

SSKA

東 腎 協

2004年 11 月 15 日

号 外

第16回腎臓病を考える都民の集い報告集

● 講 演

糖尿病(生活習慣病)からの透析を遅らせる方法

日本医科大学腎臓内科部長

飯野靖彦先生

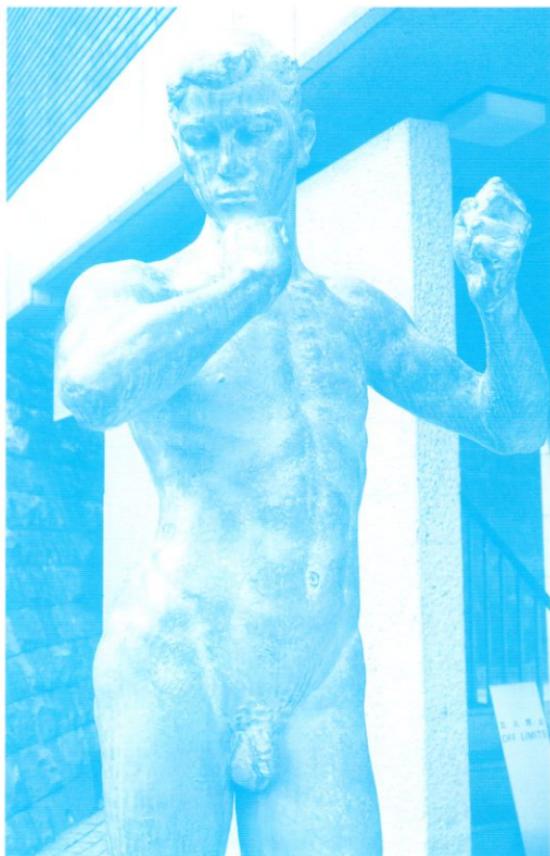
腎臓病の悪化を防ぐ食事管理

東京女子医大第二病院内科教授

佐中孜先生

● 食事療法体験談

体験者 鈴木英範さん



撮影 加藤 茂

東京都腎臓病患者連絡協議会(東腎協)

事務局・☎170-0005 豊島区南大塚2-42-6 信友大塚ビル6F
郵便振替口座 00150-0-128390 ☎03-3944-4048 FAX03-5940-9556
<http://www.normanet.ne.jp/~toujin/>
E-mail info@toujin.jp

第16回腎臓病を考える都民の集い

～今の生活習慣で健康を維持して行くには～

◎ 総合司会

ジャーナリスト 松村満美子

◎ 講演

糖尿病(生活習慣病)からの透析を遅らせる方法

日本医科大学腎臓内科部長 飯野 靖彦 先生

腎臓病の悪化を防ぐ食事管理

東京女子医大第二病院内科教授 佐中 孜 先生

◎ 食事療法体験談

体験者 鈴木 英範

◎ 医療相談コーナー



◎ 日 時

平成16年1月18日(日) 午後1時開場～3時30分

◎ 場 所

豊島区民センター文化ホール(定員279) 池袋駅より徒歩5分
豊島区東池袋1-20-10 TEL03-3984-7601



共 催 **東京都腎臓病患者連絡協議会**
社団法人 日本腎臓学会

後援予定 / 東京都、豊島区、北区、練馬区、(社)東京都医師会、(社)日本透析医学会、(社)日本透析医会、
三多摩腎疾患治療医会、(社)日本臓器移植ネットワーク、ライオンズクラブ国際協会330-A地区、
東京難病団体連絡協議会、(財)日本腎臓財団、(社)全国腎臓病協議会

お問い合わせ / **東京都腎臓病患者連絡協議会** 〒170-0005 東京都豊島区南大塚2-42-6 信友大塚ビル6階
Tel:03-3944-4048 Fax:03-5940-9556 e-mail:info@toujin.jp

主催者あつちや

松村 皆様、こんにちは。御紹介
いただきました、松村でございます。
きょうは、私は腎臓サポート
協会の代表として全般的司会、そ
して、後段ではパネルディスカッ
ションの方もお手伝いをさせてい
ただくことになっております。

きょうは保存期の方が割りに多
くていらつしやる。ラジオを聞い
たり、広報紙で見たという方が多
いためこれから透析という方がか
なりいらつしやるということでご
ざいます。健康相談を先生方にお
願いますという方もかなりたく
さんいらつしやるんですね。

腎臓サポート協会の「そらまめ



松村満美子さん

通信」も、台の上に置いておきま
すのでお持ち下さい。きょう御出
演の鈴木英範さんは、CAPD導
入していらつしやるんですが、非常
にストイックな食事療法をきちん
とやつた方ですが、とても楽しく
食事療法をなさつております。「そ
らまめ通信」にも登場していらつ
しやいます。佐中先生にも紙面に

御登場いただいておりますので、
お帰りにはどうぞお持ちになつて
いただきたいと思ひます。

まず、開会に当たりまして、東
京都腎臓病患者連絡協議会の榊原
靖夫会長から皆様にごあいさつを
いたします。榊原さん、どうぞ。

東京都腎臓病患者連絡協議会

会長 榊原 靖夫

榊原 皆さん、こんにちは。東腎
協の榊原でございます。

腎臓病患者、並びに私たちのよ
うな透析患者の増加を抑制するど
う願ひを込めまして、この都民



東腎協会長 榊原靖夫さん

先ほど御紹介申し上げましたよ
うに、総合司会を快くお受けいた
だきました松村さんには、本当に
この催しを始めてからずっと熱心
にこの我々の活動にかかわつてい
ただいております。

また本日御講演をいただきます
飯野先生、佐中先生を始め、これ
までに多くの先生方にお話をちょ
うだいし、また、医療相談コーナ
ーにおいては、大変数多くの患者
さんにいるいろいろな先生方に対応
していただいております。そう
いう皆様方の熱心な御支援と御協
力のおかげだと、私ども一同思つ
ております。この場をお借りいた
しまして、改めて、御協力いただ
いた方々に厚く御礼を申し上げます。
さて、本日御来場の皆さんは現
在多分腎臓病と聞つていらつしや
る方や、まだまだ透析導入前で頑
張つていらつしやる方、また、そ
の御家族の方々かとお察し申し上
げておりますが、本日のお二人の

の集いを啓蒙啓発活動として、東
腎協の重点活動の1つに位置づけ
まして、毎年開催してまいりまし
た。本年が第16回目になるとい
うことでございます。これもひとえ
に今回共催していただいております
日本腎臓学会、それから、御後援
をすつといただいております東京
都の健康局様、並びに豊島区・北
区・練馬区等の自治体の皆様方、
それから東京都医師会様、日本透
析医学会様、日本透析医会様、日
本臓器移植ネットワーク様、ライ
オンズクラブ様、東灘連様、それ
から、日本腎臓財団様、等々の諸
団体の皆様方の御後援、それから、

先生方の御講演をしっかりとお聞きいただいて、また、第2部の鈴木さんの体験談とか、またはパネルディスカッションも御用意してございますが、これらもぜひ御自分自身の参考にしていただきたいと思っております。

御存じかどうかはわかりませんが、全国で約23万人、東京ではやはり2万3000人ぐらいいわれています。透析患者である私たちの、透析患者の仲間にならぬよう、本日はしっかりと勉強して帰っていただければと、東腎協会員一同、希望いたしております。そして、御来場の皆さんにとつて本日が大変有意義な一日であればと祈っております。大変簡単でございますが、東腎協を代表いたしましたので、ごあいさつとさせていただきます。

松村 榊原さん、ありがとうございます。榊原会長も透析9年目でございます。大変元気に患者会活動をいらつしやいます。それから、きょう相談コーナーを受け持ってくださいる先生を御紹介をさせていただきます。東京女子医科大学第二病院腎臓内科の樋口千恵子先生、そして、高島平中

中央総合病院腎臓内科の鈴木孝子先生、この両先生でございます。

それでは、ご来賓の御礼をいただきたいと思っております。東京都健康局医療サービス部疾病対策課の課長さんでいらつしやいます。清古愛弓さん、どうぞよろしく願っています。

東京都健康局疾病対策課

課長 清古 愛弓

清古 皆様、こんにちは。東京都健康局の疾病対策課長の清古と申します。よろしく願っています。東京都の難病対策と、移植医療対策を担当しております。いつも東京都腎臓病患者連絡協議会様には大変お世話になっております。特に、毎年10月の臓器移植推進月間において、意思表示カードを大変たくさん配布していただいております。大変感謝しております。健康局でも、昨年は健康局の本庁職員全員と、一部の事業所の職員に意思表示カードを配りました。皆様もぜひ身近な方にお話しいただきたいと思っております。

現在、腎臓移植の都内在住待機患者さんは約1,300人いらつ



東京都健康局 清古愛弓さん

しゃるそうです。都内は医療機関も多く、臓器提供を行える指定医療機関は35施設公表されております。しかし、なかなか実績が伸びておりません。毎年提供実績のある医療機関の数は減ってきております。今後東京都では、臓器提供の指定の各医療機関に臓器移植推進連絡員という人を決めていただく、研修会を実施しまして、都内の臓器移植を推進していきたいと考えております。今月末に専門家の先生からなる移植推進部会という会議を開催しまして、どんな方法ができるのか議論していただく予定となっております。

また、腎臓病に関しましては、独自の制度として、人工透析を必要とする腎不全患者さんへの医療費助成制度がございます。昨年度末現在で約1万4000人の方が助成対象となっております。現在、更新の手続きをお受けしております。けれども、今回から手続きの簡素化ということで、診断書のかわりに特定疾病療養受療証の写しをつけていただくことになりました。早目に手続きをお願いいたします。

最後に本日の集いのテーマになっておりますが、腎不全にならないためにはどうしたらいいかというところが、東京都としても大きなテーマとなっております。腎不全の予防対策ということですけれども、現在、糖尿病の方からの透析患者さんがふえております。糖尿病腎症の早期発見、早期治療の対策を今後検討してまいりたいと思っております。以上で、簡単ではございますけれども、私のあいさつとさせていただきます。ありがとうございました。

第1部 講演①

糖尿病(生活習慣病)からの透析を遅らせる方法

日本医科大学腎臓内科部長 飯野 靖彦先生



飯野靖彦先生

松村 それでは、第1部講演に移りたいと思います。まず、最初にお話しくださいますのは、「糖尿病からの透析を遅らせる方法」、糖尿病、代表的な生活習慣病ですが、その生活習慣病からの透析を遅らせる方法ということで、日本医科大学腎臓内科部長の飯野靖彦先生にお話をお伺いいたします。飯野先生、簡単に御略歴を御紹介したいと思いますが、飯野先生は東京医科大学を御卒業になられました。横須賀共済病院、自治

大の透析室などを経て、アメリカに行つていらつしやいまして、ハーバード大学、それから、ボスター・ペンニング・ハム、ホスピタル、こちら大変有名な、世界で最初に腎臓移植をした病院でございますが、そちらでの研修を終えられて医科歯科にお戻りになり、その後、平成元年から現在の日本医科大学の方に行つていらつしやいます。現在は日本医科大学の第二内科の教授でいらつしやるとともに、腎臓内科の教授ということもございます。では、先生よろしくお願ひいたします。

飯野 「糖尿病(生活習慣病)から透析を遅らせる方法」ということとお話したいと思いますが、糖尿病イコール生活習慣病ではないわけですね。生活習慣病ではないのは、前は成人病と言われていたんですが、今は厚生労働省ですけれども、これは厚生省がつくった言葉なんです。つまり、日本人の病

気が生活のいろいろな食事とか、そういうことから病気が起こつてくるのを減らそうということで、よりよく働いていただく、よりよい人生を送っていただくというために厚生省がつくった言葉なんです。最近では、成人病というよりは生活習慣が重要ではないかということが言われてきて、それで生活習慣というものによって変わってきている。私も、成人病学会という学会があるんですが、その評議員もやつているんですけども、その学会も今度、生活習慣病という括弧をつけて、そういう学会に変えました。その中でも一番重要なのが、糖尿病ですね。ですから、糖尿病に思ひます、これから少しお話ししたいと思います。それで、大切な食事については佐中先生がお話しなさいます。食事というのがポイントですので、その前

の段階として私が大体的なことをお話ししたいと思います。まず、慢性腎不全の患者さんの数ですが、慢性的にふえてきています。普通腎臓病といふのは血清のクレアチニンという値で機能を診ております。それがだんだん上昇してくると、腎臓が悪くなって、機能が低下するわけです。保存期の慢性腎不全、つまり保存期というのは何かというと、透析に入るのは何かという、透析に入るとか、少し貧血が出てきた、そういう患者さんを、保存期の慢性腎不全というんですけれども、その方が大体20万、25万人いらつしやいます。徐々に進行して、やがて末期慢性腎不全、つまり透析が必要になったり、あるいは、急に悪くなつて透析になります。

透析患者さんは大体年間3万人ずつふえているんです。血清クレアチニンだけで見るわけではない

のですが、血清のクレアチニンが7~10、ほかの臨床症状とかいろいろ条件で透析に入るかどうか決定するわけです。

透析患者さんの数というのは、23万人いらっしゃいます。大体日本の人口、600人に1人が透析患者さんなんです。ですから満員電車に乗っていると1人ぐらいいらっしゃいます。私は30年ぐらいい前で、透析を大々に入局して中川先生とか越川先生とかに教わりながら透析を始めたころはそんなに患者さんは多くはなかったのです。その頃の導入は大変で、透析をやった後はすぐには動けないとか、そういう方が多かつたんですけど今ではほとんど透析患者さんは普通に働けます。QOL、ADLとも言いますけれども生活の質は非常によくなっています。ですから透析に入るからといってそんなに心配することはないです。ただし、なるべく入らない方がいいんですから、週3回4時間から5時間透析をしなければなりませんので、なるべくそういうふうにならないようにすることが重要です。毎年3万人が導入されるわけですから、そのうちの約2万人、3

透析の原因疾患

分の2の方が亡くなっていくわけですから、導入された方が亡くなるわけではないですけれども、慢性でやっていくとだれでも年をとってくれば寿命というものはありますから亡くなっていくわけです。ですから年間1万人ずつ透析患者さんは増加しているわけです(図1)。

透析になる原因の病気なんです何が原因かと言いますと、全体を100%としますと透析導入患者さんは3万人いらっしゃいます。そのうちの透析導入患者さんの39%大体40%の方、10人に4人の方が糖尿病からくる腎不全なんです。糖尿病というのは血糖が高くなると血管が傷んでくるんです。腎臓というのは細かい血管でできているんです。血管というのは血液を通す管ですが、そこが硬くなって傷んでくる、それが糖尿病の1番の問題なわけです。そういう患者さんの腎臓の血管が悪くなると、それで糖尿病性腎症ということになって、腎臓の機能が落ちてくるわけです。その次に多いのが慢性糸球体腎炎でこれが32%です。こ

