺機能亢進症

高リン血症になると副甲状腺ホルモンの分泌が増加し、副甲状腺自体も少しずつ腫大していきます(副甲状腺機能亢進症)。副甲状腺ホルモンには骨を吸収する作用があります。そのため骨が脆くなったり、血液のリンやカルシウムが増加し異所性石灰化が起こりやすくなります。

このような理由で、高リン血症にならないように、食事から摂取するリンの量を減らすとともに、炭酸カルシウムなどの薬により腸管から吸収されるリンの量を減らすことが大切なのです。

## ■体重管理■

Q……

私は、慢性腎炎による慢性腎不全で血液透析を始めたばかりです。

血圧のコントロールはよいと言われていますが、看護師さんに透析間の体重増加が多いことをよく注意されます。

どうして体重増加は危険なのですか？

また、体重増加を防ぐにはどのようにしたらよいのかを、教えて下さい。

A……

透析間の体重のコントロールは、透析患者さんの合併症を防ぐためにとても大切なことなので、医療従事者は常に十分なコントロールを要求しますが、患者さんにとって実際に実行することはかなりつらくて大変なことだと思います。

透析間に増加した水分は、透析を行うことで除去はできますが、過度の体重増加は心臓への負担が増加したり、高血圧になったりして、透析患者さんの死因として最も頻度の高い心不全の最大の危険因子になります。

全国の血液透析患者さんのデータから調べられた体重増加率と死亡のリスクを見ても、ドライウエイトからの体重増加率が6%を超えるくらいから死亡のリスクが急速に増加していきます。

そのため、透析間の体重増加（2日あきの場合でも）は、ドライウエイトの5%以内に抑えることが望ましいと考えられます。すなわち、ドライウエイト60kgの透析患者さんでは、透析間の体重増加は3kg以内にすべきです。

透析間の体重増加の多い患者さんは、「水分制限は頑張っているつもりなのに、知らないうちに体重が増加してしまう」とよくおっしゃるのですが、詳しく聞いてみると、塩分の制限はあまり行っていない場合が多いようです。

人間の体は、本来水分だけを制限しようとしても、塩分を制限しないと血液中の塩分濃度が上昇してしまい、どんなに我慢しようとしても出来ないくらいのどが渴き、塩分濃度が下がるまで無意識に飲水量がどんどん増加して、十分な水分制限はできなくなります。

つまり、塩分の摂取量が増加すればするほど体重が増加してしまうことになります。そのため、透析患者さんにとって、透析間の体重のコントロールを楽に行うには、塩分制限は絶対に必要なことになります。

一般的に、透析患者さんの1日の塩分摂取量は、6gくらいが理想的ですので、まずは塩分制限を行い、その上で水分制限をして透析間の体重のコントロールを行ってみて下さい。



# 患者さんへの 提言

19

## (1) 患者さんに考えていて もらいたいこと ——自分の命の行く末を自分で決める

札幌北クリニック 大平 整爾

### 個人の自立性の尊重

私たちが生きる現代社会は、「個人の自立性の尊厳」を保証し尊ぶことに基本があります。

これは、日本国憲法第13条に[個人の尊重]と題されて「すべて国民は、個人として尊重される。生命、自由及び幸福追求に対する国民の権利については、公共の福祉に反しない限り、立法その他の国政の上で、最大の尊重を必要とする」と記されていることが根拠なのです。個々人が自分の幸福・安寧を求めて、自らの意思で種々の事柄を決定してよいことになり、国はこれを全面的に尊重し、かつ、援助するというわけです。

難しそうに聞こえるかもしれませんが、よく考えると当然なこととも言えます。私たち一人一人が「自己決定権」を持っていると、言い換えることができます。ただ、「公共の福祉に反しない限り」という但書きがあることをお忘れなく。

この憲法第13条の精神は、むろん、医療の世界でも生

きています。病を得た人は医師を初めとする医療スタッフから十二分な説明を受けることを前提に、自らの治療の種類を選ぶことが望まれます。と申しても、医療に縁のなかった人が、自分に合った的確な選択がいつでもできるという保証はありません。迷い・恐れ・戸惑いなどのために、「お決めください」「この中から一つ選んで下さい」と言われても、決定しがたいこともありましょう。従って、医療の世界でも、基本的には患者さんが「自己決定権」を得なければならないわけです。

### 「真実」を告げる苦しみ

90年ほど前、結核性腹膜炎を患った石川啄木は、「そんなら<sup>いのち</sup>生命が欲しくないのかと、／医者に言はれて、／だまりし心！」と詠いました。啄木の主治医がどんな説明をしたのかはわかりかねますが、退院を望む啄木が脅されたのか、あるいは少なくとも啄木が脅されたと感じたような物言いだったのかもしれません。

この歌からは、悪しき父権主義的な雰囲気を感じて

しまします。医師の説明は優しく穏やかで暖かく、勇気づけるものでありたいと念じます。しかし、医療に限界はあるものであり、時に厳しくなることもあります。しかも、患者さん一人一人が固有・個別の物語を持っておられるのであり、患者さんとの対話は医療者にとって生易しいものではないと実感しています。

患者さんに関する全ての医療情報は、ご本人へ還元することを原則としますが、「真実」は時ならず残忍であり、これを唯々、悲観的にではなく告げる難しさと苦しみが医師にはあることを、ちょっぴりでもおわかりいただけたらと思います。

いずれにせよ、医療を専門とする私たちは、患者さんやご家族のお力になりたいと切望しており、治療上の種々の決定は、心の通い合った患者さん・ご家族と医療スタッフとの共同作業になるのだと考えています。

つまり、「共同の意思決定」なわけです。

人の生涯は生病老死といわれ、命には限りがあります。命尽きることなど考えたくもありませんが、辛くとも時に立ち止まって自らの命の行く末を考えておくことが、今の世の中では求められます。誰しも生きるに値する命を生きたいわけですね。

## 最終判断は他人任せにはできない

脳死、植物状態あるいは高度の痴呆状態、人工呼吸器や人工栄養に依存する命をどう考えますか。一人一人考えが違っていいのだと、思います。「周囲の状況を認識できる状態なら、1分1秒でも命を永らえたい」「治るなら頑張りたい」「不治の病で苦痛があまりに強ければ、延命治療はやめてもらいたい」「尊厳を持って死を迎えたい」「ほけたら親と思うな」など、患者さんと話し合ってみると様々な考えに遭遇いたします。ただ、重体で意思を表せない患者さんの場合、ご本人がどのように考え望んでいるかがわかりかねて、従って

どのように治療していけばよいのか、私たち医療スタッフも家族も困惑いたします。

終末期に陥った状態では、いたずらな延命手段は拒否するという人が、最近のいろいろなアンケート調査で高率を占めています。

そうは言っても、「延命の／手段こばむと言ひあへど／そのときの心／思い見難し」とある歌人が歌ったように、本当のところは誰にもわからないのだと思います。

自分の命は自分のものではあるけれども、自分をいとおしみ大切に思ってくれる家族や知り合いのことを考えると、自分の命は自分だけのものだとも言えないようです。それでも、私たち一人一人は、自らの命の尽きる時の最終判断を、他人任せにはできません。

## リビング・ウィルの精神

リビング・ウィルとか事前指示（書）といわれるものを、ご存知ですか。日本尊厳死協会は次のように説明しています。

———健やかに生きる権利  
安らかに死ぬ権利を  
自分自身で守るために———

英語で、生きているということをリビング、遺言書をウィルといいます。死んだのちに効力を発生するのではなく、生きている本人の、生きた遺言書という意味です。

【リビング・ウィルの要旨】

- 1) 私の傷病が、今の医学では治せない状態になり、死期が迫ってきたとき、いたずらに死期をひき延ばす措置は、いっさいおことわりします。
- 2) ただし、私の苦痛を和らげるための医療は、最

大限におねがいします。

3) 数カ月以上、私の意識が回復せず植物状態に陥って、回復の望みがないとき、いっさいの生命維持装置をやめてください。

以上、私の宣言に従ってくださったとき、全ての責任はこの私自身にあります。

不治かつ末期になったとき、無意味な延命措置を断り、安らかな自然な死を迎えたい(略)「尊厳ある死」を求める「自己決定権」の確立をめざしています。

(日本尊厳死協会「入会のご案内」より)

## 事前指示

事前指示(書)は少し意味合いが異なり、終末期の決定を最も信頼できる人に託することができます。しかし、その精神はリビング・ウィルと同じものです。

事前指示とは、患者さんあるいは健康な人が将来自らが判断能力を失った際に、自分に対して行われる医療行為に自らの意思で注文をつけることだといえます。これには、大きく分けて二つがあります。

- ① 医療行為について医療者側に自分の指示を予め与えておく(たとえば、終末期状態での積極的延命治療の中止)。
- ② 自らが判断できなくなった場合、代理決定者を予め委任しておく。

①の文書の形で示されたものが、先に述べたリビング・ウィルと一般に呼ばれるものです。②が狭い意味で「事前指示(書)」と言われています。自分の意向を代理してもらうわけですから、この人とは関連する事

柄をしっかりと話し合っ文書として残しておく必要があります。それを怠ると、「本人の意思をいかに確認するか」という難しい問題に直面するからです。

いかがでしょうか。自分にはとてもこのような事を予め決めておく勇氣はない、と思われませんか。そうですね。突然、言い出されても当惑の極みであろうと思います。

リビング・ウィルにせよ、事前指示にせよ、根本的な考えは自らを「大切にする」という精神にあります。本人の意思が不明であれば、医療スタッフと家族が本人の意思に思いを馳せて、その決定の代理とせざるを得ません。

この作業がとてつもなく大きな精神的苦痛をもたらすものであることを、私自身の長い臨床医生活で垣間見てまいりました。

「死して、神に召される／極楽に往生する」とお考えの方もいらっしゃるでしょうし、「死は無に帰すること」とお考えの方もおられましょう。いずれにせよ、残される者の心の内をも推量して、幽明境を異にするその瞬間を自分の納得できるものにしたいものです。

このように書き記してきた私自身にとっても、死をどのように迎えるかの決断は、一大事業なのです。

生命倫理を専門としておられる早稲田大学の木村利人先生がお書きになった著作『自分のいのちは自分で決める』(集英社)は、この重い命題を平易に解説しており、ご一読をお勧めしたいと思います。

