

腎不全を生きる

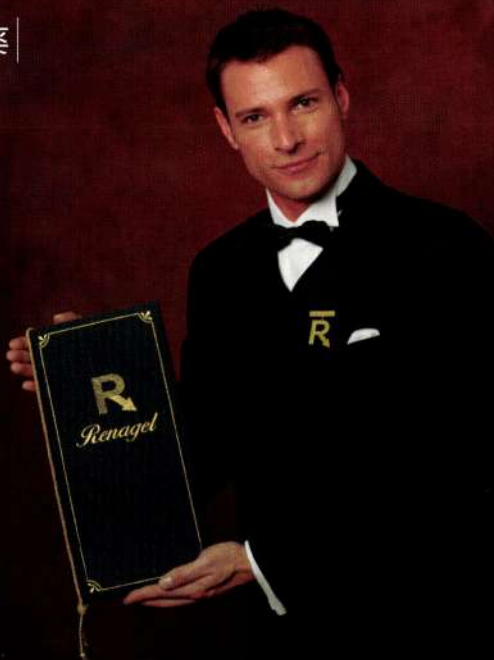
VOL.29,2003





中外製薬

Roche ロシュグループ



カルシウムを含まない初めての
高リン血症治療薬
それならレナジェルです。

新発売

※効能・効果は「透析中の慢性腎不全患者における高リン血症の改善」です。

【禁忌(次の患者には投与しないこと)】

1. 本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者
2. 腸閉塞の患者〔本剤が腸管内で膨潤し、腸管穿孔を起こすおそれがある。〕

■効能・効果

- 下記患者における高リン血症の改善
透析中の慢性腎不全患者

■用法・用量

通常、成人には、塩酸セバラムーとして1回1～2gを1日3回食直前に経口投与する。
なお、年齢、症状、血清リン濃度の程度により適宜増減するが、最高用量は1日9gとする。

<用法・用量に関連する使用上の注意>

沈降炭酸カルシウムを使用していない場合:

血清リン濃度が8.0mg/dL未満の場合は1回1gから、8.0mg/dL以上の場合は1回2gから投与を開始し、その後血清リン濃度の程度により適宜増減する。

沈降炭酸カルシウムから切り替える場合:

沈降炭酸カルシウムの投与量が1日3g未満の場合は1回1gから、1日3g以上の場合は1回2gから投与を開始し、その後血清リン濃度の程度により適宜増減する。

投与量の増減方法:

血清リン濃度	投与量増減方法
6.0mg/dL以上	1日0.25～0.5g(1～2錠)増量する
4.0～6.0mg/dL	投与量を維持する
4.0mg/dL未満	1日0.25～0.5g(1～2錠)減量する

■使用上の注意

1. 慎重投与(次の患者には慎重に投与すること) (1) 腸管狭窄のある患者または便秘のある患者〔本剤が腸管内で膨潤し、腸閉塞、腸管穿孔を起こすおそれがある。〕(2) 痔疾患のある患者〔本剤が腸管内で膨潤し、症状を悪化させるおそれがある。〕(3) 消化管潰瘍またはその既往歴のある患者〔本剤が腸管内で膨潤し、症状を悪化または再発させるおそれがある。〕(4) 重度の消化管運動障害を有する患者〔本剤が腸管内で膨潤し、症状を悪化させるおそれがある。〕(5) 出血傾向を有する患者〔ビタミンKの吸収阻害により出血傾向を増強するおそれがある。〕 2. 重要な基本的注意 (1) 腸管穿孔、腸閉塞があらわれることがあるので、高度の便秘、持続する腹痛、嘔吐等の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) 本剤は血中リンの排泄を促進する薬剤ではないため、食事療法等によるリン摂取制限を考慮すること。(3) 胃または腸切除術の既往、あるいは嘔下障害を有する患者に対する安全性および有効性は確立されていないため、これらの患者に使用する場合は注意すること。(4) 本剤の使用にあたっては、定期的に血清リンおよび血清カルシウム濃度を測定すること。低カルシウム血症の発現あるいは発現のおそれがある場合には、ビタミンD製剤やカルシウム製剤の投与を考慮すること。(5) 本剤の使用にあたっては、定期的に血清クレアチニン濃度および血清重炭酸濃度を測定すること。過塩素酸血症性アシドーシスの発現あるいは発現のおそれがある場合にはその補正を考慮すること。(6) 脂溶性ビタミン(A、D、E、K)あるいは胃酸塩の吸収阻害が起る可能性があるため、観察を十分に行い、長期間投与の際にはこれらの補給を考慮すること。 3. 相互作用 併用注意(併用に注意すること) 本剤は同時に経口投与された場合に、併用薬の吸収を遅延あるいは減少させるおそれがある。抗がん剤、不整脈剤など安全性および有効性に臨床的に重大な影響を及ぼす可能性のある経口薬剤を併用する場合は、可能な限り間隔をあけて投与し、併用薬の作用の変化についても慎重に観察すること。 4. 副作用 申請時までの国内臨床試験において報告された症例343例中、229例(66.8%)、444件の副作用が認められた。その主なものは便秘・便秘増悪131件(38.2%)、腹痛58件(16.9%)、腹部膨満50件(14.6%)、嘔気26件(7.6%)、消化不良23件(6.7%)、下痢・軟便17件(5.0%)、嘔吐15件(4.4%)、ALT上昇10件(2.9%)等

であった。また、海外長期投与試験において報告された症例192例では49例(25.5%)、111件の副作用が認められた。その主なものは嘔気15件(7.8%)、消化不良12件(6.3%)、腹痛・上腹部痛9件(4.7%)、下痢・軟便8件(4.2%)、嘔吐8件(4.2%)、鼓腸6件(3.1%)、便秘4件(2.1%)、低カルシウム血症4件(2.1%)等であった。(1) 重大な副作用 ① 腸管穿孔、腸閉塞、腸管穿孔、腸閉塞があらわれることがあるので、観察を十分に行うこと。これらの病態を疑わせる高度の便秘、持続する腹痛、嘔吐等の異常が認められた場合には、投与を中止し、他診、画像診断等を実施し、適切な処置を行うこと。② 胃腸障害、便秘・便秘増悪(38.2%)、腹痛(16.9%)、腹部膨満(14.6%)が国内臨床試験で認められた。これらの症状があらわれた場合には本剤の減量または休薬を考慮し、高度の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 ① 国内 消化器(5～10%未満):消化不良、嘔気、下痢・軟便、(1～5%未満):嘔吐、食欲不振、胃炎、胃炎増悪、おくび、(1%未満):嘔下障害、痔核/肝臓(1～5%未満):肝機能異常(ALT(GPT)、LDH、総胆汁酸の上昇)/代謝(1～5%未満):ビタミンK上昇、ビタミンK減少、ビタミンA上昇、血中重炭酸減少、血中重炭酸減少、血中重炭酸減少、ALT-Pの上昇、(1%未満):低比重リポ蛋白減少、血液pH低下、トリグリセリド上昇、PO₂上昇、鉄代謝障害/血液(1～5%未満):貧血/皮膚(1～5%未満):痒疹、(1%未満):発疹/内分泌(1%未満):上皮小体ホルモン上昇/骨格・筋(1%未満):関節痛 ② 海外(長期投与試験) 海外長期投与試験において報告された副作用のうち、国内臨床試験で認められなかった主な副作用は低カルシウム血症(2.1%)、水分過負荷(1.0%)であった。 5. 高齢者への投与 高齢者において認められた副作用の割合および副作用発現率は、非高齢者との間に差は認められていないが、一般に高齢者では生理機能が低下しているため、消化器症状等の副作用に注意すること。 6. 妊婦、産婦、授乳婦等への投与 妊婦又は妊娠している可能性のある婦人には、治療上の有益性が危険性を上回ると判断される場合にのみ投与すること。〔妊娠中の投与に関する安全性は確立していない。〕 7. 小児等への投与 小児等に対する安全性は確立していない〔使用経験がない。〕 8. 適用上の注意 (1) 服用時:口中に長く留めず飲み込んで嚥下すること。なお、粉砕しての服用は避けること。(2) 薬剤交付時:PTP包装の薬剤はPTPシートから取り出して服用するよう指導すること。〔PTPシートの剥離により、鋭い鋭角部が食道粘膜へ刺入し、更には穿孔をおこして縦隔炎等の重篤な合併症を併発することが報告されている。〕 9. その他の注意 ラットの24ヶ月間投与がん原性試験において、膀胱移行上皮乳頭腫および移行上皮癌の発現頻度が3.0g/kg/日群の雄で増加した。尿性状の変化および尿中での結晶形成により動物種に特異的に生じた膀胱で、マウスの24ヶ月間投与がん原性試験では、本剤による膀胱発現頻度の増加は認められなかった。

2003年10月改訂(第3版)

- その他の使用上の注意等については
製品添付文書をご参照ください。

日本標準品分類番号 87219

高リン血症治療剤(リン結合性ポリマー)

指定医薬品、要指示医薬品^(注)

薬価基準収載

レナジェル[®]錠 250mg
RENAGEL[®] 塩酸セバラムー錠

(注) 注意—医師等の処方せん・指示により使用すること

【商品名】
製造販売元 中外製薬株式会社
〒104-8301 東京都中央区京橋2-1-9

2003年10月作成

腎不全を生きる VOL.29, 2003

オピニオン 透析療法の近未来のために

- ◆近畿大学医学部 堺病院 今田聰雄2

インタビュー 現代医療：バイオエシックス(生命倫理)の立場から

- ◆[語り手] 木村利人 [聞き手] 大平整爾3

腎不全医療に携わって日頃考えること、感じること

- ◆羽田茲子・高田貞文・田村智子・石橋久美子・當間茂樹
長山勝子・上田峻弘・大石義英・原田篤実・阿部年子(順不同)16

患者さんの座談会⑩

ご高齢の透析患者さんをめぐるいろいろな問題——実りある日々のために

- ◆高田勝之助・与儀 隆・藤原 実・岡本美知子・小野利彦(司会)27

透析者フォト “元気で働いています”46

透析医療をささえる人びと⑩ 患者さんに寄り添い、共に歩んで

- ◆阿部年子・石橋久美子・水附裕子・南 幸・大橋信子(司会)50

透析室勤務のスタッフから患者さんへの提言⑩

(1) リンのコントロールは長生きするための秘訣!!

- ◆春日部内科クリニック 栗原 怜・島崎玲子62

(2) 透析医療における患者さんの権利と義務

- ◆神奈川県衛生看護専門学校附属病院 川口良人71

患者さんからの質問箱

- ◆東京女子医科大学附属第二病院 佐中 孜76

患者さんのための腎臓病学入門講座⑩ 透析患者さんと動脈硬化

- ◆熊本中央病院 福井博義78

日本腎臓財団のページ89

賛助会員名簿93

編集後記

- ◆大平整爾102



透析療法の近未来のために

今田 聡雄

(近畿大学医学部 堺病院 腎・透析科・医師)

日本が「長寿」世界一であることは名誉なことであるが、高齢化社会はわが国の悩みの種になっている。その一方では子供の数が少なくなり、少子化に歯止めがかからず、人口の減少が始まろうとしている。あい反する2つの現象、高齢化社会と少子化への対策が急務である。前者は、わが国のみの問題ではなく世界的な規模で対策が必要であり、後者に対しては、日本政府は総合対策を進めるために少子化社会対策基本法を成立させた。しかし人口の調節は、長寿国を作り出す以上に難しいことである。

23万人を超えている透析者にも同様の現象がみられる。透析者の高齢化と透析医療費の削減である。平成14年末の透析者の平均年齢は新規導入者が64.7歳、全透析者の平均年齢は62.2歳であり、さらに高齢化が進むものと思われる。また31兆円を超える国民総医療費のうち、透析医療に1兆円が使われており、ここ数年間は高額医療として批判の矢面に立たされ削減を求められている。

糖尿病性腎症や腎硬化症由来の腎不全の増加と高齢者透析の対策として、世界でも最も優れているわが国の透析療法の質を維持しながら、さらに向上させるた

めには“高額と批判されている医療費を当然”と考えるのではなく、“効率のよい医療費の使い方”を考えることが21世紀の透析医療に携わる者の努めとなる。

その対策の一つとして、在宅透析の普及があげられる。在宅透析には在宅血液透析とCAPDとがあるが普及率は低い。一方、透析療法を含む血液浄化療法は多様化し、さまざまな合併症に対応している。高齢化し多くの合併症を有する透析患者さんのQOL・ADLを維持し向上させるためにも、また血液浄化療法を在宅で行うためにも透析施設と医療スタッフはあらゆる血液浄化療法が駆使できなければならない。「CAPD・在宅血液透析」、「施設血液透析」、「腎移植」のどれかを選んで数十年の腎不全人生をどのように設計するのかは透析患者さん自身であるが、適切な療法を助言し施行するのは医療者である。

在宅透析を行うには、まず患者さんと家族の理解が必要であるが、透析スタッフにもより高度な専門性が求められる。在宅透析を普及させるためには、透析専門医、透析技術認定士、そして今後生まれるであろう透析療法指導看護師の、わが国の透析医療全般に対する理解と役割分担が重要である。

現代医療：バイオエシックス (生命倫理)の立場から

日 時●2003年 9 月11日

場 所●日本工業倶楽部

語り手●木村 利人 (早稲田大学国際バイオエシックス・バイオ法
研究所・所長)

聞き手●大平 整爾 (恵水会 札幌北クリニック・医師)

(敬称略)

大平 木村先生は、現在、早稲田大学のバイオエシックス・バイオ法研究所の所長として「バイオエシックス：生命倫理」をご専門に研究をされています。今日は、そのお話を伺いたいと思っています。

その前に『幸せなら手をたたこう』は、先生の作詞だそうです。作曲も先生がされたのですか。

◆ 態度で示す ◆

木村 曲はスペイン民謡です。私が早稲田大学の学生の時に、フィリピンのマニラの郊外で国際ワークキャンプというフィリピン、日本など東南アジアの若い学生が集まり、いろいろな作業をする機会がありました。その時に、地元の子供達が調子のいいメロディを歌っていたのがすごく印象的だったのです。フィリピンは400年間スペインの支配下にあって、昔から歌われていたメロディということでした。

そのスペイン民謡に帰りの船の中で私が詞をつけました。当時、歌声喫茶というのがあって、早稲田大学の学生もよく行っていたものですから、そこで歌われるようになりました。『幸せなら手をたたこう』は、新宿の歌声喫茶から日本中に広まっていったのです。

大平 今でもよく歌われますよね。すごく勇気づけられるし、楽しくなります。

木村 かつて、日本がフィリピンの人達に対し大変な惨害を与えました。それにもかかわらず現地の人達は、私達を親切に温かくもてなしてくれました。「日本の軍隊は嫌だけど、君達のような若い日本人は大好きだ」と。

歌詞の中にもありますが「態度に示して」親切にしてくださいだったのです。それを現地では「フィリピーノ・ホスピタリティ：フィリピンの大歓迎方式」と言いますが、戦争の悲しい思い出を越えて、新しい平和な世界を若い世代で一緒に作ろう、という願いを込め「態

度に示して、手をつないでいこう」という歌詞にまともてみたのです。

今、私が取り組んでいるバイオエシックスは、まさに「態度に示して、手をつないでいこう」ということなのです。

大平 心で思いながら具体的に態度で示すのは、どうも日本人は苦手ですね。そういうお心を持って、先生はご専門の生命倫理にかかわっておられるわけですね。

◆ 患者さんの自己決定権 ◆

大平 私は医学部を卒業して40年になります。この間に、確かに医学は進歩しました。特に、機械や薬剤といったハードの部分はずいぶん進歩していると思います。

一方、私達は「ヒポクラテスの誓い」（医師が心構えを示すために立てる誓い。2,000年以上前にギリシャの哲学者ヒポクラテスによって唱えられた。）で医学部を卒業した人間ですが、その「ヒポクラテスの誓い」がいくつかの側面で、必ずしも正しいばかりではないのではないかと。例えば父権主義云々が、今問題になっています。

「現代医療の根幹は何か」に関して申しますと、最近「自分の医療は自分で選択する」という患者さんの自己決定権に行き着くと思います。

そこから、患者さんが自己決定するためには医療スタッフが必要な情報を十分に伝える、いわゆる「インフォームド・コンセント」のプロセスが生まれてきたのだと思います。

重要な自己決定を、私どもは車やマンション、一戸建ての家を買うなど、日常生活でも行っています。

他方、命のやりとりを含む病気の場合の自己決定というのは、実際に40年患者さんと接していても非常に

難しい。病気と相対して、患者さんの心には病に対する恐れ・迷い・回避・他者への思い・誤解などが生じがちです。このため、自らのこととは言えなかなか速やかには決しがたい場面が出てくるのだと思います。私達医療スタッフは患者さんをどのように導けばよいのか、いつも悩みます。

自己決定権が現代医療の根幹であるとするれば、医療スタッフは患者さんが自己決定できるように伝えていかなければいけません、いったいどこまで介入したらいいのか。その辺について、先生のご意見をお伺いしたいのですが。

木村 これは難しい問題だと思います。ヒポクラテスに始まる医の倫理の中心にある考え方は「患者のために医療側がベストを尽くすこと」。この基本の精神はいいと思うのです。

しかし「患者のために」が「パターナリズム：父権的温情主義」と結びつくことで、患者自身が持ついろいろな人生観・価値観を押さえつけてまで、医療側が、豊かな知識と経験を持つ専門家として決断を下してしまうのは、やはり問題ではないかと思います。このようなことが言われ始めたのは、1960年代でした。

実は私も腎臓結石の病気があり、1970年代初め、サイゴンでものすごい激痛に襲われました。当時のサイゴンは、ゲリラ戦からいつ病院が停電するかわからない状況だったので、日本に帰って治療することになりました。

今でも憶えています、診察室に学生が入ってきて教授と一緒に私のレントゲン写真を見ながら、何やら話し合っているのです。

当時は石を砕いたり溶かしたりする技術がありませんでしたので、結局手術をすることになりました。私の顔をチラチラ見るものの教授と学生で決めてしまったわけですから、決定のプロセスは患者不在です。

でも、私はそれを不思議に思いませんでした。医療

はそういうものだと思います。医師は患者のためにベストを尽くすに決まっているという、一種の信頼関係を信じていました。

◆ アメリカでの結石の手術 ◆

木村 9年後に再発した時は、自己決定を迫られる状況に身を置くことになりました。

大平 それは日本でですか。

木村 いいえ、アメリカのハーバードにいた時でした。

レントゲンなどいろいろな検査をして「これは結石だ」という診断が下されました。「あなたが前に手術したところにくびれがあって、そこに石がつかえています。処置として、私は手術を提案したい。しかしあなたが私に同意できないのであれば、セカンドオピニオンとして他の医師のところへ行ってももちろん構わない」と医師に言われました。

大平 それはいつ頃のことですか。

木村 1979年です。アメリカ病院協会による「患者権利章典」が出されたのが1972年ですから、7年経っていたわけです。

アメリカでは、患者権利章典が出されるとすぐその翌年には学校の教科書に載ります。医師の診察を受けている写真が載って「患者は自分自身の病気の情報について知る権利がある」とか、また「あなたの身体のことですから、どんなことでも質問していいのです。医師は喜んで答えるでしょう」とか書いてあります。つまり、患者さんに質問されて答えない医師はおかしい、という教育を即座に始めるのです。

私が入院したハーバード大学付属病院では、医師が最後に「いろいろな説明を聞いて、あなた自身が最終的に手術を受けるかどうかを決めてください」と言ったのです。

アメリカの社会にとって、人間の尊厳の基本は「自



木村 利人 先生

らが選んで、自らが決めたことを行う」ということなのです。日本では医師と学生が決めたのに、アメリカでは自分で決めなければいけない。それは少なからずショッキングな経験でした。

ですから、不安になってその医師に聞きました。「例えば手術を受けない自己決定をしたら、どうなるのでしょうか」と。すると「あなたはこれからニューヨークへ行くと知っているけれども、途中で急性の腎不全になって、命がなくなる可能性も非常に高い」と言われました。それで最終的には、自分自身で手術を受ける決断をしました。

このように、アメリカではインフォームド・コンセントという考え方が、1970年代半ば頃から判例を通して定着していきました。



大平 整爾 先生

◆ 患者さん不在の診察 ◆

木村 日本で私が「インフォームド・コンセント」というカタカナ用語を使ったのは、1980年、今から23年前のことです。当時「寝た子を起こすな」という雰囲気は医療側には支配的で、患者が自己決定するという発想がまだまだ全く理解されない感じでした。

大平 確かに診察室での教授と学生のやりとりは、おかしいですね。医師と研修医が症例を検討するのは別の場でやればいいのであって、診察室で患者さんを変えるのなら、三者で話し合わないといけません。

回診でも同じことが言えますね。教授回診では、教授と担当医が話していても、患者さんは何を言っているのかわかりません。

40年前、私が大学を出た時は、腹部外科で頻度の高い急性虫垂炎などは、患者さんがお腹が痛いと言うと、右の下腹部を押さえて「痛い！」「はい、虫垂炎、手術です」と、こんな感じでした。患者さんも「はいそうですか。ありがとうございます」というのが一般的でした。

でも、今はずいぶん変わりました。

患者さんは、皆さん知識も増えたと勉強もしています。先ほどのようなことを言おうものなら、「レントゲンを撮らなくていいんですか？」「小水を調べなくていいんですか？」「CTはやらないのですか？」女性の場合でしたら「卵管炎の可能性はないのでしょうか？」といったことを聞いてくる方もいます。

それに対応してわれわれ医師も、以前に比べてずいぶん説明し、患者さんと話し合うようになりました。それでも今のお話を聞くと、ちょっと過去を反省しますね（笑）。

◆ 医療におけるパートナーシップ ◆

大平 アメリカで手術を受ける自己決定をされたわけですが、不安はありませんでしたか。

木村 やはり不安でした。

医療側がさまざまな診断に基づいて、信念を持って「この患者さんに対してはこの治療方法がいい」と提案すること。これはもちろんアメリカでは当然のこととして行われています。実際にはいろいろな選択肢があることについて詳しい説明がありました。

私の場合、最終的にはその医師を信頼し、私自身が手術の決断をしたのです。

医療における日米の大きな違いは、日本ではやはり医療側が患者側よりも上にいることです。大きく言えば、日本の社会がそれを強要する仕組みになっている。医師と患者の平等の感覚が、日本には乏しい気がします。

患者と医師は人間として平等であって、パートナーとして病気を治すという発想が、どうも日本には欠けているのではないのでしょうか。

アメリカで医師に会って「どうなさいましたか」とまず聞かれた時、人間としての平等性が存在していると一番感じました。

最初に大平先生が言われたように、この数十年で技術の部分は著しく発達して、技術水準でみれば日本は本当に世界一になったと思います。

しかし他方、患者と医師との関係のあり方は本当によくなったと言えるのでしょうか。そこで「医療におけるパートナーシップ」の重要性を、バイオエシックスは強く主張してきているのです。

正しい信頼関係に基づいた平等な人間として、患者と医療側が手を携えて病気と闘う。これがインフォームド・コンセントの基本にある考え方なのです。

1980年当時「インフォームド・コンセントなどというカタカナ言葉は日本では定着しませんよ」とよく言われましたが、今の学生に聞くと、80%は知っているし、国語辞典にも入りました。

◆ 事前確認のシステムを導入 ◆

大平 何年か前に、当時75～76歳の女性の患者さんを診ていました。腎不全から強い黄疸が出ていて、ちょうどCTやMRIが入った頃だったので、それにより早期診断ができ、2か月ぐらいの入院で元気に退院され「ありがとうございます」と言っていたが、医者冥利に尽きました。たまたま近所の方で、前からよく知っていたので「ありがとうって言ってくれたんだけど、どんなところがよかったの？」と聞いてみました。そうしたら、最新装置のことはひと言も言わずに、毎日来てくれる若い先生が、手を握って「具合はどうですか？」と聞いてくれたことが一番うれしかったと言うのです。

木村先生もよくお書きになっていますが、いろいろな装置、システム、そして薬、そういうものの進歩が現在の医学を支えてはいるのですが、最終的には人と人、医療スタッフと患者さんと心が通じ合わなければいけないのですね。

木村 そのとおりだと思います。先ほど教授回診の話が出ましたが、私がアメリカで入院した1979年当時、病院の受付のところで入院手続きの書類をもらいました。

中には患者権利章典と、マサチューセッツ州とハーバード大学付属病院の患者権利宣言のパンフレットが入っていて、そこにはこんなことが書いてありました。

「この病院はハーバード大学付属の大学病院である。アメリカの先進的な医学教育のために、最も大きな貢献をしている病院である。したがって、まだ医学の資格を取っていない研修中の医師や学生が入ってくる。そういう学生に、皆様方がすばらしい教育の機会を与えることになる。けれども、それが嫌だ、専門の先生にだけ診てもらいたいという人は『学生は嫌だ』というところに印をつけてください。それによってあなたが差別されることはない…」という内容が詳しく書いてあったのです。

アメリカでは、1979年に既にそういう事前確認のシステムが確立していたのですが、日本の医療現場では、未だに「医療なんだからそんなものはなくて当然だ」という風潮があるのではないのでしょうか。

せめて事前確認のシステムを作るべきですが、おそらく日本にはそういう発想がないのだと思います。

大平 耳が痛いお話ですが、それはもう、本当にないですね。

◆ アメリカ空軍病院での経験 ◆

大平 それで思い当たることがあります。私は1962年

に大学を卒業して、東京・立川のアメリカ空軍病院でインターンをしたのです。

入院時に配られる用紙の中に、インターンが診察することについて承諾するかどうかの欄がありました。

木村 やはりすごいですね。

大平 私も実際に1年間に2人の患者さんから診療を拒否されました。そういうことに慣れていませんでしたので、感情的になりかけた時にアメリカの看護師さんから「それはしょうがないのよ。本人が嫌だと言っているのだから」と言われました。

木村 選択の余地がある社会、いろいろな情報の中から自分が選択できる社会と、日本のように「これがベスト、これをやりなさい」という押しつけの社会とは、確実に違うと思います。

大平 それから空軍病院では、病歴をインターンが取らなければいけないのです。足りない部分を医師が補足するシステムです。そうやってインターンの身分を認め、患者さんもそれを認めているのです。

日本の場合は、脇でインターンが聞いています。

一番印象的だったのは、麻酔科のアメリカの医師が「いい医師というのは患者が作るものだ」と言っていたことです。

◆ 日本とアメリカのインフォームド・コンセント ◆

木村 やはり病院もいろいろな情報を患者さんに出すべきだと思います。日本ではインフォームド・コンセントというと、医師が患者に対して十分な情報を提供し、患者がそれに基づいて判断・決断をすることだと思われています。アメリカのインフォームド・コンセントは少し違って、病院が全体としていろいろな情報を開示することで、患者に来てもらう努力をしているのです。

病院の壁には「もし質問があったら何でも答えます

ので、何でも聞いてください」「異議があったらとにかく声に出して言ってください」と貼り紙がしてあります。また「それと同時にいいことがあったら、それもお知らせください」とも書かれているのです。

◆ 治る意欲を持つ ◆

木村 アメリカに全く問題がないわけではもちろんありません。今から25年も前のことでしたが、私はハーバード大学の健康保険に入っており、家族で年間3万5,000円ぐらいい払っていました。そのおかげで、当時でおそらく70～80万円ぐらいの手術と入院費がカバーできたのです。

その後、ワシントンのジョージタウン大学に移りましたので、同じ系列の医療保険に継続して入ろうと思い申請したら「使いすぎだから入れない」と言われました。3万円払ったぐらいで80万円とは経費を使いすぎだと。ブラックリストに載りました（笑）。

そういう保険制度の問題はありますが、それゆえに自分が支払っている医療保険について、実に細かいところまでよく知っています。と同時に、医療側もそういうことに精通しています。

さらにこれは大事なことです。患者自身が治る意欲を持つような、いわゆる患者教育を病院スタッフが一生懸命やります。手術後に肺活量を調べた時は「あなたはずいぶん肺活量が多いが、きっとこれは機械との相性がいいからに違いない。何せ、この機器はメイド・イン・ジャパンだから」と（笑）。

とにかく医療側にユーモアがあって、患者の“治りたい”という意欲を引き出してくれます。スタッフ全員が1日も早く退院できるよう力を貸してくれます。私の場合は術後1週間未満で退院しました。

それから、腎臓結石の手術後は特に食事制限はありませんので「何を食べてもいい」と、午後にはデザー

トまで選択できる夕食のメニューが回ってきました。

大平 日本でも最近、昼食はソーメンにするか、ソバにするかなどだいぶ選べるようになってきていますね。

木村 アメリカでは、本当にすべてが驚きでした。

日本では、患者は治療の対象物に過ぎませんが、アメリカでは人間として平等に扱われている。

何より、基本的なコンセプトを身を持って知ることができ、本当に素晴らしい体験でした。

◆ 入院費は高いが… ◆

大平 日米の違いはいろいろあります。アメリカは急性期医療が特に優れています。また、日本は入院ベッドが多すぎて、一つの入院ベッドに対する医療スタッフの数が極端に少ないのです。つまり、手薄になってしまう。

それからこれは良し悪しだと思いますが、アメリカでは何といっても入院費が非常に高いので、そのことが早く社会復帰しなければという動機の要因になっています。昨年、急性虫垂炎で手術を受けたあるアメリカの医師が、たった3日で退院させられ、それはハッピーではなかったと言っていました。

木村 医師が自分で言っているのですか（笑）。

大平 ええ。それからお産。以前は帝王切開をしても、2～3日足らずでどんどん退院させていました。しかしそれではあまりにも早すぎるということで、後に帝王切開に限っては1週間の入院を認めるように変わっただけです。

アメリカから学ぶことはたくさんありますが、やはり取捨選択しなければいけないと思います。

これもまた「態度で示す」話になるのですが、数年前アメリカで見つけた『How to survive your hospital stay（あなたの入院生活をいかに生き抜くか）』と

いう本に、やはり院内感染症が恐ろしいと書いてありました。医師や看護師が注射をする時は、患者さんの目の前で手を洗うようにと、これは本当にそうすべきだと思いました。日本の患者さんも、やはりそうしてもらいたいと言ってます。

アメリカのいいところは「言いたいことは言う」こと。それから互いに反論もします。医師側も患者側も勉強し合って、もし決定できない場合はセカンドオピニオンを求めていくこともあります。

◆ 治療拒否時の対応の難しさ ◆

大平 自己決定について、一つ伺いたいのですが、かつて「エボバの証人の輸血事件」というのがありました。あのように、患者さんの自己決定権を認めると、医療側からみてどうしても不適当な場面に出くわすケースがあります。法律用語で言うと「愚行の権利」も認めなければいけない場面がある。

ケースとしては非常に少ないのですが手間暇をいとなければ、患者さんの求めるところと医師の考えるところは、究極的には一致することがほとんどです。でも逆に言えば、100人に1人位は一致しないことがあるのです。

腹膜炎なのに手術をしたくなければ、何日後には必ず亡くなります。しかし、孫の運動会だとか大切な社用があるという理由で手術を拒む方がいるのです。こういう時、医療スタッフはどうしたらいいのでしょうか。

また保存的な療法ではもうダメで、透析療法でなければ寿命が10分の1になるという腎不全の場合でも、拒否する方がいらっしゃる。

腎機能が全く働かなくなる何か月か前に、患者さんご自身が治療法について熟慮する期間があれば、私もその自己決定に従っていいと思います。しかし、もう

時間をかけて説明している余裕がなく、患者さんが自己決定できない時、私達医師はどうしたらいいのかいつも悩むところです。

木村 これもまた難しい問題ですね。

私は今、東京都立病院倫理委員会の委員長をやっており、特に宗教上の理由による輸血拒否のケースについて、倫理的な対応のガイドラインを作りました。緊急事態を含め、どのようにして患者さんに納得してもらうか、どうしたら“命を保つ”という最大の価値について納得してもらえるのか。そのモデルです。全国各地から問合せがあります。

アメリカでは、輸血して手術すれば絶対に助かるケースでも、はっきりした意識を持った成人が輸血を拒否する場合は、「医療側には一切責任はない」ことを明記した書類にサインする必要があります。

治療拒否権についての判例があって、自分の命について最終的な決定をするのは自分であると。それこそ自己決定です。ですから、意思決定能力のある患者が宗教的な信条に基づいて自己決定したのであれば、医療側に責任はありません。しかし、医師としてベストの治療ができなかったことについては、残念な思いが残ると思います。

