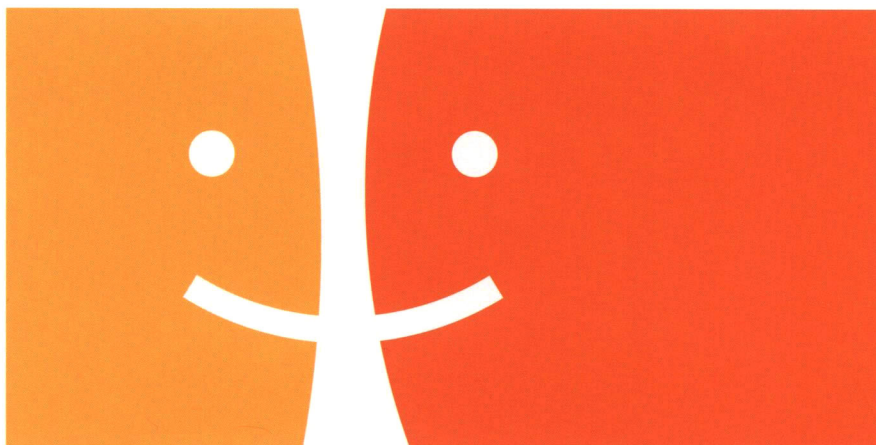


腎不全を生きる

VOL.35,2007





できること、ふやしたい。

中外製薬は、優れた医薬品の提供とともに、
治療や患者さんの日々の生活に役立つさまざまな情報をお届けします。
患者さんの生活の質が高まり、可能性がひろがり、笑顔がふえること。
それが私たちの願いです。



中外製薬

 ロシュグループ

<http://www.chugai-pharm.co.jp>

腎不全を生きる

Dialysis and Transplant

contents

VOL. 35, 2007

2 オピニオン

慢性腎臓病と世界腎臓デー

秋澤忠男 (昭和大学医学部 腎臓内科)

3 対談

透析とともに生きて～34年の歩み～2

語り手：春木繁一
聞き手：柴垣昌功

16 透析室のスタッフから患者さんへの提言 23

難渋する便秘への対策

稲本 元 (慶應義塾大学病院 中央透析室)

22 透析医療をささえる人びと 座談会 31

高齢者をささえるスタッフ

—在宅ケアを考えよう

内田浩美・田端治江・道仙道子・和田朋子
司会：小野利彦

44 患者さんのための腎臓病学入門講座 32

① 透析患者さんと薬剤

平田純生 (熊本大学薬学部 臨床薬理学分野)

② 味覚異常を含めた口腔ケア

又賀 泉 (日本歯科大学新潟生命歯学部 口腔外科学第2講座)

57 患者さんの座談会 33

イキイキライフの女性たち

谷口ますみ・津田清美・真木康子
司会：田中元子

75 日本腎臓財団のページ

78 賛助会員名簿

88 編集後記 栗原 怜 (慶寿会 春日部内科クリニック)

慢性腎臓病と世界腎臓デー

秋澤 忠男

(昭和大学医学部 腎臓内科・医師)



最近、慢性腎臓病という言葉が話題になっています。これは、米国で作られた chronic kidney disease という語を訳したもので、その頭文字をとってCKDとも呼称されています。これまでは、腎炎や糖尿病が悪化すると腎不全とされ、腎不全は独立した病気とわれてきました。しかし、腎臓病全体を見ると、腎臓に異常がみられるごく初期から透析に至る末期まで、一連の流れで進行するので、それらをまとめてCKDとして扱うべき、この立場からこの概念が提唱されました。この背景には、CKDは心臓血管病を発症させ、悪化させる強力な危険因子であることがわかり、腎不全患者さんの最大の死因である心臓血管病に対する早期の対策が必要とされたという事情もあります。

CKDは軽い順に、ステージ1から5の病期に分けられ、透析患者さんは最も進行した病期のステージ5です。そして、透析(dialysis)の頭文字を付けてステージ5Dと分類されます。CKDの診断基準の1つに、腎臓の働きが

正常の60%未満(ステージ3)という項目があります。これを基準にしてわが国のCKD患者数を推定した最近の調査では、最大2,000万人にも達する可能性がある、と報告されています。腎臓の働きが正常の半分としても、500万人近い患者数になると予測されるそうです。これらの患者さんは、徐々に腎臓の働きが悪化すると同時に、心臓血管病を合併したり、心臓血管病で亡くなる危険性が高くなります。

こうした調査結果から、CKDは、高血圧や糖尿病、メタボリックシンドロームと並ぶ国民病であることが明らかになりました。CKD対策の重要性はわが国だけにとどまらず、世界的な課題です。そこで、3月の第2木曜日を世界腎臓デーとして、全世界でCKD対策の催しを行うことになりました。CKD対策は、透析患者さんにより良い治療を提供する取り組みでもあります。

世界腎臓デーに皆様のご理解とご協力をお願い申し上げます。

対

談

透析とともに生きて ～34年の歩み～2

語り手：春木 繁一 先生（松江青葉クリニック）

聞き手：柴垣 昌功 先生（柴垣内科クリニック）

平成18年4月29日・横浜国際ホテル

柴垣 今回は、奥様とのご結婚や透析患者さんの心理的な問題について、先生のご専門であるサイコネフロジー（腎臓病精神医学）のお立場と、透析患者さんとしてのお立場の両側面から伺っていきたいと思います。

誰もが感嘆する宥子夫人の決断

柴垣 腎不全がいよいよ末期になった時、先生は頭が非常に重くて支えないとダメだ、どうもおかしいと思われて、ご自分で採血されたそうですね。それで、ひと晩眠ったらすっかり良くなったので、やれやれと思ったらあにはからんや、病院からの電話で尿毒症だからすぐ入院しなさいと言われた。びっくりされたでしょう。

私がびっくりしたのは、腎不全とわかって先生が、米子にいる宥子夫人に婚約を解消してほしいと電話で言われたのに、夫人はそれを受けずに横浜まで来られた。そして、透析

を受けるために移った東京女子医科大学で太田和夫先生に相談をして、「私、結婚します」と言ったというのでしょうか。周囲からは、婚約の時よりもっと激しい抵抗があったと思いますよ。

春木 そうですね。米子の大学に呼び戻されて、教授以下から説得されたようです。彼らから見れば、僕はどこの馬の骨かわからないわけですし、同学年の人たちや先輩たちから「やめておけ」と強く言われたようです。でも、1週間ぐらいしたら東京に帰って来まして、その時には彼女の母親もついて来て、「OK」と言うのです。

柴垣 私は本当にすごい人だと思いますね。普通はこうはいかない。よほど、先生と気が合っていたというか、気持ちが通じていたというか。

春木 2年前にうちの娘が結婚しまして、母親になったのですが、女医ですから旦那の両親が心配するわけです。それで、私の本を両



柴垣昌功先生

親に読ませたというのです。「私はこの母の娘ですから、私も弱くはありません」という意味を込めて贈ったようです。向こうのお母さんがこれを読んで感激して、それから何も言わなくなったそうです（笑）。

娘も、自分の母親のことをここまでは知らなかったの、見直したと言います。

柴垣 宥子夫人のもう一つのすごさは「私も透析食と一緒に食べます」と言われたこと。これはなかなか言えることではないですよ。先生が非常にラッキーだったのは、お母さんと奥さん、病院の先生方、下宿のおじさんとか、村のおばさんたちとか、皆が一生懸命サポートしてくれている。これはありがたいことですよ。誰もが、そういうサポートを受けられるわけではない。

それは、もちろん先生のお人柄があつてのことだと思います。

春木 うちの奥さんに聞いていただくと、また違う意見が出てくるかもしれません（笑）。

革命的なエリスロポエチンの出現

柴垣 当時は、透析器械も原始的で、私は経験的にどのくらいの圧をかければどのくらいの水が引けるかと、グラフを作ってやっていたのですが、今は、簡単に器械がやってくれる。それから、何よりも人工腎臓が小型になって体への負担が少なくなっている。切れ味もよく、副作用の少ない薬もいろいろ出てきた。今の患者さんは、昔の方に比べると非常にいい条件で透析をされている。

それでも、やはり苦しまれる方がたくさんおられるのが現実です。

春木 その人にとっては初めてのことであり、透析の原理は変わりませんからね。

柴垣 やはり、同じような精神的な葛藤はあると思います。病状が安定して、女子医大を退院してから先生がまず困られたのは、貧血でしたね。先生は本の中で、病院からトボトボ歩いたと書いておられますが、僕は、エリスロポエチンができたというのは革命的なことだと思います。

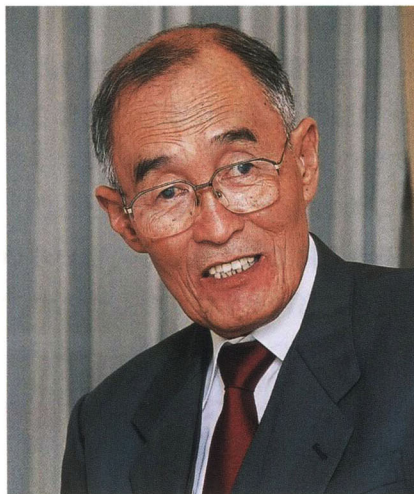
春木 そのとおりです。

柴垣 私に釣りを教えてくれた患者さんがいらっしゃって、この方もエリスロポエチンを使う前はそれほど思わなかったけれども、エリスロポエチンを使ってヘマトクリットが30%近くに保てるとすごく楽になったそうで

す。「昔、10～20%でよく動いてたのと、今になって思いますよ」と言われる。

そんな中での透析でしたが、先生はそれを乗り越えて34年も生きて、しかも立派な仕事をしてこられた。今透析をしている患者さんたちも、ぜひ先生の生き方を学んでほしいと思います。

ところが、こう言うときたいの患者さんは、「春木先生は特別、例外的な人で、われわれの参考にはなりませんよ」と言う。



春木繁一先生

透析患者さんの否認・言い訳

春木 僕は、臨床医ですよ。僕がなぜ透析患者だということを内緒にしていたかという、「先生は医者だから」と言われてしまうのです。それだと、患者さんの“合理化”の材料に使われて、「先生は、医者だからうまくやっているんで、私は医者じゃないから、ダメだ」ということで話が通じなくなってしまうのですね。

ですから、患者であることを知らせないのは、プライバシーということもありましたが、医者としてやっていく上で、患者だということを患者さんが知ってしまったら、患者さんの言い訳に使われてしまうということがあったからです。

僕は、普通の元気な医者として見てもらわなければいけないので、何食わぬ顔をしていて、顔色もよく、白衣を着たらわからないようになろうと思ってきました。

柴垣 私が聖路加国際病院にいたころ、塩分をとでもうまくコントロールしている患者さんがいました。そこで、医者が言うよりも患者さん自身が体験を話したほうがいだろうと思って、その患者さんをお願いして話をしてもらったのです。それで終わってから、話を聞いた患者さんに「どうだった？」と言ったら、「先生、あの人は特別だよ。全然参考にならないよ。俺たちとは違うよ」と言われた。「ああ、そういう受け取り方をされてしまうのか」と思いましたね。

春木 それも、広い意味での否認なのです。自分の非を認めたくないというのは、人間誰しもあります。人間は、言い訳を探すわけです。「あの人は特別」「自分とは違う」ということで、「自分はどうか…」という心理にはなりたくないわけですよ。子どもにいくら「勉強しろ」と言っても、勉強しないのと

じですね（笑）。

柴垣 あれも難しいですね（笑）。いつも「勉強、勉強」と言われると、嫌になってしまう。

春木 「今、しようと思ってたのに」って（笑）。それと同じで、患者さんはいろいろな言い訳を、本当に上手にしてくれます。

不均衡症候群は心因によって増幅

柴垣 透析を始める準備のために女子医大へ入院して、5日目に突然激しい吐血に見舞われて、緊急透析が始まったのですね。先生は「噴出する溶岩のように口、鼻、耳……粘膜という粘膜すべてから真っ赤な血が流れ出して止まらなかった。不安を通り越して、恐ろしかった」と本に書いておられますね。吐血は尿毒症の症状としてはよくあることですが、こんなにひどいのはそんなにありません。だから、あとでわかったことですが、あの時のBUN（血中尿素窒素）は200mg/dl以上だったのですね。

春木 そうです。

柴垣 2回目の透析からは、吐血は止まったけれども、頑固な頭痛や吐き気に悩まされた。女子医大の先生の言われたように、こうした症状は「不均衡症候群」*といえるでしょう。

これを防ぐには、小型の人工腎臓を使って血流も普通の半分程度に落とし、時間も2～3時間ぐらいで打ち切る。それ以後も2、3日透析を続けていく間に、徐々に普通の透析へ移っていくという方法をとります。太田先生が、最初に腹膜透析をやるかとおっしゃったのは、そういう意味なのですよ。

春木 そうですね。だから、途中からキール型に変えてくださいました。

柴垣 そうですね。キールはもっとマイルドですからね。

今でも、いわゆる維持透析に入った患者さんで、途中で気分が悪くなって吐く人がいますけれども、普通は2～3回、ゲツゲツとやればすっきりする。ところが、先生の場合はそうではない。そうとう長い時間続いたわけですよ。

春木 それと、先生はもうお見通しかもしれませんが、すごい不安と恐怖に近い状態があるので、副反応が増幅されていると思います。

柴垣 なるほど。恐いがゆえに、よけいに心因反応として出てくるということですね。

春木 そうです。そういう色合いもあったと思います。

柴垣 それから話は変わりますが、先生が苦しまれたという拘禁反応。これはどういうことですか。

*不均衡症候群：効率の良い透析によって、血液中の尿素窒素濃度が急速に低くなると、血液と膜1枚隔てた脳内の濃度は血液ほどには早く下がらないので、血液と脳との間に濃度の不均衡が生まれる。すると、血液中の水分は濃度の濃い脳へ吸い寄せられて脳が水膨れになるため、頭蓋内の圧が高くなって、頑固な頭痛や吐き気が現れる。これを不均衡症候群と呼んでいる。

拘禁反応、パニック障害、 レストレス・レッグス、うつ状態

春木 これは当時、ある歯科医が銀座で坊やを殺して、判決が決まらないまま、長く拘置所に入れられている時に精神症状を示したのです。いわゆる未決囚が、なかなか判決が出ない時にみせる反応です。判決が出てしまえばそんなことはないのですが、ある特殊な情況にずっと置かれると、その待たされている間に感覚遮断といいますか、こういう特殊な精神状態、ほとんど精神病と変わらない状態が起こります。

柴垣 透析の患者さんが、通院透析になってもそういうことはあり得ますか。

春木 ありますね。透析をやるだけだと起こり得ます。仕事に行くとか、趣味を楽しむとか、そういうことが間に入ってくれば拘禁ではないわけです。本人が、「俺はもう透析だけ」「透析の奴隷になった」と思っているということは透析に縛られているわけで、拘禁反応が起こり得ます。実際には透析のない日もありますが、彼にとってはまた明日も透析があるということで、その間、気持ちの上でずっと続いているわけです。「未来永劫に続くんだろう」という気分になります。

柴垣 パニック障害もそうなのですか？テレビで観たのですが、日本の有名な野球選手の息子さんがパニック障害で、突然、ものすごい不安感にかられると、本人がしゃべってい

ました。

春木 そうですね。突如起こりますし、「死ぬんじゃないか」という不安にかられます。

柴垣 それは、導入して間もなくの時ですか。

春木 そうです。ひと息ついて、「これで助かったかな？」と思う時期です。1～2か月目ですね。

柴垣 でも、それは治療につれて良くなるのでしょうか？

春木 30分から1時間ぐらいで自然に消滅します。

柴垣 先生が書かれている、足がムズムズするというのは？

春木 これはまた違います。レストレス・レッグス (restless legs) ですね。レストレス・レッグスというのは、感じというか、感覚なのです。「いても立ってもいられない」気持ちと同時に、動物園のクマみたいにウロウロ歩き回りたくなる。実際に、おすし屋さんでカウンターの前で座らないで足踏みしながら食べる患者さんとか、散髪屋さんで座ってられなくて立ったまま散髪してもらう患者さん、電車に乗ってもイスに座ってられないので、ドアのところで足踏みしている透析患者さん、そういう方がいます。

あれは、長く診ていると、一つは透析が足りないからです。だから、当時はそれを、CAPD (持続式携帯型腹膜透析) に変更すると良くなったし、今はHDF (血液濾過透析) にするといい。それから、足りないだけではなくてコンプライアンスが悪い。見るからに



水が溜まっているし、食事もたくさんとる。男性で、やはり相対的に透析不足の人です。

それからもう一つは、うつ状態になる人たちです。一番いいのは透析時間を延長して、2か月ぐらい、30分か1時間、我慢してやってもらおうと、透析量が多くなっていくに従って、自然に治まって薬が要らなくなります。もちろん、移植すればなくなります。HDFが始まってから、最近是比较的少なくなりました。

さらに最近わかったことは、そういう人たちは脳脊髄液中の鉄が足りない。透析だけではなくて、ほかにガンなどに合併するたくさん人のレストレス・レッグスの人たちも、一緒に共通して鉄が足りないということがわかってきました。それを、中枢神経系の中にどう

やって入れるかという治療法はまだ見つかりません。

それから、抗てんかん薬のあるものとか抗パーキンソン薬、L-Dopaが非常によく効きます。ドーパミンが、何らかのかたちで錐体外路系の症状を治めることから、鉄だけでは何かからんでいる。そこまでわかっています。

柴垣 先生にとって、本当につらい透析が続いたのは、時間的にどのくらいですか。何週間とか、何か月とか。

つらい時期からの脱出

春木 いろいろなステージがあるのです。急性期にはまず「こんな治療！」と思いますよ

ね。1日おきにすぐきますから、1週間はすぐです。慣れてくるとそんなに感じませんが、社会復帰してからも、横浜駅のプラットフォームに立つと向こう側にたくさんの方がいますが、その中には透析患者なんて1人もいないわけです。皆、元気そうに、楽しそうにしている。僕も勤め帰りですが、これから帰って明日また透析かと思うと、もう電車に乗るだけで憂鬱になる。健康な人をうらやましがる心理というのは、そうとう長い間続きました。子どもが生まれるぐらいまでは…。

柴垣 身体的な症状は、何か月かで取れたのですか。

春木 それは、ヘマトクリットが上がると取れました。

柴垣 私が透析の治療を始めたころの患者さんは、顔色で、「あ、透析患者さんだ」とひと目でわかりましたよね。ところが、最近はそういう顔色をしている人をあまり見かけませんね。やはり、それだけ条件が良くなったということですよ。

春木 ええ。しかし、それは施設によるわけで、ある施設では、そういう顔色の人ばかりがいるということはあると思います。やはり、十分な透析量でしょう。時間というか。

柴垣 まだエリスロポエチンがないころは、貧血があって息切れがする患者さんは、ちょっと透析時間を延ばしたものです。要するに、腎性貧血の原因の一つは、体に溜まった毒素が骨髄で赤血球を作るのを邪魔しているのだから、それをもう少しきれいにすれば自然に

良くなる。「でも、時間がかかるのが嫌だ」というわけで、半分以上の患者さんが「ノー」と言われる。

わからないでもないし、私の息子に言わせると、「そりゃ、無理だよ。点滴を入れられて、3時間腕を固定されてごらん、もう手が痛くなるよ」って、一蹴されるのですが、体が良くなるためにはそれが必要なのです。

春木 僕は幸いにして、家内や、子どもたちのおかげでそういう気持ちにならずに済みましたけれど。

太田和夫先生に背中を押されて

柴垣 先生の場合は、生きる目標ができたということがありますね。太田先生がシャントを作りながら、「サイコネフロロジーをやっごらん」と言われた。

それと、子どもさんができたこと。奥さんが非常に献身的にやってくくださった、「このワイフのためにも、自分は生きなければいけない」と。

春木 それは…(笑)。

柴垣 子どもが生まれたら、「俺は、20年間は生きなければいけない」という動機ができたわけですよ。

春木 ついこの間も、市ヶ谷の桜を見ながら思いましたよ。その時は孫を連れて歩いたのですが、長男が生まれた時にも、同じように乳母車を押して市ヶ谷の桜を見に来ました。その時は、前田貞亮先生に頼まれて、午後か

ら関東労災病院の患者さんにお話をしに行くことになっていました。長男が生まれた1975年ころは、患者であることはまだ公表していませんでしたし、「来年、この花を見られるかなあ」って、まだ、そういう心境でした。

この間は孫を連れながら、「34年経ってまたこの桜を見たか」と思って、なんともいようなない気持ちになりました。やはり、1年1年の積み重ねですかね。最初から、いきなり10年、20年生きようと思ったらプレッシャーになったと思いますけれど。

柴垣 それでも、透析を続けているうちに、太田先生に、自分の余命はどのくらいですかと聞かれましたね。その時には、もし余命に望みがあるならば、宥子夫人と結婚したいという気持ちがあったと思うのですが、そこまでするには、身体的な症状もかなり良くなって、「これだったら結婚しても大丈夫かな」と思われた時期だったのではないですか。

春木 そこにはもっとエゴイスティックなものがありまして、本音を言えば、家内がそう言ってくれるなら絶対に離すまい、「ほかの男性に取られたくない」と思うし、そうすると、長生きをしなくてははいけないわけですよ。

柴垣 それがモチベーションになっているわけですよ、「がんばろう！」と（笑）。

春木 そんな意味ではないですよ。彼女のためというよりも、やはり自分のためでしょうね。

柴垣 それは、わかりますよ。

春木 わかっていただけですか。

柴垣 先生が東京に残っていて、奥さんが米子に帰られる時に、自分は透析を受けなければいけない、死ぬかもしれないという、絶望感とはまた違った孤独感をもって奥さんを見送った、遠ざかっていく列車が自分の婚約者を連れて行ってしまったという、そういう実感があったと先生は書かれていますよね。

春木 ええ（笑）。

柴垣 ものすごくよくわかります。

春木 もしあの時、「じゃあ、別れる」という話になっていたら、僕の命もそこまでだったかもしれませんね。

ちょうどあのころ、NHKの朝の連続ドラマで、結婚してすぐに夫に死なれて、子どもだけ1人残される奥さんの話があったのですが、その女優さんも40代で亡くなったのですが、その女優さんと家内が重なりましてね。朝8時15分に始まるでしょう？見ながら涙を流して、涙を拭き終わると透析室へ行くわけですよ。家内は厚生年金ホテルに泊まっていて、透析が始まるころにやって来る。だから、内緒でそのドラマを見て、「将来、宥子はこうなるなあ」と思って見ていた。そんな時期がありました。

柴垣 でも、自分の余命を聞いて、よければ結婚したいと思ったわけでしょう？不思議な暗合で、奥さんもそのころに、同じような質問を太田先生にされていたのでしょうか？

春木 そうです。それは、内橋克人さんに、家内と僕が別々にインタビューを受けた時に、出た話で、「女房は、こういうことを言った

のか」とあとで知ったのです。

柴垣 そうですか。これは非常に微妙な暗合だと思えて、太田先生がおっしゃったことが、非常に良かったですね。

春木 そう。この楽観！ 太田先生は絶対的楽観主義者ですね（笑）。

柴垣 「春木君は、甘えちゃいけないと思うから、あなたに婚約を解消したいと言ったと思うけれども、本当はあなたが必要なんですよ」と、そのひと言が、非常に効いたと思うのですね。それで、反対を押し切って奥さんは来られた。

春木 これは、太田先生がおっしゃったのか、内橋さんの創作なのか、僕は未だにわからない（笑）。一度、太田先生に聞いてみようと思っています。

柴垣 それで、結局、予定どおりに結婚なされた。

春木 そうなんです。自分が透析患者になるとは知らずに、4月に2人で式場を予約していましたからね。

柴垣 それだけ自信もついたということでしょう。

春木 いや、全然。正直を言えば、最初の2年間ぐらいは自信どころではありません。

何年目かにマンションを買って引っ越したのですが、その時、ローンを組むのに生命保険に入らなくてははいけませんよね。

柴垣 入れませんね。

春木 ええ。その時も自信がないものですから、女房の名義にしています。そういう、責

任を負わなければならないものはすべて、家内の名義にしていました。だから、どこかでは醒めて考えていたのだと思います。

女子医大から半径 1.5 km の人生

柴垣 確かに、無事に退院される時、「やっと退院の日がきた」と言って、久しぶりに青空を見て開放感を味わったと書いておられますが、その後も病院に通うのは大変だったのですね。坂の途中で、何度か休んだり、駅の階段でもそうだったようですが。

春木 ええ。あの当時は、女子医大から半径 1.5 km ぐらいの人生だと思っていました。いざという時のことを考えると、女子医大から離れられないのです。だから、自分の人生はここで暮らすんだということで、マンションを選ぶ時も、みんなそれで決めました。

まさか、島根へ帰ってこんな人生を送るとは、当時は思いもしませんでした。

柴垣 ことに、あの当時はエリスロポエチンがない時代ですからね。

春木 アルファロールもない時代です。

柴垣 エリスロポエチンができたのは、いつごろでしたかね。

春木 1989年です。

柴垣 すると、かなり長い期間、エリスロポエチンなしですか。

春木 エリスロポエチンなしで30年です。ほとんど食事療法です。食事は、いろいろと工夫しました。

柴垣 最初のころは、下宿を周旋してくれた中華料理屋のおじさんが作ってくれたのですね。

春木 ああ、腎炎時代ですね。

柴垣 そういうサポートがあったのですよね。もちろん、お母さんのサポートがあり、奥さんのサポートがあり、友だちもいろいろと助けてくれて。

春木 横浜の先輩とか、先生の世代のドクターたちも、この本を読んで手紙をくれたりするのですが、女房と私の母親のことを褒めていましてね、「患者が生きようとするのはあたり前だ」って（笑）。「あの2人の女性がすごい」と言ってくれますが、確かにそうだと思います。