れは生活習慣病とは直接は関係ないですけれども、やはり生活習慣が悪いと悪化速度は速くなります。ですから糖尿病にしろ慢性糸球体腎炎にしろ生活習慣をキチツとするということが非常に重要なわけです。

3番目の病気は、これは腎硬化症、つまり腎臓が硬くなり、これは高血圧が原因でなる病気なんです。ですからここにありますように糖尿病、高血圧というのは生活習慣病の中でも非常に重要な病気になってくるわけです(図2)。

生活習慣の破綻と言いますか、キチツと節制をしていないと起こる病気の中に何があるかといいますと、1番問題なのは糖尿病、次に高血圧です。皆さんなじみの病気なんですけれども、こういう病気にはなるべくかからないようにする。どうしてもかかってしまう人もいますけれども食事とか生活習慣とか運動で、防げる可能性があるんです。キチツとした生活態度をとってあげればこういうものは抑えられるんです。

高脂血症、これはコレステロールとか中性脂肪がふえてくる病気です。これも食べ物によってある

導入透析患者の原因疾患 (2003, JSDT)

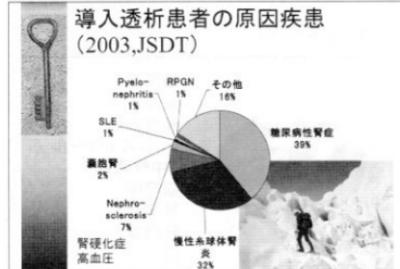


図2

慢性腎不全の患者数

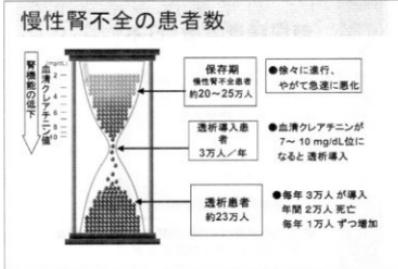


図1

程度コントロールできます。運動によってもコントロールできます。それから脳卒中です。高血圧とか糖尿病の患者さんは脳卒中が多いです。うちの内科も腎臓の他に神経内科というのがありまして、脳卒中の方がたくさん入ってます。我々の年代の50代とか、40代の方も脳卒中があります。脳梗塞とか手がしびれて動かなくなってきたとか、急にそういうことが起こってきます。そういう方は大体において糖尿病とか高血圧を持っている方です。ですからそういうものにかからないようにするにはやはり日常生活が重要であるということが言えるわけです。

それから腎臓病。これは糸球体腎炎にしろ、やはり生活習慣に関係している。つまり塩分の摂取量が多いとか蛋白質の摂取量が多いとか、そういうことによって悪くなってくる可能性があるわけです。それから肝臓の病気で、これは生活習慣とどうして関係あるかと言われるとなかなか難しいですけれど、アルコールが1つあります。アルコールをとり過ぎていて、肝臓の病気になるります。肥満の方は脂肪肝といって肝臓に脂肪が

たまってしまうんです。ですから肥満にならないようにする。アルコールは適量とする。アルコールは絶対に悪いというものではないのです。少し飲めば動脈硬化が防げるという話もあります。それから赤ワインのポリフェノールが、いとか、そういう話もあります。ですから少量ならいいんですけれども、あまり飲み過ぎてはよくないのです。

がんも生活習慣と関係があります。食事の影響があるんです。塩分をたくさんとり過ぎると胃の粘膜に影響してがんの発生率が高まるとか、そういうことも、言われています。あるいは肉食をし過ぎると大腸がんになりやすいと。それからたばこです。たばこを吸うと肺がんになりやすい。肺がんだけではなくてほかの臓器のがんもたばこを吸っているとなりやすいということが言われています。ですからそういうことに気を付けていかなければいけないわけです。

(図3)

今言いましたように医食同源。食事というのは非常に重要であるということなんです。食事と栄養、食べた物を人間の体の細胞で使っ

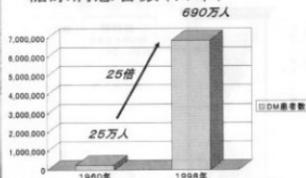
てまた出していくわけですから、食べていく物が異常だと、あるいは節制していないと人間の体というのは悪くなるということがあるわけです。ここに「過ぎたことは及ばざるが如し」という言葉がありますように、蛋白が過剰だと腎臓病が悪くなる。カロリーの過剰摂取だと糖尿病とか脂肪肝とか、そういうものが起こる。それから食塩が過剰ならば高血圧が起こってくるというような病気が生活習慣病なわけなんです。

糖尿病に注意する

糖尿病に話を戻していきます。

糖尿病の患者さんはどんどんふえているんです。これは1960年から1998年。25年前と比べているわけですけれども、日本では1960年のときは25万人しか糖尿病の患者さんはいらっしゃらなかったのが、今では700万人以上いらっしゃいます。これは1998年で690万人。今、720万とか患者さんがいらっしゃるわけではほとんどふえているわけです。この40年の間に25倍にふえて。何でこんなに日本の糖尿病患者さん

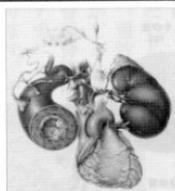
糖尿病患者数(日本)



糖尿病患者数は40年の間に約25倍に増加
60代では6人に1人が糖尿病患者

図4

生活習慣病



糖尿病
高血圧
高脂血症
コレステロール
中性脂肪
脳卒中
腎臓病
肝臓病
癌

図3

がふえてしまったのか。これはやはり食事の影響があると思うんです。それから歩かなくなったとか、運動しなくなったとか、生活のパターンです。そうとうか、生活によって糖尿病がふえてきたということと言えるわけです(図4)。

ここに氷山の絵が書いてあります。氷山というのは皆さん御存じのように海から出ている部分というのは7分の1なんです。このように下の方にたくさん隠れている患者さんがいるんです。隠れているということがどうということかです。これは糖尿病が強く疑われるヘモグロビンA1cというのがあります。これは糖尿病のコントロールがどのくらいかというのを調べる指標です(図5)。

ている部分とたしますと1620万人いる。これは日本人の成人の6人に1人が糖尿病なんです。

ここにいらっしゃる中でも糖尿病の方は必ずいらっしゃるわけですね。でもこれはちゃんと生活習慣をきちっとすればある程度防げるんです。防げない方の中にはいますけれども、ほとんどの方は防げることが出来るわけです。

食事がどう変わったかというのは1つ問題になるわけです。糖尿病ではカロリー制限というのがあります。カロリーを少なくして運動をするとか、薬を飲む治療法があります。カロリーはどうか、どういうふうに変化したかと言います、1975年ではやはり2、

226キロカロリー、1995年の段階で、042キロカロリーとあんまり変わっていないんですね。食べるものは、我々少し、みんな太ってきましたので、食べる量増えているのかもしれないけれど、統計的に見るとこれは国民栄養調査というのでとっていませんけれどもほとんど変わっていません。そして何が変わったかと言うと脂質の摂取量です。脂っこいものを食べるようになったというのが1

つ。それから動かなくなったことです。昔はよく歩きました。今は電車があまりましし、地下鉄もありますね。都会の人は何でも乗れます。また地方へ行っても地方の方も歩いているかという歩いているんです。よく日本中に講演なんか行きますけれども、地方の方はほとんどの方は車で来るとです。

車で往復しますからほとんど歩かない。だから運動量が少なくなりました。だから脂質の摂取量が増加している。この2つです。脂肪というのはカロリー数が多いんです。それから糖尿病の原因にもなるわけです。この2つが非常に問題になっていることとです。

そこで糖尿病と高血圧、この2つが生活習慣病の大きな原因になっているわけですけれども、その2つと腎臓病というのは深い関係があるんですね。先ほどの腎臓の病気の原因を見ましたけれども、そこでもわかりますように糖尿病による腎不全というのが多いのです。それから高血圧による腎不全というのもほとんどふえてきています。ですからこういう糖尿病、高血圧によって腎臓の血管が痛ん

できて、それで腎不全になっていく。つまり腎臓の機能が低下するとうことが起こってくるわけです。

これは腎臓です。腎臓というのはそれと同じような形をしたのが背中の中側に2つあるわけですが、握りこぶしぐらいなんです、その1つの腎臓にこういう小さい玉みたいなものがあるんです。これは糸球体というんですけども、糸球体を巻いた球みたいなのが大体100万個あるんです。100万個あって、それがつぶれちゃうとこれは元へ戻らないんです。再生しないんです。ですから1度腎臓の糸球体がつぶれちゃうと再生してこないので、徐々に悪くなってしまふ。それでつぶれたところはもう再生しないですから、生きていくところも、そのつぶれたところの代わりをしようと思って、代償作用といえますけれども、そういうためにオーバークックになるわけです。皆さん御存じのようですね。それでネフロンもオーバークックしているところは段々に疲れてつぶれてくるということが起こってきます。それを防ぐにはど

うしたらいいかと言うと、そこにオーパーワークをかけない。オーパーワークというのは何かと言うと、蛋白の代謝産物を排泄です。ですから皆さん尿存期の腎不全の患者さんでは蛋白質の制限というようなことをやります。これはそういう意味があるんですね。残っているところのこのネフロン糸球体へのオーパーワークを防ごうということ、蛋白制限の食事療法というのは重要になってくるわけです(図6)。

それではどうしたら糖尿病から腎不全にならないようにすると、防げるかということなんですけれども、これは答えは簡単なんです。一言で言えば「言うは易く行は難し」と言いますけれども、言うのは簡単なんですけれども実際やるのは難しい。特に糖尿病の患者さんはいずれも、糖尿病の患者さん診ていましてけれども、大体全般的に腎炎の患者さんと糖尿病の患者さん比べると、糖尿病の患者さんというものはこれは一般的な皆さんがそうじゃないんですけれども、大体自己愛の強い人が多いんですね。糖尿病の患者さんというのは太っていて、それで太るのをやめましょ

う、食事制限しましょうと言っても「おいしいもの食べるんだ」と言って食べる方多いです。ですから、割にそういう方は全員が全員そうじゃないんですけれども治療がなかなかうまくいかないです。それで糖尿病の治療はどうしたらいいか。糖尿病から腎臓が悪くならないようにするにはどうしたらいいかと言うと、糖尿病の治療なんです。これを厳格にやれば腎臓は悪くならないです。

イギリスのUKPDSと比べて大きな研究があるんですけども、そこでも出てくるんですけども、先ほど言いましたヘモグロビンA1cという血糖がどのぐらいかという指標になりますが、それが6・5未満の方は腎臓が悪くならないから糖のコントロールをきちんとしていれば腎臓は悪くならないのです。糖尿病の合併症というのは目と腎臓とそれから神経です。3つの場所が主にやられます。それからあと大血管とって脳つまり脳卒中、それから心臓もやられます。ですからいうところをコントロールをきちんとするといい

ことが重要なわけです。それにはどうしたらいいかと言うと治療、糖尿病の治療です。食事です。その写真は私でして。何とかはやく走ると言いますけれど先週も走って来て「谷川真理ハーフマラソン」というのがあって一番後ろの方でしたけれども走っています。それから食事の制限ですね、カリリ制限。それから必要な薬はインスリンとか、経口糖尿病薬とかお薬を飲むと。この3つが治療法として必要なわけです。今言いましたように血糖のコントロールをきちんとして、ヘモグロビンA1cというの、これは覚えておいた方がいいですね。糖尿病の方はきちっと覚える。血糖のほかにヘモグロビンA1cという値をきちんとコントロールする、正常は6・0未満ですけれども、できれば6・0未満にした方がいいんですけれども、6・5未満にコントロールする(図7)。

蛋白尿と血圧を抑える

その他に皆さんの腎臓が少し悪くなってきた。糖尿病で少し悪く



図6

わが国における糖尿病患者数の推計(2002年)

糖尿病と予備軍 1620万人:成人の6人に1人

糖尿病が強く疑われる

(HbA1c ≥ 6.1%)

(1997年 690万人)

740万人

糖尿病の可能性

が否定できない

(HbA1c 5.6~6.1%)

(1997年 680万人)

880万人

平成14年 糖尿病実態調査

図5

なってきた方の治療法には次のようなものがあるんです。これは糖尿病が原因で腎臓が悪くなった患者さん以外でも、ほかの病気で例えば高血圧による腎障害、あるいは慢性糸球体腎炎による腎臓の病気、そういう場合でも共通する因子なんです。それは何かというと、蛋白尿の程度を少なくする。つまり尿に出てくる蛋白の量が多いと腎臓がどんどん悪くなってくる。あるいは、ほかの血管が悪くなっていくという事は言われているんです。ですから、尿に出る蛋白の量を少なくする治療法を指すというのが1つ、それから血圧です。血圧は高血圧が原因の腎不全だけではなくて、糖尿病でも慢性糸球体腎炎でも、そういう患者さんでも血圧を低くしておいた方が腎臓は悪くならないです。それから長生きもできます。ですから血圧はなるべく低くするということが重要です。それから食事をさちちとする。医食同源と言いましたけれど、食事というのは非常に重要です。人間の体の病気がそれから密接に関係しているのが食事なんです。ですから食事に気をつけなければいけないというよ

うなことが言えるわけです。蛋白尿が出ている患者さんというのには、これは腎炎の患者さんですけれども、やはり悪くなる、透析になる方が大体20年後、これ腎生検というのやりましても、腎炎I g A腎症なんですけれども、腎炎になってから20年後に透析になる確率は、40%の人が透析ですね。60%の人が大丈夫なんですけれども40%、10人に4人は透析になってしまうというデータがあります。それで蛋白尿が出ている人と出ていない人で高血圧の人を見ますと、やはりこれは微量アルブミンです。普通のテープではプラスにならないようなちよつとした蛋白が出ている人でも心筋梗塞とか他の臓器障害起こす確率が高くなるということが言われているわけです。ですから尿蛋白が出ている人、これは尿蛋白が出ていること事態が悪いわけじゃなくて、それと並行していろいろな血管が悪くなっているということなんです。ですから、そういう血管障害を防ぐための1つの指標として、このアルブミン尿とか、尿蛋白というのが重要になってくるわけです。だから蛋白がたくさん出ている特にネ

フローゼ症候群の方は早く治した方がいいわけですね。蛋白尿が多い方は早めに透析になってしまいます(図8)。蛋白尿が多い方、これは赤印で1番下にあるのが蛋白が1プラスから4プラス。4つプラスの人とそれから蛋白尿が十ーの人と。これはフラミンガムスタデイといってボストンの北にあるいい町なんですけれども、僕もボストンにいたものですからフラミンガム行ったことありますけどいいところですよ。その住民の方を長年調査しているんです。もう50年以上調査していますけども、この方は亡くなるほとんどの方が解剖するんです。剖検と言つてそういうこと皆さん協力してくる町なんです。その方たちのそういう蛋白尿が出ている方は早く悪くなります。生存期間を見ています。ですから長生きするには蛋白尿が少ない人の方がいいということが言われているわけです(図9)。