その人自身が自分で考え、決めていく人生の質を周りがどのように認めていくかは、社会的にも大きな問題だと思います。

◆ エシックス・コンサルテーション：倫理相談 ◆

木村 アメリカの場合は、医療処置でもいろいろな選択肢についてそれぞれ詳しく説明しますし、親子関係や、特に宗教との関連で倫理的な問題がたくさん出てきます。

アメリカには、ほとんどの病院に「エシックス・コンサルテーション：倫理相談」というバイオエシク

スの専門家がいて、ポケットベルを持ち、常時24時間体制で倫理相談ができるようになっています。

私達が考える病院のイメージは、医師、看護師、検査スタッフ、事務職員がいるというものですが、アメリカは更にいろいろな職種の人が入っています。病院に来る人は全員がゲスト（お客さん）でありその人達にどう対応したらいいのかを病院のあらゆるスタッフの人々に教育しているのです。

医師から事務職員まで、一人一人が病院を代表して、外からやってくる患者さんにきちんと対応する。質問されたら「忙しいので」とは言わずにできる限り答える。患者の目をちゃんと見て話すとか、そういう病院スタッフ教育マニュアルまであります。

日本がそこまでやっているかというところ……。

大平 ちょっと弱いですね。

木村 「入院のご案内」などを見ても、倫理相談があるようなところはないようです。

以前、大平先生にいただいた日鋼記念病院の案内は、非常に良かったです。世界医師会の総会の宣言に基づいて作ったのだと思いますが、日本の病院でもこういうことを本格的にやっていく運動を、これから起こしていく必要があると思います。

◆ “自己管理” という義務 ◆

大平 話題を変えましょう。

慢性疾患—高血圧、糖尿病、肺水腫、腎不全—こういう疾患に対して、ある程度効果が上がる治療法ができてきました。しかし同時に、患者さん側が自己管理をしなければならないのも事実です。それによって医療費にも差が出てきます。

患者さんに医療を受ける権利があるのはもちろんですが、それと同時に自己管理を含め、義務があるように思うのです。その自己管理能力を高めるためにはど

うしたらいいのか。

現在、日本の総医療費は30兆円、そのうち透析医療に1兆円が使われています。全体の3.3%。透析を受けている患者さんは23万人、実に国民600人に1人です。

20年前は、透析医療は最先端の医療でした。今はもう、どこの医療機関でもできる治療法になりましたが、その反面莫大なお金がかかるようになってきました。

現在全世界に100万人の患者さんがいますが、そのうち23万人が日本人です。医学の進歩の他に、国力に比例して患者さんがいるのです。

私達医療側はできるだけ患者さんに負担をかけないような治療をめざしていますが、それと同時に、患者さん側も自己管理能力を高めていなくては、これはもうお金がいくらあっても足りません。

木村先生はこのあたりの事情について、どのようにお考えになりますか。

木村 最近日本の病院でも、患者さんのために教育の機会を作っているところが増えてきましたね。

大平 それはあります。ただ、教育は「しゃべる」「読んでもらう」「見てもらう」などいろいろあるのですが、20〜30年前は患者さんがまだ人生の峠を越えていない年齢でしたから、がんばって読もうとしたし、聞いてくれました。昨年、新規に透析を導入された3万人の患者さんの平均年齢は65歳です。そうしますと、もうなかなか読んでいただけない。

ですから、患者さんへの教育は確かに必要なのですが、方法を工夫して変えないと難しい気がしています。

◆ 病院内ボランティア・サポートグループ ◆

木村 アメリカには、病院の中にいろいろなボランティアが来ています。例えば「リーチ・トゥ・リカバリー：全快に向けて」という乳ガンの患者のためのボランティアグループがあって、かつて病気を経験した

人達がお互いに励まし合い、直接情報交換しながら医療側とも協力し合って教育を行っています。

アメリカでは、遺伝的な理由による病気ごとに、いろいろなサポートグループもできています。それらをまとめて、ワシントンD.C.に遺伝病セルフサポートグループ連合体があり、議会へ治療のために予算を増やすよう働きかけたり、教育のための予算を取ったり、いろいろ活発な活動をしています。

また年に2回程度、春と秋にコミュニティ（日本では町内会）のお祭りがあります。

そのコミュニティのお祭りでは、学校や消防署なども大きい役割を果たしています。防災訓練をやったり、病院の中を地元の人に見せたり、またボランティアグループの人達が看板を出して風船を配ったりするのです。自分の病気はもちろん自分で治すのですが、グループとしてお互いにサポートしていこうという動きが強いのです。

大平 日本の場合、患者会はありますが、会として独立していて病院と連携することはあまりありません。

お話のように、患者さんがいて、家族がいて、医療スタッフがいて、そこにさらに一般のボランティアが入ってくると、また様子は変わるでしょうね。

木村 日本にも病院ボランティアがありますよね。あの方々は病院の中で直接患者とのかかわりはないようになっているのですか。

大平 いえ、そんなことはありません。

市立札幌病院では、ボランティアだとわかる服装をして院内の案内をしたり、患者さんの担送を手伝ったりしています。

日鋼記念病院では、患者さん用の図書館で元校長先生がどんな本を選んだらいいかのお手伝いをしています。

ですから、ボランティア活動の範囲は日本でも少しずつ広がってきていると思います。

◆ 生かされにくい意思 ◆

大平 これもまた微妙な問題ですが、今日本には23万人の透析患者さんがいて、その95%が血液透析、そして4%が腹膜透析、1%はその他の血液浄化法です。年間に3万人の患者さんが透析を導入される。亡くなる患者さんが2万人いらっしゃいますから、毎年1万人の透析患者さんが増えているのです。

自分の腎臓で生きながらえることができなくなった時の選択としては、血液透析と腹膜透析、そして腎移植。今日本でどのくらい腎移植が行われているかというと、死体腎移植と生体腎移植を含めて、年間700~800例です。アメリカでは年間3万5,000例くらいありますから、アメリカの人口が日本の2倍として換算すると、日本の約20倍ですね。

臓器移植についてはいろいろな考え方があります。私も移植を推進したい者の1人ですが、他人の命・臓器をあてにするという側面を考えますと、過渡期の治療方法ではないかとも思います。ただ、特に子ども、それから活動性の高い年代の人達には、もっと腎移植が行われてもいいと思います。

しかし、アメリカで年間3万5,000例腎移植が行われているといっても、やはり腎臓のドナー（提供者）が不足しており、最近では死体腎移植よりも生体腎移植が多くなってきています。そして驚くべきことに、非血縁の生体腎移植が増えているのです。

死体からの移植については、日本では臓器移植法案が可決して、むしろ臓器移植が少なくなったことから、日本人の死生観がよく話題になります。

(社)日本臓器移植ネットワークによると、確かに臓器提供カードを持っている人は非常に少ない。しかも臓器移植の意思を表示していても、意思が生かされないケースが多いのです。これは最初の自己決定権の話に

関係しますが、本人は亡くなったら臓器を全部提供すると言っている、日本の場合は家族が賛同しないと臓器摘出ができません。これは、その意思を自分一人で決めて、家族にさえ話していないことも多いからだと思います。

いずれにしても、せっかくの意思が生かされるのは10分の1程度です。

他方、生体移植については、腎臓は二つあるのでそのうちの一つを移植できます。ところが肝臓は一つしかありませんので、生体部分肝移植といってその一部を移植するわけです。これは非常に難しい手術です。

先日、とうとうドナー（提供者）が亡くなったケースがあり、アメリカでは法的措置でその病院では生体部分肝移植はできなくなりました。

生体部分肝移植を100例行った北海道大学の藤堂省教授は、やはりこの移植は心からやりたいと思えるものではないと。するのであれば生体ではなく、脳死の方からの移植をやりたいというのが本音だそうです。でも、提供者がいませんね。

木村先生は、臓器移植をバイオエシックスの立場からどういうふうにとらえておられますか。

移植が、ある国で多くある国で少ない、それでいいのか。アメリカやヨーロッパの医師からいつも「日本は腎移植が少ない」と言われます。その時に、倫理的なベースを持って「いや、これはこういうわけで、日本は少ないんだ」ということが言えればいいと思うのですが。

木村 アメリカと日本では、死体腎移植と生体腎移植の割合がきれいに分かります。日本では圧倒的に生体腎が多いわけですね。

大平 9対1くらいではないでしょうか。

木村 アメリカは圧倒的に死体腎ですよ。一番よく言われるのが「どうして日本では臓器移植が少ないのか?」「生体腎移植が多いのはすごいなあ」ということ

です。

◆ 臓器提供は最大の愛の行為 ◆

木村 日本では、移植というと誰かが死ぬことを期待したイメージが非常に強いですよね。他方アメリカの発想は「自分の命の終わりの時にできる最大の愛の行為」の一つなのです。

誰かを助けるために自分の身体の一部をあげるという発想ではなくて、自分は、本当の愛の心を伝えてこの世の中から去っていきたくて。ですから身体の一部をあげるというよりも、自分が誰かを愛しているという気持ち、次の世代の困っている人を助けるという意味ではやはり、キリスト教的な考えがベースにあるのだと思います。

自分が脳死という状態に陥ったら臓器を提供しましょう、というキャンペーンが教会で行われて、実際に教会の入り口には臓器提供のためのカードがあったりします。そのように、クリスチャンとして生きる人にとっては、ごく自然な愛の最後の行為として、社会的に受け入れられているのだと思います。

また自己決定を尊重するという意味からも、アメリカでは日本の場合とは異なり家族が移植に反対することはほとんどありません。

スウェーデンの場合は国家的な登録をして、健康保険証に「イエス・ノー」をはっきり書いておきます。

フランスやその他の国では、「私は臓器提供しない」と意思表示している人以外からは摘出してもいいということになっています。

しかし最近の統計を見ますと、日本でも移植に関心を持っている若い世代が増えていて、実際に提供の意思を表示している人も多くなっています。ですから、キャンペーンが進んでいけば提供者がもっと増える可能性はあると思います。

ただやはり「あえて他人のものをもらってまで生きたくはない。だからあげない」と、否定的にとらえるのか「命には限りがある。しかしチャンスが与えられるのであれば、生きていくことを選びたいし、そのためには自分もあげる」というふうに前向きにとらえていくのか、その日米の考え方の差はずいぶん感じますね。

私は、もちろん臓器提供のカードを書いて運転免許証に貼っていますし、もしもの時は臓器提供します。また受ける側としてもチャンスがあれば受けたいのですが、年齢的にもっと若い人にあげた方がいいとは思っています(笑)。ですから、実際にそういう状況に遭遇したら私は辞退して、若くて将来のある人にあげる道を選ぶと思います。

◆ 日・米・欧の違い ◆

大平 以前の臓器移植は、組織の適合性がネックでした。常に拒絶反応の問題があったので、他人からもらうのはとても不可能だったわけです。ところが抗免疫療法が進歩して、血液型が違ってても、組織適合性が違ってても移植ができるようになったことで、逆に木村先生のご専門である倫理的な問題が出てきたのでしょうか。

ただ、みなさん「アメリカ、アメリカ」と言いますが、アメリカの献腎率は州によってずいぶん違います。また、アメリカは大きな国でたくさんの人種がいますので、これを十把一絡げで言うことは正確さに欠けるのではないかという思いもありますね。

木村 大平先生のおっしゃることは、バイオエシックスの立場からも非常に重要です。特に少数派の問題ですね。アメリカでは、黒人の糖尿病や腎不全が圧倒的に多く、手術が必要な方が大変多いにもかかわらず、提供者が圧倒的に少ないのです。実際の提供者は白人系が多く、そういう点で黒人に対する教育を充実させて

いく必要があるのではないかという論文もあります。

大平 確かにアメリカの論文を見ると、糖尿病の黒人の割合が多いようですね。

ところで、博愛主義や利他主義、これは西洋のキリスト教文化特有のものなのでしょうか。

木村 イスラム社会にも「シャリア」という愛の思想がありますし、儒教でも「仁」とか仏教でも「慈」といった考え方があります。982年に日本で最初に書かれた『医心方』という本にも「医術は、大慈惻隱の心を持って行ふべし」というふうに書かれています。「惻隱」というのは「仁」の心のことですね。日本の医学の伝統書にも、「医は仁術である」と書かれていますのです。

私はスイスのジュネーブに3年ほどいまして、そこでも結石で入院しました。腎臓結石でウンウンうなりながらベッドにいた時、最初に誰が来たと思われますか。

大平 宗教関係の方ですか。

木村 神父が来たのです。「よくおいでくださいました。この病院は宗教的な精神に基づいて、ケアをしています。病院に入院されて身体が痛く、苦しんでおられますけれども、心の病を担当するのは私どもです」と言ってくださったのです。

そういう意味では、宗教による心のケアを中心にした病院づくりもあり得るのではないのでしょうか。宗教は人間を真に生かし、また人間が安心してこの世を去っていくための心の支えとして、今でも大きな意味を持っていることは間違いありません。

また、WHOの有名な健康の定義の中に「spiritual」という言葉をつけ加えようという提案が、看護系の方々から出ています。日本の病院で一番欠けているのは、この「spiritual＝心のケア」の部分ではないのでしょうか。アメリカでも病院スタッフとしての宗教家がいるところが多いのですが、それを特に考えさせられたのが、スイスの病院でした。

そういう観点から、日本の医療における心のケアの問題がこれからの大きな課題の一つになってくると思いますね。

大平 そうすると、社会が求める医療の姿というと、スピリチュアル・ケアが一番の問題でしょうか。

木村 そうですね。バイオエシックスの立場からは、そういうことがとても大事だと思っています。

一方、外国にいて感じたことの一つは、日本の医療制度の安心感です。

アメリカでは、健康保険は自分で買わない限りありません。日本の場合は国民健康保険や医療保険の制度があって、原則的には「いつでも、どこでも、だれでも」医療にかかれるという大きな安心感があるのです。

アメリカで医療保険がなくて大きな病気で入院しなければならなくなったら、場合によっては相当なお金持ちでも、最終的には破産の手続きをしなければいけないぐらいお金がなくなってしまいます。とにかく、4,000万人が医療保険がないために病院に行けない現実があるのですから。

◆ バイオエシックスの普及を ◆

大平 最後にお聞きしたいのは、「患者さんの自己決定が大切」と関連して、その先を考えた「事前指示書：リビングウィル」というものに行き着く気がします。

昨今、そういったことを患者さんに言ったり求めたりするようになってきていますが、この先どのように動いていくのでしょうか。

木村 ガンの告知にしても、日本では告げない方がメリットがあると考えられてきました。本人に最後まで自分が治らない病気であることは知らせない方がいいと。それが日本の長い伝統でした。

一方世界では、事実を知って生きることが、人間の

生きる基本的権利を尊重し、尊厳を守ることであるという動向があります。そんな中で「日本には日本のやり方がある」とは言えません。

この激動する世界の中で、私達は自分なりに決断して生きていかなければならなくなっています。場合によっては患者さんの方が病気について詳しいということさえ、ありえる時代になってきました。

そういう時代では、教育が大事になってくると思います。私は20年前からバイオエシックスのキャンペーンをしてきたのですが、今高等学校の倫理の教科書には、ほとんど「バイオエシックス」あるいは「生命倫理」についての記載があります。「自己決定、患者の権利、臓器移植、末期のケア」という言葉も載るようになりました。これにより若い世代でも、臓器移植を巡る意識がずいぶん変わってきていると思います。

世界諸国では、学校教育と同時に教会のようなコミュニティの中の社会活動グループが、いろいろな形でバイオエシックスの考え方に沿った「事前指示書」を作る運動を起し始めています。「自分の命について過剰な延命治療はしないでくれ」あるいは「自分は尊厳ある死を得たい」などです。

自分達のいのちを共に創造していく。自分勝手な決断ではなくて、自己決定を踏まえつつもコミュニティの中で私達が共有できる「どういう生き方をするか」について意見や情報を交換し、それを地元の病院の倫理委員会などで反映させていく。そういったチャンスが日本でも出てきたのではないかと思います。

今私は医師国家試験の委員をやっています。出題基準にも「患者の権利や人権、医の倫理」がきちんと入るように公表されています。どういう問題を出しているかは言えませんが(笑)。社会的なニーズに対応して、日本の医療システムや医学教育の内容も変わっていくとしているのです。

と同時に、患者の方も変わらなくてははいけません。

日本の医療が世界に稀な「いつでも、どこでも、だれでも」という安定している中で「本当にいい医療とは何なのか」を、医療側と共に一緒に考え、創り出していくことが求められていると思います。

厚生労働省のホームページを、インターネットで誰でも見るができるようになっていきますし、原則的に公開されている委員会や審議会に参加もできます。

バイオエシックスとしても、そういう国民参加の医療への流れを創り出していきたく思いますし、バイオエシックス公共政策の形成過程に皆さんが参加することがこれからますます大事になっていくと思います。

参加することは、創り出すということです。

大平 医療は、医学を初めとする多くの領域の自然科学を基盤にした応用科学なのだ和理解しておりますが、対象が「心」を持つ人であり、しかもその人は一人の人間として独立しながらも多くの人に囲まれて生きております。従って、医療の最終的な仕上げは究極のところ「人と人との結びつき・接触」にあると感じております。これなくして、医療を受ける方々は最終的な満足感を得られないのだと思います。

本日の木村先生のお話を伺いますと、その思いが一层募ります。バイオエシックスという新たな分野が、医療にもたらす成果は計り知れないほどに重要と考えられるのです。

私ども医療スタッフが、優れた心のこもった医療を病む人々に提供するためには、技術（テクノロジー）を包み込む人間性（ヒューマニティー）が欠かせないと、お話をお聞きして改めて強く実感いたしました。また、インフォームド・コンセント、自己決定権、自己管理、他者への愛の心などに本当の意味の魂を吹き込む必要があることも感じました。

本日は、貴重なお話をどうもありがとうございました。

腎不全医療に携わって 日頃考えること、 感じること

優先して考えたい “食べること”

羽田 茲子

(東京女子医科大学附属第二病院 栄養課・栄養士)

平成14年度の診療報酬改定で外来透析食が廃止になりました。透析療法の技術がよくなり、もはや以前のような食事療法は必要なく、普通の食事でよいという論議からです。

しかし飽食の日本では、普通の食事は肉、魚、卵、乳製品などのたんぱく質食品が多く脂肪過多であり、穀類、野菜など植物性食品が少なく、従ってビタミン、ミネラル、食物繊維が不足した食傾向になっています。また食塩の摂り過ぎも指摘されて久しく、依然として改善できない現状があります。

このような食生活が原因となって起こる生活習慣病（糖尿病、高脂血症、高血圧、心臓病など）はますます増え、糖尿病由来の透析患者さんの急増や、さらなる合併症をも増やしています。たんぱく質過多の食事は、リンやカリウム値が高くなる食事でもあり、また、食塩の摂り過ぎは水分摂取を増やし、見かけの体重を増やす結果になっています。

このような状況はメディカルスタッフの厳しい管理につながり、そのプレッシャーから逆に食事を減らし過ぎ、エネルギー不足になったり、水分で増えた体重を落とすために下剤を飲んだりした結果、低栄養になる場合が少なくありません。つまり、見かけの体重は変わらなくても、実際の体重(筋肉量)が減っていくため、筋力、免疫力など体力が衰えてしまうのです。透析患者さんにとって重要なのは、正しい食事の摂り方、バランスのよい食事の摂り方を学び、考えながら美味しく食べる習慣づけです。また、運動を生活の一部として実行すれば臨床データも改善され、おのずと体力も向上してゆきます。

人間の体、精神は食物で支配されています。食べることを何よりも優先して考えなければなりません。体によい食物である穀類、野菜など植物食品を中心に、肉、魚、卵など動物食品を適量（合わせて100g程度）摂り、牛乳など乳製品も少しは摂りたいものです。

高齢化社会に向かっている日本、医療費の膨張が起こっています。政府の政策もますます厳しくなる中で、透析患者さんの急増にブレーキをかけることが急務です。それには、生活習慣病、特に糖尿病の予防以外にありません。栄養教育、特に幼児期からの教育が大切だと、常日頃痛感しています。

スタッフと一緒に QOLの向上を

高田 貞文

(明和会 田蒔病院 事務局・臨床工学技士)

私が透析に携わるようになった昭和48年頃は、透析治療が医療保険の対象となり、腎不全の患者さん達が費用の心配もなく治療が受けられるようになった頃でした。しかし、透析中の不快感やトラブルも多く、患者さんの延命年数の延長が真剣に論じられる時代でした。

今、透析室にいると、毒素の除去効率は飛躍的によくなり、水分の除去はコンピュータでコントロールされ、透析液はより生体に近いものとなり、腎臓で作られ活性化されるホルモンについても薬が開発され、多くの患者さん達が大きな不安もなく治療を受けているように見えます。

時間の制約や食事の制限、将来へのストレス等多くの不満や不安も持っておられると思いますが、お話をしていると腎不全を治療と共に生きると言うよりも、治療は医師やスタッフに任せただけでより快適に制約のできるだけない治療をして欲しい、との話が多いように感じます。

そうしたお話も、より快適でQOLの高い腎不全治療環境の発展には欠かせない貴重な提言ですし、治療に携わるスタッフにとっても非常に参考となるものです。

しかし、透析治療の原理は昔も今も変わっていません。生体の腎臓はすばらしい臓器で人工的にそのすべてを代行することは発達した現在においてもできません。それゆえに、食事や水分の制限、透析治療時間の制約や薬の服用が必要となってきます。

患者の皆さんもスタッフと共に治療に関心を持って、短期間では許容されることであっても永い時間において必要な自己管理や時間の制約を認識し、よりよい治療を判断し、受け入れながらQOLの高い人生をより長く過ごしていただきたいとの思いを強く感じます。

透析患者さんはスタッフにとって家族同様の存在です。それだけに不満が認識不足によるわがままとなり、QOLの低下を起こしている方を見ると悲しい気持ちになるのは私だけではないのではないのでしょうか。

スタッフと一緒に積極的に透析を知り、その中で一緒に治療に取り組み、QOLの高い快適な人生を送りいただけることを心より願います。



もっと積極的に 食事相談を…

田村 智子

(寿楽会 大野記念病院 栄養科・栄養士)

私が所属している大阪府栄養士会透析食研究会では、年に1回、透析患者さん向けの「栄養食事学習会」と「料理教室」を開催しています。

学習会では「透析食事療法の基本」「水分管理」「外食の仕方」など毎年テーマを決め、講義、パネル展示、腎臓病用特殊食品の展示などを行っています。料理教室も「行楽弁当」「手軽にできる透析食」などとテーマを決めて患者さんと共に料理実習をしています。

大阪腎臓病患者協議会のご協力にて参加者の募集をしていただき、学習会は約80人、料理教室は約40人の参加者があります。いずれも質疑応答や個人栄養指導の時間を設けて、患者さんからの透析食に関する疑問や悩みに対してお答えできるようにしています。

さまざまな質問が出て、日常の食生活における患者さんの戸惑い、疑問の声がひしひしと感じられます。

Q：ほうれん草はどれくらい茹でるといいのですか？

A：茹でる時間が長いほど、カリウムは減りますが、茹ですぎると美味しくありません。1～2分で十分です。

Q：うなぎはリンが多いので食べてはダメって言われましたが、ひと切れでもダメなのですか？

A：確かにうなぎはリンが多い食品ですが、血清リン値が高くなければ月に1回ぐらいなら召し上がっていいでしょう。

Q：酢の物のきゅうりも茹でるのですか？

A：酢の物のきゅうりなどはせん切りにして水にさらすようにすれば、カリウムは減ります。茹でなくてもいいのです。

参加されている患者さんの中には栄養士のいないクリニックの方々もいますので、このような質問が出てくるのかと思います。「いつ頃、栄養指導をお受けになりましたか」とお尋ねしますと、「導入期に一度だけ」とのことです。何年も前に一度、栄養指導を受けただけでした。

このことは、私達栄養士が透析導入期、それ以後の継続指導をちゃんとしていないからではないでしょうか。栄養士のいる施設でも、日常充分に栄養食事指導がなされていないからではないでしょうか。透析の食事療法にかかわらず、どのような疾患の食事療法でも一度聞いただけではすべてを理解し、実施

することは困難です。まして毎日のようにグルメ料理、健康関連のテレビ番組が放映され、雑誌やインターネットでさまざまな情報が飛び交っています。何が正しいのか、どうすればいいのか、誰しもが戸惑っている時代です。患者さんはさらに不安になるのではないのでしょうか。

患者さんが豊かで楽しい透析食生活を送るために、腎不全、透析に携わる栄養士がもっともっと積極的にかかわっていかねばいけないと思います。十分に患者さんに栄養・食事についてお話ししていないことを私達栄養士は反省しなければならないと思います。

なお、患者さんは栄養指導を受けるのではなく、気軽に食事の相談をするというお気持ちで栄養士に声をかけてくださいね。

腎不全医療に 携わって

石橋 久美子

(正清会 すみだ内科クリニック・看護師)

私は、昭和59年に初めて看護師として就職した時から透析（腎不全）医療に携わってきました。特に腹膜透析（CAPD）の患者さんとかかわりが多かったのですが、長い方とは20年近くのお付き合いになります。初めて腹膜灌流に携わったり、急性腎不全患者さんのベッドサイドで尿の出る量をずっと見守る医師の姿を見たことが、ついこの間のような気がします。透析療法は、機器・装置を必要とする特殊性があり「透析（腎不全）医療って大変だな」というのが第一印象でした。

腎不全は長期にわたる全身性の疾患であり、合併症が多く、その病態は複雑です。また透析療法は生涯にわたって行う必要があります、自己管理も大切です。特にCAPD療法は、在宅で患者さんご自身やご家族の方が行う治療法であり、自己管理の重要性はさらに大きくなります。訪問看護の折に本棚に多くの医学書が並んでいる光景を見て、患者さんも熱心に勉強なさっているのだと驚いたこともありました。お話を伺ってみると、実際の生活に沿った知恵や経験に基づくさまざまな工夫をなさっておられ、私達看護師も大いに勉強させていただきました。逆に、経験の長い患者さんでは手順を省略したり、自己流にアレンジされて「ちょっと待ってください」と声をかけたくなる場面もありました。

このようにご苦勞の多い患者さん達が、腎不全になった時、腎臓が悪いとわかった時から適切な医療・看護が受けられるように、合併症をより少なくし、また合併症と戦いながら上手に透析生活が送れるように、的確なアドバイスを行いたいと思います。そのためには、常に勉強し正しい知識・技術を磨くことが大切であると痛感しています。

これからも患者さんやチーム医療のスタッフの方々と力を合わせて腎不全と闘っていきたいと思っています。

よりよい透析ライフを過ごすために —医療側の課題—

當間 茂樹

(平成会 とうま内科・医師)

透析患者さんの増加はとどまることを知らないように見えます。糖尿病や腎硬化症から腎不全に至り、ついに透析の必要なまでになる方が目立ってきました。患者さん自身の自己管理と医療スタッフの努力で、透析患者さんの生存率は世界のトップにありますが、一方では高齢化に伴うさまざまな問題を抱えております。身の回りの世話の必要な方や家族による送迎の不可能なお年寄りをどうするか、長年の透析で、何度も作り直し疲弊したシャントや、シャントによる心臓への負担の問題などが当面の私達の課題です。以下、私どもの取り組みをご紹介します。

1. 身体を動かす

お年寄りに限らず、筋力を維持することを目的に県の健康増進センターのご協力のもとで水流教室を始めました。プールで水流の中を歩くのです。これは年齢に関係なく行えます。ひとりで出かけるより仲間と行く方が何かと気楽なようで、結構評判になり、他の施設の患者さんも参加するようになり楽しんでいるようです。穿刺部の保護は撥水性の絆創膏で簡単に行え、インストラクターの心配も消えました。身体を動かすことで精神的にも活力に満ちてきました。散歩を日課とすることも勧めております。これらの運動が骨にもよい影響を与えるかも知れません。必要とは思っていてもなかなか実行できないのがほとんどの方ですので、透析施設側でアイデアをいろいろ工夫し、患者さんを引き込むことです。

2. シャントの問題

シャントの手術を繰り返し、手の先に流れる血流の少なくなった方も多くおられます。このような方に上腕、正中でシャント化すると(特に人工血管による)、手が冷たくなり、しびれ、痛みをきたすことがあります。さらにひどくなると、指先から壊死を生じ、切断せざるを得ない患者さんもいらっしゃいます。またシャントのため心不全に陥ることもあります。このような例では、シャントを作らずに透析を可能にする方法を考案中です。具体的には、表在化した動脈に一方を閉じた人工血管の枝を縫いつけるもので、その内部に血流はありませんが、これを買いて針を動脈内に送り込むのです。穿刺はやや困難ですが、馴れるとほとんどのスタッフが穿刺できます。ただし、返血に使える静脈のあることが条件です。これまでに18例にこのようなアクセスポートを作製し、ほぼ満足できている状況です。近い将来どこの施設でも可能になるよう、さらに検討を加えているところです。

通常シャントの穿刺でもスタッフによっては“じょうず”、“へた”がありますが、透析専門のスタッフはこれを克服すべきで、透析施設の課題のひとつに挙げておかねばなりません。

3. 透析医療の合理化

患者さんの増加と高齢化は現場のスタッフの負担を過大なものにしつつあります。透析にかかわる医

療費の削減はスタッフの増員を阻む大きな要因であり、患者さんとのコミュニケーションは希薄になり、われわれの仕事が単純作業の繰り返しになってはいないか、気にかかります。スタッフの負担を軽減するために自動プライミングや自動回収は技術的に可能で、医療経済にもプラスとなり、いずれ一般に普及すると思われます。

「がんばる力」「生きる力」は、 人と人とが支え合って生まれてくるもの

長山 勝子

(岩見沢市立総合病院 看護部・看護師)

私は透析医療に携わって30年を迎えようとしています。初めて透析患者さんと出会った時の印象は、今でも忘れることはできません。ベッドで8～10時間の長い治療を受けている患者さんの姿を目にした時、治療そのものにも驚いたと同時に、一生の治療として生きなければならない患者さんの生活、心のありようを思うと、胸が締めつけられたことを覚えています。

しかし、透析医療はめざましく発展いたしました。それと同時に、透析患者さんも年々増加し、今では23万人を超えているという報告もあります。日本全体が高齢化社会と化し、透析患者さんにおいても同様で、当院でも70歳以上の患者さんが、全体の3分の1を占めています。

医療の発展は今後も進歩していくものと信じておりますが、人が人として生き、人生の最後の幕をどう引こうとしているのか、最近自分も含めて考えるようになりました。このような思いを抱くのは私だけでしょうか？

ある90歳の女性患者さんです。「スイカがおいしいよね、水も我慢できない、ごめんね、体重増えて、でもがんばるから全部とってね」と4時間の透析中悲痛な顔をし、必死に耐えています。若い頃の私でしたら、このような時には「食事管理はこうあるべきだ」と繰り返し説明指導し、それが守られない時には、すべて患者さんのせいにしてきたように思います。

これは、医療従事者の勝手な思いであり自己満足です。一つ一つの段階を患者さんの歩調に合わせて、いま必要な知識、方法、今後に向けての考え方など、ご家族を含めて共に話し合う姿勢が大切です。

「がんばる力」「生きる力」は人と人とが支えあって、生まれてくるものだと思います。人それぞれ顔が違うように、痛みひとつとっても同様で、その人の痛みをわかることはできません。しかし、その痛みを思う気持ちを相手にどう伝えるかが大切です。言葉や態度はその人の心を表現します。患者さんの持てる力を最大限に発揮できるよう援助することは、看護師として、当然の役割であります。

患者さんの笑顔を励みに今後も患者さんと共に、歩んでいきたいと思っています。

腎不全の皆さん、透析をおそれず 早くに人生設計を立てましょう

上田 峻弘

(市立札幌病院・医師)

「透析を始めたら一生しなければいけない」「透析になったら自由が利かない辛い日々が続くのだろうか?」との不安から、透析導入間近い保存期腎不全の患者さんに「透析導入前にしたいことをしておきたい」「透析に入る前に旅行をしたい」と相談されることがよくあります。

その時には「シャントを作って、透析の準備をしてからにした方がよいですよ」とアドバイスしています。旅先で下痢、感冒等のアクシデントに見舞われ、緊急導入になってしまった方を見かけます。多くは危険な状態になり、生死をさまよう羽目になってしまいます。

透析に対する考えを少し変えていただきたいと思います。自分の持っている腎機能をすっかり使い果たして透析に入るのではなく、少し余力のある時点で導入して、その後も大いに有意義な人生を歩んでいかがでしょうか?