柴垣 苦しいこともあったでしょうが、電卓を使って食事のカロリーを計算されたり…。

私の患者さんで、そこまでやった人はいなかったと思います。それでもなおかつ、抑うつ的な心理がずっと続いていたのですか？

春木 そうです。それは長かったですよ。さっきのプラットホームの話もそうです。

30年前の透析室の点景

柴垣 先生が女子医大へ入院し、最初に透析室に入られた時、並み居る患者さんたちがみな一様に無表情に押し黙っている。先生は後になって、これが集団的な抑うつであったと知ったと述べておられますね。

春木 ええ。今でもそうですね。最近、また

そうになりました。老年期で、先の短い方が入って来られるからでしょうか、サテライトでも静かです。結構な人数の若い人たちも静かですね。ちゃんと働いておられるのですが、昔の患者さんのようにおしゃべりしません。テレビの画面を見ながら、イヤホンで静かに聞いていますね。

柴垣 当時は皆、土気色の顔で、なんとも異様な風景でしたね。これもキーワードの一つなのですが、「死と向かい合った毎日」だったと。

春木 そうです。

柴垣 透析中の患者さんが、途中でおかしくなっていて、救急の手当てをしても効果がなくて亡くなっていくとかね。

春木 隣のベッドで、たくさん亡くなりましたね。あの当時は。

柴垣 極限状態とおっしゃっていましたね。

自分が愛着の対象になることも大切

柴垣 でもそれはそれとして、その中で先生は、自分は生きたい、何としても生きようと努力された。先生には生きるためのモチベーションがちゃんとあったから非常に良かったと思いますね。

今、透析で苦しんでいる患者さんにもそういうものを持っていただきたいですね。仕事の面でも、家族のことで、旅行や趣味でも、何でもいいと思うのです。

春木 そうですね。愛着の対象があるという

こと。僕の場合は家内とか、子どもとかでして、人が一番いいのでしょうか、そういうものがあるということと、もうひとつ、自分が愛着の対象になるということですね。

先生が先ほどからいろいろ言ってくださっているように、皆からある思いをもらうということ、自分が愛着の対象になるということ、見棄てられないということが非常に大事だと思えます。

柴垣 見棄てられないことね。それは非常に大事ですね。

春木 うまくいかない人たちは、過去に見棄てられた体験があって、受けた愛が非常に薄いのですよね。

柴垣 特に子どもの時に、親から見棄てられたり、年中叱られたり、無視されたり…。

春木 今、虐待とかいじめとかありますが、あの子たちが親になってまたいじめる。そういう繰り返しですよ。やはり、幼児期から愛される体験を繰り返している子は、自然に人を愛せるようになり、人から愛されるようになる。このことは、身をもって経験しましたね。

こう考えると、透析患者になる前にある程度自分の訓練ができていないといけないのかもしれません。病というのは、そういう一つのチャンスを与えてくれるものだと思いますね。病は、病だけではなくて、何かプラスの材料を与えてくれる局面を持っていますよね。前回の話に出た作家の宮崎康平さんの例にみられるように (VOL. 34, 6 ページ)。

スクリプナー先生との出会い

柴垣 それともう一つ、先生はスクリプナーの講演を聴かれましたね。

春木 すごく感激しました。柴垣先生の通訳がまだ印象に残っています。

柴垣 先生はスクリプナーの話をも素直に受け取って、透析時間を延ばされたのでしょうか？時間を延ばすということは、患者さんにとって大変なことです。短い時間で透析を終えれば、こんな楽なことはないのに、先生はあえてそれを延ばされた。それが非常に良かったと思いますね。

春木 あの時期に、いい話を聴きました。スクリプナーに会ったことは大きいですね。「だって先生は医者だから」と言われてしまえばそれまでですが…。

柴垣 先生の体験を、皆の前で話をしてくれと言われたのでしたね。

春木 スクリプナーさんにそう言われました。シアトルで、定年退職のお別れのパーティの時です。一生懸命原稿を用意したのですが、時間の都合で話すことができませんでした。透析時間は長いほうがいいということを一と言、言おうと思ったのですが。

柴垣 まだまだお話を伺いたいことがたくさん残っていますが、時間がなくなってきたようです。

今回も数々、有益なお話をありがとうございました。今後ますますご壮健でのご活躍

を期待しております。お疲れ様でした。

おわりに

柴垣 今日、透析をしておられる患者さんのために少しでも参考になればと思って、春木先生からいろいろなお話を無理に引き出したような感じですが、私は『透析とともに生きる』を、患者さん以外に、是非ドクターにも読んでもらいたいと思います。それというのも、先生のご本によって、私自身が医師としていろいろ教えられることが多かったからです。

その一つは、患者さんに説明や指示をする時はできるだけ専門用語を避けて、患者さんにもわかる普段の言葉で、できるだけ具体的

に話をするということです。例えば、シャントとか透析という言葉は、春木先生でも初めは何のことかさっぱりわからなかった。また、「腎機能が低下する」と耳で聞いた時にはわからなくとも、「腎臓の働きが悪くなる」と言えば、誰にでもすぐわかるでしょう。

もう一つは、患者さんが心に抱えている問題は外からはなかなか見えにくい。まず患者さんの眼をしっかりと見て、その話をゆっくり聞いてあげる。そこから、始めて何が問題なのかが見えてくると思うのです。たとえ善意であっても、「ああせい、こうせい」と言うだけでは、患者さんも納得せず指示にも従えないと思うのです。

釈迦に説法であればご容赦ください。

(おわり)

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一丁目7番10号
本社事務所 / 大阪市城東区森之宮二丁目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 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

難渋する便秘への対策

稲本 元 (慶應義塾大学病院 中央透析室・医師)

はじめに

便秘で難渋している透析患者さんはたくさんおられます。しかも、下剤を使用すればそれで解決、というわけにはいきません。下剤による便意がいつ出現するのか、いつも気にかかりますし、外出中に便意をもよおせば、すぐにトイレに駆け込むことになってしまいます。透析中であれば迷惑をかけるので、透析日には便秘のまま過ごし、透析が終わってから下剤を服用することになります。下剤が早く効くと、夜中に何度もトイレに通い、睡眠不足になります。時には自宅の門が見える所まで帰ってきて間に合わず、精神的ダメージから人間失格のような気分になることもあります。

このような透析患者さんの便秘も、為すべきことを為せばその多くは治るか、あるいは問題がない程度に改善します。ここでは、透析患者さんに多い便秘のしくみとその対策について述べます。

1 正常な便の構成成分

便を構成する成分としては大きく分けて3つあり、その割合は、

- 水分が75%前後
- 食物繊維が十数%
- 腸内細菌+脱落腸細胞が十数%

となっています(図1)。

この中で、透析患者さんに不足しているのは食物繊維です。食物繊維が不足すると、便量が減り、便秘になりやすくなります。

食物繊維は、ヒトの消化酵素では消化されず、吸収されないため、食物中の主要な栄養素の中で唯一大腸に到達し、便の材料となり便量を増やします。

2 便の量と消化管の通過時間

便量が多いと、大腸を通過する時間が短くなり、大腸での水分の吸収が減り、ちょうどよい柔らかさの便になります。便量が少ない

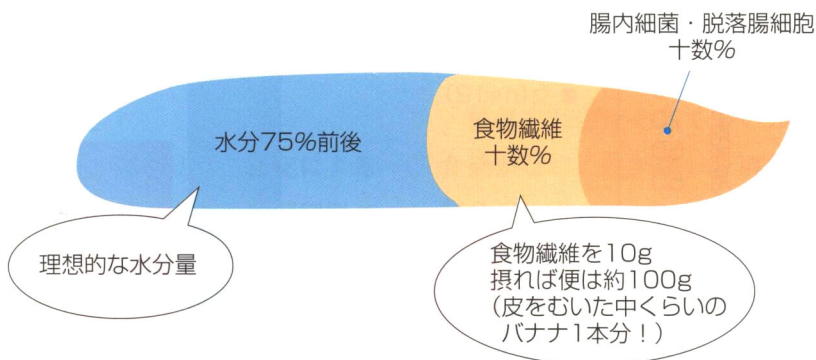


図1 便の構成成分 (文献¹⁾より)

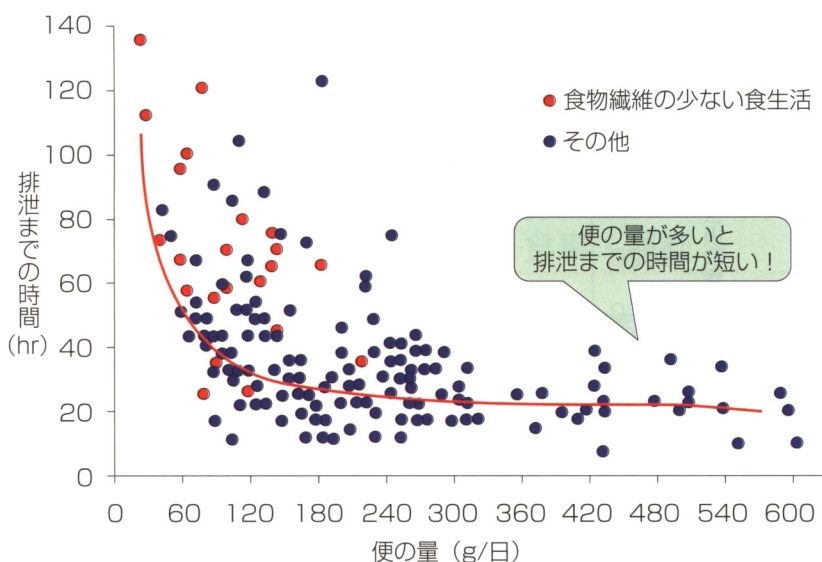


図2 便の量と消化管通過時間 (文献²⁾より)

と、大腸通過時間が長くなり、水分が余計に吸収され、硬い便になります (図2)。

食べたものが24時間以内に排泄されるには、200～300g以上の便が必要です。並の大きさのバナナの皮を剥いた実の部分がおよ

そ100gなので、必要な便量は1日バナナ2～3本分以上ということになります。ここの便量を保つには食物繊維がおよそ20～30g必要です。

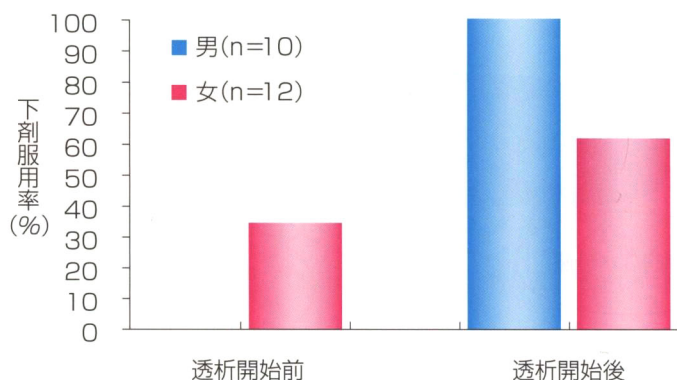


図3 透析開始前後の下剤服用率

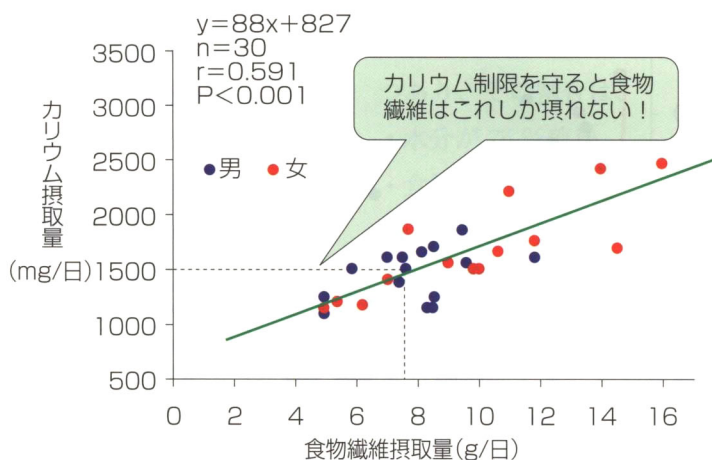


図4 透析患者さんのカリウム摂取量と食物繊維

3 便秘に陥った時期と頻度

男性では全員が、女性でも多くの人が透析療法開始後に下剤を服用しはじめています(図3)。このことから、透析療法が便秘に密接に関係していることがわかります。

49歳までの患者さんでは50%の人が下剤

を服用し、50～69歳までになると75%、70歳以上では全員が便秘でした。歳とともに食事量が減り、運動量が減り、腹筋などの筋肉が弱くなりますが、こうしたことがその原因とされます。

4 透析患者さんの便秘の原因

1) 食物繊維の不足

透析患者さんでは、高カリウム血症による心停止を防ぐためにカリウムの摂取が制限されます。食物繊維が豊富な野菜や果物にはカリウムも多く含まれるため、野菜や果物は制限されています。そのために、便の“重要な原料”である食物繊維が不足します（図4）。

2) 水分の不足

透析で除水しますが、その際、便中の水分も引かれるために、これも便秘の一因です。

3) 薬剤の副作用

胃薬、降圧薬、リンの吸収を抑える薬、カリウムの吸収を抑える薬、強心剤など、便秘を起こしやすい薬を服用していることも便秘の原因です。

4) 腸内細菌の乱れ

食物繊維の不足、リンを制限するためのヨーグルト摂取の制限、便通異常などにより、透析患者さんの腸内細菌叢は悪玉菌が増え、ビフィズス菌などの善玉菌が減少していることも一因です。

5) 糖尿病

糖尿病を合併していると、神経障害によって大腸の動きが悪くなり、便秘になります。

6) 便意の抑制

透析中などには、便意があっても我慢することが多く、便秘の引き金になります。

5 便秘による重大な合併症

便秘の合併症として多いのは、腹が張る、食欲がない、腹が痛い、肩凝り、頭が重い、気分がすぐれない、便秘のあと下痢をする、などです。

重い合併症としては、短期間の便秘でも出現する虫垂炎、糞石による腸閉塞、腸管穿孔などがあり、二次的に腹膜炎の併発もみられることがあります。

長期間の便秘による重い合併症としては、大腸憩室、憩室炎、大腸ポリープ、大腸ガン、肝臓ガンなどがあります。

6 透析患者さんの便秘対策（1） —食事・運動

1) 食物繊維を多く摂る工夫

カリウムが少なく、食物繊維が多い食品として、寒天、おから、たけのこ水煮缶詰などを献立に用います。

野菜は、水に浸す、さらす、ゆでこぼすなど、調理の工夫をします。例えば、生の小松菜 100 g に含まれる 500 mg のカリウムは、ゆでると 140 mg に減ります。

米を洗った後、大量の水に長い間浸してから水を捨て、水量を調節して炊飯すればカリウムを多く除くことができます。

2) 乳酸菌を摂る

ビフィズス菌などの乳酸菌は、腸内で悪玉菌の増殖を抑え、腸内細菌叢を正常化させ、

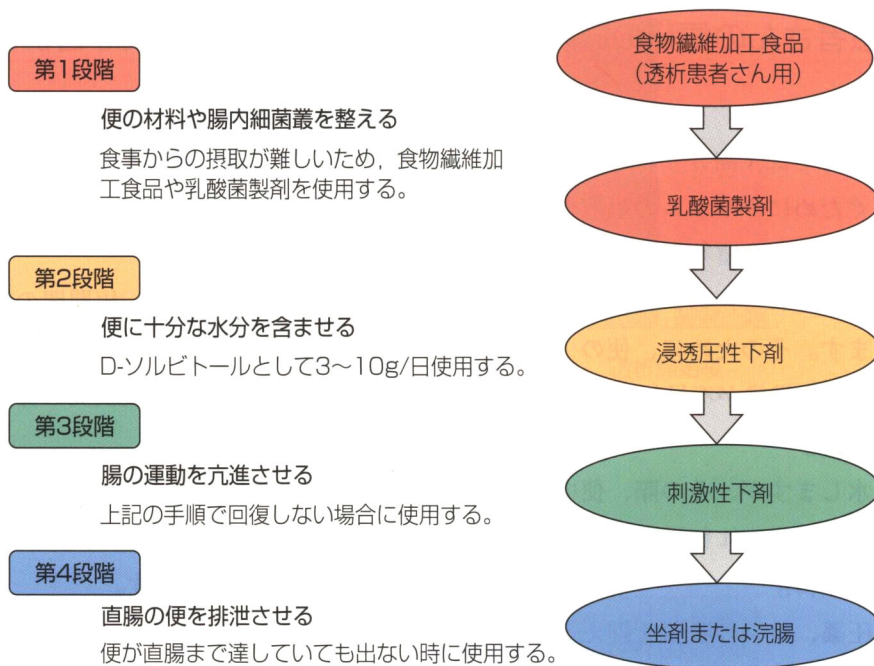


図5 透析患者さんの便秘対策〈薬物治療〉

便秘や下痢を改善します。この点、ヨーグルトは好ましい食品ですが、リンが多いので1日100mlが限度です。

3) 運動など

- ①睡眠、起床を規則的にする
- ②歩く、ラジオ体操などをする
- ③飲料水などは冷たくする。冷たい水でうがいをする
- ④腹部を圧迫、マッサージをするなどのことも有効です。

7 透析患者さんの便秘対策 (2) —薬物療法

前記の食事、運動などでも便秘が治らない時には、以下の手順で治療を行います。

1) 第1段階：便の材料を用意し、腸内細菌叢を整え、腸を動かす

食物繊維は、厚生労働省の基準が1日20～25gであるのに対して、透析患者さんは8～9gしか摂取できていません。カリウム、リンを含まない透析患者さん用の食物繊維食品であるセルリーハイ®で不足の食物繊維10～15g程度を補います。セルリーハイ®に含

まれているフラクトオリゴ糖は、ビフィズス菌などを増やし、腸内細菌叢を改善します。

以上の対策で、透析患者さんの便秘の多くは改善、解消します。

乳酸菌製剤としてはビオフェルミン®やラックB®を用います。

ビタミンの1つであるパントテン酸は腸の動きを良くします。

2) 第2段階：便に十分な水を含ませる

浸透圧性下剤ソルビトール®は便に水を含ませる作用があり、1日3～10g使用します。用量は個人差がありますが、少ないと便は硬くなり、多過ぎると下痢をします。便がちょうどよい柔らかさになるように服用量を調整します。

そして、1か月ほどかけて徐々に、今まで服用していた刺激性下剤を減らします。すると、多くの患者さんで刺激性下剤が不要になります。

3) 第3段階：腸を刺激して腸の運動を亢進させる

一般に下剤といわれているものは刺激性下剤のことで、大腸を刺激して大蠕動をひき起こします。その際腹痛があり、その後すぐ排便が始まるので、自分で排便時期をコントロールすることが困難です。夜中でも、電車の中でも、透析中でも、時と所におかまいなく排便が始まります。

ただし、便秘対策の第1段階、第2段階が行われていれば、刺激性下剤の不都合な点は改善され、腹痛がなく、排便時期の調整もあ

る程度できます。

4) 第4段階：直腸まで降りている便を排泄させる

便が既に直腸まで降りているのに、排便しない、便意がない場合は座薬、レシカルボン®、グリセリン浣腸を使用します。

それでも排出がない時には、第1段階と第2段階の対策ができていれば、腹部をやや強く圧迫すると程よい柔らかさの便が排出されます。

それでも出ない時は排便を試みます。

おわりに

ここで述べたのは、透析患者さんに圧倒的に多い特有の便秘についてです。腸閉塞など、別の理由で起こる便秘もあるので、それらについては、それぞれ元になっている病気の治療と関連した対策が必要です。

透析患者さんの便秘が食文化、すなわち玄米から繊維が多い糠を除いた白米、大豆から繊維の多いおからを除いた豆腐など、繊維が除かれた食物の摂取により起こる点は、最近是一般の人でも同じことです。

便秘からの解放は、透析患者さんには、心配なく自由に外出できることでもあります。

【参考文献】

- 1) 稲本 元 監修：透析患者さんの便秘症とその対策。キリンビール株式会社、1-20
- 2) Burkitt DP, et al : Effect of dietary fibre on stools and transit-times, and its role in the causation of disease. The Lancet Dec 30, 1972

高齢者をささえるスタッフ

—在宅ケアを考えよう

出席者 (50音順)	内田 浩美さん (親和会 介護老人保健施設しんわ苑・ケアマネジャー)
	田端 治江さん (腎盛会 蓮田クリニック・ケアマネジャー)
	道仙 道子さん (岡山済生会 訪問看護ステーション・看護師)
	和田 朋子さん (清永会 矢吹病院・看護師)
司 会	小野 利彦先生 (桃仁会 桃仁会病院・医師)
日 時	平成19年1月10日
場 所	ホテルグランヴィア大阪

小野 皆さん、こんにちは。今日は、在宅について先進的な皆さんの施設の状況を教えていただき、勉強するつもりで来ました。

最近の動向として、療養病床の減少、急性期の入院日数の短縮などがあって、いずれにしろ在宅の方向へ向かわざるを得ません。その時に、血液透析 (hemodialysis : 以下、HD) ではどうしても通院の問題が絡んできます。だから、腹膜透析 (peritoneal dialysis : 以下、PD) は一つの方向であろうと思いますが、実際にはいろいろな問題がたくさんあることでしょう。

さて、まず一般の多くの方々には、ケアマネジャーや訪問看護・在宅介護について、仕事の内容をまだ十分に理解されていないと思います。自己紹介を兼ねて、お仕事の内容をお

話しいただきたいと思います。

患者さんのニーズに応えきれない中で

田端 埼玉県の維持透析施設に所属している田端と申します。ソーシャルワーカー兼ケアマネジャーとして仕事をしています。主な仕事の内容は、患者さんの受診・受療の援助のほか、在宅生活を支援するケアプランの作成をしています。

現状は、72床の透析ベッドで、患者さんが220名に届くところです。ソーシャルワーカーは私1人にして、ケアマネジャーを兼務していますので、お1人お1人の患者さんのニーズに十分応えきれない状況があり、その点が課題です。

小野 実際にケアプランを作成し、施設への紹介もしておられるのですか。月に何件ぐらいありますか？

田端 ケアプランの作成は、1人のケアマネジャーが持てる限度ギリギリの35名です。ソーシャルワーカーの業務には変動がありますが、1か月平均で延べ200件程度です。一つの相談を1件として数えますので、重複している場合もあります。

小野 実際の在宅介護などはよそへ依頼するのですか。

田端 はい。私どもの法人ではサービス事業所を持っていませんので、他のサービス事業者さんをお願いしています。

夏も冬も、広い範囲の患者さんを訪問して

和田 私の所属している矢吹病院は、透析専門と一般外科を行っていて、療養病床と一般病床を持っています。透析は、隣の市にもクリニックを一つ持っていて、ベッドは90床で、患者さんは併せて300名を超えています。

私は本院の在宅支援室に所属していて、主に高齢のPD患者さんの、導入から在宅までのケアに関することを行っています。在宅支援室には栄養士とソーシャルワーカーがいて、チームで取り組んでいます。

矢吹病院では訪問看護も行っています。私はそこにも所属しています。訪問に出かけたり、連携診療をとっている患者さんのフォローに回ったり、という仕事をしています。

小野 PDの患者さんだけですか。何名くらいですか。

和田 今のところ、約30名です。

小野 どれぐらいの頻度で訪問されていますか。

和田 週に1回程度です。

小野 外来の受診の頻度は？

和田 2週に一度か、4週に一度見えますので、その時には毎回外来に出ています。

小野 病院でも、在宅でも、同じ人に看てもらえるわけですね。

和田 はい。専任の訪問看護師が私を含めて3名います。

小野 3名だと、だいたいそれぐらいが限度ですか。

和田 そうですね。訪問に行くにしても、特に山形県は透析施設が少ないので、カバーする範囲がものすごく広くて、片道40km近いところもあります。午前中は外来に出て、それからその往復をします。

小野 40kmというと1時間ですか。

和田 山形は雪が降りますので、冬はもっとかかってしまいます。

小野 雪国では冬になると入院する人が増えると、前から言われていますね。

和田 越冬入院と呼んでいまして、寒さの一番厳しい1月から3月にかけて、高齢者の1人暮らしの方だけでなく、家族のいる方も受け入れていました。ですが、その間に日常生活の活動能力（ADL）が下がったり、認知症が出てきたりして、透析ができなくなってし



田端治江さん

まうこともありましたので、なるべく家で過ごしてもらおうように、地域の在宅サービスと連携をとっていて、現在、越冬入院は減っています。

小野 スタッフをもっと増やしてほしい、という希望はありますか？

和田 増やしてほしいですね。HD の患者さんに、導入時の指導や保存期のケア、病気や治療に関する情報をお伝えするなど、いろいろと構想を持っているのですが、それをするととなると、倍以上の人数が必要です。

小野 倍以上？ それは経営者としては困る(笑)。

365日24時間営業

道仙 岡山済生会ライフケアセンターの事業所内にある訪問看護ステーションで働いてい

る道仙と申します。

私は病院から出向の形で、5年前に訪問看護に移り、管理者になって4年目です。1月現在、在宅では70名弱の利用者がおられ、そのうち14名のPD患者さんと、1名のHD患者さんの訪問を行っています。PDの方の平均年齢は、男性が81歳、女性は86歳です。特徴的なことは、独居または老老介護の2人暮らしの方が半数以上を占めています。