ACE阻害薬とARB

これはHOPPE試験というある試験があるんですけども、蛋白

微量アルブミンと心血管イベント発症との関係

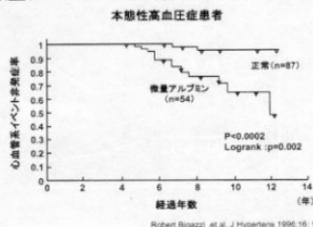


図 8



腎機能を悪化させる因子
(治療の目標)

糖尿病の治療(食事・運動・薬)

血糖のコントロール HbA1c<6.5

糖尿病に関係ない因子

- ◆蛋白尿の程度
- ◆高血圧
- ◆食事蛋白制限



図 7

が出ている人と出ていない人では、このMAとというのは微量アルブミン量なんですよ、そういう方はやはり心筋梗塞とか、脳卒中、心血管系の死亡率というのは高くなっていくわけです。総死亡率も高くなっていく。ACE阻害薬といいますが、こういうものを使うとある程度抑えられるということが言われます。このACE阻害薬とか、あるいはARBといったアンジオテンシン受容体拮抗薬という薬が最近できております。そういうものを我々もほとんど使っていますけれども、保存期の腎不全の方に使って、その腎不全が進行するのを抑えるようにしております(図10)。

これはその1つのARBの中のニエロタンですけれども、そういう方にこのロサルタンを使うと尿蛋白が減ることが言われているわけです。ですからこういう患者さんは心筋梗塞とか、あるいは腎不全になるスピードが遅くなるわけです(図11)。

それでは蛋白尿の抑制をどういうふうにしたらよいかと。

1つは血圧のコントロールですね。今言いましたようにACE阻

害薬とか、ARBという薬があるんですけども、それは血圧の薬です。そういう血圧のコントロールをよくすることがまず1つ。それから今言いましたACE阻害薬、ARBというのは血圧を下げるほかにレニンアンジオテンシン系といつて、あるホルモンがあるんですけども、それが血管を痛める作用があるので、そういうものを用を抑制する作用があります。ですからそういうレニンアンジオテンシン系の抑制する薬を使うということ。それから腎炎なんかだと、ペルサンチンなどの抗血小板薬、これは血小板から増殖因子というのが出てきますので、そういうものを使います。それから特殊な場合には免疫抑制薬、急速に腎炎が発症するとか、そういう場合には免疫抑制薬を使います。それから食事療法ですね。それからクレメジンとかそういうものを使っているということ(図12)。

それで血圧がやはり高いと腎不全なりやすいというの、こういうデータがあるんですけど、こちらは血圧高い人はほとんど腎不全になってしまふ。末期腎不全、透析になりやすい。ですから血圧は

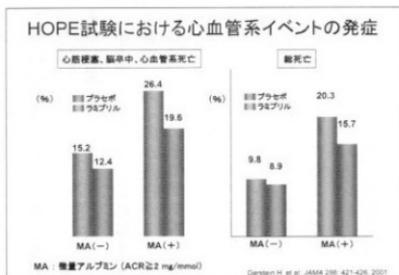


図10

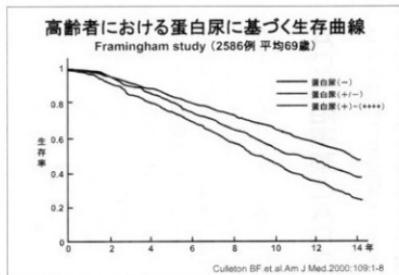


図9

蛋白尿の抑制

- ◆ 血圧のコントロール
- ◆ RA系の抑制(ACEI、ARB、AIIA)
- ◆ 抗血小板薬(Persantin)
- ◆ 免疫抑制薬(PSL、CYA)
- ◆ 食事療法(蛋白制限)
- ◆ クレメジン投与

図12

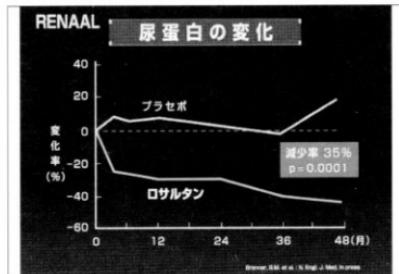


図11

低めにしておいた方がいいわけですから。どのくらいにした方がいいかというの、このアメリカの合同委員会でも最近発表されています。けれども、糖尿病を合併する人は130の80未満です。腎臓で蛋白が1グラム以上出ている人は125の75で非常に厳しいんですけど、ここまでやるのなかなか大変ですけども、このくらいに血圧をコントロールすることが重要です(図13)。

カル・ヘ・デイエム

腎臓学会で検尿の勧め委員会というのをつくって僕が委員長なんですけど、なるべく腎臓を悪くしないようにするというのが全国キャンペーンをやっているんです。やはり検尿をきちっと受けて、蛋白が出ている場合には早めに治療をする。今は昔と違ってある程度抑制することができます。腎不全、昔は治療法がないと言われていましたけど、ある程度遅らせることができます。それから軽いものは蛋白尿を消すこともできます。

(図15)。それで僕も以前こちらで講演さ

せていただいたんですけども、そのときにも出しましたけれども、カル・ヘ・デイエム(calpedem)という言葉「今を生きる」1日1日を皆さん病気になるってやはり非常にづらいと思うんですね。つらいけれどもみんなつらいことはあるんですね。ただ自分のつらさの方が一番大きいんだと皆さん自分で思っています。でもそのほかにやはり生きていくには楽しいこともなければいけないわけですから、そういう楽しいことを見つけていく。ですから、一瞬一瞬を、あした我々僕もその辺を歩いていて自動車にぶつかって死ぬかもしれないし、皆さんの方が長生きできる可能性も多いのです。その一瞬一瞬を大切に生きていくことが重要である。そうすると何と何というか世の中明るくなりますし、一日一日が楽しくなります。最近禅宗の言葉で「日々是好日」というのがあります。日々是好日(ヒビコレウジツ)ということも言いますけれども、禅宗でも「ニチニチと言うそうですけれども「日々是好日」(ニチニチコレウニチ)という。これは何か深い意味があるそうですけれども、悟りの境地らしいです。それでこ

ガイドライン社製

降圧目標値

JNC 7/ESH-ESC	JSH 2000
<140/90mmHg	<130/85mmHg
糖尿病を合併する患者 <130/80mmHg	糖尿病を合併する患者 <130/85mmHg
腎疾患を合併する患者* (原蛋白1g/日以上)** <130/80mmHg (<125/75mmHg)	腎疾患を合併する患者 (原蛋白1g/日以上) <130/85mmHg (<125/75mmHg)

*JNC7/ESH-ESCで糖尿病合併患者、**JNC7/ESH-ESC

図14

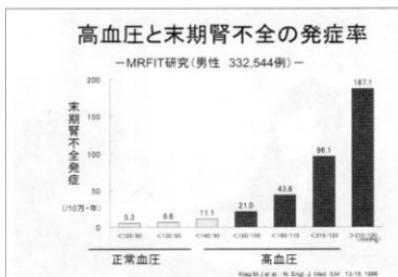


図13



図16

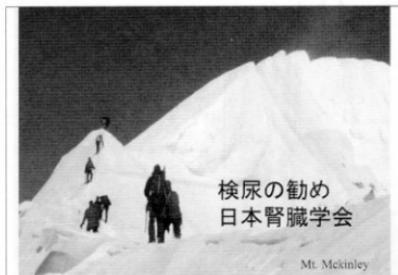


図15

のカルベディエム (calcipetam) と同じようなことで一日を、日々、毎日毎日すべてを受け入れる。悪いこともいいことも全部受け入れて、それが自分の人生だと。ただその中でいいことはどんどん伸ばしていくことです。悪いことは改善させていくというような、そういう言葉が「日々は好日」と言うそうです。それを僕も好きなので、禪宗の言葉ですけれども大切にしています(図16)。

それからもう1つ最近日野原先生が、聖路加の先生ですね、90歳のえらい方なんです。その先生が言っているのはプラトンの社会の中でどういうことが重要なのですが、それは元徳と言うんですね。徳の1番元々になるもの。それは4つあると言われているんです。1つは何かと言うと、正義。これは病氣と関係すると思うんですね。正しいことをしていかなきゃいけない。社会に生きるためにはどういうことをして、そして正義が必要であると言うんですね。それから節制、節制をする。つまり糖尿病にも関係しますが、節制が重要である。それから知恵ですね。知識がなきゃいけない。ですから知恵と正義と節制。それから最後に勇気がなきゃいけない。その4つが社会の中で生きていくつまり病氣に対してもそうだと思うんですね。皆さん1日1日を大切にするときには、こういう言葉で生きていくのが重要ではないかなという気がしております。どうも御静聴ありがとうございます。(拍手)

松村 飯野先生ありがとうございます。今、日野原先生のお話が出ましたが、日野原重明先生はほんとによく節制していらつしやいますね。今確か92歳でいらつしやると思いますが、現役のドクターで、今でも頑張つていらつしやいますし、もうあの記憶力はすごいなあと思つて、先生にこの間もお話を伺いましたら「僕はきちん」と自分の食事でも何でも守るんだよ。でもパーティなんか行つたら皆さんと一緒においしくいろんな物たくさんいただくだけ。そこでたくさん過食をしてしまつたら次の日はうんと減らして1週間ぐらいで帳じりを合わせるように常にしていくから、だからこんなにスリムなんだよ」って先生おっしゃっていました。やつぱりそ

ういう節制というのがすごく大切ななという気がしますね。皆さんもぜひ今の飯野先生のお話をこれ

からの生活に役立てていただきたいと思ひます。

医療相談に協力していただいた先生



樋口千恵子先生
東京女子医科大学
第二病院腎臓内科



鈴木孝子先生
高島平中央総合病院
腎臓内科



第1部 講演②

腎臓の悪化を防ぐ食事管理

東京女子医科大学第二病院腎臓内科教授

佐中 孜先生



佐中 孜先生

松村 それでは続きまして腎臓を悪くさせないための食事管理につきます。東京女子医科大学第二病院腎臓内科教授の佐中孜先生にお話を伺いたいと思います。佐中先生の略歴を簡単に御紹介させていただきます。鳥取大学を御卒業になられまして、東京女子医科大学人工腎臓センターの内科に入局なさって、途中でカルフォルニア州立大学のディビス校の腎臓内科ですと、ニューヨーク州立大学の医療センターなどにも行ってらっしゃいます。現在は東京

女子医科大学の第二病院の内科教授として日々お仕事してらっしゃいますが、いろいろな学会活動もたくさんしてらっしゃる先生でございます。それでは佐中先生よろしくどうぞお願いいたします。(拍手)

佐中 皆さんこんにちは。ただ今紹介いただきました、第二病院内科の佐中でございます。この中でまだ透析の前だという人は何人ぐらいらっしゃるんでしょうか。ちよつと手を挙げていただけますか。ああ、たくさんいらっしゃいますね。安心しました。私はこの会の母体が透析をしている人たちが多いいんじゃないかなと思つたものですから、今日の話はちよつと皆さんには合わないのかなあと、思つて心配して来たんですけども、まあこんなに来てくださいらっしゃいます。また透析している方も実は今日の私の話は決して無駄には

なりません。私は透析してない人もいろんな意味で役に立つのじゃないかなあということを考えながら今日参りました。と申しますのはいろんな病気ございます。例えばその代表選手悪性腫瘍、ガン。これは自分で治すことはできません。やっぱりだれかに頼む。医者に頼んで退治してもらおうということしかできません。せいぜい、ガンにならないような工夫、例えばタバコは吸うのやめましょうというようなこともあるでしょうし、食事でもあんまり熱いもの食べるのやめましょうとかいうものもあるでしょう。そういう予防するという工夫はあります。しかし一度ガンになったら、これはちよつとなかなか大変じゃないでしょうか。

しかし今日の話の腎臓病、これは意外と自分で何とかすることができのです。多分きょうおいで

の方は「まあ、そうは言っても慢性腎不全。一度なつたらもう透析療法まっしぐらだよ」というふうに思っている方も多分多いと思います。そういう部分も確かにあります。それはもう過去の考え方じゃないかなと考えています。というのはやっぱり時期が非常に重要なんです。非常に時期を心得て、早い時期からその腎臓病である、ということを自分の中に認識して、そしてそれを正面きつて立ち向かうということ、自分自身の力でできるんじゃないかなというふうに思います。

目指すは寛解

というわけで慢性腎不全に対しても理想は高く持ちましょう。やっぱり目指すのは寛解です。治るというののはなかなか難しいんです。

治るといふのは次の日から病院に
来なくていいということ。です
から治るといふことはちよつと無理
でもしかし寛解ということ、一た
ん小康を得て、しかし病院には来
る。それ以上悪くはならない。
これを私たち寛解というふうと呼
ぶことにします。そういう意味で
は慢性腎不全、目ざすのは寛解で
す。ですからその寛解のためにど
ういう食事療法が必要なのかとい
うことをききよう話をさせていた
きます。時間がなかったのでちらか
というと蛋白質制限の話が中心に
なると思います。

このスライドは我々の腎臓をも
うちよつと細かく見ているわけ
ですが、これは糸球体という尿がも
ともとの尿がつくれるところで
す。そしてそのさらに先に続くの
が尿管というところです。これ
はほぼ正常の、多少この尿管は
異常ですけども、正常に近い、こ
れは正常の糸球体ですが、こうい
う顔つきを当初はしております
(図1)。

はこんなまじにつぶれるという表
現がふさわしい糸球体に移り変わ
って、これを年余にわたって経過
して、いれかけです(図2)。

私たちが寛解を目指すとい
うことになる、糸球体がおしつぶ
されたような状態で寛解を目指すな
んでいうことはとてもできません。
これは神様だつてできないです。
しかしながら、もしこの中間にあ
る状態なら、これはもしかしたら
寛解するかも知れないのです。そ
うまで私たちは希望を持ていい。
慢性腎不全は、自分の力でそれが
できるんです。

悪くなる理由は

そういう慢性腎不全が、ではど
ういう理由で悪くなっていくのか。
もちろん原因はさまざまあります。
先ほどの飯野先生の話でも慢性糸
球体腎炎、糖尿病性腎症たくさん
あります。これらの腎臓病が腎不
全にまで悪化させるのかというこ
とを我々は大いに知る必要があります。
何ででしょうか、まず蛋白質尿
ですか、蛋白質尿というのは実は腎
臓病の結果です。さつき検尿
の勧めの話がありました。蛋白質尿

があるということは腎臓がある
ということのあかしです。ところが
その蛋白質尿があると、慢性腎不全
の悪化の原因になる。従つて蛋白
尿を減らすということ。これは慢
性腎不全にならないようにする。
悪化させないということにもつな
がります。ですから蛋白質尿を見
ながら蛋白質尿を減らす努力をすべ
いということなんです。

