

DIALYSIS AND TRANSPLANT

腎不全を生きる

VOL.10,NO.1,1984





そして、解放感が…。

「弓は鏡のようなものなんだ。心の曇りが、そのまま矢に表われるからね。」

あるベテラン・アーチャーの言葉です。

心、技、体、がひとつになって、初めて得られる充実感。

そして、的を射抜いた時の解放感——。



東レは、心と技と体の調和のとれた 快適透析 をめざして、
今日も努力を続けています。

生体適合性に優れたPMMA膜使用

東レ
(Daiichi) 東レ株式会社
 東レメディカル株式会社

FILTRYZER



医学の進歩について

名古屋大学名誉教授
稲沢市民病院長 小林快三



“山高くて谷深し”の言葉のごとく、医学の分野でもその頂上は遥か遠く感ぜられるが、研究者の日々の努力と業績の積み重ねによって、少しずつ前進が続けられている。癌学者の報告によると、もう外堀は埋めた、今後は内堀を埋めるべき時期が到来したとも称せられており、誠に喜ばしいことと思っている。

腎臓病学の分野もここ数十年に格段の進歩をして、この方面の患者に少しずつ明るさがもたらされている。学問は一夜にして成るものでなく、多くの研究者が日々試行錯誤を繰り返して、徐々に進歩して来るものである。

その間国内外の発表を聴いたり読んだり、またこれらを自分の専門の研究に応用出来るか否かを確かめつつ研究を進めている。また新しく発表された発表内容とは別に、研究者個人またはグループが独自で考え出した内容を深くつっ込んで進める方法で、ユニークな業績も出ている。

昔から患者さんは先生であると言う観念がある。患者の苦痛を目の前で見て、その苦痛を和らげることを考え、これに対していろいろな治療法が行わ

れ、遂にはこれを克服するのもしばしば経験して来た。たとえば透析患者に以前は不均衡症候群を伴ったが、今では殆んど訴える人はなくなった。また透析患者の死因は心不全が最も高率であったが“水ぬき”と称する方法（ECUM）が普及してからは、心不全も激減している。また腎移植においてもタイピングの進歩、移植された患者の拒絶反応の出現に対する免疫抑制薬剤の開発により、患者の悪化を予防するとともに、死体腎移植も円滑に行われる時代となった。

日本の医学は今や世界的水準を保ちつつあるが、ただ一部を除いて創造力において一步外国にゆずらざるを得ないのが現状である。これは日本の学問の歴史が比較的新しく、学問のシステム化がまだ不十分であることも一因ではあろうが、専門馬鹿と言われるくらい一つのことに打ち込む姿勢や環境がまだ不十分であるのかも知れない。自分の専門に朝夕取り組み、その内容を検討し考察を繰り返していると、患者の苦痛や訴えの共通点を見出すのも早く、新しい対応策も浮かぶこともあろう。

国の内外の研究を理解して消化する

力を養えば、今まで考えられなかった創造性に富む良い研究も生まれてこよう。要するに学問の進歩は積み重ねの研究によって生じ、これなくしては創造力もわき出るものではない。しかし日本がイニシアティブを取る研究もこれからはどんどん出てくるような気がしている。したがって患者さんも辛抱強く現在の治療に専念すれば、今後画期的な治療法も開発されることが期待され、現在より更に明るい見通しがあると自分に言い聞かせて、一層摂生に努めていただきたいと祈るものである。

(58・10・28 受理)

目次

医学の進歩について★小林快三……………	1
透析室勤務の看護婦から患者さんへの提言 (その5) 安定期透析者と家族へのアプローチ★原木広子……………	2
患者のための腎臓病学入門講座(その12) 透析患者の食事療法★ 小出桂三・安西志保子……………	6

腎臓病看護の第1回国際シンポジウムに参加して★宇田有希……………	13
患者さんからの手紙 10年の中で～高校時代★岡市ゆかり……………	18
腎センター訪問(その11) 佐渡厚生連佐渡総合病院を訪ねて……………	21
透析者フォト・元気で働いています……………	25

松村満美子の患者インタビュー(その12) 海外旅行体験者の集い……………	27
透析医療をささえる人びと(その10) 透析開業医の集い……………	37
腎研究会のページ……………	54
編集後記★中川成之輔……………	56
表紙 イラストレーター 杉田 豊	

透析室勤務の看護婦から患者さんへの提言〈その5〉

安定期透析者と家族へのアプローチ

松下電器健保松下病院 原本広子

1. はじめに

皆さんは透析治療の第一歩を踏み出した記念の日、つまり透析導入日を覚えていらっしゃるでしょうか。また家族の皆さんはいかがでしょう。

導入前の透析からの逃避や透析への不安、死への恐怖、辛かった尿毒症症状、また導入期の不安定な身体状況、精神的動揺、絶望感など多くの苦難を思い起こすことができますでしょう。

体調も安定し、透析もようやく受容でき、社会復帰をし、食事療法や自己管理も自分なりに工夫できるようになり、身体的、精神的にも落ち着き、透析が日常生活の中に自然な形で溶け込んできた今、どうして古傷に触れるようなことを言い出すのかとおしかりを受けるかもわかりません。

しかし、それを承知で申しあげた理由の一つには、今までの多くの苦難を乗り越えたり、またくじけそうになったり、弱気やなげやりな気持ちになりそうだった時の皆さんの心の支えになり、共に歩んできてくれたのはいったい誰だったのでしょうか。もちろん患者さん自身の努力は言うまでもありませんが、家族、友人、同僚、スタッフと多くの人びとの協力や励ましが、大きな

力となっているのではないのでしょうか。

つまり、透析生活は決して患者さん一人の力で成り立つものではないのです。家族やスタッフも共によりよい信頼関係を持ち絶えず前向きの姿勢で、患者さん一人一人が有意義な透析生活を送れるように、それぞれの立場でかわり合いを持っているのです。患者さんの今日があるのは患者さん自身と家族、スタッフの力の結晶の現われと言っても過言ではないと思います。

そして今一つは、決して楽ではなかった導入時の透析生活を、再び新鮮な気持ちで思い起こすこと、つまり、「初心にかえる」ことです。これは透析生活のマンネリ化を防ぎ、かつ透析患者ではなく「透析者」として自立する手段の一つになるのではないかと考えるからです。

以上2つの事柄を事ある毎に思い出すか否かが、今後の透析生活に大きく影響すると思います。

今回は患者さんのおおの透析導入日を重視して、私どもの病院で実施しています「定期家族面談」をご紹介します。その中から患者さん、家族の皆さん、スタッフがどのようにかわり合うことが大切なのかを考えていただ

く機会になれば幸いです。

2. 患者の皆さんへ

導入期に比べて仕事や家庭生活、食事療法や自己管理、体調、心理面において安定した状態になりましたでしょうか。もし不安定な部分があるとすればそれはいったい何なのでしょう。

今までの透析治療依存の他力本願の気持ちから脱皮し、社会人としていかに生き生きと積極的に生活していくのかを考え、自分なりのコントロール方法を見つけ出し、実践していかなければなりません。

そのためには生きがいや趣味を持ち、生活目標を明確にして、健康人に負けない日常生活を送ることが必要です。

身体障害者福祉法第二条に「すべての身体障害者は自ら進んでその障害を克服し、速やかに社会経済活動に参与することができるよう努めなくてはならない」とあります。皆さんは内部疾患を持つ身体障害者ですが、それぞれが社会生活、家庭生活において、自分の役割を十分に果たせるだけの自信と意欲を持つ努力が必要です。それが充実した透析生活を送ることにつながり、ひいては社会への還元の糸口になると

思います。

そして皆さん自身が「自立」し、自己の能力を十分に発揮して社会復帰のための努力をおしまないでください。そのために家族の方がたやスタッフの力が必要ならば、どんどん活用し、決して一人でクヨクヨ考えたりせず、援助を求めてください。

望ましい透析生活遂行のために患者さん、家族、スタッフは常に協力体制にあるのですから。

3. 家族の皆さんへ

一般的な病気、たとえば風邪や腹痛、手術などの時の患者さんとのかわりは一時的な手助けで十分です。しかし透析患者さんの場合には、腎不全と診断されたその日から、一生そのかわりは継続するのです。でも一から十までを全部援助することが決してよい援助方法ではなく、患者さんの持っている力を十分に発揮した上で、なお不足ならばその部分を助けてあげて欲しいのです。

患者さんには大きく分けて三つのタイプがあります。

- ①ほとんど自分一人で自己管理ができ、遠くから見守るだけでよい人
- ②一時的な問題や脱線した時のみ、方向づけをしてあげればよい人
- ③絶えずそばにいて、あれこれと援助しなければ十分な透析生活を送ることができない人

患者さんがどのタイプに属するのかを十分に把握した上で、一番大切なのはあくまでも患者さん自身の主体性にあることを忘れず、家庭内や社会にお

いての役割が十分に果たせるよう適切な援助、協力をおしまないでいただきたいのです。

また困難な条件のもとに透析生活を継続しなければならない患者さんの場合、たとえば重度の合併症がある人、高齢者、全面的介助を要する小児、管理不良の人、社会復帰困難な人などです。この場合は、原因や状況を十分に把握した上での協力態勢が必要です。そして、最大の努力をしても解決できないこと、悩み、不安、相談ごとがあれば早い時期に勇気を持ってスタッフに打ち明けてください。話し合いや問題解決のための援助をいたします。活用すべき人材や制度は効果的に利用し、心の負担を軽くすることが長い透析生活に付き合っていく秘訣だと思います。

4. 定期的家族面談

一般的に透析患者さんが安定期に入りますと家族の方がたは透析に対して無関心となりやすく、患者さんとスタッフだけの透析医療に陥る傾向があります。その欠点を是正することを大きな目標として実施しています。

1) 目的

表1 定期的家族面談の目的

- | |
|-------------------------|
| 1. 日常生活状態の把握 |
| 1) 仕事の内容(社会復帰状況) |
| 2) 家庭生活状況 |
| 3) 家庭における地位、役割 |
| 4) 趣味や生きがい |
| 5) 悩み |
| 6) 透析治療に対する希望、要望 |
| 2. 透析治療、透析生活管理上の問題点の明確化 |

表1に示すとおりで、透析日以外の社会生活や家庭生活状態を知り、充実した透析生活を送れるよう援助するための手助けとします。また透析治療に関する理解度や協力度、意欲などを知り、客観的な日常生活の把握と治療方針の確認をします。そして患者さん一人一人に適切な助言と指導を行なうためのヒントにしています。

2) 方法

原則として年1回、導入日の月内に実施します。患者さんが家族との調整をはかり、透析日以外の日で都合のよい日を積極的に申し出るように働きかけ、自主性を期待しています。1回1時間を目安にしています。

3) 構成メンバー

患者さんと家族、主治医と受持ち看護婦の4名です。家族の方は最も大きくかわりを持っていただける人をお願いします。ケースによっては職場関係の方や栄養士なども加わります。

お互いが本音で情報交換や意見、要望などを言いあえるのが理想です。

なお問題の多い患者さんの場合にはその都度、機会をのがさず、スタッフ側の要請で臨時面談を持ち、問題解決は小さなことでも早期に話し合えるよう心がけています。

4) アンケート結果

昭和58年5月に現在の面談方法の見直しを目的に、患者さんと家族にアンケート調査を実施しました。その結果の中から二つを紹介いたします。

A. 定期家族面談後に、話し合いや、見直すことはありましたかーについては、

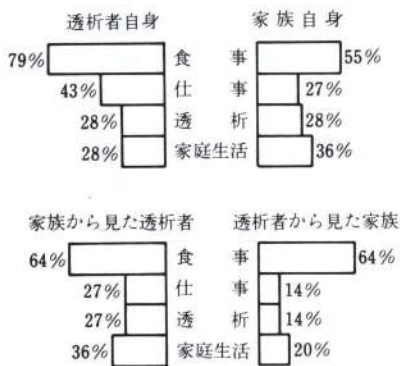


図1 定期家族面談後に話し合いや見直しはありましたか

食事に関する内容(水分管理を含む)が患者さん、家族ともに圧倒的多数でした。その内容の主なものとは嗜好の変化による摂取カロリーの問題、飲水量、高カリウム血症に対する心配、料理方法、外食、更に体重コントロール、高血圧などの関連を考え合わせてのものでした。

自分自身で食事療法の調整のできる時期ですので、運動量や体重増、データとの関連の中から独自のものを生み出す工夫をすることが大切だと思います。

制限のみにとらわれないで、許容範囲内で満足できる食生活に変えてみる必要があるのではないでしょうか。

仕事に対する見直しの内容は、患者さんのほうはできるだけ休まないようにしようと思った。どんな仕事でもいいから働くようにがんばろうと思った。働いているほうが体調がいいのでさがしている(定年者)、夜間透析への移行、転職、遅刻や早退でもいいからできるだけ通勤、通学するようにしたいなどでした。ほとんどが自分の仕事、社

表2 初めて透析を受けたころの気持ちとどう変わってきていますか

透 析 者	家 族
● 不安→慣れ、自信 ● 苦しい絶望的→生活条件の一つ ● 自分のペースをつかむようになった ● 医療者側に任せていたが、少しは自分でできるようになった(自主管理透析者) ● 恐怖心がなくなった ● 友人ができ刺激しあえる ● 楽しいと感じるようになった ● 透析時間を短く感じるようになった ● あまり変化はない	● 不安→慣れ、安心 ● 泣くことが多かった→希望がでてきた ● 気分的に楽になった ● 普通の暮らしができるようになった(患者として意識することが少なくなった) ● 社会復帰が可能とは思わなかった ● シェントトラブルが頭痛のたね
透析者が家族に対して	家族が透析者に対して
● 苦勞をかけているので頑張ろうと思う ● 感謝している ● 迷惑をかけていると思う ● うっとおしいと思われている ● 1日でも長生きすることが恩返しだと思っている ● あまり変化なし	● もっと努力が欲しい ● 病人と思わないくらい元気になった ● 自己主張が多い(精神的努力がほしい) ● 初心を思い出してほしい ● 生きようとする生命力がある ● 趣味、生きがいを見つけて時を過してほしい ● かわってやりたい

会復帰に対しては前向きな取り組みがみられました。しかし、いろいろな理由で実践できていない患者さんは1日でも早く目標を達成する努力をして欲しいと思います。

B.はじめて透析をうけたころの気持ちとどう変わってきていますかーについては、

家族の方の透析生活及び患者さんに対しての厳しい見方を発見しました。表面的には同情やいつくしむ思いが強いように感じられても、内面的には自

立した強い意志を持った患者さんを望んでいます。

透析治療や日常生活管理面においても、積極的であり、スタッフ側の患者さんに対する意図に近いものでした。これは常日ごろより患者さんへの接し方、援助方法など指導した結果が多少なりとも現われているのではないかと思います。

ここで事例を一つご紹介します。

Aさんは34歳で2児の母親。導入時の合併症により、聴力障害と長時間の

寝たきり状態のために歩行困難を伴い、1年半の入院を余儀なくされました。この間、家族の世話は実母が協力し、面会も頻回でした。しかしご主人の面会は少なく、計画した面談にもほとんど応じませんでした。Aさんは妻として、母親としての自分の役割を果たしたい一念で機能訓練を続け、やがて外来透析に移行できましたが、退院間近かになってご主人が離婚話を持ってきました。夫婦間の対話がない、ご主人に定収入がない、Aさん自身も夫婦生活を続けていくだけの体力に自信がないなどの理由も加わり、離婚は決定的なものとなりました。再三Aさん、ご主人、実母と話し合いを持ちました。しかし一番の理解者、協力者であって欲しかったご主人の協力が得られず、実母の協力と、生活保護を受けて再出発しました。子供はAさんの生きがいでしたので引きとり、今では透析治療の自己管理も自覚をもってできるようになりました。

家庭の崩壊は極力避けるべきですが、理解も協力も得られない現状ではやむを得ず、Aさんの場合、離婚という形をとりました。

家族を気づかい、ストレスの多い生活を送るより生きがいを持って暮らせる日日を大切にすべきだと思います。

5. おわりに

延命を大きな目標とした当初の透析医療もダイアライザー、透析機器、透析技術などの研究や改良の目覚ましい進歩により10年以上の透析歴を持つ患者さんは着実に増加しており、今では

延命は当然のことと考えられるようになってきました。

また透析導入の適応も、原疾患や年齢にも年々広がりを持ち、腎不全・尿毒症イコール死という思いは遠い昔の話になりつつあります。

そんな中で透析患者さんの透析生活に対する考えや家族の皆さんの患者さんや透析に対する思いはどのように変化したのでしょうか。

初心を忘れず、積極的な透析生活を切り開いていくために、患者さんはただ何となく透析を続けて時を過ごすのではなく、社会復帰に心がけ、健康人に劣らない社会活動をしてください。それには生きがいを持って、満足感のある透析人生を自らが歩む心構えを持っていただきたいと思います。

また家族の皆さんは協力する部分はどこなのか、どの程度なのかをよく理解した上で、望ましくは前記の①タイプ、せめて②タイプに属する、つまり皆さんからの独立、自立できる透析患者さんになれるよう援助してあげてほしいと思います。患者さんが、そばにはいつも皆さんがいてくれるのだと思えるような接し方をしてあげてください。そして透析治療に対する学習心や関心も忘れないで持ち続けていただきたいと思います。

スタッフはあらゆる情報を十分に考慮して、治療面、生活面、精神面での援助をおしまずに心がけます。

患者さんの力（自己管理、意欲、自立心）と家族の力（理解と協力）、そして医療の力（透析治療、スタッフその他のメンバーによる指導、協力）を結

集することにより一人一人の患者さんが明るく幸せに「腎不全を生きる」気持ちでこれからの人生を歩んでいただきたいと思います。

(59・1・4 受理)



患者のための腎臓病学入門講座〈その12〉

透析患者の食事療法

国立王子病院 小出桂三・安西志保子

1. はじめに

わが国で透析療法が行なわれるようになってから十数年の歳月が経過しました。この間にわが国の透析患者数も5万名を越し、透析療法は目ざましい進歩をとげ透析療法の内容も大きく変化しました。すなわち血液透析に用いる透析器(ダイアライザー)はキール型からコイル型へ、さらに中空糸型へと変化しました。透析液も醋酸透析液とともに重曹透析液が使用されるようになり、一部の患者には高ナトリウム透析も行なわれるようになりました。透析療法も最近では4～5時間透析の週3回が普及し、社会復帰を目的とした夜間透析も透析患者全体の約1/4をしめるようになりました。さらに、最近では血液透析のほかにCAPD(連続携行式腹膜透析)も実施されるようになりました。

また、透析患者の年齢も高齢化して図1のように最近の透析導入患者の平均年齢は50歳を越しております。そして透析患者の原疾患も多様化し、糖尿病性腎症の増加が著明になっています。

このような透析療法の進歩、内容の多様化とともに透析患者の食事療法の内容も変わってきました。そこで、透

析患者の食事療法の歩みと現状について記述し皆さんの食事と日常生活の参考に供したいと思います。

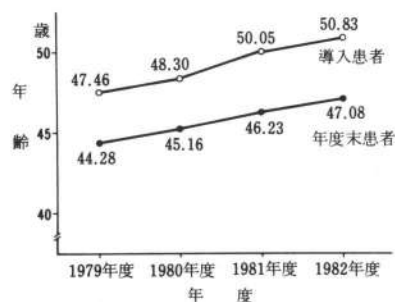


図1 透析患者の年齢の推移
(人工透析研究会)

表1 透析患者の原疾患

(人工透析研究会)

原 疾 患	1980年	1981年	1982年
1. 慢性糸球体腎炎	74.68%	75.7%	73.9%
2. 糖尿病性腎症	4.71	5.2	6.1
3. 慢性腎盂腎炎	3.25	2.8	3.4
4. 多発性嚢胞腎	2.25	2.4	2.6
5. ネフローゼ症候群	2.07	1.9	2.0
6. 腎硬化症	1.16	1.3	1.5
7. 妊娠中毒症	1.20	1.2	1.3
8. 分類不明の腎炎	0.88	1.3	1.2
9. 悪性高血圧	1.31	1.3	1.2
10. 結 核	1.15	1.0	1.1
11. 全身性エリテマトーデス	0.70	0.7	0.8
12. 痛 風	0.67	0.6	0.6
13. 亜急性糸球体腎炎	0.51	0.6	0.5
患 者 数	32,258名	36,193名	42,273名

表2 国立王子病院における透析食の歩み

昭和年	和月	区分	エネルギー	タン白質	付加食塩	食品中の水分	カリウム
46	2		2200 kcal 以上	25～30 g	0	1000 ml 以下	1300 mg 以下
47	2		2000 kcal	40 g	3 g	900 ml	
47	12	I	2000 kcal	40 g	3 g		出来るだけ少なく
		II	2200 kcal	50 g	3～5 g		
50	2	I	2000 kcal	50 g	3～5 g	900 ml	
		II	2200 kcal	60 g	3～5 g	900～1000 ml	
53	4	I	2000 kcal 以上	50 g	3 g	700～800 ml	1300 mg 以下
		II	2000 kcal 以上	60 g	3 g	900～1000 ml	
		III	2000 kcal 以上	70 g	5 g	1000 ml	
56	9	I	1800 kcal	50 g	3 g	700～800 ml	1300 mg 以下
		II	1800 kcal	60 g	3 g	900～1000 ml	
		III	2000 kcal	70 g	5 g	1000 ml	
58	10	I	1800 kcal	50 g	指示量	※ 750～800 ml	1300 mg 以下
		II	1800 kcal	60 g			
		III	2000 kcal	70 g			

※分析値からとった平均値。

2. 透析患者の食事療法の歩み

国立王子病院の透析室開設は昭和46年2月ですが、表2は透析室開設以来の国立王子病院における透析食の歩みを示したものです。この表2から明らかのように、初期の透析食では付加食塩0gという極めて厳重な食塩制限とかなり厳しいタン白制限が行なわれました。その後、透析食も1区分から2区分(I度、II度)へ、さらに3区分(I度、II度、III度)に増え、内容も豊富になりました。たとえば、付加食塩は最初の0gから3~5gに増量され最近では医師の指示量に変更され、患者の病態により5g以上の摂取も可能になりました。タン白質も徐々に増量され今日にいたっています。