スタッフは7名で、バッグ交換が終了する時間帯の22時ごろまで、電話も頻繁にかかってきて、365日24時間営業で走り回っています。

小野 時間外とか休みの日に呼び出される頻度も、かなり多いようですね。

道仙 月平均でいうと、8～9回の電話が入っています。

夫婦2人暮らしになると、お世話をされる方もご高齢なので、トラブルが起こった時に混乱されるわけです。安心を運ぶ意味で、内容にかかわらずすぐ伺っています。「どうしていいか、わからなくなった」「頭が真っ白じゃ」と言われますし、私たちが行くことで安心感を得られ、精神的に落ち着かれて、「こうじゃったんだな」という振り返りができるのです。退院後1～2か月は、どうしても操作上のトラブルが続くわけです。

病室のインターホンの感覚で携帯電話が鳴りますが、相談のこともありますし、緊急性がある場合もあります。

小野 病室ではインターホン握ってる人が

いますからね（笑）。

道仙 でも、呼ばれるままに行っていると患者さんのコストがかさみますから、電話で対応できる時には電話で済ませ、どうしても無理かな、不安が増すかな、という時に走って行くわけです。

小野 そういう使命感を持ってやってくれる方がいればいいけれど、あとを継ぐ人がいないのではないですか。

道仙 あとを継ぐ人や、走ってくれる近隣の看護師さん、腎専門の看護師さんを探そうと思っても、本当におられません。

訪問看護の人材には、合う、合わないのタイプがあるのです。いかに、利用者に合わせてあげられるかが信頼関係につながってくるし、その信頼関係が築けなかったら、なかなか中に入って援助できないのが現状です。

小野 それは大変だ。患者さんのお宅は、遠距離が結構あるのですか。

道仙 市の合併で広範囲になりましたが、岡山市内は訪問させていただいています。一番遠い所は24kmぐらい、山奥に向かって走ります。依頼があれば、どこまでもまいります。

小野 山形とあまり状況は変わらない。

クリニックと離れた老健で相談業務

内田 私は介護老人保健施設（以下、老健）、しんわ苑の副施設長です。職務上はケアマネジャーですが、もともとが社会福祉士ですので、相談業務を主にやっています。



和田朋子さん

法人としては、天神クリニックという透析施設が大もとにあり、入院ベッドが19床、透析ベッドが40床、老健は100床で、外来で透析に来られている方は、175名弱、です。

小野 老健の透析患者さんは？

内田 だいたい1割ぐらいで、10名弱ぐらいで推移しています。

しんわ苑では、管理料や診察の問題、老健のドクターがPDを診ることができないといったこともありまして、PDの患者さんは、ショートステイの形で対応しています。

クリニックでは訪問看護と訪問リハビリが行われ、4月からは在宅療養支援診療所が開設されるので、訪問診療の体制が整い、法人としてすぐそばにケアプランサービス天神とヘルパーステーション天神を持っています。

私は日中、老健と在宅部門を行き来しながら総合的な在宅の管理をしています。クリニ



道仙道子さん

ック内にソーシャルワーカーが1名いますので、そのソーシャルワーカーが入退院のお世話をし、ケアマネジャーや老健の相談員と連携をとって在宅支援をしています。

私どもはクリニックですから、基幹病院から患者さんを紹介してもらうことでしか患者さんが増えていきません。ですから、どこの病院でも受け入れの難しい患者さんや、クリニックで送迎サービスもしていますので、ご自分で通えない方など、圧倒的に高齢者の多い病院になっています。地形的にも階段が多かったり坂が多い地域で、車もすぐ近くまで入れないことから、PDに移行する理由は、まず「通院が困難」ということがあります。

要介護5で寝たきりの方も結構いらして、ストレッチャーでないと移送できないので、そういった方についてはご自宅への訪問診療体制を取りながらPDで対応しています。あ

とは、血圧や高齢化のために血管に問題が生じ、HD そのものが厳しい方がPDに移行される状況です。

小野 訪問看護で、PDをしておられる方は何名ぐらいですか。

内田 今のところは5名です。全体でも、PDの患者さんは10名弱ぐらいです。ご自分で管理できる方は、外来に来ていただいています。

小野 19床の入院ベッドでまかなえますか。

内田 今の時期は、インフルエンザなどで一時的に20床、21床必要になることもあります。基本的には、チームを組んでかなり在宅復帰ができていますので、問題なく進んでいると思います。

小野 合併症などで、どうしても他の施設にお願いしないといけない方はどうですか？

内田 基幹病院に一旦お願いします。ただ、大きい病院は入院期間が短いので、治療が終わったらまたすぐに戻って来られるため、かなり重症化した方も在宅で診ているのが実状です。

小野 さて、在宅ケアのコツや、本音を聞きたいと思います。あるいは、非常にオーバーワークになって困るなどのご意見はありますか。

PDのメリットを生かすケアを

和田 私どもの施設では、基本的には病院が24時間体制で患者さんを受け入れていますの

で、訪問看護で緊急の対応をすることは、時間外ではまずないです。臨時で行くことはありますが。

道仙 例えば、24時間対応でトラブルが起こった時には、どこに電話するのですか。

和田 病棟になります。

道仙 当院でも一部の患者さんにはそうしているのですが、病棟は忙しそうなので、利用者の方には訪問看護に連絡するようにと伝えてあります。なので、対応も、相談も、携帯の1番なのです。私の携帯は鳴りっぱなし(笑)。

和田 忙しい時には、病棟から不満の声がちょっとあがります(笑)。でも、その病棟で導入した患者さんですし、スタッフも状況はよく把握していますので、緊急時以外でも、よく話を聞いて落ち着かせてくれています。

道仙 調べてみたら、PDの患者さんだけで年間140件ほどの電話相談がありました。食事のことや、ちょっと気になったこととか、病室にいたら看護師さんにすぐに聞けたようなことも、在宅ですと、そういう相談相手がどうしても必要になってくるのですね。そのような時こそ、訪問看護の出番ですよ。

それから、独居の場合は、メンタル面でも揺らぐことが多いので、不安を除くためだけの訪問もあります。家で生活していて、動悸がしたり、貧血で倒れたり、そういうささいなことがきっかけですが、どうしても不安が増すのです。家でじっくり対応すると、「私はあと何年もつだらう」と言われたり、泣かれます。そういう死に対する恐怖心や不安を、



内田浩美さん

結構聞かされます。メンタル面での援助も訪問看護の役目だと思いながら、日々対応しています。

それと、定期の外来受診では心電図や検尿、採血などを受け、そのデータを見て、「果物をあまり食べないように」という指導を受けますね。そうした、外来受診の結果を日々の生活の中で生かさないといけないわけですので、訪問で伺った時に看護師がチェックを入れることができます。ご本人もご家族も、「知ってくれているんだ」という安心や信頼につながっていきますし、具合が悪くなくても、早く対応できます。ですから、外来と訪問看護は一連で動くようになってきているので、最近、結構有意義な訪問を行っています。

小野 昔、経験したことですが、PDの患者さんのほうが精神的に落ち込むケースが多いように思います。HDの人はしょっちゅう病



小野利彦先生

院に来ていて、グループができるし、特に女の方は、仲良く話している。でも、PDは家に帰ってしまうと、誰も話し相手がない。

道仙 PDの方には、通院を非常に楽しみにされている方がおられます。自分のやり方と他人のやり方、生活はどうしているか、温泉に行っているか、旅行に行っているかなど、他人から情報を得ることを楽しみにされて、皆さんが集まる場所でいろいろ情報を得て、元気をつけて帰ってこられるのです。

小野 PD患者さんはとても結束が強いです。離脱してHDに変わったのに、同窓会みたいにしょっちゅう集まって宴会をしたりされている。

道仙 あれだけ会っているのに年賀状を交わしたり、手紙を出し合ってみたり、電話をしゃべったりして、そこで支え合っておられるみたいです。

問題は、PDを予定して作るのではなくて、ある程度、機能が落ちてPDとなった時です。つらい時に医師から透析の説明を受けておられても、十分な理解ができていない方もいらして、帰ってから、「このカテーテルはいつ取れるでしょうか」という質問が結構あります。特に高齢の方は、これとは一生、仲良くしていかなくはいけないということがわからない。そのことで怒る方もいらっしゃいますが、時間が経つと、「これをして良かった」という返事が徐々に返ってくるようになってきます。外来でHDの人を見て、「私はあんなことはとてもできん。週3回も通って来るのも大変。針を刺されるなんてとんでもない」と。そうやってわかってくると、これで良かったという答えが出るのです。

和田 導入してから体調が戻るまでの期間ですね。

道仙 そうなんです。元気になったら、カテーテルは抜けるものと思われているんです。

バッグ交換にとらわれない

和田 最初私たちも、導入時の抑うつ状態というのはお年寄りには若い人よりも少なくなくて、適応はお年寄りのほうが早いような気がしていました。けれど、若い人とは時期がずれて、在宅に移行して3か月、4か月の安定期に入ったころに、じわじわと現れる方が何名かいらっしゃいます。それは、月に1回か2回の外来の受診ではなかなかわかりませんね。

いろいろな形で出てくるようですが、一番多いのは食欲不振でしょうか。家族の方に状況を聞くと、バッグ交換の時間が気になってどこにも行けなくて、つまらなそうな顔をしていると言われることがあります。

道仙 「なんで、こんなことをしてくれたんじゃろう」と、最初は悩まれるのでしょうか。

和田 そうですね。HDで血圧の低下が著しくてPDに移行された場合は、逆に感謝されますね。血圧が安定するので、「かえって良かった」と。

道仙 ただ、1日に4回バッグ交換をする方は、「いつ、私の時間が持てるのだろう」と思われるようです。その場合は医師に相談して、バッグ交換の時間帯を変えたり、バッグの処方を変更することによって、デイサービスや買い物時間を少し延長できたり、また小旅行の計画を立てることが可能となり、すごく喜ばれます。

和田 休腹日のようなものは取り入れていませんか。PDホリデイといって、週1回とか2回とか、バッグ交換をお休みする日ですが。

道仙 そういう奥の手があると、人生をエンジョイできますね。

和田 私も訪問看護に行くと、そういう相談を受けます。「美容室に行きたいけれど、これじゃ行けない」と言われるので、「そんな日は1回抜いていいよ。毎日になると困るけど」と。「せっかく孫が帰ってくるのに、会いに行けない」というので、「午前中、休んでいいから」とか。

道仙 「休んでいい」と言ったら、かえって心配になり、時間も、朝6時と言ったら、「6時しかいけない」と忠実に守られたりして。なかなかうまくいきませんね。

小野 そういう指導は、年齢によって変えるのですか。若い方の場合とか、高齢だったり、体の小さい方だと、その辺は融通を持たせていいように思いますね。

内田 私の所は、基本的にほとんどの方が自動腹膜透析（automated peritoneal dialysis：以下、APD）で、重度の方が多いので、ご自分でなさることは少なく、ほとんどご家族がなさいます。ただ、最初にホリデイを作ってしまうと、悪くなってきて毎日となった時の抵抗が大きいので、最初のメニューは、バッグの交換は少なくとも毎日することをまず習慣づけてもらって、そのうち、「たまに抜いてもいいよ」と言われるほうが、気分的に楽なようです。

APDだと、つなぐ時の手間はあまり変わらないので、メニューが変更になってもそれほど抵抗はないのです。

小野 高齢者の場合、食事指導の内容は若い人と変えていますか。

食事と服薬の大切さと難しさ

和田 私たちの所は、導入年齢が平均で80歳を超えています。最高齢が95歳ですが、タンパク質の摂取が非常に少ないので、減らすとしても塩分ぐらいです。でも、極端に塩

分を減らすと、そのために食事全体の摂取量が落ちてしまいます。ですから、「食べるな」というより、「食べろ、食べろ」です。

内田 私の所も同じです。高齢者ばかりなので、アルブミンの低い方たちばかりです。

小野 若い人とは根本的に違いますね。若い人はある程度制限が必要だけれど、高齢者は絶対に食べさせないといけない。いかに食べてもらえるかが問題になります。

内田 食べられることが一番のメリット、みたいな感じでPDに変えられる方も多いですね。また、HDの時は週3回透析に通って、さらに非透析日にデイケアに通うなどは、きついのでなさいませんが、PDに変えると、特にAPDは夜間しか透析しませんので、日中はデイケアに行って、みんなで楽しく過ごされている方もいます。

和田 在宅支援室に栄養士もいますので、栄養補助食品などを使って取り組んでいるのですが、MIA症候群*との関連もあって、慢性的に炎症反応のある方は、食べても食べても追いつかないのです。

小野 PDだと、特にそうかもしれません。

和田 はい。デメリットのほうが強く出てしまって、そのためにPDからHDに変更した方がいらっしゃると思います。

小野 HDの場合でも、老健に入るような患者さんは制限食ではなくて、いかにカロリー

とタンパク質を取ってもらうか。味付けについても、摂取量が少ないので、塩分濃度などそれほど制限する必要がないですね。

内田 PDの方もHDの方も、私の所はだいたいヘルパーさんがお食事を作ることが多いのですが、よく皆で集まって、料理教室のような感じで研究しています。少しでもおいしく食べてもらったり、カロリーを取ってもらうために、ヘルパーさんたちも栄養士さんに習ったりしています。

食べる環境もすごく大事だと思います。1人暮らしの方でも、ヘルパーさんが食事時間に入って作って、温かいものを食べてもらう。置いて帰ると、冷めてしまって、全然箸がつけられていなかったりするのです。なるべく食事時間にプランを組んだりします。

難しいのは服薬で、高齢者は、ほとんどの方がきちんと飲めていないのです。特に、透析患者さんは薬の種類が多いので、ほとんどきちんと飲めていません。

小野 全部、1回分ずつ分けていますか。

内田 一包化してもらって、ヘルパーさんがポケットを作っています。そのポケットに入れて、飲んだことを確認をします。

小野 田端さん、ケアプランを立てている患者さんの中で、食事がうまくいっていないとか、問題になっているような方はいませんか。食事はあまり関係ないですか。

*MIA 症候群：「Malnutrition（栄養障害）」「Inflammation（慢性炎症状態）」及び「Atherosclerosis（動脈硬化）」がそれぞれ絡み合い、悪影響を起こしているといわれている。

田端 食事はとても関係があります。当院の管理栄養士からヘルパーさんにレシピをお渡ししたり、透析食について栄養指導なども行っていますので、ケアプランを作成された方のほうが食事は充実しているかもしれません。むしろ、介護サービスを使っていない、ご家族だけでがんばっておられる方のほうが食事面ではなかなか厳しいと思います。

小野 そういう点では、1か所に集まってもらってそこで決まった食事を食べてもらうと、元気になっていいかもしれません。

内田 当院でも、食事などの管理をきちんとやったほうがいい時期には老健に入所してもらって、落ち着いたら帰ってもらうという形で、うまく利用してもらっています。普段、家ではきちんと食べられなくても、ショートステイの間にきちんと食べて、それなりに良くなって戻られることもあります。

入院するほどではなく、食事とお薬をきちんと取ってもらう管理だけであれば、老健で1か月ぐらいの入所やショートステイで対応しています。ただ、一旦入所されますと長期化してしまう傾向があり、透析患者さんがまたご自宅に戻られるのは、実際には難しい面があります。

小野 HDの通院患者さんに食事は出されていますか。

内田 病院では出しています。

小野 その食事の摂取の具合はチェックされていますか。

内田 私たちが関わっている在宅の方は、ほ

とんどの方が全量摂取です。たぶんご家族も、病院で出る食事をかなり当てにされていらっしゃるの、「今日は病院で食べるからいいね」とか、「病院でしっかり食べてきてね」といったところですよ（笑）。

患者さんご自身も、「病院の食事はきちんと食べないといかん」と思われているようで、朝食をほとんど食べないで来られたりすることがあります。

ただ、透析患者さんは糖尿病の方が多く、インスリンを使われている方が朝を抜いてこられたりすると、低血糖状態で透析が始まってしまいます。高齢の方だと、まともにインスリンが打てない問題も出てきて、訪問看護ではそういう状況に対しての対応も求められます。

和田 配食のサービスはありますか？

田端 ありますけれども、まだサービス量は全然足りないですね。1週間のうちの2日間だったり、3食のうちの1食だったり。

内田 北九州市の場合は、1週間のうち最高4日間まで配食でいけるのですが、配食サービスは高齢者向けなので煮物類がとても多く、皆さんカリウムが急激に上がってきて、まずドクターストップがかかります。主治医から、「この人、配食使ってるやろ？ヘルパーさんの調理した食事に切り替えて」と、ケアマネジャーが言われます。

小野 道仙さん、新しい施設のことをお話しいただけますか。

家族を支える在宅型施設の役割

道仙 私の所では今年4月から、在宅型の有料老人ホームを建設する予定です。透析などの医療を要する療養者の方にとって、施設入所やショートステイなどの受け入れ先が非常に少ない状況にあります。家族の方の休養のためには社会的入院をしていただくしかありませんでしたが、今まで対応できなかった療養者が利用できる施設の設置に向けて取り組むことになりました。小規模ですが、今年の10月からスタートする予定です。

透析の方、在宅酸素の方、血糖の高い方、人工膀胱・人工肛門などの、訪問看護がある程度関わっている方のために、入所やショートステイなどを計画しています。

小野 そこに入った方は訪問看護の対象になるのですか。

道仙 なります。早く言えば、老人マンションみたいなもので、一つの部屋が家の扱いと同じになるので、訪問看護はもちろん、地域の介護サービスを利用しながら居室の生活を継続することができます。

小野 そこには、看護スタッフや介護の方は常駐はしないのですか。

道仙 常駐はしません。相談員さんと介護員さんが2名ぐらいの予定ですが、夜間をどうしていくか、これから詰めていかなくتهはいけないのです。他のステーションとの連携や、他の機能サービスの利用も考慮し、勤

務態勢を検討していく予定です。

小野 私の施設の宿泊所は、一応自立できる人しか入れません。車椅子の人もいますが、身の回りのことは自分でできる方が対象になります。25～26名に対し昼、夜間とも看護助手1名が常駐しています。

道仙 必要ですね。転倒が起こった時など。

小野 何かあったら、緊急で病院に直通で電話がつながるようになっているのですが、やはりそれだけでは頼りないので、24時間、誰かがいるようにしています。

デイサービス、デイケアを活用しよう

道仙 PD患者さんは、デイサービスなどの通所サービスからも難色を示されますね。何かあったら責任をとれないとか、バッグ交換はどうするのかとか。バッグ交換はお願いしていないのですが、とにかく、「うちでは、とても受け入れられません」と言われることが多い。ですから、遠くまでデイサービスに行っているケースもあります。

内田 私の所は基本的に、出口部はフィルム法なので、出口部の管理をデイサービスでもらうことはないし、入浴も一般の方と一緒にいいので、デイサービスの受け入れは結構いい状況です。夜間のAPDなので、せいぜいエクストラニールを日中溜めている方がいらっしゃるぐらいで、ほとんど何もしていいことから、デイサービスの受け入れはすんなりいきます。

それと、北九州にはデイサービス、デイケアという通所系サービスがたくさんあるので、競争原理が働いて、かなりがんばって「受けます」と言われる。それに、何かあっても、日中ですから病院で対応ができます。基本的に、HDの患者さんに比べて、PDの患者さんは何もありません。

和田 フィルム法は、うまくいっていますか。

内田 今のところ、特別、トラブルのある患者さんはおられません。

和田 どのくらいの期間で付け替えるのですか。

内田 だいたい1週間で付け替えます。当院は重度の方が多いので、往診で先生が付け替えをする方と、外来に来てもらって付け替える方がいます。ただ、認知症で剥いでしまう方がいまして、その時は訪問看護師がしょっちゅう行って、しょっちゅう貼っています。

ご家族も、高齢者の方ですと、貼られているほうが安心感はあるみたいです。このままお風呂に入れてもいいのだという、見た目の安心感があるのだと思います。

和田 出口部の管理から解放されるわけですね。

内田 「かゆかったり、何かあったら、すぐに連絡してくれたらいいよ」と言っています。患者さんの数も少ないので、それほど呼ばれることもなく、今のところは、それなりにうまくいっています。ちょっと赤くなっているぐらいであれば、しばらくはフィルムを貼らずにガーゼだけで保護しています。

和田 私も、患者さんにデイサービスを利用してもらいたいと思うのですが、ケアマネジャーさんが渋い顔をされる。まずは、ケアマネジャーさんに動いてもらわなくてはなりません。

内田 難しいですよ。わかります。

和田 「無理だと思います」って、相談もしないで（笑）。在宅療法だから安全性はかなり高いことを、何度も説明します。そして、1人の受け入れにあたって1回だけでなく、2回、3回と個別指導に入って、患者さんが実際デイサービスに来られる日にも同行しています。そこで、一緒にお風呂に入れたりして、安全だということをスタッフにわかってもらい、今ようやく、7施設で受け入れてもらっています。最近はオープン入浴も受けていただけるようになりました。安全性の理解が得られると、施設側の看護師さんも楽しみながら行ってくださいます。

内田 入浴を外でやってもらうと、入浴介助から解放されるだけでも、ご家族の介護負担はかなり減り、精神的にちょっと落ち着くのです。バッグ交換よりも、入浴のほうが大変ですものね。あと、出口部のケアも外でやってもらうと、全然違うだろうと思います。

道仙 私の所では、社会的入院になっています。介護者がそろそろ疲れてきたなと思ったら、ショート入院で預かっていただいて、それを繰り返しています。

和田 私の所は、期間を決めて、ショートステイを受け入れてもらっている施設は一つし

かありません。PDで自立されている患者さんは1割くらいしかなくて、ほとんどの方がAPDで、家族の方が介助して、最初は、「私、がんばります」と言われるのですが、すごい負担なのです。

山形は同居率が非常に高いのでお嫁さんがキーパーソンになっている場合が多くて、がんばってくださるのですが、やはり1年ぐらいすると、「私の人生っておばあちゃんのため？」(笑)となりますので、そうなる前に。

内田 そうなのです。そうなる前に、なのです。

和田 リフレッシュ入院、もしくはレスキュー入院と呼んでいます(笑)。

道仙 ご家族の方が、「自分たちが60代、70代の元気なうちに旅行に行きたい」と言われるんですね。そういった場合、介護施設でのショートステイが可能になったら、介護者の休養にもなりますし、患者さんも社会との交流が持てますよね。

内田 私の所は新規導入の方については、退院される時に、大まかにショートステイをあえて組むのです。「うちはまだいいです」「冠婚葬祭の時だけでいいです」とご家族が言われても、「急遽入らなければならなくなった時、ご本人は知らない所にボンと入ることになるので、慣れがあったほうがご本人にもずっといい」と説明して、最初からプランの中に入れて毎月ルーティンに組むのです。半強制的に近いのですが、そうなってくると、ご家族もわりと長く見ていける。

和田 最初からというのがいいですね。途中から話をもっていくと、お嫁さんが、「そんなことをしたら、おじいちゃんに申し訳ない」「私が怠けているみたいに思われる」などと思われる方もいらっしゃいます。

介護保険の限度額を越えた時

小野 田端さんがケアプランを立てて、フォローしている患者さんで、問題の症例はないですか。

田端 あります。お話をうかがっていると、訪問看護は介護保険の中で行ってらっしゃるようですが、単位が足りなくなることはないですか。

道仙 ボランティアです。

田端 やはり、そうですか。

道仙 計画を立てる時に、緊急で呼ばれるだろうという仮定で単位数をちょっと確保しておいて、ヘルパーさんの回数、訪問看護の回数は、それから考えてもらう。そうしないと、ボランティアとなることが多い。

田端 そうですよ。夜中の呼び出しなどは加算がつくので、あっという間に支給限度額を超えてしまいますよね。私が担当している方々も、限度額が足りなかったり、先ほどからお話に出っていますが、メンタル的なケアや、介護報酬や医療報酬ではまかないきれない部分があって、そういった対応が大変です。老老介護の在宅の方もおいでになって、介護をされていた方が亡くなられたりしますと、あ

っという間に日常生活が破綻してしまうのです。

埼玉県は高齢化率が非常に低いせいか、PDの普及もいま一つですし、HDの患者さんのショートステイや老健の入所を受けてくださる施設が極端に少ないのです。ですから、介護者が突然不在になった時の対応はどこにもお願いできなくて、困ることがあります。

小野 今の介護保険のシステムは非常に複雑怪奇で、事務仕事が多くて大変なようですが、それについての不満はありませんか。

内田 常にあります。それと合わせて、ケアマネジャーの報酬が低い。今回、若干上がりましたが、それでも少ない。

田端 その代わり、担当する件数が減りましたね。増員を要求するには、あまりにも採算的に合わないのです。

内田 1人当たり35件までに減ったのです。今は、月に患者さん1人当たり1万円ですから、どれだけがんばってどれだけ訪問しても、ケアマネジャーには最大35万円しか入らない。そういう状況では、ケアマネジャーはなかなか増やせません。

田端 事務処理はほとんど夜中の作業ですよね。

内田 先ほど言われたように、透析患者さんのケアプランでは、PDの方もHDの方も、ケアプランの中にまず透析のプランをボンと入れ込んでから、それ以外を余った限度額の中に入れていく作業をします。普通は生活を見るので、ヘルパーやデイサービスなどを先

に入れていくのですが、HDの方であれば、透析に行く手段がまず入ります。介護タクシーや、ヘルパーさんの送迎が、週3回、ドンドンと先に入って、それから余った限度額の中で、食事などについて、「本当は1時間半ほしいけれど、何とか1時間にして」と、限度額の中での戦いです。

小野 透析と通院はつきものなのだから、別枠にしないとイケません。

内田 別枠にしてほしいですね。それと、透析患者さんは内部障害なので、なかなか介護度が上がらないのです。

小野 外見は障害がないように見えますからね。

内田 ですから、私たちはHDの患者さんの訪問調査は透析後を指定します（笑）。申請を出す時に指定ができるので、何曜日の何時に来てくださいと。

小野 透析後の、状態が一番悪い時ですね。

内田 役所に行くと、嫌な顔をされますが、一番悪い状態を見てもらわないと、そこが一番必要なサービスであるわけですから。APDは普段は夜間ですが、訪問調査の時は日中にしていただく。機械につながって、寝ている状況を調査してもらいます。訪問調査の方はPDをほとんどご存じないので、やっているところを見てもらうことで、介護度がちょっと上がります（笑）。