また蛋白質に関連した尿毒症毒
素、これもやつぱり腎不全の原因
です。糸球体がつぶれてきますと、
当然のことながら血中にふえてま
います。体液中にふえてまいり
ます。そういうそれは結果です。

しかしその結果がまた慢性腎不全
の原因になるんです。ですからそ
ういう毒素がふえないような、そ
ういう生活をすれば慢性腎不全か
ら免れることができるのです。そ
れほど難しい話ではないわけでは
す。尿毒症毒素のような腎障害性物
質は実は糸球体をつぶす。糸球体
硬化症と呼んでいる状態にします。
そしてその糸球体硬化症がまた慢
性腎不全に、腎機能低下に結びつ
くというこういう悪循環が生ま
れる。この悪循環を引きずってい
るのが慢性腎不全です。ですから

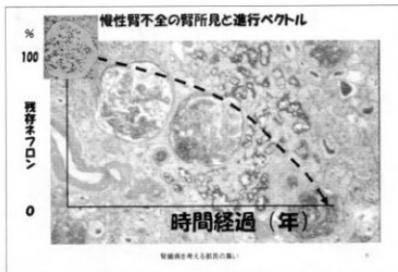


図2

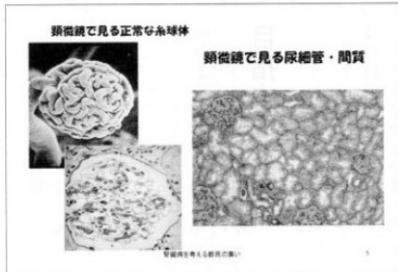


図1

I-gA腎症の場合

この悪循環を断ち切るようなことすればいい。その断ち切る方法が低蛋白食事療法だったり、経口吸着薬だったりというわけだ。ですから慢性腎不全の寛解も決して夢ではないというわけです(図3)。ちよつと見づらくて申しわけないんですが、私の外来、これは平成10年の暮れにちよつと第二病院の方に移って5年になります。それまでは、東京女子医大の腎センター、河田町にある腎センターにおりました。第二病院に移ってから、腎臓病の患者さんが800人ぐらい私の外来にきていますが、そのうちで慢性腎不全との範疇に入る人たちはまあ半数ぐらいです。その中の人たちで、私の外来からちよつとわかりにくいですが、全体の新規導入の人は大体年間50人ぐらいです。私の外来から透析療法に、入っていった人たちは10人ぐらいです。ですからきょうお話をさせていただくことは決して大ぶろしきでもないというふうに聞いていただいても結構だと思います(図4)。

これはI-gA腎症の患者さんです。I-gA腎症というのはI-gAという物質が、糸球体に沈着、たまっていく、そういうことを特徴とする腎臓病ですが、20年ぐらいして徐々に徐々に、このクレアチニン分の1という腎機能指標が低下してまいります。クレアチニンクリアランスという腎機能、これも低下してまいります。そして尿蛋白も最初は、1グラム以下0.5グラムくらいだったのが、1グラムぐらいいだんだんふえてくるというふうに、徐々に徐々に悪くなって最終的に慢性腎不全になっていく。これがI-gA腎症の特徴です(図5)。

この患者さんに低蛋白食事療法いたします。その蛋白の程度はどのくらいかということ、大体40グラム。通常、後で話しますが、30グラム、25グラムがいんだだよ、というふうに言われています。私もそれは確かに正しいと思います。しかしそれはあくまでも時期なんです。時期が決して遅い時期じゃない、例えばこの人はクレアチニンクリアランスが50から70ぐらいのところから低蛋白食事療法を始めております。その低蛋白食事療

法はあくまでも相対的な低蛋白食事療法で、この患者さんは元々は70グラムぐらいいを食べている人です。この70グラムというのは我々日常生活で普通にあることなんです。その70グラムから、ここで50グラムに、40グラムにするというふうにして減らし、それをきちんと続けます。40グラム、50グラムというのはそんなに難しい食事療法ではありません。割とちよつと気をつければできます。そうしますと一時期上昇した尿蛋白、これも、その上昇は終わって、もうほとんど1グラム以下の尿蛋白に、最近では1日に0.7グラムぐらいに収まっています。そしてクレアチニンクリアランスは大体50ぐらいいまで下がったのが、70から80ぐらいいに維持されて、現在も私の外来に通ってきてきています。

こういうふうにして低下する傾向にあったクレアチニンクリアランス、すなわち腎機能は、この時期を境目としてまた横ばいになり、最近では少し改善してきています。

低蛋白食事療法、つまり尿毒症毒素を下げような治療、あるいは尿蛋白が減らせるような治療をすると、慢性腎不全を寛解させる

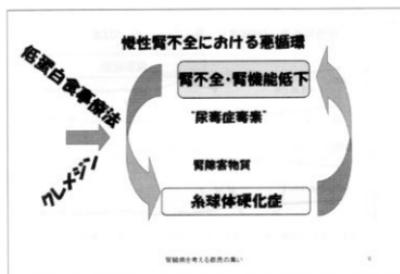


図3

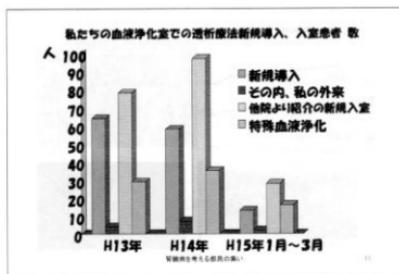


図4

ということも決して夢ではない、ということをおの患者さんは身をもって私たちに教えてくれているわけです。ですからこういふ患者さん、いろんな悩み、これを私たちがやっぱり共有して、そしてそれを私たちの中に新たに実現させていくということ、これはそんなに難しいことではない、この患者さんは言わばバイオニアです。ですから非常に、多分つかったと思えます。が、この自分自身の情報をおの人に提供してもいいということをお言ってくれたので、きょうこのスライドを持ってきました(図6)。

そうしますと今申し上げたようなことがこの悪化因子としてなりまして、これに対して一つ一つ対応していけばいいということになります。血圧が高ければ血圧を下げる、蛋白尿についても同様です。血液凝固亢進があればそうじやないようにするということ、きょうはこの低蛋白食事療法の話を中心します。

そういう意味で、じゃあなぜ低蛋白食事療法が大切か、今申し上げたようなことがかかわってきま

す。そして食事療法というのはまさにこの蛋白尿を減らすという効果もあるし、また尿毒症毒素を減らすという効果もあるのです。これらを減らすというものは、実は蛋白に関連した物質、インドキシル硫酸が、アンモニアか、リンカ、尿酸か、アミノ酸の一部などの尿毒症毒素を減らすことになりま

す。このことによって尿細管の障害を抑制することができる、そしてひいては糸球体の硬化を抑制することができ、あるいはひいては間質の繊維化を抑制することができると。また血圧をコントロールするということによって血管壁の肥厚閉塞そういうものを抑制することができ、従って慢性腎不全は寛解ということも夢じゃないというわけですね(図7)。

低蛋白食事療法、1日25グラムから30グラム、これがやっぱり目標です。しかし25グラムにするということはなかなか難しい。30グラムから40グラム、これならば我々凡人も可能だということがあります。もししたら40から50グラムぐらいまで、いいかもしれ

ことよってなかなかこの厳密にやりきれないために起る低蛋白食事療法の不完全な部分を経口相

糖尿病腎症の場合

次に非常に多くなっている糖尿病性腎症ですけれども、実は糖尿病性腎症、私の外来に大体300人ぐらいの糖尿病性腎症の患者さんがいらつしやいます。そういう患者さんを通して、最近特に考

えられるのは、制限というよりもどう工夫するかということが大切ということですね。工夫によってかなり食べやすい低蛋白、低エネルギー食というのができるといわけです。糖尿病性腎症はもとが糖尿病病ですから、糖尿病をコントロールすればいいということ、まさに食事療法としてはこれはもう願ったりかなったりというのが糖尿病性腎症で、むしろやりやすいという面さえあるわけです。ですから糖尿病性腎症の方はそういうことを念頭に置いて、むしろ糖尿病性腎症だからこそ食事療法は有

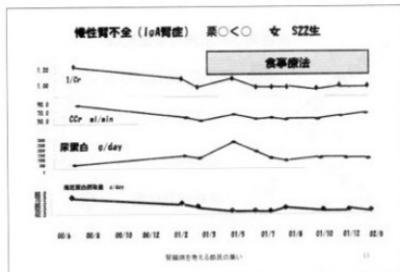


図6

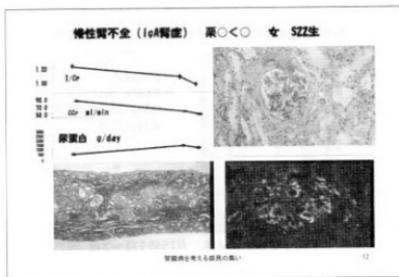


図5

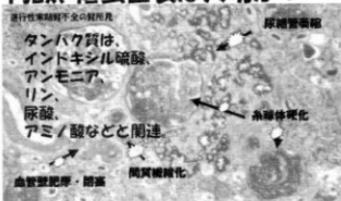
効なんだというふうに考えて、そして糖尿病性腎症と向き合っていただきたいと思えます。

この方は糖尿病性腎症で腎生検、腎臓から細胞をとって、非常に糸球体がつぶれて、糸球体がもう大体三つのうち二つはつぶれています。そういう糖尿病性腎症、腎不全の人です。クレアチニンクリアランスで見ると65、100を正常とすると65%というわけですが、糖尿病の人は実は過剰濾過というのがあって、微妙にこのクレアチニンクリアランスが高く表現されます。ですから本当の値は30から40ぐらいなんだと思います。そういう糖尿病性腎症の方に低蛋白食療法をし、かつ、ヘモグロビンA1c、さきほどヘモグロビンA1cの話が出ていますが、ヘモグロビンA1cの値が正常化する。この人は6.0から5.5の間にコントロールいたします。そういったしますとクレアチニン分の1で表される腎機能は、最初はこのように低下する一途だったんですが、血糖コントロールがうまく行き始めると、それは横ばいになって現在でもこの値を維持すると、これをもってして

も慢性腎不全の寛解ということも夢じゃない、この人の場合もっと早い時期からそういうことが実現していれば、もう少しいい状態であろうと思います(図9)。

この患者さんも同じように、いくら血圧をコントロールしても低蛋白食療法あるいは血糖コントロールをちゃんとしなければ、やっぱりクレアチニン分の1で表される腎機能はどんどんどんどん悪くなるんです。食事療法を自身でしっかりとやるということが大切です。この目安は簡単なんです。ヘモグロビンA1cを見ていけばいいわけですから、月に1回病院にきてヘモグロビンA1cをはかって、きちんと正常化しているところにあれば、次に腎機能はまたよくなるんだな、と希望を持ちながらこの日々外来に来る、あるいは日々の食生活を送ればいいわけ、そういうふうに行うことによってクレアチニン分の1は、また決して正常ではないけども、この低下傾向からむしろ上昇し、改善し、そしてその値を維持するのです。この患者さんも現在も同じような調子で、この値、ほぼ同じ

何故、低蛋白食は大切か？



低蛋白食は何をするか？

- 慢性腎不全悪化の共通原因である蛋白尿、尿毒症毒素を減らす。
- 尿毒症毒素を減らすと→体内蓄積を軽減→腎不全の進行抑制効果。
- 1日25g~30gが目標

図8

図7

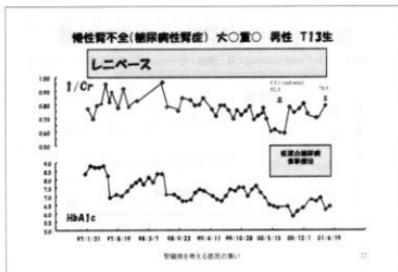


図10

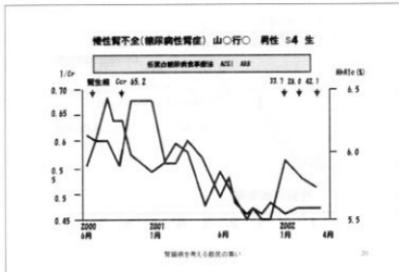


図9

値で外来に来てくれてますけれど、実現できます。こういうことをもっと早くからやればよかったですらうというふうに思うわけです(図10)。

減塩食、大体1日3から7グラムぐらいいいと言われていますが、私は平均5グラムぐらいいいであいいんではないかなと、それ以下にするとむしろ低ナトリウム血症になって、患者さんもただでさえ低蛋白食ですから、あれも食べ物もない、これもないということになってしまいますので、5から7グラムぐらいいいかなというふうに最近思っています。

低リン食について

次に、低リン食、これは実は透析を受けている方、これは骨の問題、二次性副甲状腺機能亢進症、そういう問題でリンを制限しろと言われています。実はこのまだ透析を受ける前の患者さんたち、この人たちも低リン食が非常に大切なんです。

これは、ちょっと変なスライドになって申しわけないんですが、縦軸がクレアチニンクリアランス

で表される腎機能です。横軸が経過ですが、通常食というのはたつぷりとリンを食べて、1グラム、これは極端に1・8グラムこれよつとあり得ませんけれども、非常にたつぷりとリンを食べて、つまりたつぷりとお肉を食べてということですよ。そしてエネルギーも2,500、日本人でこんなに食べる人いませんけども、非常に食べてという通常食をやると、予想通り腎機能はどんどん悪くなるわけです。低リン食に、あるいは低蛋白食にすると、腎臓の機能低下はおさまりやすということを表して、非常に興味深い結果なんです(図11)。

これは動物実験をするともつとそれをはつきり見ることができま。これは血清クレアチニン値ですが、血清クレアチニン値は通常食であるときどんどん悪くなって、ここで腎臓をとって無理やり腎不全にしているわけですが、そこにリンを下げて低リン食、低蛋白食にすると、そうするといつたん上がった血清クレアチニン値はそのまま横ばいになるというふうにして、要するにこの通常食よりも低い値に維持されるということから、

低リン食が腎機能の悪化を抑えるということを示しているわけですよ(図12)。

では一体、1日のリン摂取量はどれくらいがいいかということですが、これは大体1日に1000ミリグラムを超えないようにするというふうにするにはいいんです。それはどういうふうにしたら超えないようにすることができるといいうことですが、こちらは実は尿中のリンの値と、それからクレアチニンのクリアランスの相関を見たものですが、尿中のリンがこの600を超えるとクレアチニンクリアランスが上昇してくる、月当たりの悪化程度を見ているわけですが、ですからこの上がとるとこの意味なんです。つまり600を超えるような食事療法をする腎臓の機能がどんどん低下する、しかし600を下げるような食事療法、できれば400ミリグラムぐらいの食事療法をするると、むしろ逆にこの低下が治まるといふことをこれ示して、ちょっとこまマイナスが、プラスで、むしろ改善するということを示し

