

研究協力機関

透析施設名	施設長	透析部門責任者
三愛病院付属矢巾クリニック	藤島 幹彦	清野 耕治
三愛病院	山内 文俊	
三島内科医院	佐藤 倫郎	鈴木 明
盛岡友愛病院	長沢 茂	
山田クリニック	山田 行夫	沼里 進
いするぎ医院	岩動 孝	
盛岡赤十字病院	利部輝雄	戸田 忠男
大日向病院	大日向 充	
岩手沼宮内クリニック	松坂 純一	戸田 忠男
二戸クリニック	青木 光	
岩手県立一戸病院	高田 耕	戸田 忠男
岩手県立久慈病院	金子 卓司	
洋野町国保種市病院	漆久保 潔	柏原 裕樹
小原クリニック	小原 紀彰	
岩手労災病院	村井和夫	柏原 裕樹
宝陽病院	石原 敬夫	
岩手県立北上病院	後藤勝也	梶川 恒夫
北上済生病院	齋藤和好	
日高見中央クリニック	金沢 重俊	鈴木 薫
きたかみ腎クリニック	小池 博之	
沢内村国保沢内病院	佐藤 敏通	藤澤 宏光
岩手県立宮古病院	永井 謙一	
後藤泌尿器科皮膚科医院	後藤 康文	藤澤 宏光
後藤医院	後藤 尚	
済生会 岩泉病院	柴野 良博	
岩手県住民検診担当	施設長	C型肝炎スクリーニング担当
岩手県予防医学協会	高橋 牧之介	小山 富子

今回の研究調査

「透析患者における循環器疾患の危険因子と予後の関わり」とは

今回、下記研究グループが共同して行う研究は、透析を行っている皆様の健康状態をより良くし健やかな毎日を過ごせるように行われるものであります。

一般的に、透析患者さんでは透析をしていない人たちよりも様々な病気にかかりやすく、なかでも心臓の病気（狭心症、心筋梗塞など）が多いとされています。その検査、治療は多種にわたり患者さんご自身の負担は相当なものです。今回私たちは、なぜ透析患者さんで心臓の病気が多いのか、その要因を追求することによって少しでも心臓の病気の予防につなげようと考えました。

協力を得られた場合、約1年ごとに健康状態を知るため病院側に皆様の状況を伺うことがあります。今回の調査を含め得られた個人の結果は匿名化され公表されることはありませんのでご安心下さい。また、調査で得られた血液検査・血圧測定等の結果は、所属の病院にお返しし医療に役立てていただきます。どうぞ調査研究にご協力下さい。

代表	岩手医科大学医学部衛生学公衆衛生学講座	教授	岡山 明
	岩手医科大学医学部泌尿器科学講座	教授	藤岡知昭
	岩手医科大学医学部第二内科学講座	教授	平盛勝彦

調査内容につきまして疑問点、質問等がありましたら下記問い合わせ先までご連絡下さい。

事務局 020-8505 岩手県盛岡市内丸19-1
岩手医科大学医学部衛生学公衆衛生学講座
Tel 019-651-5111 ((内線 3733 もしくは 3850)
FAX 019-623-8870

担当 加藤香廉

--	--	--

研究参加への同意

以下の説明をお読みになり、研究調査の参加に同意するかどうかをお決め下さい。

研究調査に同意される場合

調査票の確認目的以外で、電話や郵便などで問い合わせることはありません。検査で血液を採血しますが、これによって貧血が進むということはありません。血液の一部（血清）を今後の研究に役立てるため凍結保存しますが、個人の情報が漏洩しないよう匿名で管理いたします。また、遺伝子解析は行いません。