小野 最近、在宅のターミナルケアという話が出ていますが、現実にはそういうことはないですか。

誰もが揺らぐ在宅ターミナルケア

道仙 認知症のPDやHDの方は、地域の医師ではなく、母体病院の医師が担当しているので、状態が悪化すれば入院ということになります。在宅で最期を迎えたというケースは、今のところ1例もありません。

ガン末期の方はおられます。訪問看護を設置していない病院もあるので、その患者さん方が帰ってこられると、どうしても訪問看護を依頼されます。末期の方は介護力が一番大事になってきますので、そうやって支えてあげないと、介護者のほうが倒れてしまったり、音を上げてしまってすぐにUターンとなります。

退院の時点では、ご家族もご本人も「自宅で」という希望を持っておられるのですが、多くは最後まではもちません。1人で看取することはなかなかできません。子どもたちの協力が得られるかという、遠距離となると簡単には帰って来られません。

覚悟して家に帰られても、「かわいそうだ」とか、「つらくないようにしてください」とか、しきりに言われる。ところが、地域でターミナルを看取ってくれる先生や、痛みのコントロールをしてくださる先生は少ないのが

現状です。

小野 腎不全の患者さんで、ターミナルになった方はいませんか。

道仙 おられました。その時は、病院から地域の先生に連絡を取り、その先生が最期まで診てくださることになっていましたが、地域の先生も、ご自分の医院での外来診療をされながらですから、昼夜を問わず往診をお願いするとなると、やはり無理なのかなと感じています。「家族も本人も家で亡くなりたいと言われているので、お願いします」と再三頼んでも、先生も、家族も、本人も、皆揺らぎます。

話し合っただけで帰っているのに、やはり、最期までというのはなかなか難しいものがありますが、近い将来には、在宅ターミナルを支えていくためのシステムができるのではないかと思います。

内田 HDの患者さんでは、自宅でギリギリまで見て、結局、透析室に入った時に亡くなることが多い。寝たきり状態で、ストレッチャーで移送される状態ですが、透析に入ろうとして容態が悪化して、病院で亡くなる。

この前、中心静脈栄養*で完全に寝たきりのPD患者さんの導入があったのですが、その方はかなりギリギリまでご家族が自宅でがんばられて、最後の最後にやはり入院という

*中心静脈栄養：手術の前後や体力の消耗が著しい患者さん、または口からの栄養摂取ができない低栄養状態にある患者さんを対象とし、鎖骨下、頸、肘の静脈などから心臓またはその近くまでカテーテルを挿入し、高カロリーの液を持続的に点滴投与する方法。

形になりました。実際は厳しいです。

和田 そういうケースが多いですね。

小野 それが普通のケースでしょうね。透析を中止したケースはありますか。

田端 ございました。合併症としてガンがありました。患者さんご自身が自己決定できる方で、通院も入院も嫌で透析の中断を申し出られ、在宅で療養されました。ですから、透析こそしませんでした。その間はクリニックの看護師、スタッフが定期的に訪問して、全身状態の管理とまではいきませんが、病状の観察だけはさせていただきました。

小野 どのくらいの期間続けられたのですか。

田端 2週間でした。

小野 つらいですね、その間。

田端 ご家族も揺らぎますし、医師も途中で何度も確認を繰り返しておられました。本当に、みんなが右往左往するような感じでしたが、その方の場合は、患者さんご本人の自己決定を尊重することになり、ご家族の方も、「良かった」と言っておられました。中には、患者さんご自身では自己決定ができない状態になり、ご家族も中止の選択ができなくて、私たちの所は入院施設を持たないものですか、最後の最後になって、他施設に看取りだけお願いするようなこともありました。

小野 意識レベルが落ちた時に、透析を続けるかどうか迷うことはよくあると思いますが、なかなか止められませんね。

内田 私どもの院長が、高齢者にPDを勧め

るのは、「最期はPDで、自宅で」という考えがあるのですが、そこがなかなか難しいですね。自宅でのお看取りは難しい。

和田 この間経験したことですが、もともと寝たきりで、導入する時点で自発の言葉もないような状態だった患者さんが、だんだん枯れるように衰えていったある日、突然ゼリー食を詰まらせて心肺停止になってしまったのです。隣の市だったので、私たちの病院ではなく、一番近い所に運ばれました。そこで蘇生を受けて、人工呼吸器をつけられたのですが、ご家族は、本人の力がある限りは透析は続けたいとおっしゃったので、院長や私たちが行きて、その病院でPDのバッグ交換を指導し、向こうも快く引き受けてくださりまして、ほぼ1週間、最期を看取りました。

ご家族の方には、「やりきった」という感があったようで、ご挨拶にみえた時に、「最後まで本人の力を出させることができた」と、泣きながら、すごく満足されたような表情で、私たちも良かったなと思いました。

小野 HDでもPDでも、止めるというのは完全に見放すことだから、なかなか踏み切れないですね。

和田 それを家族の方に判断させるというのも、酷のような気がします。

小野 ガンなどの場合には、積極的な治療をしないという選択がありますが、透析患者さんの場合は透析するか、しないかですから。

内田 しなければ、確実に亡くなる。ちょっと短い長いかの個人的な差はありますが。

小野 だいたい2週間くらいが限度でしょうね。他に何か、お年寄りの介護・看護でご意見はありませんか。

高齢者の透析は病診連携で

和田 私たちは、ちょっとしたパンフレットを作って、近くの開業医の先生方を回って、PDの良さをアピールしています。

代表的な事例として、末期腎不全状態で私たちの病院を受診され、その日のうちにシャントを作って3日間連続で血液透析をし、7日目にスマップ（SMAP：カテーテルの埋没とカテーテルの取り出しを2期に分けて段階的に行うPD導入方法）を導入された方がおられます。皆さん、それぞれの人生の計画やイベントがあります。山形では農業が盛んなので、その都合もあるわけです。さくらんぼの収穫が終わってから、PDに切り替え、今も元気に続けておられます。スマップを用いた計画的な導入の例です。

もう1例、私が担当している93歳の患者さんですが、88歳でPDを導入されました。最初はご家族がAPDをされていたのですが、介助が大変になり、ご本人になんとかCAPDを覚えていただきました。お年寄りだからとか、年齢が高いからという理由で自立できないわけではない、ということをおの患者さんから学びました。この方は、今は自分の体重やむくみ、除水量についても、エクストラニールを使ったり、透析液濃度を変更したりで

きるようになりました。

小野 すごいね。

和田 私たち、看板娘と呼んでいます（笑）。導入してから5年経ちます。

お年寄りにもこういう可能性がありますので、そういう方を私たちに紹介していただきたいのです。遠い地域の方の場合には、PDを導入して、安定した時点で開業医の先生に患者さんをお戻ししています。また、合併症が出た時、緊急を要する時には当院で100%お引き受けしています。

小野 遠い方は、どれくらいかかりますか。

和田 夏場で、車で1時間です。冬場はもう少しかかります。

町立病院ともいろいろな連携をとっています。実際、この間、患者さんが腹膜炎を起し、町立病院へ入院になり、治療方針なども医師同士で連携をとって決められました。これが本当にシステム化されれば、PDの普及にもつながるのではないかと思います。

小野 最近、スタートされたのですか。

和田 はい。昨年10月からです。

内田 私どもは小さいクリニックなので、逆に基幹病院に連携を働きかけている状況です。急変など当院で対応できない時の受け入れもそうですし、自分の所ではPDのカテーテル挿入は一切できないので、これもお願いしています。でも、この方にはPDのほうが合っていると思っても、北九州市はPDがあまり進んでいないので、基幹病院のほうでなかなか導入してもらえません。シャントがあ

ちこち詰まるので、PD でやりましょうと説得して、ご家族もついて行かれ、そう書いておいても、向こうの病院で話をされてHD で戻って来られる。

小野 患者さんからPD を希望されることは、結構ありますか。

内田 ほとんどありません。まず、PD をご存じない方が多いのと、シャント自体も当院では作らないので、大きい病院でシャントを作って、維持透析となって当院に来られます。導入の時点で、「PD という選択肢もありますよ」という説明は、ほとんどないようです。

和田 ないですね。まずHD の話だけですね。

内田 説明がないので、皆さん、HD しかできないと思って来られています。PD のほうがいいのではないかと思われる高齢者の方に、院長がそのことを説明すると、「本人にとってPD のほうが体にいいのだったら、そちらを選択します」というご家族も結構いらっしゃると思います。その時は、また病院へ送り直して、カテーテルの手術をしてもらわないといけないのですが、話し合いを重ねて、少しずつスムーズに患者さんを送れるように、ようやく進んでいる状況です。

小野 他の施設に導入を頼んでいると、やはりなかなか思うようにはいかないですね。

和田 安定している状態であれば、開業医の先生でも十分に管理していただけると思います。ただ、導入できる施設に限られるし、患者さんの教育もありますので、その辺は私たちが力になれることがあれば、と思います。

最近はやうやく、大きな病院でも、「PD も選択肢としてあるので、PD をしたかったら矢吹病院に行ってください」と言われるようで、「そう聞いて来ました」とおっしゃってくださる患者さんが徐々に増えています。

小野 今後の展望といってもなかなか難しい話ですが、医療制度や介護保険なども含めて、非常に無責任に発言してください（笑）。

介護保険と医療保険のはざままで

田端 先ほど終末期のお話も少し出ましたけれども、その人がその人らしく生涯を終えていけるような形といえますか、腎不全の治療方法も自由に選択でき、選択したことに対して支えてもらえる、そういったシステムができてくるといいなと考えます。本当に一人ひとり、置かれている環境も違いますので、ご自身が、どこでどのようにして生活したいか、最期を迎えたいか、そうした意思表示をしてもらって、それを支えていけるよう努力をしていきたいと思います。

小野 介護保険制度自体にも問題があると思います。全国の町村会会長のご意見は、年齢に関係なく、生まれた時から介護保険の対象に下さい、と。その代わり、25歳になったら全員に介護保険料を支払ってもらおう。その時、どの程度の負担が必要かをもっと真剣に考えて、制度ももっと単純化しないと、今の介護保険制度はいずれ崩壊してしまうだろうと言っています。

確かにそのとおりだと思います。国は、医療費についても将来の見通しをものすごく高いところに設定して、脅しをかけてくる。今、32兆円ぐらいですが、20年後には60兆円になるといふ。しかし、そんなことはあり得ない。今までの予測は全部外れています。

内田 先生の今のご意見に私も同感です。今後、療養型もなくなっていくますし、新しい改正も含め、医療を介護保険の中にごちゃ混ぜにしているのではないか、このことをすごく感じるのです。

私は福祉職なので、医療と福祉は役割分担をきっちりするべきだと常に感じています。いろいろな先生方とお話していると、「ヘルパーさんでバッグ交換できるように、介護保険を変えてくれたらいいのに」とおっしゃいますが、私からすると、それよりも「あくまでも医療は医療」と、きっちり決めていっていただくことが重要ではないかと思うのです。医療的なことまで介護の中に入れるのではなく、医療はすべて主治医の指示ですので、知識のないヘルパーさんたちには任せられないという現状を、先生方から明確に示してもらいたいと強く思います。

訪問看護でPDを看ている場合には、介護保険ではなく医療保険だと思います。先ほどボランティアが多いと言われましたが、医療保険は出来高なので、主治医がこれは必要だと指示したものに關しては、きっちり報酬があるべきです。

介護保険は、あくまでも生活を支える部分

です。役割分担し、医療と福祉が連携してやっていくのが現行の制度ですよ。先ほどの服薬管理も本当はヘルパーさんには認められないのに、それでもしなくてはいけない状況に患者さんたちが置かれている、ということを知っていただきたいと思います。

さらに特養（特別養護老人ホーム）のように、ほとんど看護師さんのいない所で看取りなさいという、妙な流れがあります。介護の中に医療を全部入れてしまっ、安上がりにしてしまおうというのでしょうか、介護保険が、ドクターもない施設で医療をなささいという流れになっていることに対してすごく危機感を覚えます。

小野 国民の面倒をみようとして作られた制度ではなくて、医療費を少しでも減らそうという制度だから矛盾が出てくる。

内田 その矛盾を、先生方はじめ、力のある方から訴えていっていただきたいと思います。特に、介護保険で管理するのはおかしい。すごく矛盾を感じます。

和田 私は内田さんと反対のことを考えていました。諸外国を見ても、ヘルパーさんによるバッグ交換の介助を認めている国もあるようですし、在宅療法での安全性が確立しているもの、家族や本人の同意が得られていて、病院がその責任の所在を問わないなど、いろいろな条件をクリアできれば、ヘルパーさんの力をもっと活用できるように、幅を広げていくべきではないかと思うのです。

これからは、医療依存度の高い患者さんが

どんどん増えていくと思いますが、現状だと、介護の世界だけがついていけないような気がするのです。

小野 そうなると、介護の人の教育や資格が、もっと大事になってきますね。

和田 そういう教育や指導の面で私たちがお手伝いすることがあるのではないかと思うと同時に、お金の面でも、例えば「バッグ交換加算」というようなものが具体的にあれば、もっと介護の世界が動いていくのではないかと思います。

内田 今、筋萎縮性側索硬化症（ALS）の患者さんの吸引は、研修を受けたヘルパーさんに認めるといふ動きがありますが、逆に、ヘルパーさんたちは素人の立場です。看護師さんにはベースとなる教育があるわけです。

和田 在宅療法という立場で考えると、資格のないご家族がしているのです。それを私たちが支えている。

内田 ご家族は自己責任ですが、ヘルパーさんたちがする場合は自己責任ではないのです。あくまでも契約の中で、それでも制度の中でしていかないといけない。

私は管理する立場ですが、何かあったら賠償責任、ということが必ず契約書の中にあります。医療は契約ではなくて、責任の所在が問題となりますが、介護保険はすべて契約の中で動きます。ヘルパーさんが入っている時の事故は、すべてヘルパーさんの責任になってくるのです。介護保険では賠償責任は必ずつきまといまう。

その時、当然のことですが、ヘルパーさんは腎臓が何をする器官なのかすら知らないし、腎不全がどういう病気かも知らない状況です。

和田 私は、そういう問題はクリアしたという前提でお話ししているのです。やはり、同じような素人のご家族も単に自己責任と片付けてしまう、日本の在宅のあり方に問題があるのではないのでしょうか。

小野 現状では無理でしょうが、今後はもっと資格、教育をきちんと決めて、この人だったらここまでやっていいというのを決めていかないといけないかもしれない。

“隙間のケア” に目を向けて

道仙 今後も、高齢の2人暮らしや独居の方の利用はますます増えていくと思うのです。「高齢者にやさしく、QOLの維持ができるPDですよ」とうたった場合、QOLを維持していこうと思ったら、ある程度自立した生活に向けたリハビリテーションも必要になってきます。だから、散歩のひとつでもと思ってヘルパーさんをお願いしたくても、ヘルパーさんの作業は家の中のことであって、外の散歩は一切、介護保険上は担当できないことになっているんですね。

介護保険でのサービス利用には、介護度に応じて、限度額があったり、時間にしぼりがあります。その枠の中で受けるサービスには限界があります。

住み慣れた自宅でPDなどの医療をかかえて療養を継続しようとするならば、制度と制度の間の部分を支援することが、生活を支えるうえでは結構大切なことなんです。そういう隙間のケア的な面を、今度は誰がしていくかとなると、地方自治体がしっかり地域福祉に取り組んでいかないと、高齢者やPD、障害をかかえる方も含めて、そうした方たちを支えきれないような気がしています。ですから、それぞれの地方自治体が地域福祉をしっかり築いてほしい。やはり、私たち訪問看護

師は医療的な面で支えていってあげたいな、と思います。

独居の方を支えたり、高齢者を支えるのには、介護保険では限界があります。コミュニティケアが大事だと思います。

小野 今日、出席して下さった皆さんのお話が、患者さんが在宅ケアを考える際の手助けになればと思います。活発なご意見をいただき感謝しています。本日は、長い時間ありがとうございました。

プロチョイス

おいしさにこだわりながら、調理技術により、たんぱく質・リン・カリウム・食塩相当量に配慮したシリーズです。

選べるおいしさ、組み合わせる楽しさ。バラエティ豊かな品揃えで、日々の食生活をサポートします。

新発売



たんぱく質：4.3g たんぱく質：4.6g たんぱく質：5.4g たんぱく質：4.3g たんぱく質：5.7g たんぱく質：2.8g たんぱく質：2.9g

装いも新たに新登場!



たんぱく質 5.0g たんぱく質 5.7g たんぱく質 5.9g たんぱく質 2.4g たんぱく質 5.3g たんぱく質 4.8g たんぱく質 5.5g たんぱく質 5.3g たんぱく質 5.6g たんぱく質 5.2g

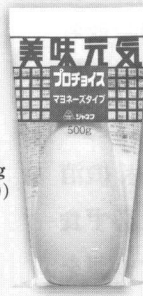
●たんぱく調整米・ごはん



たんぱく質：0.24g
(1食・炊飯時)
120g当たり)



たんぱく質：0.36g
(1個・180g当たり)



500g



14g

●プロチョイス マヨネーズタイプ

■調味料として手軽に
エネルギーを補給できます。

【栄養成分1食14g当たり】

エネルギー：100kcal
たんぱく質：0.04g
カリウム：0.4mg
リン：1.0mg
食塩相当量：0.2g

エネルギー調整食品 ハイカロシリーズ

●ハイカロプチゼリー



■果汁のおいしさを残しながら、リン・カリウムの値に配慮
■お腹にやさしい中鎖脂肪を配合

●ハイカロ160ゼリー



■1個 160kcal
■リン・カリウムの値に配慮
■マルトオリゴ糖を使用

●ハイカロ160ドリンク



■1本 160kcal
■水溶性の食物繊維である難消化性デキストリン 5g、カルシウム60mg 補給できます
■リン・カリウムが含まれません
■マルトオリゴ糖を使用

透析患者さんと薬剤

平田 純生 (熊本大学薬学部 臨床薬理学分野・薬剤師)

「いつ飲むか？」は大切です ～空腹時に飲むと効かない薬もあります～

薬は通常、最もよく効き、副作用が最も少なく、かつ飲み忘れが最も少なくなる時間帯に飲むように設定されます。一般的に、薬が最も高い効果を表すのは空腹時ですが、食後に飲んでも効果に大差がない場合には、飲み忘れが少なくなるよう、食後に飲んだほうが良い場合もあります。

胃障害を起こしやすい薬、例えば多くの消炎鎮痛解熱剤（いわゆる痛み止め）は必ず食後に服用します。胃障害を起こしやすい薬を空腹時に飲む必要がある場合には、軽い間食と少し多目の水、できれば牛乳で飲むと胃障害を軽減できます。この際、牛乳中のリンが

高いことは忘れてもらいましょう。痛み止めは胃粘膜への刺激が強いため、坐薬（お尻から入れるロケットのような形をした薬）に変更してもらっても良いでしょう。

飲む時間を指定された薬を飲み忘れた時には、通常は気が付いた時に服用してください。ただし、次回の服用時間が近い場合には、2倍量を服用するのと同じことになり副作用が現れやすくなりますので、その場合には1回分を中止してください。

透析患者さんに特有の薬としてリン吸着薬がありますが、これは食事をしない時に飲んでも効果がないだけでなく、カルタン®（炭酸カルシウム）の場合には、空腹時に飲むとカルシウムだけが吸収されて異所性石灰化*を助長する恐れがあります。だから、食直前、

*異所性石灰化とは？：血中のリン・Ca濃度が高過ぎるためにリン酸Caからなる石灰のような不溶性塩ができて、骨以外の臓器にくっつくことを異所性石灰化といいます。異所性石灰化によって動脈が石灰化すると血管が骨のように変化し、血管の弾力性が失われて動脈硬化が進行して高血圧になり、さらにリン酸Caが心臓の弁に沈着すると心不全、不整脈の原因となります。また、足など血行の悪いところでは、末梢循環が悪化して足先に壊死を起こし、足を切断しなければならないこともあります。シャント手術も困難になります。血清Ca値が10mg/dl以上、血清リン値が6mg/dl以上になると異所性石灰化が起こりやすいため、この値を下げるためにリン吸着薬をきっちり飲む必要があります。

表 1 リン吸着薬の正しい飲み方

1. リンが高いと、骨がもろくなるだけでなく心臓や血管に悪影響を及ぼし、高血圧、心不全、不整脈、心筋梗塞や脳梗塞の危険性が高まります。そのため、血清リン値を 6 mg/dl 以下（できれば 5.5 mg/dl 以下）に保つよう、リン吸着薬をきっちり飲みましょう。
2. リン吸着薬は食事をしない時には飲んではいけません。薬によっては異所性石灰化が起こり、心臓や血管に悪影響を及ぼすことがあります。必ず食直前、食事中、食直後のいずれかに飲みましょう。
3. リン吸着薬はいつも携帯して、外食時や、リンの多く含まれるもの（高級アイスクリーム、カステラ、豆類など）を間食する時にもきちんと飲みましょう。

食事中または食直後のいずれかに飲まなければなりません。また、リン吸着薬はいつも携帯して、外食時やリンの多く含まれるものを間食する時にもきちんと服用することが大切です。

レナジェル®、フォスブロック®は添付文書上では食直前に服用するようになっていますが、忘れた時には食事中または食直後でも構いません。ただ、空腹時に飲んだのでは効果は全くありません。

表 1 のように、飲み方を透析患者さんに十分な時間をかけて説明すると、血清リン値が 7 mg/dl 以上の 24 人中 21 人の血清リン値が下がり、平均 7.4 mg/dl が平均 6.5 mg/dl に低下しました。

活性型ビタミン D₃ 剤は、脂溶性が高すぎるために、乳化剤として働く胆汁酸の分泌される食後に服用しないと効果が現れません。

このような薬としては、ビタミン A, D, E, K やエパデール®（イコサペント酸エチル）など、脂溶性が高すぎて水に溶けない薬が該当します。例えば脂溶性ビタミンであるビタミン E は、空腹時に服用すると、食後服用時の 1/20 程度しか吸収されないことが明らかにされています。

また、ビオフェルミン®などの乳酸菌製剤は、胃の中が強い酸性状態になっている空腹時に飲むと、胃内で生きていた乳酸菌が塩酸によって死滅してしまい、生きたままでは腸内まで到達できません。そのため、食後に飲む必要性があります。

重複すると怖い“薬の効き過ぎ”

透析患者さんの胃は弱く、胃炎や胃潰瘍になりやすいため、その原因となる胃酸が出過

表2 いつ飲むかによって効きめが悪くなる薬

薬の名前	いつ飲むべきか	理由
リンを下げる薬	食直前・食直後・食事中	食物中のリンを吸着するため。カルタン®は空腹時に飲むとカルシウムが上がる。
消炎鎮痛下熱薬	食後	空腹時に飲むと胃を荒らしやすいため。
ビタミン A, D, E, K		水に溶けないため、吸収されないが、食後に飲むと胆汁酸がでて溶け、吸収される。ただしビタミン A は透析患者さんでは過剰になっているため飲んではいけない。
EPA, DHA(魚油)		空腹時に服用すると生きた菌が胃内の塩酸で死滅してしまうため。食後は食物により中和されている。
乳酸菌の薬・サプリメント		空腹時に服用すると生きた菌が胃内の塩酸で死滅してしまうため。食後は食物により中和されている。
ビスフォスフォネート剤(骨の薬)	起床時(空腹時)	食物中のカルシウムなどにより吸収が悪くなるため。

ぎるのを抑えるガスター®やザンタック®, タガメット®などを半数近くの方が飲んでおられます。しかし最近では、これらが一般薬として市中の薬局で入手できるようになり、しかもガスター®以外は商品名が異なります。そのため、知らないうちに両方を飲んでしまうと、精神錯乱が起こったり(薬を止めたり透析をすると症状は良くなります)、白血球の数が減少して細菌感染に抵抗できなくなるなどの危ない副作用が起こることがあります。

このほかにも、下剤やCa剤、痛み止めなど、透析患者さんがよく飲んでいる薬が一般薬として市販されています。医療用の医薬品が処方されている場合には、それらの市販薬を買って飲むと重複投与となり、副作用が起

こりやすくなります。

相互作用にも気を付けて

1) ある種の抗菌薬を効かなくする制酸剤とカルタン®

胃の調子が悪い時に、胃酸を中和する制酸剤の入った胃薬を買って飲んでいる方はいらっしゃいませんか？ 実は、市販薬の胃薬のほとんどに制酸剤が入っており、その中にはアルミニウム(透析患者さんは飲んではいけないことになっています)、カルシウム、マグネシウムなどが含まれています。これらの含有物は、飲み薬では最もよく効く抗菌薬であるニューキノロンの効果を低下させるこ