低リン食の慢性腎不全進行抑制効果

通常食 (リン: 1000~1800mg/日、蛋白: 85~95g/日、エネルギー=2500kcal/日)

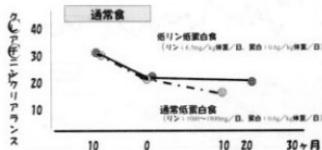


図11

血清クレアチニン値の変化

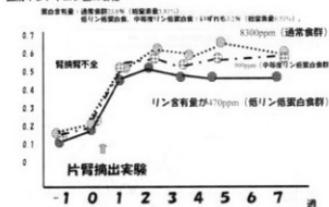


図12

ています。というふうにして、1日400ミリグラムを超えないような食事療法をすること、これが大切なことです(図13)。

じゃあ一体400ミリグラムを超えないように、これをじゃあどういうふうに見るんだと、実は尿中に排泄されるリンの量と、食べているリンの量というのは割とよく似ています。似ていますので、尿中、要するに外来に来たときに蓄尿して、そしてリンの濃度をはかってもらって、そしてそのリンの濃度を参考にして自分の食べている蛋白質の量を比較すればいいんですよ。蛋白質の量とリンの量というのは実は非常によく相関するんです。ですから低蛋白食事療法、あるいは蛋白摂取量が適切であれば、これは自然と食べているリンも減らすことができます。ですからリンのことをあまり考えなくても極端な、リンだけを摂るという非常に特殊なことさえ避ければ、実は自然に低リン食というのを実現できます。

食事療法の大切さ

この患者さんはクレアチニンク

リアランスが8・4です。ですから、もうこの時は透析療法まっしぐらというわけで、シヤントをつけて透析のところを透析に入れてくれと、私を始めてくれというところで紹介されてきた患者さんです。この患者さんに1度も食事療法したことないというわけで、じゃあ低蛋白食事療法やってみるか最初は80グラムぐらいでおいでになりましたが、じゃあやってみようよというので40グラムの食事療法、30グラムの食事療法いたしました。そうすると先ほどの患者さんたちと同じようにクレアチ

ニンクリアランスが全く横ばいです。10ぐらい、多少改善しています。そのうちにもうちょっと食事療法をやってみようということで、今度はリンの排泄量を参考にしながら、このつまり蛋白摂取量はここで横ばいになって少しふえてるんです。ふえて微妙に5グラムとか10グラム微妙にふえている。この5グラム、10グラムが非常に重要なんです、患者さんにとっては。食事療法が長続きできるかどうか、つまりちよつとでも、ほんの少しふやして、しかしリンの排泄量はしっかりと制限して、この人30

0グラムぐらいでしようか、ちよつとこちらから見えないんですけど、しっかりとリンを制限するようにすると、そうするとその結果として慢性腎不全の進行は抑えられているというわけです(図14)。

この患者さんは20年来私の外来に来院ですが、クレアチニンクリアランス30ml/分です。30でもうずつと横ばいです。さすがに80近くになっていらんなことがありました、ガンもありました、結核もありました、そういうことが重なってどんどん悪くなりましたけれども、しかしその値は、まだまだ、残念ながらつい最近透析療法にさすがに入っていただきましたけれども日々を送ることはできたんだらうと思うんですけど、そういういろいろな事件がある、つまり医学的な事件があるとそれなりに腎臓悪くなりますけれども、それまではこのように非常に長い間こういったクレアチニンクリアランス30から20の間を維持している、こういう食事療法をしているからであります(図15)。

実は慢性腎不全の増悪因子、たくさんあるんです。ですからやっ

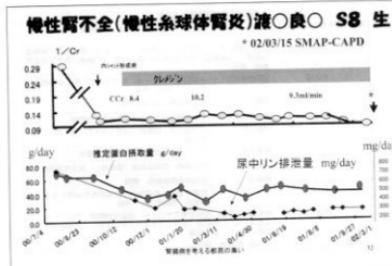


図14

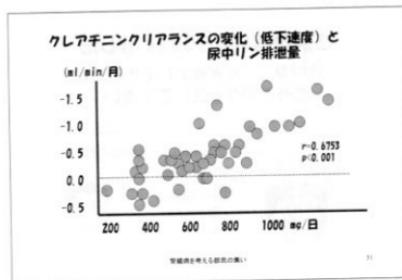


図15

第2部

食事療法体験発表

パネルディスカッション

体験発表

鈴木 英範氏



鈴木 英範氏

松村 第2部パネルディスカッションに入りませんが、先ほどお話しただきました飯野先生、佐中先生、そして実際に食事療法保存期にかなりちゃんと保存期に食事療法をなさった鈴木英範さんにもお話を伺いたいと思います。鈴木さんに最初にどういうふうにも実際になさったかをお話しただいて、それから皆さんの御質問にお答えしていきたいと思えます。

鈴木さんは専門学校を御卒業と同時に就職されたんですが、9年前に佐中先生の患者さんだったんです。本格的に食事療法を開始して、今はもうCAPDを導入してらっしゃいます。

鈴木 皆さんこんにちは。高校の時にちょっと蛋白尿がちょっと出て、遊んだりとかバイトしたりとか適当な生活をずっとみんなどと一緒に普通にしていて9年前、佐中先生の外来にかかって、もう少し蛋白制限をしないと透析になっちゃうよということ、蛋白質を制限しました。そのときは蛋白質を

制限しろと言われても、一体何を言っているのか、どうすればいいのか全くわからなくて、食事療法している方とかにいろいろ方法をについてお話を伺うことができて、それから自分なりにやっています。

えてもらいまして、自分なりにこう、料理をつくるようにしようという努力はしたんです。

料理する事の大切さ

何せ今までは自宅ですつと生活していて、おふくろの料理をずっと食べていたということで料理の料の字も知らないような状態で過ごしてきたもんですから、まあ30、40とかになった時もそれでずっと生活をしていると自立ができません。とも思ひまして自分なりにアパートというか、マンションを借りて家を出て、食事療法を本格的にやっていこうと、佐中先生と一緒にやっていたということになりました。その時に、いつも出されてる、例えばハンバーグだとか、その辺の料理も全くつくることができなくて、その都度家に電話をしてハンバーグどうやってつくる

のと聞くとタマネギを切って肉こねて焼けばできるよと聞いて、今大分食事療法するようになったんです。食べられないものになつたんかして食べるといふときの工夫としては、例えばお肉の挽肉にしても、食事療法やっていると、手を挙げてもらったときにたくさんいたと思うんですけども、成分表を見ると挽肉と書いてあると蛋白質が100グラムで18グラムぐらいある、肉の中で一番蛋白質の少ないバラ肉を挽いて挽肉にしてハンバーグでもロールキャベツでもいいから挽肉の具にすれば、必然と蛋白質も下げることができると、食事としてきちんと成り立つし、あとカロリーも脂身が多いので十分とれるというふうな食事を工夫したりしました。

食事療法も工夫次第

食事療法をする自宅でしたか食事とれないというふうなイメージが自分の中でごく強くあって、みんな飲みに行こうとか、御飯食へに行こうといったときに、外で食事できないじゃないかとそのときは思っていたんです。実際

に僕がやったのは自分の家で御飯を、低蛋白の御飯を主食の部分で温めていってそれをタッパに詰めて表に持っていくと、それに飲みに行つたときとか、御飯食へにいったときとかに、おもむろに、注文したあとにその御飯を出して、実際そこに出ている御飯と交換するような感じで、低蛋白の食事を外でもできるようにしました。

なので実際に食事療法をするということも自宅だけでやるんじゃないかと、外でもできるし、やり方次第ではどこでも通用すると思うし、例えば働く、就職するにしても何するにしても、食事が引つかかてできないとか、自分の病気が常にマイナスというふうな考えるのではなくて、逆にそこを強みにして、御飯とか持っていくだけで普通のと同じようにできるんだよということのアピールすればそれもすごくいいことだと思えますし、家でしかできないというわけでは全くないと思いがちです。

その時にせっかくな食事をつくるので自分の参考メニューとかつくりたいな思っていて、一応写真とかを撮りながら、お昼の前に写

真を撮って、それについて蛋白質は幾つとか、つくり方はこうだとか、書いておかないとあとで忘れちゃうんで、それをつくつたりとかしました。

その中で工夫したというか自分の中で勝手に考えていたのは、働くときには、普通の人のサラリーマンというのはよく立ち食いそば屋でラーメン食べたとか、立ち食いそばでそば食つたりして、簡単に食事を、お昼を済まして、夕飯は別として考えていたんですけど、そうすると自分も働くようになって、お昼、じゃあ立ち食いそばとか立ち食いラーメンとか食べると考えたときに、麺を普通の麺じゃなくて、低蛋白の麺とかお塩入っていない麺とかありますので、そういう麺に置き換えれば普通のサラリーマンと同じように働くこともできるんじゃないかと考えてやっていたんですけども、それは実際に自分のうちでゆで、それを冷凍してみたりとか、ゆでたものを持っていくつたりとか、いろいろやっていたうちにまあ外でも食べられるぞということ、ちよつと見にくいかもしれませんが

けど、こういうふうには、普通で売っている市販のカップラーメンの麺を捨ててしまつて、そこに自分のゆでた麺を入れて食べるといふことで、いろんなラーメンって味の種類がみそでも、しょうゆでも、とんこつでもいろいろありますけれども、味は楽しむことはできるんですが、麺だけは自分の麺を食べると、そうすると蛋白質はすくべると、そうすることができると、その分カロリーが麺でとれるという形で、食事これ3年ぐらい毎日私ラーメン食べてたんですけども、検査の結果もそんなに変わらず飽きることもなく、今カップラーメンでたくさん出ているので、そういう部分で変えながら食事を楽しむとつちやおかしいんですけど、普通の人と遜色なくできるということを実行していました。

わからない時は聞く

それとともに食事療法やる時には必ず、素人なのでわからないことたくさんありますが、検査の結果を見ながら、先生ときちつとお話をしながら修正していってもらわないと間違つた方向に進んで

いつてしまうので、もし食事療法、やっている方たくさんいると思うんですけども、検査の結果を、僕は見ながらやって、先生に「これお塩ちよつと多いね」とか「蛋白ちよつと今回多いんじゃないかな」とか言われたときは、ちよつと次減らかなとそういうような感じで、間違っているところがあればそれを教えてもらおう、ということをしなげらやっていたかな、自分一人では絶対できないので、そのためには先生とお話を、二人三脚でやっていくとか、あとはその二レの会という食事の会とかほかにもいろんな会があると思うんですが、同じような患者さんたちよつと聞いてみるという形をしないと、うまくいかないんじゃないかなというふうに思います。

あとは、今食事療法をずっとやっています、CAPDという透析をしていくんですけども、そのときもできれば透析にはなりたくないな、という気持ちはすごく強くあつて、ただそれは何でかなと思うと、透析を自分にしたことがないので、実際透析をする自分がつうなってしまうのがすごく怖かったのと、知らないことが多すぎ

て、とにかくいやだなということ、が頭にあつたんですけども、だんだんデータが悪くなってくるようになったときに、いくらいやだとしても、結果というには必ず出てしまうので、そのときは先生に言っていたのは「データが悪くなつて、もうそろそろ透析に入るよといったときには、言ってください」と。それであればもう二つ返事で「わかりました、入ります」というふうに決めていましたので、やはりそれは先生の方と信頼と、いければ、すぐ私は入りますよというふうに思っていました。

いい治療法を考える

あと今透析、CAPDをやつて今1日4回、6時間ごとに交換していただきますけれども、それもほかにも夜だけ交換するような機械もあるし、もしくは血液透析、私シャントはしてないんですけども、まあシャントして血液透析、というようなのはどうなのかなとかつていうのも、興味がありますので、せつかく病気になったのでいろいろな治療法を試したいし、それに

自分にあつた治療法が絶対出てくると思う、それを経験したことをこうやって皆さんの前でお話とかできて少しでも気分的に楽になつてもうればすごいいいと思うので、僕の方は「これからは病気に「勝つ、負ける」というのは全く考えていないんですけども、いい治療法をいろいろ模索しながら先生と話しながら、やっていきたいと思えますし、まあそうすれば血液透析にしてもCAPDにしても、例えば今若い人たちもたくさん病気の人がいると思うんですが、これから先就職とか結婚とか、いろんな問題にぶつかっていくとは思いますが、ただ自分の病気を自分がきちんと理解をして、それを各会社とか企業に理解してもらつて、そうすれば必ず就職だっていうことをマイナス面とらえるのではなくて、この部分、病気の部分はまあ、目が悪い人が目がねをかけるという同じような感覚を持つてもらつて、例えば腎臓が悪いから透析をします、食事療法をしています、だけとほかのことではできませんよ。これはできないけれども、できないばかりを主張す

るのではなくて、こちらではできないんですが、そのために自分はこのように努力をしているとか、このために僕はそれはできないだけ、れども、こういうことはできる。いけば、就職の方に関してもほかのことにしても、どんな前向きに事は運んでいくんじゃないかなというふうな考えながら毎日生活をしています。皆さんも、病気の人も病気じゃない人も先ほど月一回は尿検査をしましょうという、治る病気は絶対治した方がいい、治らない病気になつてしまつてもそれなりに治療法が絶対あるのでみんながんばつていければいいなと思えます。

パネルディスカッション

パネラー

飯野 靖彦先生

佐中 孜先生

鈴木 英範氏

CAPDを導入して

松村 はい鈴木さんありがとうございます。ございました。鈴木さん若く見えるんですけど、お年を聞いてもいいですか。

鈴木 いいですよ。今32です。今年33になります。CAPDをやった丸2年、11月で丸2年になったので今3年目ですね。

松村 3年目ですね。実は私の主催している腎臓サポート協会の宣伝みたいになっちゃうんですけど、保存期の方向けに腎臓サポート協会というのを立ち上げてまして、機関紙の「そのまま通信」今そのの後ろに置いてあります。たまた

ま、その最新号に佐中先生と鈴木さんに登場していただいでいて、今回すごくパッシングしたわね

つて、さっき話をしていまして、鈴木さんのことも載っておりまして、お帰りにどうぞお持ちください。余分に持ってきております。

そのとき鈴木さんに伺ったんですが、スマップ法ですか、早めにCAPDのチューブをおなかに入れたら、佐中先生、ずいぶん透析導入が遅れたからというので準備をよいよだめだからというので準備をしていたら、導入予定よりもよりずうっと長く持ちつちやつた、どれくらい持ったんですか。

佐中 1年3カ月ですね。

松村 普通、先生もよいよいよだめだからといって、おなかに留置するチューブ、これは大体何カ月ぐらいい前に準備するんですか。佐中 ですから、導入する時期によつてさまざまだと思いますけれども、ですから例えばクリアチニンを10超えてからだったたら、すぐ