## 尊厳ある命の終焉

「神様や仏様がひとの命をお作りになったのなら、どうしてひとはかくも苦しく不安な瞬間を持たなければならないのか」と率直に思いを述べる患者さんがおられました。

私には、残念ながら答えようがありませんでした。



命は他動的に得たものですが、その命を私たちは自動的に生きてまいりました。

そして、普段はあまり意識しないことが多いのですが、私たちは「ひとが、限りある命を生きている」ことを知っています。

その平素無意識下にある思いを、一歩進めて考える勇気が必要なのでしょう。

臨死体験が最近よく言われますが、しかし、「死」は原則的に体験できるものではなく、従って他人から教われないし、他人に伝えることも適いません。やはり、自らの命の行く末は自らのこととして、自分で決定することが肝要に思われます。自分のためであり、自分を愛でてくれる人への最後の愛だと信じます。

死を迎える期間、いわゆる死線期に心身を襲う症状は千差万別であり、それを全て予想して希望を出しておくことは、不可能に近いでしょう。治療を中止してほしい基本的な心身の状態を自ら定め、それを具体化する諸手段は、信頼でき、自分の気持ちを十分に熟知してくれている代理人に委ねるのが、現実的な対処法でありましょう。

かくすると、先にも書きましたように、日頃私たちが敬遠しがちな「生と死」を、親しい人々や医療スタッフと話し合う機運を持つことが肝要だと考えます。

ひとは誰でも出来得る限り苦痛や苦悩を少なくして尊厳を保ちつつ命の終焉を迎えたい、と考えましょう。命の行く末を自ら考え置くのはこのためだと言えます。

---

## CPR（心肺蘇生）に対する日米の考え方の違い

最後に、日米の透析患者さんの心肺蘇生に対する考え方の相違を表した二つの論文をご紹介します。いずれも2001年のアメリカの腎臓病雑誌に掲載されたものです。

生死に関わる重症な病態で心臓や肺の機能が停止した場合に心臓マッサージや人工呼吸が行われることをCPR（心肺蘇生）と言いますが、基盤に心筋梗塞や脳出血などの重い病気があるために極めて憂慮すべき状態です。心肺機能の回復率は低く、機能が仮に再開されても重大な合併症を残しがちなのです。

さて、その一つは、東京慈恵会医科大学の三浦医師が450名の透析患者さんを対象に調査しています。医師とCPRについて話し合った患者さんが5%、家族と話し合いを持った患者さんは29%でした。重篤な病態に陥った場合を想定した話し合いが、ほとんどなされていないことが伺えます。患者さんが現在の健康状態のもとでCPRを望む率は42%であり、これはつまり58%という過半数の患者さんがCPRを望まずに死を甘受するということを意味しましょう。

以下、痴呆・末期癌状態でのCPR希望率が18%、痴呆状態での透析の継続希望率が18%、末期癌状態での透析の継続希望率が45%などが報告されています。

痴呆状態になった場合には、82%の患者さんが透析の継続を望まないという事実は印象的に思えますが、こうした患者さんの希望が現在の担当医に伝わっているか否かが問題でしょう。

三浦医師の論文発表の直後に、ニューヨーク州・ウェストヴァージニア州の透析患者さん467名を対象にしたモス医師の論文が発表されました。透析施行中のCPR希望率が87%と高率であることに驚かされます。

アメリカでCPRを望まない13%の患者さんは、高齢者、重症の合併症を持つ人、未亡人、施設入所者などでした。興味深く感じたのは、モス先生がテレビの救急室（ER）ドラマを視聴したことによる影響が大きいと論述している点です。テレビでは心肺停止患者が劇的に蘇る場面がよく出てきますね。

モス先生は、従って非現実的な希望をCPRに持ってしまうことを懸念しています。

わが国の透析患者さんの58%が現在の健康状態ならばCPRを望まないと知ると、この高率の人々が現在の健康度に不満を抱いていると（医療者としては残念ですが）理解できますし、命の流れを「無理な治療を望まず、自然に委ねたい」とした淡泊な生命観に基づくのかもしれません。

透析継続を中止して死を選択する患者さんがアメリカやカナダでは死亡者の約20%にも及ぶのに対して、日本ではこの比率が1～2%に止まっています。日本では、CPRを望む人が少なく、自然な命の流れに身を委ねているように思えますが、中止率の低さからは、終末期に臨んでは思い切った決断を下すことが出来ないという状況が浮き彫りになると思うのです。

自らの命に自らが決着をつける・命の行く末を自ら決断する勇気を、私たち日本人が欠いているのかもしれない。

### “浮き身”になって今を生きる

評判になったレオ・バスカーリアの『葉っぱのフレディー—いのちの旅—』（童話屋）に、こんな一節があります。

冬が終わると春が来て 雪はとけ水になり 枯れ

葉のフレディは その水にまじり 土に溶けこんで 木を育てる力になるのです。

“いのち”は土や根や木の中の 目には見えないところで 新しい葉っぱを生み出そうと 準備をしています。大自然の設計図は 寸分の狂いもなく “いのち”を変化させつづけているのです。

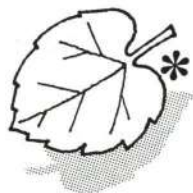
（みらい なな訳）

命絶えるその瞬間に穏やかな心を持ち、自然の摂理に従いたいという素朴な願い。

日本人にもよく理解できるのは、バスカーリアの示した考えが仏教の教える輪廻転生の生命観に著しく類似しているからなのでしょう。

生と死、私たちも医療人として一個の人間として考えなければならない大切な命題ではありますが、何よりも皆様にもお考えいただきたいと存じます。この心の作業は「何とかして死を受け入れようとか、生を充実させようとか、後顧の憂いをなくそうと頑張ったり、力むことではない。力みを止め、“浮き身”になって、ただ“今を生きる”ことだ」と『正法眼蔵』を現した道元は述べました。

“浮き身”とは、大きな存在に身を委ねるという意味のようです。ひとの命・生死には、自力と他力が絶妙に絡み合っているように思えるのです。



## (2) お弁当と透析時間

大阪府立病院腎臓内科 椿原 美治

### はじめに

「お弁当と透析時間」？ 何の話？ と感じる患者さんが多いと思います。透析を始めたばかりの患者さんの場合は仕方ないとしても、長期に透析を受けている患者さんの場合、これを知らなければ“透析を受ける資格がない”と言われても過言ではない程、勉強不足です。

平成14年4月1日から、外来通院している患者さんには無料で提供されていた昼食代が有料となりました。これまでの昼食は病院やクリニックのサービスではなくて、代金が保険で認められていたのです。この制度が撤廃されて、患者さんの負担となったわけです。従って病院やクリニックも無料で昼食を出す余裕はありませんから、患者さんから実費を請求する事になりました。

ちなみに、社団法人全国腎臓病協議会（全腎協）が加盟施設患者会に対して行ったアンケート結果では、81.7%が患者さんの負担となり、従来通り負担なしの施設は5.3%に過ぎません。

普通に病院や診療所に通院されている外来患者さんは、いくら待たされて昼を過ぎても無料で昼食は出ないのに、透析患者さんだけ特別扱い出来ない、というのが厚生労働省の言い分です。

これには私も“やむを得ないな”と思いました。しかし、今まで無料で昼食を食べていた患者さんにとっては“オオゴト”です。ただし、先ほどの調査結果からもわかるように、今でも無料で昼食を提供している“太っ腹”な施設もあります。

一方、同じ日からいかなる考え方によるのか、厚生労働省によって、大きな変革が始まったのです。今までは透析時間によって保険料が違っていて、4時間以上の方が、さらに5時間以上の方が、当然人件費や透



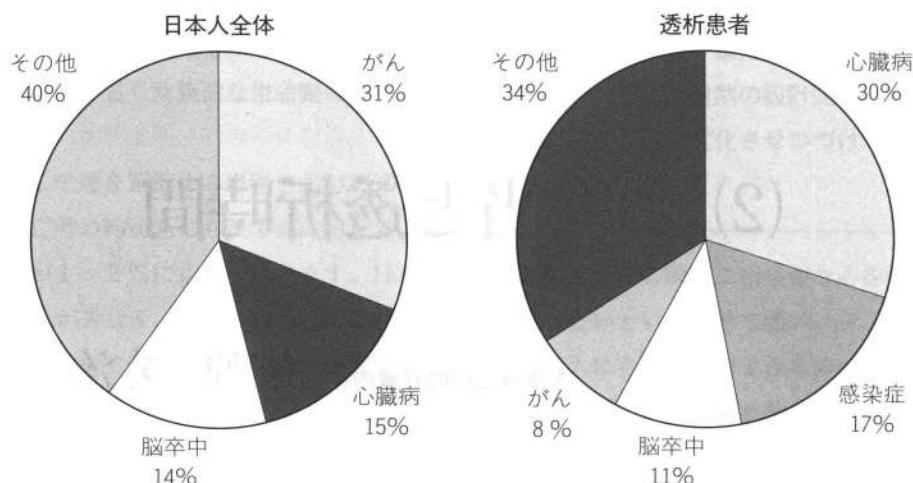


図1 透析患者さんと一般の人の死因の比較

一般の方の死因はガンが多いが、透析患者さんでは心・血管合併症や抵抗力の低下に伴う感染症が多い。

析液の費用などが高つくため、病院やクリニックの収入は経費に見合ってその分、多かったのです。しかしこれが、何時間透析しても収入は同じになったのです（透析時間の包括化）。

例えば、私の好きなマッサージでも、時間によって料金は異なるのは当然ですが、何時間やっていただいても同じ料金になった訳です。あなたがマッサージ師ならどうしますか？

料金は同じでも患者さんのために長い時間やります、料金が同じなら出来るだけ短時間で出来る方法を考えます、というように、いろいろな取り組みの施設が現れる可能性があります。

## 1 透析時間の持つ意味

透析患者さんの死因や生命予後(年間死亡率)を知っ

ていますか？

(図1)のように、日本人全体では「がん」が死因のトップです。しかし透析患者さんでは圧倒的に心臓病が多く、肺炎などの感染症、脳卒中の順です。このように違うのはなぜでしょうか？

新たに透析を始める患者さんは年間3.3万人に達しており(図2)、平均年齢は64.2歳、100歳以上でも透析を始める程高齢化しています。

また原疾患でも、30年前はほとんど慢性糸球体腎炎の若い患者さんだったのが、比較的高齢で合併症の多い糖尿病性腎不全患者さんがトップとなり(図3)、透析室の様相も一変していることは長く透析を続けられている患者さんなら感じているでしょう。