研究調査に同意されない場合

研究調査に参加されない場合、この調査票にお答えいただく必要はありません。研究調査に参加されなくても、医療上不利になることはいっさいありません。

研究参加に 同意します。 同意しません。

ご署名 _____ 年齢 _____ 歳

住所 〒

--	--	--

--	--	--	--	--

岩手県 _____

検査内容

- アンケート調査（来院時、調査の同意を得てからお渡しする紙です）
- 血圧測定（透析前、透析後と安静の状態でそれぞれ二回検査を行います）
- 血液検査（貧血、コレステロール、腎機能に関連した項目、血糖値など代謝に関連した項目等について透析の前に検査します）
- 身長測定（透析中、ベッドに横になってもらった状態でメジャーを使い計測します）
- 下肢の診察（下肢の壊疽、血行状態がどうか、靴下を脱いでもらって診察します）
- 追跡調査（一年ごとに皆様のカルテ調査を行います。皆様に直接問診や検査は行いません）

平成 15 年度

「透析患者さんの心臓病危険因子を探る研究」へのご協力をお願い


今回、下記三講座が共同して行う研究は透析を行っている皆様の健康状態をより良くし健やかな毎日を過ごせることを目的としています。

一般的に、透析している方は透析していない人よりも様々な病気にかかりやすく、なかでも心臓の病気が多いとされています。その検査、治療は多種にわたり患者さんご自身の負担は相当なものです。なぜ透析している方で心臓病が多くなるのか、その要因を明らかにし予防の方策を探るものです。

調査への参加は任意です。また、ご協力いただけなくとも医療上不利になることはございません。どうぞ調査研究にご協力下さい。

代表 岩手医科大学医学部衛生学公衆衛生学講座
泌尿器科学講座
第二内科学講座

教授 岡山 明
教授 藤岡知昭
教授 平盛勝彦



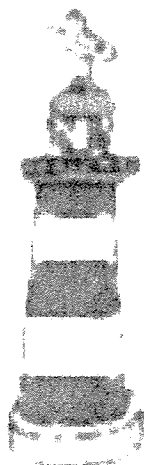
わたしが守る わたしの心臓

調査内容

- アンケート調査
(透析中におこないます。自分で記入しても構いませんが片腕が拘束されて記入できないという方は私どもの質問にお答え下さい)
- 血圧測定
(透析前・後でそれぞれ二回ずつ安静状態で検査を行います。これは、事務局で用意した特殊血圧計で測ります)
- 血液検査
(貧血、コレステロール、腎機能に関連した項目、血糖値など代謝に関連した項目等について透析の前に検査します)
- 身長測定
(透析中ベッドに横になっている状態で巻き尺にて計測します)
- 下肢の診察
(下肢の血行状態がどうか、靴下を脱いでもらったうえ透析中に診察をします)

血液検査・血圧測定等の結果は所属の病院にお返しし医療に役立てていただきます。また、調査から得られた個人の情報は匿名化され公表されることはありません。

ませんのでご安心下さい。



調査内容につきまして疑問点、質問等がありましたら下記問い合わせ先までご連絡下さ

事務局 〒020-8505 岩手県盛岡市内丸19
-1

岩手医科大学医学部衛生学公衆衛生学講座

TEL 019-651-5111 (内線 3373 もしくは 3385)

FAX 019-623-8870

担当 加藤香廉

検査担当者チェックリスト (透析看護師用)

ID

--	--

 -

--	--	--	--	--

患者氏名 _____

調査年月日 平成_____年_____月_____日

1. この患者さんの透析時間帯

午前 午後 夜間

2. 透析前体重

--	--

 .