1、2カ月のうちに始めるんじゃないでしょうか、まして13を超えていればそうだと思います。鈴木さんは13ぐらいだったよ。

松村 クリアチニクリアランスが。

佐中 入れたときが、ちよつと忘れちゃつた。

鈴木 8。

佐中 8ぐらいだった。ああ、8ぐらいで入れたのか。それで8ぐらいで入れて、その調子で上がつていくのかなと思つたら、少し足踏みしたね。

鈴木 よくなった。

佐中 むしろ良くなつてないけれども、つまり8になれば大体的には1カ月か2カ月で大体1ぐらいつつ上がつていきますよ、それがそうじゃなくて1年と3カ月ぐらいかかつて13ぐらいまで上がつていったのかな。

松村 ということは逆にもうクリアチンが8ぐらいになつたらとんとんと上がつていって、1カ月か2カ月後にはCAPDスタート、というふうには先生も鈴木さんも思つていらしたら、1年3カ月持つちやつたということ、いつなつてもいいやという、その安

心感が、導入を遅らせたということですか。

佐中 そうじゃないかと思うんです。食事療法も多分、割となんでいうのかな、やらなくちゃという思いでやつてなくて、ごく自然の流れでやつていたんじゃないかと。

鈴木 そうですね。まあ1週間に1回ぐらいは思い切り食べちゃえとかいうのもやっていましたね。実際は。まあほかの食事療法やつていてる時の会にはやつちやだめだよとかいいながら、自分は食べたりしていったんですけど、申しわけないですが。

松村 ちゃんと埋まつているんだからいつでもスタートできるんだと気楽になつたために延びた。

鈴木 ありますね。

松村 さっき佐中先生のお話の中でも、精神的なものが非常に大きいというのが、鈴木さんの例でもよくわかります。皆さんからいろいろと質問をいただいでおりますが、その中で今鈴木さんも導入してらっしゃるCAPD、その腹膜透析とはどういうもののかを教えてください」という御質問をいただいでいるんですけど、これは

飯野先生教えていただけですか。

透析療法について

飯野 末期慢性腎不全といって透析に入る段階になりますと、治療法が大きく分けて3つあるんですね、1つは血液透析とあって、一般的には手の所にシヤント、内シヤントというのを動脈と静脈をつ

なく手術をして、そしてその影らんできた静脈に針を刺して血液をきれいにするという、体の外に出してきれいにしてまた戻す。これが血液透析という一般的な方法です。こういう方が多いんですけど、そのほかにCAPDこれは腹膜透析とおなかの中に水を入れて、水といつても透析液ですけれども、腹膜の所に血管がたくさんあります、そこから老廃物をその腹膜に入れた水に移行させて、それを外へ出す方法、これがCAPD腹膜透析といえます。1日4回換える方法とか、あるいは夜だけ機械で絶えず循環して老廃物を採る方法とかいろいろバリエーションがあります。

最後の方法は腎移植です。これは相手がいるもんですから、くれ

る人がいないとできません。死体腎移植あるいは生体腎移植というように2つに分かれます。それでCAPDと血液透析のいい面悪い面いろいろあります。これは詳しくは導入された病院できちつと説明を受けて、自分の生活にあった方法を探られるかと思うんです。

血液透析だと週3回、4時間から5時間やはり透析センターに行つて透析に拘束されるわけですから時間的なものがあります。今、鈴木さんは自分でかえているわけですね。

鈴木 自分でかえています。

飯野 それであと月に1回ぐらいですか、病院行くのはどのくらいの頻度で。

鈴木 外来は月1回であとはエポリンで貧血の注射を2週間に1回ぐらい。

飯野 チェックのために月1回、それからエポリンというのは貧血を治すエリスロポエチン製剤ですね、そういうのを打つのが2週に1回ですね、月に1回打つだけでもいいエリスロポエチン製剤が、できてきますけれどもそういうものを使えばいいということですね。

よろしいですか。

松村 やつぱりCAPDを選ぶか、それとも血液透析を選ぶかというのは、飯野先生、生活スタイルをはじめいろいろな要因でどちらかを選ぶということですね。

飯野 そうですね、忙しい方、あるいは腹膜透析というのは、その透析液の中ばい菌が入っちゃうと腹膜炎を起こすので、きちつと衛生管理できる方、あるいは場所がある方そういういろいろな制約がありますけれども、それから医学的にいい面と悪い面があります。いい面もたくさんあります。

松村 先生にお任せで自分はやるんだという方はどちらかというところ施設での透析、血液透析のほうが向いているかもしれないし、自分できちんとしてコントロールして、自分でバッグの交換もするんだ、という方はCAPDが向いている。

飯野 さらに最近血液透析も自宅透析というのがあります。**松村** 家庭透析がありますね。**飯野** そうですね、そういうのもできてきています。

低リン食について

松村 広報とか、ラジオで聞いてきよう来てくださっている方が大変多いので、保存期の方が圧倒的に多くてらっしゃいますから先生方のお話非常に参考になると思います。

さつきの食事についての御質問をいただいております。「低リン食というのは低蛋白食と同時に始めるべきなのでしょうか、その際血清リンの値などは、血清リン値を参考にするのでしょうか。血清リン値の目安があれば教えていただきたいです」という御質問、佐中先生お願いします。

佐中 低リン食というのは実は低蛋白食をやるのと自然にできちゃうんです。というのはリンというのは蛋白質に入っているんです。蛋白質食品ならもう構造的に入っています。大体10%ぐらいそうなんです。ですから私4000ミリグラムがいいよって申し上げました。尿中に排泄されるリンの量、つまりそれを見ればいいんですが、それはだから逆にいうと40グラムの蛋白を食べるとリンは400ミリ、50グラムだったら500ミリ、70グラムだったら700ミリと、いうふうになりますので、そこ

を気をつけていけば、実は自然に低リン食はできてきますので心配はないんですが、ただその場合に重要なことは、いわゆる練り製品と称するハムとか、ソーセージとか、かまぼことか、ああいうものはああいう形にするためにリン化合物がどうしても必要なんです。ですから余分のリンが入ってしまったのでそういうものは避けましょう、それからいろんな合成の飲料材があります、さつきコココーラ、ペプシコーラああいう物ちよつとやり玉に挙げましたけれども、ああいう物の中にもやっぱりどうしてても合成飲料ですからたくさん入っている。ですからああいう物はほんのちよつとにしましょうよといふことなんです。

松村 要するに練り製品とかハム・ソーセージなどの既製の食品や清涼飲料水などを比較的抑えたと、割に楽だといふことです。

佐中 自然にできて、やっぱり自然食を中心に食べるといふことだろうと思います。

松村 そうですね。練り製品は特にリンを添加してるわけですか。それはもうぜひ気をつけなければいけませんし、それ以外だったら、

そんな特にリンを下げましようというよりは蛋白を下げないように気をつければ自動的にリンが下がっていくというふうに考えればよろしいですね。

佐中 はい。できます。そうですね。まあ、もしもつと下げたいと、最後の方のスライドあんまり申し上げませんでしたが、蛋白は少し多くは400ミリで、蛋白は少し多くなっているのに低リンになっていきます。あれは実はリンを制限するお薬、今はリナジェルというお薬ができましたから非常にやりやすくなったと思いますけども、私の場合は沈降炭酸カルシウム、あの時期になるとカルシウムがだんだん下がってくるのですから、あんまり使いすぎるとあとで低回転骨なんて、また違う病気が出てきますから、カルシウムとカリウムとちやんとチェックしながら使わないといけませんけど、そういうものをチェックして正常の中にあるれば十分使えるわけですから、あの時期からも併用すると、そうするとリンは自然と制限できるし、

あるいはまた、実は高脂血症のことをあまり言いませんでしたけれども、高脂血症というのは、低蛋

白食にして高エネルギー食というのを勧めます。特に糖尿病になる、そうじゃなくても高脂血症になる、ですから高脂血症も実は考えなくちゃいけない、そのために高脂血症治療薬というのはいろいろありますけれど、その中でコレステロールを吸着してくれる高脂血症治療薬があります。それは実はリンも吸着するんです。ですから一石二鳥なのでもっと併用するというようなことでもして、リンの濃度を下げるといふふうにして低リン食を今、実現しているんです。

カリウムについて

松村 じゃあ、患者さん自身で気をつけるのはどちらかといえば蛋白質だけでいい、あとは主治医の先生と御相談して、もつとリンを下げた方がいいという判断が出れば、そういうお薬も併用すれば割に簡単にできるということですね。いろんないいお薬が出ているんですね。

リンと同時にカリウムについての御質問もあるんですが、低蛋白食についてはよくわかりましたが、カリウムの摂取はどのように考え

たらよいのでしょうか。今この方は多分御自身でおわかりだと思いますが、透析すればの食事をつくってらっしゃるようです、お野菜をゆでこぼしたりというように、気をつけてらっしゃるようですね。

佐中 今の方は透析すればいいということとは、まだ透析には入っていないと、しかしもう透析間際ということなんですか、それとも透析、クレアチニンクリアランスが幾つぐらいなのかこれによるんです。本当に間際で、例えば10とかですね、そうなってくるとそれなりに注意しなくちゃいけないんですが、20とか30とかは、まあ、もしかしたら50とかですかね、であれば、あまり気にしなくていい。実は低蛋白食事療法はそのまま低カリウム食事療法になるんです。ですからあまり気にしなくていいんです。過剰にとるといふことだけ気をつけておけばいい、つまり高濃度のカリウム含有食品、これはもう決まってるんです。例えば果物だったらバナナ、ああいうふうな密度がきゅつとあるようなもの、あれは良くない。それから干した果物、干した野菜。これはカリウム濃縮しています。ですから

らそのままカリウムを食べているようなものなんです。ですから腎機能が良くて血圧の高い人は非常にそれは都合がいんですけれども、それではない人はそういう物さえ避けておけば、低蛋白食事療法がそのまま低カリウム食になります。ですから野菜はそのまま食べてください。せいぜいゆでこぼし、煮こぼし、いらなくてちよつと水につける、それだけでもカリウムは外に出でくれますので、それだけの注意でも十分、ただ特別な病気の人でカリウムが上がる、これは飯野先生が得意の分野ですけれども、カリウムが上がるような腎臓病の人がいます。そういう場合は事前にちゃんとチェックしてもらって、ちよつと注意しなくちゃいけませんけども、そうじゃない方の場合はあまり気にしなくていいだろうと思います。

松村 そうですか。じゃあ生野菜のサラダでも水にちよつとつけておけばよいのですか。

佐中 それで十分。

松村 全ての野菜をゆでこぼしをなんて神経質にならないで。

佐中 ですからカリウムが、上がりにやすい特殊な病気の方は、まあ、

何人に1人ぐらいだろう、1000人に1人ぐらい、そんなにはいませんよね。10人に1人もいないですよね。

松村 はい、わかりました。飯野先生、今その特殊な腎臓病というのは。

飯野 カリウムが上がりやすい方がいらつしやるんですね。カリウムというのは尿管という、糸球体という濾過される場所から、今度は小さな細い管があるんです。そこで分泌されるんです。それで出て行くんですけど、ですからそういう分泌機能が悪い方は上がりやすいということが言えます。それから最近はお話でも言いましたように降圧薬の中でACE阻害薬とかARBですね、アンジオテンシン受容体拮抗薬これは腎臓を守る作用があるので割によく使われるんですけども、こういうお薬でもカリウムが少し上がりやすくなります。それから僕の使っている薬でも、アルドステロン拮抗薬というのがありますが、これも最近はお話でも併用しているんですけども、これもカリウムが上がりやすくなりますので、も

し心配な方は、僕は腎臓の手帳をお渡しして患者さんにカリウムの値とか、そういうのを全部お知らせしていただきますので、高い方は、主治医と相談して、それで気をつけていただくというにしたらいいでしょう。

薬について

松村 リンは抑えるお薬があるというのですが、カリウム自体を抑えるお薬というのはないんですか。

飯野 これもあります。

松村 ありますか。

飯野 カリウムを吸着する薬が、ゼリー状のこともありますし、粉もありますし、いい薬がありますので、主治医の先生に相談すればこれは出してもらえらると思います。

松村 いろんなお薬がありますので、とにかくドライフルーツとか、バナナとか極端なものをとらなければ、かなり大丈夫ということをごさいますね。それから高血圧に関する御質問なんですが、「上が大体150から165前後、下が90から100前後、普急性の腎不全をやったことがあるので、ちょ

つと慢性腎不全が怖いんですけど、もう降圧剤を飲み始めた方がいいでしょううか」というのは、これ先生というふうには。

飯野 血圧は低ければ低いほうがいいです。ですから150、90を超えていたら、やはり日常生活をきちつとし、運動を規則正しくやる。それから食事の塩分をきちつと制限する。そういうことができた上で、それでも高いようだったら薬を飲んだほうが長生きできます。

松村 この場合塩分制限とかどうしていらつしやるかわからないんですけども、「降圧剤は始めたほうがよろしいでしょうか」というのは、どう考えて。

飯野 外来でこういう方がいらつしやつた場合、まずすぐに何か起こるっていうわけではないと思うので、1ヶ月ぐらい自宅で血圧もはかっていたらいいので、それで様子を見てそれでも下がらないようだったら血圧の薬を僕は使います。

佐中 先生どうですか。

佐中 私も当然そういうふうにはしません。塩分制限をもちろんして、それを飲むように話をいたします。

松村 でも降圧剤っていうのは1回飲み始めたらやめられないって聞くので、なんか「始めたくない」って言う方も結構いらつしやるんですけれど、その辺はどう考えたらよいのでしょうか。

佐中 よくそのように言われて困るんですけども、それは私は2つの見方があると思うんです。1つは見方というか、そのときの我々側の見方と言ったらいいでしょう。つまり1つはACE阻害薬とかあるいはアンジオテンシン受容体拮抗薬、これは腎臓を守るといってお薬として今非常に注目されてますけども、それは降圧剤なんですけど、私たちに言わせると血圧の薬というよりも腎臓の薬という認識なんです。ですから血圧が高いということ、そういう薬を飲みなさいということ、腎臓が教えてくれてるのだと。だからやはり飲んだ方がいいんですよ。たくさんの大規模臨床研究というのがあって、腎臓を確かを守るということが2、000人以上の人たちが教えてくれてるんだって。いう見方が1つあると思います。もう1つはそんなに飲むのがいやだったら、とにかく1年飲んでみ

ようと。そしてもしコントロールできて、もしそれでもいいやだったら、1回ぐらい休んでもいいよ、というふうな言い方をしています。松村 ああそうですか。1回始めたらもう絶対一生飲み続けなきゃという、そういう考え方をしない方が。