このような患者さんの多くは、透析を始める前から心臓病などの合併症を持っている事も多いのですが、透析を始めると様々な要素が加わって加速する事が知

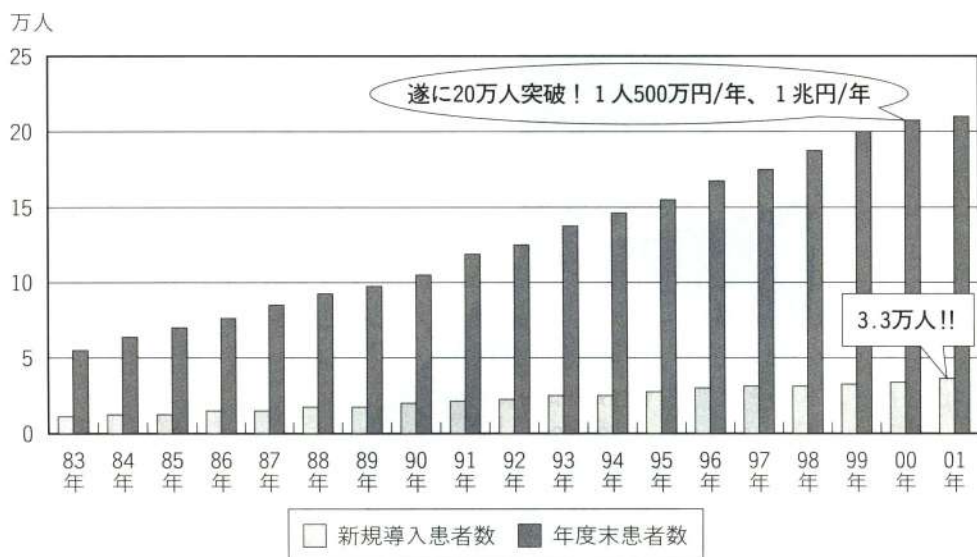


図2 新規透析導入患者数と慢性維持透析患者数の推移

られています。

一方、このように透析を行う事が難しい患者さんが増えているにもかかわらず、徐々に進められてきた透析医療費の削減に伴って、人件費を削減するために1人当たりの看護師が看なければならない患者さんの数は(図4)のようにどんどん増加しています。もちろん機械が発達して手の省ける作業も増えているのですが、それ以上に重症の患者さんが増加しており、十分に手が回らないのが実情となってきました。

さて、透析患者さんの生命予後(年間死亡率)を国際的に比較しますと、患者さんの背景(原疾患、年齢など)は多少異なりますが、最も先進国と評価されているアメリカが約23%と最も悪く、実に1年間に約4人に1人の割合で死亡する計算です。ヨーロッパでも17%、我が国では約9%と最も良い成績です。

この最大の要因は、透析時間と考えられています。

アメリカの平均透析時間が最も短いのです。逆に最も生命予後の良いフランスのある病院では、今でも1回8時間透析を行っています。

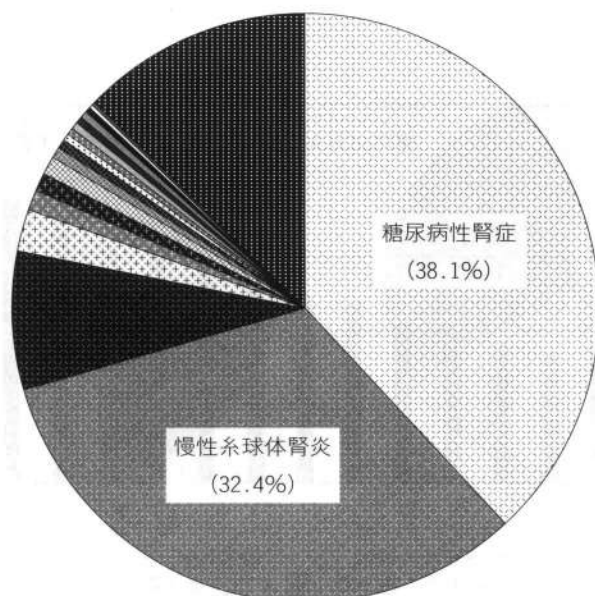
我が国のデータでも透析時間と1年生存率との関係を見ますと、(図5)のように透析時間が長い程、生命予後は良い事がわかっています。ではなぜ、先進国・アメリカの透析時間が短いのでしょうか？

答えは簡単で、アメリカの普通の保険では、何時間透析しても収入が同じで、透析時間を短くした方が儲かるからです。

我が国の保険医療費の改定も、アメリカと同じ方式に変わったわけです。

## 2 なぜ透析時間は長い方が良いのか？

(図6)に示すように、透析ではダイアライザーに血



- 糖尿病性腎症 慢性糸球体腎炎 腎硬化症  
 嚢胞腎 慢性腎盂腎炎 急速進行性腎炎  
 SLE 悪性高血圧 アミロイドーシス  
 分類不明の腎炎 痛風腎 腎・尿路悪性腫瘍  
 閉塞性尿路疾患 骨髄腫 妊娠中毒 結石  
 腎形成不全 その他

図3 透析導入原疾患の種類と割合

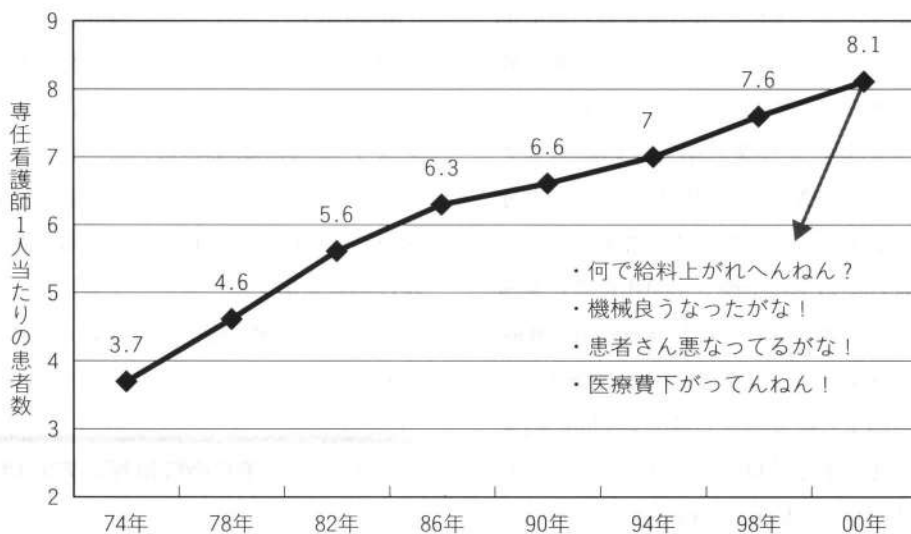
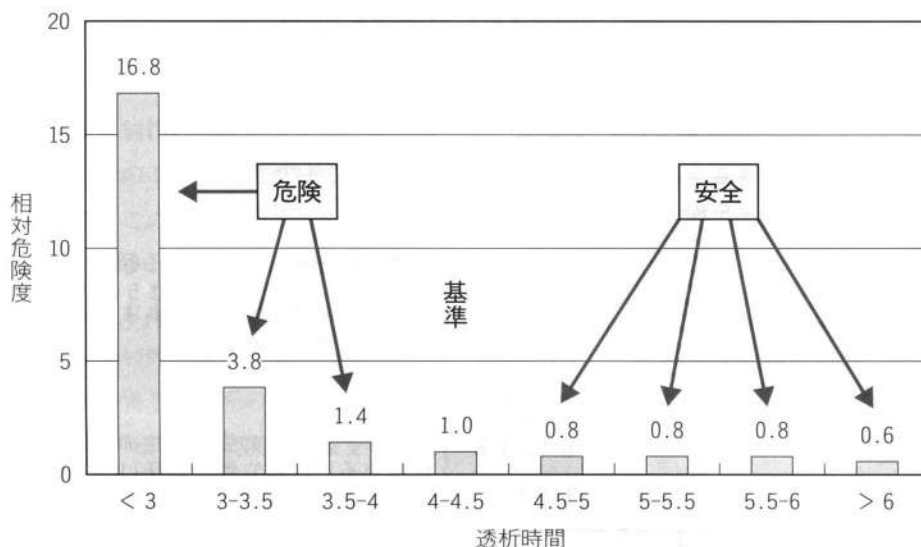


図4 透析専任看護師1人当たりの患者数の推移

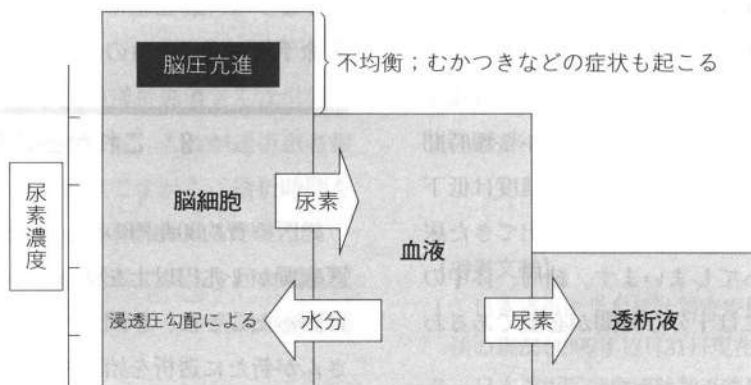




※99年度 わが国の慢性透析療法の現況：日本透析医学会

図5 透析時間と1年生存の相対危険度

4～4.5時間の透析患者さんの生存率を基準とすると、これ以上透析を受けておられる患者さんの死亡のリスクは有意に低いのですが、透析時間が短いと著明に死亡のリスクが高いことがわかります。



透析時間の重要性!!