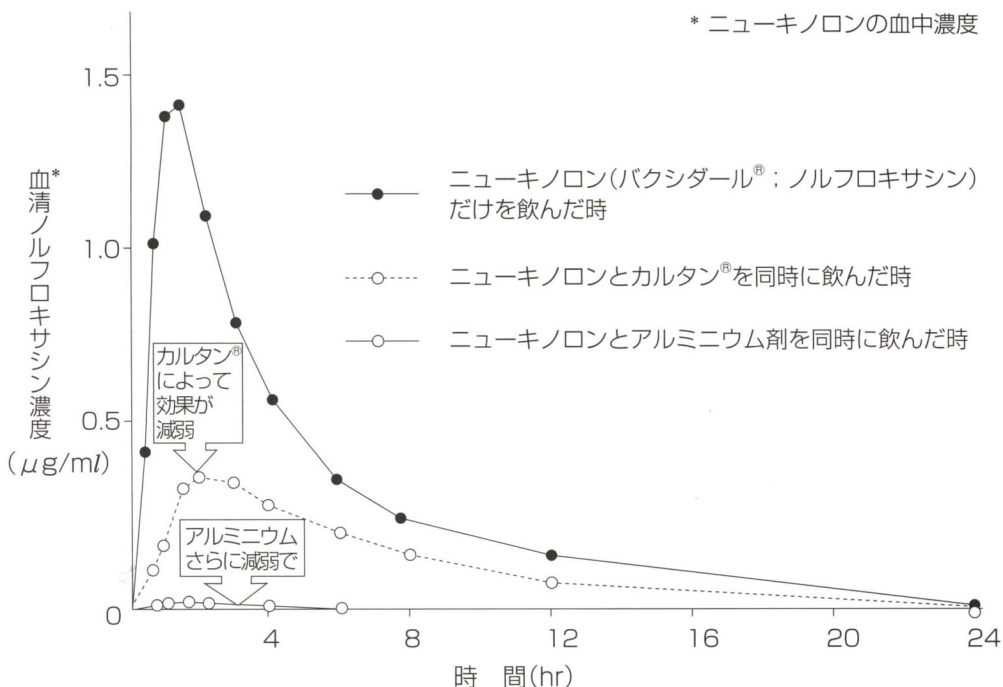


図1 アルミニウム、カルシウム剤を同時に飲んだ時の抗菌薬（ニューキノロン）の血中濃度への影響（Antimicrob Agents Chemother 34 : 432-435, 1990 より引用）

とがわかっています（図1）。ミノマイシン®という抗菌薬も、これらのカルシウム、マグネシウム、アルミニウムと一緒に飲むと効き目が悪くなります。透析患者さんの多くは、カルタン®という、カルシウムからなるリン吸着薬を飲んでいますが、これらと一緒に飲むとニューキノロン系抗菌薬やミノマイシン®の効果を低下させます。ただし、カルタン®を食直後に飲み、抗菌薬を食間に飲めば大丈夫です。市販の制酸剤を飲む場合には、制酸剤を食間に、抗菌薬を食後に飲むなど、時間をずらして飲めば抗菌作用が減弱することはありません。

2) グレープフルーツジュースの相互作用は時間をずらしてもだめ

グレープフルーツは、睡眠薬や血圧を下げる薬、コレステロールを下げる薬など、多くの薬の作用を増強することが知られています。皆さんも、病院や薬局で薬をもらう時に一緒に入っている薬の説明書に書かれてあるのを見て、ご存じのことと思います。グレープフルーツに含まれる成分が、薬物を代謝するある種の酵素の働きそのものを抑えるために、薬が分解されず残ってしまい、やがては蓄積して作用が強くなるためです。多くの相互作用は、飲む時間をずらすことによって

避けることができますが、グレープフルーツは酵素の働きそのものを抑えるため、抑えられた働きは新たな酵素が生まれ変わるまで約2～3日間持続します。従って、朝グレープフルーツを飲めば、夕方に飲む血圧を下げる薬やコレステロールを下げる薬でさえも作用が増強してしまいます。そのため、血圧が下がり過ぎてふらふらになったり、血管が広がって頭痛が起こったり、コレステロールを下げる薬の血中濃度が上昇して筋肉が溶けてしまう恐ろしい副作用が現れることがあります。

これらについて詳しい情報を知りたい方は、薬剤師に相談されると良いでしょう。

3) 薬を効かなくさせるサプリメント

このように、グレープフルーツには他の薬を効き過ぎるようにしてしまう相互作用がありますが、セントジョンズワートというサプリメントには、逆に他の薬を効かなくさせてしまう相互作用があります。セントジョンズワートは西洋オトギリソウともいい、天然の

「抗うつ薬（うつ症状を改善する薬）」として、ドイツでは医療用医薬品として認められ、いまやコンビニでも売っています。グレープフルーツとは逆に、薬を分解する酵素を増やすため、薬の効き目が低下し、移植をした患者さんが飲んでいる免疫を抑える薬が効かなくなると拒絶反応を起こしたり、妊娠を防ぐピルを服用している女性が妊娠してしまい、墮胎手術を受けたという報告もあります。

4) 相互作用を避けるために

透析患者さんの合併症は多岐にわたりますので、いつも受診している医療機関でもらう薬だけでなく、他の科でもらった薬や、一般用医薬品として薬店で買った薬、あるいはサプリメントや健康食品についてもすべて医師に見せて、相互作用についてチェックしてもらうことをお勧めします。また、相互作用について一番よく知っている医療従事者は薬剤師です。これらの相互作用について心配な方は、医療機関、あるいはかかりつけの薬剤師に相談されると良いでしょう。

味覚異常を含めた口腔ケア

又賀 泉 (日本歯科大学新潟生命歯学部 口腔外科学第2講座・医師)

はじめに

透析に入ってから、味がわからない、あるいは食べ物がおいしくないと感じるようになったということはありませんか？ 甘いものが苦く感じられたりすることを異味症状と呼びます。また、通常の味の濃さなのに、味そのものがわからなかったり、識別ができなかったりする状態を味覚低下症と呼び、これらを総称して味覚異常と呼んでいます。

味覚異常を伴うと、食生活の質が低下するばかりでなく、ついつい味の濃いものを食べてしまいます。濃い味の食品には多くの場合、塩分が多めに入っており、塩分摂取量と水分摂取量とはほぼ比例しますから、当然、水分過多になってしまう危険性が生じてきます。このように、塩分摂取量は透析患者さんの栄養管理に大きな影響を与えていることが考えられています¹⁾。



図1 味覚異常・口腔乾燥
(50歳男性。糖尿病性腎症。
透析歴8年)

味覚異常の疫学的調査

新潟市にある信楽園病院において血液透析中の患者さん282名を対象に、書き取りアンケート調査とスクリーニング口腔診査による疫学的調査を行ったところ、合併症とその類

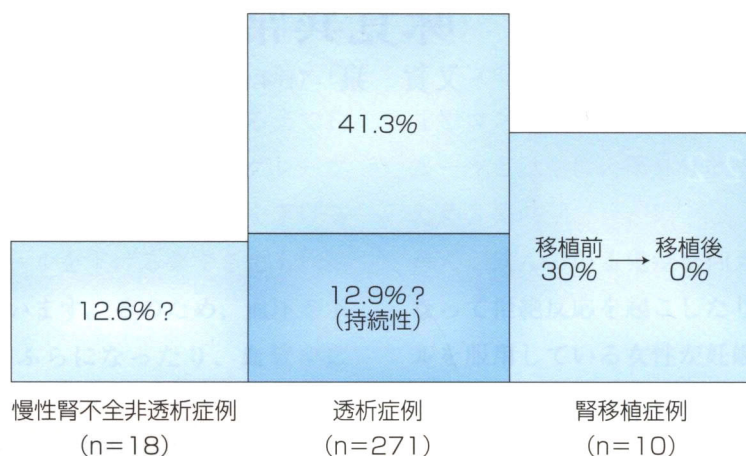


図2 慢性腎不全患者における味覚障害
(アンケートにもとづく味覚障害発症頻度)

度は、口腔粘膜の貧血 (71%)、血腫や出血斑 (13%)、歯の異常 (30%)、顎関節の異常 (8%)、口腔乾燥 (49%)、耳下腺や顎下腺などの腫脹 (8%)、味覚異常 (67%) でした^{2,3)}。1983年に行った調査ですから、透析方法も少し変わってやや古いデータになりましたが、おおむね今でも同じ傾向だと思われます (図1)。味覚異常の問題は、日本だけでなく、諸外国でも報告されています^{4~6)}。

半数以上の方が味覚異常があると答えられましたので、さらに維持透析中の患者さん271名を対象として、味覚に関する書き取りアンケート調査を追加してみました。その結果、味に異常を感じると答えた方が全体の半分近い41.3%で、透析前後で比較しますと、透析後にやや改善する傾向はありましたが、両者に有意差は認められませんでした⁷⁾。

さらに、この味覚異常がいつ発症している

のかを調べる目的で調査を追加しました。調査した患者さんの数は少ないのですが、慢性腎不全と診断されてはいるがまだ透析をしていない患者さん (非透析症例) と、腎移植を受けた患者さんの口腔診査を行って比較してみますと、非透析症例では12.6% (18症例中2症例) に味覚異常が認められ、腎移植を受けた患者さん (10症例) では移植前は30%に味覚異常がみられましたが、移植後は数日で全例で改善されていました^{8,9)} (図2)。

味覚と味覚異常の原因

味覚とは甘味、酸味、苦味、塩味の4つの味が基本となっていて、これを4基本味覚と呼びます。味覚は、味蕾細胞が味物質を受容して、その刺激が味神経から脳に伝達されて味として知覚され、識別されます。味覚は

表1 味覚障害の原因

1) 口腔内粘膜の障害とそれに伴う味蕾の消失	
頭頸部腫瘍に対する放射線療法	
2) 末梢神経障害、顔面神経麻痺などの障害あるいは脳腫瘍、脳血栓などによる中枢系味覚中枢障害	
3) 味覚受容器の障害による	
(1) 低垂鉛症：頻度が高いとされている	
(2) 服用薬物	
降圧利尿剤	チアニド系、メチルドパ、フロセミド
冠血管拡張剤	塩酸オキシフェドリン
解熱剤	アセチルサリチル酸など
抗リウマチ剤	D-ペニシラミン
抗パーキンソン剤	レポドバ、その他
抗ガン剤、動脈硬化治療薬、抗菌薬	
かぜの薬＝「風味障害」	
4) 口腔乾燥症：唾液の分泌機能低下（高齢者）、シェーグレン症候群	
5) 口腔内疾患：義歯、舌炎など	
6) 全身疾患：糖尿病、高血圧、腎不全、肝不全、鉄欠乏性貧血	
7) 心因性	

連合感覚といわれ、臭いや周囲の環境や感情によってもわずかながら変わることが古くから知られています。

では、一般に味覚異常を起こす原因には何があるのでしょうか？ 味覚障害の原因として報告されているものをまとめてみました（表1）。大きくは、全身の病気によるもの（全身性）と、口の病気によるもの（局所性）に分けられます。

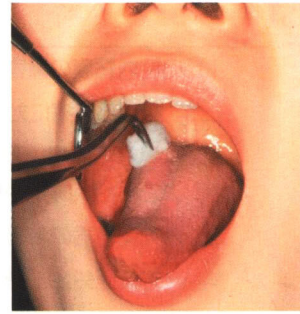
全身性の原因としては、慢性腎不全や透析療法によって生じるもののほか、糖尿病や高血圧によるものもあります。特に、血液の中

の垂鉛が低下する低垂鉛症が原因として多いようです。やっかいなのは、服用薬物の副作用で生じることもありますので、服用薬物を変えるか中止するかを、透析医に相談することが大切です。

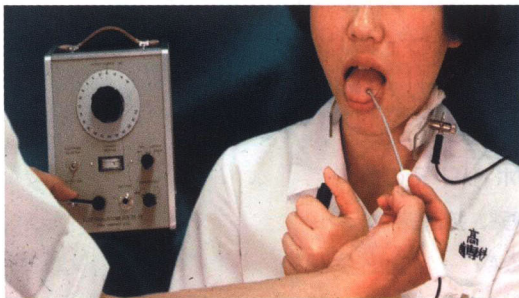
局所性の原因では、舌炎や唾液の分泌機能低下が関係してくるといわれています。舌炎はカンジダ菌などによって発症しますが、これも長期間の抗ガン剤、動脈硬化治療薬、抗菌薬の内服が原因になることが多いのです。次に、唾液の分泌機能低下ですが、これは唾液が少ないために味物質が溶解しにくくなっ



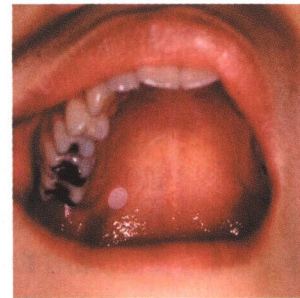
滴下法



塗布法



電気味覚検査法



ディスク法

図3 各種の味覚機能検査法

たり、舌の味蕾細胞が萎縮して感覚障害を生じることが知られています。私たちの調査では、高齢者における口腔乾燥症の原因の多くは降圧剤の副作用でした^{10~12)}。透析の患者さんの場合は少し複雑かもしれませんが、なぜなら、腎不全を合併されているうえに、多くの降圧剤なども内服されているからです。

味覚検査

では、味覚異常は本当にあるのでしょうか

か？ 味覚異常を評価する方法に味覚検査があります。これは、味覚感覚の受容の程度を、閾値*として数字にして評価するものです。味覚検査には、代表的なものとしては滴下法やディスク法があり、他に電気味覚検査法があります(図3)。

これらの方法を用いて、透析患者さんに味覚機能検査を行いました。まず最初に、主に4基本味液を利用した簡便な滴下法で検査し、重症と思われる方については、ディスク法と電気味覚検査法で再検査しました。味覚検査

*いきち閾値：反応やその他の現象を引き起こさせるのに必要な、最小の刺激の強さの値。限界値。

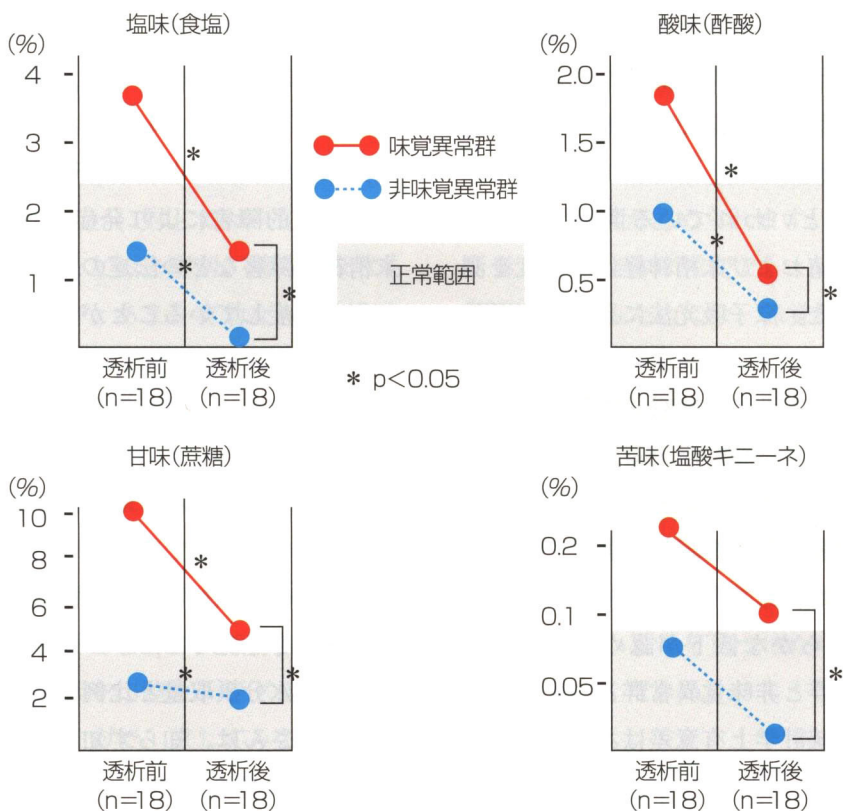


図4 透析前後における味覚
(滴下法：識別閾値)

は、味覚異常を訴える 35 人と訴えない 30 人の透析患者さんを対象に行われ、その結果、味覚異常を訴える 35 人中 30 人 (85.7%) に、また味覚異常を訴えない 30 人中 15 人 (50%) に異常値がみられました。すなわち、日常的に味覚に異常がない方でも大幅に正常範囲を超えていましたので、味覚異常として感じていないだけという可能性があります。

図4は、ちょっと複雑な図になりましたが、滴下法で透析前後の味覚の変化を、味覚異常を訴える患者さん (味覚異常群) と異常を訴

えない患者さん (非味覚異常群) で比較したものです。灰色の部分正常範囲ですが、味覚閾値には少し幅があります。その結果、滴下法では透析前味覚異常群は明らかに閾値が高く異常値でしたが、透析後、4 基本味覚ともに改善がみられました。ただ、正常範囲にまでは戻っていません。透析をすると、味覚機能は改善することがわかりました。

さて、維持透析の患者さんでは味覚異常は起こっているのでしょうか？ この滴下法による結果だけではなく、ディスク法による判

定結果でも、いずれも味覚閾値は有意に高く（味覚感覚が低い）、電気味覚検査法による支配神経別の電気味覚閾値でも、明らかに味覚障害と診断されました。さらに、味覚感覚に影響を与えらるといわれている関連因子として、血清亜鉛値および末梢神経伝導速度を測定してみました。原子吸光法による血清亜鉛値の測定結果では、透析患者さん全体では低下が認められましたが、味覚異常群と非味覚異常群では、両者に統計学上有意差は認められませんでした。次に、脛骨神経の運動神経速度と尺骨神経の知覚神経伝導速度で末梢神経伝導速度を比較してみますと、透析患者さん全体では明らかな低下が認められましたが、味覚異常群と非味覚異常群との間においては、両者に統計学上有意差はありませんでした。

以上の結果をまとめると、透析患者さん全体では血清亜鉛値および末梢神経伝導速度の低下が認められましたが、いずれも味覚異常群と非味覚異常群とでは差はなく、低い値でした。これらの数値が意味するものは、透析を受けている患者さんは、現在味覚異常がなくても将来生じる可能性がある予備群であるということです。でも大事なことは、味覚異常の症状が出て上手に付き合えばいいわけですから、日常の食生活には心配いりません。

以上の診察結果と検査結果について、専門的になりますが、透析患者さんにおける味覚機能の低下の発症のしくみは、味覚伝導神経障害をベースにして、唾液分泌量の低下によ

る味物質の溶解不全、味蕾への移送障害および味蕾細胞の機能低下なども関与して発症していることが考えられます。腎移植をすると味覚障害が劇的に改善する事実から、味覚機能は器質的障害により発症するのではなく、末梢神経障害などの伝達メカニズムの異常により発症していることが考えられ、今後このメカニズムの究明は、味覚異常の発症のしくみだけでなく、透析療法あるいは慢性腎不全が自律神経へ与える影響の原因の解明に大きく寄与することが考えられます。

さて、先ほど申しましたように、味覚異常が維持透析の患者さんの食事管理の安定に大きな影響を与えることがわかりました。塩分摂取量は水分摂取量と比例するため、味覚異常の患者さんは、知らず知らずのうちに味を濃くした食事を食べて、塩分摂取量が多くなっている可能性があります^{13~15)}。味のわかりにくい方は、透析前の食事に香辛料を少し加えることで解決するかもしれません。水分管理が良くない方にとって、味覚異常があるかないかを確認しておくことは、安定した維持透析のための大きな要素になることだけは間違いありません。

味覚障害の治療

さて、このような味覚障害に対する治療ですが、残念ながらまだ有効な治療法のないのが現状です。したがって、症状に合わせて適切な治療が行われています。

血清中の亜鉛値が低下している場合は硫酸亜鉛を内服投与しますが、すべての患者さんに有効とはいえません。

唾液の分泌低下によって発症する口腔乾燥症（ドライマウス）に対しては、Lシステインやピソルボンなどの去痰剤、漢方薬なども試されていますが、あまり有効なものはありませんので、人工唾液や含嗽剤（うがい薬）を局所的に使用します。

近年、多くの保湿剤が市販されています。これは医薬品扱いではないので、薬局で販売されており入手が簡単です。ラクトフェリン、リゾチーム、ラクトパーオキシダーゼ、グルコースオキシダーゼなどの天然酵素を含んでおり、口腔乾燥症や口腔カンジダ症にも有効な場合がありますので、試してみる価値はあります。

鏡で見て、舌苔が付着している場合は、舌ブラシを使用して除去することも有効です。この舌苔の中には、あまり悪さはしませんがたくさんの細菌が入っていることが多いのです。口の中の環境を良くしてあげることや、歯科医院に行って口の中を診てもらうことはきわめて重要です。また、高齢者向けに発案された口腔ケア用具が市販されていますので、利用されるといいでしょう。

まとめ

透析患者さんの顎口腔領域にみられる合併症の発症のしくみは複雑ですが、味覚異常に

は慢性腎不全によるもの、透析自体により発症するものが混在していると考えられます。味覚異常は透析導入前から発症がみられますが、導入後にもその頻度は増加し、移植後には明瞭に改善が認められます。

味覚異常自体は軽度でも、安定した維持透析を継続するためには、味覚機能が低下していることを配慮した献立による食事と水分管理が必要です。透析医や看護師さん、栄養士さんに相談してみてください。そして、口の中の調子が悪かったら、すぐ歯医者さんにも診てもらいましょう。長期間透析をしている患者さんは、歯だけでなく骨の問題もありますので、異常を見つけたらすぐに治療してもらってください。

【謝辞】 本調査は、新潟市信楽園病院において透析中の患者さんのご協力により行われたものです。深く感謝申し上げます。また、調査にご協力をいただいた同病院長鈴木正司先生にお礼申し上げます。

【参考文献】

- 1) 塩沢 瞭一：Uremic neuropathy. 内科 28：441-443, 1971
- 2) 加藤譲治、土持 眞、又賀 泉、他：腎不全透析療法患者における口腔症状、その1、スクリーニング診査結果. 日口外誌 29：1872-1878, 1983
- 3) 又賀 泉：透析医療における Consensus Conference 2005, 維持透析患者における顎口腔領域の合併症. 日透医誌 21：11-15, 2006
- 4) Fornari PD, et al：Altered taste perception in uremia. Trans Am Soc Artif Intern Organs 24：385, 1978
- 5) Burge JC, et al：Taste acuity in patients undergoing long-term hemodialysis. Kidney International 15：49, 1979
- 6) Burge JC, Schemmel RA, Park HS, and Greene JA：Taste acuity and zinc status in chronic

- renal disease. J Am Diet Ass 84 : 1203-1209, 1984
- 7) 齊藤 裕：慢性腎不全透析療法患者の味覚障害に関する臨床的検討. 口科誌 37 : 160-178, 1988
 - 8) 加藤讓治、齊藤 裕、又賀 泉、他：慢性腎不全患者（非透析例）の口腔症状、その1：スクリーニング結果. 日口外誌 34 : 2216-2222, 1987
 - 9) 根橋克明、又賀 泉：腎移植患者の口腔症状についての臨床的研究. 口科誌 45 : 49-65, 1996
 - 10) 又賀 泉：慢性腎不全透析療法中患者にみられる口腔乾燥に対する臨床的研究. 日口外誌 29 : 1901-1920, 1983
 - 11) 佐藤栄祐、又賀 泉、加藤讓治：高齢者における口腔乾燥症について(その1)-疫学と唾液腺機能. 口科誌 38 : 29-46, 1989
 - 12) 佐藤栄祐、又賀 泉、加藤讓治：高齢者における口腔乾燥症について(その2)-治療について. 口科誌 38 : 47-53, 1989
 - 13) 橋口誠一、有菌健二、福井博義：透析導入期患者の味覚障害について. 臨床透析 16 : 141-144, 2000
 - 14) 金澤由枝：透析患者の食事管理：新しい考え方. 透析会誌 36 : 305-310, 2003
 - 15) 金澤良枝、中尾俊之：栄養指導の実際—透析患者の塩分・水分管理指導と塩分味覚障害. 臨床透析 14 : 483-487, 1998

イキイキライフの女性たち

出席者 (50音順)	谷口ますみさん 津田 清美さん 真木 康子さん
司 会	田中 元子先生 (松下会 あけぼのクリニック・医師)
日 時	平成18年12月14日
場 所	ホテルグランヴィア大阪

田中 本日は、師走のお忙しいところをお集まりいただき、ありがとうございます。

2005年の日本医学会統計調査報告では、わが国の透析患者さんの総数は約25万人ですが、その中で、女性の透析患者さんは約9万4,000人と、男性に比べて若干少ないようです。特に30～60代では、女性は男性の半数といわれます。

今日は、日々の透析生活を続けるだけでも大変な中で、女性としてイキイキと生活を楽しんでおられる3人の方にお集まりいただきました。この「腎不全を生きる」をお読みいただいている皆様のご参考になるような、イキイキと前向きに透析生活を楽しむコツをお聞きしたいという願いから、司会者の私も女性という、これまでにない企画で座談会を開催させていただきます。

ご出席いただきましたのは、大阪府の真木さん、三重県の谷口さん、熊本県の津田さんです。それではまず、自己紹介を兼ねて、ご自分の透析療法のことや、お仕事、ご家庭のことなどについてお聞かせください。

透析導入で退社、そして再就職

真木 透析歴は22年になります。火・木・土が透析日です。今は仕事をしており、土曜日は会社がお休みですが、火曜日と木曜日は4時半ごろに帰らせていただいています。

会社は外資系の製薬会社なので、障害者に対して理解があるように思います。会社の中では、障害者だからといって、区別や差別は一切なく、早く帰ることに対しても、誰かが「あ、今日も早く帰りはる」ということも全

くありません。だから、それは本当に恵まれている、ラッキーだなと思います。

今の仕事に就いてから6年経ちますが、その前は透析になってしまったために会社を辞めました。

田中 前のお勤めは今と同じ会社ですか。

真木 関連会社ですが、別の会社です。

今の所に再就職する前は、ちょっと元気になってきたので、家の近所でアルバイトをしていました。週に1日ぐらいお手伝いに来ないかと声をかけてくださったので、家でゴロゴロしているよりはいいかしらと思ひました。やはり、家にいるよりも、外に出たほうが気持ちが変わりますでしょうか？ 私はもともと、家にいるのがあまり好きじゃなくて、主婦業は全然駄目なんです（笑）。主婦業は、母に任せています。