このように透析療法の進歩とともに透析患者の食事療法は、厳しい制限から次第に緩やかな制限へと変化しつつあることがわかっていただけたと思います。

3. 透析患者の食事療法

(1) 食事療法の必要理由

透析患者の食事療法の制限は緩和される方向にあると述べましたように、将来、透析患者の食事の理想(最終目標)は食事を全く自由にするところであると考えています。現在でも透析患者の食事を自由にしようと考えている人もおります。しかし、私は現在、透析患者の食事を完全に自由にすることは難しい(無理である)と考えます。

表3は正常腎と透析療法を中心とする種種の血液浄化法を比較したものであります。この表から明らかなように、

表3 正常腎と血液浄化法の比較

正 常 腎	透 析 療 法	血 液 ろ 過 法	血 液 吸 着 法
(1)水分平衡の維持	(1)水分不均衡の是正	(1)水分不均衡の是正	
(2)電解質平衡の維持	(2)電解質不均衡の是正	(2)電解質不均衡の是正	
(3)酸・塩基平衡の維持	(3)酸・塩基不均衡の是正	(3)酸・塩基不均衡の是正	
(4)代謝性老廃物の排泄	(4)代謝性老廃物の除去 (主として小分子量物質)	(4)代謝性老廃物の除去 (小分子量物質、中分子量物質)	(4)中分子量物質(尿毒症毒素)の除去
(5)レニン、エリスロポエチン、プロスタグランディンの産生			
(6)ビタミンDの活性化			

現在の透析療法は正常腎の機能をすべて代行しているわけではありません。代謝性老廃物の除去にしても、現在の透析療法は正常腎の1/10の機能を果しているにすぎません。

さらに、人工透析研究会の調査による慢性透析患者の死亡原因を示した図2を見ると、死亡原因の第1位は依然

取の不良によるものです。さらに第8位の高カリウム血症はほとんどすべてがカリウムの過剰摂取によるものです。

このように見てみますと、現在のわが国の透析患者の死亡原因の過半数に食事(栄養)が深く関係していることがわかります。したがって現段階では、透析患者が一般健康人と全く同じ自由食(常食)を摂取することは適当でないと考えています。長期生存、社会復帰の実現のためには食事療法は、ゆるがせにできないと考えています。

(2) 透析患者の食事療法の原則

私は透析患者の食事は一律のものでなく、(イ)原疾患、その疾患の時期(ロ)年齢、(ハ)体重、(ニ)合併症の有無、(ホ)透析療法の内容、種類、(ヘ)社会活動の程度、(ト)嗜好、などを考慮して、個々の患者に合った食事内容を決めることが望ましいと思っています。

たとえばタン白質やエネルギーの摂取量は患者の体重によって決めるのが適当であり、血液透析の場合は週2回透析と週3回透析で食事内容に相違がありますし、血液透析と腹膜透析(殊にCAPD)とではタン白質の摂取量に

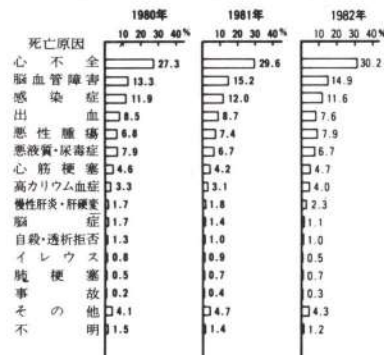


図2 慢性透析患者の死亡原因

(人工透析研究会)

として心不全であります。透析患者の心不全の原因は大部分が水、食塩の過剰摂取によるものです。第2位の脳血管障害の多くは脳出血であります、その原因は高血圧であり、高血圧の原因は水、食塩の過剰摂取と密接な関係があります。第6位の悪液質は食事摂

違いがあります。

(3) 透析食の基本

私たちが考える透析食の基本を表4

表4 透析食の基本 (1983.7)

	摂取量	注意すべき点
エネルギー	35~40 Cal/kg	(1) カロリー不足にならないように工夫 (2) 肥満にならないように注意
タン白質	かなり自由に摂取 週2回透析 1.0~1.2 g/kg 週3回透析 1.2~1.5 g/kg	必須アミノ酸含量の多い (protein scoreの高い) タン白質をとるようにする
食塩 (付加)	週2回透析 3~5 g/日 週3回透析 5~6 g/日	高血圧、心不全、浮腫のある時は厳重制限する
水分	透析間の体重増加 週2回透析 2.5 kg以内 週3回透析 2.0 kg以内	食品に含まれる水、調理の水、うがいの水、忘れないようにする
カリウム	摂取量の計算が難しい 1日1300mg以下	高カリウム血症に注意

に示します。以下表中の個々の内容について説明したいと思います。

(a) エネルギー

人間は何もしないで安静にしているだけでも生命を維持していくために一定量のエネルギーが必要です。エネルギーとは、摂取された食品が体内で分解され燃える力で、その単位は kcal (キロカロリー) で表わします。

一般に透析患者の食事には高エネルギーが必要とされています。一日に摂取してほしいエネルギー量は患者の年齢、性、社会活動の程度によって異なりますが、体重1kg当り35~40 kcalが必要と考えています。食品の持つエネルギー量は食品によって異なり、エネルギーが多い食品とエネルギーが少ない食品がありますので、どの食品がどれくらいのエネルギーを持っている

かを知るために、食品成分表 (日常食品早見表) を参考にすることをすすめます。

腎臓に負担をかけずにエネルギーを多くとれる食品は脂肪と糖質です。何らかの理由でエネルギーの摂取が十分でない場合には粉アメ、水あめ、はちみつやマクトンを使用するといわれています。

(b) タン白質

タン白質は私たちの体の血や肉を作る大切な食品です。タン白質は20種以上のアミノ酸から作られています。このアミノ酸の中には体内で作られるもの (非必須アミノ酸) と、どうしても食品として外から摂取しなければならないもの (必須アミノ酸) とがあります。そして後者、すなわち必須アミノ酸の割合が人体に近い割合に含まれている食品ほど良いタン白質といわれています。この点から透析患者が摂取してほしいタン白質は動物性タン白質 (卵、肉、魚、牛乳製品) です。タン白質には他に植物性タン白質 (大豆、豆製品など) がありますが、透析食の中

心は動物性タン白質にしてほしいと思います。

透析患者が1日に摂取してほしいタン白質の量は、週2回透析で体重1kg当り1.0~1.2g、週3回透析で体重1kg当り1.2~1.5gと考えています。このタン白質摂取量は健康人の必要所要量 (表6) より少し上まわった量です。欧米諸国では透析患者のタン白質摂取量は体重1kg当り1.0~1.2gとしている施設が多いようです。したがってわが国では事実上タン白質の摂取量に上限はないものと考えてよいと思います。腹膜透析を行なっている患者の場合は透析液へのタン白質の漏出がありますので、血液透析患者より多量のタン白質の摂取が必要となります。CAPDを行なっている患者の場合も1日約5g前後のタン白質が透析液に漏出しますので補充する必要があります。特に腹膜透析を受けている患者が腹膜炎を合併すると通常より多量のタン白質が漏出することを記憶しておいてください。

必要なタン白質を十分に摂取するた

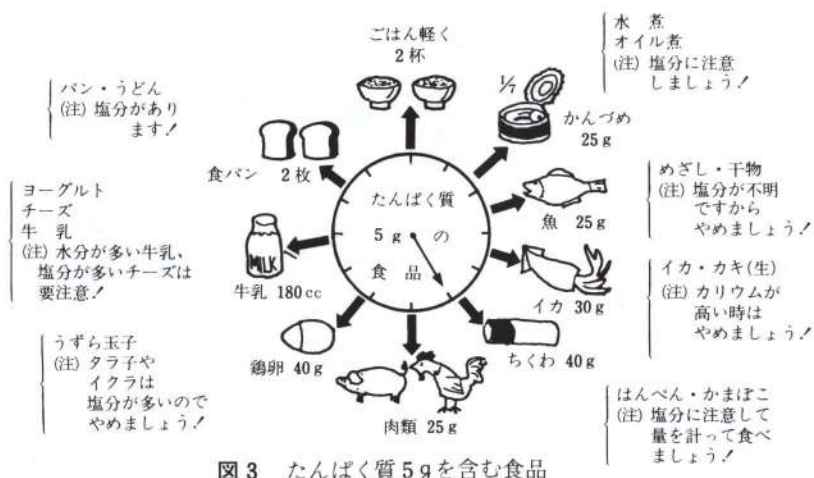


図3 たんぱく質5gを含む食品

めには食品に含まれるタン白質の量を知らなければなりません。食品の一つ一つに含まれるタン白質の量は違いますので食品分析表を参考にして1日の食事の中のタン白質含有量を知り、1日のタン白質摂取量を正確に把握するようにつとめて欲しいと思います。

図3はタン白質5gを含有する食品の重量を図示したものです。1例をあげると、牛乳180ccはタン白質5gを含むということを示しています。

(c) 食塩(付加食塩)
私たちは毎日食塩をいろいろな形で摂取しています。

④ 自然食品に含まれる食塩として
米、いも類、肉類、卵、牛乳などの人工的に手を加えていない食品中にもナトリウムとして含まれています。自然食品に含まれる食塩はおよそ1日1.5～2.0gと考えられています。

⑤ 加工食品に含まれる食塩として
日常私たちが何気無く食べている食品の中にも多くの食塩が含まれています。食パン、うどん、ちくわ、はんぺん、大福、羊かん、ハム、ベーコン、缶詰などの加工食品にかくし味として

食塩が加えてあります。(図4)
⑥ みそ、しょう油、ソース、トマトケチャップ、その他の調味料に含まれる食塩として

⑦ ⑥と⑦をあわせて付加食塩といえます。透析患者が1日に摂取できる付加食塩の量は個々の患者の1週間の透析回数、透析時間、血圧値、浮腫の有無などを参考にして決められます。一般的には表4のように、週2回透析では3～5g/日、週3回透析では5～8g/日程度の付加食塩の摂取が可能です。しかし透析患者の高血圧は90%以上がナトリウム・水依存性と考えられており、高血圧、浮腫、心不全などの症状が認められる透析患者では食塩摂取は厳重に制限が必要です。

(d) 水分
透析患者の皆さんにとって最も関心のあることは、水分摂取の問題です。1日の飲水量は尿量の有無(尿量があれば1日の尿量)、1週間の透析回数、1回の透析時間、労働の程度など患者個々の状態によって異なります。基本的には1日の飲水量は水分出納

のバランスを計算して決められます。
(表5・図5)

表5 水の出納
健康人の水の出納 (ml)

収 入		支 出	
飲 水 量	1,200	尿	1,200
食 物	800	不 感 蒸 泄	900
代 謝 水	200	大 便、その他	100
計	2,200	計	2,200

あなたの水分は(空欄に記入する)

収 入		支 出	
飲 水 量		尿	
食 物		不 感 蒸 泄	900
代 謝 水	200	大 便、その他	100
計		計	

体に入る水分
(i) 飲水量
(ii) 食物に含まれる水
これには1日の食べる食品から摂取水分と調理に使用する水分を含みます。
(iii) 代謝水
食べた食品が体内で力や血、肉に変わる時に発生する水分です。1000 kcal 当たり約100mlです。したがって1日に2000 kcal 摂取すると約200mlとなります。

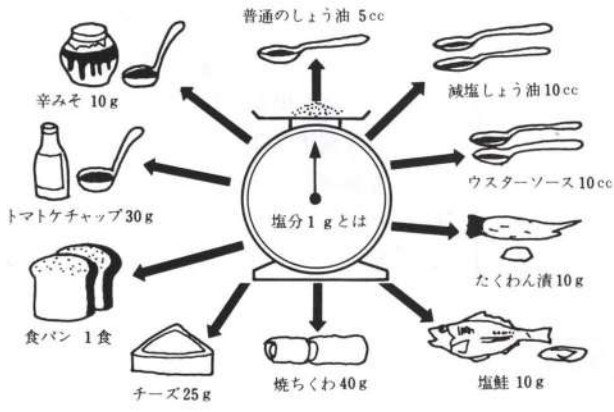


図4 食塩1gを含む食品・調味料

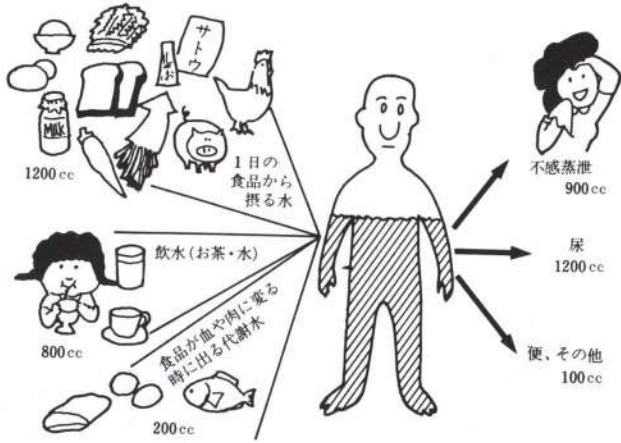


図5 正常人の水の出納

体外に出る水分

(i) 不感蒸泄

呼吸や汗、皮膚から発散されるものです。不感蒸泄量は通常体重1kg当り12mlとされています。したがって体重50kgの人で1日600mlとなります。しかし不感蒸泄量は呼吸速度や深さ、発熱、環境の温度(季節)、湿度、発汗などにより影響されます。たとえば、湿度が高くなったり気温が下がると不感蒸泄量は減少しますが、温度の上昇は不感蒸泄量を増やします。また発熱時や発汗時などには不感蒸泄は増加します。

(ii) 尿

透析療法が開始されますと、個人差がありますが大部分の透析患者の尿量は減少し、乏尿(1日の尿量100~400ml)となり、結局は無尿(1日の尿量100ml以下)となります。

(iii) 便

普通便で1日100~150mlの水分が出ます。(便秘、下痢などの時にはこの量は変わります。)

それでは透析患者の水の出納はどうなるでしょうか。透析患者の水の出納のモデルを図6に示しました。図6か

らおわかりのように、透析患者の大部分は無尿または乏尿でありますから体に入る水分量(代謝水、1日の食品からとる水、飲水量の和)のほうが体外に出る水分量(便、不感蒸泄、尿量の和)より多くなり、そのままではどんどん体の内に水が残ってしまいますのでその分を透析中に除水するわけです。それ故1日の食品からとる水と飲水量、ことに飲水量が多くなると、それだけ多くの水分を透析の時に除水しなければなりません。透析は毎日実施しているわけではありません。したがって週2回または週3回の透析では2~3日分の水分をまとめて除水するわけです。ところが1回の透析(4~7時間)で、安全に除水できる水分量には上限があります。私たちは1回の透析で安全に除水できる水分量は3kg以下と考えていますので、透析中の食事を計算に入れますと、透析と透析の間の体重増加は週2回透析で2.5kg以内、週3回透析で2.0kg以内にしたいと思っています。(表4)

前述しましたように、わが国の透析患者の死因の第1位は心不全であることを銘記して、無茶苦茶な体重増加は

絶対にしないようにしてほしいと考えています。

この原則を守るためには、食品に含まれる水分量をよく承知しておく必要があります。図7はその1例を示したものであります。



図7 水分100ccを含む果物の目安量

(e) カリウム

血清中のカリウムが増加した状態を高カリウム血症といいます。血清カリウムの正常値は3.5~5.5mEq/lですが血清中のカリウム値が6mEq/lを越すと手足がシビレたり、体の力がぬけるような感じがしたり、舌がもつれたり症状が出る場合があります。しかし自覚症状はほとんどなくて、突然心臓が麻痺してしまうこともあります。このように高カリウム血症は恐ろしい状態でありますから嚴重な注意が必要です。

高カリウム血症の原因はいろいろありますが、食事の面からは次の点に注意が必要です。

入	代謝水	1日の食品から摂る水	飲	水
出	(A) 乏尿の患者			
	便	不感蒸泄	尿	透析で除水する水
	(B) 無尿の患者			
	便	不感蒸泄	尿	透析で除水する水

図6 透析患者の水の出納

- ④ カリウムを多く含む食品の過剰摂取をしないこと。

このためには、カリウムを多く含有する食品にはどのようなものがあるか、食品成分表などを使って勉強し、知っておくべきです。食品中のカリウム含有量を図示したものが図8です。カリウムを多く含有する食品にはいも類、堅果類(くるみ、栗、ピーナッツ、アーモンドなどは含有量が多い)、豆類および大豆製品、魚貝類(さしみ、かつおのたたき、貝の酢のもの)、野菜類(生の状態のもの)、果実類などがあげられます。これらの食品の中には生のままでカリウム含有量が多いのですが、調理によって減少するものがありますので詳細は栄養士さん、看護婦さんに尋ねてください。

- ⑤ 毎日のエネルギー摂取は医師の指示量を下まわらないように十分とること。

生体では栄養摂取(エネルギー摂取)

が不足してくると生体を構成し、または生体内に貯えられている物質(糖質、脂質、タン白質など)が分解してエネルギーを生ずるようになります(これを異化作用といいます)。この異化作用がたかまると細胞内のカリウムが細胞外に出て高カリウム血症を起こしてきます。

(f) リン

透析療法の目的は透析患者の延命、社会復帰にあります。しかし透析患者の社会復帰を妨げる重要な合併症として、腎性貧血と骨・カルシウム代謝異常があります。このうち骨・カルシウム代謝異常と密接な関係を持っているのがリンです。すなわち腎機能が低下して腎臓からのリンの排泄量が低下すると、血清中のリンが上昇(高リン血症)して血清カルシウムの低下(低カルシウム血症)をきたし、副甲状腺ホルモン(P.T.H)の分泌が増加します。そして種々の骨障害が起こってきます。

したがって透析患者では、高リン血症を治療するため透析療法におけるリンの除去とともに、アルミゲルの内服そして食事の中のリン摂取制限が行なわれております。

透析患者では1日の食品中のリン量を800~900mgとすることが望ましいと考えられます。(わが国の健康成人の1日のリン摂取量は1200~1300mgです)透析療法により血清リン値の是正(血清リン値を3~6mg/dlに維持する)ができない時にはアルミゲルの内服が行なわれますが、アルミゲルの内服は血清アルミニウム値の上昇との関係が議論されており、大量、長期の内服はできるだけ避けたいと思います。そこでこのような場合にはリン含有量の多い食品の摂取を避けるように努めることがよいと考えています。

食品中のリンの含有量は食品成分表を参考にするとうよいと思いますが、リンを多く含有する食品には魚貝類、獣鳥鯨肉類、乳製品などがあります。また食品添加物にはリン酸塩を含んでいる物が多いので食品添加物の多い食品の摂取にも注意が必要です。

(g) 透析患者の飲酒について

最近透析患者の飲酒の是非についての議論を見聞するようになりました。このような話を聞きますと、透析療法もずいぶん進歩したものだとつくづく感じます。

私は透析患者の皆さんの飲酒には基本的には反対です。特に日常、習慣的に飲酒することにはどうしても賛成できません。乏尿、無尿となっている透析患者の皆さんにとって、酒のつまみ

カリウム含量の多いもの	カリウム含量の中程度	カリウム含量の少ないもの
 果物 あんず(生・干) プラム(生・干) バナナ パイナップル 干柿 メロン 野菜の生ジュース ピーナッツ 果実類 インスタントコーヒー ほうれん草 みつば きゅうり キャベツ いも類 イカ・貝類	 肉類  卵類  魚類  きのこ類	わかさぎ アスパラ(缶) 豆もやし  バター  油類  精白米  パン スパゲッティ  白玉粉 がんもどき 紅茶

図8 食品中のカリウム含量

に食塩を多く含む食品を摂取すること
や飲酒のあとの口渴のための水分の摂
取は全く好ましくないことと考えるか
らです。また透析患者には脂質代謝異
常（血清コレステロールの上昇、中性
脂肪の増加など）がしばしば認められ
ますが、習慣的に飲酒することはこれ
らの傾向を一層著明にします。飲酒に
よりエネルギーを補給するという考え
もあるかもしれませんが、私はこの考
え方には同意できません。

私はどうしても飲酒をやめられない
透析患者でも、食欲増進のためのコッ
プ1杯のビール、オチョコ2～3杯の
酒にとどめるべきだと思います。また
冠婚葬祭の時にも飲酒はできるだけ少
量にとどめてほしいと思います。

4. おわりに

これまで透析患者の食事療法につい
て述べてきましたが、最後にもう一度
私は現在の透析療法では、透析患者の
皆さんの食事を全く自由にすることは
適当でないことを強調したいと思いま
す。当初、食事制限がないとされたC

APDですら最近ではエネルギー制限、
食塩制限などの必要性が指摘されるよ
うになりました。

表6に厚生省公衆衛生局栄養課編・
昭和54年度版・日本人の栄養所要量の
一部を示しましたが、これと現在の透
析食を比較しますと、現在の透析食は
エネルギー、タン白質の摂取において、
一般人の食事にかかなり近づいた内容に
なりつつあることがわかります。

私は透析患者の皆さんが各自食事療
法は他人のため（医師、看護婦、栄養
士に注意されないため）にするのでは
なく、自分自身のためにするのだとい
う正しい自覚を持って実施していただ
きたいと思います。そして皆さんが社
会復帰を果し、長寿を全うされること
を希望してこのお話を終わりたいと思
います。

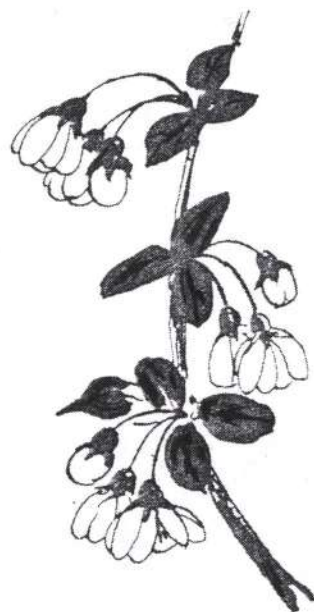
(58・11・18 受理)

表6 日本人の栄養所要量

(昭和54年)