図6 短時間透析はなぜいけないのか？

透析時間が短いと血液中の尿素などの毒素は除去されても、細胞内の毒素は急には抜けません。従って体中に貯まった毒素を除去するためには十分な透析時間が必要です。

表1 4時間透析と5時間透析の比較

あなたはどちらの時間を選びますか？

|        | 4時間透析    | 5時間透析    | (症状の発症頻度(%))                                                         |
|--------|----------|----------|----------------------------------------------------------------------|
| 頭痛     | 5.8±2.2  | 16.6±4.3 | 患者さんが透析中に感じる頭痛、嘔気、寒気、背部痛、かゆみ、などは5時間透析の方が多いのですが、いずれも軽度で、透析終了と共に消失します。 |
| 嘔気     | 0.4±0.4  | 4.8±2.4  |                                                                      |
| 寒気     | 2.1±1.0  | 6.8±2.5  |                                                                      |
| 背部痛    | 3.5±2.7  | 9.7±3.5  |                                                                      |
| かゆみ    | 19.9±5.5 | 28.7±6.3 |                                                                      |
| 透析中低血圧 | 8.9±2.3  | 5.0±1.8  | しかし、帰宅後の生活や生命に関わる透析中あるいは起立性低血圧は、5時間透析の方がはるかに少ないことが判ります。              |
| 起立性低血圧 | 11.7±3.1 | 5.9±2.5  |                                                                      |

※Brunet P: NDT, 11 (Suppl 8): 46-51, 1996

液が流れ込み、血液中のクレアチニンや尿素などの毒素が除去され、血液の濃度が低下します。従って透析時間が短くても、血液をたくさん流し、大きなダイアライザーを使えば、血液の濃度は効率よく低下します。

しかし、血液の量は体重の約1/13にしか過ぎず、いくら血液の濃度が低下したとしても、体中の毒素を短時間に除去するには限界があります。だから短時間の透析では、終了直後の血液の尿素などの濃度は低下していますが、すぐに血管の外からにじみ出てきた尿素によって濃度が上がってしまいます。結局、体中の毒素を十分に除去するには十分な時間が必要であるわけです。

しかし、透析患者さんの中には透析時間が短い方が楽、と言う方がおられます。

(表1)は海外の論文から引用したのですが、4時間透析より5時間透析の方が、頭痛やむかつきなどの自覚症状の訴えが多いのです。しかし、実際に透析中に血圧の下がった割合や、透析後の起立性低血圧の割

合は低いのです。

すなわち、透析時間が長いとどうしてもいろいろ訴えは出てくるが、実際に透析中や透析終了後の血圧の低下は少なく、自宅に帰ってからの生活は楽で、生命予後が良くなるのも当然です。

### 3 これからの透析は！

総医療費約30兆円の内、約22万人の透析患者さんの医療費が1兆円以上を使っています(図2既出)。さらに困ったことに、年間3万人以上の慢性腎不全の患者さんが新たに透析を始められ、死亡される患者さんを引いても透析患者数は、年間1万数千人以上増加し続けています。

一方、周知のごとく昨今の不景気で税収が伸びず、他の病気の患者さんも増加していることから、厚生労働省も何とか透析患者さんの数を減らす努力を積極的に始めています。

もちろん透析に入る患者数を減らすしか手はないのですが、なかなかうまく行かず、当面手の打ちようのない状態です。

(図3 既出)に示したように、新たに透析を始める患者さんの原疾患では糖尿病性腎不全がトップ、慢性糸球体腎炎が第2位で、この二つの病気だけで70.5%を占めています。従って、この二つの病気を少なくすれば、透析患者数は当然減少しますが、いずれも初期には症状がないため放置されがちで、気がついたら手遅れ、という患者さんが多いのが実情です。

特にトップの糖尿病性腎不全の元の糖尿病患者数は700万人とも推定されていますが、実際に治療を受けているのは200万人程度とされています。仮に残りの500万人の内、1%が糖尿病性腎不全となったとすれば、糖尿病性腎不全だけで年間5万人の患者さんが増加する計算になります。不景氣に加えて、医療費の自己負担が増えれば、糖尿病の治療を受ける患者さんはさらに減少することも懸念されています。

このような状況で、透析患者数を減らすには、現在透析を受けておられる患者さんの数を減らすしかありません。

先に述べたように、我が国の透析患者さんは世界で最も長生きです。しかし皮肉にも、これが透析患者数を増加させる要因でもあるわけですから、透析時間を世界並みに短縮すれば、透析患者数は減る？

何ともはや考えたくない話ですが、今回の透析医療の診療報酬改定の裏には、このような意図が見え隠れするわけです。

今、日本の透析施設では、いかに透析時間を短縮せずに収益を確保するかを考えているところが多いのが実情です。安易に透析時間を短縮して目先の利益を確

保しても、透析患者さんの寿命が短縮すれば、長期的には患者さんが減少して倒産する施設も出てくるかも知れません。

逆に、他の方法で経営努力をして、良い透析を提供すれば、患者さんも長生きができ、評判を聞いた患者さんも集まってくるというように、繁盛する施設と二分化してくる気がしています。さて、あなたはどのような選択をしますか？

---

## おわりに

このような事を聞いて、ショックを受けた患者さんも多いと思いますが、これが実態です。

このような状況をどのように打開し、乗り越えていくか、患者さんはもちろん、今後透析に入るかも知れない国民全体が真剣に考える時期に来ていると思われるます。

不要な道路工事に巨額をつぎ込むよりも、老後を安心して生活できるような保障があれば、無意味な貯蓄をすることなくお金を使うことが出来、景気も良くなる。リストラに遭って職を失った方に医療や福祉業務へ転向していただくなど、根本的に政治のあり方を考える岐路に立っているような気がします。

### 【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(1999年12月31日現在)」, 日本透析医学会, 2000
2. 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(2000年12月31日現在)」, 日本透析医学会, 2001
3. 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(2001年12月31日現在)」, 日本透析医学会, 2002



# 財団法人 日本腎臓財団のページ

## 1. 設立30周年を迎えました

昭和47年に設立された財団法人 日本腎臓財団(旧財団法人 腎研究会)は、平成14年9月1日をもって設立30周年を迎えました。

これも一重に事業運営に関わる各種委員会や雑誌発行、透析の研修会でご指導をいただく諸先生方、財政的に支えて下さる賛助会員や各業界の方々、そしてご意見をいただく多くの腎不全患者さんの御尽力・御支援・御協力の賜と厚く御礼申し上げます。

9月7日には銀行倶楽部にて148名のご参加をい

ただき記念式典を開催し、すぐれた研究をされている若手研究者8名へ「記念助成」の授与と研究発表、また「永年功労の表彰」を行いました。さらに、この30年間の記録を『30年のあゆみ』として発行しました。

この大きな節目を機に、さらに事業の順調な発展を期して一同努力致す所存でございますので、今後ともよろしくお願い申し上げます。

## 2. ご寄付をいただきました

神奈川県 第53回日本気管食道科学会・学術講演会 会長 東海大学 幕内 博康 様

静岡県 上部 亜希彦 様

神奈川県 横須賀クリニック  
日の出町分院御一同 様

大阪府 園田 孝夫 様

千葉県 松崎 京一 様

東京都 本田 眞美 様

ご厚志を体し、わが国の腎臓学の発展と腎不全患者さんに対する福祉増進のために有意義に使わせていただきます。

### 3. 平成14年度透析療法従事職員研修会が開かれました

平成14年7月26日、27日の両日、大宮ソニックシティにおいて集中講義が開かれ、1,315名の方々が熱心に聴講されました。この研修会は透析療法に携わる医師・看護師・臨床工学技士・臨床検査技師・衛生検査技師・栄養士・薬剤師を対象として、専門技術者の確保と技術の向上を目指し、昭和47年から実施されているものです。

受講後、全国175の実習指定施設において、12月末までの間に、医師は35時間、その他の職種は70～140時間の実習が行われます。



#### ●研修内容（講義内容・講師）

##### 第1日目 総論（対象職種：医師・看護師・臨床工学技士・臨床検査技師・衛生検査技師・栄養士・薬剤師）

|                             |                             |
|-----------------------------|-----------------------------|
| 開講挨拶                        | 稲生綱政（財団法人日本腎臓財団理事長）         |
| 本研修会のねらい                    | 浅野 泰（自治医科大学腎臓内科）            |
| 厚生労働省挨拶                     | 厚生労働省健康局疾病対策課               |
| 血液透析の理論：事故と対策               | 椿原美治（大阪府立病院腎臓内科）            |
| 腹膜透析の理論と合併症の対策              | 齋藤 明（東海大学医学部附属病院腎不全病態科学講座）  |
| 透析合併症（Ⅰ）循環器・貧血・消化管・悪性腫瘍     | 草野英二（自治医科大学腎臓内科）            |
| 透析合併症（Ⅱ）カルシウム・リン代謝・骨・アミロイド  | 秋澤忠男（和歌山県立医科大学附属病院血液浄化センター） |
| 透析合併症（Ⅲ）感染症（ウイルス肝炎を含む）・薬物代謝 | 秋葉 隆（東京女子医科大学腎センター血液浄化部門）   |
| 小児における腎不全治療                 | 本田雅敬（都立清瀬小児病院腎内科）           |
| 高齢者の透析                      | 藤見 惺（福岡腎臓内科クリニック）           |
| 腎移植                         | 高橋公太（新潟大学大学院泌尿器病態学分野）       |
| 糖尿病性腎症患者の透析                 | 佐中 孜（東京女子医科大学附属第二病院内科）      |

##### 第2日目 総論（対象職種：医師・看護師・臨床工学技士・臨床検査技師・衛生検査技師・栄養士・薬剤師）

|                          |                    |
|--------------------------|--------------------|
| 透析室の管理（リスクマネジメントを含む）     | 竹澤真吾（鈴鹿医療科学大学医工学部） |
| ブラッドアクセス                 | 大平整爾（札幌北クリニック）     |
| 透析患者の栄養管理                | 鈴木好夫（大妻女子大学家政学部）   |
| 透析患者の精神的合併症（向精神薬の使い方を含む） | 春木繁一（松江青葉クリニック）    |

##### 各論（対象職種：医師）

|               |                         |
|---------------|-------------------------|
| 透析液           | 山田 明（杏林大学第一内科）          |
| 透析効率とリスクファクター | 堅村信介（三重大学医学部第一内科）       |
| 急性腎不全         | 中山昌明（東京慈恵会医科大学腎臓・高血圧内科） |

##### 各論（対象職種：看護師・栄養士・薬剤師）

|         |                           |
|---------|---------------------------|
| 透析看護概論  | 前田ヨネ子（田園腎クリニック）           |
| 患者指導    | 大橋信子（東京女子医科大学附属日本心臓血圧研究所） |
| 腹膜透析の看護 | 八尋恵子（福岡赤十字病院腎センター）        |

##### 各論（対象職種：臨床工学技士・臨床検査技師・衛生検査技師）

|              |                               |
|--------------|-------------------------------|
| 透析液管理の実際     | 金子岩和（東京女子医科大学腎センター血液浄化部門）     |
| 透析効率評価の理論と実際 | 中井 滋（名古屋大学医学部附属病院在宅管理医療部）     |
| 検査成績の見方      | 重松 隆（東京慈恵会医科大学附属青戸病院腎臓・高血圧内科） |