勤めが週に2日、3日とだんだん延びて今のようなフルタイムになって、そうなるまでにはかなりの年月、そうですね、8年ぐらいかかっていると思います。

週4日ぐらい勤めるようになったころに、前に勤めていた所からお誘いがありました。既にかかなりの歳になっていましたし、「どうかしら」と思ったのですが、思い切って勤めることにしました。外資系だからか、年齢のことは問題にならないようで、その仕事ができればいいという考えなんですね。

田中 初めに会社を辞められた時は、体調が悪くて辞められたのですか。

真木 かなり昔でしたので、透析を受けても

元気がでなかったのです。辞めたくはなかったのですが、現実的には辞めざるをえない状況でした。退院してからも、ほとんど毎日寝ていました。

田中 体調が悪くて？

真木 はい。体調が悪くて2年間ぐらい寝ていました。当時の透析というのは、器械も、お薬も、まだいろいろと良いものがなかったですよ。

田中 8年ほど経ってから、前の会社からお声がかかるというのは、キャリアをお持ちだったからでしょうね。会社の理解も素晴らしいと思いますが、それ以上に、真木さんに仕事のキャリアがあったからだと思います。

真木 そんなに大したものじゃないんですが、まあ、昔やっていたようなことなので声をかけていただいて、私もどうなるかわからないけれども、とにかく行ってみようという感じで始めたのです。最初の1年は、「よう、行くかなあ」なんて思いながら行ったのが、もう6年になりました。やはり外に出たほうが元気が出ますね。

田中 仕事と透析を両立させるうえで、何か気を付けていらっしゃる点はありますか。

真木 家にいたら、病気のことを気にしたり、いろんな話を聞きいて「だんだんこんなになってくる」、「あんなふうになったらどうしよう。そんなふうになるのかな」とか、考えがちですよ。外に出ていたら、そういうことを考えている暇がないですよ。今日はこの仕事をやらなきゃいけない、あそこに電話をせ

なアカン、これはしとかなアカンと。

透析導入前は、椿原美治先生に、「先生、こうしたほうがいいんじゃないですか」、「こうしたらどうですか」とさんざん言ったのですが、すると「こうこうこうだから、それは駄目」と言われるんですね。

田中 それは、お食事のことについてですか。

真木 食事も入りますね。お薬でも、「今度、こうしたらいいんじゃないの?」とか、ない頭をしぼってお医者様にさんざん抵抗したんです（笑）。最後に透析になりまして、その時から「もう、考えるのはやめよう」、「考えるのはお医者様のお仕事だから、考えてもらいましょう」と変えました（笑）。

もちろん、基礎的な知識というのは必要ですよ。最低、こうしなければいけない、これは守るべき、ということはもちろんあるのですが、それ以外のことは考え過ぎないようにしたほうが良いと思いました。それで、外に出かけているほうが、病気のことを考えなくて済みます。

田中 では、続いて津田さんお願いします。

農作業と子育てと透析療法と

津田 熊本からまいりました津田清美です。透析を始めて16年目に入りました。透析に入る前に子どもを2人産んでいまして、透析は、下の子が小学校1年生になってからです。透析前の2年間くらいは、食事療法をしましたので、体重が5 kgほど減りました。今は、



真木康子さん

透析導入した時の体重とほとんど変わりません。

家が農家なので、今は月・水・金に透析をして、火・木・土・日は畑に出て農作業を手伝っています。今日は、ちょうどミカンの最盛期で忙しかったのですが、主人も「行ってきていいよ」と言ってくれたのでまいりました。このごろ、熊本は雨ばかりで仕事はかどらず、今日も雨だったので、ゆっくりと出て来ることができました（笑）。

私は透析をしてから透析前よりも元気になりました。16年前は、既に透析の技術がだいぶ進んでいたみたいで、20年前に導入した友だちから「昔は大変だったよ」と言われるんです。最初は、水分が増えて体重が多くなってあまり水が引けないって。次の透析までにあまり水分が増えないようにしないといけない。でも、今は水が2 kg ぐらい増えても



津田清美さん

引いてくれるから、だいぶ助かってます。

田中 真木さんと津田さんの導入時期は6年しか違いませんが、その間に、透析療法はかなり進歩しています。ダイアライザーをはじめ、薬ではエリスロポエチンや、ビタミンD製剤などが非常に進歩しましたし、日本では、世界の中でも最も良い、質の高い透析療法が行われているということがDOPPS（「血液透析の治療方法と患者の予後についての調査」世界12か国、340施設、参加数2万人規模）という全世界を調査した結果でも出ています。皆さんが、こうして元気でいらっしゃるのも、透析技術の進歩も大きいですね。

津田さんは、お仕事と家庭、子育てとを両立させる中で、ご苦勞も、また楽しかったこともたくさんあると思いますけれども、どんな工夫をされていますか。

津田 やはり子どもが小さい時には、学校行

事などは、透析がある日は主人に代わって行ってもらいましたし、食事の用意は、母にしてもらっていました。

田中 ご主人や、お母様のご理解と支えがあってこそですね。

津田 そうですね。長男が結婚して、一緒に住んで、農家も継いでくれているので、だいぶ楽になりました。今、5歳の孫がいて、可愛いですねえ（笑）。

田中 お食事を作る当番を決めていらっしゃるんですってね。

津田 ええ。透析から帰ってからも、私は寝込むことなく動けますので、月・水・金は私がして、火曜日と木曜日は母がして、土曜日と日曜日は嫁さんの担当というように、分担しています（笑）。

谷口 にぎやかで、いいですね。

田中 いろいろな料理が楽しめますね。谷口さんは、いかがですか。

谷口 私は全部自分で作ります。子どもの給食と重ならないような3～4日分の献立を考えておいて、透析のない日に買い物に行くようにしています。

田中 では谷口さん、改めて自己紹介をお願いします。

悲しみを乗り越えて

谷口 三重県から来ました谷口です。

透析歴は31年になりました。昭和50年からです。その当時の透析と比べたら、今はそ

れこそ天と地です。私は、名古屋の中京病院で導入したのですが、入院した時には既に心不全で死ぬ一歩手前でしたので、「透析はイヤ！」などとは言えなくて、すぐに外シャントで透析でした。

だから、シャントを作ってそのまま、手術室から透析室へ直行という感じでした。透析を繰り返して状態が良くなった時、天野 泉先生から、「あなたは若いから、最初から5時間透析をなさいね」と言われて、最初からずっと今まで5時間透析を受けています。田中 じゃあ、体重の増加に関係なく今も5時間されているということですね。すごく透析効率がいいですね。

谷口 その後、退院してからも1年半ほど、名古屋に通院しました。バイクと電車を利用して2時間くらいかかり、くたくたになりました。

それから結婚しまして、兵庫県の西宮に住むことになったのですが、当時は透析施設も少なく、受け入れ先の病院も医療メーカーの方に探してもらったりして、ずいぶんお世話になりました。昭和54年に三重県に戻りまして、以来武内病院で治療を受けています。

ずっと働いていたのですが、透析を始めて20年近くなってから妊娠しました。その時は自分が妊娠したことすら気付かなくて、既に5か月に入っていました。7か月に入った時、切迫早産で命は助かったのですが、結局1年後に亡くなりました。とても落ち込んでいたのですが、周りに励まされてまた仕事を始め



谷口ますみさん

ました。

そして1年くらい過ぎた時、2度目の妊娠に気付きました。前のことは絶対に繰り返したくなかったので、早めに大学病院に入院して、生まれるまでずっと病院で過ごしました。

田中 3か月目くらいからですか。

谷口 大学病院のベッド待ちで、空くまでは武内病院に入院させてもらっていましたが、5か月目くらいになってから大学病院へ移りました。

田中 それで、10か月で生まれたのですか。

谷口 ずっと調子は良かったのですが、9か月に入ってから突然高血圧になりまして、「赤ちゃんが元気なうちに手術しましょう」という先生の一言で、緊急の帝王切開となりました。子どもは無事に生まれまして、健康で元気に育ってくれて、今、小学校6年生です。

田中 男のお子さんですか。

谷口 女の子です。前回のこともありましたので、健康に育ってくれていることが一番ありがたいなと思っています。今は専業主婦で、透析は、月・水・金に受けています。

田中 透析を受けている患者さんは、妊娠・出産はできないと思っていらっしゃる方が、実は多いんですね。

谷口 私も結婚する時に、「99.9%無理です。たぶん、妊娠もしないでしょう」と主治医に言われていたので、そういうことはあり得ないということが頭にありました。

田中 そういう主治医からのお話を聞かれたり、いろいろな本などを読まれて、透析患者さんの妊娠や出産はかなり難しいことだと思っていらっしゃる方が多いと思いますが、今日の谷口さんのお話は、若くて、これからお子さんを望まれている患者さんには、きっととても希望が持てるお話だと思います。

実際に私どもの施設でも、昨年、出産された患者さんが1人おられます。透析患者さんの妊娠・出産はリスクも高く大変ですが、決して期待できないことではありません。

でも実際には、透析をしながら妊娠・出産・子育てをするのは大変だったと思いますけれども。

谷口 妊娠中は、日曜日を除いて週6日、合計25時間の透析をしていただきました。ずっと透析室と病室の往復という感じで過ごしました。主治医はじめ、看護師さんも同室の方たちも、周りの方たちがみんないい方ばかり

で、それこそ恵まれてあまり苦にならない入院生活でした。本当に大勢の方にお世話になりました。

真木 でも、がんばらはりましたよねえ。ずっと透析しながらねえ、エライ、エライ。

谷口 生まれたのは34週で、1,720gでした。小さいです。

津田 貧血はなかったのですか。

谷口 その時はもうエリスロポエチンがありましたので。

田中 良かったですね。昔だったら輸血しかありませんでしたものね。

谷口 そのおかげで、体調が良かったのかもしれないなと思います。血小板が少ないので、先生方も大変だったと思います。あちらこちらから文献を取り寄せたりして、一生懸命診ていただきました。

田中 大学病院で、いろいろな科の先生たちが連携を組むという態勢ですよ。

谷口 そうですね。産科、内科、小児科、透析室がチームを組まれ、一丸となって診ていただきました。

田中 透析日の育児は、ご主人がされたのですか。

谷口 実家が近くて、実家の母が、会社の理解もあって月・水・金は仕事を休めたので、朝母に預けて病院に行き、透析が終わってまた迎えに行くという生活でした。火・木・土・日は自分でみていました。1年ちょっと経ってからは保育園で預かっていただいて、何かあったらお母さん頼みということで

(笑)。さっき津田さんが言われたように、行事がある時は日にちを変えてもらったり、主人に代わって行ってもらったりして、家族が全員参加みたいな形ですね(笑)。

田中 皆さん、家族の支えがあってこそですね。

病気で教えられる人々の支え

真木 やはり、家族の支えはすごく必要ですよ。先生、看護師さんたち、病院のスタッフの方、家族、そしてお友だちとか職場の皆さんに、本当に支えてもらって一人前にさせてもらっているなあというところがあります。だから病気になったからこそ、「本当にありがたいなあ」と思います。

田中 社会にはいろいろな事件があって、日本も物騒な世の中になってきましたが、こうして透析を受けながら、皆さんに感謝してイキイキと生きている方々がいらっしゃるということを、「腎不全を生きる」を読んでいる方だけではなく、日本中の皆さんに聞いてもらいたいですね。

本当に、人間というのは1人で生きていくことはまずないわけです。みんなの支えによって生かされている、透析の患者さんだけでなく、私たちも皆、周りの人に支えられて生きているということを実感しないとイケない、と思います。

真木さんは、今はお母様とお二人ですか。

真木 はい。父は亡くなりまして、姉がいる



田中元子先生

のですが、結婚して東京にいます。

田中 お母様は、透析に関していろいろなサポートされてこられたのでしょうか。

真木 私が透析に入ったのは、まだ若い時ですし、まだまだ子どもでしたから、まさに母と二人三脚でした。特に、体調が悪かったものですから。

その後だんだん元気になってきたわけですが、私たちが導入した頃は、透析の後はもう、全員フラフラでした。

津田 透析が終わった後は寝込んでいましたか。

真木 ええ。母に迎えに来てもらっていました。私だけじゃなくて、誰もがそんなふうでした。それが、透析そのものが本当に良くなってきたので、今では初めて導入した患者さんでも、誰もくたばっていませんでしょう(笑)。

津田 すごい進歩です。

田中 津田さんは、透析後も疲れませんか。

津田 ええ、特に変わりはありません。透析前も、透析後も全然大体調が変わらないので、病院帰りに買い物をして、帰ってからは食事の用意をします。だから、透析が終わって寝込むということはありません。

田中 昔は、特に貧血がひどかったですね。

真木 そうですね。ヘマトクリットが20%以上という人はほとんどいなくて、それこそ、「輸血をしたほうがいいんじゃないの」なんてねえ。

田中 本当にそうですね。輸血しか方法がなかったから。輸血でも、気分が悪くなりますしね。

真木 今は、ヘマトクリット10%台の人なんておられないんじゃないですか。

津田 高い人だと、30%台の人もいらっしゃるようですね。

田中 本当に、お3人とも顔色が良くて、透析をされているとはわからないですよ。

津田 周りの人からも、「元気になったよ」とよく言われますね。

田中 これは冗談ですけども、透析をされている高齢の方がとても元気になられて、「あなたは血をきれいにしているから、すごく元気になった」と近所の人から言われるそうです(笑)。それぐらい透析療法が良くなって、透析導入後に元気になれる方が今は非常に多いですね。

皆さん、透析生活をイキイキと楽しんでい

らっしゃいますが、それを継続するために、例えば食事とか、運動とか、その他のことで気を付けていらっしゃることはありますか。

導入時に厳しい食事指導を受ける

真木 最初のころは気を付けて、すごく厳しい制限をしてみずい食事でしたよね。食事を作る人が講習に行かされるんですよ。主婦の方だとか自分が受けられるし、私の場合は母が講習に行きまして、栄養士さんの厳しいご指導を受け、その後にテストがあって、合格しないといけないんです。非常に厳しい病院でした。でもそれはいいことだと思うんですよ。私自身も、自分の薬についてすごく勉強させられたし、教えていただきました。だから、栄養指導も受講して、最初は「これはこうしなきゃいけない」とそれを守って、ものすごくきっちりしていたのですが、でも、体質ってありますよね。透析患者全員が同じ数値じゃないですよ。リンの高い人もいれば、カリウムが高い人もいるし、割と食べているけれどそんなに上がらないという人もいて、体質もあるんだなと思って、「精神を圧迫してまでは」と思いました(笑)。さっきも言ったように、基本的、基礎的なことはもちろん知らないと駄目ですが。

田中 現在、カリウムとかリンは、非常に良い値でいっていらっしゃる？

真木 良い値ですね。リンなんて昔は駄目でしたけれども、今は良いお薬ができて、すぐ

く下がって良い値になっています。もう、それほどは気にしてないですね。

田中 ご自分では制限されていないとおっしゃっていますけれども、たぶん基本は守っておられると思います。

真木 それが身に付いているのかもしれませんがね。外でお食事をするにしても、出てきたお料理を見て、「これは半分にしておこう」とか、自然とそういうふうになります。

田中 無理な制限ではなくて、自然な制限ということになるでしょうね。

真木 そうです。「これを我慢しなければ」とか「食べたいけどやめよう」というのではなくて、「あ、これは半分にしておこう」とか、「これは、まあいいや」とか、自然とそうなりますね。

田中 それは、最初に導入された時の、テストされるほどの厳しい指導が、頭の中にインプットされているのではないのですか。

自然な食事制限と運動でイキイキと

真木 そうですね。やはり基本はちゃんと守らなければいけないし、例えば、何か特別なことがあるから今日はちょっと飲もうといっても、そんなに無制限には飲まないでしょう、できないでしょう。その辺ですよ。

田中 何か運動などは？

真木 家にいたら、たぶんゴロゴロするだけです。主婦業は母がしますから、私は本当に家ではすることがないんですよ。会社に行っ

ているおかげで、通勤が運動になっていると思います。

田中 通勤は、徒歩ですか。

真木 電車を降りてから10分ぐらい歩いたり、社内でも歩きますよね。だから、それでいいのかなと思っていて、あえて自分から何か運動をしようということはしていません。

田中 そのほか、休日に趣味などで何かなさっていることは？

真木 旅行も好きで、昔はよく行っていました。このごろは、近場の温泉へ母と行くくらいです。

田中 旅行に行かれた時も、お食事などはあまり気にされませんか。

真木 もう、気にせずですね（笑）。逆に、その前の日には、「明日はたくさんいただくから、今日はちょっと控えておきましょう」という感じです。そして、「今日は食べるぞ」みたいな（笑）。

田中 その辺は自然に、うまく調整ができていますね。津田さんは、いかがですか。

津田 食事は、私もあまり制限していません。検査結果ではカリウムが高いのですが、自分で果物を作っているから、やはり食べるんですよ。だから、検査の前の土日ぐらひは控えています（笑）。1日おきに透析をする時はあまり控えずに、肉類が好きではないので魚が主ですが、あとは野菜の煮物をちょっとという感じで、制限はあまりしていません。

田中 検査データで、カリウムが上がるのですか。

津田 カリウムがギリギリぐらいで、リンはずっと低い値です。リンはあまり制限してはいないけれど、ペイト*をしてもらってからは、副甲状腺の働きが良くなりました。副甲状腺を摘出するために切ってもらっしやる方が多いと聞きますが、切らずに、まだもっています。

田中 今日、お昼を一緒にしましたが、自然に制限ができていらっしやるんですね。例えば、みそ汁などはあまり飲まれませんか、お茶も飲まれませんか。私たちは、目の前にあるものを、何も考えずに何でも食べてしましますが、津田さんは考えて食べていらっしやるなあと思いました。無理な制限ではなくて、すごく自然に制限をしていらっしやる。

津田 やはり、16年も経てば、身に付いているみたいですね。

田中 ちなみに、透析の時の体重増加はかがですか。

津田 1日空きの時は1.5～2kgぐらいで、2日空きの時は2～2.5kgぐらいでとどまっています。もうちょっと減らさないといけませんので。

田中 谷口さんは、どのくらいですか。

谷口 体重が42～43kgぐらいなので、1日空きだと1～1.5kgで、2日で2kgというところですね。なるべく、3kg以上は引かないように気を付けています。

田中 皆さん、自然な制限を身に付けていら

っしやって、いいですね。あと、運動などはどうですか。

津田 農家だから、仕事で畑を歩いたりしますので、決まって運動をするということはないです。

田中 お休みはないんですね。

津田 外での仕事ですから、雨の日は休みです。そんな時は、テレビを見たりしてゴロゴロしています（笑）。

田中 旅行にも行かれるそうですね。

津田 ええ。仕事が暇な時に、透析の友だちと1泊ぐらいで行きます。去年は、愛知万博に1泊で行って来ました。あとは、温泉に行ったりですね。春が暇なので、春先に行くことが多いですね。

田中 透析の患者さん同士で、友だちができるというのも、透析ならではの楽しみですが、透析日のパターンで、仲のいいお友だちができるのもいいものですね。

津田 ええ。同じ年齢ぐらいの仲間です。

田中 真木さんは、透析のお仲間はいらっしやるんですか。

真木 私は、夜の透析なので、夜に透析を受ける女性はあまりおられません。

田中 女性はお1人だけですか。

真木 私を含めて2人ですが、もう1人の方とは時間が違うので、お目にかかりません。

田中 女性で、仕事を持たれて透析をされて

*ペイト (PEIT)：副甲状腺経皮的エタノール注入法。大きくなっている副甲状腺に細い針を刺し、そこにアルコールの一種であるエタノールを注入し、副甲状腺をつぶしてしまう方法。

いる方が、それだけ少ないということですね。
真木 少ないですね。私が通っている病院でも、やはり主婦の方がほとんどです。

月・水・金の夜間では、女性は4、5人ですが、男性は30人ほどいますので、やはり女性はうんと少ないです。

田中 そういう点からも、女性で仕事をこなしながら透析をしていらっしゃる真木さんのお話は、これから仕事をしたいという女性にとって、非常に貴重なお話だと思います。

真木 お仕事をしたいと思っておられる方は、ぜひ希望を持って、本当にお仕事をしていただきたいですね。

ただ、同じ障害者でも、透析というのは時間がしばられます。私も4時半に人より早く帰ってしまいますから、同じ障害者でも早く帰らなくていい障害のほうが、職場では好まれるんですよ。透析患者は、その辺がちょっとつらいところがあると思いますね。

田中 職場で、ご自分の病気について理解してもらうように、何か努力されていることはありますか。

真木 私の場合は、さっきもお話ししたように、外資系なので、特にそういうことについてはイギリスの本社のほうで理解があるので。障害者に関してだけでなく、いろいろなことに対して、考え方が日本の会社と違うところがあります。特に私が一緒に仕事をしている上司や、周りの人たちは皆、障害者に対して理解がありますね。だから、それは本当に恵まれていると思うんです。

田中 日本の社会も、障害者の状況をきちんと把握して、どんどん対応する方向に進んでくれば良いと思いますね。

谷口さんは、いかがですか。

谷口 昔は器械も悪かったので、増加した水分が引けませんでした。だから、食事については、厳しくきちんと教えていただいて、それが身に付いたという大変ですけど。昔は、飲みたい、食べたいということがすごくありましたが、今は、家族と同じものを食べています。カリウム、リンなども気をつけてはいますが、あまり自分だけ気を使うのも嫌なので、ほとんど同じものを食べて、量で調節するようにしています。

冬場ですと、鍋物やスープ類を家族が欲がるのですが、それは透析が1日空きの時にして、2日空いた時はそういうものはちょっと控える、というようにしています。ですから、あまり制限という意識はありません。

田中 お3人とも、透析導入時に非常に良い教育を受けていらっしゃるの、それが身に付いて、ごく自然な制限ができていらっしゃるのだと思います。私たち、指導する立場の反省点としては、言葉では一応、「水分は控えてください」、「カリウムはたくさん食べてはいけません」、「リンも制限してください」と言うものの、現実的には、ある程度のところは透析器械の性能向上で解決できてしまいます。先ほど真木さんが言われたような、テストをするほどの厳しい指導はできていないと感じました。逆に、これから透析を始める

患者さんや、保存期腎不全の患者さんには、もう少し厳しく指導しないといけないなと思いました（笑）。

ほかに、運動などはどうですか。

谷口 家事をしていますと、運動をするだけの時間というのはなかなかとれないですね。それでも、家事をしながら、朝と夜のストレッチは欠かさずにやっています。ほかは特にこれといった運動はしていませんが、買い物に行った時、駐車場で車を遠くのほうに止めてできるだけ歩くようにしています。

田中 主婦ですから、お休みの日というのはないですよ（笑）。特に、“この日は何をやる日”というように決めているということはありませんか。

谷口 それはありませんが、用事などは、透析のない火・木に入れてしまうので、そうすると1週間がすぐ経ちます。忙しいですね。ですから、1人になって自分の好きな事ができる時間を、30分でも1時間でも作りたいのですが、なかなかそれができません。

田中 お話を伺っていると、皆さん、忙しくされていますが、かえって、忙しくしていらっしゃるのが、イキイキと透析ライフを送るコツという気もしますね。

谷口 病院に通うのは、距離的には大したことではないのですが、ラッシュの時間ですと40分ぐらいかかるので、その車の中がひとりでホッとできる貴重な時間です。そこで、CDを聞いたりするのがリラックスタイムです。あとは、台所仕事をしながら。

田中 ストレッチを毎日していらっしゃるというのは、やはり気を付けていらっしゃるということですね。

谷口 動かないと、体がこわばって筋肉がどんどん落ちていくような気がして、常にどこかを動かして家事で使わない筋肉を使うようにしているのです。

田中 皆さんは自己管理が良いので合併症はないのかもしれませんが、だいたい10年以上透析をしていると、何らかの透析合併症を持つ方が多いのが現状です。今はエリスロポエチンができましたから、貧血も少なくなってきましたが、二次性副甲状腺機能亢進症、アミロイド、手根管、シャントの問題など、いろいろ悩みをお持ちではないかと思います。いかがですか。

長時間透析に伴う問題には果敢に対処

真木 副甲状腺の手術は、もういたしました。

田中 何年ごろですか。

真木 比較的最近です。透析後17～18年たってからじゃないでしょうか。結構遅いと思いますね。通常、関節等の痛みが強くなってきて手術をされるように伺っていますが、私は、全然痛みなどなかったの、「別にいいじゃない？」と言って抵抗していたんですよ（笑）。そうしたら副甲状腺が大きくなってきて、副甲状腺ホルモン（PTH）の濃度がものすごく高いんです。エコーで見てもらったら、とても肥大していて、「最高記録だ」と言わ

れました（笑）。

田中 そうすると、手術して症状があまり良くなったというわけでもないのですか。

真木 もともと痛みも何もなかったですから。でも、やはり数値は下がったので良かったみたいです。

田中 イライラした気分がなくなったとか、そういうことも？

真木 そういうのもなかったです。また、手根管の手術も、今年初めてです。皆さん、もっと早くにされていますよね。長い間手術せずにいたんですが、ついに痛くなりまして、「痛くなりました。ちょっと眠れないんです」と訴えたわけです（笑）。

津田 夜、寝る時に痛くなるんですか。

真木 夜というよりも、朝方、痛くて目が覚めるんです。その痛みというのが、何ともいえない変な痛さで、これはもう、どうにもなるものではなく、回復は絶対にしないし。それで、すぐに手術していただいたら、痛みはすぐにとれました。だから、あまり我慢しているのも良くないなと思いましたね（笑）。