年 齢 (歳)	身長推計基準 値 (cm)		体重推計基準 値 (kg)		エネルギー (kcal)		タン 白 質 (g)		脂 肪 エネルギー比 (%)
	男	女	男	女	男	女	男	女	
20～29	170.0	156.6	62.01	51.33	2,500	2,000	70	60	20～25
30～39	166.6	154.5	62.74	53.02	2,400	1,950	70	60	
40～49	164.0	152.5	60.80	53.70	2,300	1,900	70	60	
50～59	161.7	150.3	58.58	52.62	2,200	1,800	70	60	
60～69	159.4	147.5	56.15	50.11	2,000	1,700	70	60	
70～79	157.0	144.1	53.04	46.61	1,800	1,500	65	55	
80～	154.7	140.5	50.46	43.37	1,600	1,400	65	55	

(厚生省公衆衛生局栄養課)



腎臓病看護の 第1回国際シンポジウムに参加して

透析看護研究会事務局長 宇田有希
(横須賀 共済病院)

初めての国際会議をひらく

今年の5月31日から6月3日まで、アメリカのペンシルベニア州フィラデルフィアで、第1回腎臓病看護に関する国際シンポジウムが開かれました。日本から看護婦15名が参加いたしました。腎移植や透析療法がこれほどまでに普及していながら、現在までにこの分野にたずさわる看護婦の国際的な交流の場が、公式のものとして持たなかったということがむしろ不思議であったといってもよいのではないのでしょうか。

この国際シンポジウムをひらくという動きは、4年ほど前からアメリカの看護婦達の間では話し合われていたようです。正式に開催のための準備委員会のようなものが発足したのは1981年の5月でした。ニューオーリンズで開かれたAANNTのナショナルミーティングの時、代表として6か国の透析あるいは移植に関係している看護婦の出席をということで、私がお話の合いに参加いたしました。今回の日本代表としての現況報告は、最初のゆきがかかり上、止むなく引き受ける破目になってしまいました。

シンポジウムの内容をお話する前

に、主催国として活躍されたAANNTについて、少し説明させていただきます。

アメリカ屈指の職能団体

AANNT (American Association of Nephrology Nurses and Technicians) は、会員数 4,000人を越える立派な組織の看護団体であります。

毎年1回開かれるナショナルミーティングのほかに、全米を4つの地域に分けて、それぞれの地域において年間3～4回の技術講習会、研究発表会、シンポジウムなどを行なっているものです。この会の事務局は、アンソニー・ジャネティ氏を中心に8名のスタッフで運営されています。この会のそもそもの発端は、クリーブランド・クリニックの透析看護婦達を中心となって、近隣の透析施設に呼びかけ、勉強会を始めたものが次第に大きく拡がり、1969年に全米的な組織となったのだと聞きました。当時から昨年まで、財政的な援助を ASAIO (American Society for Artificial Internal Organs) から受けており、会期も場所も同じくして開催されて来たのですが、今年からは、AANNTが独立して開く記念す

べき年であるということで、写真のようなTシャツが配られておりました。



AANNTの独立を記念したTシャツ

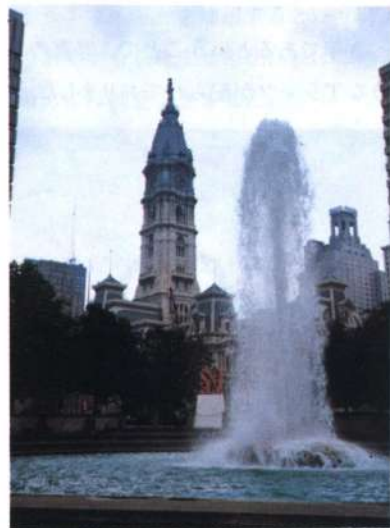
なぜ、フィラデルフィアなのか

フィラデルフィアは、ウィリアム・ペンが1682年、英国王チャールズⅡ世から払い下げを受け、当時迫害されていたクエーカー教徒のための植民地としてひらき、緑の田園都市として建設に努めたところ。ペンはこの地をギリシャ語の「兄弟愛」という意味の「フィラデルフィア」と名づけたのです。

1776年、植民地からの独立を宣言し、1783年にこれが承認されました。1787年には、アメリカ合衆国憲法制定会議が行なわれたところから、フィラデル

フィアは「アメリカ建国の地」、「民主主義発祥の地」として有名であります。AANNTは、まさにASAIOからの独立を記念してこの地を選んだというわけです。

市庁舎の塔の上には、ウィリアム・ベンの銅像が立っており、街並みを見おろしておりました。



ウィリアム・ベンの銅像が立つ市庁舎

国際問題のむずかしさ

この会の準備から運営の全てをAANNTが負担して開かれたのですが、国際会議となると事務手続き一つをとっていても大変なことなのに、さらに政治上、宗教上、人種問題などから、参加を見合わせる国や演題の内容に対する規制が加えられる国が出るなど、一時は開催が危ぶまれたりいたしました。

中南米諸国の政情不安、南アフリカ連邦の人種、部族間の問題、中近東の宗教上の制約など、「医療だから……」

といって全てが受け入れられるものではないということがわかりました。それでも、アメリカ、ヨーロッパ、カナダ、中南米のチリ、オーストラリア、南アフリカ連邦、日本の7か国の代表がそれぞれの国の透析療法や移植の状況、看護体制、看護婦教育の実情について報告いたしました。

南アフリカ連邦の代表は、全体的な統計は出せないということでしたが、人種差別と受けとられないようにとの配慮は、私達の想像以上のものであるのが印象に残りました。

多民族の集まる国では、部族間の生活習慣の違い、宗教、言語などの制約がある中で看護活動は大変なもののようにでした。

日本の透析看護の問題点

日本における透析療法の現況について報告するに当たっては、千葉大学の小高先生にご了承を得て、人工透析研究会1981年度の資料を使わせていただきました。また、看護の実情と問題点に

ついては、透析看護研究会の幹事であり、日本看護婦協会業務委員会の中の小委員会メンバー（足立、関、吉岡、吉田、宇田）が討議した資料をもとにまとめさせていただきました。

発表論文の英訳には友人の木綿さん、東京医科歯科大学の中川先生に多大のご援助を受けました。

日本における透析看護の問題としてまずあげられるのは、透析看護婦としての公的な教育研修が制度化されていないために、施設間の看護水準に、非常に大きな格差を生じている点であります。厚生省の委託を受け、財団法人腎研究会が年1回実施している「透析療法従事職員研修」は、2日間の講義と4週間の実習を行なっているのですが、参加できる看護婦は400名にすぎません。これがいままで続けられるか、予算がカットされれば唯一つの公的教育の機会は失われるのであります。地方におけるものとしては、神奈川県立看護教育大学校に6か月の慢性腎不全看護課程がありますが、これはわずか



コーヒー・ブレイク(学会場のロビーにて)
“ことば”のむずかしさに疲れた(?)表情



発表前夜の懇親会



シンポジウムを終わって

20名の定員しか受け入れていないのです。

もう一つの短期コースとして、透析療法合同専門委員会が主催する「透析療法技術士認定講習」がありますが、主としてテクニシャンを中心とした内容のものであります。

問題の第2は、透析看護に対する施設管理者の理解不足と無関心さがあげられます。

この分野の看護婦配置が軽視され、本人の意志に反した頻繁な配置交代や病休明け、産休明けの中から任命するなど経験を積んだ有能な透析看護婦の定着しにくい状況が、特に公的医療施設に見られることです。

このことは患者の安全と安楽な透析を維持する上で非常にマイナスであることはいうまでもありません。これまで、透析看護研究会は会員相互の理解と情報交換を中心に活動して参りましたが、これからは看護水準を高めるために、もっと組織力を強め、格差をなくすための積極的な働きをしなければ

ならないと痛感いたしました。

ニューマン会長のお話

5月31日夜のAANNT会長レセプションの席で、アメリカの腎臓病患者会の会長をしているジョン・ニューマン氏にお会いいたしました。彼は日本で透析を受けたことがあるとのことでしたが、彼は日本や中国の鍼灸、マッサージ、指圧療法に大変に興味を持ちその技術をマスターして、今ではニューヨークで指圧療法の指導をしているということでした。特に指圧は透析患者にとって、治療からくるストレスを緩和させ、気分を爽快にするものなのに、なぜ日本ではもっとこうしたものを活用しないのかと聞かれて、正直なところ返事に困ってしまいました。

今、アメリカでは日本食愛好者が増えているということで、豆腐料理が話題となり、料理方法などを尋ねられて、手振り身振りのカタコト英語を使い四苦八苦いたしました。

国際感覚とことば

英語を話せるわけでもない私が発表するのですから、文章をまるで棒読みするしかなかったのですが、翌朝、ロビーに降りて行きますと、何人もの看護婦らしい人から声をかけられ、「昨日のスピーチはよかった」、「75%位よかった」といってくれたり、ただニコニコして握手を求められたりいたしました。

「この点をもっと聞きたかった」、「あれも知りたい、これも聞きたい」と思っても、十分ディスカッションができないもどかしさに改めて“ことばの壁”を痛感せざるを得ませんでした。その意味で私はまさに“言語障害者”であったわけです。けれども、AANNTの役員の方の皆さんの暖かい励ましや助言で“話せない”苦痛がやわらぐ思いをいたしました。お互いに、よい看護をするために、という共通の目的に向かって歩む仲間意識がことばを越えてこちらの胸にびんびんとひびいてくるようでした。

ことに、1981年に日本へお招きした
ことのあるジェラルデイン・ビドルさ
んは、AANNTの役員として多忙な時
間をさいて、私のスピーチを何度も聞
いて下さって、発音から文章の息づき
など、実にていねいに繰り返し指導し
て下さいました。

演壇を降りて、ツアーのメンバーと
顔を合わせた時、皆さんのほっとした
表情をみて、きっと心配でハラハラし
ながら聞いて下さったのだなあと思い
感謝の気持ちをこめて握手をいたしまし
た。

医療をとりまく情勢は、ほとんどの
先進国において厳しいものとなりつつ
あります。

社会福祉への財政削減、保険還付金
の削減にみられるように、常に医療費
問題の中でも透析は最大の標的となっ
ております。この世界的な趨勢に対し
て立ち向い、生命と健康を守る闘いに
勝つためには、国際的な視野に立って
一致協力することの重要性を再認識さ
せられました。

これからの若い看護婦達が、ことば
の壁を克服して、国際感覚を身につけ、
どんどん交流を深めていてもらいた
いと思います。

主体性をもった看護を目指して

このシンポジウムに参加して、改め
てアメリカの看護婦達の主体性のある
行動力に驚きました。同時に私達のや
や主体性に欠ける点を反省させられた
のですが、その違いは何によるものな
のだろうと考えさせられます。

だからといって私は何でもアメリカ

の看護一辺倒というわけではありません。

私達が透析の専門看護婦ですといっ
て、誰からも認められるように看護婦
の職能、責任、資格というものを定義
づけ、明文化し、“有資格”とは何かを
理解しなければなりません。

わが国で唯一の看護職能団体である
日本看護協会に対しても、私達の活動
を通じて連携を深めていきたいと考え
ております。

そして、透析看護研究会が、透析看
護婦としての技能の発展と人間として
豊かに成長するための独自の教育計画
を持つべきではないかと考えます。そ
うすることにより、患者さん達が安心
して治療に専念できるような環境を整
えることができるのではないしょうか。



体重計の目盛の最高は 300 ポンド
(約136kg)



ペンシルベニア大学病院訪問

移植部門のアシスタント・ディレクター
エリザベス・カメロンさん



塩分制限は日本よりずーっときびしいです

おわりに

日本の透析医療のレベルは、決して世界にひけをとらないものであるというのを再認識いたしました。決して安心してはいられません。これから、さらに信頼される看護をするために努力をして参りたいと思います。

1985年には、第2回国際シンポジウムがベルギーのブリュッセルで開かれます。

以後、隔年で開催される意向で、1987年はすでにオーストラリアが名乗り出ております。

いずれ日本での開催が望まれる日もくると思いますが、単に持ち回りでやるといった形式的な会に終わることなく、実りある交流にしたいものです。世界は確実に狭くなっているというのが私の実感でしたが、しかし、ことばの壁は厚かったというのもまた事実として受けとめております。

会場となったフランクリン・プラザ・ホテルは、市庁舎にも近く、フィラデルフィアのシャンゼリゼと呼ばれる大通りにも近いところにあり、美術館、歴史博物館など由緒ある名所旧蹟を訪れるには絶好のところにあったのですが、発表前には不安と緊張から、発表の後は、どっとくる疲労感から、折角の歴史の街も見物できないままに終わってしまいました。でも、多くの友人ができて、これからの私達の活動に大いにプラスとなる収穫を得たことを感謝いたしております。

私達の会がこれまでになるには、腎研究会の発足当時からのご援助があったからこそと思い、心から感謝申し上げる次第です。

(58・11・9 受理)



フィラデルフィアの“シャンゼリゼ”



患者さんからの手紙



10年の中で～高校時代

東京都杉並区成田西1丁目1番24号 岡市ゆかり

ゆかりさんには、お母さんとご一緒に52年の6月、いまから7年前になりますが、東京の新宿御苑でお会いしました。また病院で透析中のゆかりさんとお話したこともあります。

今年の春「私、成人式を迎えたのよ」というお便りと写真が届き、大きくなったのにはびっくりしました。この7年間に何度もお手紙をくださいましたが、使った便せんの模様の変化が、少女から乙女への成長ぶりをよくあらわしており、ほほえまずにはおられませんでした。

ゆかりさんの原稿をいただいて、しばらくするとお母さんから私あての私信が届きました。透析のお嬢さんをもつ母親の心情溢れるものであり、これは全国の同じ立場にあるお母さんたちの気持でもあろうと思い、お許しを得て、手紙の一部を載せさせていただきました。(事務局・高柳)

全国の透析患者の皆様、いかにお過ごしですか。今年(58年)の10月24日で透析を始めて丸10年になります。始めた当時、11歳だった私は、今年の1月に成人式を迎え、6月で21歳になりました。2年半にわたる長期入院の末、透析に入ったのが小学校5年生の時。そして中学、高校、洋裁学校を無事卒業し、現在は週1回火曜日に近くの洋裁教室に通っています。いまの生活は学生時代と比べると、随分時間にゆとりを持てるようになりました。学生時代の中でも高校生、それも高1の時が最も慌ただしい生活を送っていました。授業は6時間びっちりあり、6時限目終了が午後3時15分。(透析開始午後3時)授業終了後はホームルームがあるのですが、時間に余裕がないため6時限終了と同時に教室を飛び出して病院に向ったものです。高校から病院まで徒歩・電車を含め20～30分。実際は徒歩というより全力疾走といったほうが正しいのですが。着くのは4時ぎりぎりでしたが透析終了は夜9時頃、家に帰る着くのは早くて10時、遅い時は



11時近くなりました。宿題や予習は、それからはじめたもので寝るのは夜中の12時、1時になり、朝は6時半～7時に起きたのです。睡眠時間の足りない分を日曜と透析中に寝ることで稼いだのです。透析中の睡眠稼ぎは今でもやっていますが。高2の時は、透析日3回のうち1回が5時限授業の日にあたって高1の時より少しだけ楽になりました。そして高2時代の最大のセレ

モニーである修学旅行に、職員会議の結果反対者1名ということで私は参加することを許されました。友達と過ごした5泊6日の九州旅行。このときのことは、友達に会うと必ず思い出す、まるで青春ドラマのような場面もあった忘れられない思い出です。高3になって、選択授業がふえ、また、家庭科、音楽などがなくなり受験一色になった時、大学や短大に行く気のない私は透析日3回とも時間にゆとりができ、友達とおしゃべりをしながら病院へ行くようになりました。

高校卒業後、都立の洋裁学校に1年間通い、このとき、透析を準夜から昼に変えてもらい現在にいたっています。現在のはじめに述べたように週1回洋裁教室に通っていますが、あいている日は、映画、母親とのショッピング、父親の仕事の手つだい、または友達と会っておしゃべりをしたりしています。学生の時には考えられなかったほど自由に自分の時間を使っています。とにかく出たがり性のためにほとんど家にいないのです。学校と家と病院の間をただ往復していた時代の反動のような気がします。それでも時どき、あの高校時代の慌ただしさがとてもうらやましく感じることもある今日このごろなのです。そんな毎日の中での今の私の夢は、自分の手作りの品を売ることのできる小さなお店を持つことなのです。

(58・10・18 受理)

お母さんの手紙 (一部)

発病してから12年余り、透析を受けるようになって10年になります。本当に長い長い道程でございました。家族はもちろんのこと、本人にとりましては大変な年月であったことと思います。表面は大変に明るく、元気者の娘もときどきふともらす言葉の端端に不安、いらだちを感じ、何もしてやることもできない無力の自分に腹立ちと悲しみをおぼえました。

中学・高校と進むにつれて、良いお友達にも恵まれ、充実した学校生活を送ることができ、うれしゅうございました。特に高校時代は本当に生き生きとした活気に満ちた3年間であったように思います。そんなわが子に内心大

きな拍手を送っておりました。

そんな娘ももう21歳になりました。本当に夢のようでございます。でも他人にはまだ中学生ぐらいにしか見てもみえず、本人にとりましては今の一番の悩みでございます。でも私にとりましては、日々大変に頼りになる存在でいろいろなことが話し合えるようになり、うれしい限りでございます。これから先も娘とともに日々おだやかに暮らせたらと念じております。

人間みな顔が違いうように、人生それぞれ繰り広げられるドラマも異なり、細はそ長く生きる人、太く短かく生きる人、いろいろでしょうが、娘もその中で少しでも悔いのない、充実した毎日を過ごしてほしいと願っております。





慢性腎不全に伴う高血圧に

Ca²⁺拮抗剤ニコデールは、緩徐な降圧作用を有し、透析導入前後の血圧コントロールに適した薬剤です。

- ＜特 長＞
- ① 緩徐な降圧作用を有し、徐脈などの副作用もありません。
 - ② 腎血流量を増加させます。
 - ③ 胆汁排泄主体であり、長期投与によっても体内に蓄積しません。
 - ④ 透析中の血圧コントロールにも、膜を通過しないため追加投与することなく使用できます。

- ＜適応症＞
- 本態性高血圧症
 - 下記疾患の脳血流障害に基づく諸症状の改善
脳梗塞後遺症、脳出血後遺症、脳動脈硬化症

●「用法・用量」ならびに「使用上の注意」は、製品添付の説明書をご参照ください。

Ca²⁺拮抗性循環改善剤

健保適用

ニコデール[®]錠・散

＜塩酸ニカルジピン製剤＞



製造発売元
三井製薬工業株式会社
東京都中央区日本橋 3丁目12-2



提携
山之内製薬株式会社
東京都中央区日本橋本町 2-5

腎センター訪問 〈その11〉

佐渡厚生連佐渡総合病院を訪ねて



新潟港からジェットホイルの快速船で約1時間走ると佐渡の表玄関、両津港に着きます。ちょうど夏休み中なので、子供連れの乗客で船内はごったがえしていました。両津に降り立つと思わず「暑いわねー」地元の人によると今日から暑くなったとのこと。真夏の太陽が青い海にギラギラと照りつけていました。

美しい加茂湖を左に、金北山を右に眺めながらいくつかの町を通り抜けて走ること約20分、佐渡総合病院のある金井町に着きました。

病院は思っていたよりもはるかに大きく、立派でした。それもそのはず、新潟県では第2の規模を誇り、佐渡の医療の中心的活動を担っています。屋上に立つと、稲田の美しい佐渡の平野が一望のもとに見渡せ、目にしみるよ



佐渡厚生連佐渡総合病院



両 津 港



瀬川 院長

うな山の濃い緑にあふれる、大変環境の良い所で、山の向こうはもう広い日本海です。

ご多忙の中を瀬川院長、本田先生、土屋事務長の諸先生が心よく迎えてくださいました。

まず最初に病院の生いたちをきかせてください。

この病院は昭和10年10月、内科・外科・眼科の3科38床で、佐渡郡医療利用組合佐渡病院として開設されました。その後幾多の変遷をたどり次第に診療科目も増え、看護学校も併設されて、現在は内科・神経内科・精神科・小児科・外科・整形外科・産婦人科・耳鼻咽喉科・眼科・皮膚科・放射線科・歯科の12科、603床、医師21名、看護婦(士)257名、補助看護員39名の総合病院へと発展しました。他に新潟大学から脳神経外科・胸部外科・泌尿器科の3科の出張診療もあります。そしてこの建物は昭和43年に完成しました。



土屋 事務長

人工透析はいつから始めましたか。

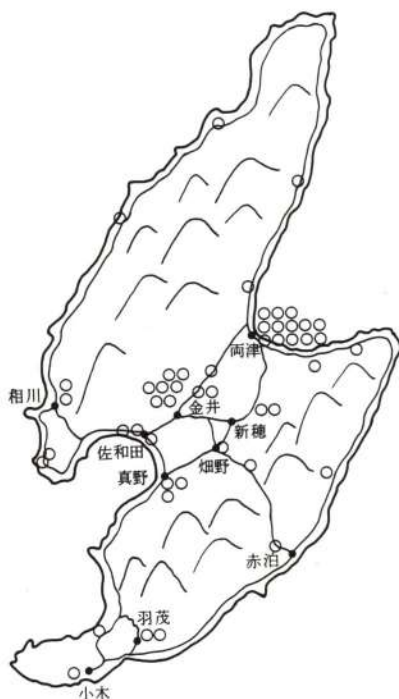
昭和52年4月からです。それまでは新潟の信楽園病院まで行き、15名の患者さんのうち13名は入院したり新潟で就職をし、農業と自営業の2名の方は船で通うという大変な苦勞をしていました。また、佐渡を訪れた人が透析をしてもらおうと来たところが、透析設備がないために急ぎょ、ヘリコプターで新潟へ運ばれるということもありましたね。しかし新潟まで通うのも大変だし、冬期には海が荒れて船が欠航してしまうという大変な時もあり、“なんとか海を渡らないで済むようになりたい”という要望から、洗濯室を改造し15名の患者さんでスタートした訳です。透析室開設にあたっては、今は亡き新潟大学の教授だった木下先生、信楽園病院の平沢由平先生に大変お世話になりました。透析室ができてから最初のうちは月1回程度、新潟から来ていただいて指導を受けました。現在は患者数49名、透析ベッド14床で毎日夜間

透析も行なっていて、年平均6～7名の透析患者さんが増えています。患者さんの発生数は図のとおりです。小児透析はまだやっていません。佐渡で透析施設があるのはここだけなので、患者さんの中には片道2時間もかけて通っている方もいます。