## 4. 平成14年度(財)日本腎臓財団各賞が決まりました

平成14年度の日本腎臓財団各賞が、高橋公太選考委員長の下、厳正な審議の結果、次の先生方に決定しました。

### 日本腎臓財団賞

#### ●信楽園病院顧問 平澤 由平 先生

わが国の腎臓学の進歩、専門家の育成、患者さんの社会福祉増進に対する貢献

### 学術賞

#### ●新潟大学大学院医歯学総合研究科内部環境医学講座教授 下条 文武 先生

透析患者に合併するアミロイド症の病因解明ならびに治療開発に関する研究

#### ●東京医科歯科大学大学院体内環境調節学教授 佐々木 成 先生

腎臓膜輸送体異常症の研究

## 5. 第4回臓器移植推進全国大会に協力しました

長崎県ブリックホール国際会議場にて、平成14年10月19日、第4回臓器移植推進全国大会が開かれ、臓器移植を正しく理解していただき、善意に基づく臓器移植推進のために当財団も主催として大会に協力しました。

臓器不全対策推進に貢献された方々への厚生労働大臣感謝状贈呈の後、長崎県版臓器提供意思表示

カード回収募集に関する最優秀賞の表彰、そして相馬 尋さんから「妻との約束」と題して臓器提供を経験されたご家族のご講演、また献腎移植を受けた宮川 幸次さんから「夢がかなって」のご講演をいただきました。

その後、ボーカルグループ「スムースエース」による楽しいアトラクションが繰り広げられました。

## 6. 日本腎臓財団よりのお知らせ

○『腎不全を生きる』では「患者さんからの質問箱」のコーナーを設けています。

透析・移植・薬・栄養・運動のことなど、お尋ねになりたいことを郵便・FAXにてご質問下さい。なお、ご返事は誌上のみとさせていただきます。

○『腎不全を生きる』は、賛助会員として当財団の事業にご支援いただいている方々に対し、何か役立つものを提供させていただこうという思いから始まった雑誌です。後掲の賛助会員名簿に掲載されている施設で透析を受けている方は、本誌を施設にてお受け取り下さい。スタッフの方は、ご不明の点が

ございましたら、当財団までご連絡をお願い致します。

なお、賛助会員でない施設で透析を受けている方が本誌をご希望の場合にもお送り致します。その節は、巻末のハガキやお手紙、FAXにてご連絡下さい。誠に恐縮ですが、郵送料はご負担いただいております。毎年12月から1月頃、年1回の発行予定です。

【送付先】〒112-0004

東京都文京区後楽2-1-11 飯田橋デルタビル2階  
財団法人 日本腎臓財団 「腎不全を生きる」編集部  
TEL. 03-3815-2989 FAX. 03-3815-4988



●編集同人（順不同）

阿部 裕 大阪労災病院名誉院長  
秋山 暢夫 沼津市立病院院長  
天本 太平 天本泌尿器科医院院長  
荒川 正昭 新潟大学名誉教授  
渥美 和彦 日本代替・相補・伝統医療連  
合会議  
千野 一郎 調布病院泌尿器科  
土肥 雪彦 県立広島病院院長  
藤見 惺 福岡腎臓内科クリニック院長  
藤島 正敏 九州大学医学部名誉教授  
藤田 嘉一 住吉川病院顧問  
橋本 勇 京都中央看護専門学校校長  
波多野道信 日本大学名誉教授  
平澤 由平 信楽園病院顧問  
堀田 覺 堀田循環器内科院長  
稻生 綱政 東和病院名誉院長  
石田 初一 石田病院理事長  
石川 浩一 関東労災病院名誉院長  
梶原 長雄 日本大学顧問

金田 浩 かもめクリニック理事長  
加藤 暎一 NHK 健康管理センター顧問  
加藤 篤二 川崎医科大学学長  
勝村 達喜 偕行会セントラルクリニック  
川原 弘久 理事長  
小林 快三 名古屋大学名誉教授  
小出 桂三 社会保険都南総合病院名誉院長  
今 忠正 札幌北クリニック理事長  
小柴 健 埼玉県中央病院総院長  
越川 昭三 昭和大学藤が丘病院内科  
越野 正行 腎研クリニック院長  
前田 憲志 大幸医工学研究所  
前田 貞亮 前田記念腎研究所理事長  
前川 正信 大阪市立大学名誉教授  
三村 信英 虎の門病院顧問  
宮原 正 東京慈恵会医科大学名誉教授  
丹羽 豊郎 西美濃さくら苑施設長  
新島 端夫 せんば東京高輪病院名誉院長  
小高 通夫 千葉血液浄化医療研究会

尾前 照雄 国立循環器病センター名誉総長  
大野 丞二 順天堂大学名誉教授  
大澤 炯 琉球大学名誉教授  
太田 和夫 太田医学研究所所長  
齋藤 寛 長崎大学医学部衛生学教室  
齊藤 薫 鈴鹿回生総合病院顧問  
笹岡 拓雄 横須賀クリニック会長  
澤西 謙次 西京都病院顧問  
関野 宏 宏人会中央クリニック理事長  
柴田 昌雄 愛知学院大学情報社会政策学部  
園田 孝夫 大阪大学名誉教授  
高橋 長雄 札幌医科大学名誉教授  
高橋 進 日本大学大学院グローバル・  
ビジネス研究科  
上田 泰 東京慈恵会医科大学名誉教授  
山形 陽 山吉クリニック院長  
山吉 亘 山吉クリニック院長  
山本 實 国立佐倉病院名誉院長  
横山 健郎 国立佐倉病院名誉院長

## 財団法人 日本腎臓財団に対するご寄付と賛助会員の募集について

当財団は昭和47年に設立されました。公益的な立場で広く世論に訴え、各界の協力を仰ぎ「腎に関する研究を助成し、腎疾患患者さんの治療の普及を図り、社会復帰の施策を振興し、もって国民の健康に寄与する」という目的を達成するために、主に次の事業を行っています。

1. 研究機関・研究グループに対する研究助成ならびに学会助成、患者さんの諸団体に対する活動助成
2. 透析療法従事職員研修（厚生労働省補助事業）
3. 臓器移植推進月間活動に対する協力
4. 雑誌「腎臓」（医療スタッフ向け）の発行
5. 雑誌「腎不全を生きる」（患者さん向け）の発行
6. 腎臓学の発展・患者さんの福祉増進に貢献された方に対する褒賞