津田 右手だけですか。

真木 右手の次に、普通は左手にくるようですね。だから、そのうちになってくるんでしょうが、今のところ、まだ快調です。

田中 そういう手術をなさる時には、会社を休む必要がありますよね。

真木 もちろん休みました。入院もしました。

田中 そういうことに関しても、会社は理解がありましたか。

真木 急に来週、というのは駄目ですけど、少し前から迷惑がかからないように、自分で仕事のスケジュールを組みましてお休みさせていただきました。

田中 合併症にもきちんと対処されていますね。

真木 ええ。合併症は仕方がないと思いますので、普段は考えないようにしていますけれども、何かあった時には、ちゃんと状況を聞いて、一番いい選択をしてさっさと処置をする。

田中 そういうところも、主治医の先生との信頼関係ですね。

真木 そうですね。そういう時には、いろいろ疑心暗鬼に陥らないことです。

田中 津田さんはいかがですか。

シャントのトラブルに悩まされる

津田 副甲状腺のほうは、本日司会をされている田中先生にペイトをしてもらって、今は数値も下がり、関節の痛みもありません。手根管も、まだ全然痛みはありません。ただ、シャントがよくつぶれるんです。もう3回ほど詰まり、手術をしてもらって今は人工血管を入れています。2回ぐらい掃除をもらって、3年ほどもっています。ですから、透析をしていて困ったことというと、私の場合はシャントだけが問題ですね。ほかは、どこも何ともないです。

田中 シャントは重要ですね。

津田 ええ、一番重要です。シャントが詰まった時には太ももからするのですが、痛くて3時間ぐらいしか我慢できません。なるべく詰まらないようにしたいけれど、仕方がないですね。

真木 シャントの調子が悪い時というのはイヤですよ。

津田 ええ、憂鬱ですよ。透析に行くのが憂鬱になってしまいます。

田中 真木さんはシャントの手術は、あまりトラブルがありませんか。

真木 シャントは、左手も何回かしまして、もうするところがないので右手になりました。右手になってから、もう何年かになりますが、快調です。私の場合は、シャントよりも手根管の手術のほうが大変でした。

田中 手首は、もともと伸ばしたり広げたりする所ですからね。

真木 それで、使わないわけにいかないから、傷口がくっつくのに結構時間がかかりました。

谷口 私はシャントは、自己血管では左手が13年、右手が14年もちまして、5年前から人工血管です。

田中 女性はもともと血管が細いこともあって、シャントは、男性に比べると若干難しいところがあります。あと、血圧が下がるといったことも関係があるかもしれません。

谷口 私は、副甲状腺の手術はしていませんが、手根管と両肩関節症の手術を、平成18年11月30日に名古屋の共立病院で内視鏡

でしていただきました。

田中 痛みはあまりないですか。

谷口 さっきのお話のように、やはり、夜中の3時ぐらいになると痛みで目が覚めるという状態が結構続きました。暖かい時期はいいのですが、11月くらいから冷えてくると、必ず、3時ころには目覚ましのように痛みがきて、その痛みは何ともできませんでした。肩のほうも同じです。

田中 それが、長期透析の悩みですね。

谷口 手根管のほうは、私は今度で2回目なのですが、20年経ったころから出てきました。20年までは何ともなくて良かったのですが、11年前に一度なり、今回またなりましたね。

田中 それでも、透析期間がそれぞれ31年、22年、16年にしては、皆さん、合併症が少ないですね。非常にお元気ですし。これもやはり、透析の時間をきちんとして、カリウム、リンなどすべてにおいて自己管理をきちんとされているからだだと思います。

透析合併症はだいたい10年目ぐらいから出てくる方が多いのですが、皆さん、合併症が少ないし、軽いですね。

腹膜透析—女性からみた場合

田中 皆さん、腹膜透析（CAPD）はされていないようですが、イキイキ透析生活を行うという点では、非常に良い治療法の1つだと思います。腹膜透析も一長一短はありますが、女性として、腹膜透析は良いとか、悪いとか、

ご意見がありましたら、教えてください。腹膜透析をしようと思ったことはおありですか。

真木 ないですね。血液透析で大きな問題もなくずっと続けていますので、今のところ、腹膜透析にしようとは思わないですね。今度何かが出てきて、腹膜透析のほうがいいとなれば、していただくかもしれません。

田中 血液透析で困ったことがあれば、その時にされるということですね。

真木 ええ。別にイヤだというわけではありませんので。そんなに詳しくは知らないのですが、今のところ血液透析で不便もなく、もう生活のリズムもできていますのでね。

田中 例えば、真木さんのようにお仕事をしていたら、透析に拘束される時間がある程度問題になると思うのですが、腹膜透析ですと時間に関係なくできます。そういう意味で、お仕事を続けるという観点からは、腹膜透析は非常に向いているとは思っています。でも、今はとても良いペースでお仕事をされているので、変える必要はもろくないと思います。

津田さんは農家なので、腹膜透析だと病院に行かなくて良いというメリットがあると思うのですが。

津田 私も、腹膜透析のことは全然知りませんが、今は仕事をしていますので、血液透析の4時間は昼寝の時間になるんです（笑）。今のところ、合併症ありませんし、困ったことがないから血液透析がいいようです。

田中 休養を兼ねてということですね。谷口さんは、いかがですか。

谷口 私も、最初から血液透析ですっきりしています。腹膜透析が始まったころにはいろいろ問題もありましたが、自分できちんと管理できる方や環境であれば、腹膜透析をされるのもいいんじゃないかと思います。

田中 実は、日本ではまだ腹膜透析の普及率が低いのです。皆さんは最初に血液透析を導入されているのですが、主治医が最初に腹膜透析を強く勧めて、腹膜透析を選択された場合には、「血液透析に移りませんか」と話しても、「絶対に移らない」と、皆さんおっしゃいます。理由としては、「病院に行くのはイヤだ」、「針を刺されるのがイヤだ」、「シャントを造るのがイヤ」など、いろいろです。腹膜透析の良い点は、血液透析よりも食事制限がありませんし、血液透析のように病院に行かずにすむ。おうちでも、職場でも自分で管理できるということです。その点で私は、日本でも、腹膜透析がもっと広まったほうがいいのではないかと考えています。皆さんのようにイキイキと透析生活をされている方は、どちらにも適していると思います。

ただ、女性にとっては1点、お腹にチューブを入れているため、外見上、嫌だとおっしゃる方がいらっしゃるのと、液をお腹に溜めますから、スカートのサイズなどが液を入れている時と、入れていない時で違います。そういった外観上の問題を気にされる方がいらっしゃるかなと思って、伺ってみました。

次に、腎移植について、これから移植したいというご希望がごありかどうか、また、死体腎の登録をされているかどうかをお聞かせいただけますか。

腎移植をどう考えるか？

真木 希望ありませんし、登録もしていません。

田中 腎移植をしたくない理由は何でしょうか。

真木 今の状況はどうかわかりませんが、昔は、兄弟や親、家族から移植を受ける方はいらっしゃいました。また今は、血液型が違ってできるということですが、当時はできませんでした。

田中 今日本では、腎移植の定着率はものすごく良くなっています。免疫抑制剤も進歩して、非常に成績が良くなっていますので、ぜひ皆さんには、また考えてもらいたいと思っています。津田さんは、いかがですか。

津田 私も、考えていません。透析に入る時に、母はもう年でしたし、妹は結婚していたので、子どもたちの腎臓が悪くなったら、母親である妹があげなければならないわけです。先生からも、「透析をしていたほうがいいよ」と言われました。死体腎も登録していません。やはり、手術するのが恐いです。免疫抑制剤を使ったら、顔が大きくなるとか。

田中 副作用ですね。

津田 今は、そんなことはないのですか。

田中 かなり少なくなっていると思います。もちろん、絶対にないとは言えませんが、谷口さんは？

谷口 私は、透析に入った時に先生に勧められて組織適合検査をしたのですが、やはりその時の印象が悪かったんです。周りに、私と同じくらいの年で亡くなられた方や、すぐにまた透析に戻られた方が何人もおられたので、移植にはすごく抵抗がありました。ですから、「やってもいいよ」と言われるところまではいったのですが、透析の先生が、透析も移植も今後もっと進むから、別に急いでもなくてもいいんじゃないかとおっしゃって、そのままできています。

田中 今おっしゃったように、成績もすごく良くなっていますし、私どもの施設でも生体腎移植をされた方も、死体腎移植で成功された方もいらっしゃいます。谷口さんがおっしゃったように、最初のイメージが悪いとそれが残りますから、私たち腎臓内科医は、良い所、悪い所を含めて、移植に関する本当のインフォメーションを透析患者さんにもっと正確に伝えて、移植の登録を奨めるキャンペーンなどを行っていかなければいけないと思っています。ですから、皆さんにもぜひ登録をお願いしたいところです。

では最後に、皆さんから、現在透析を受けていらっしゃる患者さん、あるいはこれから透析を受けようという患者さんに対して、イキイキと透析生活を続けるコツ、アドバイスなどありましたらお願いします。

自分でできる範囲で活動的な生活を

谷口 私もそうでしたが、「透析をしたら人生終わり」と悲観的になれる方がいます。でも、きちんと自己管理をしていけば、もっともって元気になって何でもできるから、「ああ、もう駄目だ」、「なんでこんなに病院に来なくちゃいけないの。痛い思いばかりして」というふうに考えずに、もうちょっと前向きに考えたら、また違う面で生活も変わってくると思います。

それと、主治医や透析室のスタッフの方、家族を含めた多くの方々に支えられて生きていることを忘れてはいけないと思います。昔は、透析は社会復帰のために受けるのであって、すべての人が受けられる治療ではなかったんです。医療費も、保険分は立て替えて支払っていたのです。透析は、器械だけでなく、すべての面で昔とは比べものにならないほど進歩したと思います。だからこそ、一日一日を大切に生きていただきたいと思います。

真木 そうですね。昔と違って本当に良くなりました。私も、透析が始まって1年、2年はフラフラになり、もう普通の生活は送れない感じでしたが、今は会社も辞めなくていいですし、本当に良くなっていると思います。

「透析になってしまった」ということは事実なので、自分のできる範囲でいいから、その中で活動をしてもらいたい。病院に行くだけで、「もうこんなになってしまった。もう

駄目だ」というふうには思わないで、自分の足元を見て、できる活動をちょっとでもしてもらいたい。そしたら、それがだんだん広がってくると思う。私たちも、皆、そうだったと思います。

導入当時は、今の生活はできませんでした。でも、今やこうして16年、22年、31年と過ぎてきて、かなりのところまで生活できるようになりました。そんなに不平もなく過ごしています。だから、あきらめないうで、前向きな気持ちを持ってもらいたいですね。

津田 悲観しないでね。

真木 今、腎不全で透析のお年寄りの方がだんだん増えていきますよね。

田中 導入の平均年齢が65歳以上になりました。

真木 そういうお年寄りの方にとっては、透析というのはすごいハンディだと思うんですね。私たちは、若かったから乗り越えられたと思うのです。お年寄りの方は、本当に大変だろうなあと思いますし、どう乗り越えてもらったらいいかもわかりません。やはり、先生方に期待しますね。

田中 そうですね。透析治療が以前と比べて非常に楽になりましたから、高齢の方にも希望を持っていただきたい。もちろん、合併症をたくさんお持ちの方は大変な毎日とは思いますが、高齢でも透析ライフを楽しんでおられる方も、実際にたくさんいらっしゃいます。

それから、先ほど腹膜透析の話をしましたけれども、腹膜透析では血圧の変動が血液透

析と比べて少なく、体への負担が軽いので、高齢者の腹膜透析は伸びていく可能性は十分にあるかと思えます。

真木 まだまだ良くなる可能性が期待できるわけですね。それは、私たちにも嬉しいことです。

津田 私も同じ意見ですけど、やはり透析に入っても仕事は続けたほうが、イキイキと病院にも行けると思えます。「透析」だけになったら、そればかりを考えるようになりますよね。仕事を持っていたら、ほかに考えることがありますからね。

田中 仕事の中には、例えば主婦という仕事も入りますね。

津田 ええ。仕事です。

田中 自分のやりたいことがある、ということですね。

津田 それがあると、イキイキできるみたいです。

谷口 無理はいけないけれどもね。

真木 そう。無理をしては駄目。

谷口 無理はしないけれど、甘えないことですよね。

おわりに

田中 透析生活は、家族、医療のスタッフなど、周りの人たちに支えられているので、そこでまたお互いに理解を深めて、感謝し合うことも大切ですね。

今日お集まりいただきました皆さんは、この座談会のテーマのとおり、イキイキと前向きに透析生活を楽しんでおられます。今回は、女性ならではの楽しみ方や、ご苦労も含めて貴重なお話を伺うことができました。私自身も、一女性として大変勉強になりましたし、本当に楽しい座談会となりました。

今日の座談会は、現在、透析を受けておられる患者さん、そしてこれから透析を受けられる患者さんともに、希望を持っていただけるような内容だったのではないかと思います。お集まりいただきました皆さんが、ますますイキイキと、元気で幸せな透析生活を続けられることを願っております。

本日は、長い間どうもありがとうございました。楽しい座談会でした。

1. 日本腎臓財団の事業

当財団は、腎疾患患者さんや腎臓に関する研究、腎不全医療に携わる皆さまのお役に立つためにさまざまな事業に取り組んでいます。

(1) 透析療法従事職員研修会 平成18年7月14、15日講義開催

この研修は、現在の透析医療の基礎的な知識と技術をより多くの医療従事者の方々に習得していただくことによって、わが国の透析医療の向上に寄与し、ひいては腎不全患者さんのQOLの維持、向上に貢献しようとするものです。運営委員、講師、実習指定施設の先生方、スタッフの方々など多くのご協力をいただき、集中講義を2日間、また実習を1～4週間にわたり行っています。

(2) 透析療法従事職員研修 運営委員会 平成18年11月30日開催

19年度の研修の内容、講師、実習などについて話し合われました。19年度研修会の詳細についてはホームページにてご覧いただけます。

URL <http://www.jinzouzaidan.or.jp/>

(3) 雑誌「腎臓」編集委員会 平成18年7月19日、12月13日開催

今後の企画・編集内容について話し合われました。

雑誌「腎臓」は医療スタッフ向けに各号テーマを決めて、腎疾患全般にわたる論文を掲載しています。年3回発行しています。

(4) 雑誌「腎不全を生きる」編集委員会 平成18年6月24日、平成19年1月15日開催

次号の企画・編集内容について話し合われました。

雑誌「腎不全を生きる」は、患者さんご自身に腎不全について知っていただき、腎不全というハンディはあっても約26万人の多くの仲間と励まし合って、より良い生活が送れるよう、またその力を社会へ役立てていただきたい、という思いを込めて、わかりやすい内容を心がけて作成しています。年2回発行しています。

(5) 公募助成選考委員会

腎不全医療の発展に貢献すると期待される腎臓学研究者、腎不全医療関係者に対して、下記2つの助成を行っています。

・腎不全病態研究助成選考委員会 平成18年12月4日開催、平成19年3月23日開催

腎性貧血・腎性骨症に関する研究を対象としています。

・若手研究者に対する助成選考委員会 平成19年2月2日開催

腎臓病、特に腎不全医療に貢献する応用が可能な臨床研究を行っている、若手の研究者を対象としています。

(6) 褒賞

昭和 52 年より毎年、腎臓学に関する注目すべき業績に対して褒賞を行っています。

- ・平成 18 年度日本腎臓財団賞、学術賞 表彰式 平成 18 年 5 月 7 日開催

日本腎臓財団賞－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して多大な貢献をされた方

学術賞－腎臓学に関し、学術的に多くの方々に認められ、今後なお発展する公算が大きい研究業績をあげられた方

- ・平成 18 年度日本腎臓財団賞、学術賞 受賞者座談会 平成 18 年 8 月 7 日開催

研究の苦心談や今後の抱負をお話いただきました。この内容は、雑誌「腎臓」Vol. 29, No.3 に掲載しています。

- ・平成 19 年度日本腎臓財団賞、学術賞 選考委員会 平成 19 年 2 月 23 日開催

(7) 第 8 回臓器移植普及推進全国大会 平成 18 年 10 月 22 日開催

毎年 10 月を「臓器移植普及推進月間」として、全国一斉に移植医療に対する理解と協力のための普及啓発活動を、厚生労働省、都道府県、日本医師会などと共に主催として協力しています。その一環として、臓器移植普及推進全国大会が福島県で開催されました。

(8) CKD 対策推進委員会 平成 18 年 8 月 25 日、平成 19 年 1 月 26 日開催

透析が必要となる腎不全に至る前の、初期の段階から CKD（慢性腎臓病）として捉え、その進行を早い段階で抑制しようとする対策が、世界でも日本でも始まりました。当財団も、昨今の CKD への関心の高まりを踏まえ、CKD 対策推進委員会を組織しました。

(9) CKD 対策協議会

上記の CKD 対策の重要性を踏まえ、日本腎臓学会、日本透析医学会、日本小児腎臓病学会、そして当財団がコアとなり、平成 18 年 6 月 25 日に設立されました。現在は、オブザーバーの立場で参加しています。3 月 11 日には「世界腎臓デー」に合わせて、CKD 啓発イベントが開かれ、当財団が開催費用を助成しました。

(10) 第 58 回理事会、第 43 回評議員会 平成 19 年 3 月 17 日開催

平成 19 年度の事業計画・予算を策定しました。

2. 日本腎臓財団よりのお知らせ

(1) 「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にてお送りください。編集委員会にて検討の上、採択されたものに対して誌上にて回答させていただきます。個人的なケースに関するものは対応致しかねますのでご了承ください。

(2)「腎不全を生きる」は、当財団の事業に賛助会員としてご支援くださっている方々に対し、何かお役に立つものを提供させていただこうという思いから始めた雑誌です。巻末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取りください。スタッフの方は、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は、当財団よりお送り致します。その際には、巻末のハガキやお手紙、FAXにてご連絡ください。誠に恐縮ですが、郵送料はご負担いただいております。発行は、年2回の予定です。

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. 腎臓に関係のある研究団体・研究プロジェクト・学会・患者さんの団体に対して、研究・調査活動・学会開催・運営のための助成
2. 腎不全医療に貢献する若手研究者及び腎性貧血・腎性骨症に関する研究を行う腎臓病学研究者に対する公募助成
3. 透析療法従事職員研修（厚生労働省補助事業）
4. 雑誌「腎臓」（医療スタッフ向け）の発行
5. 雑誌「腎不全を生きる」（患者さん向け）の発行
6. 腎臓学の発展・研究、患者さんの福祉増進に貢献された方に対する褒賞
7. 厚生労働省の臓器移植推進月間活動に対する協力

以上の活動は、大勢の方々のご寄付、また賛助会員の皆様の会費により運営されています。

【税法上の優遇処置】

当財団は特定公益増進法人の認可を受けておりますので、当財団への寄付金・賛助会費に対しては税法上の優遇処置が適用されます。

ご寄付・賛助会員に関するお問い合わせは、下記までお願い申し上げます。

財団法人 日本腎臓財団 TEL 03-3815-2989 FAX 03-3815-4988

財団法人日本腎臓財団 賛助会員名簿

(平成19年2月28日現在)一順不同

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ください。

また、施設のスタッフの方は、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。

法人会員

医療施設

一般会員

北海道

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 うのクリニック

千秋医院

医療法人社団 養生館

苫小牧日翔病院

医療法人 北農会 恵み野病院

医療法人 はまなす はまなす医院

医療法人社団 信和会

石川泌尿器科

いのけ医院

医療法人社団 恵水会

田島クリニック

医療法人 クリニック1・9・8札幌

医療法人 北海道循環器病院

医療法人社団 腎友会

岩見沢クリニック

医療法人 溪和会 江別病院

医療法人 仁友会 北彩都病院

釧路泌尿器科クリニック

医療法人社団 耕仁会 曾我病院

青森県

医療法人 高人会

関口内科クリニック

一部事務組合下北医療センター

むつ総合病院

財団法人 秀芳園 弘前中央病院

財団法人 鷹揚郷

浩和医院

岩手県

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

医療法人 清和会

岩手クリニック水沢

秋田県

医療法人 明和会 中通総合病院

宮城県

仙石病院

医療法人 宏人会 中央クリニック

多賀城腎泌尿器クリニック

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

山形県

医療法人社団 清永会 矢吹病院

財団法人 三友堂病院

医療法人 健友会 本間病院

福島県

さとう内科医院

日東紡績株式会社 日東病院

医療法人 徒之町クリニック

財団法人 竹田総合病院

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

医療法人 西会 西病院

茨城県

医療法人 つくばセントラル病院

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

財団法人 筑波麓仁会

筑波学園病院

医療法人 博友会

菊池内科クリニック

医療法人財団 古宿会

水戸中央病院

医療法人財団 古宿会

水戸中央クリニック

医療法人 青藍会

大場内科クリニック

医療法人 住吉クリニック病院

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 幕内会 山王台病院

栃木県

医療法人 桃李会 御殿山クリニック

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 開生会 奥田クリニック

医療法人 明倫会 今市病院

医療法人 太陽会 足利第一病院

足利赤十字病院

医療法人社団 廣和会

両毛クリニック

医療法人 馬場医院

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

医療法人社団 日高会

平成日高クリニック

西片貝クリニック

医療法人社団 三矢会

前橋広瀬川クリニック

田口医院

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

有馬クリニック

埼玉県

医療法人 博友会 友愛クリニック

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 健正会 須田医院

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

医療法人社団 望星会

望星クリニック

医療法人社団 望星会 望星病院

朝比奈医院

医療法人財団 健和会

みさと健和クリニック

医療法人社団 信英会

越谷大袋クリニック

医療法人 慶寿会

春日部内科クリニック

医療法人 秀和会 秀和総合病院

医療法人社団 嬉泉会

春日部嬉泉病院

医療法人社団 愛和病院

高橋クリニック

医療法人社団 腎盛会

蓮田クリニック

医療法人 直心会 帯津三敬病院

医療法人社団 尚篤会

赤心クリニック

医療法人社団 誠弘会 池袋病院

医療法人 西狭山病院

医療法人財団 石心会 狭山病院

医療法人 壽鶴会 菅野病院

志木駅前クリニック

医療法人社団 堀ノ内病院

さくら記念病院

医療法人 蒼龍会 武蔵嵐山病院

医療法人社団 宏仁会 小川病院

医療法人社団 誠会

上福岡腎クリニック

医療法人社団 富家会 富家病院

医療法人社団 仁友会

入間台クリニック

医療法人社団 石川記念会

所沢石川クリニック

久保島診療所

医療法人 一心会 伊奈病院

千葉県

医療法人社団 新友会

新南行徳クリニック

特定医療法人社団 嬉泉会

大島記念嬉泉病院

医療法人社団 汀会 津田沼病院

医療法人社団 中郷会

新柏クリニック

東葛クリニック野田

医療法人社団 孚誠会

浦安駅前クリニック

医療法人社団 明生会

東葉クリニック東金

佐原泌尿器クリニック

安房医師会病院

医療法人社団 紫陽会 原クリニック

医療法人 鉄蕉会 亀田総合病院

医療法人社団 松和会

望星姉崎クリニック

特定医療法人 新都市医療研究会

君津会 玄々堂君津病院

東京都

医療法人社団 石川記念会

医療法人社団 清湘会

聖橋クリニック

国家公務員共済組合連合会

虎の門病院

南田町クリニック

品川腎クリニック
医療法人社団 博腎会 野中医院
医療法人社団 博樹会 西クリニック
日本医科大学 腎クリニック
医療法人財団 偕翔会
駒込共立クリニック
医療法人社団 りんご会 東十条病院
医療法人社団 貴友会 王子病院
医療法人社団 博栄会
赤羽中央総合病院附属クリニック
医療法人社団 博栄会
赤羽中央総合病院
医療法人社団 松和会
望星赤羽クリニック
医療法人社団 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 弘仁勝和会
勝和会井口病院
医療法人社団 成和会
西新井病院附属成和腎クリニック
医療法人社団 順江会
東京綾瀬腎クリニック
新小岩クリニック
医療法人社団 嬉泉会 嬉泉病院
青戸腎クリニック
加藤内科
医療法人社団 順江会 江東病院
医療法人社団 健腎会
小川クリニック
医療法人社団 今尾医院
南大井クリニック
医療法人社団 泉仁会
エバラクリニック
医療法人財団 仁医会
牧田総合病院
黒田病院
沢井医院
東京急行電鉄株式会社 東急病院

医療法人社団 昭和育英会
長原三和クリニック
医療法人社団 誠賀会
渋谷パーククリニック
並木橋クリニック
医療法人社団 正賀会
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
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 石川記念会
新宿石川病院
医療法人社団 松和会
望星西新宿診療所
医療法人社団 松和会
新宿恒心クリニック
西高田馬場クリニック
医療法人社団 豊済会
下落合クリニック
医療法人社団 誠進会
飯田橋村井医院
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
医療法人社団 昇陽会
阿佐谷すずき診療所
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 白水会
須田クリニック
腎研クリニック
池袋久野クリニック

医療法人財団 明理会 大和病院
医療法人社団 健水会
練馬中央診療所
医療法人社団 秀佑会 東海病院
医療法人社団 優人会
優人クリニック
医療法人社団 蒼生会 高松病院
医療法人社団 東仁会
吉祥寺あさひ病院
医療法人社団 圭徳会
神代クリニック
医療法人社団 東山会 調布東山病院
医療法人社団 心施会
府中腎クリニック
医療法人社団 大慈会 慈秀病院
美好腎クリニック
医療法人社団 松和会
望星田無クリニック
東村山診療所
医療法人社団 健生会 立川相互病院
医療法人社団 三友会
あけぼの第二クリニック
医療法人社団 好仁会 滝山病院

神奈川県
川崎医療生活協同組合
川崎協同病院
前田記念腎研究所
医療法人社団 亮正会
高津中央第二クリニック
国家公務員共済組合連合会
虎の門病院分院
医療法人 あさお会
あさおクリニック
医療法人社団 善仁会 横浜第一病院
医療法人社団 一真会
日吉斎藤クリニック
医療法人社団 緑成会 横浜総合病院
特定医療法人 興生会 相模台病院