--

 kg

3. 被験者は測定する腕を十分露出しましたか。

(パジャマ・肌着の上からは測定可とする)

はい いいえ

4. 血圧カフは正しく装着されていますか

はい いいえ

5. 被験者はカフを装着した状態で5分間横になっていましたか。

はい いいえ

6. カフサイズ ; 体重 40 kg 以上は成人用・40 kg 未満は子供用を用いる。

上肢 成人用 子供用

7. 透析前 血圧測定時刻 (24時間時) :

8. 透析前 血圧 (上肢 1回目)

測定不可 測定可 不整脈___個検出

測定可であった場合 → 収縮期血圧_____mmHg

拡張期血圧_____mmHg

9. 透析前 血圧 (上肢 2回目)

測定不可 測定可 不整脈___個検出

測定可であった場合 → 収縮期血圧_____mmHg

拡張期血圧_____mmHg

10. 透析開始時刻 (24時間時) :

11. 透析終了時刻（24時間時） :

12. 透析後 血圧測定時刻（24時間時） :

13. 透析後 血圧（上肢 1回目）

測定不可 測定可 不整脈___個検出

測定可であった場合 → 収縮期血圧_____mmHg

拡張期血圧_____mmHg

14. 透析後 血圧（上肢 2回目）

測定不可 測定可 不整脈___個検出

測定可であった場合 → 収縮期血圧_____mmHg

拡張期血圧_____mmHg

検査担当者チェックリスト (調査員用)

ID

--	--

 -

--	--	--	--	--

患者氏名 _____

1. 身長 (センチメートル：小数一桁まで) _____ cm

2. 身長は自己申告ですか (まっすぐ仰向けになれない時)

はい いいえ

3. 下肢の壊疽・暗紫色変化の有無

あり なし

4. 足背動脈の脈拍微弱、左右差の有無

あり なし

5. 下肢の血管バイパス術、血管形成術の有無

あり なし

ID -

治療状況調査票

以下の質問につきカルテ、透析記録を参考に、できるだけ正確に記入してください。

良い例

悪い例
 (他のへのはみ出し)
 (印が小さすぎる)
 (には数字を入れます)

カンジャフリガナ

患者氏名 _____

住所 〒 -

岩手県 _____

生年月日 明治 大正 昭和 平成 年

月 日

性別 男 女

質問1 この患者の透析導入開始年月日は
 昭和 平成 年 月 日

質問2 この患者の一回あたりの透析時間は
 時間 分

質問3 現在のドライウエイトは
 . kg

質問4 現在使用しているダイアライザーについて。
 は何も記入しないでください。 コード番号
① メーカー名 _____ (例： 旭メディカル)
② 製品名 _____ (例： APS-80S)

質問5 週の初めの透析日（月曜日または火曜日）の体重増加はいくらですか。
約 . kg

質問6 現在の腎性貧血治療法を以下から選んでください。（複数回答可）

- エリスロポエチン製剤 単位 週 回
- 鉄剤（内服・注射）
- 輸血
- なし

質問7 この患者さんの腎生検の病理プレパラートはありますか。

ある

ない

不明

質問8 この患者さんの慢性腎不全の原疾患を以下から選んでください。腎生検していない場合、別紙「診断基準」を参考に臨床経過から診断してください。

慢性糸球体腎炎

糖尿病性腎症

腎硬化症

多発性嚢胞腎

膠原病に起因する腎炎

(膠原病名： _____ 病理診断名： _____)

その他

不明

質問9 この患者さんは透析開始時に比較して30mmHg以上の血圧上昇を透析中に週一回以上おこしますか。

おこす

おこさない

質問10 この患者さんは透析中収縮期血圧 90mmHg 以下の低血圧を週一回以上、起こしますか。

おこさない

おこす

↓
低血圧をおこす患者さんにはどう対処していますか。(薬剤名は参考なので選択して○を付けなくてけっこうです)

経過観察

生理食塩水点滴

昇圧剤点滴 (イノバン・エチール・ドブドレックス・ナルアドレナリン)

昇圧剤内服 (エチール・エチノン・カルグート・ジヒテルゴット・ドブス・メトジソン・リズミック)

高浸透液補液 (グリセオール・グリセルフ・グレノール・マンニトール・マンニゲン・マンニット T・マンニトール S・フルクトマニト)

その他 (透析中止等)

