

DIALYSIS AND TRANSPLANT

腎不全を生きる

VOL.17,NO.1,1991





血液透析療法に

抗凝血剤〈ヘパリンカルシウム製剤〉

薬価基準収載

カプロシン[®]注

カプロシン注は、体内でカルシウムイオンと置換することなく、より生理的な作用様式での抗凝血作用を現します。

使用上の注意

1. 一般的注意

- (1)血液凝固能検査等出血管理を十分に行いつつ使用すること。
- (2)急に投与を中止した場合、血栓を生じるおそれがあるので徐々に減量すること。
- (3)本剤の抗凝固作用を急速に中和する必要がある場合には硫酸プロタミンを投与すること。(特に血液透析、人工心肺による血液体外循環終了時に中和する場合には反跳性の出血があらわれることがある。)

2. 次の患者には投与しないことを原則とするが、やむを得ず投与する場合には慎重に投与すること

- (1)出血している患者〔血小板減少性紫斑病、血管障害による出血傾向、血友病その他の凝固障害(汎発性血管内血液凝固症候群(DIC)を除く)、月経期間中、手術時、消化管潰瘍、尿路出血、喀血、流産・分娩直後等性器出血を伴う妊産褥婦、頭蓋内出血の疑いのある患者等]
- (2)出血する可能性のある患者(内臓腫瘍、消化管の憩室炎、大腸炎、亜急性細菌性心内膜炎、重症高血圧症、重症糖尿病等の患者等)
- (3)重篤な肝障害、腎障害のある患者
- (4)中枢神経系の手術又は外傷後日の浅い患者
- (5)本剤に対し過敏症の既往歴のある患者

- 効能・効果、用法・用量ならびにその他の使用上の注意は添付文書をご参照下さい。
- 他に静注用、皮下注用を発売していますが、効能・効果、用法・用量ならびにその他の注意は製剤により異なりますので、それぞれの添付文書をご参照下さい。



三井製薬工業株式会社

東京都中央区日本橋三丁目12-2

資料請求先
医薬情報室

透析アミロイドーシスを考える

兵庫医科大学人工透析部

藤田 嘉一



長期透析に伴う合併症については、エリスロポエチンの登場によって、貧血の問題は、ほぼ解決の機運にめぐまれているが、腎性骨症を始めとする骨症、殊に透析関連アミロイドーシスなどは、診断法に進歩がみられるが、発症の機序については研究段階である。従ってその治療方針については、未だ充分なものではない。

免疫、遺伝子工学の知識に乏しいにも拘わらず将来への望みをかけて治療戦略を考えてみたい。透析関連アミロイドの前駆物質が β_2 ミクログロブリンであることより、血中レベルを下げるために透析性の高い膜による除去或いは吸着手段が考えられているが、必ずしも満足すべきものではない。理想的な方法としては、ハイブリッド置換療法、即ち β_2 ミクログロブリンを分解する近位尿細管細胞を膜面にliningする方法であり、希望がもてる。しかし他の成分のクリアランスの影響を考慮した工夫が必要であろう。

透析療法における透析膜の生体適合性の臨床的パラメーターとして、補体の活性化、血小板第4因子、トロンボキサン B_2 、血小板活性化因子、白血球エラスターゼなどがあげられているが、近年生物活性物質の面から、いろいろのサイトカインが生体適合性や、長期透析合併症に関与していると考えられる多くの報告がある。

サイトカインは複雑な生物活性のスペクトルを有し、急性或いは慢性疾患の病態に関係することもあれば、一方では生体にとって合目的な作用をもっている。従ってサイトカイン

をただ単に抑えるだけでよいと言うものではない。透析の分野では、透析膜の生体適合性の複雑性に対応して、多面的な研究がなされているが、血液と透析膜との接触、透析液と血液との交流を通じて、サイトカインの産生が促進されるが、この過程は避けることが出来ない。従って膜表面を修飾例えば合成ヒトアルブミンによる膜の被覆、蛋白分解酵素抑制剤の使用による血小板粘着、凝集、補体活性の抑制などの方法が考えられる。その他透析液の無菌化、エンドトキシンの除去などの工夫がなされている。