それではいつ、内シャントを作るのかのタイミングについて助言したいと思います。

その前に、自分の腎臓病が何であるかを知っておきましょう。

糖尿病性腎症かどうかは重要なポイントです。糖尿病か非糖尿病かにより病気の進む度合いや合併症に差があります。糖尿病では血清クレアチニン4.0mg/dl以上。非糖尿病では6.0mg/dl以上になった頃がよいでしょう。さらに導入は、内シャントが育つまで1か月以上の余裕が欲しいです。

現代医学では血清クレアチニンが3.0mg/dl以上になると透析導入を避けることは難しく、2～3年以内には導入が必要です。早くに自分の身体状況を理解して、人生設計を立ててください。

透析患者さんは世界中、どこでも透析という「オアシス」を頼りに旅行ができます。日本では透析の受け入れは全国津々浦々まで完備しています。

また、医療技術には地域差がなく、安心して治療を受けることができる世の中になりました。世界の透析事情を見ても、欧米は日本国内と同様といえましょう。経済的にも国が面倒を見てくれます。保存期の腎不全の患者さんは計画導入をして、大いに活動的で希望に満ちあふれ、行動範囲の広い楽しい人生を送ってください。

いかに長生きするかだけではなく、いかに生活をエンジョイするかを考える時代が来ました。

透析技師から 臨床工学技士となって

大石 義英

(大分市医師会立アルメイダ病院 臨床工学室・臨床工学技士)

今年の夏は長梅雨の影響で1か月遅れて暑くなったかと思えば、彼岸が過ぎすぐに寒くなりました。例年と違う寒暖の差に戸惑っています。

さて、私は約24年前のオイルショック後に理工系大学を卒業し、現在と同じような就職先がない時代でした。就職も中途半端で好きな剣道ばかりしていた私に、実家近くの医院のH先生（当時、県医師会理事、少年剣道場館長で開業医院長、晩年、腎不全で透析患者となり合併症で他界された）から「透析技師」になることを薦められ、昭和54年、当院に就職しました。そして、平成元年に臨床工学技士を取得し現在に至っています。

私の勤務する病院には、透析治療に来られる外来患者さんはいません。しかし、救命救急センターでもあり医師会立病院でもあるので、大分県の各地から透析導入目的や各種合併症患者さんが入院されます。

患者台帳を調べてみますと、当院に透析治療のため入院された患者さんは約3,800名になります。ちょうど、大分県の透析患者さんと同じ位の数です。決して大分県全員の患者さんを知っているわけではありませんが、一度来られた患者さんはほとんど記憶しております。

私が透析医療に携わり喜びを感じるのは、当院に入院された時に大変重症で外来通院に戻れるかどうかと危惧された方が回復して退院となり、紹介病（医）院に帰られる時です。その時に、私なりの患者さんに送る言葉があります。それは「今度、当院に来られる時は患者さんではなくて、お見舞いに来られた時や他の用事で来られた時に元気な顔を見せてください。でも、本当に悪い時はいつでも遠慮されずに来てください」と言います。

また、臨床工学技士仲間には「患者さんが使用する装置を自分の祖父母や親兄弟が使用すると思って保守・点検に心がけよう」といつも言っております。そうすれば、医療事故や院内感染のない医療ができるのではないかと思います。

われわれ臨床工学技士は、医療機器と患者さんの間を技術的な面だけでつなぐのではなく、患者さんおよびスタッフ間の潤滑油となれるよう、精神的な面も日々努力したいと考えております。



IPDによる透析導入は古いのか？

原田 篤実

(松山赤十字病院 腎センター・医師)

私が透析医療に携わるようになった昭和50年代には、慢性血液透析患者導入の時にどの施設でも間欠的腹膜透析 (IPD) が行われていましたが、昭和60年代には緊急透析用カテーテルの進歩と共に直接血液透析にて導入されることが普及してきたため、現在ではIPDができる若い医師はほとんどいなくなっていました。しかし、松山赤十字病院腎センターでは未だにIPDにての慢性血液透析導入を続けています。その理由は不均衡症候群が少ない等の医学的利点の他に、導入時期の患者さんの指導にとっても役立つという特徴があるからです。

IPDは非常に時間と手間のかかる方法です。家族が付き添って注排液時間と量を記録し、看護師は1時間に1回のボトル交換のたびに患者さんの側へ行行って状態のチェック、声かけ、導入期指導と理解度のチェックを行います。この状態が2～4週間続いてから血液透析へ移り、約1週間で退院しています。

慢性透析へ入るということは、患者さんにとっては「新しい生活への生まれ変わり (rebirth)」であり、なぜ透析をしなければいけないのか、これからの透析生活にどう向き合っていくべきかを真剣に考えて、納得してから始めるべきだとボスの藤見惺先生から教えられました。そのため、患者さんには今までとは違う新しい生活に入るという覚悟を持ってもらいますが、導入する医師にも、自分が慢性透析へ導入した患者さんにはどこに行こうと死ぬまで責任があるのだ、という覚悟が必要です。

昭和60年代以降、早めの導入、外来での導入が患者さんのQOLを損なわないよい導入方法だと持てはやされた結果、慢性透析療法の深刻さや厳しさが軽視され、医療側も患者さんも楽な方、楽な方へ流されて来ているのではないのでしょうか。

先日、福岡で透析病院を開業している私の先輩の島松和正先生が「慢性腎不全の患者さんには、初診の時から時間をかけて教育してできるだけ自分のレベルにまで引き上げるようにしている。そうすると、その後の管理が非常に楽で、患者さんが自分でよくなって行く」と話していましたが、私以上のことをしておられると感心させられました。腎臓専門医と同じくらい知識と理解のある患者さんを作っていけば「自分で自分を診ることができる」患者さんがたくさんできてくるということです。

この雑誌を読んでもらえる皆さん達は、慢性透析療法の達人となるべく、施設のスタッフやよい自己管理ができているお仲間からいろいろなことを学び、透析の知識と智慧を高めることに務めていただきたいと思います。

私が透析療法に 携わった理由

阿部 年子

(永仁会 永仁会病院 腎センター・看護師)

私は、昭和47年から48年までの間、岩手県の病院で働いておりました。泌尿器科で働いておりましたので、尿毒症の患者さんをケアする機会がありました。

当時は透析療法が普及しておらず、当然私の勤務する病院にもありませんでしたので、他の施設に紹介するしかありませんでした。

岩手県では県立中央病院に透析の機械が2台あったと聞いております。その時、尿毒症の患者さんが2名いらっしゃったので紹介したのですが、すでにいっぱい断られたように思います。

私の勤務する病院の泌尿器科医は、仙台社会保険病院での透析療法の開始を知っており、そこへ紹介することになりました。年齢の若い患者さんは引き受けていただきましたが、50代の方は断られました。そのような時代だったのです。

その方の間欠的腹膜透析療法を介助しながら「俺は年だから仕方ないよ」と言われました。今の時代にはとても考えられません。その方は腹膜透析をしながら眠るように亡くなりました。

そこで血液透析療法とは何だろうとの疑問から、昭和49年仙台社会保険病院に就職したのです。

透析室勤務は特殊な業務であり、その習得だけで精一杯でした。シャントの穿刺は緊張で全身が震えました。

1年程勤務してから、他施設の透析室に勤務することになり、そこでの勤務が、私に透析医療を一生の仕事としていく決意をさせてくれたのです。

規模の小さいクリニックであり、患者さんとのコミュニケーションは深いものがあったように思います。2～3年前には、透析療法を受けられず亡くなった患者さんを目の前にしていたのに、今度は透析療法を受けられても新たな問題が浮上してくる。問題は必ず起きてくるものであり、すべて解決することはないのだと自分に言い聞かせながら時間は過ぎて行きました。そして新築移転するたびに、患者さんの数が増え、現在は200名となりました。

昔のような直接的な透析業務は少なくなり、管理業務が多くなってきましたが、腎センター長をはじめスタッフの応援により、私の生きがいである透析療法のお手伝いができることに感謝している毎日です。



体に
KISSEI
安心

エネルギー補給のアガロリーシリーズ

エネルギー
補給デザート
**ムース
アガロリー**

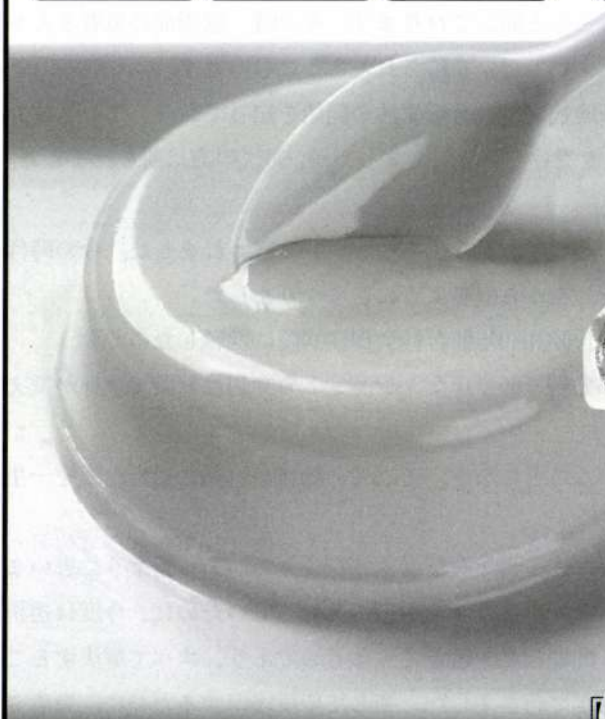
一食67gあたり エネルギー **160kcal**

たんぱく質 0.2g リン 26mg カリウム 50mg

エネルギー
補給ゼリー
カップ **CUP
アガロリー**

一食83gあたり エネルギー **150kcal** カルシウム **100mg**

たんぱく質 0g リン 2mg以下 カリウム 10mg以下



KISSEI キッセイ薬品工業株式会社 ヘルスケア事業部

■お問い合わせ先

〒399-0711 長野県塩尻市片丘9637番地6

TEL0263-54-5010 FAX0263-54-5022

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

0120-753-666 FAXフリーダイヤル **0120-753-667**

通信販売も
実施しております

購入金額3,000円以上の場合、送料無料でとなります。
購入金額3,000円未満の場合は、送料600円が必要と
なります。
※代金は商品配達時にお支払いください。

ご高齢の透析患者さんをめぐる いろいろな問題 ——実りある日々のために

日時●2003年9月20日

場所●ホテルグランヴィア大阪

出席者(順不同、敬称略)

高田勝之助

与儀 隆

藤原 実

岡本美知子

司会●小野 利彦 (桃仁会病院・医師)



小野 利彦 先生

小野(司会) ではさっそく始めましょう。京都から来ました桃仁会病院の小野と申します。

「ご高齢の透析患者さんをめぐるいろいろな問題」が今日のテーマなので、普段皆さんがお困りになっている、あるいは考えていらっしゃることをお話しいただければと思います。

- ① 日常的な通院、透析などにおいて苦痛を感じていること
- ② 医療施設や透析スタッフに対する要望
- ③ 透析以外の日常生活上の問題点
- ④ 患者会の活動

⑤ わが国の医療制度、医療費引上げ

などのさまざまな点につきまして、自由にご発言いただきたいと思います。

普段われわれ医療スタッフも、なるべく患者さんからお話を聞くように努力はしていますが、患者さんの思いが、必ずしも医療側にきちんと伝わっていないような気がします。

明日も、患者さんの勉強会で4～5人の患者さんにご自身の体験談をお話いただきますが、私達が推測している患者さんの気持ちと、ご本人の考えに、相当ギャップがあることがわかります。

患者さんの座談会

ご高齢の透析患者さんをめぐるいろいろな問題

非生産年齢人口/生産年齢人口
 =(全人口-(20~64歳人口))/(20~64歳人口)
 以上の式で計算すると、

1994年=4775/7825≒0.61

2024年=5200/6800≒0.76

このように、30年後の生産年齢人口(20~64歳人口)の人的負担率は、

0.76/0.61≒1.25倍にすぎない。

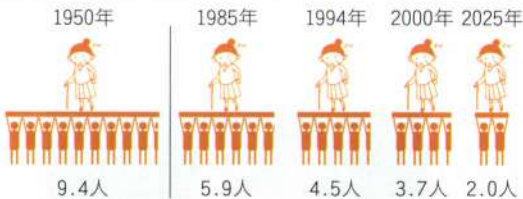


図1 30年後の人的負担率

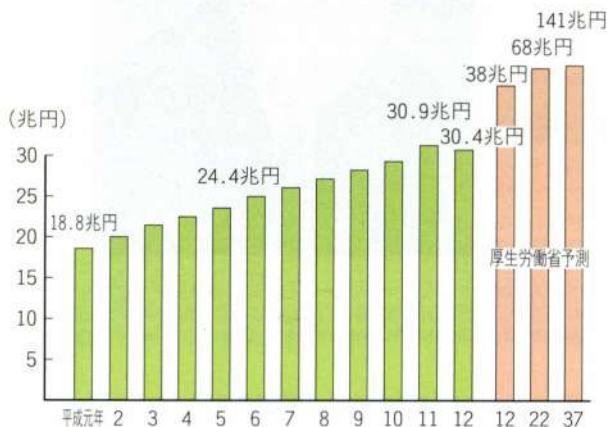


図3 国民医療費の推移

お気軽に話をしていただければ、これを読まれる患者さんの参考になるかと思うので、よろしくお願いたします。

高齢腎不全患者さんを取りまく医療の現状

小野 座談会に入る前に、まずわが国の医療の現状についてお話ししたいと思います。

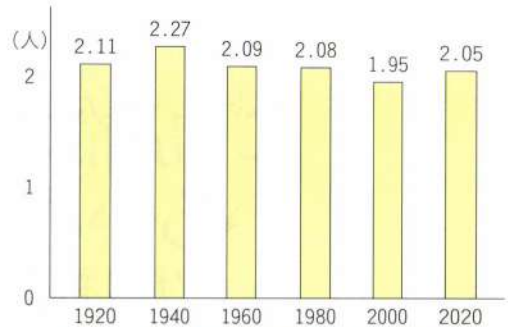


図2 1人の労働者が支える扶養人数

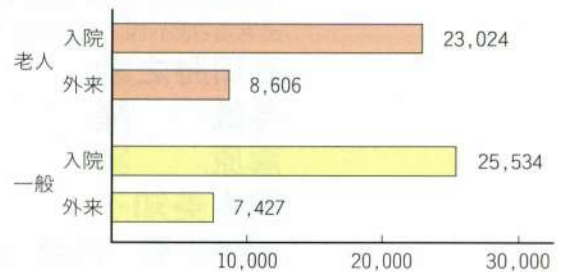


図4 1日あたりの診療費

わが国では、高齢の方が医療費をたくさん使っていてけしからんという批判があります。一般に少子高齢化から高齢者を支える人数がどんどん減っており、2025年には2人で1人の高齢者の面倒を見ることになるので、これは大変だとよく言われています。(図1)¹⁾

しかし、この数字にはトリックがあるようです。実際に働いている人の数で、日本の総人口を割ると、こういう数字にはなりません。

1人の労働者が支える扶養人数を見ると、2000年で1.95人、2020年では2.05人と多少増えますが、指摘されているほどの状況にはなりません。65歳以上でも、ちゃんと仕事をしている方はたくさんいますので、一般に言われている高齢者を支えきれないというこの指摘は、あまり正しくないと思います。(図2)¹⁾

1人当たりの医療費(万円)		対GDP比(%)	
1	スイス	45	1
2	アメリカ	42	2
3	ドイツ	32	3
4	ノルウェー	30	4
5	ルクセンブルク	29	5
6	デンマーク	28	6
7	日本	28	7
8	フランス	27	8
9	スウェーデン	26	9
10	オーストリア	24	10
11	アイスランド	24	11
12	オランダ	23	12
13	ベルギー	22	13
14	オーストラリア	20	14
15	カナダ	20	15
16	フィンランド	19	16
17	イタリア	17	17
18	イギリス	14	18
19	アイルランド	14	19
20	ニュージーランド	14	20
	アメリカ	14.0	
	ドイツ	10.5	
	スイス	10.2	
	フランス	9.7	
	カナダ	9.6	
	スウェーデン	8.6	
	オランダ	8.6	
	オーストラリア	8.5	
	ポルトガル	8.3	
	アイスランド	8.2	
	デンマーク	8.0	
	オーストリア	8.0	
	ノルウェー	7.9	
	ベルギー	7.8	
	イタリア	7.8	
	フィンランド	7.4	
	スペイン	7.4	
	ニュージーランド	7.3	
	日本	7.2	
	チェコ	7.2	

図5 国民医療費の国際比較 (1996年)

それから、医療費が引き続き上昇するという指摘についてですが、厚生労働省によると、平成12年には38兆円、平成22年には68兆円になるという予測が出されています。しかし、平成12年度に実際にかかった費用は30.4兆円で、すでに予測との開きがかなり出ています。(図3)¹⁾

要は、多めに見積もった数字だけがとりざたされているのです。この平成22年の68兆円というのも、どこまで信用できる数字かわかりません。高齢者に医療費が多くかかるのは事実ですが、それは絶対数が多いからで、1人当たりの費用で見ると外来でも入院でもあまり変わりません。入院費はむしろ高齢者以外の方がたくさんかかっているぐらいです。(図4)¹⁾

次に国際比較です。日本は1人当たりの医療費が高いと言われますが、金額ベースでいうと世界で第7位です。国民所得との比率では世界で19位で、お金があるわりには医療費をかけていないことが、おわかりいただけると思います。(図5)¹⁾

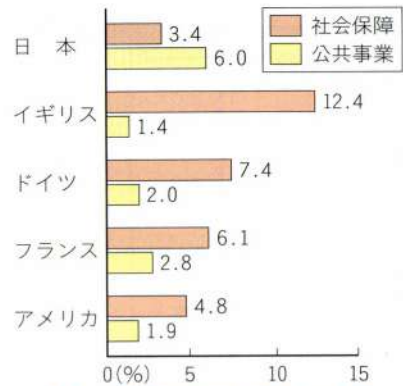


図6 国庫支出額/国内総生産

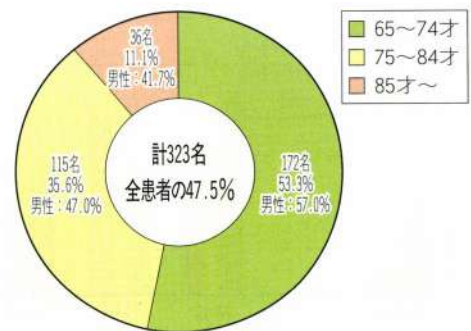


図7 年齢構成

最後に、社会保障費と公共事業費の比較です。諸外国と比べますと、日本は社会保障費が少なく公共事業費が多くなっています。道路や橋もないよりはあった方がいいのですが、どちらに重点を置くかを、もう少し考えてもいいのでは、と思います。(図6)¹⁾

さて、この座談会の資料として、私どもの病院におけるご高齢者の現状を調べてみました。

患者さんの数は700名弱で、65歳以上の方が47.5%と約半数を占めています。さらに、その半数が65～74歳。85歳以上の方も11.1%、1割強いらっしゃいます。(図7)

患者さんの座談会

ご高齢の透析患者さんをめぐるいろいろな問題

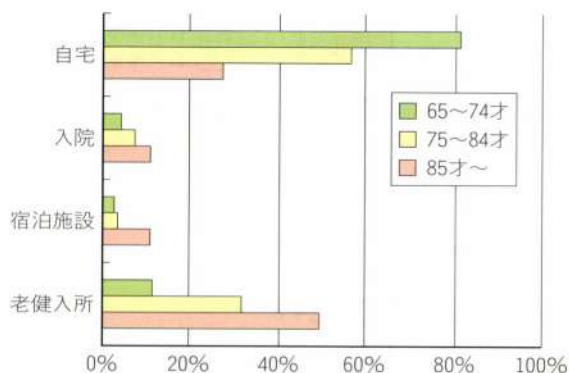


図8 居住形態

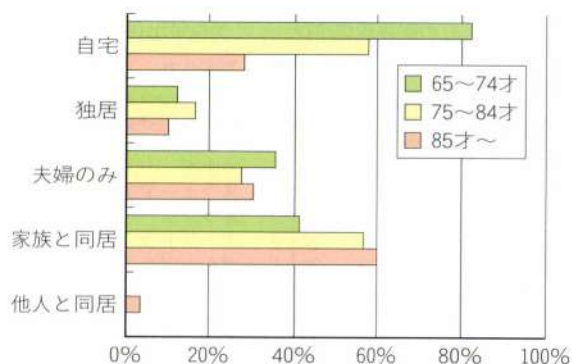


図9 居住形態

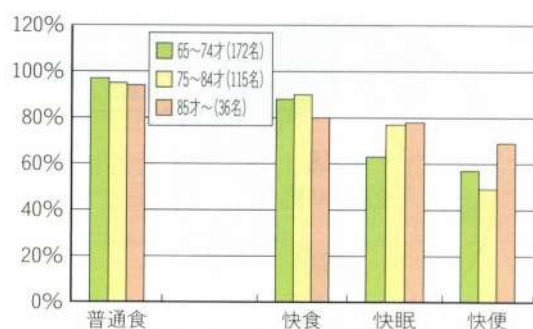


図10 食事・睡眠・便秘

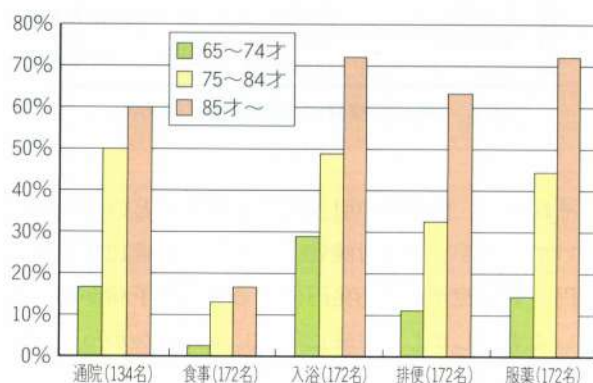


図11 介護を要する動作

通院と入院・入所を比較しますと65～74歳の方の80%ぐらいは自宅から通っているのですが、85歳以上の高齢者になると、入院や入所がだんだん増えてくる状況です。(図8)

また自宅にいる方の生活状況は、ご家族と一緒に生活している方が約半数で、残りの半分は、ご夫婦だけや1人で生活している方が年齢を問わずいらっしゃいます。こういう方々は、この先だんだん通院が難しくなってくるのではないかと思います。(図9)

さらには食事がきちんと食べられるか、あるいはよく寝られるか、便秘がいいかなどですが、普通の食事

をしている方は、各年齢とも90%以上いらっしゃいます。また、食事がおいしくてよく食べられる方は約8割。よく寝られる方は、やはり8割ぐらいいます。一番問題なのは便秘です。半数の方が、便秘で困っていらっしゃるようです。(図10)

次に、自宅で介護を受けて生活をしている高齢者の課題です。最も求められているのは入浴介助です。さらに、痴呆高齢者で排便が1人でできない方の介助。それから意外と手間がかかるのが、お薬の問題です。透析日の朝はこれ、昼はこれというふうに分けてあげないと飲めない。分けてあげても、うまくいかない方

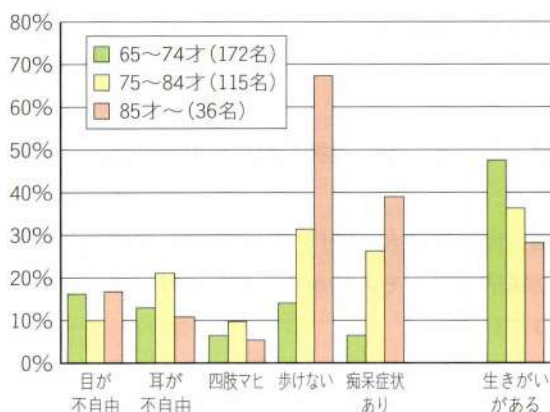


図12 身体状況

もいます。(図11)

身体の障害については、歩行が一番問題です。特に85歳以上になると、自分で歩けない方や痴呆の方も増えてきます。聴力や視力に関しては、大部分の方があまり日常生活には差し支えないと感じていますが、中には糖尿病で全盲という方もいます。ただ、透析に入ってから視力がどんどん悪くなるということは、あまりないようです。

最後に一番問題なのが、趣味や生きがいがあるか、です。若い方で半分ぐらい。ご高齢の方ですと3割ぐらいしかありません。透析だけをして暮らしている状況をどうしていくかが、大きな課題だと思います。(図12)

転勤族から透析生活へ

小野 それではどうぞお1人ずつ、透析導入時の状況や今日に至るまでの経過、お困りのことなどをお話しいただきたいと思います。

高田 私は、慢性腎不全によって平成9年2月から透析を始め、今年で7年目になります。ただ今74歳です。

それまでは転勤があったり、割合元気に過ごしていたので、透析をするとは夢にも思っていませんでした。ですから「透析を」と言われた時には本当にびっくりして、すぐに死んでしまうのではないかと思いました。

その後、同じように透析をされている方がたくさんいらっしゃるということが、だんだんとわかってきました。

私の病院、吉野・三宅ステーションクリニックは、全病棟が透析の方ばかり180人ほどいます。

先ほど小野先生もおっしゃったように、高齢になると歩けない方が増えてきます。透析をするとみんな歩けなくなるのではと思い先生にお聞きしたら、「そんなことはありません、歩ける方もたくさんいらっしゃいます」と言われました。しかし車椅子の方がたくさんいらっしゃるものですから、どうしても気になってしまいます。「年を取ると、こうなるのかな」という心配が、常にあります。

去年の秋頃から声が変わり、耳鼻咽喉科で検査をしてもらったら、声帯にガンができていたと言われました。

腎不全における合併症やガンについても書籍等で指摘があったので「やっぱりそういう部分が出てくるのかな」と思いました。ただしわが家はガンの系統なので、その影響かもしれません。私ごときが判断できるものではありませんが……。

その後、簡単な手術をしました。今も少し声が出てくしいし、長くしゃべっていると少しつらくなるので、お聞き苦しいと思いますがご容赦ください。

小野 通院や透析中、困ることはありませんか。

高田 通院は自分の車を使い7～8分で通えるので、あまり問題はありません。見ていますと、高齢の方でも車を運転して来られる方がたくさんいて、福祉タクシーや車椅子用の専用車両で来られる方は、180人のうちの10人足らずかと思っています。



高田 勝之助 さん

透析を始めて1～2年は、ものすごくかゆくなりました。頭の中にもブツブツができ、これが身体の内部にもできているのではないかと、ずいぶん心配しました。

あまり手当てをした記憶はありませんが、今はずいぶんよくなりました。

一つだけ思い当たるのは、岐阜県で売っている家庭で使えるサウナ風呂です。試しに2週間ほど借りてみると、体質的に汗が出にくい私でも汗が出て、後はずいぶんかゆみがなくなったので、現在でも使用しています。

小野 発汗については、出にくい人もいます。しかし、汗腺の機能すべてがだめになっているわけではありません。自律神経の異常で、発汗しにくい状態になっていますので、ある時から急に治ることもあります。

ですから、発汗を促すようなことを繰り返し努力していると、またよく出るようになるかもしれませんね。

20代から糖尿病と闘う

小野 与儀さんが、透析を始めた頃の状況はいかがでしたか。

与儀 原疾患は大学時代（20歳の頃）に発病した若年性糖尿病です。その時からインシュリン療法をずっと続けています。

その時点で、ドクターに「君は50歳までしか生きられないよ」と言われていました。その後20年間は何かもちまして、40歳で糖尿病性腎症から透析を始めました。

透析開始時は、私も汗が出にくくて、顔には斑点が出てかなり調子が悪く、家族会議を開き、母親が自分の腎臓をあげてもいいというので、透析を始めて2年後に腎移植を行いました。

腎移植を行ったのはいいのですが、かなり強力な免疫抑制剤を使ったので、抵抗力がガタッと落ち、レジオネラ肺炎にかかり、ICUに運ばれて生死をさまよう経験をしました。たまたまその時に、琉球大学にレジオネラ肺炎の専門の先生がいて、1～2年かかりましたが適切な治療を受けて治すことができました。

その後、移植腎は5年しか持たず再度透析に入りました。ただし、最初に透析に入った時よりはずいぶん元気になりました。汗も出ますし、かなり体調もいいです。

どうしても足腰が弱りますので寝たきりにならないように、現在は職場の中にあるトレーニングルームでウォーキングや筋肉トレーニングをしています。

今52歳ですから、50歳までしか生きられないと言われていた年齢を超えて、「もう少しがんばれるかな」という実感を持っています。

小野 再透析から何年になるのですか。

与儀 もう5年になります。

小野 血糖のコントロールはどうされていますか。

与儀 眼科にもきちんと通っていますが、視力の変化はないようです。ただ糖の管理が難しく、常に自己血糖測定器を持ち歩き、朝・昼・晩調べてインシュリン療法を続けています。

小野 やはり糖尿病の方はハンディが大きいですね。同じ透析をしていても、苦勞なさることが多いと思います。

患者会活動が生きがい

小野 では、藤原さんはいかがですか。

藤原 私が透析に入ったのは、平成8年8月12日だったと思います。前日に子供の結婚式があり酒を飲んだのですが、どうも身体の調子がいつもとは違ったのです。

以前からクレアチニンが高く、毎月1回の通院では、いずれ透析に入らないといけないとお医者さんから聞いていました。結婚式の翌日「クレアチニンが8 mg/dl以上ですよ。ここにきて急激に悪いので、すぐに透析をやった方がいいですよ」と言われました。

実はいつ透析に入ってもいいように、その1か月前に血管の手術はできていましたので、その日のうちに透析に入りました。しかし、妻や子供達はそんな急に透析に入るとは思っていなかったもので、驚いていましたね。

透析にはとてもお金がかかる、生活が大変だとうわさで聞いていましたので、経済的にどうしたらいいかという心配が、まず先に立ちました。妻もそのことをずいぶん心配していたようでした。

たまたま私は会社の役員、労働組合担当でしたから、組合の役員相手に毎晩2～3軒飲んで歩くというかな



与儀 隆さん

り乱暴な生活をしていましたので、いずれ何かあるだろうなという気はしていました。

私自身、社員に対して会社を長期間休んだり、会社に出てこれられないような勤務形態の人については、辞めていただくという厳しい人事管理を行っていました。ですから、自分がそういう立場になったら、辞めないわけにはいきませんので、その月末に役員を退任しました。64歳の時です。

会社を辞めて収入がなくなると、透析の費用負担が気になりました。病院に尋ねると「今は社会保障が充実していて、透析患者さんは月額1万円を負担するだけで受けられますよ」と言われました。調べてみたら、その1万円も東京都では自治体が負担してくれ、透析はただでできることがわかりました。

初期の頃は患者さんの全額負担でしたが、透析を導入した先輩方が一生懸命に運動をされて、いろいろな経過の後、無料になったとお聞きしました。

患者さんの座談会

ご高齢の透析患者さんをめぐるいろいろな問題



藤原 実 さん

先輩方は、自分達の身を賭して運動をしていらっしゃったと伺い、私もその意思を受け継がなければいけないと思ってすぐ患者会に入りました。

現在、いろいろな患者会の役員をやっています。あとは、葛飾区の身障者相談員として身障者の方のさまざまな相談にのっています。

現在、患者にも医療費の負担を強いる情勢になってきましたが、自分達が受けた恩恵はそのまま後輩達に引き継いでいきたいと思い、今はそれが私の生きがいになっています。

64歳までは自分のために働いてきたので、その後は少しでも社会に役立てるようがんばっています。

ふだん朝は5時か5時半に起き、1時間ぐらい散歩して、30分程度、自己流の体操をしています。

先ほど、年を取ると生きがいなくなるとのお話がありましたが、私は自分で生きがいを創って過ごしていきたいと思っています。

小野 現在は、お元気でいらっしゃいますか。

藤原 ええ。ただ、視力は落ちてきましたね。それ以外はあまり疲労などは感じません。透析が順調にしているのだと思います。

義母の透析に寄り添って14年

小野 岡本さんは、お姑さんが透析をなさっていらっしゃいますね。そばで見えていて、どんな感じをお持ちですか。

岡本 そうですね。この座談会のお話をいただいてから、義母の透析人生を振り返り、いろいろ思い出してみました。

平成元年の秋から透析が始まりましたので、丸14年、現在83歳です。

白内障手術の事前検査で、腎臓が悪いことがわかりました。県立病院を紹介され、通院をしながら改善を図ろうとしましたが、結果的には値があまりよくなりず、入院して透析を始める準備をしました。