市町村別患者発生数

58年8月現在 49名

両津市	17(名)
金井町	12
相川町	4
佐和田町	3
小木町	1
真野町	3
畑野町	3
新穂村	2
羽茂町	3
赤泊村	1



移植はどうですか。

昭和56年に弟さんから腎臓をいただいて、東京女子医科大学で手術をした方がうまくいって、今も元気に働いています。

佐渡は職場が少ないのではないかと思います。患者さんの重大関心事である社会復帰はどうでしょうか。

ここの完全社会復帰率は49人中32人の65%で、公務員、会社員、自営業、農業等です。(ちなみに全国平均は60%) 残りは30%が入院中と高齢の方で5%の方が定職についていません。何が良い職場があるようにと気にかかっているのですが、とにかく皆さんに頑張ってもらって仕事をさせていただきたいですね。仕事をするのが、体調維持にも一番いいのですからね。

治療上のご苦労や患者さんに対する注意点はいかがですか。

透析患者さんの最高年齢は76歳で平



本田先生

均年齢は52.4歳と圧倒的に高齢の方が多いです。もっとも佐渡全体がそうですが、そのため食事管理には気を使いますね。余り厳しくするとかえって食欲がなくなってしまうので、透析器が良くなったこともあって、緩やかな制限から指導し始めます。病院食も考えましたが、各各の好みもあるので各人にまかせるということで出してはいません。

また、やはり透析は長くなりますから、心不全、脳出血といった合併症が心配ですね。糖尿病の方も多いですし、この対策、治療には細心の注意を払っています。体重増加は3kg以内におさめるように指導していますが、中には6kgも増やす人もいます。自己管理が最も大切なので良く守ってもらいたいですね。

他にここは佐渡で唯一の透析施設なので、家が遠い患者さんが充分仕事に従事できないという悩みもあります。けれども、やはり一番強く望むことは、もっと元気に働いて欲しいということです。

最後に「交通は便利になったとはいえ、佐渡は離島であることには変わりありません。ですから佐渡の医療における最後の砦として、一次医療、二次医療のみならず、三次医療の一部までも、それがあれば採算の合わない部門であったとしても設置に可能な限り高度の医療のできる病院づくりをしよ



病院の中庭に建っている病院創業者
本間先生の像



病院屋上からの展望(中央の白い
建物は看護学校)



透 析 室



本 間 勤さん

うと考えて参りました。今後も、この基本的な考えに立って、医療技術も設備もより高いレベルへもっていく必要があります、努力しているのですよ」と心強い院長先生のお言葉でした。



内 藤 宏 之 さん

お話が終わった後、本田先生のご案内で透析室を見せていただきました。透析室は洗濯場だったとは思えない程明るく、整然とベッドが並び、その間を看護婦さん達がテキパキと働いていました。佐渡はおいしい米がとれることからわかるように、水質が良いので水は井戸を使っていますが、2年後、透析室を広く新しくする計画なので、そうなれば水処理もっと強化するようになるでしょう、とのこと。また、ここの腎友会の活動も活発で、秋にはキャンプへ行くそうです。

今日の透析は終わっていましたが、本誌の1979年度版“元気で働いています”のコーナーに登場していただいた、本間さんと内藤さんが私達を元気な姿で迎えてくださったのには、感激しました。本間さんは、今も佐和田の電電公社で頑張っておられます。年に1～2回旅行を楽しみ、また、今はやりのカラオケも上手だとか。内藤さんは、佐和田で“ちょぼや”という料理店を経

営しています。その夜、本田先生、山田婦長さん、それに私達をお店によんでくださり、鯛、あわびなどのお刺身、うなぎの蒲焼き、また時期として大変珍しいまつたけ料理など、心尽しのお料理が次次に出されました。東京ではめったに口にできない新潟の名酒“越の寒梅”もいただくなどの歓待を受けました。もとこの病院の看護婦さんだった奥様と、かいかいしく立ち働いているほほえましいお姿を拝見して、佐渡までやって来て良かったなあというのが、偽ざる気持ちです。

取材者 本田 眞美

取材日 昭和58年8月4日

●透析者フォト

“元気で働いています”



小池健三さん (81歳)

北海道紋別郡上湧別町字中湧別5の1

昭和52年10月から高血圧で通院中、昭和53年9月慢性腎不全と診断され、57年4月から透析を始め、約1年間入院生活をしました。現在週3回、1回5時間の通院透析を行なっています。写真でもおわかりのように81歳とはとても思えないほど元気で家業の農業を手伝っています。

(曾我病院 北海道紋別郡上湧別町字中湧別826の1)



菅野富治さん (45歳)

北海道紋別郡丸瀬布町

昭和51年12月に慢性腎不全を指摘され、血液透析を開始しました。週3回、1回5時間の透析を続けながら、現在、丸瀬布町の農業協同組合で管理課長としてご活躍中です。趣味は尺八で、今日も朗朗たる音色を響かせていることでしょう。

(曾我病院 北海道紋別郡上湧別町字中湧別826の1)



具志堅盛一さん (50歳)

那覇市首里崎山町3丁目9番地

昭和52年10月慢性腎不全と診断され入院、翌53年2月から透析を開始し、5月から沖縄で第1号の夜間透析者となりました。米陸軍の運転手として、30年間元気で勤務しています。最近、念願のマイホームも完成し、奥様と3人の息子さん、そしてお嬢さん達と充実した毎日を過ごしています。

(南風原クリニック 沖縄県島尻郡南風原町字兼城642の1)



柿平卓宏さん (29歳)

新宮市野田町 熊野路クリニック内

透析歴は7年10か月になりました。発病のため大学2年で中退し、1年を経て透析に入り、透析を受けながら准看護師の資格を取りました。今は透析の仕事をしながら、週3回の夜間透析を受けています。外国映画と水泳が大好きという、非常に快活で明るい青年です。ただいま花嫁さんを募集中であります。

(熊野路クリニック 新宮市野田町6332)



吉野哲也さん (37歳)

千葉県君津郡袖ヶ浦町下根岸229

23歳の時タン白尿を指摘され、慢性腎炎として通院していましたが次第に悪化し、29歳で血液透析を開始しました。以後今日に至るまでは安定し、家業の農作業に精を出している働き者で、トラク

ターやコンバイン等の機械を駆使して近代農業の担い手となっています。休日にはご両親、奥様、2人の子供さんとドライブを楽しんでいます。

(玄々堂君津病院 君津市東坂田4の7の20)



原 徹さん (53歳)

甲府市東光寺1の11の24

重症の尿毒症から元気になられた原さんは、中学校の歴史の先生として教鞭をとっています。昭和48年に発病し、透析を開始してから10年半になりました。趣味も旅行、盆栽いじり、考古学研究などと多彩で、家庭では1歳になるお孫さんのやさしいおじい様、学校では良き先生と充実した毎日を送っています。

(三井クリニック 甲府市塩部3の16の33)



星田博敏さん (60歳)

愛媛県新居浜市新須賀町1の5の33

昭和46年頃から視力が低下し、白内障の手術をした後51年慢性腎不全のため血液透析を始めました。書店を経営していて、市内10校の中学校に教材を納入する書籍販売業45年のキャリアを誇り、息子さんにこれを伝授中です。自己管理も良く、透析療法そのものを理解しお手本になる方です。現在「摂取食品と増水量の研究」に没頭、除水と体力のバランスに挑戦しています。

(十全総合病院 新居浜市北新町1の5)



山之内健一さん (39歳)

愛媛県新居浜市沢津町3の5の37

山之内さんは透析を開始してから隔年ごとに合併症で骨折、敗血症、肝炎等を起こしスタッフをてんでこ舞させましたが、生命力とねばり強さで克服してきました。入退院の繰り返しで大工の棟梁を断念、今はタオル専門店を経営しています。趣味はやはり日曜大工。優しい奥様と2人の子供さん、家族みんなが協力合っています。

(十全総合病院 新居浜市北新町1の5)



鈴木兵蔵さん (56歳)

栃木県大田原市荳葉1998の132

昭和42年胃潰瘍で入院治療中、腎炎を指摘され56年6月から血液透析を開始しました。現在週2回5時間透析を行ないながら、鉄工所の仕事を夜遅くまで頑張っています。趣味は釣りで、お子さんも皆独立した今は、何よりも奥様と2人の時間を大切に過ごされている愛妻家です。

(菅間病院 栃木県黒磯市大黒町2の5)



平 哲朗さん (28歳)

栃木県那須郡西那須野町315

昭和52年に腎炎と診断され、54年5月から血液透析に入り7月に生体腎移植を試みましたが、残念ながら生着しませんでした。再び透析に戻り、週3回夜間透析をしながら職場に復帰し、技術者として毎日忙しく過ごしています。休みの日はパチンコ、マージャン、冬はスキー、最近はゴルフも始め充実した毎日です。

(菅間病院 栃木県黒磯市大黒町2の5)

松村満美子の患者インタビュー〈その12〉

海外旅行体験者の集い



インタビューアー
松村満美子

と き 昭和58年11月4日

午後5時30分～8時30分

ところ 日本工業倶楽部会館

出席者 阿部道子（新宿三井ビルクリニック）

坂東恵亮（小松島赤十字病院）

夏山永淑（福岡胃腸心臓クリニック）

遊佐まさ江（宏人会長町クリニック）

山本公子（虎の門病院分院）

インタビューアー 松村満美子

アドバイザー 中川成之輔（東京医科歯科大学）





中川先生

今回は海外旅行の体験者にお話を伺うという企画だったので、世界中の透析事情がわかるかなと思ったのですが旅行できる範囲はおのずと限られるようです。何回もヨーロッパ旅行をされた方が座談会の当日ご都合が悪くなって来られなくなり、お話を伺えなかったのが残念でしたが、アメリカ本土、ハワイ、香港での透析の経験をお聞きしても、わが国とは随分違いがあることがわかりました。国による価値観の違いも大きいようです。

また、皆さん海外旅行をされただけあって、経済的に恵まれた方ばかりでしたが、これから海外旅行をしたいと考えている人には、具体的なお話は役に立つと思います。日本で透析がうまくいっているから、日本なみに海外でも何とかなると思って飛び出すのはとても危険なようです。その国の透析事情をよく調べてから出かけるべきだと思います。と同時に日本のようにキメ

の細かいサービスは海外では期待できないと思ったほうがよさそうです。だからといって憶病になることはありません。安全な所へは透析者も積極的に出かける勇気を、この座談会で持っていただければ幸いです。

新婚旅行で透析して来ました (遊佐さん)

松村 今回は、海外旅行を経験していらっしゃる方にお集まりいただきましたので、海外事情にお話を絞って伺います。

まず夏山さんはハワイとかロスアンゼルスへ行っているようです。何回ぐらいですか。

夏山 ハワイが1回、ロスが1回の2回で、1週間ずつです。

松村 向こうでの透析の様子などはあとで伺わせていただきますが、どういう会社を経営していらっしゃいますか。

夏山 ビルの屋上なんかに飲み水の水槽が上がっておりますね、ああいう大型タンクを製造している会社です。

松村 お仕事は、週どれぐらい？

夏山 透析のない日は必ず出ます。もちろん透析の日も会社に出ますけど。透析は週3回、火、木、土の夜間にやっています。

松村 遊佐さんの旅行というのは新婚旅行ですか。

遊佐 そうです。

松村 わあ、すてき。(笑い) ハワイへ7日ですね。お仕事は？

遊佐 私立の高校の事務をしています。

松村 山本さんもやっぱりハワイですが、いつごろですか。



遊佐さん

山本 去年、7日間行きました。観光旅行で。

香港は透析後進国です(阿部さん)

松村 阿部さんは香港に在住ですか。

阿部 ええ、私、主人が中国人なんです。で、向こうに1966年(昭和41年)から住んでおまして、家族が香港におりますし向こうの市民権がありますがビザのために1年に一度は帰らないといけないんです。そのために、いつものパターンですと、月、水、金と透析していますので、日本で金曜日に透析し終わって、その夜の7時ごろのフライトで香港へ帰って、その晩と次の日、1日過ごして、日曜日の午後のフライトでまた日本に帰ってきて、月曜日に透析する。(笑い)

いま主人の仕事の東京オフィスを私がやっています。

松村 どういうお仕事ですか。

阿部 貿易屋ですけれども、建設機械、

重機など扱っています。

向こうでも延べ日数にすると150~160回透析しています。自分用の透析装置を香港の病院に置いてあるので自分の装置を使うわけです。というのは主人が、血液の問題ですから非常にこわがるんですよ。最初のときに向こうのコイル型のダイアライザーを使ったんですが、ものすごく真っ赤かのまま捨てちゃったんですね。回路の中もダイアライザーの中も残血で真っ赤なんです。私、すぐ日本の病院へ電話しまして、「このままじゃ貧血で死んじゃうから、すぐだれか来てください」といって香港へテクニシャンの方に来ていただいて、どうしたらきれいに返せるか教えていただきました。向こうでは生食を使わないでエアだけで返すんで、全然返血量が少ないんですね。私、向こうで一度輸血しましたら、その血液が悪かったのか1か月かゆかったこともあります。

そんなことがありましたので、主人も自分の装置を持ったほうがいいということで、専用装置を病院に置いてあるわけです。

松村 わあ、すごい。じゃ、トンボ返りで帰っていらして無理に透析しなくてもいいわけでしょ？

阿部 ええ、ただ、いまはよくなったんですけど、向こうの水は非常にアルミニウム含有濃度が高いんです。それで、骨にちょっと障害が出まして、ことしの7月までつえをついていたんです。もう寝返りは打てない、歩くのもできない状態でした。

中川 処理しない水がもろにくるわけ

ですね。

阿部 そうだったんです。最初は股関節から始まったんですけども、最後は全身で、痛くないのは首から上だけ、香港へ帰るときも車いすのサービスで帰っていたんですね。そんなトラブルが多いので、日本に帰って透析するように変えたんです。子供も日本へ連れてきちゃいました。娘が1人おります。



阿部さん

松村 じゃ、いまは香港にご主人がお1人で？

阿部 ええ、1人です。

松村 まあ、かわいそう。

阿部 でも、うるさいのがいなくて、かえっていいと思います。(笑い)

ニューヨーク郊外で移植した死体腎を日本で摘出しました

(坂東さん)

松村 坂東さんは会社の役員ということですが、どういう会社ですか。

坂東 ガラスがおもんですが、ガラ

スに関連してガラスの研摩機もつくっているんです。男の兄弟5人でやっています、ぼくは一番下なんです。

松村 5回渡米していらっしゃるんですね。お仕事でですか。

坂東 一番最初は移植を受けに行ったんです。ニューヨーク州のシラキュースという、ちょっと地方の病院なんです。そこで3年ぐらい前に移植をやったんですが、だめだったんです。

松村 向こうにいらっしゃるときにすでにだめとわかったんですか。

坂東 はい。それで、向こうで移植したやつを東大医科研で取ったんです。

最初向こうでは取らなくていいという判断だったんですけども、いわゆる免疫抑制剤をやめたら拒絶反応が出てきて、日本へ帰ってすぐに痛くなって、どうしようもなく東京で取ったんです。アメリカで死体腎を11月23日に移植しまして、3月の20日過ぎぐらいに日本で取ったんです。

中川 シラキュースはどういうルートで行かれたんですか。

坂東 私の友人が、そのシラキュースの近辺の外科医さんと結婚しておるので、そのコネで行ったんです。

ですから、最初の登録と、手術で2回ですね。それから、隔年にヨーロッパとアメリカでガラスの機械の見本市があるんです。それで、アメリカでそういうコネクションができたものですから、どこで透析をするかなどの心配をしなくてよいので、見本市のあるたびに行きます。去年は移植をやったときにお世話になった方にお礼をかねて行ったんです。



坂東さん

松村 いらっしゃるときは何日間ぐらい？

坂東 大体いつも2週間ぐらいです。

中川 ヨーロッパはまだ行かれてないんですか。

坂東 ヨーロッパでは、透析をやってもらるのがめんどくさいでしょう。現地の方に非常に迷惑をかけるものですから。ミラノとデュッセルドルフで見本市があるので、行けばいいんですけども。

中川 大丈夫ですよ。イタリアあたりはだいぶ心配な透析をするらしいですけども……。 (笑い)

5回渡米して、透析はいつもニューヨークの周辺ですか。

坂東 いいえ、いろいろです。ヒューストンでもやりましたし、ワシントンで2回、それからロスアンゼルス、あとシラキュースです。

中川 その紹介はどういう……？

坂東 日系の2世の方で、移植をした

病院の主任の方が全部連絡してくれるんです。

中川 アメリカの患者団体が、透析患者のためのトラベル・ガイドを出しておりまして、どういう人に連絡すればどこでやってもらえるというリストがあります。またワールド・ワイド・トラベル・ガイドというものもあるんですよ。それもやはりアメリカの患者団体が出したんですが、それは全世界のもので。透析の値段も書いてありますね。

松村 じゃ、全世界の旅行が可能なのですね。

夏山さんはハワイではどういう……。

夏山 九大の先生がアメリカに研修に行っておられるらしいんですね。そんな関係で九大の先生に予約など全部していただいたんです。

前回行ったときは東急観光の募集で行ったので、前の時のカルテのコピーに新しい情報を入れて、持っていったんです。

松村 ハワイでは何回透析されましたか。

夏山 2回です、7日間です。

松村 遊佐さんもハワイですが、これはどういうつてでいらしたんですか。

遊佐 病院の看護婦さんたちが研修でお願いした旅行会社を紹介していただきまして、その旅行会社で全部コンタクトをとってくれたんです。透析は2回しました。

ハワイの空港から病院へ自分で電話しました(山本さん)

3回も穿刺して手がはれてしま



山本さん

いました(遊佐さん)

松村 山本さんもクワキニ病院で2回ですか。

山本 1回です。ふだんは週2回ですが……。

松村 ハワイの病院はどういうつてですか？

山本 病院にお願いしまして、友だちがクワキニに近いので、アポイントだけとっていただいて、あとは空港から電話しました。

中川 ハワイのクワキニ病院とセント・フランシス病院はしょっちゅう日本人旅行者を受け入れていますね。

山本 私の場合、自分で飛行機から何からセットして個人で行きましたので全部自分でやりました。

松村 すんなりといきましたか。

山本 ええ、必要と思われる英語は覚えていきましたが、クワキニでは全く通じなかったです。 (笑い)

遊佐 セント・フランシスもわからな

かったですね。

山本 透析中も全部英語です。ただ、私、学生時代に1年間そこに住んでいましたので、余り不安感はなかったんです。

松村 遊佐さん、言葉の問題はいかがでしたか。

遊佐 もう心配でしたね。(笑い)

透析が始まってからは別に問題なかったです。ちょっと失敗されましたけれどね、腕がこんなにはれて、おみやげに持って帰りました。

中川 穿刺が下手なんじゃないの？

遊佐 ええ、なんか、仕事しているぶん囲気じゃないんですよ。

山本 私のはすごく上手でした。

遊佐 私の場合、若い方だったんですけど、遊びながらやっているというか3回ぐらい刺し直しして、痛痛しく帰ってきて、仙台へ戻る前に帰ってきた日に千葉でまた透析をやったのですが千葉のクリニックの方が「ハワイでそういうふうになったって、ちゃんといってください」って。(笑い)

中川 向こうでは、失敗しても絶対患者さんのせいにするという話をよく聞きますね。「あなたが手を動かしたからだ」とかって、絶対自分のミスを認めないという話をよく聞くんですが、そんな感じありましたか。

遊佐 ええ、こちらだと、看護婦さんたちがすぐ恐縮するんだけど。

中川 要するに、おまえの血管が悪いからこうなるんだというわけです。私の友人で、バリに滞在して長く透析している女性がいるんですよ。非常に穿刺しにくい人で、ひじのところ2cmぐ

らいしか刺すところがないんです。しかも角度をちょっと上げないとうまく固定できないんですね。行くとんびに「シャントが悪い」とさんざんいわれるそうですよ。だから、何か失敗しても「私のせいじゃなくて、あんたのシャントが悪いからだ」といわれる。

松村 遊佐さん、帰っていらして長町クリニックの先生方、びっくりしていらしたでしょう？

遊佐 ええ。こっちだとすぐにいろいろ押さえたり冷やしたりしてくれるんですけども、あっちはもうほったらかしですね。

松村 山本さんはいかがでしたか。

山本 いや、すごく親切でした。テクニシャンの方の熟練度でしょうか。

松村 やはり言葉ができないとそうはいかないでしょうね。

遊佐 そうですね、ぐあい悪くなったらどうしようかと思いました。

松村 夏山さんはハワイでなされて、どうでしたか。

夏山 私もセント・フランシス病院でやりましたが、透析患者のツアーで行きましたから、観光会社のほうのガイドが終わるまでちゃんと付き添ってくれました。

最初必ずサインさせられるんです。事故があっても病院の責任でないと、そしてアレルギーがあるかどうかまず聞かれてね。

ドクターと話すだけでドクター フィーがかかるんです(夏山さん)

松村 旅行社のガイドさんは腎臓について詳しいガイドさんだったんですか。



夏山さん

夏山 ええ、もう透析者ツアーを何十回も経験されているそうです。ですから、病院とホテルの送り迎えの料金も全部そのツアーの中に入っているんです。ただ、透析の費用はその場でキャッシュで払うんですね。

松村 どのくらいなんですか。

夏山 2回で500ドル、1ドルぐらいおつりがきましたですね。

遊佐 私は1回204ドルでした。

夏山 ロスのほうはもっと安かったですね。それと、向こうではプロフェッショナル・フィーで、ドクターと話をするとまた40ドル取られるんですね。

(笑い) 私、同じクリニックから2人で行ったものですから、われわれ日本から来たということを話したんです。そしたら、あとで追加料金を40ドル取られました。しかし、向こうはただ、「オーケー」とか「グー」とかいっただけで、チンプンカンプンでわからないんですけどね。(笑い)

坂東 向こうはドクター・フィーは絶対取りますね。そしてドクターによって値段がすごく違うんですね。いいドクターだと50ドルぐらい取りますし、安いドクターだと20ドルぐらいです。来て「どうですか」と聞いただけでちゃんと請求書が入ってますからね。