一方薬物療法によるサイトカイン産生、抑制或いはその他のアミロイドーシスの予防対策はないものだろうか。前に述べたように、サイトカインは功罪両面の作用をもつので、全面的に抑えるのには問題がある。幸い透析患者では週2〜3回の透析をうけているので、透析のたびにサイトカインを抑えることで少しでも慢性刺激を抑え発症を遅らせることが出来るのではなかろうか。サイトカインの産生抑制には先づステロイド剤の使用が考えられる。次に例えばインターロイキン1(IL-1)の場合には、その受容体がバイオや化学的に合成されるので、この合成受容体によってIL-1の作用を抑制或いは減弱させる事が出来るのではないかと。又血中にあるサイトカイン抑制物質、受容体拮抗物質の産生促進なども考えられるが、いずれも高度な技術を要し、コスト面、投与方法、安全性などいろいろの問題がある。

透析アミロイドーシスも長期透析患者の全

てに発症するとは限らず免疫不全、加齢もその要因に数えられている。或る特定のHLAが若しアミロイドーシス発症の感受性遺伝子であるとすれば、HLAをターゲットする方法、時には抑制的に働くHLA分子の作用を増強させる方法も考えられる。

長期透析による慢性刺激、補体活性化、単核球の感作を考えると、かつて岡林篤教授によって提唱された遷延感作による疾患成立機序即ち感作一過剰免疫一疲憊状態となり、自己免疫疾患や変性疾患が現われると言う生体反応現象と関連づけられるような気がする。このような観点からも全てではないにせよ透析毎のサイトカインの刺激の抑制によって発症の防止、遅延がもたらせるのではないかと思考する。

神は自らに似せて人を作り、人は自らに似せて機械を作ったと言う有名な警句があるそうであるが、透析膜と血液との接触と言う生物学的不適応と言う宿命の下に、救命延命が達成されたが、思いもよぬ疾病が新しく登場し、今更ながら生体反応の底知れぬ複雑さに頭を痛める今日此頃です。

目次

透析アミロイドーシスを考える

★藤田嘉一	1
患者のための腎臓病学入門講座(その18)	
(1)血液透析における抗凝固法	
★松井則明	2
(2)長期透析患者の心臓病	
★多川齊	8
透析室勤務のスタッフから患者さんへの提言(その9)	

愛知県下18透析施設における要介助者実態調査	
★愛知県透析ソーシャルワーク研究会	13
20周年を迎えた全腎協	
★小林孟史	17
透析者フォト・元気で動いています	22
松村満美子の患者インタビュー(その19)	
透析で仕事も人生も変わって、今幸せ!!	26
腎センター訪問(その18)	

徳島県・医療法人川島会川島病院を訪ねて	37
透析医療をささえる人びと(その17)	
透析、CAPD、移植患者の心理面をめぐって	
★春木繁一・安村忠樹・中本雅彦	
竹本三重子・白石純子	44
腎研究会のページ	61
編集後記	
★中川成之輔	64
表紙 イラストレーター 杉田 豊	

(1) 血液透析における抗凝固法

土浦協同病院内科 松井 則明

はじめに

血液透析における抗凝固療法というみなさん御存知ないかもしれません。しかし、これは透析そのものとは直接関係ありませんが、実際の血液透析を支える不可欠な要素のひとつなのです。血液は血管内では液体として流動性を保っていますが、血管の外にでると異物にふれて固まってしまう。これを血液凝固といいます。

血液透析にともなう対外循環では血液は穿刺針、透析回路、ダイアライザーと直接接触します。この時何もしなければ血液凝固が起こって、血流が止まり、血液透析はできなくなってしまいます。その血液凝固を防ぐのが抗凝固療法なのです。血液透析療法中にはかかわらず同時にこの抗凝固療法が行なわれています。今日はこの抗凝固療法に

ついてお話しします。

1. どのようにして血液が固まるのか。

血液の中に溶けている蛋白の中に凝固因子といって血液凝固に関係したものがああります。これらの蛋白は血管内

では眠った状態で存在します。これを前駆体といっています。これになんらかの条件が加わると眠りから醒めて活性型の凝固因子となり、血液凝固反応が進行します。図1のようにこの血液凝固反応には第Ⅻ因子の活性化に始まる内因系というのと第Ⅶ因子から始ま