そうして、透析に入った平成元年9月に胃ガンが見つかり、その年のうちに手術をしました。医師からは、透析をしながらの手術がいかにも大変かを聞かされました。それ以来、家族ともども透析とのかかわりが続いています。

その翌年に義父が事故で亡くなり、その次の年から私達と同居しましたが、透析を始めてからの8年間は、自立した生活を送っており、通院はクリニックの送迎バスを利用し、自分で通っていました。

平成10年、77歳の時に人工肛門をつける手術のため約10か月入院しましたが、その時から老人性の痴呆が始まり、尿があまり出なくなって、細菌性の熱が頻繁に出るようになりましたので、クリニックと相談の上導尿を始めました。

それ以来ほぼ全介護状態で、寝返りもできない状態になり、透析には自宅から私達が週3回病院に連れて行くようになりました。

今では静脈が詰まってしまい、動脈を引き上げる手術をし、現在もそれに直接針を刺しています。ですから、針を抜いたあとの出血がなかなか止まらないので、万が一のことを考えて、30分は止血をしてもらってから送ってもらっています。

以前から、義母は地域の人とのかかわりを大切に生きていたので、透析を始めた頃はかなり悩んだようでした。「自分は機械で生かされるのだ」「これでは生きているとはいえない」という思いがあったようです。そんな思いを乗り越えながら、「こんな自分でも人の役に立てれば」と積極的に地域の活動をしていたのですが、結果的には今、申し上げたような状況になってしまいました。

元来外出好きでしたので、入浴を兼ねてデイサービスを利用しています。出掛けても、痴呆のため周りにお世話をかけることも多く、本人もどれだけ理解しているのかわかりませんが、毎日ずっとかかわっていると、その表情の中にはっきりと喜びや悲しみ、つらさが見えてくるのです。ですから、透析以外にも外出する機会をできるだけ作り、人とのかかわりの中で痴呆と透析の暮らしの中にも義母らしく、と心がけています。

日曜日だけは1日中家族といのですが、家での食事は、寝かせたままではなく、必ず家族と同じテーブルについて食べるようにしています。

先ほど、汗が出にくいというお話がありましたが、義母の場合もこれまでは汗があまり出ませんでした。ところが、この夏は夜中にびっしょりになるぐらい汗をかくようになりました。今までなかったことなので、なぜなのか、ぜひお聞きしたいのですが。



岡本 美知子 さん

小野 理由はわかりません。それがわかれば、汗を出す方法を皆さんにもお勧めできるのですが。

お食事は少しはご自分で食べられるのですか。

岡本 いえ。薬を含めて全部介助です。刻みかペースト状にしています。減塩食ですので、家族にとっても健康食になっていますね。

話がちょっと先に進みすぎるかもしれませんが、やはり最終章に向かって義母を看ている思いが常にありますから、実際にその時、どういうふうに見送ったらいいのだろうかということを考えてしまいますね。

小野 お義母さんとは、最初から一緒に生活されていたのですか。

岡本 結婚した当初は同居したのですが、例に漏れずいろいろありまして（笑）。

同居を始めたのは、透析に入ってから2年後、義父が亡くなった後です。

小野 ご家族で面倒を看てくださる方が少なくて、

困っているのが現実です。

岡本 特別な使命感があってやっているわけではありませんが、自宅で自営をしているので、介護環境にも恵まれているからだと思います。

水分と体重と血圧の相関関係

小野 与儀さん、透析中に何か困ることはありますか。

与儀 特にありませんが、たまに足がつることがあります。それぐらいでしょうか。透析の翌日は少し体調が悪いのですが、仕事をしている緊張感から、そのことは忘れてしまいます。

小野 皆さんは、尿はまだ出ますか。それとも全然出ませんか。

高田 全然出ませんね。朝、排便の時に少し出ますが、それから1日中出ません。

与儀 私も1滴だけ（笑）。

藤原 私も出ません。

小野 そうすると、水分の管理などでお困りになることはありますか。

高田 私は炭酸系の刺激のあるものが好きでして、飲み出すと、つい調子に乗ってたくさん飲んでしまうので、なるべく飲まないようにしています。

小野 体重の増え方はどれぐらいですか。

高田 だいたい土日の休み2日間で、標準から2kgは増えていますね。

藤原 私は月水金と透析をやっているのですが、中2日空く月曜日は6%をちょっとオーバーすることがあります。中1日の時はだいたい4%ぐらいです。

以前は、水を無意識にゴクゴクおいしく飲んでいたのですが、それが結局、翌日自分の体にはね返ってくることに身染みてわかりましたので、意識して抑えるようにしています。

小野 与儀さんの場合は、血糖の関係がありますから、喉が渴いて困ることがあるのではないのでしょうか。

与儀それほど頻繁にはありません。ただ、私は毎晩ビールを1缶飲むので、体重が増えた時は、翌朝歩いて汗をかき、400~500g落としています。

小野 中2日でどれぐらい増えますか。

与儀 中2日で2.5kgぐらいです。

小野 皆さんそれぞれがんばっていらっしゃるのですね。

高田 自分ではいろいろ心がけてやっているつもりですが、よそに行ったりすると、お茶やコーヒーが出るので、いちいち断るのが大変ですね（笑）。

小野 岡本さんのところは、ご自分では飲めないとなると、水分コントロールのご苦労はあまりありませんか。

岡本 自分でやっていた時は、コップに目盛りを入れて量を決めていましたね。今は土日で1.4kg増ぐらいです。あまり増えないのは、以前に胃を手術しているせいかもしれません。

小野 透析をすることで血圧が下がって困ることはありませんか。

高田 上がったりが下がったりが激しい時はありましたが、今は安定して140~150mmHgぐらいで経過しています。

藤原 私は透析に入る前は体重が70kgあり、その時は高い方の血圧が150~160mmHgでした。現在は52kgですが、最高血圧はだいたい120mmHg前後です。体重が落ちると血圧も下がって安定しますね。

ただし透析の最後の方になると、100~110mmHgまで下がる時があり、そういう時はちょっとつらいですね。100mmHg以下になることはありませんが。

高田 終わり頃にドーンと下がって、100mmHgを切るような人がいるという話を聞きますね。看護師さんが

騒ぎまくってね。

藤原 ありますね。80mmHgとか60mmHgとか。それで頬を叩かれたり、中には心臓マッサージをされたりする人もいます。

小野 結局、体重の増え方が多いと、それを急に減らしますからどうしても血圧が下がってしまうのです。皆さんのように、普段からコントロールして、あまり増やさないようにしておけばそういう心配はありません。

与儀 私は移植の生体腎がだめになって、透析を再度始めた段階では、降圧剤を朝晩飲んでいたので。

ある時、看護師さんに「もう少し水を引いた方がいいのでは」と言われ急激に引いたら、血圧が100mmHg以下に下がってしまい、意識がなくなったことがありました。

その時、体重を落とせば薬を飲まなくていいことがわかって、自分で管理するようになりました。それ以来、血圧の薬を飲む必要がなくなりました。

小野 透析中の血圧の変動もあまりないですか。

与儀 ほとんどありません。

感じるスタッフ不足

小野 皆さんお元気で、コントロールもよくできているので、透析中もあまり問題がなさそうですが、透析時のスタッフの対応などで「もっとこうしたらいいのでは」ということはあります。

高田 看護師さんはよくやってくれますね。私が同じ立場だったら、こんなにはとてもできないと思うことがよくあります。

与儀 私もそうですね。スタッフはとてよくしてくれます。

藤原 私もそう思います。ただし、平成14年の4月に

医療費の大改定があってから、どの病院の先生も今までのやり方ではやっていけない、病院独自で工夫していかないといけないとおっしゃっています。

それと同時に、最近はスタッフの人数を減らしたり、いろいろな器具も、節約していますね。

透析は、同じ病室に何十人といて、だいたい同じタイミングで穿刺したり、針を抜いたりするので、そのたびに、看護師さんは走り回っています。その上、血圧が下がったり、気分が悪くなったり、トイレに行きたいとか、そういう患者さんが重なりますと、戦場のような状態になりますね。

そのような時は手が足りなくなり、透析が終了しても、10～20分待たされることがあります。

小野 皆さんからご覧になって、やはりスタッフの数は少ないと思われませんか。

藤原 患者の数に比べて少ないと思います。

小野 外来透析の場合は、患者さんに対してスタッフ何人という規定がありません。ですから、それぞれの病院の事情で配置されているわけです。

高田 スタッフ1人の受け持ちが8人ぐらいの施設が紹介されている記事を読みました。8人も持っていたら大変ではないでしょうか。

小野 そうですね。患者さんの状態にもよりけりですが。

高田 全部穿刺が終わって静かな状態であれば、8人だろうと10人だろうと看られないことはないでしょうが、いったん何かと同時に起こると大変でしょう。

小野 遅いと苦情が出ますしね。

高田 年を取ると、自己中心的になっていけませんね。他人のことをあまり考えなくなります。勝手に大きな声を出したり、イビキをかいたり、看護師を呼び付けたり。ご飯を食べる時でも、いやらしい食べ方をしたり(笑)。

私も含めて、高齢者にはそういう傾向が強いようです。周りを眺めて、ああはならないようにと思って、気をつけています。

藤原 医療費が厳しくなっていると、大量生産の発想から、低コストで能率を上げることが優先されてしまって、「人間」を扱っているという意識がどこかへ行ってしまいかねません。

その傾向が強まると、少し待たされただけで「お願いしたことをやってもらってない」「自分を軽視するのか」といった不満、不信感が募ることになるかと思います。

最近、患者さんが看護師さんを刺してしまったたりした事件が新聞で報道されていました。

そういうことが、いつか私の周りでも起きはしないかと、不安になってしまいますね。

効率重視はいいのですが、そこに“人間性”というものを加味していただきたい。患者さんが言ったことに対して、それができないのなら「できない」と言っていただければいいし、できるものについてはきちんとやっていただきたいと思います。

飲み過ぎなければアルコールはOK

小野 話は戻りますが、食事の面で苦労されていることはありませんか。この頃、高リン血症のコントロールが取りざたされていますね。

以前は、リンが高いと骨が悪くなるから気をつけなさいと言われていましたが、最近ではリンが高いと生命予後が悪くなる、リンの高い人は長生きしないという数字が出ていまして、「リンを徹底的に下げましょう」となっていますね。

高田 そういうお話を聞きますと「栄養を取りなさい」という一方で、「リンは取ってはいけない」と、どの辺

でバランスを取ればいいのか素人ではわかりにくいですね。でも、本当はどんどん栄養を取って体力をつけなければいけない。

小野 矛盾したことを言っているのです。「しっかり食べなさい」と言いつつ、タンパクを取りすぎると、今度はリンが上がって困ると。

高田 今、私は栄養の方に比重を置いて、リンの方は「何とかなる」と思ってやっています。

小野 他に、食事の面で困る点や、もっとこうしたいというところはありませんか。

高田 お酒を飲みたいと思いますね。たくさん飲んで、酔っぱらってみたいと思うことがありますが、何となくしらじらとした雰囲気程度で収めてしまう不満があります。

小野 アルコール度数の高いお酒ですと、量的には少ないので、ウイスキーや日本酒でしたら、少々飲んでも大丈夫ですよ。

高田 私は、ビールはほとんど飲みません。

小野 私どもの病院では、たまに食事の時にビールの小さい缶を付けるのです。そうすると好きな方は喜んで、特においしいみたいです（笑）。

藤原 病院でつけるのですか。

小野 お酒を飲んで悪いことはないですからね。

藤原 それはいいですなあ。ぜひ全国に広めてもらいたい（笑）。

小野 病院の食事とお酒というのは結びつかないようですが、皆さんとても喜んでくださいます。

藤原 それは話せる病院ですね。

小野 フランスの病院では、ワインを出さないと患者さんがご飯を食べてくれないそうですから。

お酒を飲んではいけない人は別ですけど、そうでないのなら少々はよろしいかと思います。

藤原 私も今はほとんど飲みません。たまに結婚式や

法事に呼ばれて飲みますと、これがうまいんですね。
コップに少しで我慢していますが。

小野 少々ではあまり満足しませんか。

藤原 かえって欲求不満になってしまいますね。「これだったら飲まなかった方がよかったなあ」と、後悔したりしますね。

与儀 私の職場でも、年に2回ほど忘年会などがあるのですが、その時もストレート。沖縄は泡盛ですから、泡盛をストレートで飲むようにしています。

小野 そうすると、あまり水分量が関係なくなりますからね。

与儀 心地よく酔えますし（笑）。

岡本 お酒で、問題になるのは水分だけですか。

小野 そうです。どこかに感染症があるとか、肝臓が悪い場合は別問題ですが、それ以外でしたらむちゃ飲みしない限りはよろしいと思います。

藤原 やはり、人生たまには飲みたいものも飲まない。と。神様みたいな生活ばかりやっていたのでは、もたないですね。

飲みたい時には少しは飲んで、後で「飲み過ぎた」と反省するのも、人間らしいといえは人間らしいことです。

小野 要するに、トータルで水分のコントロールができていればいいわけです。

食事もいろいろな細かい理屈はありますが、大幅に脱線しなければ何を食べてもいい。偏った食事が一番いけません。何でもいいから少しずつ食べて、食べ過ぎないようにすればいいのです。

岡本 先日、ヘマトクリットの値がかなり低くなっていましたものですから、意識してレバーや干しぶどうを食べさせたら、リンの値が一気に上がってしまいました。だんだんと体力もなくなってきていますから血圧が高くなって、困りました。その加減というのが、わから

なくなってきましたね。

小野 健康食品や、あまり変わったものは食べない方がいいですね。ごく普通のものをまんべんなく食べているのが一番いい。レバーも、「貧血があるから食べた方がいい」とよく言われますが、決してそれだけでよくなるわけではありません。

ただ、一種類だけをたくさん食べるというのは、脱線する元ですから、あまり極端なことはしない方がいいと思います。

いずれ来る「その時」に向けて

小野 高田さんは、ご自分の車で通っていらっしゃるようですが、他の方もそうですか。

与儀 はい。通勤の途中で寄れる病院を選んだので、今は仕事の帰りに寄っています。

藤原 私も車です。

小野 そうですか。では通院に関しては、特に困りのことはないですね。

高田 今はわりと元気で、自分で運転する自信もあるのですが、できなくなった時はどうしようかという不安はありますね。とても1人では通えませんか。

福祉タクシーを頼むのか、その乗り降りすら難しくなってくると、どうしても介助が必要になってきます。

そこまで行き着いた時にどうするかというと、全く自信がありません。

藤原 確かにそういう心配はありますね。このままずっと車で行けるとは思えませんから。いずれ合併症が出て、歩けなくなったり寝たきりになるでしょうからね。

その時にどうするか、妻とも話し合っています。これは生きがいとも関係してくるのですが、「意識がなくなり、ただ心臓を動かすためにだけに透析を受けている

患者さんの座談会

ご高齢の透析患者さんをめぐるいろいろな問題

ようになったら、自然死させてくれ」と言っています。「透析しない勇気」といいますか、そういう人生の選択もあっていいのではないかと思います。

意識がない状態で心臓だけ動かしても、それが生きることになるのでしょうか。本当に寂しい限りですが、そこで見切りをつけてもらって一生を終えるのも、一つの人生ではないでしょうか。

ただそうは言っても、お医者さんから「いや、心臓が動いている間は、ちゃんと透析もやらないとだめだ」と言われた時、周りがどう判断するかという問題はありますからね。

これは個人的な見解ですが、お医者さんも患者や家族から一つのまとまった見解、意向が表明された時に、どういう条件が整っていればそれに対応していくかを、そろそろ考えてもいいのではないかと思います。海外ではどうなのでしょう。

小野 安楽死、尊厳死の問題ですね。海外では、法律で決めているところもありますね。

われわれの立場からすると、重症の患者さんに対しても、透析によってさらに状態が悪くなる時以外は、「もうやめましょう」とはなかなか言いにくいですね。

藤原 家族から申し出があれば、考えてみる場合は、あるのでしょうか。

小野 それは考えますね。ただ、「こういう条件だったら、もうやめましょう」という基準を決めるのは、難しいですね。

高田 他人からはそんなことは言えませんが、患者自身が覚悟するのは、必要だと思います。そのことを家族に言うておくのも、必要ですね。

藤原 そういうふうには覚悟を決めますと、どうやって生きなければならないかを考えるようになります。

高田 厳しい自己管理が要求されますね。

藤原 死を考えることは、「いかに生きるか」を考える

ことですからね。若いうちにはいいのですが、私ももう71歳です。男性の平均年齢は78歳ぐらいですが、そこまで生きられればそれでいいし、たとえ生きられないとしても、70歳を越えていれば、ある程度自分の人生に見切りをつけることも必要ではないかと思います。

クオリティ・オブ・ライフ（QOL）の面から見ても、やはり自分の死を想像しておく必要があるのではないかと思います。

岡本 わが家は現在、義母が自分でそれを選べない状態にあります。通院も、家族の意思でやっています。しかし、家族にも限界があり、残念ながら周りには痴呆と透析の患者を一時的に預かってくれるところがほとんどありませんので、家で看ていくしかないのです。

そんな状況では、最後の看取りだからといって、透析をやめるタイミングを、家族だけではとても決められません。やはり、医療スタッフの意見と家族の思いが一緒になって、初めて選択できるのだと思います。

いずれ来るそういう時のために、医療の現場では何によって透析中止の判断を下されるのか、ぜひお聞きしておきたいところです。

小野 もちろん患者さんの状態が一番です。そして、面倒を看ている家族の方の意向も、大きいと思います。

かなり悪い状態であっても「とにかく、何とかしてください」と言う方もいますし。そうすると、最後までできるだけがんばる場合もあります。

藤原 本人は意識がなく寝ているだけで、周りの家族が食事から何から、すべてお世話しているわけですから長くは続けられませんよね。

特別養護老人ホーム（特養）に入所する道もありますが、そのような施設には透析設備がありませんから、結局そこから病院へ連れていくしかありません。

これは決して他人に強要すべきことではありませんが、それを見ていて、自分が当人だったらとても耐え

られないと思い、先ほど申し上げたような判断をしているわけです。

増えない透析患者さん向け老健施設

小野 私の病院には、透析施設の隣に老人保健施設(老健)があって、100名定員のうち、9割が透析患者さんです。

今、65歳以上で透析を受けている方が320名いて、そのうち120名の方は入院したりその老健施設に入っています。聞いてみると、3分の1ぐらいの方は「家に帰りたいんだけど、帰れない」とおっしゃいます。

藤原 家族は大変ですからね。

小野 皆さんどうでしょう。将来、もし自分で通えなくなった時にそういう施設があったら入りたいと思いますか。それとも岡本さんのように、何とか自宅で生活して、通院させてほしいと思いますか。

高田 それはもう体調次第ですね。本当は自分の家から通うのがいいのかもしれませんが、できない場合もありますので。

今は家内と2人きりの生活ですが、万が一、家内が先に死んだら「家にいたい」と言っても無理です。

これはなかなか難しい問題です。まあ、家内の方が元気ですから、必ず私の方が先に死ぬとは思っています(笑)。

藤原 みんなそうですよ。家内もそう思っていますよ。「私があなを最後まで見届ける」と言っていますが、どうなるかはわかりません。

これはとても悲しいことですが、もし私が先に逝くとしたら、自分の命にある程度の見切りをつけるのも人生だと思いますね。

岡本 先ほどお話に出た老健施設は、全国的にはどうなのですか。

小野 たくさんありますが、お薬も飲まなくてはいけないし透析の送迎も必要なので、透析患者さんはほとんど拒否されています。

行き場がない透析患者さんが多数いらっしゃいますので、私のところではとにかく透析患者さん専用にと、積極的に受け入れています。遠くは青森からも来られます。

岡本 そういう施設は、今後増えていく見通しなのでしょうか。

小野 難しいと思います。なぜなら、老健施設は基本的に病気の方を対象にしていないからです。そこに入っている方からは、お薬を出してもお金が取れません。また、透析の費用も一般の通院患者さんより1か月6~7万円安いので、なかなか経営が難しく増えないと思います。

また特養ですと、「待ち」が多くて入れません。2~3年待ちですね。岡本さんのように、家族の方が面倒を見てくれて通院できる方はいいのですが、今後そうでない方が増えてくるでしょう。配偶者が病気になったらどうするかという問題もあります。

今後のことを考えますと、入院なり入所なりで透析患者さんが生活できる設備が、絶対に必要だと思います。見通しはあまりありませんが。

岡本 私達家族にとっても、いつ必要な事態になるかわかりません。

小野 そうですね。いつまでも通院が続けられるとは限りませんし。

1人暮らしやご夫婦だけの高齢者が多いですから、ご家族だけで面倒を見るのは、絶対に限界があると思います。

その辺のところも、もう少し国や自治体が考えてくれないと困る。ただお金がないというだけで切り捨てられたら本当に困るんです。

半数しか参加していない患者会

小野 国や医療制度に対して、ご意見がありましたら、お聞きしたいと思います。

高田 患者会がありますね。腎不全の患者が22~23万人もいて、その半分の人が参加しています。普段の活動は請願や陳情ばかりです。「ただで透析をやっているのに、まだお願いするのか」と言われることもあります。

ですから、今度はこちらから行動をおこす側に回れないかと思うのです。

1人が100円出しても、10万人で1,000万円集まります。月に100円ずつ集めれば、年間1億円以上になります。そういう制度を作って、何かに生かすことができれば、多少なりとも存在感をアピールできるのではないのでしょうか。何でもお金で片づければいいわけではありませんけれども。

藤原 今、患者会で会費を取っています。病院の患者会の会費、その病院が属する県の会費、全国の会費。この三段階の会費があり、それらを集めると年間6,000~7,000円になると思いますが、それを元手にしていろいろな運動をやるわけです。10月には臓器移植のためのドナーカード配布の運動をやります。それでも会費が高いと文句が出るのです。

その上で、100円でも200円でも出して何かやろうと言った時に、お金に関してはなかなか賛成してくれないものです。

でも高田さんがおっしゃるように、一方的にお願いするだけではなく、社会貢献をすることは必要ですね。

高田 考えてみれば、月に30~40万円ぐらいの医療費をただで受けているわけですから、それを考えたらかが100円だと思うのですが。

確かにいやだという人も必ず出てきますね。

藤原 高田さんのような方ばかりならいいのですが(笑)。現実には、会費が高いからいやだと、半分の人が入らないわけです。

自ら運動をやらなくても現実にメリットがあるので、あえて入らない。入らなくても、皆さんがやってくれば自分のところに恩恵が来るからいいという人すらいるのです。

高田 患者会に入らない人は、その分医療費が高くなるということにでもなれば、入ってくれるでしょうね。

藤原 患者会に入っていない人は自己負担をしてもらうという制度にでもなれば、慌てて入るでしょうね。

与儀 沖縄の場合は総額6,000円です。そのうち1,800円が(社)全国腎臓病協議会(全腎協)にいきます。3,000円が県の腎友会に、残りの1,200円が病院の患者会にいきます。

先ほどのお話のように、「医療制度が改悪されるから患者会に入りましょう」と話をするのですが、ある人は「医療制度が改悪された場合には、もう透析はやらない」と強がりを行っています。

これまでの全腎協のがんばりはすごかったですよね。だからこそ国も動いたのです。その話をしても、すでにその恩恵を受けている方々は、なかなか理解しがたいようです。

私は移植部会の会長もしていたのですが、その時もそうでした。移植を受けて元気になったら、もうその恩恵を忘れてしまい活動にも参加しなくなります。

死体腎が出た時は、会員の方に提供して、会員でない方には提供しないのはどうか、など極端な意見が出てきてしまうほどです。

元気になった人がその恩恵を考えて、ボランティア的にがんばっていただきたいと思います。なかなか難しいですね。個人の問題になりますから。

行政に届けたい患者の声

藤原 私が不思議に思っているのは食事の問題です。今までは63点＝630円の食事が医療保険から支給され、皆さん弁当をたべて食べていたわけです。このたびそれが廃止になりました。

そうすると、施設の中に食堂の設備がない場合、外から弁当を買ってこなければならなくなり、全国の8割方の病院が有料になりました。500～600円を個人で負担することになったわけです。

その時に、全腎協に抗議の電話をかけてきたのは、会員ではない人からばかりなのです。会員は、事情を説明されているのでわかっているのですが、会員でない人が「今までただだったものをなぜ有料にするのだ」と言ってくるのです。

会員でもないのに、なぜ権利ばかりを主張するのか、その時は本当にむなしい感じがしました。

もらえるものは何でももらって、もらえなくなった途端、抗議するのはいかにも自分本位です。先ほど高田さんがおっしゃいましたが、年を取ってくるとエゴが出てきてしまって、むなしい感じがしますね。

自分達が得ている恩恵がどのぐらいのものかを理解して、社会に少しは返すという心を持ちたいと思います。透析患者も年を取ってきたら、それぐらいの精神的余裕を持ってもらいたいと思いますね。

小野 ただこれから一番心配なのは、医療費を切り詰められるといずれ自己負担が増えるのでは、ということです。

今は食事の負担だけで済んでいますが、合併症が出た時、その部分の3割は自己負担になる可能性も捨てきれないと思います。

今は90～95歳という超高齢の患者さんであっても、

透析が必要になった時、家族の方に説明すると「じゃあ、やってください」と必ずおっしゃいます。「もういいです」とおっしゃる方はほとんどいません。ただ、そこに自己負担が発生して1か月に5万円なり10万円がどうしても必要になった時に、「それならいいです」と言う人が出てこないか心配です。

かなりの高齢者でも透析によって元気になる方もいるので、そこで切り捨てられると、問題ですね。

お役人は、「この年齢ですと透析しなくていいです」とは絶対言いませんからね。身内の方からブレーキがかかるようなことにならないかと、心配です。

われわれがいくら言っても、お役人はそういうところは考えてくれません。やはり患者さんの力、一般のご意見が、とても重要になってくると思いますね。

確かに要求ばかり出すのはいけないのかもしれませんが、やはり病気になった時ぐらいは、きちんと治療をしてほしい。あまりひどくない環境で、人間的な療養ができるような制度や仕組みは絶対に必要だし、今の日本にできないはずがありません。

これだけ豊かな国で、今まで一生懸命働いて来られた方が病気になった時に、お金の問題で治療を受けられないのは、絶対に許されないと思うのです。

高田 小野先生がおっしゃるように、今の制度が崩れていけないようにする防波堤の意味でも、患者側から何かをしなければいけないと思いますし、その気持ちが私を支えているのです。

小野 お役所が一番怖いのは、何といたって患者さん達の声だと思います。ぜひがんばっていただきたいですね。

医療費切り詰めがもたらす二極化

藤原 透析の医療費がこのように切り詰められてき

て、さらに今後もある程度引き下げられると予想しているお医者さんもいらっしゃいます。

そうすると、透析の質が落ちるのではないかとという危惧があります。少なくとも、一律のやり方で能率を上げていくことになると思います。

そうすると、一律のやり方ではなく、ある程度お金を出しても自分の望むような透析をやってほしい、と考える人も出てくるのではないのでしょうか。

お金を持っている人と持っていない人での透析が変わってきてしまう。そうなることが、一番怖いと思っています。

小野 そのことは、個室料ですでに現実になっていますね。かつては部屋代を取ってはいけなかったのが、どんどん個室を増やして、料金を取る方向に変わってきています。

お金があればゆっくり療養できるし、なければ環境の悪い大部屋にいなければなりません。

藤原 そういう時こそ、患者が「そういうことはやめてくれ」と、運動していく必要があるのではないかと思います。

与儀 今、株式会社の病院参入という話が出ていますよ。株式会社経営になれば、やはりお金のある人から取る。

小野 そうですね。基本的に株式会社は、利益追求が目的ですから。

与儀 私も、病院の患者会のみならず、全腎協や県の腎友会がもっとしっかりしないといけないと思います。

他方その恩恵を受けるだけで、患者会に入らなくてもいいと言っている人がいる。私達が若い人と話す時は「自分が恩恵を受けた分を社会に還元していきたい」という気持ちがある人には、患者会活動をずっとやってほしい。そういう気持ちを持っている人がだんだん

増えてくれば、患者会活動も活発になるでしょう。」と話しています。

患者会の役員をずっとしてきて、結局は、私達のしていることは将来みんなのためになる、ということを感じます。

今のように国からの圧力が強まってくれば、やはり患者会も団結を強くしなければいけません。そういう思いを持つ方は、藤原さんをはじめ、たとえ高齢であっても、きちんと全腎協の活動をしてくださっています。そういう団結力を、絶えず持っていないといけないと思います。

藤原 よろしくをお願いします。

与儀 いえいえ、こちらこそ（笑）。

求められる強い心と自己管理

小野 最後に何か一言ずつありませんか。今日は皆さんお元気で一生懸命がんばっている方ばかりなので、逆に人選が悪かったかなと（笑）。

藤原 透析患者には、二つの危機があると思います。いずれもご家族をめぐって起こる問題です。

第一の危機は、透析を始める段階で起こります。旦那さんが透析をやることになったら、「私は病人と結婚するつもりではありませんでしたので、離婚させていただきます」と、子供を連れて出ていってしまった奥さんがいたそうです。

小野 それは若い方ですか。

藤原 30歳前後の若い方でした。本人は相当ショックだったようで、かなり悩んでいました。

第二の危機は、介護段階に入った時です。透析を10～15年と続けるうちにいろいろな合併症が出てきて、奥さんが介護しなければいけない段階になった時、「将来を考えて、別れさせていただきます」と言われ

た例があります。

またその頃になると、経済的にも行き詰まってきて、生活保護の手続きの相談も寄せられてきます。

ひとたび透析が始まると、患者は常に不安定な中にいます。精神的、経済的、そして肉体的にも不安定です。

自立したいプライドがある一方で、他に寄りかかりたい、援助されたい思いもあって、その両方が常に心の中で対立しているのです。そして、何かのはずみでバタバタと倒れてしまう。

そういう時、相談員に相談できる人はいいいのですができない人はなかなか苦しいですね。そういう姿を数多く見てきまして、自分を鍛えていかなければいけないと、つくづく思います。

高田 私は30代の半ばから、痛風や尿路結石がありました。その頃からすでに腎臓に異常が出ていたのだと思います。お医者さんに行っても、患部に注射を刺して、「水を抜きましょう」と言うだけでした。「痛風ですよ」とは一言も言ってくれなかった時代です。痛くて歩けない上に注射をされるのですから、もう大変な痛みに耐えた記憶があります。

その頃から腎臓に対して注意していれば、今の段階では透析に入らなかった気がするのです。

ですからもっと早めに、若い人に病気の恐ろしさをしっかり教えることが大事だと思います。当時は誰も教えてくれませんでした。

まあ、自分も悪いのです。連日深夜まで飲み歩いていたので、おそらく腎臓に負担がかかっていたのは間違いないと思います。

病気の恐ろしさを広くPRすることが、患者を減らす方向につながるのではないかと思います。

小野 確かに、腎不全に移行する時期を延ばすことは、

可能な場合が結構あると思います。

与儀 私は職場の皆さんにも恵まれて、とても感謝しています。一番感謝しているのは女房ですね。結婚する時はすでに糖尿病を患っており、「大丈夫なの」と心配してくれましたが、自己管理できていると自負していましたので「大丈夫だ」と言って結婚しました。

ところが透析に入ったら、「大丈夫だなんて嘘をついたのね」とこっぴどく言われました。でも、ケンカをしながらもずっと続いています。

透析を受けるために、仕事を辞めさせられることもあるそうですね。透析のために5時には帰らなければいけない制約はあります。でも自己管理がきちんとできていれば、透析を受けている人でも仕事は十分できると思うのです。

ですから世の中の人に、透析患者の見方を変えていただきたいと思います。

岡本 私は義母の腎不全という病気と付き合い始めてから、本当にいろいろな方との出会いがありました。もし義母の病気とかかわることもなく生きていたら、勉強しなかったこともたくさんあったと思い、感謝しております。

今日ご一緒した皆さんが、特によくがんばっていらっしゃるのを伺って、立場は違いますが、義母の思いを改めて感じた気がいたしました。

小野 長時間おつかれさまでした。本日はありがとうございました。

【参考文献】

- 1) 鈴木 厚, 日本の医療に未来はあるか—間違いだらけの医療制度改革, ちくま新書: 筑摩書房, 東京 2003: 26-38

“元気で働いています”