東芝林間病院
医療法人社団 聡生会
阪クリニック
徳田病院
医療法人社団 松和会
望星関内クリニック
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 朋進会
横浜南クリニック
医療法人社団 朋進会
東神クリニック
医療法人 眞仁会 横須賀クリニック
医療法人社団 湯沢会
西部腎クリニック
特定医療法人社団 新都市医療研究会
君津会 南大和病院
医療法人社団 三思会
東名厚木病院
医療法人社団 愛心会
湘南鎌倉総合病院
医療法人社団 松和会
望星藤沢クリニック
特定医療法人社団 若林会
湘南中央病院
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
特定医療法人財団 倉田会
くらた病院
医療法人社団 松和会
望星平塚クリニック
医療法人社団 松和会
望星大根クリニック
及川医院

新潟県

医療法人社団 喜多町診療所

財団法人 小千谷総合病院
舞平クリニック
新潟医療生活協同組合 木戸病院
医療法人社団 大森内科医院
山東第二医院
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 山東医院
医療法人 新潟勤労者医療協会
下越病院
医療法人社団 甲田内科クリニック
医療法人社団 青柳医院

富山県

医療法人社団 陸心会 あさなぎ病院
榊崎クリニック
特定医療法人財団 博仁会 横田病院

石川県

パークビル透析クリニック
医療法人社団 越野病院
医療法人社団 田谷会
田谷泌尿器科医院
加登病院
医療法人社団 井村内科医院
医療法人社団 らいふクリニック

福井県

財団医療法人 藤田記念病院
医療法人 青々会 細川泌尿器科医院

山梨県

医療法人 静正会 三井クリニック
医療法人 永生会
多胡腎・泌尿器クリニック

長野県

医療法人 慈修会
上田腎臓クリニック

医療法人 丸山会 丸子中央総合病院
医療法人社団 真征会
池田クリニック
医療法人 慈泉会 相澤病院
医療法人 輝山会記念病院
松塩クリニック透析センター

岐阜県

医療法人社団 厚仁会 操外科病院
医療法人社団 双樹会 早徳病院
社団医療法人 かなめ会
山内ホスピタル
医療法人社団 誠広会 平野総合病院
医療法人 蘇西厚生会 松波総合病院
医療法人社団 大誠会
松岡内科クリニック
医療法人社団 大誠会
大垣北クリニック
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 録三会 太田病院
医療法人 薫風会
高桑内科クリニック
医療法人 偕行会岐阜
中津川共立クリニック
新可児クリニック

静岡県

医療法人社団 一秀会 指出泌尿器科
医療法人社団 桜医会 菅野医院分院
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 天成会 天野医院
錦野クリニック
医療法人社団 邦楠会 五十嵐医院
医療法人社団 新風会 丸山病院
総合病院 聖隷浜松病院
医療法人社団 三宝会
志都呂クリニック

医療法人社団 正徳会
浜名クリニック
協立十全病院
掛川市立総合病院

愛知県

医療法人社団 三遠メディメイツ
豊橋メイツクリニック
医療法人 明陽会 成田記念病院
医療法人 有心会 愛知クリニック
医療法人 大野泌尿器科
中部岡崎病院
医療法人 葵 葵セントラル病院
岡崎北クリニック
医療法人 仁聖会 西尾クリニック
愛知県厚生農業協同組合連合会
安城更生病院
医療法人 仁聖会 碧南クリニック
医療法人 光寿会 多和田医院
医療法人 慈照会 西城クリニック
医療法人 友成会 名西クリニック
医療法人 衆済会 増子記念病院
医療法人 偕行会 名古屋共立病院
医療法人 吉祥会 岡本医院本院
医療法人 名古屋記念財団
金山クリニック
医療法人 名古屋記念財団
鳴海クリニック
医療法人 有心会
大幸砂田橋クリニック
医療法人 厚仁会 城北クリニック
医療法人 白楊会
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 幸世会 中京厚生クリニック
医療法人 新生会 新生会第一病院
医療法人 豊水会 みずのクリニック
医療法人 ふれあい会
美浜クリニック

医療法人 豊賢会 加茂クリニック
医療法人 研信会 知立クリニック
医療法人 ふれあい会
半田クリニック
医療法人 名古屋記念財団
東海クリニック
医療法人 名古屋東クリニック
佐藤病院
愛知県厚生農業協同組合連合会
愛北病院
医療法人 徳洲会
名古屋徳洲会総合病院
医療法人 本地ヶ原クリニック
医療法人 宏和会 あさい病院
医療法人 糖友会 野村内科
医療法人 大雄会 大雄会第一病院
医療法人 佳信会 クリニックつしま

三重県

四日市社会保険病院
医療法人社団 主体会 主体会病院
医療法人 三愛 三愛病院
医療法人 山本総合病院
桑名市民病院
医療法人 博仁会 村瀬病院
三重県厚生農業協同組合連合会
鈴鹿中央総合病院
医療法人 暁純会 武内病院
医療法人 同心会 遠山病院
医療法人 吉田クリニック
医療法人 暁純会 榊原温泉病院
医療法人 大樹会
はくさんクリニック
三重県厚生農業協同組合連合会
松阪中央総合病院
医療法人 康成会 ほりいクリニック
名張市立病院
伊賀市立 上野総合市民病院
医療法人社団 岡波総合病院

医療法人 友和会 竹沢内科歯科医院
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

京都府

医療法人財団 康生会 武田病院
医療法人 医仁会 武田総合病院
社会福祉法人 京都社会事業財団
西陣病院
医療法人 明生会 賀茂病院
医療法人社団 洛和会 音羽病院
医療法人 桃仁会 桃仁会病院

大阪府

財団法人 住友病院
近藤クリニック
財団法人 田附興風会医学研究所
北野病院
特定医療法人 協和会
北大阪クリニック
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 永寿会 福島病院
医療法人 清医会 三上クリニック
医療法人社団 有隣会 東大阪病院
いりまじりクリニック
医療法人 河村クリニック
新大阪病院
橋中診療所
医療法人 トキワクリニック
特別・特定医療法人 仁真会
白鷺病院
医療法人 淀井病院

医療法人 厚生会 共立病院
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 西診療所
医療法人 好輝会 梶本クリニック
財団法人 厚生年金事業振興団
大阪厚生年金病院
医療法人 恵仁会 小野内科医院
岸田クリニック
北川クリニック
医療法人 愛仁会 高槻病院
医療法人 小野山診療所
医療法人 門真クリニック
医療法人 拓真会 仁和寺診療所
医療法人 拓真会 田中クリニック
医療法人 梶野クリニック
中村診療所
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 垣谷会 明治橋病院
医療法人 仁悠会 加納クリニック
医療法人 仁悠会 寺川クリニック
特定医療法人 徳洲会
八尾徳洲会総合病院
医療法人 大道クリニック
医療法人 吉原クリニック
医療法人 柏友会 柏友クリニック
医療法人 淳康会 堺近森病院
財団法人 浅香山病院
医療法人 平和会 永山クリニック
医療法人 野上病院
医療法人 好輝会
梶本クリニック分院
医療法人 生長会 府中病院
医療法人 琴仁会 光生病院
医療法人 啓仁会 咲花病院
医療法人 良秀会 藤井病院

医療法人 尚生会 西出病院
医療法人 泉南玉井会
玉井整形外科内科病院
医療法人 紀陽会 田仲北野田病院
医療法人 温心会 堺温心会病院

兵庫県

原泌尿器科病院
医療法人社団 王子会
王子クリニック
三田・寺川泌尿器科医院
彦坂病院
医療法人 川崎病院
医療法人社団 慧誠会
岩崎内科クリニック
医療法人 薫風会 佐野病院
医療法人社団 坂井瑠実クリニック
特定医療法人社団 五仁会
住吉川病院
医療法人 永仁会 尼崎永仁会病院
牧病院
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
公立学校共済組合 近畿中央病院
医療法人 回生会 宝塚病院
医療法人社団 九鬼会
くきクリニック
医療法人 協和会 協立病院
医療法人 協和会 第二協立病院
特定医療法人社団 紀洋会 岡本病院
医療法人社団 普門会 遠藤病院
あさひ病院
北条田仲病院
医療法人社団 樂裕会
荒川クリニック
医療法人社団 啓節会 阪本医院

奈良県

医療法人 岡谷会 おかたに病院
医療法人 新生会 高の原中央病院
財団法人 天理よろづ相談所病院
吉江医院
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 晃和会 谷口病院
柏井内科クリニック
医療法人 淳風会 熊野路クリニック
医療法人 裕紫会 中紀クリニック

鳥取県

医療法人社団 三樹会
吉野・三宅ステーションクリニック
独立行政法人 労働者健康福祉機構
山陰労災病院

島根県

岩本内科医院

岡山県

医療法人社団 福島内科医院
幸町記念病院
医療法人 天成会 小林内科診療所
岡山済生会総合病院
笛木内科医院
医療法人 創和会
重井医学研究所附属病院
医療法人 岡村一心堂病院
医療法人 創和会 しげい病院
医療法人社団 西崎内科医院
財団法人 倉敷中央病院
医療法人社団 清和会 笠岡第一病院
医療法人社団 菅病院
医療法人 井口会 総合病院落合病院

広島県

医療法人社団 尚志会 福山城西病院
日本鋼管福山病院
医療法人社団 仁友会
尾道クリニック
医療法人社団 辰星会 新開医院
医療法人社団 陽正会 寺岡記念病院
特定医療法人 あかね会
土谷総合病院
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 光仁会 梶川病院
医療法人社団 博美医院
医療法人社団 スマイル 博愛病院
西亀診療院

山口県

医療法人 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 神徳会 三田尻病院
医療法人社団 正清会
すみだ内科クリニック
済生会 山口総合病院
医療法人 医誠会 都志見病院

徳島県

医療法人 尽心会 亀井病院
医療法人 川島会 川島病院
医療法人 うずしお会 岩朝病院
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 明和会 田蔭病院

香川県

横井内科医院
医療法人財団 博仁会
キナシ大林病院

医療法人 純心会 普通寺前田病院
医療法人 圭良会 永生病院
太田病院

愛媛県

佐藤循環器科内科
医療法人 小田ひ尿器科
日本赤十字社 松山赤十字病院
医療法人 仁友会 南松山病院
医療法人社団 重信クリニック
医療法人 武智ひ尿器科・内科
医療法人 衣山クリニック
財団法人 積善会 十全総合病院
医療法人 木村内科医院
医療法人社団 恵仁会
三島外科胃腸クリニック
社会福祉法人恩賜財団 済生会
今治病院
医療法人社団 樹人会 北条病院

高知県

医療法人 竹下会 竹下病院
医療法人 近森会 近森病院
医療法人社団 若鮎 北島病院
医療法人 光生会 森木病院
医療法人 尚賢会 高知高須病院
医療法人 清香会 北村病院
医療法人 川村会 くほかわ病院

福岡県

医療法人 阿部クリニック
医療法人 宮崎医院
医療法人 真鶴会 小倉第一病院
医療法人 共愛会 戸畑共立病院
財団法人 健和会 戸畑けんわ病院
医療法人 親和会 天神クリニック
医療法人 八幡クリニック
医療法人財団 はまゆう会
王子病院

医療法人 イーアンドエム
水巻クリニック
医療法人 健美会 佐々木病院
医療法人 寿芳会 芳野病院
医療法人 医心会
福岡腎臓内科クリニック
医療法人社団 三光会
三光クリニック
医療法人 後藤クリニック
医療法人 喜悦会 那珂川病院
医療法人 青洲会 福岡青洲会病院
医療法人 原三信病院
コウケン医院
医療法人社団 信愛会
重松クリニック
医療法人 徳洲会
福岡徳洲会病院
医療法人 至誠会 島松内科医院
医療法人社団 信愛会
信愛クリニック
医療法人 白十字会 白十字病院
医療法人 西福岡病院
医療法人 ユーアイ西野病院
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
花畑病院
医療法人 雪の聖母会
聖マリア病院
医療法人 飯田泌尿器科医院
杉循環器科内科病院
医療法人 親仁会 米の山病院
医療法人 弘恵会 ヨコクラ病院
医療法人 天神会 古賀病院 21
医療法人 吉武泌尿器科医院

佐賀県

医療法人 力武医院
医療法人 幸善会 前田病院

長崎県

広瀬クリニック 泌尿器科
医療法人 衆和会 桜町クリニック
医療法人 衆和会 桜町病院
医療法人社団 健昌会 新里内科
医療法人 光晴会病院
医療法人 厚生会 虹が丘病院
医療法人社団 健絃会
田中クリニック
医療法人 泌尿器科・皮ふ科 菅医院
医療法人社団 兼愛会 前田医院
医療法人 きたやま泌尿器科医院
医療法人 誠医会 川富内科医院
医療法人 白十字会 佐世保中央病院
医療法人 栄和会 泉川病院
医療法人 青洲会病院
医療法人 医理会 柿添病院
地方独立行政法人 北松中央病院

熊本県

医療法人 野尻会 熊本泌尿器科病院
医療法人 邦真会 桑原クリニック
医療法人社団 仁誠会
熊本第一クリニック
植木いまふじクリニック
医療法人 春水会 山鹿中央病院
医療法人社団 中下会
内科熊本クリニック
医療法人 宮本会 益城中央病院
医療法人 幸翔会 瀬戸病院
医療法人社団 松下会
あけぼのクリニック
社会福祉法人恩賜財団 済生会
熊本病院

医療法人 健軍クリニック
医療法人財団 聖十字会 西日本病院
上村循環器科
医療法人社団 岡山会 九州記念病院
医療法人 腎生会 中央仁クリニック
医療法人社団 純生会
福島クリニック
国家公務員共済組合連合会
熊本中央病院
財団法人 杏仁会 江南病院
医療法人社団 永寿会 天草第一病院
医療法人社団 荒尾クリニック
保元内科クリニック
医療法人社団 道顕会
原内科クリニック
医療法人 寺崎会
てらさきクリニック
医療法人 清藍会 たかみや医院
医療法人 回生会 堤病院
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 厚生会 うきクリニック
医療法人社団 聖和会 宮本内科医院
医療法人 坂梨ハート会
坂梨ハートクリニック
医療法人社団 永寿会
大矢野クリニック

大分県

医療法人社団 顕腎会
大分内科クリニック
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

賀来内科医院
医療法人社団 正央会
古城循環器クリニック
医療法人 清栄会 清瀬病院

宮崎県

医療法人社団 健腎会
おがわクリニック
医療法人社団 弘文会 松岡内科医院
医療法人社団 森山内科クリニック
医療法人 芳徳会 京町共立病院

鹿児島県

医療法人 鴻仁会 呉内科クリニック
財団法人 慈愛会 今村病院分院
医療法人 翠会 中木原病院
医療法人 青仁会 池田病院
医療法人 森田内科医院
医療法人 参篤会 高原病院

沖縄県

豆の木クリニック
特定医療法人 沖縄徳洲会
南部徳洲会病院
医療法人 和の会 与那原中央病院
医療法人 博愛会 牧港中央病院
医療法人 平成会 とうま内科
医療法人 待望主会 安立医院
医療法人 敬愛会 総合病院中頭病院
医療法人 中部徳洲会
中部徳洲会病院
医療法人 道芝の会 平安山医院
北部地区医師会病院

医薬品・医療機器・その他の法人、団体等

特別会員 a (10口以上)

伊藤興業有限公司	株式会社 三菱東京 UFJ 銀行
中外製薬株式会社	三菱マテリアル株式会社

特別会員 b (5口以上)

旭化成ファーマ株式会社	興和株式会社	ノバルティスファーマ株式会社
キューピー株式会社	三共株式会社	扶桑薬品工業株式会社
キリンビール株式会社	武田薬品工業株式会社	

一般会員

旭化成メディカル株式会社	営業推進部	愛知医科大学附属病院
味の素株式会社	株式会社 日本医事新報社	腎臓・膠原病内科
アステラス製薬株式会社	日本シエリング株式会社	川崎医科大学 腎臓内科
エーザイ株式会社	日本ベーリンガーインゲルハイム株式会社	埼玉医科大学総合医療センター 人工腎臓部
株式会社 大塚製薬工場	バクスター株式会社	順天堂大学医学部 腎臓内科
川澄化学工業株式会社	株式会社 林寺メディノール	昭和大学医学部 腎臓内科
ガンプロ株式会社	ボストン・サイエンティフィック ジャパン株式会社	信州大学医学部附属病院 血液浄化療法部
杏林製薬株式会社	三菱ウェルファーマ株式会社	東京医科大学 腎臓科
株式会社 サナス 有限会社 ジェイ・サポート	株式会社 メディカル・オブリージュ	東京慈恵会医科大学 腎臓・高血圧内科
塩野義製薬株式会社	持田製薬株式会社	名古屋市立大学大学院医学研究科 生体総合医療学講座 臨床病態内科学
泉工医科工業株式会社	医学中央雑誌刊行会	名古屋大学医学部附属病院 在宅管理医療部
大正富山医薬品株式会社	独立行政法人 科学技術振興機構	新潟大学大学院 腎泌尿器病態学分野
大日本住友製薬株式会社	財団法人 日本医薬情報センター 附属図書館	浜松医科大学医学部附属病院 血液浄化療法部
テルモ株式会社	財団法人 国際医学情報センター	福島県立医科大学医学部附属病院 第三内科
株式会社 東機質	三泉化成株式会社	大津市民病院 血液浄化部 腎友会
東京電力株式会社	東京海上日動火災保険株式会社	
東洋紡績株式会社	ピー・シー・エー株式会社	
東レ株式会社	明治安田生命保険相互会社	
日機装株式会社	横山印刷株式会社	
ニプロ株式会社		
ニプロファーマ株式会社		

個人会員（敬称略）

特別会員b（5口以上）

折田 義正 山本 秀夫

一般会員

赤本 公孝	岡島英五郎	小磯 謙吉	申 曾洙	中西 健	槇野 博史
秋澤 忠男	岡野 善雄	越川 昭三	杉野 信博	中根 佳宏	松尾 清一
浅野 泰	小木 美穂	小柴 弘巳	園田 孝夫	二瓶 宏	松岡 昇
東 徹	柏原 直樹	小林 豊	高梨 正博	萩原 良治	松島みどり
阿部 憲司	鎌田 貢壽	小林 正貴	高橋 公太	橋本 公作	松山 由子
荒川 正昭	川口 良人	小山 哲夫	高正 智	服部美登里	御手洗哲也
安藤 明美	河辺 満彦	小山敬次郎	竹澤 真吾	羽山 勝治	水戸 孝文
五十嵐 隆	川村 壽一	斎藤 明	武田 邦彦	原 茂子	宮崎 正信
伊藤 貞嘉	川本 正之	齋藤 昭	玉置 清志	原田 孝司	森山 君子
伊藤 久住	菊池健次郎	斉藤 喬雄	陳 順子	菱田 明	山下 和子
稲垣 勇夫	北尾 利夫	酒井 紀	土方眞佐子	深川 雅史	山本 茂生
上田 峻弘	北川 照男	酒井 糾	椿原 美治	藤田 敏郎	横井 弘美
上田 尚彦	久木田和丘	佐多 優子	霍間 俊文	藤見 惺	吉川 敏夫
大久保充人	倉山 英昭	佐中 孜	富野康日己	星井 桜子	吉野美裕紀
太田 善介	黒川 清	澤井 仁郎	長尾 昌壽	細谷 龍男	米本 昌平
大橋 信子	下条 文武	重松 秀一	中川 健一	洞 和彦	頼岡 徳在
大浜 和也	小泉 正規	清水不二雄	長澤 俊彦	本田 眞美	渡邊 有三
大平 整爾					

●編集同人（五十音順）

阿部 年子	清永会 矢吹病院・看護師	長山 勝子	岩見沢市立総合病院 看護部・看護師
石橋久美子	正清会 すみだ内科クリニック・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
上田 峻弘	市立札幌病院 腎臓内科・医師	橋本 史生	H・N・メディック・医師
植松 節子	栄養士	羽田 茲子	東京女子医科大学 東医療センター 栄養課・栄養士
鶴飼久美子	みやぎ清耀会 緑の里クリニック 栄養課・栄養士	原田 篤実	松山赤十字病院 腎センター・医師
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	平田 純生	熊本大学 薬学部 臨床薬理学分野・薬剤師
小木 美穂	日本福祉大学・元ケースワーカー	藤井 正満	総合病院東香里病院・医師
川西 秀樹	あかね会 土谷総合病院・医師	洞 和彦	信州大学医学部附属病院 血液浄化療法部・医師
島松 和正	至誠会 島松内科医院・医師	水附 裕子	看護師
杉村 昭文	玄々堂君津病院 薬局・薬剤師	南 幸	川島会 川島病院 透析室・看護師
高田 貞文	明和会 田蒔病院 事務局・臨床工学技士	横山 仁	金沢大学医学部附属病院 血液浄化療法部・医師
田村 智子	寿楽会 大野記念病院 栄養科・栄養士	吉岡 順子	健腎会 おがわクリニック・看護師
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・医師		

編集後記

世界中のあちこちで異常気象が観測されています。地球は年々確実に暖かくなっているようです。スイスの氷河やヒマラヤの氷河、またグリーンランドや北極海の氷も確実に縮小後退しています。わが国でも、ソメイヨシノの開花が“鹿児島よりも東京が早い”という、桜前線北上の逆転現象が見られています。これも暖冬の影響だそうです。

地球温暖化の最大の原因は、化石燃料の大量消費による二酸化炭素の排出にあります。透析医療においてもダイアライザ、血液回路、注射筒、穿刺針、消毒用トレーなど、どれをとっても石油製品ばかり。毎日大量に消費されているのを見ると、「石油に代わるほかのもので作れないのか？」と考えてしまいます。今後の透析医療を確実に継続維持していくためにも、“地球温暖化防止対策”にもっと耳を傾けなければいけないのではないのでしょうか。

さて、ここに2007年第1号の「腎不全を生きる」をお届けすることができました。皆様からお寄せいただいた多くのご意見を参考に、昨年の夏から準備して参りました。

「オピニオン」では、昭和大学の秋澤忠男先生に“慢性腎臓病と世界腎臓デー”についてご執筆いただきました。腎臓機能が正常人の60%未満しかない方が、わが国に2,000万人いると推定されているようです。この数は一般住民の約6人に1人にあたります。このことは、透析患者さんがさらに増える可能性を示唆しており、今後大きな問題になってくると考えられます。

「対談」では、前号に引き続き“透析とともに生きて～34年の歩み”と題し、春木繁一先生と柴垣昌功先生に第2回目をお願いいたしました。今回も透析患者さんの様々な心の葛藤を、春木先生ご自身の経験から生々しく語っていただきました。

「患者さんへの提言」としては、慶應義塾大学の稲本元先生に“難渋する便秘への対策”をご執筆いただきました。“便秘の起こるメカニズムを知り、適切な対処を行うことが重要”と、わかりやすく解説していただきました。

「座談会；透析医療をささえる人びと」では、ケアマネジャーと看護師さんを交え、桃仁会病院の小野利彦先生に司会をお願いして、“高齢者をささえるスタッフ—在宅ケアを考えよう”という座談会を行いました。高齢透析患者さんをどのように支えていくか、現場スタッフの立場から率直なお話をいただきました。

「腎臓病学入門」では、“透析患者さんと薬剤”を熊本大学の平田純生先生に、“味覚異常を含めた口腔ケア”を日本歯科大学の又賀泉先生にわかりやすくご執筆いただきました。

「患者さんの座談会」では、透析生活をエンジョイされている3人の“イキイキ女性”にお集まりいただきました。あけぼのクリニックの田中元子先生の司会で、大変楽しい女性だけの座談会となりました。

本号も、皆様のお役に立てる内容が盛りだくさんだと思います。どうかゆっくりとお読みいただき、感想などお寄せいただけたら幸いです。

(編集委員長 栗原 怜)

●編集委員 (五十音順)

- 委員長 栗原 怜 (慶寿会 春日部内科クリニック・医師)
- 委員 佐中 孜 (東京女子医科大学 東医療センター・医師)
- 委員 田中 元子 (松下会 あけぼのクリニック・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 平松 信 (岡山済生会総合病院・医師)
- 委員 政金 生人 (清永会 矢吹病院・医師)
- 委員 横山啓太郎 (東京慈恵会医科大学附属病院・医師)
- 委員 渡邊 有三 (春日井市民病院・医師)

腎不全を生きる VOL. 35, 2007

発行日：2007年3月25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

URL <http://www.jinzouzaidan.or.jp/>

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：横山印刷株式会社

◆記事・写真などの無断転載を禁じます。

◆非売品

キリンビール株式会社 医薬カンパニー

より良い透析療法を
明らかにするために

DOPPS

Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study

(血液透析の治療方法と予後についての調査)

キリンビールはDOPPSをサポートしています。

DOPPSは、透析患者さんのより良い予後につながる透析療法を明らかにするために始められた“国際的、前向き、観察研究”で、1996年よりアメリカ、ヨーロッパ、日本で順次開始され、現在は世界12カ国で実施されています。この研究は、世界で初めての国際的共同作業で進められており、大きな期待が寄せられています。すでに学会や学術誌で発表されているこれらの成績は、各地域、各国の透析医療の特徴を示す一方、その違いについて分析する事で、より良い予後につながる透析療法のヒントが得られるものと期待されています。

この研究は、キリンビール、Amgen社（アメリカ）の協力のもと、進められています。

NIPRO



いのち
生命の幸せを感じてほしいから…

新領域に果敢に挑み、
さらに多くの人々に信頼される **NIPRO** をめざしています。

Medical supplies for the world population



NIPRO

ニプロ株式会社
大阪市北区本庄西3丁目9番3号