夏山 ハワイではパイプをくわえながら来られたんですね。日本の病院では絶対に考えられないことです。

中川 いや、それはアメリカでも異常ですね。アメリカでも病室の患者の前でたばこを吸う医者は少ないです。

夏山 いや、うれしくなりましたね。「たばこ吸っていいですか」と許可をとりましたら、灰皿を持ってきてくれましたね。(笑い)

領収書をもらってきて社会保険事務所に請求すれば、かなり返金されます(坂東さん)

中川 向こうで領収書をもらってきてこっちで提出すると、私立学校共済の場合は返してくれるわけですね。

遊佐 そうです。

山本 うち普通の会社員ですけども、返りません。

坂東 いや、それは請求したら返りますよ。

遊佐 100%返るわけではないんですけどね、大体12万円かかって10万円ぐらい返りました。

阿部 そんなに返るんですか。私、領収書が束になってますよ。

坂東 自分で領収書と診断書をもらってきて、書いて、社会保険事務所に請求すれば、返ってきます。

阿部 香港は費用は安いですけどね。ごく一般に観光旅行でいっちゃれば、香港ドルで1100ドル(4万5000円ぐらい)です。ただ、決まりはないんです。そのドクターの腕次第で請求しますからわかりませんけれども、お友だちが香港へ旅行したいというので私と一緒に行きましたときは、1100香港ドルでした。

香港では手術室の片隅で透析するんです(阿部さん)

松村 香港は何かと問題が多いようですが、阿部さんは恵まれていらっしゃいますよね。

阿部 香港の私の病院には透析室なんてしなかったものはないんですよ。手術室のすみに私の機械を置いてあって、そこで透析するわけですね。テクニシャンはいないんです。あっちのほうでカチャカチャ手術しているんですね。血圧が下がったからといって呼んでも来てくれないし、「何かあったらこのベル押してください」といってベルを置いていっているんですけども、押しただけ全然聞こえないんですよ。

中川 数年前に私たちの患者のグループが香港旅行の希望者がだいぶいまして、ちょうど安い便があって、こっちから医者と看護婦をつけて行ったわけです。それはあくまでも何かあったときの安心のためについていってもらったつもりだったんですが、向こうは何にもしてくれないものだから、ついていった医者が穿刺から何から全部やって、ご本人はもうタダで旅行ができると思って喜び勇んで行ったのに、病院

のほかどこも見物できなかったことがあります。(笑い)

阿部 そうですね。完全なプライベート・ドクター制ですからね。私の場合は病気する前からのファミリー・ドクターが、都合よく腎臓を非常に勉強されている先生で、アメリカで移植のこともずいぶん勉強なさってきた先生なんです。ですから、非常にうまいぐあいにいったんですね。それでも手を出さないんですね。で、朝来て「おはようございます。きょうは元気ですか」っていって、「針は刺りましたか、よしよし」といって帰っちゃうわけです。(笑い)

松村 ドクターフィーはつかないんですか。

阿部 ええ、それはつかないです。というのは、先生たちはダウントウンにオフィスを持っていて、病院には入院患者を回診にいらっしゃるシステムですからね。自分の診ている患者さんを診に来るついでに寄るんです。で、うちもそのファミリー・ドクターですから、全然透析とは関係なく、毎月そのドクターの費用はうちのほうで払っておりますから、別にこのためにって特別なかたちでは払わないんです。ですから私、1回1回の費用がいくらかわからないんです。病院の場所を借りるお金が1回200香港ドルです。いまのお金ですと6000円ぐらい、その当時で8000円ぐらいでした。

アメリカで移植をすれば1000万円
日本でUS腎でもいいと登録すれば250万円で済みます(中川先生)

松村 坂東さんは移植の費用ちゃんと払ったんですか。

坂東 払いました。1000万円ぐらいだったと思いますね。ぼくはまたやろうかなと思って、向こうに登録してあるんです。シラキュースはあんまりよくなかったから、今度は西海岸のロスアンゼルスでやろうかなと思っているんです。

中川 だけど、ネットワークは全米ですから、あなたに合う腎臓があればどこで受けても同じなんです。

坂東 いまはロスアンゼルス of 病院に登録しているんです。

中川 一応日本でも、女子医大とか国立佐倉病院で、US腎とっているんですが、US腎でもいいと登録しておけばできるんですよ。US腎の場合は日本で150万円ぐらいの費用が余計に必要です。

坂東 向こうでもらった死体腎の価格は、その当時まで160万円ぐらいだったと思うんですよ。

松村 そうするとあとは手術などに要した費用なわけですね。それは日本へ帰ってきて、ある程度は還付されましたか。

坂東 いや、全然。高額医療の控除200万円だけです。でも、いまは保険がきますから。

松村 技術は日本のほうが安全かもしれませんよ。

阿部 そうですね。私も移植しようと思っていてね。主人がアメリカへ行ってやれということです。3年ぐらい向こうにいるつもりで行って、だめだったら何回でもやりなさいというんですよ。

でもやっぱり向こうで手術した者に関しては日本の関係者は余りアフタケアしたくないということで、やめまして来年母からもらうことにして、いま輸血をしているんです。

中川 それは提供者の血液を輸血すると拒絶反応が起きにくいということがはっきりしてきたんです。お母さん、何歳ですか。

阿部 トシですねえ、65歳なんです。

中川 65歳の腎臓を……。

阿部 母が「遺産にあげる」というわけです。彼女自身の腎機能は悪くないんですね。

中川 65歳というと、ぼくはあんまり勧めないけれど、生体腎提供者があるというのは幸運だから……。

着替えないので派手なムーミーを着て透析を受けました(山本さん)

松村 こっちの透析と向こうの透析と根本的に違うというようないところがありますか。

山本 まず着替えしなないですね。行ったままの服でやります。着替えるつもりで行きましたので、派手なムーミーを着ていきました。(笑い) どこで着替えるのか聞きましたら「何のために着替えるか」といわれて、突如始まりました。リクライニングシートで。

夏山 ダイアライザーも交換しないんですね。12回ぐらい使っているんですね。

山本 私のときはダイアライザーは交換してくれました、ちゃんとセットし直して。

夏山 私はいる間じゅうおんなじで、

ですから「ゲスト・ナツヤマ」とマジックで書いてあるんです。で、終わるとゴムかっぱを着た人が待っているんですよ。すぐ洗浄に持っていくために。それで「どうして替えないんだ」といったら「毎回、新品を使う日本の医療はクレージーだ」というんです。(笑い)

中川 日本では再使用は禁じられていますからね。

坂東 アメリカはいろいろなところでやりましたが、ダイアライザーは全部新品でした。

山本 私は希望であれば取りかえますといわれました。

夏山 われわれはみんなに医療費やなんかで負担をかけているわけです。だから使えるやつは使うんだという考え方ですね。そしてできるだけ負担を少なくするという……。

松村 病院によって違うんですかね。

個人病院ではキャッシュで払うと値引きがあるんです(坂東さん)

坂東 病院によって、値段が全然違いますね。おもしろいのは、個人病院というのは、キャッシュで払いますと、あとでバックがあるんですね。200ドル払うとあとで10%とか15%ぐらいの値引きがあるんです。(笑い) あれにはびっくりしますね。だけど、コーネルとか、大きい病院ではなかったです。この前10月に行ったときはワシントンのハーワード・ユニバーシティ・ホスピタルというところは150ドルだったんですよ。ところが、移植をやるピーセント・ホスピタルというのは200ド

ルぐらいだったりして。

中川 普通のサテライトで一応128ドルです。病院で132ドル、これはアメリカ国民は政府で負担することになっているんですけどね。

夏山 私もキャッシュで払ったんですけどね、トラベル・チェックとキャッシュではやっぱり10%ぐらい違うんですね。

松村 それは手間がかかるので、人件費が高い国だからわかりますけど、個人病院がディスカウントするというのは面白いですね。(笑い)

山本 クワキニはそれはありませんでした。

坂東 私の移植は、結局失敗しちゃったわけですが、やっぱりキャッシュでいっている場合はディスカウントというのがあるんじゃないかなという感じがしました。最後5000ドルか、かなりの金額だったんですが「坂東さん、移植が失敗して気の毒だ。この分は払わなくていい。ぼくが責任持つから」って、払わないで帰ってきました。

中川 海外で透析を受けてキャッシュで払う場合は必ず「まけろ」と一言いってみることでですね。(笑い)

松村 アメリカの患者さんはどうしているんでしょうね。

中川 メディケアというのは老人医療で、これは全部タダです。老人医療でない人は、その人が契約した保険ごとに違うわけです。ある保険ならば、透析の場合は8割まで払うとか、家庭透析の訓練費用と6か月分だけ払うとか、全部保険によって違うんですよ。だからそれなりに、透析に甘い保険を選ぶ

というようなことをするんじゃないかと思いますけどね。

透析は病室という感じを出さないのが基本のようです

(中川先生)

山本 部屋が、4人とか2人とか非常にオープンなんですけど、やるところは個室で、余り病室でやっているというふん囲気がないんです。

中川 透析室は病室という感じをなるべく出さないようにということが基本のようです。

山本 とっても親切だなと思ったのは、8時半にアポイントをとっていたら、玄関にちゃんと迎えに来てくれるんです。部屋へも連れて行ってくれたり、受付でちゃんと書類を持って待っていてくださったんです。

遊佐 私の場合は受付でいろいろ聞かれましたね、そしてカルテをつくったんですね。それを持って、あっちにあるから行きなさいといわれて、ちょっと迷いました。

山本 私はすごくリラックスできるように「もう用意はできたか」とかいろいろなことを聞きながら部屋へ行って、非常に気持ちも楽でした。

阿部 私ははるかかなたで手術しているのを見ながらやっていました。(笑い) カンカンに電気がついているところで。

香港では具合が悪くなってから透析するんです(阿部さん)

松村 香港はみんなそうなんですか。

阿部 香港には透析の設備が余りない

んですね。で、透析ができないか、または透析が不十分なために、年間400人から500人の患者さんが亡くなっているんです。政府は一切めんどろを見てください。ですから完全に自費です。1回の透析が1100香港ドルもかかりますでしょう。大体向こうの人の一家の1か月の生活費が2500ドルから3000ドルですからね。私と同じ先生に診ていただいていた方で50幾つかの奥さんなんですが、3週間ぐらい来なくなったんです。「あの奥さんどうしましたか」「ああ、死んじゃった」というんです。

要するに、先生たちは患者に教育を何もしないんです。水は控えなさい、塩分は控えなさいということは一切ないんですね。ですから「水を飲んじゃいけませんよ」「オーケー、わかった」といって、次に来ると体重が8ポンドぐらいふえてくるわけです。足の裏までむくんじゃって1人で歩けない。

「あなた、水飲んじゃいけないというのに何でそんなに水を取ったの」「水は飲まない。牛乳にかえた」(笑い) それに、中国人はおかゆが大好きですし、食欲もないから、おかゆを食べるわけですね。それと、透析の回数が少ないんです。私たちは3回ですが、向こうの人は2週間で3回なんです。

中川 悪くなったらやるという……。

阿部 そうなんです。ですから、ぐあい悪くなったら「先生、調子悪いからやってほしい」って、電話をかけるんですね。私は毎週決まって行きますから「何だ、また来たのか」というわけです。いまは非常にコンディションがいい

いんですけどね、透析に入ったばかりのときには体重が15kg減りまして、もういつ死ぬかわからないという状態だったときですら、香港のドクターがいうには「あなた、香港じゅうの透析をやっている人で一番グッド・コンディションだ」といわれたんですね。ですから香港では透析になったらすぐ死んじゃいます。で、ちょっとお金があればアメリカへ移植に行くんです。香港では余り移植の手術をしていませんからね。

外国のほうがラフな気がします (夏山さん)

松村 日本と向こうと、感覚的にここが違うなあというのはどういうことでしょうか。

阿部 香港は衛生観念ですね。

坂東 アメリカはすごいですよ。最初石けんで洗って、ものすごく消毒します。

夏山 日本の場合、返すときでも必ず生食の量をはかりますが、向こうはそれがありませんね。私は2回とも、ダイアライザーが白くなるまで流すんですよ、たとえば何ccで回収するかという規定がないような気がしましたね。非常にラフなんですね。

坂東 日本ですと、いわゆる動脈側から見て全部出して、最後まで入れるでしょう。向こうは最初動脈側からパッと抜いてパッと生食を入れますでしょう。さあっと流して、ある程度ダイアライザーの中が洗えると、そのまま抜いて出しますね。不器用なんじゃないですか。

中川 ほくもそう思いますね。

坂東 アメリカの何か所かでやりましてたけれども、動脈側から流して生食を全部入れるというのは、未だかつてなかったですね。かなり残血がある感じですね。

阿部 私も残血はすごかったです。3本ぐらい輸血しましたが、もう真っ赤っかのまま捨てちゃったんです。衛生観念は非常に悪いですね。ドクターだって、自分で車を運転していらして、手を洗うでもなければ拭くでもない、いきなり部屋へ入ってこられますね。もっともドクターは針を刺しませんけれどね。

テクニシャンは肝炎を恐れて手をよく洗うんですよ(中川先生)

山本 ハワイではテクニシャンはものすごく、手術するみたいに手を洗って入ってきましたね。

中川 あれはむしろ自分を守るためです。肝炎にかからんようにね。

坂東 アメリカの透析の看護婦さんというのはフィリッピン人と黒人がすごく多いんですね。やっぱり、肝炎をすごく恐れているみたいな感じがしましたね。ほくがアメリカで移植をやった後、肝炎が出ましてね、先生の紹介状に「肝炎」と書いてあったんです。そしたら、ヒューストンまで行っているのに透析だめだって断わられて、そのまま帰ってきたことあるんですよ。ヒューストンは、そういう可能性があるって先生がいておられましたので肝炎があるというのは自分では書かなかったんです。だからそのまま透析へ

行ったのです。ところが送った資料には先生が肝炎と書いてあったもので、もう看護婦さんなんか顔色を変えて…(笑い)しょうがないから、そのまま日本へ帰ってきました。向こうで輸血をやったためにできた肝炎なんですよ。

山本 透析中に、向こうは血圧計を巻きっぱなしなんですね。それで、ちょっとでも下がるとブ、ブ、ブと知らせで、そうすると飛んでくるんです。だから下がり切る前に処置しちゃう。あれはすごくいいと思ったんです。だから、あまり不安はなかったです。

日本ですと、洋服を着替えて、非常に病院というふん囲気の中に入ります。向こうでは本を読みながら座っている間に終わったというところがあるんですよ。

中川 外来だとリクライニングシートで、着ていったそのままの服装でやるんですね。

山本 「ランチを持ってきてあげた」とか言って、その部屋へ普段着の方が入ってきちゃうんですね。

遊佐 穿刺なんかも真剣みが足りないというか、もののしきがないです。

松村 衛生に関してはどうですか？

遊佐 余り気にならなかったです。

日本で6時間透析していたのに 昼食に遅れるといって4時間しかやってくれませんでした (山本さん)

坂東 透析の時間が違いますね。日本は大体5時間でしょう。向こうは絶対4時間です。

中川 5時間は長過ぎる人もあるんです。大多数の方は4時間で済むと思いますよ。日本で5時間というのは経済的な理由もあるようですね。

山本 私は週2日ですから6時間やっていますといったら「ランチの時間に遅れるから4時間にしてもらいます」って。(笑い)

阿部 体の大きさは関係なしにですか。

坂東 ええ、全部。4時間ですから。向こうは3交替ぐらいでやっていますね。それと、ぼく気がついたことですが、向こうでは年配の方に透析が多いですね。

中川 若い人はみんな移植に回るんです。

坂東 だから20代、30代の人を透析室で見ることは少ないですね。ただ、移植をやっている病院では若い人がいました。だけど、透析のセンターになっているところは、かなり年配の方が多いですね。

海外旅行する時は飛行機会社を選ぶべきですね(松村)

松村 ご旅行をされて、ほかに何か気がつかれたことございますか。

山本 PAN-AMはすごく親切ですね。

阿部 私は、JALで乗せないとはいっていませんでしたが、一筆書かされました。車いすサービスを頼みましたでしょう。そしたら「何が悪いんだ」っていうんですね。(笑い) 痛くて歩けず、つえをついていたときですからね、しようがないから身障者手帳を見せて説明したわけです。見た目は何ともないが痛いからだめなんだと。そしたら、



「何があっても責任持ちませんよ」というから、「持ってくれとはいわない」って、それで書類を持ってきてサインさせられましたよ。

山本 PAN-AMはちゃんとパーサーが飛んできましたね。荷物なんかほとんどフリーパスで通りました。行列に並んでいたら「この人は透析をやってきたばかりだから」といってどんどんパスして、何にも調べないで通してくれました。飛行機の中も、向こうへ行ってからもしっかりとパーサーがつきました。病人に対してはものすごく違いますね。おりるときも「車いすが要るか」とかね。

阿部 ノースウエストも非常に親切です。

松村 旅行するときは航空会社を選ばなければいけませんね。

ところで、これから行ってみたいところはどんなところでしょうか。

遊佐 ブラジルとスイス。

阿部 私は仕事でそこらじゅう行かないじゃないんですけど、行かれない状態で、だから移植をしようと思っているんですね。いまさしあたって行かないのはフィリピン、マレーシア、シンガポール、あとアメリカ、オーストラリア、ニュージーランド、

そのあたりです。

坂東 ぼくは、行こうと思えばどこでも行けると思うんですよ。向こうにうちの会社のエージェントがありますから、そのコネクションで。ですが、よそで透析するというのは余り気持ちのいいものではないでしょう。

中川 ヨーロッパはアメリカよりもっと不親切ですね。

松村 ヨーロッパから帰っていらした方はずいぶんひどい思いををしていらっしやうと聞きますね。特にイタリアとイギリスはひどいとか。

夏山さんは……?

夏山 ぼくは行けるところはどこでも行きたいですね。いま時間的な拘束以外は、透析で不自由していませんからね。

山本 私は、主人が出張しちゃうと一人になるものですから、行かれたら主人にくっついてアメリカ、サンノゼにコネクションをつくって行きたいなと思います。

もう、香港はやめました、日帰りにします。(笑い)

松村 皆さん、きょうはどうもありがとうございました。

以上

透析医療をささえる人びと 〈その10〉

透析開業医の集い

日時 昭和58年10月21日

午後5時30分～9時

場所 経団連会館会議室

出席者 後藤宏一郎

(福岡県福岡市・後藤クリニック)

東 仲宣

(千葉県松戸市・東葛クリニック)

星野正信

(東京都千代田区・聖橋クリニック)

川島 周

(徳島県徳島市・川島病院)

大森 伯

(新潟県新潟市・大森内科医院)

司会 今 忠正

(北海道札幌市・札幌北クリニック)



今 先生(司会)

初期のころの人工腎臓

今 お忙しいところお集まりいただきありがとうございます。開業医としての立場から、透析医療を話し合ってみようというのが今日の集まりの趣旨であります。

私が司会を務めさせていただきますのでよろしくお願いします。

最初に今日ご出席の中で開業歴が一番古い後藤先生から、昔の開業医の思い出話などをお願いします。

後藤 私は、透析にタッチしたのは昭和36年からであります。もちろん大学でですけども。そのときは慈恵医大

式の人工腎臓で、皆さんご存じないと思いますが、非常にミゼラブルな状態で、こういうことで透析ができるのかというような時代でした。それから、3～4年しまして、タンク式コルフ型人工腎臓が大学に入って、それで透析をしました。当時の透析はもちろんいままみtainなスケジュール透析ではなくて、無尿の患者さんがいる、じゃ、やりましょう。またそろそろ患者さんの状態が悪いからまたやりましょう、というような状況でした。シャントをつくる技術も悪く、透析のたんびに血管を掃除して、患者さんもアップアップしている状態でした。



後藤先生

その間に実験的に移植もやりましたが、それはいまみたいなHLAがどうかとかリンパ球混合試験はどうだとかそういうことも全くなしでやっていたので、もちろん成功例もありませんでした。

それからしばらくしてスエーデンフリーザーのプレート型人工腎臓が昭和42～43年に大学に入りましたが、それも大変手間がかかるものでした。44年の暮れか45年の初めに、トラベノール社のツインコイル型人工腎臓が2台輸入されたんです。そのうちの1台を買ってもらいました。そのころから何とか患者さんの1年生存率が50%ぐらいになりました。それまではもうほとんど1年以内に亡くなっていました。

それから私は大学を出まして、ある病院に就職して、そこで昭和44年11月から透析を始めたんですが、そのときはスエーデンフリーザーとコイル型人工腎臓でした。それで1年生存率はせ

いぜい50%でしたね。

それから急速によくなり、私が開業したのが49年4月ですけど、その2年ぐらい前から外来透析を始めました。始めた当時は、外来で透析患者をコントロールするなんて、そんないいかげんなことあるかと非難ごうごうでございました。大体死ぬか生きるかの患者さんを外来で来させるなんてけしからんという非難が、透析にタッチしていない先生方からありました。

開業するにあたってお金もなかったので、全部外来透析でやろうということで、30数人の患者さんでスタートしました。それからぼつぼつ患者さんがふえてきましたけれど、そのときの患者さんがいま25人か26人おります。その当時の人は非常にものわかりがいいですね。というのは、死線をさまよってきて肺水腫とか、あるいは眠れない夜が何日も続いた後に透析して助かった。働けるようになるなんて夢にも思わなかったという人がほとんどですから団結力も強いし、コントロールもいいですね。けれどだんだん時代が新しくなるにつれて、患者さんがそういう状態でなくて透析に導入される。苦しい目にあったことがないのでがまん強くないですね。性格にもよりますが。

このごろつくづく思うのは、患者さんも治療される感激がないし、われわれも治療してよかったという感激がだんだん薄れてきたような気がするんですね。腎不全というのはあくまでも死に直面している病気ですから、患者さんもわれわれも原点に返って、もう一度治療や、このごろ厳しくなった医療



大森先生

行政を見直し、考え直すべき問題がたくさん出てきたんじゃないかと思います。

大森 私は昭和38年に新潟大学を卒業しまして、ちょうどそのころ、いま信楽園病院の研究部長である平沢由平先生が一生懸命に腹膜灌流をやっていて私も2年間ぐらい出張に行っていました。41年に大学に帰ってきたんですが、帰ってくると同時ぐらいに、9月でしたが、昔のコルフ型の大きいドラム式のタンクで、中に循環社のツインコイルを入れて透析が始まったころなんですね。これはたいしたことをやっているなと思いました。木下康民教授から「腎臓をやるか」といわれ、それからずうっと腎臓一筋にきました。