▶ 藤山 廣子 さん (57 歳)

徳島県美馬郡

昭和 46 年に妊娠腎と診断され、その後出産、子育て、家事、離婚、商売…と目まぐるしい人生を送り、もう死ぬかもしれない！と思った時、透析導入をした藤山さんは、「透析導入後は 2 度目の命、楽しんで他の方のお役に立とう！自分にできること、与えられたことは何でもやる！」と、全腎協、徳腎協、鴨島川島クリニックの患者会全ての役を担われ、積極的に活動されています。

車での旅行、おいしいものを食べる・作る、おしゃれをする、友達と食事をしながらのおしゃべり、そして猫のモモコちゃん、といつもエンジョイしている藤山さん、月に一度の部屋の模様替えがストレス解消法とのことです。

常に前向きで、透析中の 4 時間も「先生もスタッフもだあ〜いすき♥」と楽しんで過ごされています。

(川島クリニック 鴨島川島クリニック 徳島県麻植郡 鴨島町飯尾字福井 396-3)



◀ 安田 光雄 さん (74 歳)

青森県西津軽郡

安田さんの 1 日の様子をご紹介します。

午前 3 時起床、午前 4 時 競走馬 13 頭分のえさの草刈り、午前 6 時朝食、その後えさを届け、昼食まで奥様や息子さんと農作業（暑い日もナイロン製のものを着用し、汗を出します）、午後は透析をした後再び農作業を行い、午後 7 時夕食、午後 8 時に就寝…という生活のリズムを保っています。

大の馬好きで、育てている競走馬の中でも“たからゆ”は、挽曳競馬に今年 6 回出場し、4 回優勝しました。

「毎日汗を流して働くのが趣味」とおっしゃる安田さんは体重のコントロールもよく、他の患者さんの鑑的存在だそうです。

(浩和医院 青森県五所川原市字中平井町 130-1)



◀豊田 洋子 さん (54 歳)

徳島県麻植郡

豊田さんは透析歴 13 年、ご自宅の自動車販売修理工場で事務のお仕事をされています。

「自分がどんな状況になろうとも、全てピンチをチャンスととらえ、明るく楽しく、人生をエンジョイしたい」とおっしゃる豊田さんは、ゴルフ、読書、旅行が大好きで、透析導入後にもハワイや香港、バリ島を訪れ、趣味を満喫する一方、データコントロールもきちんとしています。

(川島クリニック 鴨島川島クリニック 徳島県麻植郡 鴨島町飯尾字福井 396-3)

▶入倉 善男 さん (55 歳)

山梨県甲府市

「物を作る仕事は楽しい！」と自宅で装身具の製作工房を営んでいる入倉さん。ガラス瓶を見たり、庭や鉢でぶどう、りんご、柿などを栽培するのが趣味で、同じく透析をしているお弟子さんが昨年独立され、今はほっと一息…とのことです。

四半世紀の血液透析治療を経験されている入倉さんは、「週 3 回の透析も食事制限も、日々の生活の流れに溶け込んでいるような気がする」とおっしゃっています。先生からも、いつも明るく前向きで、スタッフのみなさんも頭の下がる思いです、とお話をいただいております。

(永生会 多胡 腎・泌尿器クリニック 山梨県中巨摩郡昭和町押越 789)



◀松芝 明久 さん (51 歳)

岡山県岡山市

小学生の頃から腎機能が低下していた松芝さんは、平成 5 年の交通事故により腎機能が悪化し、平成 11 年から夜間透析を導入しました。

現在も週 3 回の夜間透析を受けながら、朝 4 時からショベルカーなど重機運搬のため大型トラックを運転し、中国地方一円で活躍中です。

野球観戦、アマチュア無線(JL4-WEL)、パーソナル無線と趣味も多く、一家の大黒柱として明るくご家族を支えておられます。香港在住の娘さん一家が里帰りする時には、お孫さんとの一時を楽しまれています。

(天生会 小林内科診療所 腎透析センター 岡山県岡山市青江 5-1-3)



◀ 武田 四郎 さん (75 歳)

山形県山形市

武田さんご本人からいただいた文章を、ご紹介いたします。

*

退職まで団体職員として勤務する傍ら、クラシックギター音楽の発展と普及に過ごした日々は充実したものでしたが、今振り返れば、多忙の連続だったように思います。

年 1 回の定期演奏会（今年で 45 回を迎えました）、年末の発表会、お弟子さんの東京国際ギターコンクール出場、学園の教室、自宅でのレッスン、有名人を招いての演奏会、合宿練習、その他多方面に渡り、動きまわってまいりました。

70 歳を過ぎた頃より、体調の衰えを感じるようになりましたが、年のせいと思っておりました。60 歳の頃、ホームドクターに腎臓が少し弱っている、と言われたことがありましたが、あまり気にしないでいたのは事実です。一昨年、風邪で往診していただいた時は食事療法を勧められ、山形大学医学部の管理栄養士さんのご指導をいただいております。

一喜一憂しつつも順調にやっておりましたので、切り抜けられるだろうと思っておったところ、平成 14 年秋、風邪をこじらせ入院、人工透析以外に道はないことを知り、迷った結果、シャントの手術に踏み切りました。精神的にも肉体的にも未知への挑戦でしたので、そうとう参ってしまいましたが、病院の先生方の親切丁寧な診療とケアで、前向きに、病気とつき合う決心ができました。

先生方はじめ、透析スタッフの皆様からは、至れりつくせりの心温まる親身のケアに、頭が下がり、感謝の念でいっぱいです。

お陰様で希望も湧き、新たな夢を持つことができました。現在、自宅で後進の指導に当たっております。私は 8 月で 75 歳になりました。

*

「最初にお会いした時とギターをひいている姿は、目の輝きから何から全て違いますね。今度リベルタンゴに挑戦したいと思っていますので、ご指導お願いいたします。」と先生からのコメントです。

（矢吹病院 山形県山形市本町 1-6-17）

▶ 西山 道博 さん (45 歳)

北海道江別市

17 歳で慢性腎炎になり、33 歳で透析導入、41 歳で副甲状腺の手術をした西山さんは、現在週 3 回 5 時間の透析を受けながら、測量設計会社で現場作業・営業職をこなしています。

お子さんのミニバスケットの応援に行くことが何より楽しみ、という優しいお父さんでもあり、お人柄から病院患者会の会長を長期に亘って務められ、先生にも「この仕事をしていますよ良かった」と思わせる患者さんです。自己管理も会員の模範となっています。

（H・N・メディック 北海道札幌市厚別区厚別中央 5 条 6-1-5）



▶津留 滋 さん (52 歳)

熊本県天草郡

20 代後半に糖尿病を患い、44 歳の時に合併症を発症して透析導入した津留さん。現在、天草ビューホテル小松屋渚館の社長、町の観光協会会長をはじめ数多くの役職に就かれ、「何事も自分自身に受け入れる」「向上心」をモットーに、健康な人と変わりなく、毎日気力をもって仕事をされています。

学生時代から歴史に興味を持ち、特に地元、大矢野町の歴史的人物を新たに見つけ出し、“地産地消”の考えのもと、昔からの特産品等を見直し、観光と結びつけて、地元の活性化にもがんばっておられます。

(永寿会 大矢野クリニック 熊本県天草郡大矢野町上田原 2353-2)



◀久保 寿光 さん (34 歳)

長崎県佐世保市

久保さんは、高校時代の尿検査で腎臓が悪いとわかり、そのまま透析を導入しました。

「今を楽しく過ごす」をモットーとして、前向きに積極的に活動されています。

この就職難の時代、透析をされている方にとって新たに仕事を探すことは一層困難なことと思われます。久保さんも昨年、不景気から5年間働いていた居酒屋をリストラされてしまいました。それから何度もハローワークや職業訓練所に通い、その甲斐あって、現在はクラブのボーイとして楽しく働いています。

「きたやま腎友会」の取りまとめ役としても積極的に取り組んでくれるので非常に助かっています、との先生からのお話です。

(きたやま泌尿器科医院 長崎県佐世保市高砂町 1-9)



▶水林 尚子 さん (45 歳)

北海道札幌市

先生から“自己コントロール”の名人、と言われる水林さん、「楽観主義」とご本人はおっしゃるものの、ある週K5.5、P6.5と高値になっても、次週にはしっかりとK4.0、P5.3に管理されるそうです。平成元年に急性腎不全から透析に入り、2年後仕事を始めました。食べ歩きとヨーロッパサッカー観戦が趣味という水林さんは、3人のお子さんのお母さんでもあり、先生からは本当に援助したくなる患者さんです、というお言葉をいただいています。

(H・N・メディック 北海道札幌市厚別区厚別中央5条6-1-5)



患者さんに寄り添い、 共に歩んで

日 時●2003年 8 月28日

場 所●日本工業倶楽部

出席者●(50音順・敬称略)

阿部 年子 (永仁会 永仁会病院 腎センター・看護師)

石橋 久美子 (正清会 すみだ内科クリニック・看護師)

水附 裕子 (横須賀北部共済病院 看護部・看護師)

南 幸 (川島会 川島病院 透析室・看護師)

司 会●大橋 信子 (東京女子医科大学附属日本心臓血圧研究所 循環器内科・看護師)

大橋(司会) 本日は、お忙しいところお集まりいただきましてありがとうございます。

今日は「患者さんに寄り添い、共に歩んで」というテーマで、この道のエキスパートの方々から、

- ① 高齢、糖尿病性腎症の方々が抱えておられる問題
- ② どのようなケアが必要であるのか
- ③ インフォームド・コンセントのあり方
- ④ 患者さんの自己決定の大切さ
- ⑤ ご家族への支援
- ⑥ 勤務上のご苦労など

についてそれぞれのお立場からお話いただければと思っています。

私は東京女子医科大学附属日本心臓血圧研究所の大橋と申します。長いこと透析室に勤務していましたが、院内のローテーションで現在、循環器内科病棟におります。透析看護をライフワークとしていましたので複

雑な思いもありましたが、これを機に、透析患者さんの合併症の第一位にあげられる心疾患の勉強ができればと、気持ちを切り替え今日にいたっています。常に2～3人の透析患者さんが、心疾患の検査や治療に院内外問わず入院してきますので、そこで勉強させてもらっています。

阿部 宮城県古川市の永仁会病院から参りました阿部と申します。私の病院は、消化器外科と泌尿器科の2つの科があり、同時透析が64床、現在血液透析の患者さんが178名いらっしゃいます。私を入れて21名の看護体制でがんばっています。基準看護がないのが大きな問題だと思うのですが、ベテランの看護師もいますので、何とかできているという感じです。

石橋 山口県下関市のすみだ内科クリニックの石橋です。当院は入院19床の有床診療所です。一般外来、CAPD、血液透析、病棟、在宅の5部門があり、関連

施設に訪問看護ステーションがあります。5～6年前までは、血液透析とCAPDの患者さんを比べるとCAPDの方が多かったのですが、今はちょうど半々で15名ずつです。血液透析は週3回1日2クールで、スタッフは訪問看護も合わせて看護師14名、看護助手3名です。

水附 神奈川県横須賀北部共済病院の水附と申します。私は現在、透析には携わっておりませんが、透析看護は長く経験しています。

1972年から透析にかかわりまして、メインの病院2か所と、サテライト1か所で仕事をしてきました。現在は、教育担当と療養病棟の師長を兼任しております。この病棟では、慢性腎不全の合併症を持ったご高齢の方や、ご家族との合意のもとに透析はやらないと決めた方達がいらっしゃいます。

南 徳島県の川島病院から参りました南と申します。川島病院は「たんぱく尿から腎移植まで」という、腎疾患の専門病院です。透析ベッドは、川島病院が同時透析105床。他に2つのクリニックがありまして、そちらが80床です。

現在患者さんは、本院の血液透析が507名、CAPDが50名、両クリニックは血液透析のみで209名です。

腎移植は年に2～3例です。入院病床数は66床で、2001年より訪問看護ステーションができ、CAPDの在宅看護に取り組み始めています。

■ 進んでいる患者さんの高齢化 ■

大橋 早速ですが、今、透析の患者さんは全国に約23万人いらっしゃいます。最近の透析患者さんの特徴として、糖尿病性腎症の患者さんや高齢の方の透析導入が多いこと、さらに、透析患者さん自身の高齢化が進んでいることがあげられると思います。従って、患者さんは腎機能に障害があるばかりではなく、いろいろ



大橋 信子 さん

な合併症をかかえながら透析を受けております。そこで、看護師も透析の知識、技術だけを知っていればよいというのではなく、いろいろな疾患や合併症のケアや対処が必要となってきています。

また、患者さんの年齢もお子さんから高齢者まで幅広いことから、ある意味では小児看護や老年看護も必要です。

そのような中で、日頃皆さんが患者さんとかかわる時、あるいは指導する上で、どういうところで喜びを感じたりご苦労されているか、お聞かせください。

阿部 私も、今のお話は実感しています。

当院では、できるだけ通院していただくことを目標にしており、現在最高齢である91歳の方を含めて、現在寝たきりの方はいらっしゃいません。介護保険ができましたので、これを活用して最後まで外来通院をと、取り組んでいます。

患者さんに対する指導に関しては、時間がなかなか



水附 裕子 さん

取れないのが現状です。栄養士が病院全体で10名おり、そのうち透析室に4名配属されていますので、保存期の食事指導に関しては栄養士に任せています。集団指導のシステムはなく、あくまでマンツーマンです。また、年間の指導計画も透析導入期の患者さんがいらした時点で指導を行う個別対応でやっています。

■ 腎不全末期における選択 ■

大橋 お一人で通院できなくなることも大きな問題ですね。水附さんの施設ではどうですか。

水附 私達の病棟は、一般病棟で末期腎不全の病状や予後について説明を受け、その上で「治療はしない」と決めた方が退院の調整や療養を目的としていらっしゃる病棟です。

今、慢性腎不全の患者さんで、貧血とむくみがひどく、エリスロポエチンを開始したらどうかという方が

います。そこでご家族全員に医師から病状の説明を行い、これから先どうしたいかをお聞きし、治療が行われる一般病棟に移ることをお勧めしました。するとご家族としては、できればここで、最期を迎えさせたいとおっしゃいました。

すでに5年近く療養を続けてこられたので、これ以上の治療は必要ない、また苦しい思いはさせたくないという思いもありのようでした。

私は、現職以前に透析導入をたくさん見てきましたし、透析をするのが当たり前のところで働いてきました。65歳以上の方が導入患者さんの半数を占めている現状で、この方が療養病棟を選ばれて果たして良かったのか、またご家族が「これでよかった」という思いを達成できるために、私達は何をすべきかを日々考えさせられております。

療養病棟では、やはりご家族の方々にその病気の状況をどう理解していただくかが、非常に大きな課題だと思っています。一度は療養病棟を選ばれたご家族でも、途中で「治療してください」と言って来られる場合もありますので。

大橋 患者さんご自身が選択できない場合には、ご家族の方が透析をどうするか、きちんと意思決定できるような援助が必要ですね。

水附 透析をしないという選択の場合、腎不全の患者さんは肺水腫をおこすケースを多く見ます。むくみがあって、呼吸が苦しくなって、意識がもうろうとなってくる。それを見ている自分がつらくなることがあります。

しかし、治療方法を選ぶのは患者さんご本人やご家族であり、そういう状況をご家族が選び貫かれたことを私達は忘れてはいけないし、いつもそこに軸足を置いておかなければいけません。

万が一の場合に備えて、事前に自分で治療を選択する“事前指定書”や“ご家族の意思決定”という言葉

を私達は当たり前に使っていますが、病院施設という環境の中で、医師や看護師がそれを実践していくことは非常に難しいと思います。

大橋 医療の中で、今まで私達がやってきたこととは少し違う難しさが、ここにきてものすごく出てきていますね。

事務局 ご家族の理解は、いかがでしょうか。

水附 一般的には、対症的な部分についてたくさんの要望が出てきます。

透析はしない、もう何もしないという判断をされ、療養病棟で経過を見ても身体に水分が溜まってくると「じゃあ水分を抜いてください」と言われる。「ご飯が食べられなくなってしまいました、このままの状態が続くと栄養失調になってしまいます」と説明すると「じゃあ点滴をしてください」と言われ、対症的な治療から積極的な治療、つまり透析を開始される場合があります。

ご家族が治療の方向性を選択される場合、選択に対する重みや罪悪感を、とても強くお持ちになるようです。

ですから、腎不全の末期になればなるほど「もうわからないですから、素人ですから、楽になるようにしてください」とこちらに委ねられてしまうことも多いのです。

ご家族も「何もしないでください」と言ったものの実際に何もしないで看取るのは、精神的にかなりおつらいのかもしれない。

大橋 私達、人間は誰でも死を迎えます。それが早いか遅いかだけの違いで…。自分がどのような最期を迎えたいかは、よく話し合っておく必要がありますね。

水附 『腎不全を生きる』の前号 (VOL.28) で、大平整爾先生がご執筆された「患者さんに考えていてもらいたいこと」を読み、それが私にとっても救いのような気がして、ぜひ皆さんにも読んでいただきたいと思



石橋 久美子 さん

いました。

最終判断は他人任せにはできない、ご家族に負担をかけずに自分の最期は自分で決めるというお話。これから先、高齢化が進めば進むほど、私達はこういった考え方を、病気で苦しむご本人やご家族にお伝えしていかなければいけないと思いました。

大橋 病院に入院すると少なからず、何かしらの制約は出てきます。ガン疾患の治療、ケアにあるような、家族と自由にゆったりと過ごせる場と時間が持てるホスピスかそれに類似した施設が、透析にもこれからは必要になってきますね。

■ 患者さんのサインを見逃さない ■

大橋 石橋さんは訪問看護をしておられるということですが、その中でご苦労されていることなどをお話ししていただけますか。

石橋 ご高齢のCAPD患者さんで、ご本人でバッグ交換やカテーテルケアができなくなってしまった時に、スタッフが交代で1日に2～3回、ご自宅を訪問して援助していました。

ご夫婦2人暮らしですが、介助者もご高齢で、秤の目盛りが読めない、除水の計算ができないなど、私達のケアが必要でした。

またご高齢でなくても、文字が読めない、理解できない方もいらっしゃいます。そういう方は、自分でケアできないことを非常に気にされますし、またそれを知られたくないと思っています。患者さんの表には出さない気持ちをうまくくみ取って指導していくことは、とても難しいですね。

大橋 確かに、教科書やパンフレットを作る時、患者さんの立場で書いたつもりでも、まだまだ医療スタッフ中心になってしまっているところがたくさんありますね。患者さんが実際に何で困っているのか、どう工夫しているかなどに耳を傾けることは、すごく勉強になります。

患者さんの生の声を次の患者さんの指導に役立てられるので、ある意味では、患者さんはどんな参考書よりも真実を、また実際面を教えてくれる、とても貴重な教科書的存在ですね。

南 そうですね。私達の指導はどうしても一般論になりがちです。でも、患者さんは実践して生活に組み込まないと毎日続けられませんので、工夫・知恵をたくさんお持ちです。

毎回体重が5kg増えていたのに、5%、3%と増加率を減らした方がいました。聞くと、コップやお茶碗を三角形にしたそうです。実際の中身は少ないけれど「たくさん入っているな」という見た目の満足感が得られ、そうやって量を減らすことができると自分の自信になるとおっしゃるのです。

看護する側として、患者さんのそういうサインを見

逃さない感性を持ち続けたいな、と感じました。

大橋 体重を増やさないようにわれわれはどうしても食事内容の指導になりがちですが、このように患者さんは器まで工夫し努力されて、本当に关心しますね。

■ 家族に頼らない治療方法の確立を ■

大橋 単身でご高齢の場合には、通院の問題の他に、CAPDなどの治療をしたくてもできない場合があると思いますが、阿部さん、その辺はいかがでしょう。

阿部 地方だから核家族が少ないということではありません。

高齢の場合は、CAPDだったら必ず介護者が必要で、す。では、血液透析ということになりますが、今度は送迎が必要になってきます。介護保険が導入されたことによって、ヘルパーさんによる送迎ができるようになりましたが、これまで送迎も大きな問題でした。

通院ができなくなったら、やはり入院という形を採らざるをえないですね。

CAPDの患者さんで老健施設（介護老人保健施設）に入所された例があります。その場合は、老健施設の看護師さんにCAPDの指導をして、まず理解してもらう環境作りから始めています。

事務局 1日に3～4回、その看護師さんが交換するのですね。

大橋 確かに、ご高齢の患者さんを各透析施設だけでフォローするのは限界があります。これらの問題は、行政にも真剣に考えていただかないと、現場だけが苦しむことになるような気がします。

水附 やはりお話を聞いて思うのは、家族の介護力の問題が一番大きいということです。

私達は「家族なのですから」とご家族の力を当たり前のように思ってしまうがちですが、極論をいえばご家族にも拒否する権利があります。ご家族のやりたく

てもできない状況や、家族に迷惑をかけたくない患者さんのお気持ちもあります。

「自分ではできないCAPD」や「自分で通えない透析」といった、介護なしには成り立たない治療の状況については、ご家族に頼ることのみならず、地域で利用できるケアプログラムなども、われわれは真剣に考えていかなければいけない時代になっているのかもしれない。

阿部 慢性腎不全などのハンディキャップを持っている方の中には、あらゆるものに対して「私達は生かされている」と思っている方がいらっしゃる。そういう方々は、私達からの提案を積極的に受け入れてくださいますね。みんながみんなそうではありませんが、私としてはそこまでの気持ちになれる患者さんを尊敬します。

そこまで考えられる方はいろいろなことも乗り越えられるし、困難なことがあった時にも自己責任で選択や決定ができると思います。

■ 患者さんの選択をどこまで尊重できるか ■

大橋 透析に限らずこれからの医療は、きちんと説明をして、患者さん自身がよく理解し納得して治療を選択できるようにしないと、後で「本当はこうしたかったのに」という事態になりかねません。

今までは“インフォームド・コンセントは医師にお任せ”というパターンが多かったように思います。これからは医師、看護師、患者さん、ご家族がきちんと話し合える場を持つことが大事になってきますね。

阿部 水附さんのところは、インフォームド・コンセントを行っていると言えるのではないのでしょうか。

水附 私達のところは透析の専門医がいないので、患者さんに選択を委ねざるをえないのが正直なところです。



阿部 年子 さん

阿部 事前の「血液透析をすればこうです」といった情報提供は、どのようにされているのですか。

水附 先日ともしっかりしていろいろな意味で優れた80歳の方が、自分で「治療はしない」選択をして、療養病棟へ来られました。貧血が進んできていることも、血液データが悪化していることも自分でわかっているわけです。

私は「透析をやれば少しは楽になるかもしれない」とつい思ってしまい、もし聞かれれば「今の症状は、透析をすればこういうふうに改善しますよ」と言えるのですが、方向を決められたのは患者さんなので何も言えません。

もしかしたら、機械に頼る人生というのは自分にとって不必要なものであると考えて、選択されたのかもしれませんが。「人生50年と考えれば30年も長く生きた、もう十分だ」とも言う方もいます。そういう方に「いや、治療をしてはどうですか…」などとは言えま

せん。

しかし、透析をすることによって、また違った時間の過ごし方もあるかもしれない、それもお伝えすべきではないかといつも思っています。

事務局 大方の患者さんは治療をしてもらうために病院に来るわけですから、病院の方は「治療しなければ」と思うわけですね。

阿部 建前はそうです。しかし、本当に治療をして幸せかどうか。常に自問するところではあります。でも、これは私達が決めることではありません。

大橋 そこがとても難しいと思います。患者さんご本人というよりも、残されたご家族がどう思うかではないでしょうか。ご家族が「ああ、本当にお父さんはこれでよかったのよね」という、ある種の満足感のような何かがあればいいのですが「もっとやってあげればよかった」という気持ちが残ってしまうと、いろいろな問題が生じてきます。

患者さんやご家族が本当に「これでよかった」と思えるようなことを、どれだけ医療者としてできるかが非常に重要だと思います。

■ ファミリーケアの必要性 ■

水附 これから高齢の患者さんが増えていく中、セルフケアと同じぐらいにファミリーケアが大きなものになっていくと思います。地域でいろいろなケアが制度化されていく中で、やはり今後目を向けていくべきところはご家族ではないでしょうか。私達がご家族の選択を支えていくことが重要だと思います。

先ほど、患者さんがご自分の身体を通して獲得した知識・工夫の話から患者さんに学ぶことがあるとおっしゃっていましたが、私は看護師も同じだと思うのです。年数を重ねると、経験をたくさん持っていて「こうすれば楽になる」と思える場面がたくさん出てきま

す。

そういう自分の体験をきちんと話せることが大事だと思います。看護師の経験の蓄積は、ご本人やご家族がこれから先の延命医療を考えた時の、意思決定の助けになるのではないかと思います。

以前、痴呆があって透析導入されたご高齢の方がいらしたのですが、ご家族が「大切な1人しかいない母ですから、お願いします」ととても熱心に透析を希望しました。送迎つきで通院されていたのですが、1～2年経った頃、ご家族の方が「通院や母の世話でどうにもならない、何とかしてください」と言うようになり、「こんな大変なことになるとは思わなかった」と言うのです。「ご家族が決められたことですから、選んだ以上は最後まで」と話し、家族の負担を少なくするためのサービスを計画したりしましたが「他人に任せられない」「こんなに長くなるとは思わなかった」とおっしゃっていました。

石橋 私も「こんなに長く生きるとは思わなかった」とか「もうあと少しだと思ったからやってくださいとお願いしたはずなのに」と言われた経験があり、つらかったです。

水附 こういう時の家族へのかかわりは、経験豊かな看護師になりますね。

■ 死の演出を自分で ■

南 終末期をどう迎えるのかは今後いろいろな角度から考えなければならないと思いますが、自分の死は自分が演出家になって、シナリオを書いて欲しいと思います。私達を書けるものではありません。死は私も含めみんな1回はありますから、絶対に避けられません。

患者さんの多くは、透析に入った時に“死”を考えるとというのではないですか。ですから、自分の死をどう

迎えたいのか、ぜひ患者さんに考えていただきたいと思います。

私の経験した例ですが、透析歴10年ぐらいで脳出血を起こして呼吸停止になり、救急車で運ばれてきた方がいました。一応救命処置をして、その後ご家族が駆けつけました。3～4日後、清拭をしている時、奥様が「主人が透析を始めた時に、もし自分が意識のない状態になったら延命はしないと夫婦で話し合っていた」とおっしゃるのです。それで積極的延命処置はせず、ご家族の皆様に見守られながら安らかな死を迎えられました。この方は、ご自分の死を演出されたと思います。

水附 自分はどう生きたいかということですね。今はたくさん情報があるわけですから、その情報を勉強するのも選ぶのも患者さんご本人です。“この先どう生きるか”は“どう死にたいか”にかかわってきますので、できれば生きている間に死に方も聞いておいた方がいいのではないかと思います。

やはり、ご本人の意向が最優先事項だと思います。ご本人がきちんとご自分の意思を言えれば、あまりトラブルにならないのではないのでしょうか。そうでないと、ご家族もいろいろ悩まれてしまいます。

南 尊厳死であれば、ご家族も本人が選んだ生き方をしたと思えるのではないのでしょうか。

■ スタッフの人数より効率を ■

大橋 次に、勤務上のご苦労などについてお聞きしたいと思います。

皆さんのお立場では、スタッフの教育も大事な役割のひとつと思われますが、その際にどのようなご苦労がごありでしょうか。先ほどマンパワーの不足といったご指摘がありました。

阿部 マンパワーが不足しているという理由だけで事

故が発生すると言われますが、スタッフが増えても事故をより防げることはないと思うのです。安全な医療を提供するために、効果的で効率的に動く工夫を考えていくべきではないでしょうか。

透析の事故は、モニターの入力ミスや伝達・連絡ミスがほとんどです。患者さんが安全に治療を受けられるような環境を私がマネジメントしていかなければならないので、それが一番大変ですね。何事もなく1日が終わった時は、すごくホッとします。

先日、東北で地震がありましたが、発生が夜中や早朝だったので被害があった施設はなかったと思います。でも、透析中だったらすぐに逃げられないので、パニックにならないよう心がけましょう、ということだけはスタッフに話しています。離脱の方法も書いてありますが、緊急の時は難しいと思います。

大橋 勤務上の問題になりますと、今はリスクの問題が一番大きいと言えるでしょうね。本当に何もなくて1日が終わるという日の方が、逆に少ないのではないのでしょうか。

石橋 私のところでは、血液透析やCAPDを他で経験してきた看護師が少ないのです。看護師としての経験・知識・技術はさまざまで、卒業後一年目では、基礎知識・看護教育から必要です。でも、その人もスタッフの1人なのです。少人数ですので、通常の勤務をしながら、なおかつ教えなくてはいけない、学ばなければいけないというのは、なかなか難しいと思っています。

透析業務も患者さんに迷惑をかけられないので、無我夢中、必死です。やはり、覚えようという意欲や興味を持つことが大切です。

「こういう時はどうしたらいいんですか」「こうした方がいいみたいですよ」などディスカッションできるとうれいですね。共に学ぶ、育てながら学ぶといった感じでしょうか。

たとえ少人数のスタッフでも、みんなが“透析も病



南 幸さん

棟も外来もしっかりできる”を目標にがんばっています。

大橋 病棟の看護師の人員配置数は、看護師：患者さんの比率が1：3と決まっていますが、透析室の場合その比率は決まっていません。そのあたりはどう思われますか。

阿部 前は60名の患者さんがおり、看護師1人あたり10名を受け持っていました。それだけでは仕事はできませんので、今では7名いる臨床工学技士も巻き込んでやっています。

南 私のところは病床数が多いので、穿刺は医師、臨床工学技士、看護師がします。

■ 命をつなぐ穿刺 ■

南 穿刺は新人にとってすごくストレスになります。患者さんの方がベテランですから、上手下手がすぐわ

かります。

そのためには、技術的側面を強化しなければいけないので、5年前から穿刺技術向上委員会というのを作り、ベテランのスタッフが日頃やっているコツを文章化、マニュアル化した「穿刺成功の秘訣のポイント」をビデオやパンフレットにしました。また、新人にはベテランが付き添ってフォローができるような体制をとっています。

そのおかげで、看護師の定着率が少しはよくなったかなと感じています。私自身透析室は2年半なので、スタッフから「穿刺角度が違う」と言われながらやっています（笑）。

今までは、見て覚える職人みたいな教育だったので伝える言葉が整ってなかったのですが、それを文章にし、マニュアル化することによって、新しい人に技術を伝えていけるようになったのではないかと思います。

阿部 私は、穿刺の技術はいろいろな患者さんに会った中で学んだので、ありがたいなと思っています。穿刺はとにかく回数をこなすことと、チャレンジ精神が大切ですね。患者さんに、「何をやっているのだ！」と言われれば、当然すくんでしまいます。そういう場合は、ベテランが刺せるような状況にしてから、刺させるようにしています。そこを乗り越えると、見えない血管が見えてきたりするのです（笑）。

水附 以前、患者さんを対象にアンケート調査を行いました。看護師に一番望むものは、とにかく穿刺がうまい人。穿刺技術によってコミュニケーションが左右されるというぐらい重要ですね。穿刺は1つのボディタッチ、手当てですから、とにかく早く穿刺がうまくなるような指導を望みたいという意見が多くありました。

大橋 「たかが穿刺、されど穿刺」ですね。シャントが命の綱という意味では、うまく刺してくれる人が患

者さんにとっては一番なんですよね。それは職種や経験年数には関係なく、信頼関係に結びついていくようです。

水附 刺す人の技術をじっと見ていると、粗雑に扱うか丁寧に扱うのかが見えてくる。自分の命をどう扱っているかが見えてくるとおっしゃいます。「いとおしく刺す人」と「とにかく刺せばいい」では全く違う。

「穿刺の下手な人に何を言われても聞く耳は持たない、技術を身につけてこそ指導ができるのだ」ということを、長いこと透析をされている患者さんがおっしゃっていました。

南 でも、それって本音のような気がしますね。

水附 「新人はちょっと」とおっしゃる方もいらっしゃいます。

石橋 直接「君は来なくていい」と言われたり「あの人はもう少し慣れてから僕のところに來させてくれ」と厳しい評価を受けたこともあります。

南 シャントが刺しやすいので、新人に「そろそろ刺してみてもいいよ」「上手になったね」と言ってくださる方も中にはいらっしゃいます。

石橋 信頼関係ですよね。患者さんのニーズにこたえようとする、スタッフの一生懸命な姿が信頼関係に結びつくと思います。信頼関係が保てると、新人に対しても「そろそろ刺してみてもいいよ」とおっしゃってくださるようになります。