質問11 この患者さんは以下の既往歴あるいは合併症がありますか。あてはまるもの全てに印を付けてください。

a 心血管系

心筋梗塞

脳梗塞

脳出血

閉塞性動脈硬化症

b 心血管系以外 → 別紙の「診断基準」を参考にしてください。

- 糖尿病 → 糖尿病に印を付けた場合は質問 1 2 へ
- 高血圧 → 高血圧に印を付けた場合は質問 1 3 へ
- 高脂血症 → 高脂血症に印を付けた場合は質問 1 5 へ

質問 1 2 糖尿病に印を付けた場合
現在の糖尿病治療内容は

- 食事療法 (total

--	--	--	--

 kcal)
- 内服加療
- インスリン自己注射
(製品名 _____、

--	--	--	--

 単位)

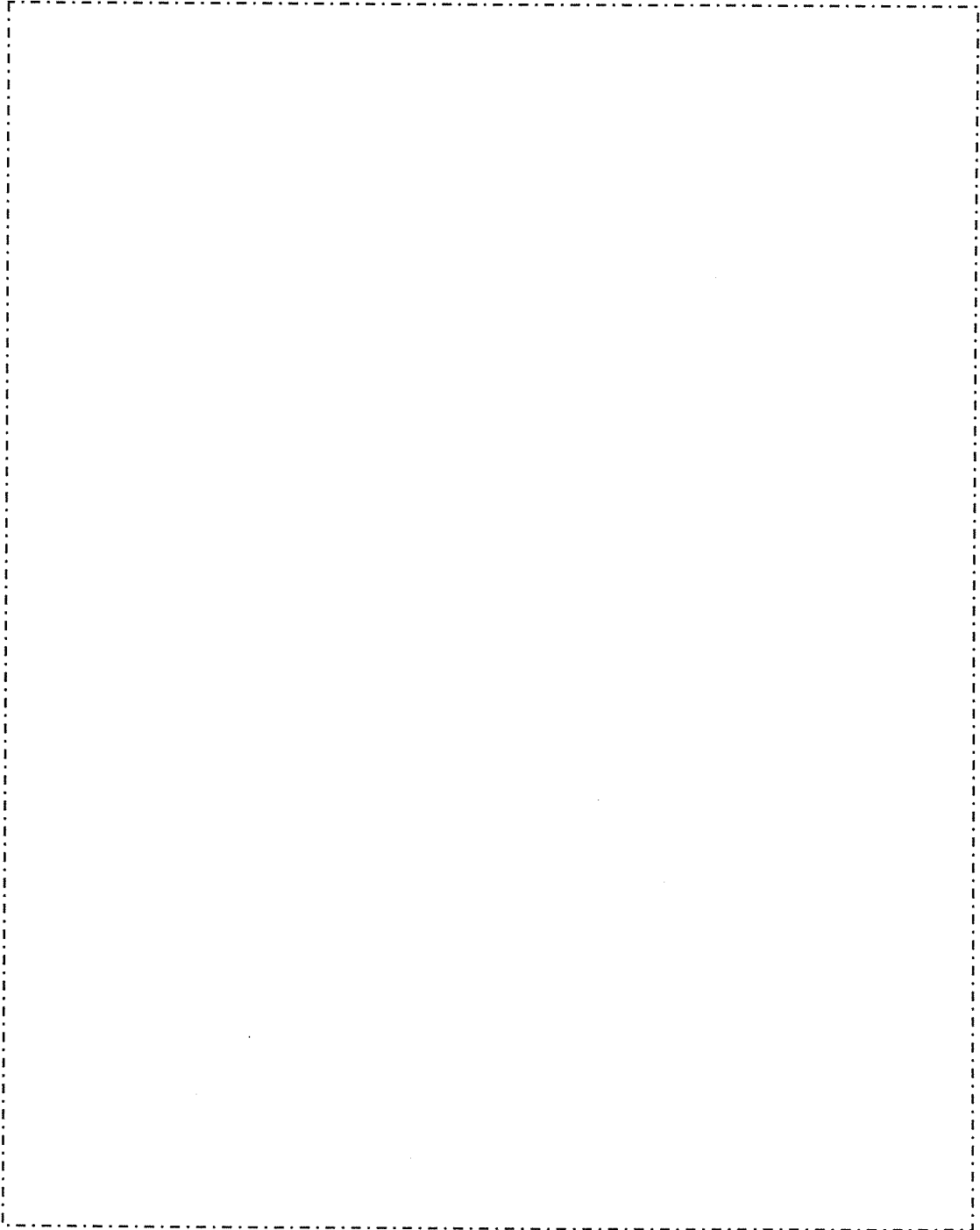
質問 1 3 高血圧に印を付けた場合
現在内服中の降圧剤はありますか。

- 内服薬なし
- 内服薬あり

質問 1 4 高脂血症に印を付けた場合
現在の高脂血症治療内容は

- 食事療法
- 内服加療

質問 15 現在処方されている内服薬を全て下記の空欄に記入してください。
内服量、内服回数は不要ですが、具体的に商品名を記入してください。また、処方箋のコピーを添付しても構いません。



ID -

生活状況の問診票

以下の設問に対しあてはまるものは□のなかに印を付けてください。わからない項目や答えにくい項目については空欄のままでも結構です。

* のなかには数字を書き入れてください。

良い例
1 4 2 8

悪い例
 (他の□へのはみ出し)
 (印が小さすぎる)
 (には数字を入れます)

フリガナ

氏名 _____

住所 〒 -

岩手県 _____

生年月日 明治 大正 昭和 平成 年

月 日

性別 男 女

質問1 あなたが今日最後に食事をしたのは何時ですか。

午前 午後 時 分頃

食事をとっていない。

質問2 あなたは通常何曜日に透析をしていますか。

透析日に全て印をつけてください。

月 火 水 木 金 土 日