いま後藤先生がおっしゃられたとおり、最初のころは本当に生死の分かれ道の患者さんが多かったですね。それで、患者さんももうどうなるかわからないし、こっちも未知の分野を切り開

くというような気持ちで、患者さんともども一緒にやってきました。結局私は大学を離れ信楽園病院へ移りました。新潟地区は、ご存じのとおり信濃川をはさんで東と西に分かれるのですが、東のほうに透析施設がなかったものですから、地域医療のためと考えまして東のほうに開業しました。

今 私は、昭和34年に学校を卒業しているんですが、卒業した後、いまクリーブランド・クリニックにいらっしゃる能勢先生と大学で一緒に仕事をしていたんです。そのころは人工腎臓の開発ということで、ソーセージスキンのセロファンチューブを買ってきて、それをコイル状に巻いて、その端に輸血セットをつけて、それを電気洗濯機の中に入れて回すというようなもので、プライミング・ボリュームが2リットルぐらい必要だったんじゃないかと思っています。そういうことをずうっとやっていたわけですけど、果たして透析で患者さんがよくなったのか、交換輸血で患者さんの状態がよくなったのか、ちょっと判定できないような人工腎臓を扱っていたんです。

それからしばらくして、いま東京女子医大にいる阿岸先生も同級生で一緒に仕事したんですが、彼が人工内臓のほうで、ぼくは一時肝臓外科のほうへ移ったんですけれども、そうこうしているうちに、アメリカの肝臓外科で肝臓移植が行なわれるようになりまして、これに注目していたんです。そのときにアメリカのスターツル先生が肝臓移植をやっていたんです。調べて見るとその先生は腎移植から肝臓移植に入っ

てきているんですね。それで、やっぱり元に戻って人工腎臓からひとつ始めようというような気持ちになっているときに、能勢先生から、教室を通じてクリーブランドへ来ないかという話があり、それで、クリーブランドへ行っただんです。でも、行ったときもまだ私としては、人工腎臓というのは実際有効な治療手段だとは思っていなかったんです。

クリーブランド・クリニックに着きまして、そのときちょうどエレベーターの保守点検をしている人が、左手に包帯を巻いているんです。こっちは自分の英語を試したい気持ちもあって「どうしたんだ」と聞きましたら、「おれは交通事故で両方の腎臓をつぶした。だからいま人工腎臓をやっているんだ」というんです。無腎の人が実際に仕事をしているというのを目の当たりに見て、人工腎臓というのは勉強するに値すると思ったんです。それはクリーブランドへ着いて1か月以内のできごとだったと思いますけれども、そこでほんとに、人工腎臓はやってみる価値のあるものだと思認識して、本来の目的は肝臓移植であつたんですが、その時点ですっかり変わって、現在までずうっと人工腎臓をやっているというようなわけです。

私が帰ってきたときが、ちょうど日本で人工腎臓が非常に普及し始めた時期とも一致して、自分にとっては非常にラッキーだったと思うのです。帰ってきてからすぐ、向こうで勉強していたことを実際に臨床に応用していける環境が備わっていましたからね。

私が帰ってきたときは、学園紛争で大学そのものはめっちゃめっちゃな状態だったわけです。それで、札幌から40kmぐらい離れた岩見沢市立病院へ就職しまして、そこで4年半ぐらい、慢性腎不全の治療としての透析をしたわけですよ。

向こうで見てきた家庭透析だとか、あるいは社会復帰だとかは日本ではまだ環境が整っていなかったし、福祉の概念もまだはっきりしていない時代でした。そのころ、名古屋の太田和宏先生が名古屋・愛知県方式ということで、盛んに家庭透析だとか社会復帰に力を入れていました。人口6~7万人の片田舎の市立病院ですから、何とか早く名古屋のほうでそういう方式を確立してくれて、それがこっちにも早く波及してくれればいいなと思っていました。

4年半ばかりそこでやったんですけれども、その当時は後藤先生がさっきおっしゃったように、ほとんど肺水腫のような状態で救急車で運ばれてくる患者さんばかりを治療していたわけですね。私の経験では、1年間で導入した患者の50%以上を失っていたと思います。

まわりの先生たちも初めは、薬石効なくということで、最後の手段として、一応気休めに人工透析をやってみようかと患者さんを送ってくれていたんですけれども、だんだん患者さんが元気になってその先生のところへあいさつに行ったら、「ヘエッ」というふうに驚いて、周囲の先生たちにも次第に透析に対する理解が深まってくる、それにつれて患者さんも早い時期にわれわ

れのところに来るようになるということで、私が岩見沢にいた4年半の間に透析療法の全体としての成績の向上はものすごくあったと思うんですね。

私が岩見沢で診ていた患者さんは40人ぐらいでしょうかね。それで、だんだんみんな状態がよくなってきて、社会復帰できる条件は備わってきたんだけど、小さな町ではそういう人たちが職を求める場所がないわけです。それで、あれこれ考えているときに、あとをついでくれる先生もできましたし、そろそろ潮時だと思い、患者さんを連れて私は札幌へ出て開業しました。ケースワーカーの協力を得て、あちこち職を探しにも行きました。あの当時は1人か2人しか職がなかったんですが、現在は大体8割ぐらいの方は完全に社会復帰しています。

開業医がかかえている問題・患者さんとのコミュニケーション

今 それでは、現在われわれの直面しているいろいろな問題点を出していきたいと思いますが、私は透析の開業医というのは、患者さんとの関係はほかの医療とちょっと異質なものとあると思うんです。いま私どもが治療している患者さんとは一生のおつき合いになるように思うんです。したがって、その患者さんの要望に、小回りがきくとか、それぞれの問題に対応していかなければならない任務がわれわれにあるように思うんです。大学病院だとか、大きな病院と違って、患者さんの要望は多様化していますから、私のところなんかでは、患者さんの生活にか



川島先生

かわる問題すべての相談にのらなきゃならないということで、巷で第三者の方がわれわれを見ているのと違ったいろんな苦勞を抱えていると思うんです。

たとえば、患者さんの就職の問題もありますし、結婚、あるいはその逆の離婚なんかの問題もあります。離婚したあとどういうふうにして生計を立てていくかというような生活設計のお手伝いもわれわれはしていかなきゃならない。そのほかにもたくさんいろいろあると思いますけれども、先生方がいま抱えている問題を披露していただきたいと思いますが、川島先生、いかがですか。

川島 今先生みたいに就職のお世話までするところまでは私のところはありません。患者さんと接する根本の方針として職員に常常言っていることは「患者さんのコーチになれ」ということです。患者さんはたいていばくより年上の人が多いですし、私た

ちの話を全部聞いてくれるとは限りません。たとえばの話ですけど、体重増加した場合に患者さんは「はよ、透析終わってください」といいますね。そういうときにいろいろめたりすることがよくあるんです。いろいろな経験からわかってきたことは、患者さんが言うてこれやすいような態勢をつくっておいて、言うてきた場合にお世話するとかお手伝いするというふうにしています。ちょっと冷たいようなところもあるかもわかりませんが。

今 患者さんとわれわれサイドの間の人間関係でご苦勞なすっている……？

川島 そうです。

東 私どもの施設は昭和48年にできて、私が卒業したのは46年なんです。それで私、卒業と同時に透析を扱うところに入りました。46年といいますと厚生医療が認められつつあるところで、いい時代をともに歩んできたという感じがします。

私と一緒にやっている鈴木先生も、48年に始めています。当時、大学では慢性透析はそんなに盛んではありませんで、自分たちで覚えて自分たちでやるというのが原則でしたから、いろいろ苦勞はありました。私は外科医ですのでシャントの話をしますけれども、大学にいるときは外シャントしか知らなかったんです。内シャントがあるなんて知らなくて、48年に鈴木先生がお始めになられたころ、シャントをつくるというときにだれも知らない。じゃ、だれか先生に来てやってもらって、それを見てまねしてやろうじゃないかということでした。



京 先生

最初は患者さん16人から出発しましたが、いまは関連病院を入れますと400人近くおります。医師と患者の関係をその中でいろいろ考えてきたんです。最初は結核病棟の患者さんとおんなじような人間関係が起きるんじゃないかといわれていて、そういうことが起きないようにするにはどうしたらいいかと考えたんですが、あんまり接近しすぎてはよくないみたいで、いつも初めての人と会うようなつもりで接するのがいいんじゃないかと思いますね。長期になりますと、あの人はこういう合併症があってこうだからという先入観念で、何か新しい病気が起きているときにそれを見逃しちゃうことが往往にしてあるのです。いつも新しい患者さんと接するつもりで、冷たい感じになります。そういう人間関係のほうが長持ちするんじゃないかという気がしています。

川島 私と似ているような感じですね。

東 そうですね。あと、これはケースワークの問題にもなりますけれど、透析前の腎不全患者を対象にしたグループをつくって教育を行なっています。また糖尿病の患者さんにも2か月に一ぺん集まってもらって教育しています。外来でしょっちゅう同じことをいうのはしんどいので、透析に入る前の患者を組織化していった、なるべくスムーズに透析に入れるような方向にいまもっていったんです。

川島 結局透析生活だけにタッチするか、その人の人生までタッチするか、透析の患者さんとのおつき合いは長いですからむずかしいですね。私は、うちの職員よりもちょっと年をとってますので、行儀とか礼儀作法とか、年長者を敬うというようなことはできますが、職員の中には若い人がおりますから、そういう点の使い分けが非常にむずかしい場合が多いですね。だから、えてして透析の患者さんの管理をするということが、患者さんの人生まで支配しおるような気になってくるわけですね。患者さんは患者さんで自分らの生活がある。それをぼくらはお手伝いしようという意識を忘れてはなりません。決して自分が主導権を持ったらいかんということをいうわけです。

後藤 長くなりますとね。どうしてもその患者さんの癖、性格がわかってくるわけですが、その癖とか性格は、一応注意をしても、直らないものは直らないんです。だから、冷たいようだけれども、それは寿命ですわな。

たとえばこういう話があるんです。私のところの患者さんで、もう10年ば

かりになりますけど、その人はある有名大学を出た非常なインテリなんです。いくら言っても3kgふやしてくるわけです。「あなたね、3kgふやしてきたら、いまはまだいいけれども、5年、10年たって、決して長生きできないよ」と、初めは何回も注意したんです。看護婦もそれをかなりいうわけですね。それでトラブルが起こるんです。で、あるときぼくは1時間か2時間ぐらいゆっくり話したんです。そしたらね「いや、確かに先生のいうことはよくわかる。わかるけど、ぼくは小学生の子供に、おやじは病気したけど一生懸命働いておったと、その生きざまを子供に見せたい。そのためには無理もするし、ちょっと体重もふえる。それでたとえ寿命が2〜3年短くなってもいい。ただ療養だけしておたということよりも、そのほうがいいと考えている」ということを聞きましてね、私はそのとき、ああ、これはその人その人の立場、考え方で、われわれが医学的に注意する限界というか、ある程度の注意はするけれども、それから先はその人の生き甲斐、考え方、哲学に従って生きてもらう。そのために寿命が1年短くなっても、それは仕方がない。

だから、投げやりにするというわけじゃなくて、その人が自分のしっかりした考え方でそういう生活をしている分については、その人の責任だ。ところが、そういう意識のない人がありますね。そういう人に対してはある程度注意します。

皆さんも透析に長く携わっておられ

るのでよく考えられると思うのですけど、患者さんは透析をやっているときが一番安全なわけですよ。われわれも一番気が許せるというか、安心できるときなんですね。何かあってもいつでも何とかできる。それで、患者さんが帰ったあととか日曜日とか、そういうときのほうがかえって心配なわけです。だから、われわれの仕事というのは24時間態勢なんです。いまの透析時間が4時間とか5時間とか切ってあるでしょう。全く透析の本質を忘れた保険点数なんですね。透析をやっていないときのほうが責任が重いんですよ。管理という点ではね。

だから透析医療の本質について、患者さんはもちろんだけど、まわりのお医者さん、あるいは厚生省の人にももっと理解していただかないといけませんね。それが大学の先生ですとただ大学に行って、こういう病状のときはどうするかということだけでは、いくら透析に長く携わってもわからない問題なんです。

私は泌尿器科なのですが、循環器とか呼吸器とかいろんな合併症がありますので、いろいろな専門の先生に来てもらっていますけど、結局その先生方に診てもらって透析しているときは、ぼくは昼寝しておってもいいんです。ところが、透析のないときはやはり所在をはっきりしておかないといかんわけですよ。それが24時間続きますと胃潰瘍にでもなりかねませんので、まあ透析をしているときぐらいはちょっと暇をさせてもらおう、それ以外のときは責任をとろうという態勢を、私はとっ

ています。

これはあくまでも患者さん本位で、われわれがリードするというよりも、患者さんの考えに従ってよりよい生活を送ってもらうためにわれわれがサポートするという考え方で、患者さんに接していったらいいんじゃないかと思っていますね。

今 確かに、昔は割合少ない患者さんで病院の経営ができたけれども、医療環境が非常に窮屈になってきたためにどうしてもおんなじスタッフで大ぜいの患者さんを扱わなければならないとなると、患者さんとわれわれとの人間関係もそれだけ薄くなってくるわけです。私は今後ますますその傾向が進んでいくようになると思います。そうなってくると、先ほど私も格好のいいことをいいましたが、病院側のケアにも限度がでできます。やはりある程度患者さんと距離を置いた人間関係を保っていかなければならない。そうはしたくないんだけど、そういうふうにやっていかざるを得ないという気が私もしています。

川島 つかず離れずというところがむずかしいですね。

今 そう、その辺が非常にむずかしいところで、われわれの理想はやはり、昔のように小人数で家族的にやることです。一緒にクリスマスをお祝いしたというようなことはもうできませんね。

昔は非常に重症でかつぎ込まれて透析に入った患者さんは、透析に対して非常に感謝の気持ちをもっていると思うのです。それが最近みたいに、時期的に余裕をもって透析に入る患者さん

は、つらい思いをしていないから、透析に対する感謝も少ないと思うのです。それでやっぱり古い透析歴を持った患者さんはそれなりにセルフ・コントロールも上手だし、この人は長生きして当然だなと思います。

星野 私は大学で10年余り、腎グループにいたのです。大学では、コルフ型



星野先生

人工腎臓が入ってきたところに救急病棟に1台ありました。その当時は腹膜灌流が主流でした。私はおもに腎臓の生理をやってきましたが、臨床も好きだったので3年前から、大学で腎臓の外来をやりました。腎不全の患者さんもだんだんふえてきましたし、きちんとやらなければ意味がないんじゃないかということで、友だちとやることになったわけです。最終的には私が責任を持ってやることになったわけですが施設はお茶の水にあり、場所柄、最初外来透析の患者さんを主体に始めました。いままでは余り深く考えないでや

ってきました。またそうしなければできなかったんでしょうけど。

最近、人工腎臓もいろいろ進歩してきました、患者さんもずいぶん社会復帰ができるようになってきましたね。といっても、やはりどうしてもハンデを背負っているわけです。したがってこれまでの医者・患者関係とは違ったものだと思うし、われわれも違った形で対処していかなくちゃいけないんじゃないかと思うのです。私は開業してから、患者さんには余り言わない方針だったんです。それはそれなりの意味があるのですが、決していいというふうにはとらえていません。しかし悪い面だけじゃないんですけどね。一番経験も少ない私が偉そうなことは言えないのですが、わりと理解してくれる人が多いものだから、何とか試行錯誤でやっている状態なんです。ただこれからが大変じゃないかと思えますね。今後どうするかというのは私自身の問題でもあります。結局、ある意味では病気の家族を抱えているようなもんですからね。

今 そして、世間もそのことに関しては余り評価を下さない分野ですからね。それが非常にわれわれのつらいところだと思います。

後藤 だから、さっき私がいったように、働いている時間よりも働いていない時間のほうが責任が重い。その辺を理解してもらいたいわけですね。

今 これは特に透析医療の特徴だと思いますね。

それとたとえば、いい男なんだけれど、お嫁さんがなかなかいないなあ

という患者さんが結婚したりすると、われわれの喜びにもなりますしね。だから、そういうことができるような医療環境があればわれわれも非常にハッピーなんです、それがだんだん狭められていくというような状況にいまあるのは、非常に残念だと思います。

川島 先生のところは、患者さんとレクリエーションなどがありますか。

今 50人ぐらいまでのときはやっていましたよ。しかしそれ以上になってからはできなくなったですね。患者さんも、われわれが声をかけてもそれだけ集まらなくなってきたし、われわれもそれだけの場所を用意することができなくなって、だんだん疎遠になってきて、やりたいなという気持ちは常に持っているんですが、なかなか実行できない状態ですね。

川島 うちは、あさって運動会です。

今 そうですか、結構ですね。そういうことができるというのは。

川島 これはみな患者さんが主導権を持って、そしてほくらも参加するという形です。患者さんと職員とソフトボールなどもしますが、たいてい向こうが勝つんです。(笑い) 向こうは70何人からの選抜チームでしょう。結構運動神経が発達している人が多いんです。こちらは人数が9人ぐらいで限られていますでしょう。1回戦はたいてい向こうが勝つんです。2回、3回になって向こうがスタミナ切れしてくると、こっちが勝つんです。(笑い)

大森 うちの病院でも患者さんの会があります。いま患者さんが98人おまして、患者さんの会合は年に2回ぐら

い開かれており、私も必ず出るようにしております。患者さんとのコミュニケーションが非常に大切なので、みんな苦勞なさっていると思うんですね。やはりつかず離れずというか、またあんまり深入りしても患者さんはいやがるだろうし、客観的にある程度までいったら、それ以上突っ込んだ話ではできないような状態ですけどね。余り深入りするとかえって迷惑になるかなんと思ったりするんです。

川島 うちは徳島で患者さんの数が一番多いんですけど、腎友会の加入率がうちの一番低いんですね。小さい施設ほど腎友会への加入率が高いらしいんです。以前こんな話がありました。うちで腎友会の世話をしている人が、独身の男の患者さんと女の患者さんと火をつけたらええんじゃないかと、透析患者さんの結婚相談所みたいなものをつくろうじゃないかということで、一時ちょっとやったんです。それは患者さんが患者さんのお世話をするという形になっているんですけど、いわれた患者さんのほうが「そんなことに口出さんでおいでくれ」と、こういうのがあったですね。

だから、さっき大森先生がおっしゃいましたけれども、変な深入りをしたらかえってうまくないと思えますね。

後藤 福岡県は非常に腎友会活動が活発だったんです。亡くなりました前の腎友会の会長さんが非常に熱心で、一部の人は会長さんに引っ張られたというところとちょっと語弊がありますが、そのために一生懸命なグループがあるわけです。それで、それなりに活発なんで

すが、いわゆるノンポリもおるわけですね。うちでもそうなんですが、患者さんの会を開いても、出席する人は決まっているわけですね。ノンポリの人は出てこないですよ。実際はノンポリの人に聞かせたい話が多いんですけどね。そういうことで、腎友会活動をやっている人が報われないことが多いですね。それは何の社会でも同じですけどね。前の会長さんのあとを引き受けたうちの腎友会の幹部がちょっとくたびれましてね、個人的には、これはひかせたほうがいいかなと思いますけど適当な人がいなくてがんばってもらってます。やっぱり患者さんの中でも、一般社会と同じで、一生懸命やる人もおれば、片方足を引っ張る人がある。

だから患者さんの性格、その患者さんが社会にどういうふうに適応しているかによって、われわれもその人にどこまで踏み込むかを考えなければなりません。それから変なことですけど、言葉づかいだって相手によって変えなきゃならないわけです。それは長年やっていますと、意識しなくても自然にポツと言葉づかいが変わってくるようになりますけどね。(笑い)

私もこのごろマンネリになって、おんなじことばかりいっておったら患者さんもあきるだろうから、何か新しい話題をと考えても、なかなかないですね。それで、毎日回診して同じことをいうよりも、たとえば2週間に一べんとか1か月に一度とか、少し長い時間、その人の仕事の話とか趣味の話とか、何か出来事があったらそれを話題に、病気の話よりもそういう話を聞い

たり話したりして、その人の考え方やいま社会的に置かれている状況を判断しています。純粹に患者と医者との関係でなく、その人の人となりを理解してやろうというふうにしています。長くなりますと、その人がいかに人間として幸せな生活を送れるかということを第一に考えてやる。そのために苦しい思いをしたり合併症が起こったら困りますけどね。しかし、ある程度起こったら起こったってしゃないじゃないか。しかしそれまでは快適な生活を送ってやれるようなコンディションづくりをしてやろうと、だんだん年を取ると、そういう考えに変わってくるようです。

星野 最終的には、やっぱり自分の体ですからね、患者さんが自分で責任を持つわけですからね。

後藤 だけど、そういうふうにしてお互いに性格を理解し合っている人というのは、たとえば2か月とか3か月話をしなくても、お互いが理解できるわけですね。ところが、どうしても得手、不得手というか、お互いの性格が合わないということが患者さんとわれわれとの間にもやっぱりあるわけです。お互いの考え方とか、それまでの置かれた環境が違ふとか、そういうこともあるんですけど、それはしょうがないですね。うちの場合は皆さんわりと長生きしまして安心しておったんですが10年を超す人が出てきますと、知らず知らずのうちに合併症が起こって、特に総合的な免疫力が落ち、体がもろくなったという感じがして、今度は医学的な面で、患者さんのために苦しい時

期が2〜3年後にくるんじゃないかという気がしますね。

合併症・移植

今 合併症としてはどういうところが問題になりますか。

後藤 まず骨、それから前前からあった感染肝炎、消化器の潰瘍があった人とかね。そんなのがだんだん悪くなる。それから感染症、結核などが出てきますし、もちろん動脈硬化も進行しますので心筋梗塞や脳出血も多くなり、全体的に老化が進んだなという感じですね。

普通の元気な人は、暦のとおり1年に1歳年を取る。しかし、私はうちの患者さんには、ちょっとひどいようですけれども、非常にコントロールのいい人で1年に2歳年を取る、コントロールの悪い人は3歳も4歳も年を取るといっているのです。自分の責任でなくても合併症のある人は一生懸命コントロールしても3歳年を取る人も出てくるわけですね。そうしますと、原疾患にもよりますけれども、透析を何年やったかで寿命というのがでてくるわけですね。