南 そういう時は、自然に「お願いします」と言えるようになりますね。

大橋 私達は患者さんに育てていただいているということです。ゴムやいろいろなものに刺して練習しても、実際に刺すのとは全く違いますから。

ご自分の「命」である血管を貸してまでも「いいよ」と言ってくださるその気持ちを考えれば、やはり1回で刺そうという気持ちがなければいけないと思います。もちろん気持ちばかりで技術が伴わなければいけ

ませんが。

■ 動機づけの難しさ ■

大橋 みなさんのところは、ローテーションはあるのですか。

石橋 半日～数ヶ月の期間で日々ローテーションです。血液透析は1日2クール週3回ですので、血液透析を主に担当する看護師は、透析のない曜日には外来や訪問業務を行います。また2クール目は患者数が少ないので、最低限のスタッフを残し、他部門の援助に入ります。

阿部 対象はみな慢性腎不全の方ですか。

石橋 糖尿病の方もいらっしゃいますし、何らかの合併症で入院してこられる方もいらっしゃいます。

阿部 私のところはCAPDの患者さんが21名いらして、透析室と腎外来でローテーションをしています。頻繁に変えるわけにはいけないので、だいたい1週間くらいで回っています。

大橋 いろいろなことを経験できるというのは、ローテーションのメリットですよね。逆に、デメリットはありますか。

阿部 まず、腎外来もひとつとおぼえなければいけません。また、CAPDも1社の製品だけでなく4社入っていて、チューブもそれぞれ互換性がなく、チューブ交換は21名全員ができるわけではありません。その他に外来でPTA(経皮的血管拡張術)もやっていますので、その介助にも入らないといけません。応援しなければいけないことがたくさんあって、負担が大きいですね。

透析室のように、与えられた仕事の中でローテーションした方が楽は楽です。でも「それでは伸びないよ」と言っています。みんながそういう意識になってくれればいいのですが。

大橋 なかなか難しいですね。いろいろなことを経験

させてもらえるメリットよりも、やらされているという気持ちが強いのでしょうね。

阿部 腎外来には飛び込みがあります。慢性腎不全でも救急で入ってくる方もいらっしゃいます。そういう意味では勉強するチャンスだと思いますが、ルーチン化された業務の中で働いていると回避したい人もいます。全員が全員ではありませんが。

皆がエキスパートになるという機運で働いてくればいいのですが、なかなかそこまで啓発できない自分が情けないですね。

大橋 それは上に立つ者のつらいところで、動機づけが一番大変ですよ。こちらは動機づけをしたつもりでも、相手がそう思っていないというのはよくあります。

南 私のところは、毎年10名前後の新卒看護師が入ります。

透析室は業務がルーチン化されていることが多いのですが、入院病棟にはいろいろな合併症を持っている方がいます。新人のうちはなるべく入院病棟に配属し、2〜3年後一般的な看護をある程度できるようになったら、透析室へローテーションするというやり方になっています。

病棟経験者が入ることによって、透析室の看護師の刺激にもなるようです。入院病棟で患者さんの見方がある程度できている人は、視野を広く持てるのです。

最近の合併症は糖尿病を含め、非常に複雑になっています。全身状態をしっかり看たり観察することができると、患者さんのニーズや異常症状を早くつかむことができます。私は、適切なローテーションは必要だと思います。

■ 看護のエキスパートとは ■

大橋 水附さん、透析のエキスパートとしてはどうい

う看護師が欲しいですか。

水附 経験年数や専門科目の修得も必要でしょうけれど、やはり今のお話を伺っていて、いろいろな場所を経験することのメリットを感じました。

一般的に「臨床経験」は採用条件の1つになっていますが、外来や入院病棟などいろいろな場所を2年なり3年経験して、やる気のある人は結局は残っていくのだろーと思います。できればそういう人達と仕事をしたいですね（笑）。

マネジメントする立場としては、10人新人が入ってきたら最初は全員育てようと思っています。以前はやめる人がいた場合、自分の指導に問題があったのではないかと思うところもありましたが、最近は本当にこの仕事が好きな人が半分でも残れば良いと考えるようになってきました。

阿部 半分残ればすごいですよ。理想をいえば、常に興味をもっていろいろなことにチャレンジする人が欲しいですね。時に落ち込んでもそれを1つの動機にして、もっともっと自分を向上させようという意欲がなければいけません。これは透析に限りません。

ただ、確かに透析に合わない人もいますから、何年かやって「できません」という人がいてもそれは仕方がないと思います。

ただ流されてやっている人は困りますね。意見交換の時に消極的な人とか。そういう場での発言は大いに重要視したいし、その人の実力を見極めることもありますね。

大橋 おそらくそういった点が、透析専門看護師とあったところにつながっていくのではないかと思います。

水附 興味を持って、自分のいる場所でいろいろな経験、体験したことが自信やメリットになると考えられれば、本当に素晴らしいと思います。大変だと思ながらも、知らないうちにさまざまなことが獲得できて

いけば、とてもいいのではないのでしょうか。

3年経ったら3年の経験が確実に生かされると思います。どういう姿勢で仕事に向き合っているかが試されるようなものですから、日々興味を持ってこの仕事をしている人達が、看護の質を向上させる力を持った方達だと思います。

南 「学び」は、患者さんとのかかわりの中から得るものが多いので、自分の実践してきたことを振り返って、まとめてみることは大切だと思います。

実践での問題解決能力がなければ、患者さんの指導も、スタッフの指導も、たぶんできないだろうと思います。最近の看護研究は、データ分析に傾きがちですよ。もちろんそういった研究も必要なのですが、透析は患者さんと長いお付き合いをしていくわけですから、やはり実践がきちんとでき、足が地についてないと肝心のデータも生かされません。

■ 現場こそが最先端 ■

水附 先日、全腎協の役員の方達と一緒にお話をする機会がありました。その時「透析のいいところって、チャレンジがもう一度できるところなのだから、もし失敗しても、『もう1回やらせてください』って言えるじゃないか。再挑戦できる透析の看護師さんはラッキーだ」と言われたのが心に残っています。

その言葉が胸に突き刺さりましたね。患者さんの中に、私達を「育てたい」という思いがあるということを知り、そこに、患者さんと私達医療側の相互作用があるのかなと思いました。

南 相互作用っていいですね。

水附 これを聞いた時に、「本当に私達は育てられている」と痛感しました。

大橋 患者さんからいただいた言葉が、今の水附さんのように素直に入る人とそうではない人がいるのですよね。どんなに技術や知識があっても、論文が書けたり研究ができて、人としてどう患者さんと接すればいいのかがわからなければ看護師はやっていけないのではないのでしょうか。

水附 ですから、あらゆることは現場から変わっていくのでは、と思っています。現場というのは、日々同じ場面でも微妙に違ってくるものです。そこから生まれることというのが、一番最先端だと私は思うのです。

一般的には、データや理論や根拠があって、そういうものの積み重ねで変化していくように思われているのかもしれませんが、そういったことだけで看護の微妙な部分まですべてカバーできるかという正直、疑問を持たざるをえません。

大橋 今日のお話を伺って、ヒルデガード・E・ペプロウの看護理論を思い出しました。「看護師は患者との関係を通して成熟した人間になろうと努力し、自分のパーソナリティの中に学習したものを組み入れていくことができるようになった時、患者を支援したことになる。また、患者は病気で看護を受けた経験を通して学習しえた成果を、自分の問題解決能力の中に組み入れることができるようになった時、看護師から支援を受けたことになる。」

このようなかかわりの中で、患者さんも看護師もお互いに成長していくこと、特に長期にわたる透析医療においては相互に尊敬し合う人間関係があって、初めて支え合うことができるのではないかと痛感いたしました。

本日は大変よいお話をしていただき、ありがとうございました。

患者さんへの 提言

20

(1) リンのコントロールは 長生きするための秘訣!!

栗原 怜 (春日部内科クリニック・医師)

島崎 玲子 (春日部内科クリニック・看護師)

血液検査の結果が出るたびに、「リンが高いですよ」、「リンの高いものを食べていませんか?」、「薬、ちゃんと飲んでいますか?」など看護師さんに問い詰められ、それでも高い状態が続くと柔道の試合のように「指導!!」(栄養士による食事チェック)が入ります。しかし、それでもだめだと「薬を増やしましょう」となり、さらに「ダイアライザーを大きくしましょう」「透析時間を増やしましょう」などと「減点!!」(主治医のきつい指導)の対象になってしまいます。

患者さんは「そんなこと言われなくてもわかってるよ」「好きなようにやらせてくれよ」などと考えたくなってしまうのもよくわかります。それも丁寧な説明をし、かつ優しく話してくれるのならまだしも、こわい看護師さんにつっけんどんな言葉で「また高いわよ」「何食べてんの」「だめじゃない」なんて言われたら、もう反論の気力もなくなってしまう。「寝てしまった方がまし」なんて考え、回診の時にだんまり戦術をとりたくなってしまうのももっともな話です。

透析室スタッフの人達は どうしてこんなにリンのことをやかましく言うのでしょうか。それは「リンのコントロールが長生きの秘訣」ということが最近だんだんとわかってきたからです。

ここでは「長生きをすること」と「リンのコントロール」とがどんな関係にあるのか、ゆっくりと考えてみることにしましょう。

リン(P)は動脈硬化を進行させる

透析患者さんでは、カルシウムとリンを主な成分とした「リン酸カルシウム」と呼ばれる白い石灰のような物質が血管の壁に溜まりやすいことが知られています。この物質が血管の壁に沈着すると、血管の壁はまるで漆喰(しっくい)で固めたように硬くなり、弾力性が失われてしまいます。また内腔が狭くなってしまい、血液の流れを妨げてしまいます(イラスト1)。患者さんの中には、シャント作成部分の血管が盛り上

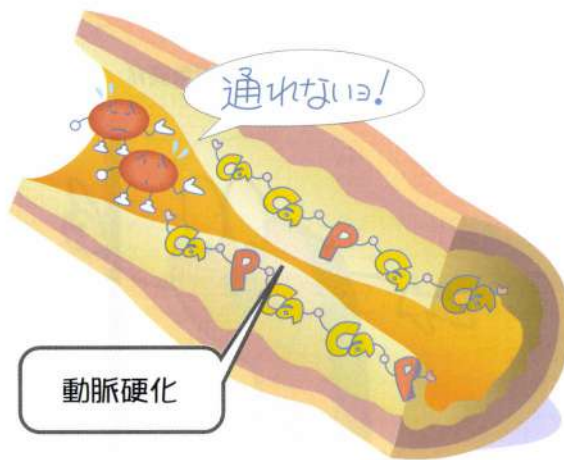


イラスト 1

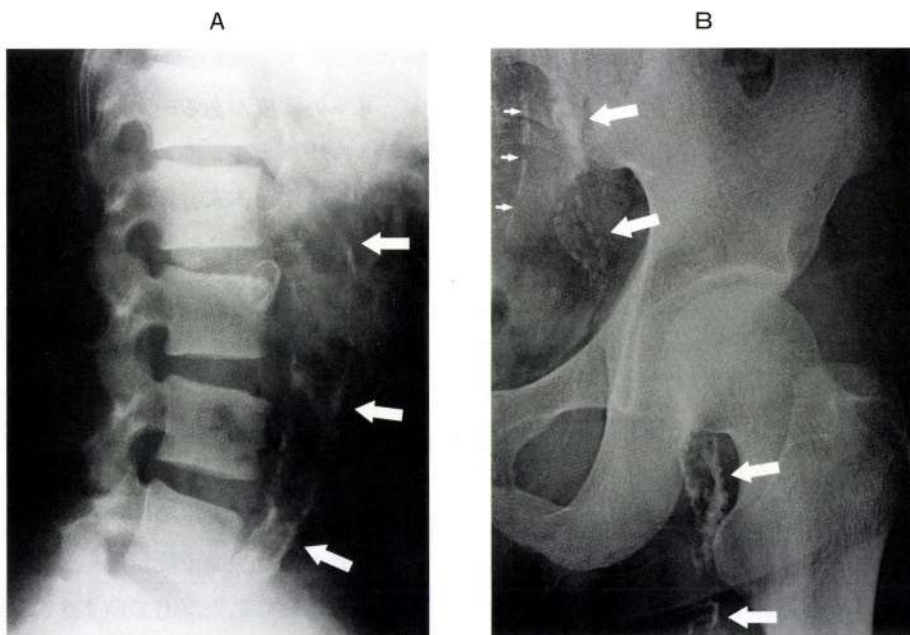


図1 腹部大動脈と大腿動脈の石灰化（動脈硬化）

がり、硬くコチコチになっている人がいるのではないのでしょうか。この部分のレントゲン写真をとってみると、まるで骨のように濃い石灰成分が溜まっているのがわかります。透析患者さんでは、ほぼこれと似た動

脈硬化が全身の血管に発生すると考えてよいでしょう。

図1の2枚の写真は、透析歴約20年の55歳・男性のレントゲン写真です。左(A)は腹部大動脈、右(B)は



イラスト 2

それに続く骨盤内動脈と大腿部の動脈です。動脈の壁に沿って白く写っているのが沈着した石灰成分です。とても55歳の人の血管とは思えません。一見すると80歳代の人かと思われるほどの、強い石灰化を伴った動脈硬化が起こっています。

多数の透析患者さんの四肢の動脈と、骨盤内動脈の石灰沈着の有無をレントゲンで調べたデータでは、透析導入時にはなかった石灰沈着が、10年後には80～90%の人に認められるようになっていわれています。つまり、透析患者さんは動脈硬化の進行が速く、また若い年代から発症するのです。

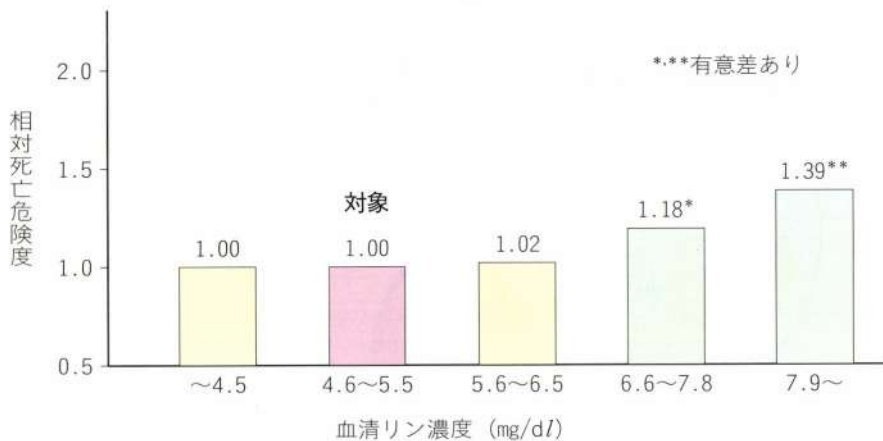
動脈硬化の最も重要な促進因子が、血液中のコレステロールであることは皆さんよくご存知のことと思います。しかしこれは腎臓の悪くない一般人の話です。最近、透析患者さんにおける動脈硬化の促進因子として最も重要なものは“リン”であると考えられるようになってきました（イラスト2）。

ではなぜ、リンのコントロールが悪いと動脈硬化が進行してしまうのでしょうか。前にもお話ししました

が、リンの濃度がある一定以上に上昇すると、血液に溶けきらず、カルシウムと結合してリン酸カルシウムに変化します。本来、骨の成分である“リン酸カルシウム”が血管（特に動脈）の壁や心臓の弁、心筋、関節周囲の組織などに沈着し、さまざまな障害をもたらすのです（78頁に関連記事があります）。

リンが高いと死亡の危険性が増大

米国で行われた大規模な調査では、リンの値が高い透析患者さんは生命予後が悪い、つまり死亡する危険性が高いという結果が出ています。この調査では年齢、性、透析年数、原疾患（糖尿病であるかないか）などの生命予後に影響を及ぼす因子が考慮されています。その結果、血清リン値を4.4～5.5mg/dlという良好な値にコントロールされた患者さんのグループに比べ、6.6～7.8mg/dlのグループでは死亡する危険性が18%も増加、さらにリン値が7.9mg/dl以上のグループでは39%も増加するというものです（図2）。



(1998年,Block G. Am.J.Kidney Disより)

図2 米国透析患者における血清リン濃度と死亡危険度

虚血性心疾患による死亡が増大

では、その死亡の原因となっている疾患は何なのでしょう。リンの高いグループでは、心筋梗塞や狭心症などのいわゆる虚血性心疾患（冠動脈の動脈硬化性疾患）による死亡が多いことがわかりました。

血清リンが6.5mg/dl以上の患者グループでは、6.5mg/dl未満の患者グループに比し、虚血性心疾患で死亡する危険性が41%も上昇していました。その他、心臓弁膜症や四肢の閉塞性動脈硬化症などの発症も多くなります。

リンをいかにコントロールするか

動脈硬化が進行してしまうと、なかなかよい治療法がありません。ですから、リンが高くないような予防対策が極めて重要です。血液中のリンの上昇傾向は、透析導入前の腎不全保存期（クレアチニンが3～

5mg/dlの時期）からすでに始まっています。腎機能が低下すると、尿中へのリン排泄が極端に少なくなります。健康成人においては、通常1日あたりおよそ1,000mgのリンを食事から摂取しています。このうちの400mgほどが便中に排泄されますので、残りの600mgは尿から排泄され、血液中のリンを一定の値（3～4mg/dl程度）に保っています。

しかし尿量のなくなった透析患者さんでは、尿から出て行くはずの1日あたり600mgのリンを透析で除去するしか方法がありません。しかし透析で除去できるリンは、1回4時間でおよそ600mgです。1週間に3回の透析を行ったとして、週当たり1,800mgですから、

$$600 \times 7 \text{ 日} = 4,200 - 1,800 = 2,400 \text{ mg}$$

のリンが体内に残ってしまう計算になります（イラスト3）。

このようなことから、腸管から吸収される食事のリンをできるだけ減らす努力が必要となってくるのです。それには、まずリンを多く含む食物の摂取を少なくし、食事のリンを吸着して便に排泄する作用のあ

健康成人

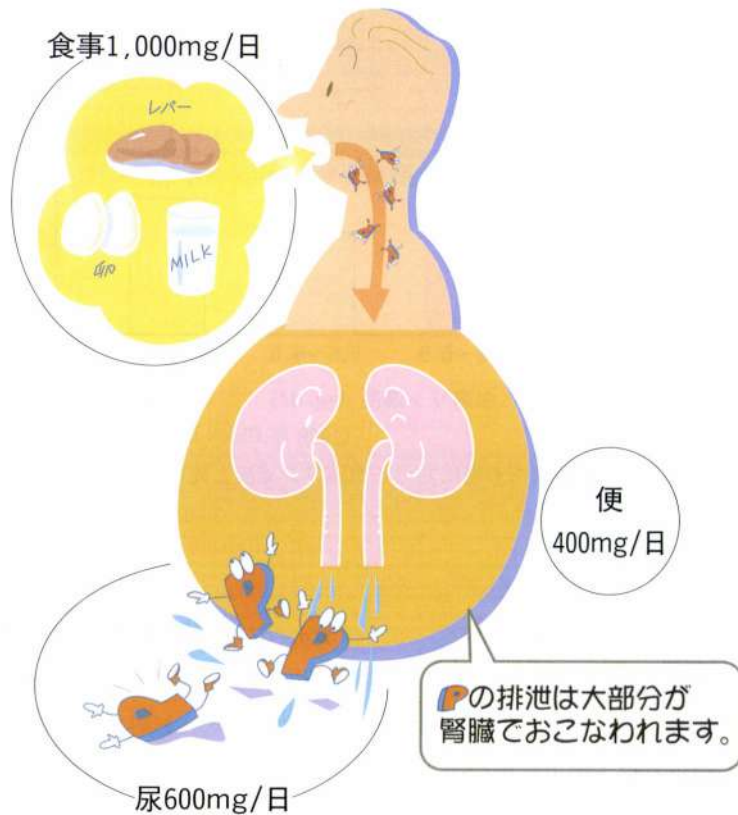


イラスト3

るリン吸着剤を服用することです。

リン含有量の少ない良質のたんぱくを

一般的にカルシウムの多い食品(乳製品や小魚など)はリンを多く含んでいます。テレビの宣伝につられて“体によい”“骨を強くする”といって牛乳をたくさんとっている患者さんがおられます。これは間違いです。透析患者さんでは栄養にならないばかりか“毒”にさえなります。どうしても牛乳が飲みたい方は、リンを除いてある低リンミルクをお勧めします。

また、栄養状態の維持に欠かせないたんぱく質(肉や魚など)にもリンがたくさん含まれています。です

からたんぱく質を多く摂取すれば、当然リンも多くなってしまうというジレンマがあります。このため“単位当たりのたんぱく質量に対してリンの含有量が少ない適切なたんぱく食品”を選択して摂取することが重要です。さらに必要以上のたんぱく質摂取は避けるべきです。

1日あたり $1.2\text{g/kg} \times \text{標準体重}$ を超えない程度が最適です。

しかし、厳重な食事制限を行っても、リンの値を適正な値にコントロールするのは難しいものです。ですから、食事に含まれていたリンを吸着し、便に排泄してしまうリン吸着剤を服用することが必要となってきます。ここでは、最近発売された新しいタイプのリン



図3 塩酸セベラマー

吸着剤である“塩酸セベラマー”というお薬を中心に、服用にあたっての注意事項をお話します。

塩酸セベラマーというリン吸着剤

これまでに多くの種類のリン吸着剤が使用されてきましたが、それぞれ一長一短がありました。“アルミゲル”といわれる重金属のアルミニウムを含む製剤は、極めて強力なリン吸着作用をもっていました。しかし体内に蓄積し、重い脳症や骨障害を来することが知られてから、わが国では1992年に透析患者さんへの投与が禁止されました。

その後は沈降炭酸カルシウム（一般的に炭酸カルシ

ウムと呼び、錠剤はカルタン錠）がリン吸着剤として広く用いられてきました。しかし、炭酸カルシウムを大量に服用すると、カルシウムが腸管から吸収され、高カルシウム血症を来しやすいという難点がありました。そこで登場したのがアルミニウムもカルシウムも含まない、新しいタイプのリン吸着剤である塩酸セベラマーというお薬で、平成15年6月から発売開始となりました。

中外製薬からは「レナジェル®」、麒麟麦酒からは「フォスブロック®」という商品名で発売されていますが、両方とも同じ薬剤です(図3)。本剤はカルシウムを含んでいないため、血液中のカルシウム濃度を上昇させることはありません。その結果、カルシウム×



イラスト 4

リン値を低く保つことができます。つまり、血管壁の石灰化が起これにくく、“透析患者さんの寿命を延ばす夢の薬”になるのではないかと期待されています。

しかし、副作用としての「消化器症状が出現しやすい」という特徴があるため、注意しながら服用することが必要です。

次に、このお薬を服用するにあたっての注意事項をいくつかお話ししてみたいと思います。

(1) どのくらい服用するの？

「レナジェル」も「フォスブロック」も1錠が0.25gです。ですから4錠が1gに相当します。現在、炭酸カルシウム剤（カルタン錠や沈降炭酸カルシウム）を全く服用していない患者さんで血清リン濃度が8.0mg/dl未満ならば1回4錠から開始、8.0mg/dl以上の場合は1回8錠から開始します。すでに炭酸カルシウム剤を使用している患者さんがこの薬に切り替える場合、これまで服用していた炭酸カルシウムが1日3g（カルタン錠では6錠に相当）未満の場合では1回4錠（1

日だと12錠）から、1日3g以上の場合では1回8錠（1日では24錠）から始めます。その後、採血検査を行ってリンの下がり方を見ながら、血清リンの値が6.0mg/dl未満となるよう適宜増減します。最高、1日9g（36錠）までの服用が可能です。1回に12錠となりますので服用はなかなか大変です。

カルタン錠に比較して錠剤がひとまわり小さめですが、やや厚みがあります。かつ量も多めに服用しなければなりません。なかなか服用しにくい薬ですが、血清リン濃度を下げるためには大変よい薬です。副作用が出ない限り、しっかりと服用してもらう必要があります（イラスト4）。

(2) 検査は必要？

リンとカルシウム濃度測定のための採血は、月に2回ほど行う必要があるでしょう。また血清塩素（Cl）濃度も月に1回、血清重炭酸濃度（血液ガス検査）も1～2か月に1回程度の測定が必要です。沈降炭酸カルシウム剤を完全に塩酸セベラマーに変更すると、血



イラスト5

液中のCa濃度が低下してくるおそれがあります。またセベラマー中に含まれる塩素 (Cl) が体内に吸収され、体が酸性に傾いてくる場合もあります。

(3) 服用のタイミングは？

十分な効果を得るためには、服用のタイミングが重要です。食事をする直前に、一気に服用することです。口の中に長く留めておくと、水を吸い膨らんでしまって飲み込みにくくなってしまいます。また1回に服用する錠剤の数多くても、食直前にすべてを一度に服用するのが効果的です。

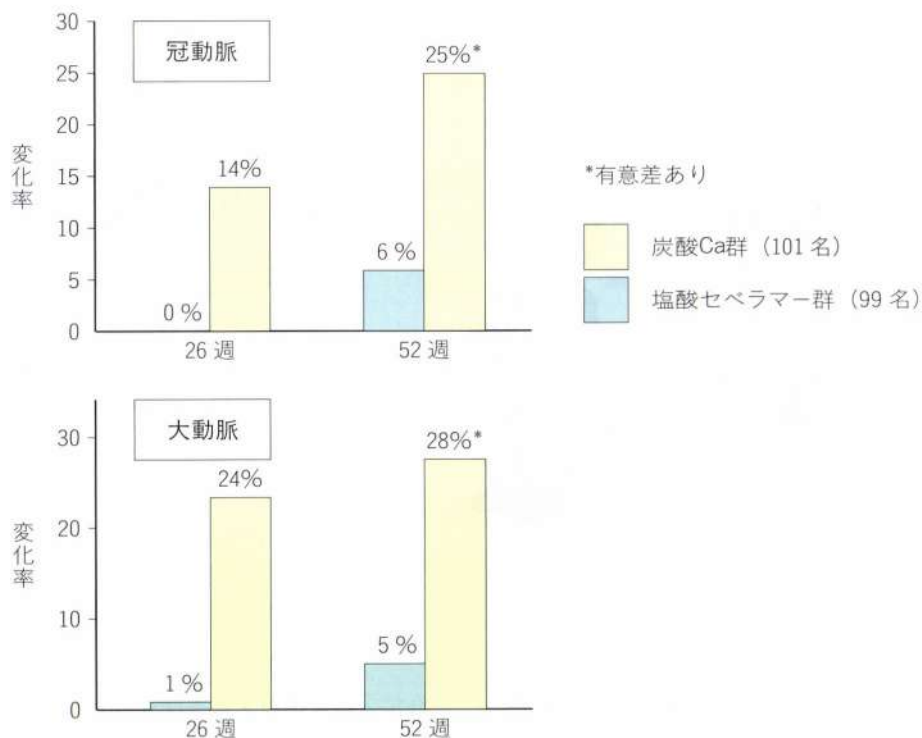
(4) 副作用は？

塩酸セベラマーは陰イオン交換樹脂と呼ばれるものでできており、腸管の中で水を吸って膨らむ性質があります。このため便秘、腹痛、腹部膨満感、嘔気、食欲不振、消化不良、痔の悪化など消化器系症状の出現（イラスト5）が多いことが報告されています。また便秘が高度となり、腸閉塞や腸管穿孔などといった重

篤な状態に進行する可能性もあります。消化器症状が出るようでしたら早めに担当の看護師さんや主治医の先生に連絡し、減量、休薬あるいは中止を考えてもらう必要があります。特に便秘は最も出現頻度が高いため、服用前にすでに便秘傾向を有する患者さんではあらかじめ下剤を処方してもらうか、あるいはすでに下剤を飲んでいる場合では増量してもらうことも必要でしょう。

(5) 塩酸セベラマーの最大の利点

塩酸セベラマーを用いることでカルシウム×リン値が良好な値 {50~55 (mg/dl)²程度} に保たれ、血管石灰化の進行が抑制されます。さらに塩酸セベラマーは胆汁酸を吸着して脂質代謝に影響を及ぼすことがわかっています。総コレステロールおよび低比重リポたんぱく (LDL) コレステロール、中性脂肪、リポたんぱく a (Lp-a) などを低下させます。逆に高比重リポたんぱく (HDL) コレステロール (俗に善玉コレステロールといいます) を上昇させます。この作用が動脈硬化



(Kidney Int.62, Chertow G.M.より)

図4 冠動脈および大動脈の石灰化の進行

の進行を抑制するもう一つの理由と考えられています。

(6) 塩酸セベラマーで長生きできる？

塩酸セベラマーと炭酸カルシウムでリンのコントロールを行った患者さんを54週間にわたって観察した米国からの報告では、炭酸カルシウムを用いた患者さんグループでは冠動脈や大動脈の動脈硬化が大幅に進行したのに対し、塩酸セベラマー群では明らかに進行を抑制できたとされています(図4)。これは塩酸セベラマーがカルシウム×リン値の上昇を抑え、かつ脂質代謝を改善させた結果と考えられます。10年あるいは20年後には心筋梗塞、脳血管障害、閉塞性動脈硬化症などの血管合併症で亡くなる透析患者さんは、これまでより大幅に減少する可能性が出てきました。つまり

塩酸セベラマーを用いてリンのコントロールを行えば、透析患者さんの寿命が延びる可能性が出てきたわけです。

おわりに

「リンのコントロールが長生きの秘訣!!」ということをしかりと頭に入れておいてください。「リンのコントロールをしかり行い、これからも健常人と変わらぬ生活が送れるよう頑張ってください」というのがわれわれ透析スタッフからの心からの願いです。

注：本文中で使用したイラストは、中外製薬(株)および麒麟麦酒(株)の提供によるものです。

(2) 透析医療における 患者さんの権利と義務

川口 良人 (神奈川県衛生看護専門学校付属病院・医師)

リスボン宣言とは

最近、多くの場所で、患者さんは適切な医療を受ける権利があり、また医療スタッフは適切な医療を実行する義務があることが報道されています。日本医師会が所属する世界医師会 (World Medical Association : WMA) の“患者の権利”を具体的に示した宣言にあるように、すべての患者さんは、すべての医療を受けるに当たって、その時代の一般に受け入れられている医学的原則に沿った最良の医療を受ける権利を有すること、その個人の尊厳性と治療の選択権、自己決定権、また意図的な不利益をこうむらない権利が保障されています。この宣言は法律ではありませんが、医療を行うに当たって医師および医療スタッフが常に心の中にもっているものです。実際に患者さんもこの宣言を知っておくことが重要であり、その例として私達

の病院の玄関には、この宣言が大きくかかげられています。

この宣言は1981年にポルトガルリスボンにおいて採択されたことから“リスボン宣言”と呼ばれているもので、1995年に改訂され今日の“患者の権利”として世界に示されているものです。かなり長いのですが、そのコピーの全部を掲載しますので目を通してください。現在、ご自分が受けている透析医療がいかに多くの制約の中にあるかを感じられるとともに、ご自分たちの権利が保障されていることにも気づかれると思います (表1)。

表1 患者の権利に関するWMAリスボン宣言

患者の権利に関するWMAリスボン宣言

1981年9月／10月、ポルトガル、リスボンにおける第

34回WMA総会で採択

1995年9月、インドネシア、バリ島における第47回WMA総会で修正

序 文

医師および患者ならびにより広い社会との間の関係は、近年著しい変化を受けてきた。医師は、常に自らの良心に従って、また常に患者の最善の利益に従って行動すべきであると同時に、患者の自律性と正義を保証するために同等の努力を払わねばならない。以下に掲げる宣言は、医師が是認し、推進する患者の主要な権利のいくつかを述べたものである。医師、および医療従事者または医療組織は、この権利を認識し、擁護していく上で共同の責任を担っている。立法、政府の行動、あるいは他のいかなる行政や慣例であろうとも、患者の権利を否定する場合は、医師はこの権利を保証しないし回復させる適切な手段を講じなければならない。