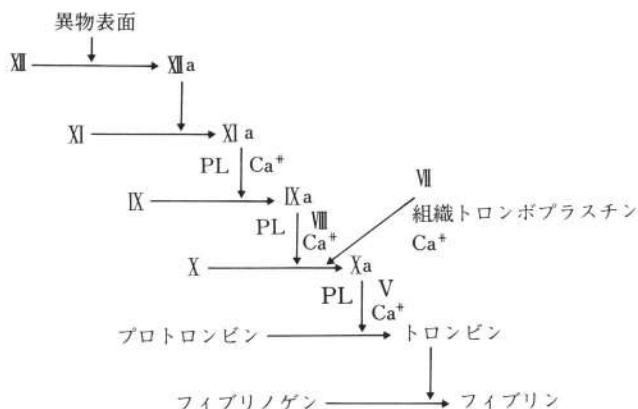


図1 血液凝固反応のあらまし

る外因系というのがあります。これらが凝固第X因子を活性化して共通経路に入り、プロトロンビンをトロンビンに転換し、最終的にはこのトロンビンがフィブリノゲンという蛋白を分解して水に溶けにくいフィブリンという蛋白に転換し析出するため血液が流動性を失って固まってしまう。血液透析ではこのうちの内因系凝固反応が回路と接触して活性化されます。

一方、血小板という細胞が赤血球や白血球に混じって血液の中を流れていますが、これも血液凝固に重要な働きをします。血管外の異物にくっつき、たがいに凝集して、血流を遮断し、何種類かの凝固因子を供給し、凝血塊を強固なものに変換する役目を持っています。

この凝固反応と血小板の活性化により血液が固まり、血流を遮断するので

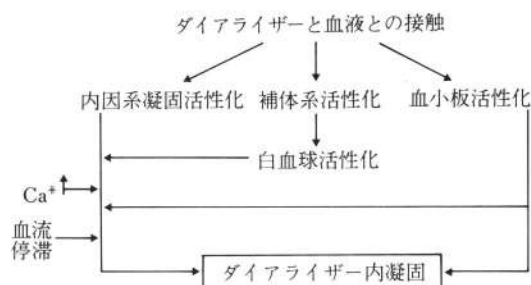
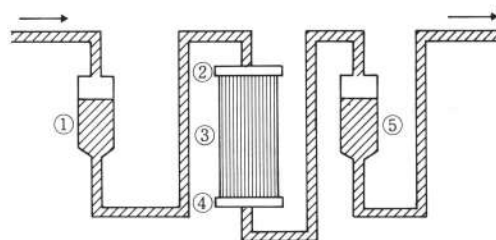


図2 ダイアライザー内凝固のメカニズム



- ① A側ドリップチェンバー
- ② A側ブラッドポート
- ③ ダイアライザー本体
- ④ V側ブラッドポート
- ⑤ V側ドリップチェンバー

図3 透析回路図

2. 血液透析ではどうして血液が固まるのか。

血液透析で血液が固まる理由はいくつかあります(図2)。まず、血液回路など異物にふれて内因系血液凝固反応、血小板が活性化されます。血流が速ければ活性化された凝固因子も流されるのですが、ダイアライザーのブラッドポート部や周辺部、血液回路などの接続部、ダイアライザーの入口、ドリップチェンバーなどでは血流の停滞する部分があります(図3参照)。このようなところでは活性化された凝固因子や血小板などがさらに反応を進め、最終的に凝血塊の形成にまでいた

ります。

また、以前より腎不全患者さんではカルシウムが不足することから透析中に透析液側からカルシウムを補うことが行われてきました。したがって、透析されて体に戻っていく血液はカルシウム濃度が高くなります。カルシウムは図1にもお示したように凝固反応のいくつかの段階で重要な働きをする凝固因子のひとつなのです。これも凝固反応を起こしやすくする原因と考えられます。

以上のような原因が複合して血液透析中の回路内では血液が固まりやすくなっているのです。

3. どのようにして血液凝固を防ぐのか？

原因がある程度わかっていますので、それらを防ぐ手だてを考えます。もっとも理想とされますのは透析回路を血管の内壁と同様に凝固反応を活性化させない材質にすることですが、現時点ではまだ無理のようです。

表1 透析用抗凝固法

1	ヘパリン（低分子ヘパリンを含む）
2	合成蛋白分解酵素阻害剤（FOY，フサン）
3	合成抗トロンビン剤（スロンノン）
4	抗血小板剤（PGI ₂ ，PGE ₁ ，PGD ₂ ，チクロピジンなど）
5	無カルシウム透析
6	無抗凝固剤透析

表2 透析用抗凝固剤の条件

1	抗凝固作用と抗血小板作用を併せ持つこと
2	少量から大量まで増量により作用が強まること
3	安全域が広いこと
4	中和薬があること
5	速攻性であること
6	代謝が速いこと
7	抗凝固，抗血小板作用以外の作用を持たないこと