たとえば40歳から透析を始めて、非常にコントロールの悪い人が10年透析をしますと、80歳になる。そうするとその人の寿命がくるわけですね。しかし同じ40歳から始めても、非常にコントロールのいい人は20歳しか年を取らない。60歳になってもまだまだ元気だ。運、不運もありますけど、本人の心がけ、それから病気の性質にもよりますけどね、とにかく透析患者さんという

のは1年に2歳以上年を取るということで、寿命というものを考えなければならぬんじゃないかと思います。

川島 ほかもそういう気はするんですが、患者さんが「そしたら、この辺ぐらいで終わりですか」と聞きますね。そういうときは「移植をしないさ。移植をしたら成功して半年ぐらいついでにば、ご破算で願ひましてはという計算ができますよ」というんですけど、先生はそういうふうな切り返しをいったことはないですか。

後藤 うちの患者さんはおとなしいのか知らんけれども、私がそういいるとね、「しゃないな、また院長、そんなこといって」という顔をしていますけどね。(笑)

移植が、いわゆる脳死の状態でするようになれば、日本でもっと普及すると思いますけれどね。いまの死体腎移植ではどうでしょうかね。うちでも80%以上の方が移植を希望していますけど。いい機会があって、いい腎臓があればという但し書きがつかますけどね。

川島 うちでもUS腎を、日本で40例ぐらいのときに3例したんです。あと生体腎を3例ぐらいしています。私はかなり積極的に患者さんに移植を勧めているんですよ。それでおもしろいのは、成功しても不思議とうちの患者さんからの希望者は少ないですね。よその病院から、あそこへ行ったら移植の世話をしてくれるって来て移植する人は多いんです。うちは東京女子医大にお願いしている関係で、経済的な問題とか入院が長いとか、非常なリスクが

あるということ、それから失敗した話も聞いているので、うちの患者さんは意外と踏み切れんのと違いますか。ところがよそにおる人は「隣の芝生はよく見える」という感じで、パッと飛びついてくると違うかと思うんですけどね。

後藤 その6例のうち、いわゆる成功は何例？

川島 3例です。US腎は3例のうち1例です。いま3年目です。1番目が成功して、あとの2例は、8か月目と3か月ぐらいで拒絶反応を起こしました。

大森 みんな先生のところに戻ってきているんですか。

川島 ええ、1人はうちへ帰ってきてから拒絶反応が起きてもう8か月たちます。別に腎摘出もせずにそのままにしています。

大森 私のところでもことしの3月に1人、生体腎をお父さんからもらって、うまくいっておりますけれども、その後希望者はいるんですが、患者さんに「じゃ、お父さん、お母さんに相談してみたら」というと、答えは返ってこないんですね。

川島 US腎のように、電話がかかってきて30分以内に返事をくれというのはパパッといきますね。そういう場合にはわりかし踏み切れるみたいですがじっくり考えて下さいということ、腎友会の発表では7割とか8割の人が希望しているというけれども、とても……。

後藤 それは、うちでもあったんです。たとえば腎センターに移植希望の登録

がしてある。それでどうですかという電話がかかってきます、そうすると

「今回は見送ります」というてくるわけです。(笑) 特に死体腎の場合ね。だから「腎があったら有無をいわさずやりますよ、やりなさい」とやれば、やるかもしれないけれども、「どうするか」といったら、なかなか踏み切りがつかないみたいです。

星野 むずかしいですね。私のところは3年目ですけど、この間生体腎で1人やりました。それはマレーシアからの留学生だったので、向こうへ帰ったら透析もできないという事情もありますし、またすごく家族愛が強いんですね。そのほかに、いま大学院の学生と、20歳の娘さんが予定されており、交叉適合試験をやっています。学生さんのほうはそろそろ計画段階に入っております。死体腎の場合には、やはり機会がポイントになりますね。

川島 US腎はものすごく成績が悪かったですね。

東 最近ではよくなってますけどね。うちの施設としてやったのは全部生体腎で、4人です。5年目が1人と3年目が1人と、死亡したのが1人と拒絶反応を起こしたのが1人です。希望者はいま10人ぐらいいるかと思います。もう7～8年たっている方で大学病院から移られてきた方はやりたがりませんね。(笑) 自分が透析していたときに、隣で移植した患者さんがどういう状況に陥っていたか、目で見て強烈な印象を持っていますから、移植のイの字もきらいです。

川島 成績もずいぶん違いますね。生

体腎では95%ぐらいとか……。

ちょっと話が逆戻りしますが、私が学生時代に四方先生が移植をなさっておったんですね。そのとき始めて腎不全の患者って見たんです。「この方があした腎移植を受ける患者さんですよ」って。真っ青でブクッとふくれて、こういう患者相手の仕事は絶対したくないと思っていたんですが。(笑い)それがどういうわけか透析をやるようになったんです。

後藤 この間こんな話がありましたね。全く健康な人なんですが「私の腎臓をあげますから、どうか役立ててください」というんですね。私の患者さんの知り合いの人なんだそうですよ。それで、福岡の腎センターへ行ったわけです。そしたら、本気にしないというよりも、取り合ってくれないわけです。「だれかにやってください」というんでは。そして千葉の佐倉病院へ行きなさいといわれて、「行く」というんですね。ところが、「私の知り合いはこの人だから、できたらこの人にやりたい」というんですよ。でも、血液型がその人はB型で、こっちはA型なんです。(笑い)

「日本人が私のような人ばかりだったら腎不全患者はみんな移植ができる」といっていました。

川島 うちにも1人、非血縁のそういう生体腎移植の希望があったんです。太田先生に頼んだんですが、東京女子医大では「そういうのはしていません」といわれてね。(笑い)

後藤 これは医学的領域から少し離れた問題になりますね。だから、それを

引き受けてコンピュータで日本国じゅう探して、合う人に移植しましょうというのは、やっぱりむずかしいんじゃないでしょうか。

星野 生体腎でもそういう話があってから「焦ることないから1か月でも2か月でも半年でも相談しなさい」とよくいっているんですけどね。その辺の問題も慎重にやらないといけないので……。

後藤 兄弟のある人は全部HLAを調べてやっているんですが、やっぱりピタッと合うというのがあるわけですね。だけど、なかなかむずかしいですね。たとえば兄弟5人いて、みんな「おれの腎臓やるよ」というわけ。そして調べて、白羽の矢が立った人はノイローゼになるんですよ。

川島 不思議とやりたがらん人のほうが適合性あって「私のあげますよ」という人のが悪かったりしてね。

今 後藤先生がおっしゃったのとおんなじですけどね。本人は血のつながった兄弟だからもうくれるものと信じ込んでいるわけです。検査結果がわかって「あなたが一番合います。ひとつやりますか」ということになると、ドキッと「家に帰って妻と相談する」とか「夫と相談する」ということになると「それはだめだよ」となるわけですね。だから、最終的に結論が出るまで、移植を受ける患者さんにはいえないですね、「あの人と合いますよ」ということは。

大森 兄弟の場合、一番むずかしいですね。親御さんのほうがまだいいですね。

後藤 配偶者がいる場合はね。そして配偶者がまだいない若い人の腎臓を取るというのは、これまたちょっと問題が大きいわけですよ。たとえば20歳で腎臓を取られて、70何歳の平均寿命まで絶対大丈夫という保証はありませんからね。

川島 ぼくが大学にいたとき、組織適合性検査をして、比較的悪かった人と移植したんですね。それで拒絶反応を起こされたんです。そうなるって精神状態がおかしくなって、組織適合性がよかった人に向かって「どうしておまえのをくれなんだ」ってね。

今 そういうことで家族関係が崩れたという話をよく聞きますね。

東 いま進行中のケースですが、親1人娘1人で、透析しているのはお母さんで、娘さんは15歳ぐらいのときから「腎臓をお母さんにあげたい」といっているのです。まあ、まあといっているんですが、去年19歳になって、とても人道的に勧められるようなことじゃないんだけど、東京女子医大の高橋先生とも相談しまして、じゃ、20歳になってもまだ気持ちが変わらないようだったら真剣にみんなで取り組もうということにしました。お母さんのほうは「もらう」といっているんです。

(笑い)

今 私にもそれとおんなじケースがあります。お母さんと娘の2人家族なんです。お母さんが透析をずうっと続けている限り、お嬢さんは自分の生活設計が立てられないんですね。ずうっとお母さんについていなければならない。それでお母さんに自分の腎臓をあげた

いということで、たまたま組織適合検査がよかったので移植しました。20歳は過ぎていましたけどね。これはラッキーなケースだったと思うんだけど、お母さんは腎臓を移植してから再婚され、いまもお元気です。もう8年ぐらいになるんじゃないかな。娘さんは片腎にはなったけれども、憂いなく自分の人生を歩めるというね。

後藤 そういふのはやっぱりケース・バイ・ケースでね。その人の考え方、信条、いろいろなことも考えて、そして最終的にはわれわれはアドバイスで、決定権は向こうということにしなければだめでしょうね。

川島 透析のほうは余りカウンセリングは要らんですけれども、移植のほうは要りますね。

今 それにいま施設が、昔みたいにどんどんできてこないわけでしょう。それと透析の患者さんは、統計によると毎年のようにふえてくる。だからいずれ施設が満杯になってくると思うんです。そうなってくるとどうしても、移植にもっともっていかなくちゃならんし移植にもっていくにしても、生体腎提供者は数に限界がありますからね、提供者としての登録を世の皆さんにお願いして、提供者のプールを大きくしなければなりません。大きくなるほど適合する患者さんを探すのもしやすくなるし、そうなれば死体腎移植の成績もよくなっていくしということで、ぜひ提供者の登録、プールの規模をどんどん大きくしていかなければならないと思いますね。

CAPD療法について

今 それから、最近CAPDというような問題も出てきているわけですが、東先生から……。

東 私どものところは去年の9月ごろから始めたんですが、いまやっている人は7人です。期間は一番長い人で1年ぐらいですが、やはり3か月、半年と慣れたところに腹膜炎を起こす。全員が起こすんじゃないかと思います。ですからこれは起こすということを一応前提にして考えてもらって、患者さんには「起こしますよ」といっています。ただ、外科医が描いている腹膜炎とは全然違っていて、ほとんど直る場合が多いわけです。この1年間いろいろな合併症を経験してきましたが、あんまり困るというようなことはないような気がします。

ただ、移植をする場合、CAPDをやっていると、ちょっとどうかなということがありまして、CAPDをやっている人をどういうふうに移植にもっていくのか、これから問題になってくるんじゃないかと思います。

後藤 移植して拒絶反応が起きた場合どうするかということですか。

東 いや、カテーテルを何回も入れかえたりしていると手術しにくいということがあるんじゃないですか。

今 いや、余り影響ないんじゃないですか。

後藤 影響ないでしょう。変に腹膜炎を起こしてべったりのときは別でしょうけれども。

今 星野先生のところはいかがですか。

星野 CAPDは、うちの施設ではま

だやっていますが、中川先生のところで積極的にやっていますので、適応があったらお願いしようかと思っています。最近接続部の感染がだいぶ防げるようになってきたと聞いていますが、日本みたいに狭くて、医療機関網が発達していてというところでは、やはり適応はどうしても限られてくるんじゃないかという気がしますけど。

後藤 昔、平沢先生がIPDをやられましたね、現在、平沢先生の考えはどうでしょうか。

大森 平沢先生は、CAPDはいいという考えですけどね。私も平沢先生と一緒に歩いてきたんですけど、IPDをやっていた昭和38年から42～3年ごろまでの経験では、やはり腹膜炎が壁になって、それで人工腎臓のほうに移った。14～5年たっていままたCAPDがクローズアップされてきたわけですが、私の印象ではやはり腹膜炎がネックになってまた人工腎臓のほうに戻るんじゃないかなと思っております。平沢先生の話では貧血の改善に効果があるようですね。

後藤 貧血の改善は確かにいいですね。

大森 そしてリンも高くないというように、平沢先生は強く推し進めていく考えだと思います。

私自身は、いままでの経験から考えて、腹膜炎でネックになって人工腎臓に移ったんですから、そういうことを考えるとまた同じような壁に突き当たるんじゃないかなと思ってますけどね。そして、いま星野先生がいわれたように、日本みたいに交通の便利なところでは、それほど価値があるのかという

ことも考えます。広いアメリカなど、追認困難なところではどんどん発展していくような気がしますけれども。家庭透析が伸びないというのも、日本ではすぐ駆けつける病院があるからでしょうし。

川島 先生のおっしゃることもごもっともなんですけど、私みたいに辺境から出てきますと、だいぶCAPDのおかげで助かっている場合が多いような気がするんです。うちでいま5人やってますけど、一番遠い人は車で2時間半ぐらいかかります。だから、そういう地理的な問題でも非常に救われています。とにかく患者さんが仕事がよくできるのと、不均衡症候群が起らないから、毎日が非常に楽である。腹膜炎という大変高いリスクはありますが、まだ始まったばかりですから、カテーテルの改良とかで解決されていくんじゃないかと思うのですけどね。

私自身、単に医者としてではなくて医療施設の経営者としての立場から考えてみても、高い設備投資をしなくてもいいし、患者さんは自分の家でできるというのは、これからの日本の医療にとってもよい方向ではないですか。うちはいま患者さんが満杯になっているときだけに切実に、CAPDで患者さんのお世話ができれば助かるなあという気がするんです。

今 北海道も、いま川島先生がおっしゃったのと同じようなんです。片道3時間も4時間もかけて病院に通うというような地域の患者さんを救うのにはやはりCAPDが非常に有力な手段だと思います。不思議なことに、北海道

ではCAPDをやる患者さんが札幌には余りないんです。稚内とか、北海道のはずれのほうへ行くと、最近非常にふえてきているようです。

それからいま血液透析をしている患者さん全員がCAPDに移行できるかという点必ずしもそうでなくて、適応にはその人の非常にきちょうめんな性格が必要です。考えてみれば1回のバック交換に30分から45分の時間がかかるわけで、それを1日4回やるということになると、1日最低2時間はその操作にかかります。1週間で14時間ということになりますね。いま病院で1人の患者さんが平均1週間に12～3時間というところじゃないでしょうか、そうすると通院時間を除外すれば、治療時間そのものはあんまり透析をやっている場合と違わないかもしれない。

しかし、北海道では大雪が降ったりすると交通がとどえて患者さんが病院に行けないような場合には非常に有利だと思います。それから先ほどから話題になっている腹膜炎が一番のネックだろうと思いますけれども、これもトレーニングを十分にしておき、教わったとおりの操作をきちんと守ってやれば、IPDの腹膜炎の起きる率よりはずっと少なくなるんじゃないかと思いますね。

ただもう一つむずかしいなと思っているのは、カテーテルと腹壁のなじみの問題です。うまくなじんで浸出液も出ない、ほんとによくなじんだなという感じの患者さんは、やはり成績がいいようです。いつもまわりが浸出液でジクジクしているような患者さんはぐ

あい悪い。シャントが十何年も続くようにカテーテルがうまく入れば非常にいいんじゃないかと思います。しかしすべて患者さん100%そういうふうになるかという点、そういうわけにはいかないでしょうから結果的には非常に限られた数の患者さんになると思います。

後藤 CAPDに移行するのは、まず患者さんの地理的な条件と、それから性格ですね。その二つを慎重に見極めないで必ず失敗しますね。さっきいわれた、なじむかなじまないか、これはやってみないとわかりませんが……。

これからは透析か移植かCAPDかどれにするかというのではなく、透析を5年ぐらやってみましょう、それからCAPDを2～3年やってまた透析をやりたいと。透析とCAPDとでは除去されるものが少し違うと思います。一番理想的なのは透析を5～6年やって、そしてCAPDを2～3年やってまた透析を4～5年やって、と順次繰り返したほうが長持ちするような感じがします。その間に移植ができればなおいいし。透析を10年やった、15年やった。そこで、シャントがなくなった、それからCAPDをやりたいかといったら、その人は心理的にも追い詰められた状態になります。それよりもまだ血管が残っているときにCAPDにいきましょう、3年ぐらやってみて、そのうちに血管もよくなるよ、いつでも透析に戻れるんだからという状態でCAPDをやったほうが患者さんの精神的な安らぎが得られるんじゃないですか。

今 私も賛成です。

東 うちでも一応シャントのある人を原則にしています。

後藤 うちではシャントをもっている人は絶対いやがりますね。というのは透析は楽なんですね。病院へ来て寝ていればいいわけですから。CAPDになると自分で全部やらなければならない。夜中眠くてもやらなきゃならぬ。だから、透析かCAPDのどっちかというのでなくて、その人の透析歴の中で適当に組み合わせてよりよい状態を保つようにしていったらいいと思いますね。

今 それからもう一つ、私は患者さんにいいたいことは、いわゆる透析療法から落後するような患者さんには必ずCAPD、移植というものがバラ色に見えるんですね。それで何とかしてCAPDをやりたいとか移植をやりたいとかいうけれども、そういうのが動機でやるのじゃうまくいかない。むしろ透析をきちっとやっていて、われわれの評価がランクAだというような患者さんは、移植しても精神状態が非常に安定しているのでもういくし、CAPDをやってもきちんとやる。だから何にしろ、長生きするためには、人工透析がちゃんとできるということが必須条件のような気がしているんですよ。落後する人たちがそっちに移っても、結局同じことで、またほかにもいいものはないかと探すようなことになる。

後藤 教養と決してパラレルでないみたいです。

今 それはよくいわれますね。教養があるためにかえって操作を省略してや

ってみたいね。だから、いわれたことをよく守るというのが必須条件じゃないですか。

アメリカなどCAPDが慢性腎不全患者の10%ぐらいに達したところで、CAPDに導入される患者数と落後する患者数が大体同数になり、10%ぐらいで推移しているという話を聞きますけれどもね。

そういう点では患者の選択ということが重要になってくるし、またやっぱり腹膜炎を起こさないような、さらに進んだ操作の開発と、患者さんのトレーニングがもうちょっと系統的に行なわれるようになってくれば成績がよくなってくるんじゃないかと思います。

後藤 CAPDは常に糖が付加されている状態でしょう。やはり3年、5年たちますと、いろいろな代謝の中で弊害が起きてくる可能性が十分あると思いますね。まだ歴史が浅いから、その辺の結論が出ていませんが、IPDだったらないときがありますが、CAPDは四六時中ですから、この辺が将来問題になるんじゃないかという気がします。

川島 透析でも、付加されていますが。(笑い)

後藤 ただ時間が違います。たとえば2日に5時間とかでしょう。ところがCAPDの場合は24時間ぶっ続けですよ……。

川島 長期で見てもないとわからぬところですね。

大森 確かにCAPDは区切りがないですね。透析ですと区切りがあります。そういうふうなものに対する患者さん

への心理的な影響はどうなんだろうかね。経験がないからわからないんですけれども……。

川島 それから患者さんの好ききらいがありますね。病院に来たら、いろいろサポートしてくれる人間もいるし仲間もいるし、そういう面で非常に気楽なわけですね。だけど、そういう人とのつき合いが逆にうっとうしいと思っている患者さんもいます。そういう人は自分ひとりで、病院とちょっとした連絡をとりながら自宅でCAPDをなさったらいと思うんです。

後藤 ケース・バイ・ケース、その人の置かれた環境とか性格とかで選択して「あなたはこんなメニューでどうですか」(笑い) というようにしたほうがいいんじゃないでしょうか。

この前、今先生とトロントへ行ったらCAPDを見てきたんですけどね、CAPDのできないお年寄りがいて、外来でIPDをやっているんです。あれはもう悲惨だったですね。朝10時に来て、翌日の朝8時に帰るんです。それを週2回。

川島 ベッドに寝たままですね、これは大変ですね。

後藤 それが、1回にものすごい量をダダダダッとやるわけですよ。CAPDにしたくても、全く一人暮らしの老人では、カバーしてくれる人がいないとできないんだらうと思うんです。それで外来のIPDということになったんでしょう。

川島 オーバーナイトでしたら、透析の4回か5回分ぐらいですね。

後藤 そうです。それをぶっ続けに2

リットルずつ10回以上でしょうね。

川島 どうして透析にしないのですか。
今 経済的な理由でしょう、カナダですから。

川島 そんなに向こうはIPDが安く
て透析が高いんですか。

後藤 どうなんですかね。

東 私のところに72歳の人があります。
ことしの1月から始めたのですが、初
め透析をやったんですが、どうもうま
くいかず、しょうがなくてCAPDを
やったんですが、今度は覚えなくて
すよね。それで、もうみんなサジを投
げかけていたんですが、それでもしつ
こく教えて10か月でやっとできるよう
になりました。だから、その人を見て
いるとだれでもできるんじゃないかと
いう気がしてきましたがね。(笑い) で
すから、その人その人に応じたやり方
があるような気がしますね。試行錯誤
でいろいろなことをやってみて、その
人に合った教え方を掴むことが大切で
すね。

後藤 腎不全の患者さんの治療は、何
回も言うようですが、どれにするかじ
ゃないわけですね。いろいろメニュー
があるから組み合わせさせてやりましょ
う、いまのあなたに一番適当なのはこれ
ですよ、将来はこれになるかもしれない
けれども、いまはこれをやりましょ
うというふうに。やはり一番の眼目は、
その人がよりよい社会生活を送れる方
法はいま何かということを選択してや
るべきだと思うのです。

今 そういう意味で、私はCAPDと
いう手段は、入院患者さんの透析には
最適だと思うのです。というのはスタ

ッフが液の交換をみなしてあげられる
わけです。プロフェッショナルな人が
やれば腹膜炎を起こす率もかなり減る
と思うんです。そういうことでのCA
PDの適用が、今後ふえていくような
気がしますね。

川島 そうですね。特にお年寄りにね。
この前、CAPDの研究発表会で私も
発表したのですが、80何歳のお年寄
りが透析を始めたのです。そしたらもう
30分もたたないうちに血圧がストーン
と下がるんですね、200ぐらいから60
ぐらいまでに。それで輸血したり昇圧
剤を入れたりして透析するんですが、
大体2〜3時間するのがやっとなん
です。ところが、CAPDを始めたとな
んに見る見る元気になりましたね。