人間を対象とした生物医学的研究—非治療的生物医学的研究を含む—との関連においては、被験者は通常の治療を受けている患者と同様の権利と配慮を受ける権利がある。

原 則

1. 良質の医療を受ける権利

- a. すべての人は、差別なしに適切な医療を受ける権利を有する。
- b. すべての患者は、いかなる外部干渉も受けずに自由に臨床上および倫理上の判断を行なうことを認識している医師からケアを受ける権利を有する。
- c. 患者は、常にその最善の利益に即して治療を受けるものとする。患者が受ける治療は、一般的に受け入れられた医学的原則に沿って行われるものとする。
- d. 医療の質の保証は、常にヘルスケアのひとつの要素でなければならない。特に医師は、医療の質の擁護者たる責任を担うべきである。
- e. 供給を限られた特定の治療に関して、それを必要

とする患者間で選定を行わなければならない場合は、そのような患者はすべて治療を受けるための公平な選択手続きを受ける権利がある。その選択は、医学的基準に基づき、かつ差別なく行われなければならない。

- f. 患者は、ヘルスケアを継続して受ける権利を有する。医師は、医学的に必要とされるケアを行うにあたり、患者を治療する他のヘルスケア提供者と協力する責務を有する。医師は、現在と異なるケアを行うために患者に対して適切な援助と十分な機会を与えることができないならば、今までの治療が医学的に引き続き必要とされる限り、患者の治療を中断してはならない。

2. 選択の自由の権利

- a. 患者は、民間、公的部門を問わず、担当の医師、病院、あるいは保健サービス機関を自由に選択し、また変更する権利を有する。
- b. 患者はいかなる治療段階においても、他の医師の意見を求める権利を有する。

3. 自己決定の権利

- a. 患者は、自分自身に関わる自由な決定を行うための自己決定の権利を有する。医師は、患者に対してその決定のもたらす結果を知らせるものとする。
- b. 精神的に判断能力のある成人の患者は、いかなる診断上の手続きもない治療に対しても、同意を与えるかまたは差し控える権利を有する。患者は自分自身の決定を行う上で必要とされる情報を得る権利を有する。患者は、検査ないし治療の目的、その結果が意味すること、そして同意を控えることの意味について明確に理解すべきである。
- c. 患者は医学研究あるいは医学教育に参加することを拒絶する権利を有する。

4. 意識のない患者

- a. 患者が意識がないか、あるいは自分の意思を表わ

することができない場合、それが法的な問題に関わる場合は、法律上の権限を有する代理人から、可能な限り必ずインフォームド・コンセントを得なければならない。

- b. 法律上の権限を有する代理人がおらず、患者に対する医学的侵襲が緊急に必要とされる場合は、患者の同意があるものと推定する。ただし、その患者の事前の確固たる意思表示あるいは信念に基づいて、その状況における医学的侵襲に対し同意を拒絶することが明白であり、かつ疑いのない場合を除く。
- c. しかしながら、医師は自殺企図により意識を失っている患者の生命を救うよう常に努力すべきである。

5. 法的無能力の患者

- a. 患者が未成年者あるいは法的無能力者であるならば、法的な問題に関わる場合には、法律上の権限を有する代理人の同意が必要とされる。その場合であっても、患者は自らの能力の可能最大限の範囲で意思決定を行わなければならない。
- b. 法的無能力の患者が合理的な判断をし得る場合、その意思決定は尊重されねばならず、かつ患者は法律上の権限を有する代理人に対する情報の開示を禁止する権利を有する。
- c. 患者の代理人で法律上の権限を有する者、あるいは患者から権限を与えられた者が、医師の立場から見て、患者の最善の利益に即して行っている治療を禁止する場合、医師は、関係する法律または他の規定により、決定に対して異議を申し立てるべきである。救急を要する場合、医師は患者の最善の利益に即して行動することを要する。

6. 患者の意思に反する処置

患者の意思に反する診断上の処置あるいは治療は、特別に法律が認めるか医の倫理の諸原則に合致する場合には、例外的な事例としてのみ行うことができる。

7. 情報を得る権利

- a. 患者は、いかなる医療上の記録であろうと、そこに記載されている自己の情報を受ける権利を有し、また症状についての医学的事実を含む健康状態に関して十分な説明を受ける権利を有する。しかしながら、患者の記録に含まれる第三者についての機密情報は、その者の同意なくしては患者に与えてはならない。
- b. 例外的に、その情報が患者自身の生命あるいは健康に著しい危険をもたらす恐れがあると信ずるべき十分な理由がある場合は、情報は患者に対し与えなくともよい。
- c. 情報は、その患者をとりまく文化に適した方法で、かつ患者が理解できる方法で与えられなければならない。
- d. 患者は、他人の生命の保護に必要とされない限り、その明確な要求に基づき情報を知らされない権利を有する。
- e. 患者は、必要があれば自分に代わって情報を受け人を選択する権利を有する。

8. 機密保持を得る権利

- a. 患者の健康状態、症状、診断、予後および治療について身元を確認し得るあらゆる情報、ならびにその他個人のすべての情報は、患者の死後も機密は守られなければならない。ただし、患者の子孫には、自らの健康上のリスクに関わる情報を得る権利もあり得る。
- b. 機密情報は、患者が明確な同意を与えるか、あるいは法律に明確に規定されている場合に限り開示されることができる。情報は、患者が明らかに同意を与えていない場合は、厳密に「知る必要性 need to know」に基づいてのみ、他のヘルスケア提供者に開示することができる。
- c. 身元を確認し得るあらゆる患者のデータは保護されねばならない。データの保護のために、その保管形態は適切になされなければならない。身元を確認し得るデータが導き出せるようなその人の人

体を形成する物質も同様に保護されねばならない。

9. 健康教育を受ける権利

すべての人は、個人の健康と保健サービスの利用について、情報を与えられたうえでの選択が可能となるような健康教育を受ける権利がある。この教育には、健康的なライフスタイルや、疾病の予防および早期発見についての手法に関する情報が含まれていなければならない。健康に対するすべての人の自己責任が強調されるべきである。医師は教育的努力に積極的に関わっていく義務がある。

10. 尊厳を得る権利

- a. 患者は、その文化観および価値観を尊重されるように、その尊厳とプライバシーを守る権利は、医療と医学教育の場において常に尊重されるものとする。
- b. 患者は、最新の医学知識に基づき苦痛の除去を受ける権利を有する。
- c. 患者は、人間的な終末期ケアを受ける権利を有し、またできる限り尊厳を保ち、かつ安楽に死を迎えるためのあらゆる可能な助力を与えられる権利を有する。

11. 宗教的支援を受ける権利

患者は、信仰する宗教の聖職者による支援を含む精神的、かつ道徳的慰問について諾否を決める権利を有する。

自己管理という義務

一方、この権利は、患者さん一人ひとりの自己管理を実行する強い意志と、健康的な生活を送りたい、社会復帰を果たしたいという強い意欲が基本にあって初めて実現されるものです。権利が存在するとともに、

義務も存在すると思います。特に、透析医療においては、外来通院をベースに見ても月に45万円程度の経費がかかり、そのほとんどが公的医療費によりまかなわれています。それだけ大きな制約を受けている医療であるがゆえに、その分患者さん側の自己管理の比重は増していると思います。実際に毎日、患者さんを診察していると、自己管理について無関心である患者さん、自己規制ができていない患者さんも少なくありません。自己管理ができていないために危険な状況に陥り、緊急透析や、臨時透析を行わざるをえない場合も少なくありません。この場合も余分に実施した治療についての医療費のすべてが認められるわけではなく、医療施設側の自己負担となることも少なくありません。現実には、宣言にあるような最良の医療を実行できないジレンマが医療スタッフ側にあります。

権利を主張する前に

ここでいくつかの実例をあげて述べたいと思います。長期透析の合併症の中に、治療が困難で最も多いものの一つに血管合併症があります。これらは心臓に血液を供給している冠動脈に起こるもの（心筋梗塞が代表例）や、脳の血管に起こるもの（脳出血が代表例）、足の血管に起こるもの（動脈硬化性閉塞性血管障害が代表例）などがあり、ときには致命的な顛末に至る場合も少なくありません。

タバコによるニコチンの体内への取り込みは明らかにこの病気を悪化させることが知られています。この疾患がある場合にはタバコをやめ、薬剤として血圧を下げる薬、動脈硬化を防止する薬、血液の流れをスムーズに保つ薬の使用が一般の医療水準として行われます。つまりその患者さんが最良の医療を受けるためには、タバコを止めるということがこれらの治療を受ける権利を主張する前の義務となります。もし、タバコ

の害悪を具体的に説明しても意に介さない場合は、自らが最良の治療を受ける権利を放棄していることになります。

水分や塩分の摂取過剰による血圧の上昇も血管合併症を悪化させる大きな原因です。また、決められた量の炭酸カルシウムを食事中に服用しなかったり、まったく飲まなかったために起こる血液中のリンの上昇も血管合併症を悪化させることが明らかにされています。もし患者さんがこれらの当然守るべき義務を怠ったとすれば、これもまた“患者の権利”を主張する資格を放棄していることになります。カリウムの制限についても同じことがいえます。

義務の実行と権利の尊重

このような状況に対して、医療スタッフからも“自己管理のよくない患者さん”というレッテルを貼られ、

“何をいってもあの人はだめ”という諦めの中に押し込まれてしまっている例も少なくありません。また、時として、このような状況においても、医療側は“何故繰り返し、指導してくれなかった”、“当然スタッフとして行うべき義務を果たしていない”という非難にさらされます。繰り返し指摘を行えば“うるさい医者だ、看護師だ”と非難されることさえあります。

もう一度患者の権利と義務について考えていただきたいと思います。

腎移植が成功しない限り、一定の規制の中で透析を続け、生命を維持し、社会復帰を果していかなければならない腎不全に悩む患者さんにおいてこそ、この“患者の権利”は尊重されるべきです。しかしそれとともに、当然、担わなければならない“患者の義務”を実行しなければ、“リスボン宣言”にある良質の医療を受ける基本的権利は実現できないと思います。



Q&A

患者さんからの質問箱

佐中 孜（東京女子医科大学附属第二病院 内科・医師）

■いろいろな治療法のメリット、デメリット■

Q……

慢性腎不全の治療法には、血液透析、腹膜透析（CAPD）、腎移植がありますが、それぞれのメリット、デメリットを教えてください。

A……

特徴を表にまとめたので、一度、目を通してください。ここでわかるように、CAPDは連続的に毎日4～5回パックを交換しなくてはなりません。それは、血液透析と比較して、効率がよくないからです。しかし、健康な腎臓と同じように、24時間常に稼働しているので、体調は血液透析に比べて、楽になります。CAPDは心血管系への影響が少なく、透析中に血圧が急激に低下することはありません。

腎移植は、免疫抑制剤を飲み続けるという不便さ以外、定期的な透析操作が必要であるという不都合から解放されます。

また、食事療法も異なります。もちろん、慢性腎不全保存期において、もしその患者さんあるいは医療側に透析導入をなるべく先に延ばしたいという希望が特に強く、比較的厳格な食事療法を実行し、透析療法導入後も透析回数を可能な限り減らしたいとの希望があるなら、低たんぱく食、減塩食などの食事療法は、制限内容を緩和させ、続けるとよいと思います。しかし、一般的には透析導入になった場合、食事制限については、血液透析、CAPDいずれの場合も軽くなります。ただし、食塩制限の場合、血液透析は以前より厳しくはないにしても制限は残ります。CAPDの場合は血液透析に比べて、その程度がさらに軽くなります。一方、カリウム制限については、血液透析の場合、依然として必要となりますが、CAPDでは必要なく、むしろ摂らなければいけない状況もあると思います。水分についても同様です。

このように、食事療法の点ではCAPDの方がより軽い制限で済むのです。これらに対して、腎移植は制限がほとんどなくなります。水分、カリウム、リンはむしろ摂った方がよくなるかもしれません。しかし、糖質、脂質、たんぱく質は適量となるよう注意した方がよいと思います。

その他、スポーツ、旅行はいずれの治療法も可能ですが、過激なスポーツは適切ではないし、旅行も自ずと限界はあります。中でも、旅行は、血液透析はあらかじめ受入れ可能な透析施設を探しておくことが必要ですし、CAPDは透析液を送っておくなど準備しておけばどこでも可能です。腎移植はいずれも自由度が高いことは言うまでもありません。

	血液透析	C A P D	腎 移 植
原 理	体外に装置を設置し、血液をきれいにする	腹腔に液を入れたり出したりして血液をきれにする	正常に機能する提供者の腎臓を外科手術によって移植する
場 所	透析施設、自宅	自宅や職場、屋外など、どこでも	腎移植には2種類ある。
操作をする人	病院スタッフ、家庭透析なら患者自身または家族など	患者自身または家族など	1) 生体腎移植 (家族から2つの腎臓のうち1つを提供してもらう)。 2) 献腎移植 (亡くなった人の腎臓を提供してもらう)。移植に先立ち、多くの検査が必要。現時点では、残念ながら移植を希望しても、献腎が少ないため、献腎移植はなかなか望めない。
通院回数	週2～3回	月1～2回	
透析時間	1回当たり4～5時間 (週12時間)	連続的に毎日4～5回パックを交換	
事前に必要な手術	シャント造設	カテーテル挿入	
不都合な点	シャントにも寿命がある (低血圧によるシャント閉塞など)	長期的では腹膜機能が低下することもある (被嚢性腹膜硬化など)	腎提供者を必要とする
	人工血管を移植したり、カテーテルを挿入することもある	カテーテル交換をすることもある	免疫抑制剤をのみつづけなくてはならない
	シャント部の感染	カテーテル周囲や腹膜内の感染	
	穿刺痛あり	カテーテル交換に無菌操作が不可欠	

透析患者さんと 動脈硬化

福井 博義 (熊本中央病院 腎臓科・医師)

はじめに

皆さんは“動脈硬化”という言葉をお聞きになったことが多いと思います。この言葉は、病気というよりも、血管の病的な状態（病態）を表しています。この動脈硬化は加齢とともに進行し、老化には避け得ない病態ですが、透析患者さんではその進行が早いとも言われています。

また最近では、透析患者さんの動脈硬化に関する新しい知見や考え方も出てきています。

- ・動脈硬化とはどういうものか
- ・透析患者さんの動脈硬化の特徴は何か
- ・どうしたら予防できるのか
- ・どのような病気があり、どんな治療法があるのかなどを知り、どのように対処したらいいか考えてみましょう。

そのことが、皆さんの生存期間を延ばすことに貢献し、より快適な透析生活を送ることにつながると思います。

1 透析患者さんの死因

2002年12月31日現在の「わが国の慢性透析療法の現況」における年別死亡原因の推移を図1に示します。

第1位は心不全で25.1%、2位が感染症15.9%、3位は脳血管障害11.2%となっており、その他、悪性腫瘍、心筋梗塞と続きます。この中で直接動脈硬化と関連するのは、脳血管障害と心筋梗塞ですが、1位の心不全では溢水（水分、塩分がたまること）が原因であるものが多いと思われます。その場合、心臓の機能に問題があり、その原因疾患として心筋梗塞や虚血性心疾患もかなりの程度、含まれていると思われますので、実際は死因に動脈硬化が直接的、間接的にかかわって

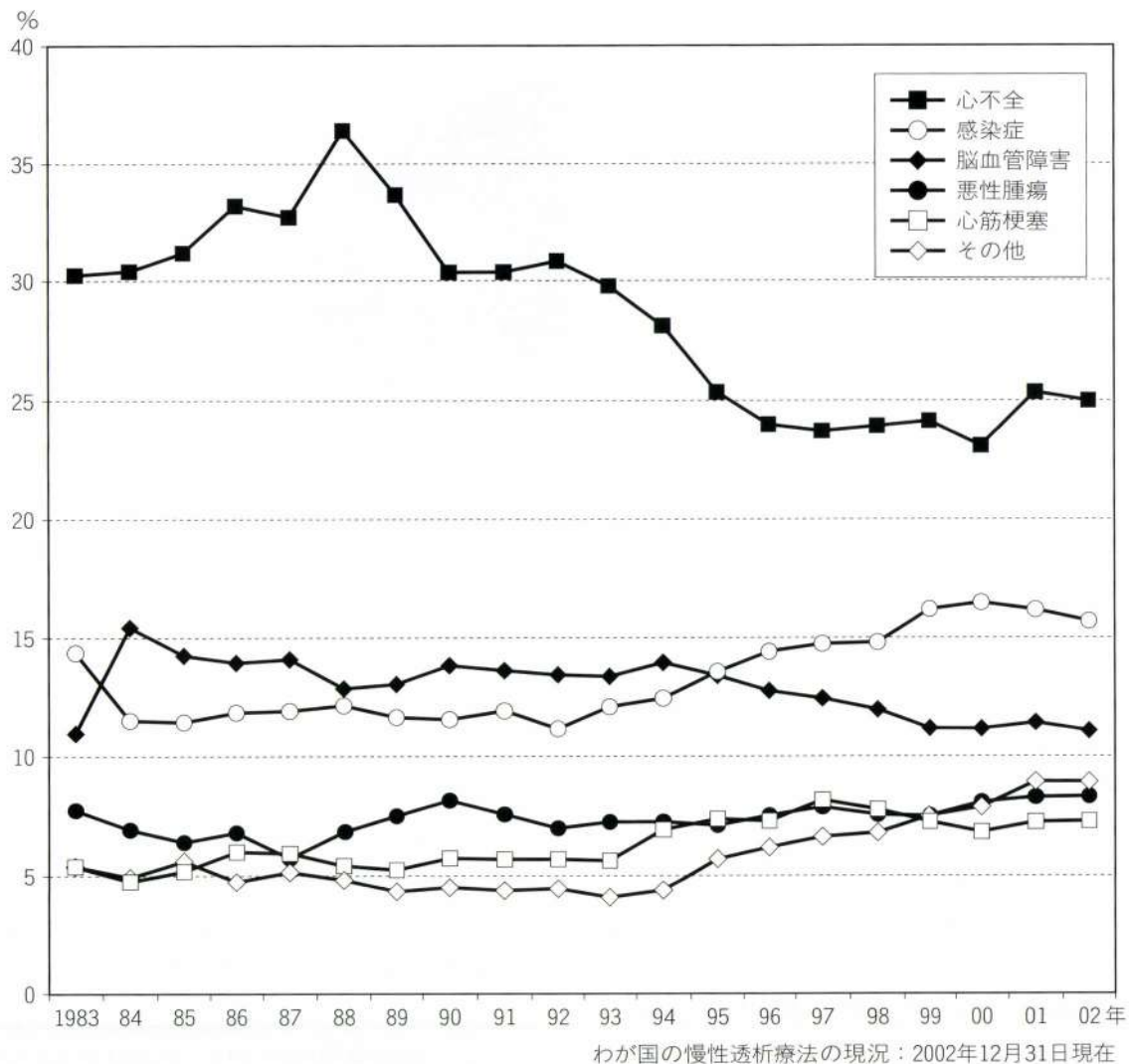


図1 年別死亡原因の推移

いるものが相当あることが予想できます。

図2は、2002年中に熊本中央病院に何らかの合併症のため入院された65歳以上の透析患者さん103名(総数190名)の疾患別の内訳ですが、循環器疾患が30%と最も多いのがわかると思います。その疾患のほとんどが動脈硬化によって起こる虚血性心臓病でした。

2 動脈硬化とはどういうものか？

健康な動脈は本来、柔軟で弾力性があり、その中を流れる血液の量や自律神経の働きに応じて、拡張や収縮がスムーズに行われ、血圧が正常に保たれるとともに

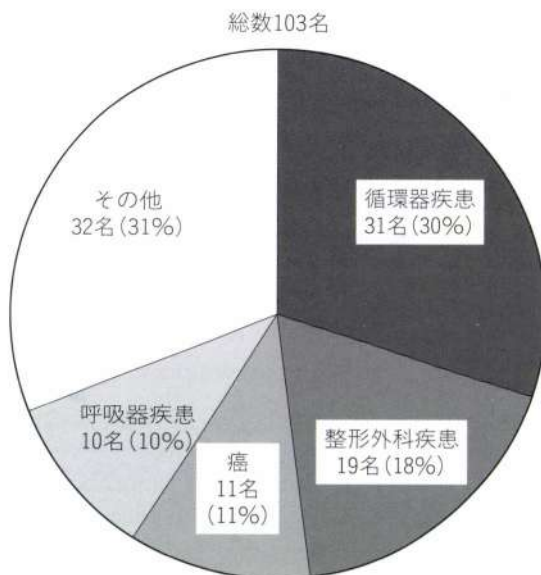


図2 当院における65歳以上の透析合併症入院治療患者（2002年度）

に、身体のすみずみまで血液が必要な量だけ送り込まれ、酸素や栄養が供給されています。このことにより、身体のあらゆる器官や臓器が正常に働いていけるのです。

それが動脈硬化になると、血管の弾力性が失われ、ちょうど古いゴムホースのように硬く、もろくなり、拡張したり、圧により破れたりします。また、その壁が肥厚し、内腔は狭くなり、詰まったり、血流が減ったり、石灰化して血管がガチガチに硬くなる変化が見られることもあります。

このような動脈硬化のさまざまな病態が、大きさの異なった動脈で同様に生じることもあれば、動脈の大きさにより少しずつ異なる場合などもあり、病像をより複雑にしています。さらにこのさまざまな病態により、身体のいろいろな器官や臓器に、血管の破綻や出血、血栓や閉塞、狭窄や血流不全が起きます。

たとえば脳の血管が破綻し、出血が起これば脳出血、血栓や閉塞が起これば脳梗塞、心臓の栄養血管である冠動脈に血栓や閉塞が起これば心筋梗塞、狭窄や血流不全があれば狭心症となるわけです。

3 動脈硬化はどうやって診断するか？

動脈硬化の診断ですが、動脈硬化による個々の臓器の疾患はそれぞれの診断法（臨床症状や検査所見）がありますが、直接、動脈そのものの狭窄や閉塞を見る手段としては、造影剤を用いた血管造影やMRIアンギオがあります。また血管の石灰化は、通常のX線撮影で見ることができます。

最近ではEBCT（エレクトロンビームCT）という血管の石灰化を定量化できるCT装置も出てきています。眼底検査は昔から行われている検査方法ですが、眼底

所見は動脈の状態を反映することが知られています。

また、全身の動脈硬化の指標として、頸動脈の厚さや内径、石灰化を超音波（エコー）を用いて調べる方法や、脈波速度を用いて動脈硬化の程度を判定する（動脈硬化が進むと速度は次第に大きくなっていく）方法などが話題となっています。

4 どうして動脈硬化が起こるか？

まず最初に血管の一番内側にある血管内皮が、酸化LDL（酸化された低比重リポたんぱく＝悪玉コレステロール）、喫煙、高血圧、糖尿病などにより傷害され、マクロファージという細胞が血管内皮下に入り込みます。この細胞は血液中を流れてくる酸化LDLを食べて処理しようとします（泡沫細胞化）が、食べすぎて死亡するマクロファージも出てきます。それらが血管内皮下に溜まり、リンパ球（T細胞）やサイトカイン（リンパ球より出る生理活性物質）の働きをうけて粥腫（アテローム）を形成し、内膜が肥厚し、血管の内腔は狭くなります。

これらの変化は主として大血管に起こるもので、粥状動脈硬化といいますが、この他に中等度の大きさの動脈に起こる血管中膜の石灰化を特徴とするメンケベルグ型動脈硬化や、細小動脈に生じる細小動脈硬化があります。

5 透析患者さんの動脈硬化の特徴

病因的には慢性的な体液過剰、高血圧、骨代謝の異常、尿毒症の病態、アシドーシス、高脂血症（高トリグリセライド血症）などに加えて透析治療そのものも、動脈硬化の発症進展にかかわっていると考えられています。このうちのいくつかは、透析患者さんでしか認められないことです。

形態学的には、透析患者さんの動脈硬化の主体は前に述べた中小動脈に起こるメンケベルグ型動脈硬化といわれています。また動脈組織中のカルシウム含量が一般の人に比較して多い、との報告があります。このことは石灰化が強いということを意味します。実際透析患者さんの心臓の冠動脈は石灰化が強く、より広範囲であると指摘されています。

臨床的には透析患者さんでの虚血性心疾患の発症率は高いという報告と、非透析患者さんとは差がないとする報告があります。

一方、虚血性心疾患または心筋梗塞、脳血管障害による死亡率を一般人口と比較すると、透析患者さんでは10倍以上高いといわれています。

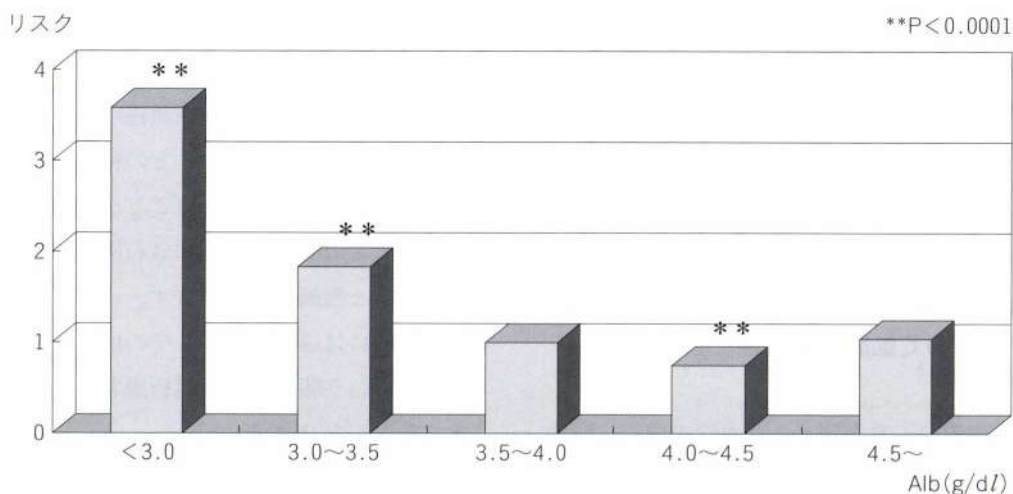
また、透析をされていない30歳以下の方では通常、動脈硬化を認めることはほとんどありませんが、透析患者さんでは認められることが少なくありません。そして石灰化を伴っているのが特徴的です。

最近、透析患者さんにみられる血管の石灰化と骨カルシウム代謝異常との関連に強い関心が集まっていますが、それは後で述べたいと思います。

6 動脈硬化のリスクファクター（危険因子）

リスクファクター（危険因子）とは、病気の発症・進展を促進する因子のことです。一般的に、高血圧、肥満、高脂血症（高コレステロール血症）、喫煙、糖尿病、ストレス、加齢、などが挙げられます。

これらが一つでなく、いくつか重なれば、リスクはかなり高くなることがわかっています。これらは透析患者さんにとりましてもリスクファクターなのは当然ですが、それに加えて、透析患者さんでは、体液過剰、尿毒症の病態、透析、カルシウム・リン代謝異常などが関与しています。



わが国の慢性透析療法の現況：2001年12月31日現在

図3 透析前血清アルブミン値と1年生命予後

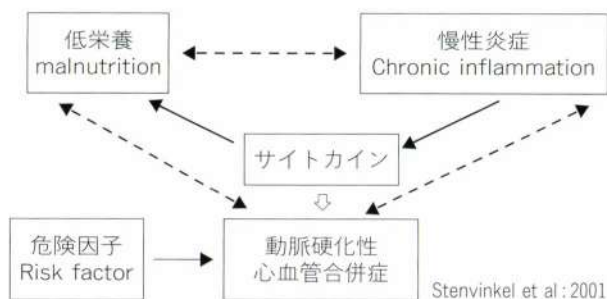


図4 低栄養、炎症、動脈硬化(MIA)症候群

7 最近のトピックス

(1) MIA症候群“動脈硬化は慢性炎症である”

MIA症候群とは、Malnutrition (低栄養)、Inflammation (炎症)、Atherosclerosis (動脈) 硬化の頭文字をとったものですが、この三者は密接に関連してい

るというものです。これは最近、Stenvinkelという学者が提唱した考え方です。

また一方で、動脈硬化は慢性炎症であるとする学者もいます。これらは欧米で出された説ですが、最近わが国でも注目されています。低栄養が動脈硬化を起こすという事実がありますし、実際低栄養(低アルブミン血症)では死亡の相対危険率を増すことは「わが国の慢性透析療法の現況」でも確認されています(図3)。

また、慢性炎症はサイトカインという物質を誘導し、このサイトカインが動脈硬化を促進することがわかっています。すなわち、この三者はきわめて密接に関連しているというわけです（図4）。

この慢性炎症の程度を測る指標としてCRPという検査があります。一般の人においてもこの値が高い患者さんが心筋梗塞や狭心症になりやすいのがわかっていますので、それらの疾患の予測因子として使用されるようになってきています。しかし、その値の差は大きいものではないので、低い値を誤差なくより精密に測れる高感度CRPという検査が用いられるようになっていきます。

透析患者さんでも同様の報告が数多く見られます。すなわち、この値が高い方が動脈硬化関連の合併症が多く、死亡率も高いというものです。また高感度CRPを用いて一般の方と透析患者さんを比較した私達の検討でも、透析患者さんの方が明らかに高い値を示していました。しかしその差は大きいものではありません。また男女差では、男性が有意に高い値を示していました。

(2) 透析液清浄化と動脈硬化

欧米に比べて日本の透析患者さんのCRP値は低いとの報告があります。その理由の一つとして、日本ではより純度の高いきれいな透析液を使っているからではないかと推測されています。

私達は、ある病院の新築移転に伴い、透析液の清浄化対策を行ったところ、高感度CRPの有意な低下と血清アルブミンの有意な上昇を認めたというデータを持っています。このデータを前述したMIA症候群という観点から解釈すれば、透析液の清浄化は動脈硬化の予防と進展抑制にいくばくかの貢献をしていると言えるかもしれません。逆を言えば、きれいでない透析液は動脈硬化を促進するかもしれないのです。実際、日本透析医学会の透析液の基準も、よりグレードの高い

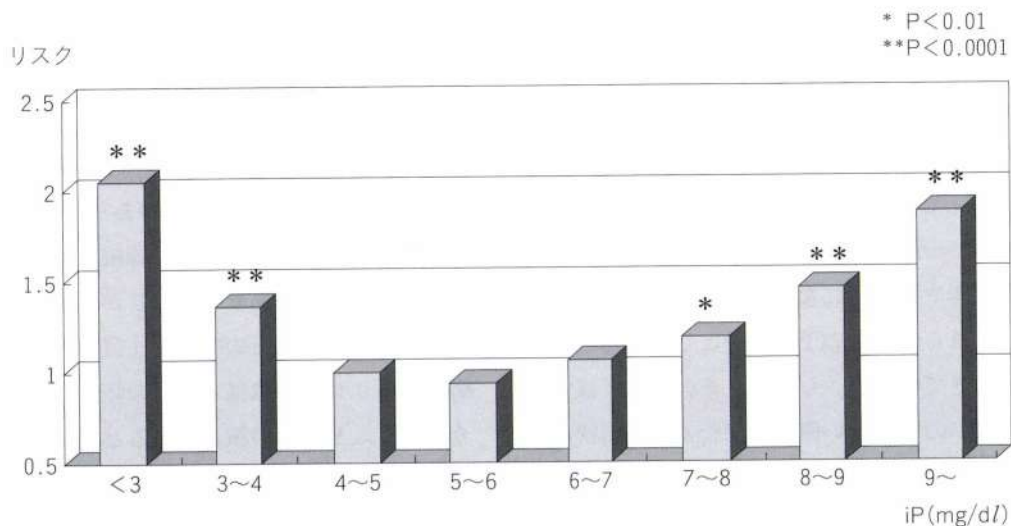
ものになってきています。

(3) カルシウム・リン代謝異常と動脈硬化

透析患者さんには、骨代謝異常、別の言い方をすればカルシウム・リン代謝異常があり、その結果として、二次性副甲状腺機能亢進症、線維性骨炎や骨軟化症などが起きることがあります。しかし最近では、この代謝異常が動脈硬化との関連で注目されています。この病態に高リン血症はほとんどの症例で起こりますが、カルシウムとリンの積が上がると、リン酸カルシウムが骨以外の身体のあちこちに沈着する「異所性石灰化」という状態を引き起こします。これは透析患者さんの骨代謝異常の一つとして昔からよく知られたことですが、この異所性石灰化により血管に石灰化を起こすと動脈硬化を引き起こしたり、進展・増悪させたりするのではないかと注目されているのです。