以上の活動は、大勢の方々のご寄付、また賛助会員の皆様の会費により運営されています。

### 税法上の優遇処置

当財団は特定公益増進法人の認可を受けておりますので、当財団への寄付金・賛助会費に対しては税法上の優遇処置が適用されます。

ご寄付・賛助会員に関するお問い合わせは、下記までお願い申し上げます。

財団法人 日本腎臓財団 TEL 03-3815-2989 FAX 03-3815-4988

## 財団法人 日本腎臓財団 賛助会員名簿（平成14年11月30日現在）一順不同一

当財団の事業にご賛同いただき、ご支援をいただいている会員の方々です。

なお、本名簿に掲載されている施設で透析を受けておられる方は、必ず本誌『腎不全を生きる』を施

設にて受け取ることができますので、スタッフの方にお尋ね下さい。

また、施設のスタッフの方は、ご不明な点がございましたら当財団までご連絡をお願い致します。

### 医 療 施 設

#### 北 海 道

医療法人社団 信和会 石川泌尿器科

医療法人 クリニック1・9・8札幌

医療法人 北海道循環器病院

いのけ医院

医療法人社団 恵水会

田島クリニック

医療法人社団 札幌東クリニック

医療法人社団 恵水会

札幌北クリニック

医療法人 仁友会 石田病院

医療法人社団 腎友会

岩見沢クリニック

釧路泌尿器科クリニック

医療法人 北農会 恵み野病院

医療法人 溪和会 江別病院

沢山クリニック

医療法人 うのクリニック

はまなす外科医院

財団法人 北海道医療団

帯広第一病院

腎友会 滝川クリニック

千秋医院

医療法人社団 養生館

苫小牧日翔病院

町立中標津病院

医療法人社団 耕仁会 曾我病院

#### 青 森 県

一部事務組合下北医療センター

むつ総合病院

医療法人 高人会

関口内科クリニック

財団法人 鷹揚郷

#### 岩 手 県

医療法人 清和会

岩手クリニック水沢

医療法人社団 恵仁会 三愛病院

医療法人 勝久会 地ノ森クリニック

#### 宮 城 県

医療法人 宏人会 中央クリニック

山本外科内科医院

医療法人社団 みやぎ清耀会

緑の里クリニック

医療法人 永仁会 永仁会病院

多賀城腎泌尿器クリニック

#### 山 形 県

医療法人 健友会 本間病院

医療法人 長清会 長岡医院

財団法人 三友堂病院

#### 福 島 県

さとう内科医院

社団医療法人 養生会 かしま病院

医療法人社団 ときわ会

いわき泌尿器科

財団法人 竹田綜合病院

徒之町クリニック

医療法人 西会 西病院

#### 茨 城 県

住吉クリニック病院

医療法人財団 古宿会

水戸中央クリニック

医療法人財団 古宿会 水戸中央病院

財団法人 筑波麗仁会 筑波学園病院

医療法人社団 善仁会 小山病院

医療法人 正友会 島医院

医療法人社団 豊済会

ときわクリニック

茨城県厚生農業協同組合連合会

総合病院取手協同病院

医療法人 つくばセントラル病院

#### 栃 木 県

医療法人 開生会 奥田クリニック

医療法人社団 慶生会 目黒医院

医療法人 桃李会 御殿山クリニック

医療法人 明倫会 今市病院

医療法人 馬場医院

日本赤十字社 芳賀赤十字病院

医療法人 太陽会 足利第一病院

足利赤十字病院

医療法人社団 廣和会

両毛クリニック

医療法人社団 一水会 橋本医院

栃木県厚生農業協同組合連合会

下都賀総合病院

医療法人 恵生会 黒須病院

## 群馬県

西片貝クリニック

医療法人 橋桃会

野原胃腸科外科医院

医療法人 望真会 古作クリニック

医療法人 田口会 新橋病院

医療法人社団 美心会 黒沢病院

医療法人社団 日高会 日高病院

有馬クリニック

医療法人社団 ほたか会

ほたか医科歯科クリニック

田口医院

医療法人社団 三思会 島田記念病院

## 埼玉県

医療法人社団 望星会 望星病院

医療法人社団 望星会

望星クリニック

医療法人 博友会 友愛クリニック

高橋クリニック

医療法人財団 石心会 狭山病院

医療法人 西狭山病院

久保島診療所

医療法人財団 啓明会 中島病院

医療法人社団 東光会

戸田中央総合病院

医療法人財団 健和会

みさと健和クリニック

医療法人 秀和会 春日部秀和病院

医療法人社団 嬉泉会

春日部嬉泉病院

医療法人社団 石川記念会

所沢石川クリニック

医療法人社団 誠会

上福岡北口腎クリニック

志木駅前クリニック

医療法人社団 誠弘会 池袋病院

医療法人社団 尚篤会

赤心クリニック

医療法人 さつき診療所

医療法人 刀水会 齋藤記念病院

医療生協さいたま生活協同組合

埼玉協同病院

医療法人社団 仁友会

入間台クリニック

医療法人 健正会 須田医院

医療法人社団 腎盛会

蓮田クリニック

医療法人 寿鶴会 菅野総合病院

医療法人社団 富家会 富家病院

医療法人社団 宏仁会 小川病院

医療法人 蒼龍会 武蔵嵐山病院

朝比奈医院

医療法人 一心会 伊奈病院

## 千葉県

医療法人社団 孚誠会

浦安駅前クリニック

医療法人鉄蕉会 亀田総合病院

安房医師会病院

原クリニック

医療法人 新都市医療研究会君津会

玄々堂君津病院

佐原泌尿器クリニック

医療法人社団 松和会

望星姉崎クリニック

医療法人社団 新友会

新南行徳クリニック

医療法人社団 汀会 津田沼病院

千葉西総合病院

医療法人社団 嬉泉会

大島記念嬉泉病院

医療法人 明生会 東葉クリニック

東葛クリニック野田

## 東京都

青戸腎クリニック

医療法人社団 嬉泉会 嬉泉病院

新小岩クリニック

加藤内科

医療法人社団 江東病院

品川腎クリニック

南田町クリニック

医療法人社団 誠賀会

渋谷パーク・クリニック

代々木山下医院

医療法人社団 松和会

望星新宿南口駅前クリニック

並木橋クリニック

医療法人社団 豊済会

下落合クリニック

腎研クリニック

西高田馬場クリニック

新宿恒心クリニック

医療法人社団

松和会望星西新宿診療所

新宿石川病院

社団法人 全国社会保険協会連合会

社会保険中央総合病院

大久保渡辺クリニック

医療法人社団 昇陽会

阿佐ヶ谷すずき診療所

河北総合病院附属診療所

医療法人社団 東高円寺クリニック

医療法人社団 西條クリニック

医療法人社団 翔未会

桜新町クリニック

医療法人社団 大坪会 三軒茶屋病院

吉川内科小児科病院

和泉クリニック

秋葉原腎クリニック



医療法人社団 清湘会

聖橋クリニック

医療法人 石川記念会

医療法人社団 大坪会 東和病院

医療法人財団 健和会

柳原腎クリニック

医療法人財団 桜会 桜会病院

医療法人社団 博腎会 野中医院

医療法人社団 博樹会 西クリニック

黒田病院

沢井医院

医療法人 昭和育英会

長原三和クリニック

医療法人財団 仁医会 牧田総合病院

東京急行電鉄(株) 東急病院

東京医療生活協同組合

中野クリニック

医療法人財団 明理会 大和病院

医療法人社団 泉仁会

エバラクリニック

医療法人社団 今尾医院

南大井クリニック

医療法人社団 健腎会

小川クリニック

医療法人社団 誠進会 村井医院

医療法人社団 仁済会 豊島中央病院

医療法人社団 貴友会 王子病院

街クリニック

医療法人社団 松和会

望星赤羽クリニック

医療法人社団 りんご会 東十条病院

医療法人社団 蒼生会 高松病院

医療法人社団 秀佑会 東海病院

医療法人社団 健水会

練馬中央診療所

医療法人社団 櫛会

小平北口クリニック

医療法人社団 桐光会 調布病院

医療法人社団 松和会

望星田無クリニック

医療法人社団 東山会 調布東山病院

医療法人社団 好仁会 滝山病院

東村山診療所

美好腎クリニック

医療法人社団 心施会

府中腎クリニック

医療法人社団 東仁会

吉祥寺あさひ病院

医療法人社団 健生会

立川相互腎クリニック

## 神奈川県

日吉斎藤クリニック

医療法人社団 朋進会

東神クリニック

医療法人社団 朋進会

横浜南クリニック

医療法人社団 厚済会

上大岡仁正クリニック

医療法人社団 善仁会 横浜第一病院

医療法人社団 緑成会 横浜総合病院

医療法人社団 松和会

望星関内クリニック

徳田病院

医療法人 眞仁会 横須賀クリニック

医療法人 大樹会 佐藤病院

医療法人社団 愛心会

湘南鎌倉総合病院

医療法人 徳洲会

茅ヶ崎徳洲会総合病院

医療法人社団

茅ヶ崎セントラルクリニック

医療法人社団 三思会 東名厚木病院

及川医院

医療法人社団 松和会

望星大根クリニック

前田記念腎研究所

医療法人社団 亮正会

総合高津中央病院

川崎医療生活協同組合

川崎協同病院

医療法人 あさお会

あさおクリニック

東芝林間病院

医療法人社団 相和会

渕野辺総合病院

特定医療法人社団 新都市医療研究会

君津会 南大和病院

医療法人 徳洲会 大和徳洲会病院

医療法人社団 若林会

湘南わかばクリニック

医療法人社団 松和会

望星藤沢クリニック

医療法人社団 松和会

望星平塚クリニック

医療法人財団 倉田会

平塚中央クリニック

## 新潟県

新潟医療生活協同組合 木戸病院

社会福祉法人新潟市社会事業協会

信楽園病院

医療法人社団 大森内科医院

舞平クリニック

医療法人社団 青柳医院

財団法人 小千谷総合病院

医療法人 新潟勤労者医療協会

下越病院

医療法人社団 喜多町診療所

新潟県厚生農業協同組合連合会

佐渡総合病院

## 富山県

桧崎クリニック

医療法人社団 睦心会 あさなぎ病院

医療法人財団 博仁会 横田病院

## 石 川 県

越野病院

加登病院

らいふクリニック

医療法人社団 井村内科医院

## 福 井 県

医療法人 青々会 細川泌尿器科医院

特定財団医療法人 藤田記念病院

## 山 梨 県

医療法人 静正会 三井クリニック

社団法人 山梨勤労者医療協会

巨摩共立病院

医療法人 永生会

多胡 腎・泌尿器クリニック

## 長 野 県

松塩クリニック透析センター

医療法人 慈泉会 相澤病院

医療法人 慈修会

上田腎臓クリニック

医療法人社団 真征会

池田クリニック

長野県厚生農業協同組合連合会

北信総合病院

医療法人 輝山会記念病院

医療法人 丸山会 丸子中央総合病院

## 岐 阜 県

医療法人社団 双樹会 早徳病院

医療法人社団 誠広会 平野総合病院

医療法人社団 厚仁会 操外科病院

社団医療法人 かなめ会

山内ホスピタル

新可児クリニック

各務原そはらクリニック

公立学校共済組合 東海中央病院

岐阜県厚生農業協同組合連合会

中濃病院

医療法人 薫風会

高桑内科クリニック

医療法人 仁寿会 タジミ第一病院

医療法人社団 大誠会

松岡内科クリニック

医療法人 中津川共立クリニック

医療法人 録三会 太田病院

医療法人 蘇西厚生会

松波総合病院

## 静 岡 県

医療法人社団 偕行会静岡

静岡共立クリニック

医療法人社団 桜医会 菅野医院分院

医療法人社団 恒心会 しお医院

医療法人社団 祥和会 伊豆下田病院

掛川市立総合病院

医療法人社団 天成会 天野医院

医療法人社団 邦楠会 五十嵐医院

錦野クリニック

医療法人社団 三宝会

志都呂クリニック

総合病院 聖隷浜松病院

医療法人社団 新風会 丸山病院

浜名クリニック

協立十全病院

医療法人社団 一秀会 指出泌尿器科

## 愛 知 県

医療法人 生壽会 かわな病院

医療法人 杵中クリニック

名古屋第二赤十字病院

医療法人 新生会 新生会第一病院

西本病院附属中京厚生クリニック

医療法人 多和田医院

医療法人 宮内会 西城クリニック

医療法人 名古屋記念財団

金山クリニック

医療法人 吉祥会 岡本医院

医療法人 偕行会 名古屋共立病院

医療法人 衆済会 増子記念病院

名古屋記念病院

医療法人 厚仁会 城北クリニック

医療法人 白楊会

鳴海クリニック

愛知県厚生農業協同組合連合会

安城更生病院

医療法人 大雄会 大雄会病院

医療法人 糖友会 野村内科

中部岡崎病院