佐中 そういう考え方はやめた方がいいんじゃないかな、はい。松村 昔からよく、降圧剤だけは途中でやめられないから、と言われていますけど、その心配もないということですので、安心して先生が降圧剤を出しましょうっておっしゃったら、それに従ってやっただ方がいいということですね。

それから「低蛋白食を実行していても尿蛋白が減りません。どうしたら改善できますか」という御質問が。

ネフローゼ症候群

佐中 その質問必ずあるんです。おっしゃるとおりなんです。まず1つは減り方の程度なんです。例えばネフローゼ症候群という病気があります。そういうときは低蛋白食療法をやったってそれはな

かなか思うようには減ってくれません。それは10%ぐらいは減るかもしれませんがそんな減り方も、せいぜいそれぐらいじゃないですか。やはりもの病気を治すということ。そのものの病気が糖尿病腎症なのか慢性糸球体腎炎なのかこれまた違いますから、それが一体どういうものなのか、やはり分析するというか解析して、その蛋白が一体どういう蛋白か知る必要があるだろうと思

います。ですから一概に答えられないんですけども、その方が一体どうなのかということを開いてくれた方が、質問の答えに近くなるかもしれませんけども。それにしても先ほどのACE阻害薬とかARB Bそういう薬を併用しないと、蛋白尿が減らないという場合があります。それからほかのIgA腎症からくるようなネフローゼ症候群。この場合もとのIgA腎症に対する治療をやはりしていかないとなかなか減らないと言ったも

あります。しかし少しでも減らすというところ、これは腎臓にとつては負担を減らすという意味で大変重要なことだと思います。松村 この方は御自分のことではなくて、御息のことで聞いてら

っしゃるんですけども、御息は30歳ということですよ。やはり先生こうなつたらお薬と併用でございませうか。

佐中 その方がいいと思います。もしIgA腎症であれば、これは扁桃腺摘出手術というのがあります。その当てもIgA腎症に扁桃腺を取るといふのはもちろんあつたんですが、否定する意見のほうが圧倒的だったんです。今でも否定する人がいらしゃいます。その取り方がだんだん少し上手になつてきたとその後フォロワーの仕方がわかつてきたというので、IgA腎症でネフローゼなつても治療できる方がいます。仙台の先生たちがたくさんやっていますけども、700例の症例でいい成績を出しています。今だったら鈴木さんに「IgA腎症、扁桃腺取ろうよ」という話を多分していた

と思うんですけど。その30歳の方もそういう目で1回担当の先生に診てもらえばいいんじゃないかと思

います。松村 扁桃腺を取るといふのも、ひとつの透析導入を遅らせる。佐中 特に仙台の堀田先生なんかはそうおっしゃっています。

松村 ああ、そうですね。

佐中 私もまだ10人ぐらいの方を治療していますがそんな印象を持っています。

松村 ああ、そうですね。鈴木さんはじやまだ扁桃腺を持っていますね。

鈴木 あります。

佐中 鈴木さんは非常に大きいのがあったんです。

鈴木 大きいのが2つ。

佐中 今だったら多分「取ろうよ」と言っても、多分取っていると思います。

松村 ああ、そうですね。そのときはまだそういう学説が定着してなくて、そのときに取っていたけれども少し透析導入遅らせられましたが。

佐中 私はそう思っています。その後まだそういう考え方が少し出てきて、パラ・インフルエンザという菌なんですけれども、「そういう菌がどうも悪いよ」ということを言う人が出てきて、あれがそのCAPDに入る2、3年前だったと思います、盛んに彼に今からもう扁桃腺を取っても遅いかもしれないから、というのはいくらもチンクリアランスがもう14、15

ぐらいでしたから、とにかく透析導入を遅らせると。その目的なので扁桃腺を取ったって、やはり大出血して命を落としたりという場合もありますから、とにかく喉を洗う、つまりうがいで、鼻も洗うということをやっています。多分遅くなったのはそういうこともあったんじゃないかと、実は思っているんです。鼻洗いが非常に上手になりました。その辺の話もしたら面白いんじゃないかな。

効果的な鼻洗い

松村 ぜひ鈴木さんの鼻洗いのやり方を御紹介ください。

鈴木 鼻洗いの。

松村 ええ、みなさんに御紹介ください。

鈴木 風邪を引くのがすごく多くて、風邪を引くとよく扁桃腺がものすごく腫れたんです。風邪を引くのはこの病気になるって「風邪を引くと透析に、腎機能が悪くなるよ」と聞いていたので、風邪にはものすごく敏感で、「ちよっと鼻風邪っぽいかな、会社休んじゃおうかな」とか「学校休んじゃおうかな」ということをしていたんで

すけども、鼻うがいでいってソジンとかを手の上にならちよっと垂らして、クツクツ吸ってパツと鼻から出すやり方と、あとはぬるま湯にお塩をちよっと口から出すと、鼻から入れて口から出すというようなことをすると、完全に何ていうか、鼻腔っていうんですか。その奥の方まできちんと洗えて、風邪を引かなくなりました。

松村 それで1年3カ月も続いたのも1つの原因。

鈴木 食事療法もありますけど。松村 精神的なものとその鼻洗いですか。

鈴木 そうですね。ちよっとした鼻風邪だとすぐそれは治っちゃう感じがしました。

松村 ああ、そうですね。やはり風邪を引いたことから、急激に悪くなるという方が多いですから。今鈴木さんがおっしゃった鼻洗い、実は私もそれを伺ってから、外出から帰ったら必ずやるようにしたんですが、始めはもう涙ぼろぼろでとつてもやりにくかったんですけれども(笑)。ちよっと練習しているうちにできまいたいになりました。ですから私みたいに、別に、腎臓は悪くないですけれど

も、声を使っている仕事をしていすから、風邪を引きたくないという、そういう理由だけでも鼻洗いで、有効のような気がしています。

飯野 そういう人もいます。松村 そうですね(笑)。多分全員が効くわけじゃないと思うんですが、鼻を洗うというのはいいかもありません。それで今自分でやられると痛くなりますね。

松村 はい。

飯野 これ昔医科歯科大の助教で、今他大学の教授をやられている耳鼻科の先生が鼻洗い機っていうのを作りました。管になっていてそれで痛みが起らないというのがあります。ですから、そういうのを使えばもう毎日でもできると思います。アレルギーでも使えますし。

松村 アレルギーや花粉症にもこれがとってもいい方法だという気がいたします。それから、御質問こちらにきているのは、あと1枚なんですけど、「発芽米はよいですか」と、「玄米はどうですか、それから小魚、ちりめん、白魚なんかはどうですか」という質問があるんですけど、これは佐中先生で(笑)。

佐中 そういうものは、それで腎

不全が要するに寛解できるか、あるいは透析療法導入を遅らせることができるか、そうじゃないんです。やはりこの場合は蛋白質っていうところに帰結するんですが、ただああいった物の中には高濃度のビタミンをたくさん含んでいるので、それをその蛋白質の量をチエックしながら、そういうものをつつていくというのは私は非常の意味があると思って、そういうの希望の方にはそれ100%にするのじゃなくて、混ぜて使うと。あるいはそれを時々使うというのならいんじやないかという話をいたします。

松村 今先生おっしゃいましたように、やはり何かこれはとてもいいからといってそればかりというのは、これ1番いいみたいですね。良いといわれるものを取り入れて、いろいろと工夫してやっていくというやり方が1番いいんじゃないでしょうか。

会場の方で御質問の方はいっやいませんか。面白いようでしたら先ほどの話に関連してこちらで進めてまいります。鈴木さん、佐中先生に保存期るとき蛋白質何グラム

って制限されたんですか。

蛋白質制限について

鈴木 始めは30ぐらいって言われて、それから25に言われて、最終的には20と言われて、何ていうことを言うんだと思ったんですけども、20にしたらデータも安定するの、20でやっていました。最後は。

松村 最後。佐中先生さっきのお話の中では「50ぐらいだったら結構楽だけど、もう30になると大変だよ」と言うお話がありましたね。

佐中 そう、そう。

松村 それを鈴木さんはやったわけですか。

佐中 鈴木さんの場合はできたんです。

松村 ええ。

佐中 だから、これは人によってみんな違うんです。やはり理想は25から30。これはあくまでも理想

です。ただそのときに今度です。すくなくちゃう方がいるんです。そうすると今度は栄養失調になっちゃいますから、そこを今度栄養失調強調して、「だから低蛋白質

はだめなんだ」と言うのだめなん

ですけど。そのことをちゃんとして

エックしながらしないといけない

だけから病院に通いながらやらない

といけませんけれども。鈴木さん

の場合、きょうの話にあったよう

に非常に工夫されて、僕はすい

ぶん鈴木さんからいろんなことを

勉強しました。そういう勉強をし

たことをまたほかの患者さんに話

して、その人がまた工夫したりし

ていて、また僕が聞いてほか

の人に話してというようなことを

やっているんですけども。それが

「二レの会」ですけども、そう

いうことができる人はやはりやつ

たほうがいいと思います。そうじ

やない人でも、やっても実際は

できないんですから、できないの

はできないんで、そうするとやはり

ほかのことをちよつと考えなけれ

ばいけないということになると思

います。

松村 鈴木さん、実際に25グラム

とか30グラムでやっているときに

あなたの写真を撮ったお料理帳を

拝見したんですけど、ラーメンが

あったり、結構「腎臓病の

人が食べられないんじゃないの」

というような物がたくさん載って

いましたね。それでも25とか30に

鈴木 そうですね。自分も食べられ

鈴木 そうです。主食の蛋白質は腎臓病にとってはあんまり上質の蛋白じゃないので、それはとらずに、蛋白の少ない物にかえても、カロリーは十分普通の主食の蛋白と同じようなカロリーがあるので、カロリーは減らずに蛋白だけ下げられるということ。

松村 でもおいしくないですよねご飯が。

飯野 確かにおいしくないんです。松村 私もずいぶんいろいろ試食させていただきましたけど、おいしくない。

鈴木 確かにおいしくないです。

ただ私これならできると思ったのは、実はでん粉米との出会いなんです。当時のでん粉米これは臭くて、でも無理に制限するよりもそこだけかえればできるもんですから、できるなと思ったんです。でもやはり今から考えてよくあんな物を食べていたなと思います。今はかなりいい物が確かにできています。

松村 そうですね。

鈴木 蛋白10分の1食とか。ですから本当10年前と今とは食事療法相当変わっていますので、かなりできるだろうと思います。

松村 鈴木さんがすごいなと思ったのは、この間私も実際に実験してやってみたんですが、でん粉米、それを普通のお水で炊くんじやなくって、ほうじ茶で炊くんじやなくって、お茶やウーロン茶で炊いてみたりいろいろやったら結果「ほうじ茶がいい」というのが、鈴木さんの結論だったそうです。私もほうじ茶で炊いてみしたら、ちよつとべたつとするけれど、歯ごたえがい

ました。ご飯程度のところまで結構できました。松村 そうです。

かゆみ対策について

松村 やはりこれは工夫次第で、鈴木さんはおいしく食べたいという一念で、そういう工夫をしたらうしやった。そこまでやったらお肉の蛋白はとれるということですね。低蛋白であっても高脂肪をとらなければいけませんから、低栄養にならないように気をつけなければいけないわけです。

御質問いただいたのを御紹介いたします。「慢性腎不全」と診断されて、発病から3年たつてらっしゃる方です。「背中がかゆくな

り、なかなか治癒いたしません。対策はないでしょうか」飯野先生いかがですか。

飯野 腎臓が悪い方で透析の患者さんも多いんですが、1つの悩みがかゆみなんです。これはいろいろな原因があると言われていて、なかなか対策が難しいんですけども、やはり肌を清潔にすることと、それからローションとかそういうのがいろいろあります。それで透析の学会とかでも、いろいろ対策が考えられて、発表もあるんです。ですからいろいろ試されるしかないと思うんですけれど、佐中先生どうですか。

佐中 腎不全と一口で言うところは一絡げになつちやうんです。どの時期かに多分全です。ですとか、末期腎不全でも透析導入直前ぐらいの、例えばクレアチニンクリアランス10とか15以下だったらやはり透析療法が、必要としていくということなんだろうと思えます。それよりか上50とか70とか、そこだと腎不全からそうなることはあまりないので、ほかの病気、例えば糖尿病じゃないかとか肝臓じゃないかとか、ほかの病気のことをちよつと気にしてみ

るということが必要だと思います。それからその中間だと、しばしば飯野先生がさつさおっしゃったように、ローションこれ結構大事なんです。つまり腎不全の人は案外乾燥するんです。特に冬は乾燥します。その乾燥に対してはちよつと誤解があつて、乾燥したからお風呂に入る一生懸命洗う、あか

をこす。また乾燥するんです。真皮が、皮膚がそけてきちゃって、あかをするのとどんどん。あかすりなていうのがあつて、これでもまだ出てくるのかつて出てくる。それはよくないんです。むしろそういうふうにしたくないで保湿する、湿らす、というふうにした方がいいです。というふうには治療考え方を要えてごらんになつたらいいと思います。

松村 はい、わかりました。今いろんな保湿剤とかおふる上がつてから背中に塗るとか、おふる上がある前にちよつとお湯に垂らしかぶるとか、いろんなものがありますから、かゆい方、いろんなものを工夫してみてください。

今日は「透析を遅らせるため」というテーマであります。低蛋白食を続けることで体力の消耗な

ど合併症の可能性も高くなり、クレアチニン値を見ながらある時期が来たら透析の準備を早めにしていくことも大切ではないでしょうか。透析導入をただただ延ばすということがいいことではない、ということもわかってほしいというご意見をちょうだいいたしました。佐中 それはおっしゃるとおりです。だから僕にはたいたずらに延ばすという考え方には反対です。やっぱりその時期時期によるので、私きょうはどちらかというとかなり腎不全としては早期のところ、案外皆さんがその腎臓ということを認識しない、医者ももしかしたら、しないかもしれない。特に糖尿病の人はそのようです。糖尿病の人の早期糖尿病性腎症というのは、蛋白尿が出てから、要するにビルアビニンが出てからという定義付けをするのですが、私たまたまた見たアメリカの論文ですけども、それだと遅いという書いている人がいた。全くそのとおりで、要するにクレアチニンというのは正常値が1・0で多くの人は0・7とか0・8ですがもともと低い人がいます。0・4とか0・5これが実は糖尿病性腎症の始まりだと書いてある本

がありまして、全くそのとおりでして、その時期にもう既にこの腎症のことを考えてやる、おくということが非常に重要です。ですから、もう本当に末期直前クレアチニンクリアランスで15以下のところで、あれやこれややって、単に引き延ばすとかこれはもうそういう考え方はやはりやめた方がよくて、まさにそのときは成り行き任せにするしかないだろうと思えます。ですからそのときに、しかしそうはいっても伸ばしたいとか、人情ですから我々の願いでもありますし、それなりの食事療法するとそのときに血拴を蛋白質アルミを見てもらう、あるいはヘマトクリットヘモグロビンを見てもらうというようにして病院にこの1カ月に、長くは1カ月に1回時期によつては2週間に1回、2カ月に1回でもいいですが、そういうふうにして必ず病院に行つてそういうものチェックしてもらおう。そして食事療法がその腎機能にもいいあるいは栄養状態にもいいということを見ながら続けていくということが、大切じゃないかと思えます。