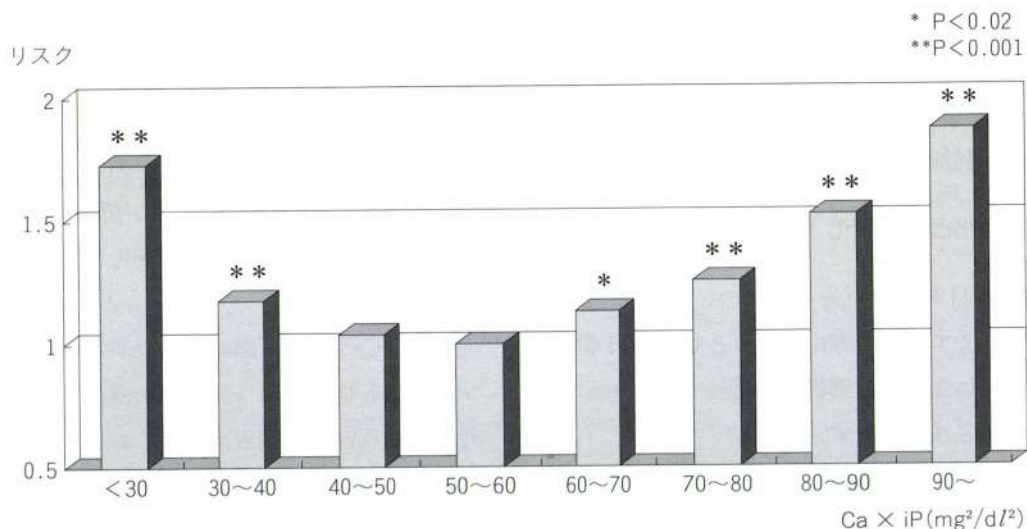
実際「わが国の慢性透析の現況」でも、リン（図5）や、カルシウム・リン積（図6）が高いほど死亡のリスクは高くなっています。リンのコントロールはたんに二次性副甲状腺機能亢進症の予防ばかりでなく、動脈の石灰化防止ひいては動脈硬化の抑制のためにも必要なのです。

骨代謝の改善も考慮に入れながらのカルシウムやリンのコントロールについての治療目標に関しては、海外ではいろいろの勧告案が出ておりますが、おおよそリンは5.5mg/dl以下、カルシウムは9~10mg/dl、カルシウム・リン積は55mg²/dL²以下、あたりが一般的なようです。しかしこの目標を達成するのは必ずしも容易ではありません。リン吸着薬として血清リンを下げるために用いられる炭酸カルシウムが、血清カルシウム値を上げてしまうのも要因の一つです。最近、血清カルシウム値を上げない塩酸セベラマーという薬が発売され、臨床使用されはじめています（62頁に、関連記事があります）。



わが国の慢性透析療法の現況：2001年12月31日現在

図5 透析前血清リン値と1年生命予後



わが国の慢性透析療法の現況：2001年12月31日現在

図6 カルシウム・リン積と1年生命予後

8 動脈硬化の予防と進展防止

動脈硬化はいったん生じたら、後戻りさせることは

できません。予防と進展防止あるのみです。そういう意味で、動脈硬化そのものには治療はないと言えるかもしれません。今まで述べたことを踏まえて、透析患者さんの動脈硬化の防止には、次のような方策が考え

られます。

① 一般的なリスクファクターを減らす

上述した、一般の人にも共通するリスクファクターを減らす。

② 高血圧をコントロールする

フランスのTassinという病院では、1回あたり8時間透析と食事の徹底的な塩分制限により血圧を良好にコントロールし、9割以上の人が降圧薬を必要とせず、結果として、心血管系合併症を減らし驚異的な生存率を誇っています。

高血圧をコントロールするためには降圧薬を服用するだけでなく、食事の塩分制限が重要であることをこのTassinのデータは教えています。

③ リン、カルシウム、カルシウム・リン積をコントロールする

目標値は上に述べたとおりです。リンのコントロールに関しては、リン吸着薬を服用するにとどまらず、リンを多く含む食品をとらないなど、食事管理を含めた総合的な対策が必要です（リンについては『腎不全を生きる』VOL. 28, 2002, 74頁の「リンのコントロールが大事な理由」をご参照ください）。

カルシウムに関しては、骨にいいからといってカルシウムを多く含んだ食品や保健薬は摂らないことです。

④ 透析間の体重増加を適正に保つ

⑤ 栄養を十分にとる

リンとのからみもありますが、たんぱく質も必要量摂取することです。

⑥ 透析液を清浄化する

理由は上に述べたとおりです。

その他、抗酸化作用のあるビタミンC、ビタミンE、食品が有用な場合もあるかもしれません。

9 動脈硬化によって起こる疾患（病気）とその治療

この場合は治療の対象になりますし、早期発見、早期治療が望めます。ここではよく見られる三つの疾患を取り上げてみます。

1) 脳血管障害

脳血管障害は死亡原因の3位に挙げられている重要な疾患です。脳出血と脳梗塞が主な疾患ですが、現在ではCT検査により両疾患の有無と鑑別は容易です。手足の麻痺や言葉がしゃべりにくい、などの症状があったら、すぐにスタッフに相談しましょう。早期診断、早期治療、早期リハビリが必要な疾患です。脳出血は原則的に保存的な治療ですが、時に手術の適応となるものもあります。脳梗塞は血液が固まりにくくなるアスピリン等を用いて治療しますが、日常的には脱水に注意することです。

2) 虚血性心臓病

主なものは、狭心症と心筋梗塞があります。狭心症は冠動脈の血流が極端に減少した状態、心筋梗塞は冠動脈が血栓などで完全に閉塞し、その支配領域の心筋が壊死に陥った状態です。

確定診断は、冠動脈造影法（CAG）により行います。どちらも強い胸痛を伴います。狭心症の場合はニトログリセリンなどで冠動脈を拡張させて、胸痛を取り、心臓に対しては直接的な処置を加えないで治療することもあります。基本的には両疾患とも冠動脈の動脈硬化による狭細化があるので、根本的治療として二つの方法があります。

一つは、冠動脈にカテーテルを入れバルーン（風船）をふくらませて動脈を拡張するPTCAという方法です。手術をしないでよいという利点があるのですが、再狭窄をきたすことがあり、再度、治療を要する場合も少なくありません。また、透析患者さんの場合、石

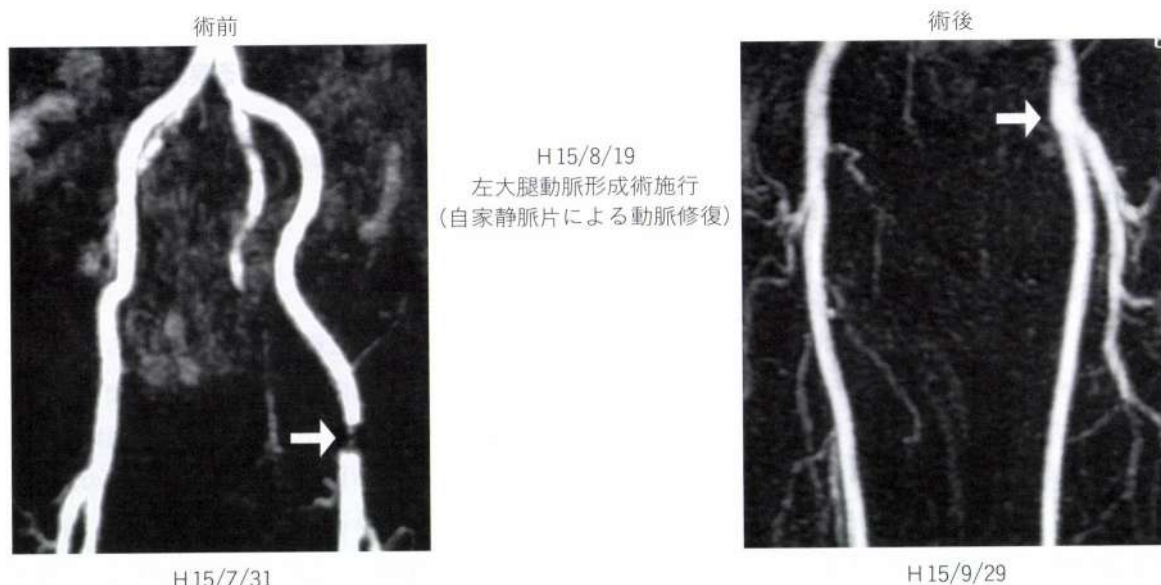


図7 閉塞性動脈硬化症 (ASO) の症例

症例 60歳 男性

閉塞性動脈硬化症
慢性腎不全
透析療法 (腹膜透析から血液透析へ変更) 15年目
狭心症 (PTCA施行)
二次性副甲状腺機能亢進症 (副甲状腺腫) (PTX施行)
高血圧症

灰化の程度が強かったり、その範囲が広いことも多く、PTCAで拡張が無理な場合も多く、その場合は冠動脈バイパス術 (CABG) が適応となります。この手術は狭窄した冠動脈に代わって自家動脈や静脈を使い、バイパスを作るものです。手術の成功率もかなり高く、安全に行える手術となっています (CABGについて詳しくは『腎不全を生きる』VOL. 24, 1998, 83~90頁の「冠動脈血行再建術」をご参照ください)。

3) 閉塞性動脈硬化症 (ASO)

これは糖尿病の患者さんに多く見られますが、糖尿病病以外の方にも見られます。病変は腹部の大動脈から下肢の中小動脈の粥状動脈病変で、血管の分岐部に多

発します。この疾患は下肢に起こりますが、臨床症状として、その程度により、I度：しびれ感・冷感、II度：間欠性跛行、III度：安静時疼痛、IV度：潰瘍・壊死、に分類されます。この中で間欠性跛行は特徴的で、長い間歩くと痛みのため足をひきずるようになってしまいます。

治療としては、まず足より中枢側に狭窄があれば、PTAといってバルーンでその部の血管を拡張するか、人工血管や自家血管で置換するか、あるいは反対側の動脈からのバイパス術を行います。

症例を呈示します (図7)。症例は他院からの紹介患者さんですが、左下肢の典型的な間欠性跛行があり、

血管造影（MRIアンギオ）により、左大腿動脈に閉塞に近い動脈狭窄があり（図7、左の写真内の矢印）、全身の血管の石灰化が著明でした。すぐ自家静脈による移植修復を行い血流を回復させました（図7、右の写真内の矢印）。

手術直後より間欠性跛行は完全に消失しました。この患者さんには他にも冠動脈の著明な狭窄と二次性副甲状腺機能亢進症があり、それぞれCABGとPTX（副甲状腺摘出術）を行い、胸部症状の消失、PTH（副甲状腺ホルモン）の正常化により、現在はすこぶるお元気です。

この症例はたとえ動脈硬化によると思われる臓器病変があっても、治療ができ、元気になれるということを証明しています。

次にフットケアを行います。足指を常に観察し、清潔に保ち、爪をよく切り（深爪はせず）、傷をつくらず、湯たんぽなどの低温やけどに注意し、足を締めつけないようなゆったりした履物を用いる、などです。最近の治療として炭酸浴の有効性が報告されています。

なお、ASOには喫煙は禁忌とされています（ASOについての詳細は、『腎不全を生きる』VOL. 24, 1998, 66～71頁の「足下から守る自分の健康」をご参照ください）。

10 患者さんは何をすればいいか？

これまでのお話でおわかりになったことと思います。が、動脈硬化の予防に関しては、まず一般的なリスクファクターをよく知り、それを減らす努力をすることです。そして、降圧薬やリン吸着薬をきちんと服用することです。また、塩分の制限や、カルシウム・リン

を多く含む食品を避けるなどの食事管理も必要です。ストレスを少なくし、適度な運動もいいと思います。そして、動脈硬化に関連した合併症が疑われるような症状が出たら、少しでも早く、医師や看護師に相談してください。

今まで申し上げたことはすごく“当たり前”のことですが、それこそが一番大事なことなのです。

おわりに

動脈硬化は個人により差はありますが、何びともその加齢による進行を止めることはできません。しかし、リスクファクターを減らすことにより、その進行を遅らせることは十分可能なのです。

また、透析患者さんは動脈硬化に関しては、確かに不利な点も持っています。しかし、一般の人達に加えて透析患者さん特有のリスクファクターも知り、それに対処することで、動脈硬化の進行を抑えることは可能です。

すでに生じている動脈硬化を元に戻すことはできませんが、その結果生じる臓器病変は治療可能なものがたくさんあります。ですから、動脈硬化があっても決して心配することはありません。

透析患者さんの動脈硬化の予防と治療に関して、医療者がやる・やらねばならない部分と、患者さんがやる・やらねばならない部分があります。ぜひそのことを知っていただきたいと思います。

この動脈硬化にも共通する、快適で長生きできる透析患者さんのためのキーワードは、「自己コントロール」なのです。



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
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

財団法人 日本腎臓財団のページ

1. 編集体制を強化し、来年度から年2回の発行をめざします

今年度より、雑誌「腎不全を生きる」の編集体制を強化するため、編集同人として下記の方々にご就任いただきました。早速今号からご協力いただい

ております。

来年度からは、年2回の発行を予定しております。

【編集同人】(50音順 敬称略)

阿部 年子 (永仁会 永仁会病院 腎センター・看護師)
石橋 久美子 (正清会 すみだ内科クリニック・看護師)
上田 峻弘 (市立札幌病院・医師)
植松 節子 (嬉泉病院 患者様相談室・栄養士)
鵜飼 久美子 (みやぎ清耀会 緑の里クリニック 栄養課・
栄養士)
大石 義英 (大分市医師会立アルメイダ病院 臨床工学
室・臨床工学技士)
小木 美穂 (名古屋記念病院 医療社会事業相談室・
ケースワーカー)
川西 秀樹 (あかね会 土谷総合病院・医師)
島松 和正 (至誠会 島松内科医院・医師)
杉村 昭文 (玄々堂君津病院 薬局・薬剤師)
高田 貞文 (明和会 田蒔病院 事務局・臨床工学技士)
田村 智子 (寿楽会 大野記念病院 栄養科・栄養士)
當間 茂樹 (平成会 とうま内科・医師)
中元 秀友 (埼玉医科大学 腎臓内科学・医師)
長山 勝子 (岩見沢市立総合病院 看護部・看護師)

堅村 信介 (三重大学医学部附属病院 血液浄化療法
部・医師)
橋本 史生 (H・N・メディック・医師)
羽田 茲子 (東京女子医科大学附属第二病院 栄養課・
栄養士)
原田 篤実 (松山赤十字病院 腎センター・医師)
平田 純生 (仁真会 白鷺病院 薬剤科研究室・薬剤師)
藤井 正満 (大阪厚生年金病院 内科・医師)
洞 和彦 (信州大学医学部附属病院 人工腎臓部・医
師)
政金 生人 (矢吹病院・医師)
水附 裕子 (横須賀北部共済病院 看護部・看護師)
南 幸 (川島会 川島病院 透析室・看護師)
横山 仁 (金沢大学医学部附属病院 血液浄化療法
部・医師)
吉岡 順子 (健腎会 おがわクリニック・看護師)
吉野 保之 (三樹会 吉野・三宅ステーションクリニッ
ク・医師)

2. ご寄付をいただきました

京都府 山本 博一 様
静岡県 岡倉 育三 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15年度 日本腎臓財団賞・学術賞の表彰式と座談会がとり行われました

平成15年11月6日、日本工業倶楽部において各賞の表彰式が行われました。

選考委員長の高橋公太先生より選考過程が報告された後、杉野会長より賞状と副賞が贈られました。表彰式の後、酒井理事長の司会により日本腎臓財団賞・学術賞受賞者の座談会が開かれ、研究苦心談や今後の抱負をお話しいただきました。

日本腎臓財団賞

●昭和大学医学部客員教授
越川 昭三 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

●医療法人社団三友会 あけぼの病院

小林 豊 先生

IgA腎症に関する臨床的研究

●筑波大学臨床医学系内科学教授

小山 哲夫 先生

糸球体腎炎・ネフローゼ症候群の発症機序および治療に関する研究

4. 平成15年度 日本腎臓財団公募助成の贈呈式がとり行われました

本年度より新しい事業として、「公募助成」を始めました。

この助成は、腎臓病、特に腎不全医療に貢献する応用が可能な研究や比較的にの当たり難い分野、他から助成を受け難い研究をされている、45歳以下の若手腎臓学研究者、腎不全医療関係者を対象としています。

本年度は厳正な審査を経て次の6名の方が選ばれ、平成15年11月6日に日本工業倶楽部にて贈呈式が行われました。

金井 英俊 先生 (医師)九州大学大学院病態機能内科学

大竹 剛靖 先生 (医師)湘南鎌倉総合病院腎臓内科

原 誠一郎 先生 (医師)宮崎大学医学部第一内科

東山 智香子 様 (臨床工学技士)香川大学医学部
附属病院人工透析室

池ヶ谷 利浩 様 (理学療法士)聖隷浜松病院リハビリテーション部

金澤 良枝 様 (管理栄養士)東京医科大学腎臓科

5. 平成15年度透析療法従事職員研修会が開かれました

平成15年7月25日、26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、1,435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181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時間の実習を行います。



●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、本研修開催にあたって——酒井 紀（勲日本腎臓財団理事長）
本研修のねらい——浅野 泰（自治医科大学客員教授、猿島赤十字病院長）
厚生労働省挨拶——菊岡修一（厚生労働省健康局疾病対策課）
血液透析の理論と実際（透析液を含む）——椿原美治（大阪府立急性期・総合医療センター腎臓内科）
腹膜透析の理論と合併症の対策——斎藤 明（東海大学総合医学研究所）
透析合併症（Ⅰ）循環器・貧血・消化管——草野英二（自治医科大学内科学講座腎臓内科部門）
透析合併症（Ⅱ）カルシウム、リン代謝・骨障害・アミロイドーシス——秋澤忠男（和歌山県立医科大学血液浄化センター）
透析合併症（Ⅲ）感染症（ウイルス肝炎を含む）・悪性腫瘍——秋葉 隆（東京女子医科大学腎臓病総合医療センター血液浄化療法科）
小児腎不全の治療——本田雅敬（都立八王子小児病院）
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（新潟大学大学院医歯学総合研究科機能再生医学講座腎泌尿器病態学分野）
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——竹澤真吾（鈴鹿医療科学大学医工学部）
事故と対策——坂井瑠実（坂井瑠実クリニック）
透析患者における検査成績の見方・考え方——重松 隆（東京慈恵会医科大学附属青戸病院血液浄化部腎臓・高血圧内科）
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）

透析患者における薬剤の投与法——平方秀樹（九州大学医学部附属病院腎疾患治療部）
ブラッドアクセス：その作製・管理と合併症対策——大平整爾（札幌北クリニック）
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：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）

患者指導——大橋信子（東京女子医科大学附属日本心臓血管研究所）
透析患者の栄養管理——臼井昭子（東京家政大学家政学部栄養学科）

各論（対象職種：看護師・栄養士・薬剤師）

CAPDの看護——八尋恵子（福岡赤十字病院CAPD外来）

各論（対象職種：臨床工学技士・臨床検査技師・衛生検査技師）

ICU、CCUにおける血液浄化法（CHF、CHDF、血液吸着）——上田峻弘（市立札幌病院腎臓内科）
透析液管理の実際——金子岩和（東京女子医科大学腎臓病総合医療センター血液浄化療法科）
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）

6. 第5回臓器移植推進全国大会（知ってください 伝えてください 移植のことを）に協力しました

平成15年10月18日、津リージョンプラザ・お城ホールにて、厚生労働省、三重県等の主催により第5回臓器移植推進全国大会(知ってください 伝えてください 移植のことを)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者として大会に協力しました。

第1部は、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、肝臓・腎臓移植を

受けられた萩原正人さんから体験発表、また移植コーディネーターの加藤治さんからは「臓器移植の現状について」と題して、臓器提供についてのご講演をいただきました。

第2部は、キリングセンス、辛島美登里さんにより、楽しいアトラクションが繰り広げられました。

当財団では、この行事に関連して10月の臓器移植普及推進月間のために協力しています。

7. 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、お尋ねになりたい内容を郵便・FAXにてお送り下さい。なお、お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。次ページ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。その際は、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。来年度から8月と2月、年2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
宛 名 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



財団法人 日本腎臓財団 賛助会員名簿（平成15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
仁愛会外科クリニック
医療法人 萬田記念病院
医療法人社団 恵水会
田島クリニック
医療法人社団 恵水会
札幌北クリニック
医療法人社団 北腎会
坂泌尿器科病院
医療法人社団 H・N・メディック
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
医療法人社団 新日鐵室蘭総合病院
サテライトクリニック高砂
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

浩和医院

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

仙石病院

山 形 県

医療法人 矢吹病院

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

クリニックかしま

医療法人社団 ときわ会

いわき泌尿器科

財団法人 竹田総合病院

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

総合病院 筑波学園病院

医療法人 つくばセントラル病院

医療法人社団 善仁会

小山記念宮中病院

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

栃 木 県

医療法人 開生会 奥田クリニック

医療法人社団 二樹会 村山医院

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

医療法人社団 廣和会

両毛クリニック

足利赤十字病院

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 橘桃会

野原胃腸科外科医院

医療法人 田口会 新橋病院

医療法人 菊寿会 城田クリニック

医療法人社団 日高会 日高病院

有馬クリニック

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

春日部内科クリニック

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 腎盛會

蓮田クリニック

医療法人 寿鶴会 菅野病院

さくら記念病院

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

医療法人社団 愛和病院

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

医療法人社団 紫陽会 原クリニック

特定医療法人 新都市医療研究会

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

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 東金

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 順江会 江東病院

国家公務員共済組合連合会

虎の門病院

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 誠進会

飯田橋村井医院

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

医療法人社団 松和会

望星新宿診療所

医療法人 石川記念会 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 城南会
西條クリニック下馬
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
医療法人社団 三鳳 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
医療法人社団 石川記念会
医療法人社団 弘仁勝和会
勝和会井口病院
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
医療法人社団 博賢会 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
中野南口クリニック
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 健賢会
小川クリニック

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
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 樺会
小平北口クリニック
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 大慈会 慈秀病院
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
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 一真会
日吉斎藤クリニック
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
国家公務員共済組合連合会
虎の門病院 分院
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
前田記念腎研究所
医療法人 あさお会
あさおクリニック
東芝林間病院
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
くらの病院
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

山東第二医院

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

榊崎クリニック

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

医療法人社団 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

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

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

医療法人 薫風会

高桑内科クリニック

医療法人社団 大誠会

松岡内科クリニック

医療法人 偕行会岐阜

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

医療法人社団 大誠会

大垣北クリニック

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

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

医療法人社団 正徳会

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

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 光寿会 多和田医院

医療法人 宮内会 西城クリニック

医療法人 吉祥会 岡本医院本院

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

医療法人 名古屋記念財団

金山クリニック

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

特定医療法人 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

医療法人 豊水会 みずのクリニック

医療法人 名古屋東クリニック

名西クリニック

医療法人 ふれあい会

美浜クリニック

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 社団 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 社団 瀬田クリニック

医療法人 社団 富田クリニック

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

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

社会福祉法人 京都社会事業財団

西陣病院

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

トキワタツクリニック

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 恵仁会 小野内科医院

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

医療法人 寿楽会 大野記念病院

社会福祉法人 恩賜財団

大阪府済生会 泉尾病院

医療法人 河村クリニック

岡田クリニック

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

大阪厚生年金病院

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 医学研究所

北野病院

近藤クリニック

財団法人 住友病院

特定医療法人 協和会

北大阪クリニック

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

医療法人 敬任会

守口敬任会クリニック

守口敬任会病院

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 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 社団 王子会

王子クリニック

原泌尿器科病院

特定医療法人 社団 五仁会

住吉川病院

医療法人 社団 坂井瑠実クリニック

医療法人 社団 慧誠会

岩崎内科クリニック

彦坂病院

三田・寺杣泌尿器科医院

公立学校共済組合 近畿中央病院

田仲病院

泉外科医院

医療法人社団 楽裕会

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 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

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 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 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 裕葉会 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 天生会 小林内科診療所

笛木内科医院

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

倉敷医療生協

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 正清会

すみだ内科クリニック

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 明和会 田蒔病院

医療法人 川島クリニック

鳴門川島クリニック

医療法人 川島クリニック

鴨島川島クリニック

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

医療法人 衣山クリニック

日本赤十字社 松山赤十字病院

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 尚腎会 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 森本病院
医療法人 若鮎 北島病院
医療法人 川村会 くぼかわ病院

福 岡 県

医療法人社団 信愛会
信愛クリニック
医療法人 西福岡病院
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21
医療法人 古武泌尿器科医院
特定医療法人 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 鮫田診療所
医療法人 親和会 天神クリニック
医療法人 共愛会 戸畑診療所
財団法人 健和会 戸畑けんわ病院
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
小倉リハビリテーション病院
小倉第一病院
医療法人 佐々木病院
医療法人財団 はまゆう会 王子病院
医療法人 八幡クリニック
医療法人 イーアンドエム
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
医療法人 至誠会 島松内科医院

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

長 崎 県

医療法人 衆和会 桜町病院
広瀬クリニック 泌尿器科
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
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 栄和会 泉川病院
医療法人 医理会 柿添病院
社団法人 全国社会保険協会連合会
健康保険諫早総合病院
医療法人社団 健祉会
田中クリニック
医療法人 泌尿器科・皮ふ科 菅医院
北松中央病院
医療法人 青洲会病院

熊 本 県

社会福祉法人恩賜財団 済生会
熊本病院
医療法人社団 仁誠会
熊本第一クリニック
医療法人社団 中下会
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 英山会
平山泌尿器科医院
医療法人財団 聖十字会 西日本病院
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 たかみや医院
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

医療法人社団 永寿会

大矢野クリニック

医療法人 回生会 堤病院

医療法人社団 道顕会

原内科クリニック

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

医療法人 宮本会 益城中央病院

医療法人 幸翔会 瀬戸病院

植木いまふじクリニック

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

医療法人 光心会 諏訪の杜病院

医療法人 大分記念病院

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

清水町王丸クリニック

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

医療法人社団 森山内科クリニック

医療法人社団 弘文会 松岡内科医院

医療法人社団 健腎会

おがわクリニック

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

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 中部徳洲会

中部徳洲会病院

医療法人 敬愛会 総合病院中頭病院

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 平成会 とうま内科

医療法人 沖縄徳洲会

南部徳洲会病院

医療法人社団 和の会

与那原中央病院

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)

クラレメディカル(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)

医薬品関係

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)

藤沢薬品工業(株)

興和(株)

三共(株)

川澄化学工業(株)

エーザイ(株)

大正富山医薬品(株)

中外製薬(株)

扶桑薬品工業(株)

三菱ウェルファーマ(株)

ニプロファーマ(株)

日本シエリング(株)

日本ベーリンガーインゲルハイム(株)

大塚製薬工場

その他の法人・団体・個人等

埼玉医科大学総合医療センター

人工腎臓部

財団法人 日本医薬情報センター

附属図書館

財団法人 国際医学情報センター

医学中央雑誌刊行会

東京医科大学 腎臓科

独立行政法人 科学技術振興機構

極東貿易(株)

春日井クリニック友の会

三泉化成(株)

大平 整爾

久木田 和丘

横堀 信雄

伊藤 貞嘉

小磯 謙吉

大久保 充人

御手洗 哲也

浅野 泰

川本 正之

佐中 孜
杉野 信博
高梨 正博
張 偉
長澤 俊彦
原 茂子
本田 真美
米本 昌平
岡野 善雄
北尾 利夫
酒井 紀
中野 喜義

二瓶 宏
下条 文武
清水 不二雄
霍間 俊文
稲垣 勇夫
小木 美穂
齋藤 昭
土方 眞佐子
服部 美登里
中川 健一
横井 弘美
中根 佳宏

長尾 昌壽
秋澤 忠男
園田 孝夫
上田 尚彦
吉川 敏夫
山本 茂生
羽山 勝治
頼岡 徳在
藤見 惺
原田 孝司
松岡 昇

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. 腎不全医療に貢献する若手研究者への公募助成
3. 透析療法従事職員研修（厚生労働省補助事業）
4. 臓器移植推進月間活動に対する協力
5. 雑誌「腎臓」（医療スタッフ向け）の発行
6. 雑誌「腎不全を生きる」（患者さん向け）の発行
7. 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

編集後記

施設透析には種々の制約が加わるために、個々の透析者の特性に合わせた透析形式を採ることが必ずしも可能ではありません。在宅透析の必要性がここにあるわけですが、この点を、第48回日本透析医学会の会長を務められた近畿大学の今田先生が強調されています。先生はこの度日本在宅透析支援会議を立ち上げようとしておられると聞いておりますが、意義のあるお仕事でありましょう。

インタビューにご登場願った早稲田大学の木村先生はわが国に生命倫理という学問分野を広められた先達であり、ご自身の療養生活にも触れてくださり、日本の医療のあるべき姿を示してくださいました。医療スタッフと患者さん双方が採るべき態度への提言は、全て傾聴すべきものでした。

新たに編集同人として参加していただいた方々には、これまで関わった腎不全医療への思いを語っていただきましたが、将来への一つの指標を示すものだと感じました。次号では残る方々に感想をお寄せいただきますが、楽しみにしております。

座談会では京都 桃仁会病院の小野先生が高齢透析者の問題を取り上げてくださいました。いずれの方々のお話にも透析生活のご苦労と知恵とが滲み出ており、心に染み入るもので胸打たれました。

透析者フォトではお元気に活躍される人々の姿に接し得て、私ども透析スタッフに勇気と生きがいを与えてくれるものでありました。

東京女子医科大学の大橋さんは患者さんと共に歩む看護師の方々の真剣な勤務や修練の態度を引き出

してくださいましたが、継続する透析ライフの最大の支援者たるナースの皆さんのこうした思いは患者さんに安堵感を与えるものであろうと、信じます。

川口先生は患者さんへの提言として医療を受ける方々の権利と義務に言及されましたが、医療の最も基盤をなす側面であり、熟読を期待したいと思います。

栗原先生は高リン血症、佐中先生は腎不全における治療法の選択、そして福井先生は動脈硬化を説明してくださいましたが、いずれも腎不全の方々には極めて大切な問題であり、十分にご理解願いたいと思います。

イラク問題が解決せず、世界の一員としてわが国も応分の協力を要請され、また、私どももそれを希望するのですが、先行きに明確な見通しが得られないだけに苦悩の多いところです。翻ってこの国に目を向けても、多事多難と云うべきで難題が山積みしております。

社会生活の最も基本となる医療に関連する諸問題もすっきりとした指針が見出せないのは、誠に遺憾なことです。私ども腎不全医療スタッフは患者さん達と共に与えられた条件下で最も効果的・効率的な治療を取り敢えず継続しながら、その上で一層の前進を目指したい所存です。本誌が透析を受けておられる方々に少しでも有益な情報を提供するものであることを願っております。是非、読後感をお寄せください。

(編集委員長 大平整爾)

●編集委員 (50音順)

- 委員長 大平 整爾 (恵水会 札幌北クリニック・医師)
副委員長 栗原 怜 (春日部内科クリニック・医師)
委員 川口 良人 (神奈川県衛生看護専門学校付属病院・医師)
委員 川島 周 (川島会 川島病院・医師)
委員 佐中 孜 (東京女子医科大学第二病院・医師)
委員 椿原 美治 (大阪府立急性期・総合医療センター・医師)
委員 平野 宏 (知誠会 岩瀬クリニック腎臓病医療センター・医師)
委員 福井 博義 (熊本中央病院・医師)
委員 弓田 滋 (宏人会 中央クリニック・医師)
委員 渡邊 有三 (春日井市民病院・医師)

腎不全を生きる 第29巻

発行日：2003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 酒井 紀

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

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



アップル



オレンジ



イチゴ

- 1 製品につき 160kcal
- 取り出しやすい丸型容器に変更

新発売

ハイカロ160ゼリー



りんご



みかん



ぶどう

ハイカロ160ドリンク

- 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

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。



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
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。



シャネフ

キユーピー株式会社 〒150-0002 東京都渋谷区渋谷1-4-13

お客様相談室

TEL (03)3486-3252

TEL (03)3300-0133

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、ダブルバック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 〈ダブルバック形態のキット製品〉



弱シールにより隔壁されたダブルバックで、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クの隔壁を開通し、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 ⁺	K ⁺	Ca ⁺⁺	Mg ⁺⁺	Cl ⁻	CH ₃ COO ⁻	HCO ₃ ⁻	
140	2.0	3.5	1.0	111	3.5*	35	100

※pH調整剤 氷酢酸のCH₃COO⁻ 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。



NIPRO

発売元

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

ニプロファーマ株式会社
大阪市中央区道修町2丁目2番7号