表3 ヘパリンの特徴

1	抗凝固作用
2	脂質清浄化作用
3	血小板機能賦活作用
4	アルドステロン産生抑制作用
5	組織呼吸促進作用
6	細胞増殖抑制作用
7	骨融解作用
8	アレルギー反応（発疹，アナフィラキシー，血小板減少症など）

いろいろな抗凝固法が開発されていますが(表1)、もっとも一般的に用いられるのは抗凝固剤の使用です。これは凝固反応のどこかを抑えるものです。また血小板機能を抑える抗血小板剤も有効です。そのほか、高血流で活性化凝固因子を押し流そうというもの、体外循環回路内だけ血中からカルシウムを取り除こうというものなどが

あります。以下順にもう少し詳しくみていきます。

1) 抗凝固剤

透析用の抗凝固剤として備えるべき条件には表2にあげたようにいくつかあります。その基本は全身血の凝固能には影響を及ぼさないで回路内での血液凝固を防止し、しかも抗凝固作用以

外の作用を持たないということです。これは非常に困難なことで、これらをすべて満たす抗凝固剤は現時点ではなく、それぞれの状況に応じて、既存の抗凝固剤を使い分けることが必要です。以下、代表的な抗凝固剤について解説します。

a. ヘパリン

血液透析の歴史の中で抗凝固剤の大半を担ってきたのはヘパリンという薬です。というよりも、ヘパリンがあったからこそ血液透析が可能となったといってもいいと思います。

そのヘパリンというのはどのようなものか表3にその特徴をあげておきました。動物の種々の臓器の肥伴細胞に存在するglycosaminoglycuranons(グリコサミノグリクラノン)の一種です。硫酸基を多く持ち、強く陰性に荷電しています。実際に使われているのはブタやウシの肺、腸管から抽出されたもので、分子量6,000~20,000くらいのもものが混在しており、純粋な物質ではありません。

ヘパリン自体には抗凝固作用はほとんどなく、血中のアンチトロンビンⅢという血液凝固を阻止する蛋白の作用を飛躍的に高めることにより抗凝固作用を発揮します。もし血中にアンチトロンビンⅢがなかったらヘパリンは抗凝固作用を発揮することができません。しかしそのような病態は希なのでヘパリンに直接的抗凝固作用があると考えても差し支えないでしょう。作用する部位は図1の主として活性化第X因子とトロンビンの部分です。

ヘパリンは、安全域が広く、少量から大量まで投与量に応じて抗凝固作用も調節でき、速攻性で血中半減期も1～2時間と比較的短時間です。また特異的速攻性中和剤としてプロタミンを持っており、臨床的に優れた薬剤として血液透析のみならず、体外循環を必要とするすべての治療法、血栓症、全身性血管内凝固症候群などに広く使用されてきました。

しかし、欠点も持っています。体に返した血液も固まりにくくなるので、出血しやすいあるいは現に出血している患者さんには出血を助長することになります。脳出血、消化管出血など体の深い部分の出血は発見が遅れる、臓器障害を起こしやすい等の点から命に関わることも少なくありません。

このような患者さんには従来局所抗凝固法として体内の血液には影響しない程度のヘパリンを投与する微量ヘパリン化法、回路の最後のところで中和剤のプロタミンを投与する局所ヘパリン化法が用いられてきました。しかし前者では完全には全身血へのヘパリンの流入を防ぎきれず、後者ではプロタミンとの比率を決定するのが複雑なのと、反跳現象といって一旦プロタミンと結合したヘパリンが少し時間をおいて再び血中に放出されるということが起こり、危険度の大きい出血傾向にはかならずしも有効ではありません。したがってこれらの方法も局所抗凝固法としては完璧なものではなく、新たな抗凝固剤の登場が待たれていました。これについては以下でお話します。

b. 低分子ヘパリン

ヘパリンには多彩な作用があり、それらはかならずしもわたしたちにとり好都合なものばかりではありません。そこで都合のよい性質だけを持ったヘパリンを取り出そうという試みがなされました。先ほどヘパリンの分子量が6,000～20,000といいましたが、これはヘパリンが純粋なものではなくこの範囲のものが混在しているということです。そして低分子の部分のヘパリンが現在実際の診療に応用されようとしています。

これはトロンビンに対してはほとんど作用せず、その前段階である活性化第X因子の作用を阻害します。このことが出血をほとんど起こさない抗凝固剤の誕生へとつながったのです。したがって低分子ヘパリンは当面局所抗凝固剤として出血を起こしやすい患者さん専用に使用されるものと思います。