医療法人 岡田胃腸科クリニック

岡崎北クリニック

医療法人 研信会 葵セントラル病院

医療法人 松風会

蒲郡クリニック病院

佐藤病院

愛知県厚生農業協同組合連合会

愛北病院

医療法人 徳洲会

名古屋徳洲会総合病院

医療法人 恵洲会 田代クリニック

医療法人 柳雪会 江崎外科内科

医療法人 宏和会 山口病院

医療法人 仁聖会 西尾クリニック

医療法人 研信会 知立クリニック

クリニックつしま

医療法人 名古屋記念財団

東海クリニック

医療法人 ふれあい会

半田クリニック

医療法人 本地ヶ原クリニック

医療法人 仁聖会 碧南クリニック

医療法人 有心会 愛知クリニック

医療法人 明陽会 成田記念病院

医療法人社団 三遠メディメイツ

豊橋メイッククリニック

医療法人 大野泌尿器科

医療法人 豊腎会 加茂クリニック

みずのクリニック

医療法人 名古屋東クリニック

医療法人 ふれあい会

美浜クリニック

名西クリニック

### 三重県

医療法人 山本総合病院

四日市社会保険病院

医療法人 主体会 川村第一病院

津生協病院

医療法人 同心会 遠山病院

尾鷲総合病院

紀南病院

### 滋賀県

医療法人 瀬田クリニック

医療法人 下坂クリニック

医療法人 敬愛会 山口病院

### 京都府

社会福祉法人 京都社会事業財団

西陣病院

医療法人 財団 康生会 武田病院

医療法人 社団 洛和会 音羽病院

医療法人 医仁会 武田総合病院

医療法人 桃仁会病院

医療法人 明生会 賀茂病院

### 大阪府

医療法人 恵仁会 小野内科医院

岡田クリニック

大阪厚生年金病院

特定医療法人 協和会

北大阪クリニック

トキワタツミクリニック

橋中診療所

医療法人 永寿会 福島病院

医療法人 西診療所

医療法人 清医会 三上クリニック

新大阪病院

古川クリニック

社会福祉法人 恩賜財団

大阪府済生会 泉尾病院

医療法人 寿楽会 大野記念病院

医療法人 財団 厚生会

共立クリニック

医療法人 河村クリニック

医療法人 新明会 神原病院

医療法人 明生会 明生病院

オワエ診療所

医療法人 淀井病院

特定医療法人 仁真会 白鷺病院

医療法人 好輝会 梶本クリニック

医療法人 財団 厚生会 共立病院

財団法人 田附興風会 北野病院

近藤クリニック

財団法人 住友病院

北川クリニック

医療法人 尚生会 西出病院

医療法人 良秀会 藤井病院

医療法人 愛仁会 高槻病院

医療法人 泉南玉井会

玉井整形外科内科病院

財団法人 浅香山病院

医療法人 温心会 堺温心会病院

医療法人 好輝会

梶本クリニック分院

堺近森病院

医療法人 紀陽会 田仲北野田病院

守口敬任会病院

医療法人 敬任会

守口敬任会クリニック

医療法人 小野山診療所

医療法人 垣谷会 明治橋病院

医療法人 拓真会 田中クリニック

医療法人 蒼龍会 井上病院

医療法人 野上病院

医療法人 真正会 小阪イナバ診療所

円尾クリニック

医療法人 吉原クリニック

医療法人 大道クリニック

特定医療法人 徳洲会

八尾徳洲会総合病院

医療法人 仁悠会 寺川クリニック

医療法人 仁悠会 加納クリニック

医療法人 柏友会 柏友クリニック

医療法人 時実クリニック

岸田クリニック

中村診療所

医療法人 梶野クリニック

医療法人 門真クリニック

あいわ診療所

医療法人 啓仁会 咲花病院

医療法人 琴仁会 光生病院

医療法人 生長会 府中病院

医療法人 平和会 永山クリニック

医療法人 三清会 泉南中央病院

### 兵庫県

医療法人 薫風会 佐野病院

医療法人 腎友会 腎友会病院

医療法人 社団 王子会

王子クリニック

原泌尿器科病院

財団法人 甲南病院

医療法人 社団 五仁会 住吉川病院

医療法人 社団 慧誠会

岩崎内科クリニック

彦坂病院

三田・寺嶋泌尿器科医院

公立学校共済組合 近畿中央病院

田仲クリニック

泉外科医院

医療法人 社団 樂裕会

荒川クリニック

医療法人 社団 啓節会 阪本医院

医療法人 社団 大植クリニック

医療法人 社団 平生会

宮本クリニック

医療法人 明和病院



医療法人 誠豊会 日和佐医院

医療法人 協和会 協立病院

医療法人 永仁会 尼崎永仁会病院

牧 病院

遠藤病院

医療法人 姫路聖マリア病院

医療法人社団 仁成会

仁成クリニック

くきクリニック

医療法人 回生会 宝塚病院

あさひ病院

医療法人社団 仁恵会

じんけいクリニック

医療法人社団 紀洋会 岡本病院

## 奈良県

医療法人 新生会 高の原中央病院

医療法人 岡谷会 おかたに病院

医療法人 松本快生会

西奈良中央病院

吉江医院

財団法人 天理よろづ相談所病院

医療法人 康成会 星和台クリニック

## 和歌山県

医療法人 博文会 児玉病院

医療法人 曙会 和歌浦中央病院

医療法人 琴仁会 石本病院

医療法人 晃和会 谷口病院

医療法人 裕紫会 中紀クリニック

医療法人 淳風会 熊野路クリニック

柏井内科クリニック

## 鳥取県

鳥取県立中央病院

医療法人社団 三樹会

吉野・三宅ステーションクリニック

労働福祉事業団 山陰労災病院

## 島根県

岩本内科医院

おおつかクリニック

## 岡山県

医療法人 鴻仁会 岡山中央病院

幸町記念病院

医療法人 創和会

重井医学研究所附属病院

医療法人社団 福島内科医院

医療法人 岡村一心堂病院

医療法人 天成会 小林内科診療所

医療法人 木本内科医院

笛木内科医院

医療法人 進藤内科医院

医療法人社団 菅病院

医療法人社団 清和会 笠岡第一病院

医療法人社団 西崎内科医院

医療法人 創和会 しげい病院

医療法人 久保田医院

総合病院 水島協同病院

財団法人 倉敷中央病院

医療法人 杉の会 杉本クリニック

医療法人 井口会 総合病院落合病院

医療法人 知誠会

岩藤胃腸科外科歯科クリニック

特定医療法人 紀典会 北川病院

## 広島県

富吉外科医院

医療法人社団 一陽会 原田病院

医療法人社団 博美医院

医療法人社団 光仁会 梶川病院

医療法人 あかね会 土谷総合病院

博愛病院

医療法人社団 仁慈会 安田病院

医療法人社団 仁友会

尾道クリニック

医療法人社団 尚志会 福山城西病院

日本鋼管福山病院

高須クリニック

医療法人社団 陽正会 寺岡記念病院

西亀診療院

医療法人社団 森本医院

医療法人社団 辰星会 新開医院

## 山口県

済生会山口総合病院

医療法人社団 光風会 岩国中央病院

総合病院 社会保険 徳山中央病院

医療法人 医誠会 都志見病院

医療法人 神徳会 三田尻病院

## 徳島県

医療法人 尽心会 亀井病院

医療法人 川島会 川島病院

医療法人 うずしお会 岩朝病院

## 香川県

医療法人財団 博仁会

キナシ大林病院

横井内科医院

医療法人 純心会 善通寺前田病院

太田病院

医療法人 圭良会 永生病院

## 愛媛県

医療法人 木村内科医院

社会福祉法人 恩賜財団済生会

今治病院

医療法人 山田クリニック

医療法人 仁友会 南松山病院

財団法人 積善会 十全総合病院

医療法人社団 池田医院

## 高知県

医療法人 近森会 近森病院

医療法人 尚賢会 高知高須病院

医療法人 竹下会 竹下病院

医療法人 一勇会 幡多病院

医療法人 清香会 北村病院

医療法人 光生会 森木病院

医療法人 若鮎 北島病院

医療法人 川村会 くほかわ病院

## 福岡県

医療法人 西福岡病院

医療法人社団 信愛会  
 信愛クリニック  
 医療法人 白十字会 白十字病院  
 医療法人社団 信愛会  
 重松クリニック  
 医療法人 医心会  
 福岡腎臓内科クリニック  
 医療法人 後藤クリニック  
 医療法人社団 三光会  
 三光クリニック  
 医療法人 喜悦会 那珂川病院  
 コウケン医院  
 医療法人 くま腎クリニック  
 医療法人 原三信病院  
 医療法人 松尾内科医院  
 花畑病院  
 医療法人 雪の聖母会 聖マリア病院  
 医療法人 天神会 古賀病院  
 医療法人 吉武泌尿器科医院  
 医療法人 徳洲会 福岡徳洲会病院  
 医療法人 春日医院  
 医療法人 飯田泌尿器科医院  
 医療法人 親仁会 米の山病院  
 杉循環器科内科病院  
 医療法人 秋桜会 新中間病院  
 医療法人 高橋内科クリニック  
 医療法人 木村クリニック川宮医院  
 医療法人 鯉田診療所  
 医療法人 親和会 天神クリニック  
 財団法人 健和会 中原病院  
 医療法人 共愛会 戸畑病院  
 芳野病院  
 医療法人 阿部クリニック  
 医療法人 宮崎医院  
 医療法人 共和会 南小倉病院  
 小倉第一病院  
 医療法人 親和会 介護老人保健施設  
 しんわ苑

医療法人財団 はまゆう会 王子病院  
 医療法人社団 新日鐵八幡記念病院  
 医療法人 八幡クリニック  
 医療法人 佐々木病院  
 水巻クリニック  
 医療法人 ユーアイ西野病院  
 医療法人 弘恵会 ヨコクラ病院  
 医療法人 木村クリニック  
 医療法人 青洲会 福岡青洲会病院  
**佐賀県**  
 医療法人 力武医院  
 医療法人 前田病院  
 医療法人 光仁会 西田病院  
 医療法人 誠晴會 納富病院  
**長崎県**  
 医療法人 衆和会 桜町病院  
 医療法人社団 健昌会 新里内科  
 宗教法人 聖フランシスコ会  
 聖フランシスコ病院  
 医療法人 衆和会 桜町クリニック  
 医療法人 厚生会 虹が丘病院  
 医療法人 光晴会病院  
 きたやま泌尿器科医院  
 広瀬クリニック  
 医療法人 白十字会 佐世保中央病院  
 医療法人 誠医会 川富内科医院  
 医療法人社団 兼愛会 前田医院  
 医療法人 医理会 柿添病院  
 健康保険 諫早総合病院  
 医療法人 中野医院  
 医療法人社団 健紘会  
 田中クリニック  
 医療法人 泌尿器科・皮膚科 菅医院  
 北松中央病院  
 医療法人 青洲会 青洲会病院  
**熊本県**  
 医療法人社団 仁誠会  
 熊本第一クリニック

内科熊本クリニック  
 医療法人 健軍クリニック  
 医療法人 野尻会 熊本泌尿器科病院  
 上村循環器科  
 医療法人社団 岡山会 九州記念病院  
 国家公務員共済組合連合会  
 熊本中央病院  
 医療法人社団 純生会  
 福島クリニック  
 財団法人 杏仁会 江南病院  
 医療法人 邦真会 桑原クリニック  
 医療法人社団 松下会  
 あけぼのクリニック  
 医療法人社団 英山会  
 平山泌尿器科医院  
 社会福祉法人恩賜財団 済生会  
 熊本病院  
 医療法人社団 三村・久木山会  
 宇土中央クリニック  
 医療法人 玉和会  
 玉名第一クリニック  
 医療法人社団 荒尾クリニック  
 医療法人 春水会 山鹿中央病院  
 医療法人 清藍会 たかみや病院  
 医療法人 愛生会 外山病院  
 医療法人 寺崎会  
 てらさきクリニック  
 保元内科クリニック  
 医療法人社団 永寿会 天草第一病院  
 医療法人社団 聖和会 宮本内科医院  
 植木いまふじクリニック  
 医療法人 幸翔会 瀬戸病院  
 医療法人 宮本会 益城中央病院  
**大分県**  
 医療法人社団 顕腎会  
 大分内科クリニック  
 大分市医師会立アルメイダ病院  
 医療法人社団 三杏会 仁医会病院

平尾内科医院  
 賀来内科医院  
 医療法人 中川泌尿器科  
 医療法人社団 正央会  
 古城循環器クリニック  
 清瀬病院

## 宮 崎 県

医療法人 十全会  
 清水町玉丸クリニック  
 医療法人 十全会  
 みのだ泌尿器科医院  
 医療法人 芳徳会 京町共立病院  
 森山内科クリニック  
 医療法人社団 弘文会 松岡内科医院  
 鹿 児 島 県  
 医療法人 鴻仁会 呉内科クリニック  
 財団法人 慈愛会 今村病院分院  
 医療法人 翠会 中木原病院  
 社会福祉法人 恩賜財団 済生会  
 鹿児島病院