今 それは全部看護婦がやるんですね。

川島 はい。

後藤 やはり一番適しているのはお年
寄りと糖尿病の患者さんだろうと思
います。一番透析しにくいケースが一
番CAPDをやしやすいんじゃないか
と思います。

川島 そうですね。

東 今後お年寄りには急速にふえる
んじゃないですかね。

あと問題はバッグですね、いま個
個にメーカーが自宅に運んでくれるシ
ステムをとっていますが、日本の住宅事
情からすると、あれを1か月分置いて
いかれるとちょっと困りますね。それ
が理由でできないという人が、うち
にも何人かおられます。

後藤 うちはいま3人やっているん
ですけど、1人は、バッグを病院に取り
に来ます。そして車のトランクに積ん

だま走るんですね。夏の陽がカンカ
ンと照るところに置いたままにいるん
です。(笑い)

メーカーがポンと置いていくので、
それを適当な場所にきちんと保管しな
いといかんわけです。液の変質が激し
くなることもありますので、冷暗所に
きちんと置くように指導しなければな
りません。そういう設備、場所などを
考えますと、だれでもどこでもとい
うわけにはいかないみたいですね。

東 そうですね。普通の薬局で1日、
2日分ずつ買っていくというほうが、
日本の実情に合うんじゃないかと思
いますけれどもね。

星野 CAPDというのはやはり社会
的なことも含めて適応が出てくると思
うのです。さっきもいわれていたよう
に、移植もそうなんですけど、CAP
Dは感染の問題などありますし、全部
ちゃんとやっていかなきゃならないん
ですね。言うのは簡単なんですけど、移
植をやる人でも透析の自己管理がいい
かげんな人がやると、移植した後でも
うまくないといえますね。

ところで、CAPDは日本でも10%
ぐらいいくんですか。

今 どうでしょうかね。

川島 私は、CAPDは日本に向いて
いると思うんですけどね。

後藤 いや、ぼくは日本には向いてな
いと思いますね。アメリカ人は、自分
の体は自分で管理するという意識が非
常に浸透しています。ところが、日本
人は病気になると「お医者さん、何と
かしてください、私は知りません」と
いうわけです。そういう意味では、C

APDは日本のほうがアメリカ、ヨーロッパに比べて普及しにくい風土があると思うんですよ。

星野 CAPDというのは、本来外来を目的でやりましたからね、入院してやるのであればIPDでもよいわけですね。

後藤 私は、CAPDの場合、ハンドブックに載ったとおりきちんとやれば感染の危険性は非常に少ないと思います。それよりも長い期間やるうちに、代謝の問題などが起きてきて、CAPDを中断せざるを得ないような、あるいは合併症が起きてうまくいかないというケースのほうが、腹膜炎よりも大きな問題になるんじゃないかと思いますね。

星野 逆に透析の患者さんでも、導入時期に非常に導入困難で、血圧が低くて循環動態が不安定だという方がCAPDをしばらくやってまた安定した状態で透析に戻る人もいますし、両方あるんじゃないでしょうか。

医療行政に対する注文・患者さんに望むこと

今 ところで今後、医療環境も非常に厳しくなってくるでしょう。われわれも、いままでそれに対応はしてきたんですが、今後さらに厳しくなって対応し切れなくなり、透析医療の質が低下するということなどはどうしても避けなければなりません。これからひとつ行政に対する注文あるいは、いままでも幾つか出てきていましたが、患者さんに対する注文ということに、話題を移していきたいと思います。

後藤 厚生省の医療行政の常なんですよけれども、ある医療を普及させようとするときには、普及しやすい経済的な条件をつくりとどンドンやりなさいといっています。そしてある程度普及してくると、今度は経済的なしめつけをしてくるんですね。

たとえば心電計の問題にしても、これを普及させようというときにはものすごく点数がよかったわけですね。ところが、10年たっても余り点数が上がらないのですよ。

透析も同じことがいえます。厚生医療が適用になったときは非常に経済的に有利な医療であるということでワッと普及しました。ある程度普及しますと、もうこの辺でよろしいといって、点数を下げてきますね。透析医療機関を、不正医療をやっておったといって摘発して、有無をいわず点数を下げるとかね。それから、医師会の透析のことを知らないある理事が、透析はもうかっているといったからといって調査もろくにしないで下げる。いままで普及するということでもいい気になってがんばっておったら、後ろを見てみたらはしごをはずされていたとかね。医療行政のあり方がいつもわれわれにとっても不安なわけです。

たとえば、私が10年前に開業したとき、こういう好条件の医療は5年と続かんだろうと思いました。10年後もこれが続くという保証があれば、それこそ大投資をしてやってもいいと思いましたけれども、案の定5～6年しか続かなかったですね。常に医療行政に対する不信感があります。

それから、患者さんには医療費がこういうふうになりますよといったって、間接的にしか響かないのです。そうすると、このごろサービスが悪くなったとか、やれ、透析時間は何時から何時までに来なさいというさくなくなったとか表面的なことを見てブツブツ文句をいうようになるんですね。患者さんもふえて1人当たりの単価が安くならざるを得んわけですから、どっちもがまんして、患者さんもいままでより以上に人の手を煩わさんようにする。それからわれわれもむだをはぶいて合理的にしかし絶対に医療の質を落とさない。その接点はどこかということを常に考えて今後の透析医療に携わらないと、最終的に医療の質を落とすようなことになれば患者さんにとっても非常に不幸なことになりますし、国全体にとってもマイナスになるので、その辺が今後気をつけていかなければならないことだと思います。

大森 患者さんが安心して治療を受けられるように、そして私ら医療スタッフも安心して質のいい治療をやれるようなシステム、率直に言えば経済的な面ですけれども、そういうシステムを私たちと患者さんと一緒になって運動を展開していきたいと思いますけれどもね。

川島 逆の意見ばかりいって悪いんですけれども、少し話がそれるかもわかりませんが、私は医者の方2代目です。昭和40年ぐらいですが、その頃から医者の生活は急速に改善されたわけですね。それ以前は医者といってもそんなにいい生活をした記憶はありません。

ですから、たまたま40年代後半だけがよかったですけど、もともとそんなにいいことはなかったんじゃないかと思います。ですからある程度のところは一緒になってしんぼうしていかないといけないと思います。

そういう意味で、厚生省に対する注文として私がいいたいのは、抜き打ち的にバツと点数を下げるのは止めてほしいということです。国も財政面で大変だろうとは思いますが、こちらも長期の投資をしたりして病院を営んでいるのですから、国のほうもあと何年間ぐらいはこういう点数でいきますという長期的な点数を設定してもらいたいと思います。場当たりの処置ではなく長期的に立ててくださいということです。

それから、話はずれるかもしれませんが、ぼくらだっで一応日本医師会の会員ですし、ちゃんとした一人前の医者なんです。それにもかかわらず標ぼうする科がないんですね。いま標ぼうする科は20しかなくて、その中に腎臓内科とか人工腎臓科は全然入っていないんです。これだけ患者さんがおってこれだけの予算を使っておるんだから、もうばつばつ人工腎臓科とか、そういうのを認めてもいいんじゃないかと思うんですけどね。われわれを医師会の、徳島弁であぶらごといいますかね、除け者みたいにしないで、ちゃんとした一人前の相談相手というような態度で臨んでもらいたいと思いますね。

星野 人工腎臓に限らず、医療関係の流れとしては、健康を守る形——福祉方面への国の予算はずうっと削られて

きているような印象があるんですね。少なくとも良心的な医療ができるレベルまではやってほしいですね。

今 私も、先ほど川島先生がおっしゃいましたように、厚生省は長期的な見通しとかビジョンを、われわれに示していないと思いますね。したがって、ほんとに将来の経営計画が立てられないのです。ほかの科もそうかもしれないですけども、特に透析に限っていえばいまだ苦い水を飲まされてきます。これはひとつにはお役人というのは2〜3年でポジションがくるくる変わっていきますからね。その間だけ無事に過ごせればいいというようなことで、どうしても長期の展望に欠けるんだと思いますけれども。この時期には患者がこれだけになるんだ、それに対してはもうこれだけの予算しか配分できないということを前もって知らせてくれば、われわれと患者さんもそれにどう対応していくか、準備もできますしね。いまみたいに急にバサッとやられますと、われわれもそれにすぐ対応できないし、患者さんの攻撃の目標はわれわれだけに向いてしまう。先ほどから皆さんおっしゃっているように、われわれの医療というのは患者さんとわれわれの人間関係が最高のものというのが基本なんですけど、それさえも、そういうやり方が行なわれるために破壊されるというようなことがあるように思えるのです。

それから、さっき後藤先生が触れられましたけれども、そういう観点で患者さんも今後の医療環境を、ただ医者のほうにだけ目を向けなくて厚生省の

動きなどに対してもぜひアンテナを張って、われわれと一緒に、いま世界でも一、二といわれている日本の透析医療の質を、もうこれ以上低下させないようにお互いに共闘していく必要があると思うのです。いまそういう点にちょっと欠けているんじゃないかという気が、私はしますけどね。

東 いままでは透析をしなければ死んでいた人が現実には生きているわけです。お国のお金で生きているのは事実ですから、実際に社会生活を送って、社会的にどういう存在意義があるのかを社会に訴えていかないと、ただ「腎臓をください」というんでは通らないんじゃないかという気が、最近しているんです。ですからその辺を組織化していただいて、自分たちがこういう治療を受けているが、社会に対してはこういうふうに戻元しているんだということを訴えていく必要があろうと思います。**今** いまは何となく患者さんの間には、医療機関や行政に「おんぶに抱っこ」というような風潮がなきにしもあらずです。

大森 私は、患者さんに対する要望は、長生きしてもらいたいということです。CAPD、透析、移植があるので、車の両輪でなくて三輪車でしょかね、3つの車を上手に動かして長生きしてほしいと思います。それで透析生活の中では毎日の自己管理を忠実にこなしてほしいと思います。

川島 ちょっと患者さんに対するゴマスリかもわからないですけど、私はいまの患者さんに満足しています。私みたいな医者にようついてきてくれると

思うて。もし自分が腎不全になったら自分にだけはかかりたくないと思ってます。(笑い)

冗談を抜きにしてまじめな話でいったら、自分は透析するようになったらもうだめだと思い込んでしまう人が、ほとんどではないですか。それをできるだけ希望を持って生きるというのはむずかしいですけども、あすへの希望を持って一生懸命やっている患者さんもこのごろかなりいらっしゃいますね。

星野 私たちも患者さんから逆に教えられる立場でもありますし、よく話し合って、いろいろな意味で一緒にやっていかなければならないんじゃないかということに尽きると思いますね。

後藤 私はさっき、透析患者さんは1年に2歳年取るとか3歳年取るとかいましたけど、逆の言い方をしますと、腎臓が悪くなったことによって、口はばった言い方ですけども、神がその人に与えた試練だということはどうしたら有意義な生活、あるいは生きている意義があるかを考えて、1年に2歳年を取るんだったら2年分生きてやろうと、皆さんそういう気持ちをもってほしいです。病気になって自分は運が悪い、損したというのではなくて、それを克服して2年分あるいは3年分生きてやるんだというふうな気持ちになって生きてもらいたいですね。

川島 さっきの話の付け足しになるんですが、私のところでUS腎の第1号の人が透析を10年ちょっと前に始めています。そのときはものすごい成績が悪かったんです。「あかんけど、一応透析でもしてみますか」といって

始めたんです。たまたま7年か8年して、アメリカから腎臓が入ってきて、いま完全に成功しているわけですね。だからその人は、「自分がこういうふうになれるなんて、夢にも考えなかった」といっているのです。

ですから、これからまた新しい治療法が開発される可能性もありますし、技術の進歩も期待できます。ですからそれを精神的な支えにして、将来を見ていただきたいですね。うちの患者さんを見ておったら、後ろを向いている人のほうが多いみたいですね。

今 次元が少し低くなるかもしれませんが、合併症があらわれるのも、長い期間にわたって徐々に進行していきますね。だから短い期間で見たときには余り影響がない。それで、患者さんはどうしても少し不節制になり勝ちです。それが目に見えた結果としてすぐに出てこないものだから、病院が言うのよりもうちちょっと緩めてもいいんじゃないかということで、生活態度がおおざっぱになる。しかし2年3年先に合併症としてあらわれてくる。患者さんとしてはなかなかそういう自覚がないケースがありますものね。そういう意味で、先の長い期間のことを考えて、いまここで楽をしたら将来に苦があるということを、日常生活のなかで常に頭に置いておいてほしいと思います。いろいろ患者さんを説得するのですが、これは一番理解してもらえてない点ではないかなという気がしています。

大森 スタッフの問題ですが、チームの力をつくるというのは大変ですね。さっき話が「出ました患者さんとの人間

関係、それからスタッフの中での人間関係をうまくやっていく、ひとつのチームとしての輪を保つというのも非常に大変です。

川島 私の仕事の一つは、職員の管理——間接管理みたいなことが大きな仕事になりますね。透析が済むたびに必ずミーティングをしているんですが、そのミーティングにはほとんど全部出るようにしています。患者さんの話を職員に聞いてもらって、それをまたほかの人が聞く。1日に一ぺんは、うちに透析に来ている人には必ず話をするようにしています。何となく顔を合わせて口をきいておったら、そう疎遠にならないで済むのではないかなと思うのですが、それだけでもなかなかむずかしいですね。

今 大学にいる時代と勤務医であった時代、それから自分が開業した場合と考えると、それが開業医のひとつの仕事ですね。

後藤 開業医は小銃を持って走っている小隊長ですからね。(笑い)

今 長時間、どうもありがとうございました。

以 上

財団法人 腎研究会のページ

1. 昭和58年度の腎研究会賞、学術賞および大島賞の表彰式と座談会がとり行なわれました。

昭和58年11月26日経団連会館において、58年度の各賞の表彰が行なわれ、大島理事長から賞状と副賞が贈られました。また理事長の司会のもとで、竹内先生（山梨医科大学）、酒井先生（学術振興会）のご参加を得て、受賞者の研究苦心談や抱負などをお話していただきました。

腎研究会賞

名古屋大学名誉教授 小林 快三
稲沢市民病院長

長年にわたりわが国の腎臓学の進歩発展に尽した功績

学 術 賞

筑波大学教授 東 條 静 夫
腎炎・ネフローゼの治療に関する研究

東京女子医科大学教授 太 田 和 夫
腎移植、血液浄化療法および体外外科手術の開発に関する研究

大 島 賞

東京大学助教授 遠 藤 仁
単一ネフロンにおける代謝学的研究



2. 第5回腎不全対策国際研修コースが開かれました。

昭和58年10月28日から12月2日まで、国際協力事業団の委託事業として行なわれました。今年はアルゼンチン、ブラジル、チリ、中国、コロンビア、インド、インドネシア、マレーシア、フィリピン、タンザニア、タイの11か国から13名の若い腎臓学者が参加しました。大学での講義・実習、医療施設の見学、医薬品・医療機器メーカーの見学などのほか京都で開催されたCAPD国際シンポジウム、第4回国際人工臓器学会に出席し、大きな成果をあげました。



3. 昭和58年度透析療法従事職員の研修会が開かれました。

昭和58年7月22、23日の両日笹川記念館において集中講義が行なわれ、約700名の方が熱心に聴講されました。このあと全国59の実習指定病院におい

て、12月末までに医師2週間、看護婦(士)、臨床検査技師および衛生検査技師は4週間の実習が行なわれました。この研修は透析療法従事職員の確保と

その技術の向上に資するために昭和47年度から実施されているものであります。



4. 役員に異動がありました。

役員に異動がありましたので、新役員をご紹介します。

会 長	矢 田 恒 久	第一生命保険相互会社・取締役相談役
理 事 長	大 島 研 三	日本大学・名誉教授
理 事	長谷川 周 重	住友化学工業株式会社・取締役会長
理 事	弘 世 現	日本生命保険相互会社・取締役会長
理 事	稲 山 嘉 寛	新日本製鐵株式会社・取締役名誉会長
理 事	永 倉 三 郎	九州電力株式会社・取締役会長
理 事	大 槻 文 平	三菱鉱業セメント株式会社・取締役会長
理 事	斎 藤 了 英	大昭和製紙株式会社・取締役相談役
理 事	瀬 川 美能留	野村證券株式会社・取締役相談役
理 事	正 田 英三郎	日清製粉株式会社・取締役名誉会長
理 事	田 川 誠 一	衆議院議員
監 事	佐 多 保 之	株式会社東機質・取締役会長

(昭和58年12月20日現在)

編集後記

●医師に対する毀誉褒貶がお盛んな昨今でも、透析医に向けられている風当りの厳しさは格別のものがあるように思います。それをある程度は甘受しなければ仕方がないような過程もなかったとはいえません。本号に登場していただいた先生方は、そんな風当りの的にされるのはお門違いの方がたです。

●日本における透析医療の大部分（80%以上）が民間医療機関によって支えられています。国公立だけで、これをやっていたとしたら、多くの人びとにとって、腎不全はいまもって死病でありつづけていたであろうし、透析にかかれるのは、ある特権階級だけという状態がつづいていたであろうことは確信をもっていえます。そういう国は世界のあちらこちらにあります。イギリスでさえ、つい最近まで、50歳以上は透析しないという制限が公然化していました。

●透析医療費が大きければ、国公立施設を拡大して、低コストの規範を示せばいいようなものですが、そうすればコストがはるかに上がることがわかっているのも民間依存型の構造が変わることはないでしょう。

●いまのままの民間しめつけによる医療費削減方針がつづくとも長期慢性疾患患者にとっては大変な環境に変わっていきますので、患者さんも気をゆるめてはいけません。

（東京医歯大 中川成之輔

59・1・11 記）

編集委員

平沢由平 信楽園病院
今 忠正 札幌北クリニック
三村信英 虎の門病院
中川成之輔 東京医科歯科大学
太田和宏 新生会第一病院
太田和夫 東京女子医科大学
佐藤 威 東海大学医学部
関野 宏 宏人会中央病院
高須照夫 高須診療所

編集同人

阿部 裕 大阪大学医学部第一内科
秋山暢夫 東京大学医科学研究所
天本太平 天本泌尿器科医院
荒川正昭 新潟大学医学部第二内科
浅野誠一
渥美和彦 東京大学医用電子研究施設
千野一郎 杏林大学医学部泌尿器科
土肥彦彦 広島大学医学部第二外科
藤見 惺 福岡赤十字病院
藤田嘉一 兵庫医科大学
橋本 勇 京都府立医科大学医学部第二外科
波多野道信 日本大学医学部第二内科
本田西男 浜松医科大学第一内科
堀田 寛 長崎大学医学部泌尿器科
稲生綱政 平和病院
石田初一 石田病院
石川浩一 関東労災病院
岩崎洋治 筑波大学医学専門学群
梶原長雄 駿河台日大病院
金田 浩 いわき市立総合病院
加藤暎一 慶応義塾大学医学部内科
加藤篤二 日本バプテスト病院
勝村達喜 川崎医科大学心臓血管外科
川原弘久 名古屋共立病院
木本誠二 三井記念病院
小林快三 稲沢市民病院
小出桂三 国立王子病院
小柴 健 北里大学医学部腎センター
越川昭三 昭和大学藤が丘病院腎臓内科
越野正行 腎研クリニック
前田憲志 名古屋大学医学部附属病院分院

前田貞亮 関東労災病院
前川正信 大阪市立大学医学部泌尿器科
宮原 正 東京慈恵会医科大学第二内科
新村 明 篠ノ井病院
丹羽豊郎 大垣市民病院
新島端夫 東京大学医学部泌尿器科
大淵重敬
小高通夫 千葉大学医学部第二外科
尾前照雄 国立循環器病センター
大野丞二 順天堂大学医学部内科
大澤 炯 琉球大学医学部附属病院泌尿器科
斎藤 寛 国立公害研究所
斎藤 薫 中勢総合病院
酒井文徳 日本学術振興会
笹岡拓雄 横須賀共済病院
佐藤 博 千葉大学医学部第二外科
佐谷 誠 国立循環器病センター
澤西謙次 京都大学医学部附属病院
柴田昌雄 名古屋大学医学部附属病院分院
篠田 晤 金沢医科大学腎センター
園田孝夫 大阪大学医学部泌尿器科
杉野信博 東京女子医科大学腎臓病総合医療センター
高橋長雄 札幌医科大学麻酔科
高橋 進 日本大学医学部第二内科
高安久雄 山梨医科大学
武内重五郎 東京医科歯科大学第二内科
竹内 正 山梨医科大学
土屋尚義 千葉大学医学部第一内科
上田 泰 東京慈恵会医科大学
山形 陽 日立総合病院
山吉 亘 慶応義塾大学医学部内科
和田孝雄 慶応義塾大学医学部内科
山本 実 弘前大学医学部第一外科
横山健郎 国立佐倉病院
吉利 和 浜松医科大学

腎不全を生きる 第10巻第1号

発行日：1984年3月31日

発行所：財団法人腎研究会

東京都港区六本木3丁目13番3号

電話 (03) 403-9696 ㊟106

発行人：理事長 大島研三

編集：腎研究会「腎不全を生きる」編集委員会

★記事・写真などの無断転載を禁じます

★非売品

Nipro

信頼の医療器ニプロ

ハート……ほほえんでいますか



ホローファイバー型ダイアライザー“Fシリーズ”

深いきずながあります。
愛があふれています。
信じることで結ばれているのです。
ハート、ほほえんでますか。
ふれ合う心のやさしさ、
大切にしたいものです。

株式会社  ニプロ

本社 大阪市大淀区豊崎3丁目3番13号 〒531
TEL (06) 373-3155(代)

元気でいて欲しい…
私達はそう願っています。



心臓は血液を送り出すポンプ、腎臓はフィルター、どちらも元気に動いてもらいたい。
でも、この心臓、タフではあるがデリケート。
様々な状況での働き具合を、24時間見まもって、はじめて調子がつかめます。



デル・マー・アビオニクス
ホルター・モニタリング・システム

簡単な操作で心臓の24時間を記録。
それをわずか12分で再生。正確に自動解析するシステムです。
東機質再生センターは、設置以来すでに7年、
皆様の健康を守ってお手伝いをしています。
(左の写真は、カルジオコーダーを装着したところ。
内蔵された磁気テープが24時間の心電図を記録します。)

感謝をこめて30周年