透析もきちんと準備を

松村 いたずらにただただ透析を怖がるのでなくて、ある程度の時期が来たらやはり主治医の先生と御相談しながら、鈴木さんのようにちゃんと準備だけしておいたら、あと1・2カ月で多分透析導入だろう、CAPD導入だろう、と言われたのが1年3カ月ももつたりする。というような、むしろそのぐらい準備をきちんとしておく血液透析でしたら、もういいよなんだな、と言われたらシャントを早めにつくっておいて、それからどこからどこまで導管を運らせるかやってみる。それぐらいの準備しておかないといけませんね。そうしないと、尿毒症でばたんと倒れて、救急車で担ぎ込まれるなんてなると予後がとっても悪いですから。やはりこれは早めに考えなきゃいけないことだと思います。それから「低蛋白食、蛋白50、塩分5から7グラム、カリウム2、200を実行しているとき、カリウムを出すために味つけは油分、糖分で味つけすることが多いですが、つくりながら高脂血症になら

ないか、糖尿にならないか心配です。そんなことありませんか」。このご質問は？

佐中 それは確かに心配しなくてはいけません。ですから、それはチェックしながらやった方がいいと思います。高脂血症になれば、やはりそのときはその人の生活がどんな生活なのか、というのをまた考えなくてはいいと思います。つまり、筋肉労働とかであれば、ボクシングの選手とかであれば、たくさんとらなければいけないけども、そうではなくて、割と残業が、座つてする仕事が多いという場合はそんなにカリウム、もしかしたらとらなくてもいいかもしれない、そうするとその辺は減らせるというふうにして、やはり生活の中で一体自分がどんなふうに、教科書とか、もの本には今おっしゃられたように画的に書いてあります。でもそれはあくまでも最大公約数で物事は書きますから、その担当の先生とよく相談して、一体自分は1,800カリウムぐらいではないのかとか、そういうことを確認しながらやってみていいだろうと思います。

頑張っている患者団体

松村 主治医の先生とよくご相談なさりながらやっていた方がいいと思います。それから、もうこれは直接病気のことでありませんが、「国は財政難だと思いますが、このままでは今までどおり無料で透析を受け入れられない可能性も訪れるのではないのでしょうか。その辺の状況を伺いたい」ということですが、これはそういうことが無いように東腎協とか全腎協とか患者さんの団体が一生懸命頑張っておりますので、皆さん方も頑張っていた方がいい、というしか言いたくありません。透析時間が画一的になったり透析患者をめぐるいろんな状況は決して、バラ色でなくなってきたりすることも事実です。でも現在持っている既得権をちゃんとキープできるように東腎協の方もそれから全腎協の方も頑張っておりますしやいますので、皆さんもどうぞ応援していただきたいと思えます。

それから移植医療に関すること「日本の臓器移植ネットワークの公共広告が2001年で止まっているような気がします。」これ予算の関係でできなくなっています。私も委員をやっていますけど、「骨髄バンクはやってい立ち、移植を待つ人の気持ちに蚊帳の外になっていくような気がします。どう思いますか」ということとで公共広告出したいですけども、公共広告の媒体に出すのはテレビ局のご協力で費用はかからない時間帯もありますが、皆が見る時間帯とある程度お金がかかります。それからCMを製作するお金もかかります。今ネットワーク非常に予算が厳しい状態ですので、広告にお金を使えない。それからネットワークが出しているトランスプラントという本も今発刊中止の状態です。それよになんとか移植をしたい人と、それから、ほしい方とのそのネットワーク事業、これだけは絶対に先細りをさせないようにとしているので、そこへ集中的に予算を使っておりますので、広告とかそういうことにお金が使えない状態にあるというところは、ご理解いただきたいと思えます。もお時間がきてしまいました。最後に飯野先生、佐中先生何かこ

ざいますか。
飯野 じゃあ一言。今のネットワークは僕も広報委員やっていますので、それから、予算内その公共広告使っている年間1000万かかります。ですからそれが無いものですから申しわけないと、今後頑張ります。それで今頑張りますと言いましたけど、私「いやしの会」というのこの前出まして、そこで鎌田先生という長野の先生がいらつしやいます。その先生がお話しになったときに「頑張らない、でもあきらめない」という言葉がいい言葉がありますけど、皆さんそういう気持ちで今後頑張っていた方がいい、あきらめないで生きていく、頑張りたいと思えます。

松村 佐中先生、特に。
佐中 もうずいぶん話聞きましたので、特にないですが、だんだん最近は何年配の方もインターネットアクセス、自分がしなくても若い人たちが必ずしますので、携帯電話でも私にできないようなことを、みんなチャカチャカ、チャカチャカやっています。あれで大体できる人が多いわけで、そこからでも「二レ・ドット・コム」に入れますので何かありましたら電話される

開会のあらわつ

東京都腎臓病患者連絡協議会

副会長 藤原 実



東腎協副会長 藤原 実さん

皆さんどうも長時間お聞きいただきまして、ありがとうございます。きょうは休日です、しかもちょっと寒かったですけども、170人余の方がお見えいただきました。その中で、保存期の方が大部分だったようでして、その保存期の方にとりましては、きょうのお話を非常によろしかったんじゃないかと思えます。

私は透析やって、もう10年近くになるわけですけども、透析にはならないように皆さん頑張ってくださいと思います。きょうの

話は、それに非常にふさわしい話で、特に慢性腎不全の寛解は夢じゃないというようなお話とか。あるいは「日々是好日」とか。非常に夢を持てる話を聞かれたと思います。その中で、ポイントは結局食事療法と適切な医療。この両々相まって、寛解といいますが、透析に至らないで治るといいますか、暮らせるという段階が得られるということ、非常に貴重なお話だったと思います。きょうのお話をうちへ帰られて、整理されてぜひ生活の中に活かしていただきたいと思えます。先ほどもちよつと触れましたけども現在透析患者は全国で24万人弱です。23万人はもう越えています。毎年1万人ずつふえています。我々透析患者は、こういう仲間が、苦勞する仲間がふえないように東京都の後援をしまして、毎年「都民の集い」を開いております。ぜひ今後もこういうものを参考にしながら透析をしない生活を送っていただきたいと思えます。お疲れのところ長くなりますので、このぐらいにしま

すけども、きょうは日本医科大学の飯野先生。東京女子医大の佐中先生。さらに相談コーナーの方で、東京女子医大の樋口先生。高島平中央総合病院の鈴木先生。それから経験者として、鈴木英範さんの献立などを聞かせていただきました。さらに東京都の清古課長のご出席を得まして、貴重なお話を伺いました。いつものことながら松村先生には、非常に患者側に立ったといえますか、聴衆にたった司会をしていただきまして、皆さんわかりやすかったと思えます。自分の疑問が解けたと思えます。そういう先生方に対して、もう一度大きな拍手をいただきます。ぜひ終わりにしたいと思います。どうもありがとうございます。それでは以上をもちまして講演を終わらせていただきます。気を付けてお帰りのしたいと思います。

東腎協へ加入のお誘い

腎臓を病む方々は、年々多くなり、とりわけ人工透析を必要とする私達の仲間は、全国で23万人を超え、東京だけでも2万3000人を超え、医療費の実質的な切下げ、介護保険の実施に伴う諸問題、災害時の対応など、課題が山積している状況にあります。

東腎協の会員は2004年10月末現在、約6500人で、さらにたくさんの方に入会していただくために努力を続けております。団結こそ力であることは当然ですし、未組織の透析施設や、親睦患者会があっても未加入の患者に対し、常に加入をお願いしています。

もちろん、人工透析をしている方々だけが腎臓病患者ではありません。CAPD（腹膜透析）で社会復帰を果たし頑張っている方、慢性腎炎、また導入原疾患で41%と最多になった糖尿病性腎症などで闘病の毎日をおくり、あるいは入院生活を余儀なくされている方もおられましょう。

私達、東腎協の設立趣旨は、血液透析に限らず、広くあらゆる腎臓病患者、およびその家族の方を会員資格としていることでお判りのように、それぞれの病状は違っても、闘病に一生懸命の方々同志で助け合い、腎臓病の治療研究、医療体制の充実を目指し、情報交換し合いながら、福祉・厚生並びに社会的・経済的諸条件の向上を願うものです。その念願で団結した団体です。また、これ以上透析で苦しむ人々を出さないという信念のもと、「腎臓病を考える都民の集い」もこの報告集のとおり16回目を開催しました。

すべての腎臓を病む方々の、会への加入を大歓迎いたします。東腎協に加入されますと、東腎協が団体加入している全国組織・全腎協の会員になります。現実のものとなっている医療費引下げ、ないし一部自己負担増の懸念に対する抵抗力の一員になってください。全腎協、東腎協の発行する機関誌は、貴重な医療に関する情報や、患者同志の体験談など、会員の皆様に大変好評な記事で一杯です。また、今後、CAPDに関する医療記事、最新情報についても極力掲載することとし、最近、特に傾向として目立つ糖尿病性腎症についての記述、さらに慢性腎炎で頑張っている患者の皆様への参考記事などに配慮して参りたいと考えておりますので、ご期待ください。是非楽しみにご覧ください。

ご加入申込みをお待ちしております。

また、東腎協では、全体活動のほかに東京都を北部・中南部・東部・多摩部と四つのブロックに分けて、年に数回会員相互の交流会を催し、親しく膝を交えて話合える場も設けています。お互いの病状、施設の状況、医療レベルなど、大いに勉強になり、お互いに啓発されることが多く好評のようです。

ご加入希望の方は、下記までお申込みください。

東京都豊島区南大塚2-42-6 信友大塚ビル6F
東京都腎臓病患者連絡協議会 TEL 03-3944-4048
FAX 03-5940-9556

腎臓病を考える都民の集い年表

回	開催日	形式	タイトル	講師等	所 属
第1回	1988/11/22	シンポジウム	小児の腎臓病	伊藤 克巳	東京女子医大小児科教授
			腎臓病の早期発見	北岡 建樹	昭和大学藤が丘病院内科助教授
		体験発表	腎臓移植の話し	横山 健郎	国立佐倉病院副院長
			明日に向かって生きる	吉澤 史子	ネフロセ寛解児の母
			柳 光夫	東腎協副会長	
			後藤 廣	腎臓移植者の会・東京キッド	
第2回	1989/3/26	講演	腎臓病の早期発見と病気の管理	中川成之輔	多摩老人医療センター医長
			腎臓移植について	大坪 修	虎の門病院腎センター医長
第3回	1989/11/26	パネル	腎臓病を克服するために	北川 輝男	日本大学
		ディスカッション		小崎 正巳	東京医大八王子医療センター
				小出 光輝	順天堂大学教授
			泉山 知威	東腎協会長	
第4回	1990/11/25	講演	腎臓病のはなし	長沢 俊彦	杏林大学医学部助教授
		講演	健康と食生活	佐藤 妙子	国立医療センター栄養管理室長
		講演	私の健康法	後藤美代子	大正大学講師
第5回	1991/11/17	講演	腎臓病のはなし	北本 清	杏林大学医学部助教授
		講演	《体験発表》透析23年そして移植	岡本 暁	東腎協会員
		講演	《体験発表》私の腎臓病とのつきあい方	佐々木浩司	東腎協会員
第6回	1992/6/26	講演	やさしい腎臓病の話	中川成之輔	東京都多摩老人医療センター循環器医長
		講演	腎臓病の早期発見・早期治療	村上 睦美	日本医科大学助教授
		講演	腎臓病対策に対する患者会の果たした役割	糸賀 久夫	東腎協副会長
第7回	1993/6/13	講演	糖尿病からの腎不全	中尾 俊之	東京医科大学助教授
		講演	食生活と健康	東畑 朝子	フード・ドクター
第8回	1994/6/12	講演	腎不全対策のいま・むかし -20年のボランティアを通して-	松村満美子	テレビ・キャスター
		講演	薬と腎臓	福田 祐幹	都立大久保病院腎内科部長
第9回	1995/6/11	講演	腎臓移植のじっさい	葛原敬八郎	虎の門病院腎センター外科部長
		講演	腎臓移植を推進するために	玉置 勲	日本腎臓移植ネットワーク
第10回	1996/6/2	パネル	私の選んだ腎不全治療法	長沢 俊彦	杏林大学医学部医学部長
		ディスカッション	-透析・CADP、そして移植の現状と方向-	一ノ浦 明	東腎協副会長
				稲葉 年男	東腎協会員
				浦田 房江	東腎協会員
			安斉 和栄	移植7年	
第11回	1997/6/15	講演	糖尿病の腎臓病	堺 秀人	東海大学医学部教授
		体験発表	糖尿病から透析生活へ	小松 方正	俳優
第12回	1998/5/12	腎臓学会と共催 (講演)	第41回日本腎臓学会総会公開市民講座	丸茂 文昭	東京医科歯科大学教授
			腎臓病をどのように発見し、予防するか 透析導入後の身体的合併症と自分でできる注意点 一よりよい社会復帰をめざして-	浅野 泰 秋葉 隆	自治医科大学教授 東京医科歯科大学第二内科講師
		体験発表	慢性腎炎で治療中	鳥影 信正	取手共同病院
			透析導入初期	小野 協子	東腎協常任幹事
第13回	2001/2/4	講演	糖尿病性腎症とうまくつきあうために	富野康日己	順天堂大学腎臓内科教授
		講演	糖尿病性腎症での透析とのつきあいかた	福井 光峰	順天堂大学腎臓内科講師
		講演	体験発表 糖尿病から透析になって	三遊亭歌奴	落語家
第14回	2002/2/10	講演と	蛋白尿が出ていると言われたら…	飯野 靖彦	日本医科大学第二内科教授
		パネル	透析導入と言われたら…その治療と管理	篠田 俊雄	社会保険中央病院腎臓内科部長
		ディスカッション	《体験談》 保存期の患者 透析の患者	野口 和 山崎 理奈	東腎協会員
第15回	2003/2/9	講演	生活習慣病と腎臓	林 松彦	慶応義塾大学医学部助教授
		講演	腎臓病を抑えるには	草野 英二	自治医科大学腎臓内科教授
		ビデオ上映	結成30周年記念ビデオダイジェスト版		「絆 さらに強く」
第16回	2004/1/18	講演とシンポジウム	糖尿病からの透析を遅らせる方法	飯野 靖彦	日本医科大学腎臓内科教授
			腎臓の悪化を防ぐ食事管理 《食事療法体験発表》	佐中 孜 鈴木 英範	東京女子医大第二病院教授 東腎協会員