医療法人 白光会 白石病院  
 医療法人 青仁会 池田病院  
 医療法人 愛心会 大隅鹿屋病院  
 医療法人 森田内科医院  
 医療法人 参篤会 高原病院

## 沖 縄 県

医療法人 仁愛会 浦添総合病院  
 医療法人 博愛会 牧港中央病院  
 安立医院  
 医療法人 敬愛会 総合病院中頭病院  
 川根内科外科  
 豆の木クリニック  
 医療法人 道芝の会 平安山医院  
 北部地区医師会病院  
 医療法人 沖縄徳洲会  
 南部徳洲会病院  
 とうま内科

医療法人 中部徳洲会  
 中部徳洲会病院  
 医療法人 信和会 沖縄第一病院

## 医療機器関係

(株)東機貿  
 日機装(株)  
 ホスバル(株)  
 ボストン・サイエンティフィック  
 ジャパン(株)  
 旭メディカル(株)  
 バクスター(株)  
 東レ(株)  
 泉工医科工業(株)  
 テルモ(株)  
 (株)林寺メディノール  
 東洋紡績(株)  
 ニプロ(株)  
 (株)クラレメディカル

## 医薬品関係

シミズメディカル(株)  
 ノバルティスファーマ(株)  
 塩野義製薬(株)  
 キリンビール(株)  
 杏林製薬(株)  
 三共(株)  
 藤沢薬品工業(株)  
 興和(株)  
 川澄化学工業(株)  
 エーザイ(株)  
 大正製薬(株)  
 中外製薬(株)  
 清水製薬(株)  
 扶桑薬品工業(株)  
 三菱ウェルファーマ(株)  
 菱山製薬(株)

日本シェーリング(株)  
 日本ベーリンガーインゲルハイム(株)  
 (株)大塚製薬工場

## その他法人・団体・個人

財団法人 国際医学情報センター  
 財団法人 日本医薬情報センター  
 附属図書館  
 医学中央雑誌刊行会  
 科学技術振興事業団  
 極東貿易(株)  
 三泉化成(株)  
 横堀 信雄  
 澤田 英子  
 大久保 充人  
 武井 和子  
 川本 正之  
 本田 眞美  
 杉野 信博  
 高梨 正博  
 張 偉  
 中野 喜義  
 北尾 利夫  
 岡野 善雄  
 清水 不二雄  
 霍間 俊文  
 稲垣 勇夫  
 服部 美登里  
 齋藤 昭  
 中川 健一  
 土方 眞佐子  
 中根 佳宏  
 長尾 昌壽  
 山本 茂生  
 羽山 勝治

(順不同)



## 編集後記

本誌の冒頭で、第47回の日本透析医学会学術集会(平成14年7月)を主宰された日大・高橋 進先生に、今後の腎不全医療の目指すべき方向性について所感を述べていただきました。患者さんの求めるものをまず第一に優先するという高橋先生の哲学が語られており、医療者として襟を正す思いを強く感じました。

その他にも今日的な幾つかの課題について、多くの方々のご協力を得て、語り論じていただきました。腎臓病学入門講座で、正しい知識を入手または再確認していただきましょう。

現在の医療全般や透析医療について、私ども医療側から皆様に知っておいていただきたい幾つかの事柄についても記しました。

透析医療は、医師と多くの職種の人々とのチームワークで成り立っております。スタッフの座談会では、患者さんをささえる気概に富むスタッフの意気込みを感じ取っていただければ幸いです。患者さんの座談会や透析者フォトでは、透析を受けておられる患者さんの日常生活や生きがいなどが語られていて、頭の下がる思いがいたします。皆さんはどう感じられましたか? 患者さんの質問コーナーでは、いろいろな卑近な疑問が答えられております。

どれか一つでも、読者の皆様の参考になれば大変嬉しく存じます。

さて、今日の医療は、患者さんの希望・要望を傾聴した後に、医療者が患者さんとの共同作業として開始・継続していくのが原則です。

そのための基本は、医療を受ける方々が、自らの事として関連する医療情報を集めて理解しようとする事にありましょう。知りたい事は沢山あるのに、

「辛いところに手の届くような役に立つ適確な情報」がなかなか手に入らないと嘆く患者さんが少なくありません。

私どもは、あふれるほどの情報に囲まれて生活しているはずなのですが、確かにそうした一面があるのかもしれません。新聞・雑誌・テレビやインターネットなど情報源は多いのですが、上手に活用する術が欠かせないようです。いずれ、患者さん向けのインターネット活用法講座などを開設したいと考えておりますが、どうか、この雑誌をお読みになったうえでご質問がございましたら、担当の医師・看護師・技師に尋ねるのも近道ですが、本誌編集部へお便りをお寄せ下さっても結構です。

手元に届いた多くの情報を、熟読・理解して上手に整理していく事も大切です。

いずれにせよ、この雑誌も私どもと皆様との共同作業でよりよいものにして行きたいと念じております。

「年々歳々花相似たり／歳々年々人同じからず」自然は休みなく移りいながらも繰り返し、その時節が来れば同じように花を咲き誇らせます。一方、その花を愛でる人はどうでしょうか。限りある命を少しでも楽しく有意義に過ごせるように、皆様が療養に精出されるように私どもお力になりたいと思っております。

なお、当日本腎臓財団は先頃、発足以来30周年を迎え記念式典を催しました。本誌を熱心にお読み下さる方々に心から感謝申し上げます。私共は、財団の目指す目的を再認識し新たな決意で再出発したい所存です。

(編集委員長 大平 整爾)

### ●編集委員(順不同)

|      |         |                                        |
|------|---------|----------------------------------------|
| 委員長  | 大平 整 爾  | 札幌北クリニック                               |
| 副委員長 | 栗 原 怜   | 春日部秀和病院                                |
| 委員   | 川 口 良 人 | 東京慈恵会医科大学腎臓・高血圧内科、<br>神奈川県衛生看護専門学校付属病院 |
| 委員   | 佐 中 孜   | 東京女子医科大学第二病院                           |
| 委員   | 椿 原 美 治 | 大阪府立病院                                 |
| 委員   | 平 野 宏   | 岩藤クリニック腎臓病医療センター                       |
| 委員   | 福 井 博 義 | 熊本中央病院                                 |
| 委員   | 渡 邊 有 三 | 春日井市民病院                                |

### 腎不全を生きる 第28巻

発行日：2002年12月20日

発行所：財団法人 日本腎臓財団

東京都文京区後楽2丁目1番11号

電話 (03)3815-2989 〒112-0004

FAX (03)3815-4988

発行人：理事長 稲生綱政

編集：日本腎臓財団『腎不全を生きる』編集委員会

制作：株式会社 清文社

◆記事・写真などの無断転載を禁じます。

◆非売品

エネルギーの計算がしやすい

# ハイカロシリーズ

新発売

## ハイカロプチゼリー

- 1粒 20kcal で、食べやすく計算しやすい
- 果汁のおいしさを残しながら、リン・カリウムを低減
- お腹にやさしい中鎖脂肪を配合

● 1製品につき 150kcal

## ハイカロ 150 ゼリー



アップル



オレンジ



イチゴ



りんご



みかん



ぶどう

## ハイカロ 160 ドリンク

新発売

- 1製品につき 160kcal のエネルギー
- 血糖値の上がりにくいマルトオリゴ糖使用
- リン・カリウムの値に配慮
- 取扱いやすい紙パック



りんご



みかん



紅茶

当社独自の製法で、おいしさにこだわります

## たんぱく調整食品

### たんぱく調整米



酵素処理や添加物を用いない当社独自の製法で、気になる臭いやべたつきがありません。

### たんぱく調整 おかずシリーズ

当社独自の製法（特許出願中）による、たんぱく質を低減したお肉を使ったメニューです。



たんぱく調整  
とり団子野菜あんかけ  
たんぱく質：4g



たんぱく調整  
赤ワイン煮込みハンバーグ  
たんぱく質：6g



たんぱく調整  
ビーフカレー  
(ミートボール入り)  
たんぱく質：4g



## だし割りしょうゆ

しょうゆと鰹だしをほどよくブレンド。成分値にも配慮しています。だし用にも、しょうゆとしても幅広くご使用できます。



## ろ過型人工腎臓用補液 サブパック®-B 1010mL・2020mL

ニプロでは、医療従事者の皆様の安全性、操作性などの問題を解決するために、従来の重炭酸を配合した2剤型（バッグとアンプルの組み合わせなど）のろ過型人工腎臓用補液を、ダブルバッグ形態にキット化した「サブパック®-B」をご用意いたしました。



承認番号等21300AMZ00294 薬価基準収載

### ■ 特 長 〈ダブルバッグ形態のキット製品〉

|                       |                |
|-----------------------|----------------|
| <p>細菌汚染・異物混入の防止</p>   | <p>医療器材の節減</p> |
| <p>調製時間の短縮</p>        | <p>針刺し事故防止</p> |
| <p>混注操作ミスに伴う危険性回避</p> |                |

弱シールにより隔壁されたダブルバッグで、容量比約1:1のA液（塩化ナトリウム、塩化カリウム、炭酸水素ナトリウム）およびB液（塩化カルシウム、塩化マグネシウム、無水酢酸ナトリウム、ブドウ糖、氷酢酸（pH調整剤））を充填したキット製品です。使用時にダブルバッグの隔壁を開通し、混合するだけで均一な注射剤が調製可能となっています。

### ■ 調製後の電解質・糖濃度（理論値）

| 電解質濃度 (mEq/L)   |                |                  |                  |                 |                                  |                               | ブドウ糖 (mg/dL) |
|-----------------|----------------|------------------|------------------|-----------------|----------------------------------|-------------------------------|--------------|
| Na <sup>+</sup> | K <sup>+</sup> | Ca <sup>++</sup> | Mg <sup>++</sup> | Cl <sup>-</sup> | CH <sub>3</sub> COO <sup>-</sup> | HCO <sub>3</sub> <sup>-</sup> |              |
| 140             | 2.0            | 3.5              | 1.0              | 111             | 3.5*                             | 35                            | 100          |

※pH調整剤 氷酢酸のCH<sub>3</sub>COO<sup>-</sup> 3mEq/Lを含む

● 効能・効果、用法・用量、使用上の注意等は、添付文書をご参照下さい。



発売元

**NIPRO**

ニプロ株式会社  
大阪市北区本庄西3丁目9番3号



製造元

**菱山製薬株式会社**

菱山製薬株式会社  
大阪市中央区道修町2丁目2番7号