質問3 父、母で以下の病気にかかった方はいますか。いれば○を、いなければ×を、わからなければ印を付けないでください。

	心臓病	糖尿病	脳卒中	高血圧
父	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
母	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

質問4 あなたの父・母・兄弟姉妹で腎炎、慢性腎不全の方はいますか。但し、腎結石や癌は除きます。

なし

不明

父

母

兄弟姉妹

父・母・兄弟姉妹が腎炎、慢性腎不全であった方にお聞きします。

その方は透析治療をしましたか。

はい いいえ

質問5 あなたは透析導入前、医師から以下の病気を指摘されたことがありますか。

高血圧

心臓病

脳卒中

糖尿病



糖尿病に印を付けた方にお聞きします。

a. 糖尿病と診断されたのは何年前ですか。 年前
b. 透析導入時の治療で当てはまるもの全てに印を付けてください。

食事療法

薬の内服

インスリン自己注射

質問6 あなたは現在以下の症状がありますか。

手足が冷たい、または手足の皮膚の色が悪い。

歩行時に足（もも、ふくらはぎ）が痛くなって休むことがある。

質問7 あなたが透析をする原因となったのは次のうちどれですか。

慢性糸球体腎炎

糖尿病性腎症

腎硬化症

その他

よくわからない

質問8 病院から処方された薬の服薬状況を教えてください。

ほぼ服薬する 時々服薬を忘れる ほとんど飲まない

内服薬はない

質問9 あなたはタバコを吸いますか。

もともと吸わない → 吸わない方は次頁へ

やめた

吸う

質問10 タバコを「やめた」と答えた方へ

たばこをやめてから何年何ヶ月経ちましたか。

年 ヶ月

質問11 タバコを「吸う」と答えた方へ

a. たばこは一日平均何本吸いますか。

1～10本

11本～20本

21本以上

b. あなたの禁煙への関心についておたずねします。

関心がない

関心はあるが、この6ヶ月以内に禁煙しようとは思わない