ただヘパリンの持つもうひとつの大きな作用、脂質浄化作用（血液中の中性脂肪という脂肪を分解する作用）が弱いともいわれ、脂質代謝に異常のある透析患者さんにさらに好都合ではないかとも考えられており、今後この方面への利用も期待されています。

c. ガベキサート・メシレート (FOY)

出血傾向のある患者さん用の抗凝固剤として応用されています。本来急性膵炎の薬として使用されていたものです。膵臓から出る蛋白分解酵素だけでなく広く一群の蛋白分解酵素を阻害するため、同じ蛋白分解酵素の仲間である凝固因子にも有効であろうとの発想

より出発し、一定の評価をうけました。

作用時間がきわめて短時間であることが特徴です。体内に入って全身に分布する頃には失活してしまうので体内の血液を固まりにくくすることはなく、出血傾向のある患者さんに好都合なのです。すなわち、局所抗凝固剤としてとても優れた薬剤です。

しかし、この薬は嘔気、嘔吐など消化器症状を中心とした副作用も強く、また血液回路内の血流が止まると急速に凝固するため使用しにくい面を持っています。

d. ナファムスタット・メシレート (フサン)

FOYと同様の作用機序を持つ抗凝固剤です。ただ、より強力なためずっと少量で有効で、作用時間ももう少し長く、副作用もほとんどないため最近では出血傾向のある患者さんにはよく使用されているようです。ただし、量が多かったり、患者さんによっては体内の血液を固まりにくくすることがあるのでよく監視することが必要です。それには血液凝固時間を測定しますが、この薬剤ではCCTといって特殊な測定法がとられます。

2) 抗血小板剤

抗血小板剤の種類を表4にあげておきました。抗血小板剤で透析用すなわち経静脈投与でき、速攻性で失活も速いというものは現時点ではプロスタグランジン（以下PGと略します）製剤くらいで、それも血圧降下作用などがあり使いやすいというわけではありません。

表4 抗血小板剤

1	アデニレート・サイクラーゼ刺激剤 PGI ₂ , PGE ₁ , PGD ₂ , チクロピジンなど
2	cAMP フォスフォジエステラーゼ阻害剤 ジピリダモールその他
3	サイクロオキシゲナーゼ阻害剤 アスピリン, インドメサシン, スルフィンピラゾン その他の非ステロイド系消炎剤
4	トロンボキサン合成酵素阻害剤 OKY1555など
5	その他

思います。

b. 経口抗血小板剤

経口剤は服用から効果発現まで時間がかかり、かつ徐々に作用が増強し、失活も緩徐です。したがって透析用としては不適當で、通常のヘパリン量ではダイアライザーの残血が多い場合とかあるいは内シャントの閉塞の危険がある場合などで補助的に使用されます。

種類としてはジピリダモール（ペルサンチン）、非ステロイド系の消炎鎮痛剤代表的にはアセチルサリチル酸（アスピリン、バップアリン）、チクロピジン（パナルジン）などがあります。

副作用として出血しやすくなり、脳出血、消化管出血が起ると致命的になることがありますので安易な使用は避けなければなりません。

3) 無カルシウム透析

これは血小板機能にも、血液凝固反応にも不可欠な因子であるカルシウムを体外循環中の血液より一時的に除去し、体内に返る時にカルシウムを補充してやろうというものです(図4)。血液凝固反応と血小板機能両者とも同時に抑制されます。体内のカルシウム濃度は正常に保たれますので各種方法の中でもっとも完成度の高い局所抗凝固法であり、非常に危険な出血性合併症を持った透析患者さんに推奨される方法です。

マイナス面としては、方法が複雑でかつ実施中の監視も面倒であり、人手と機器のそろった施設でないといけません。

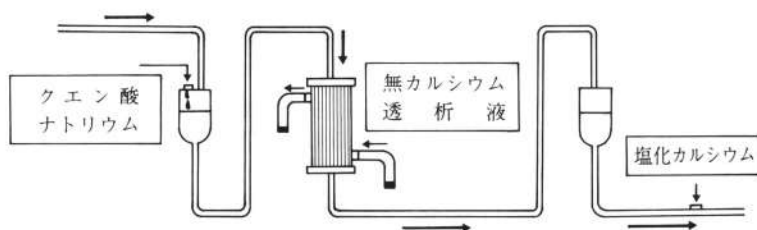


図4 無カルシウム透析システム

ん。他の抗血小板剤は補助的な目的でしか使用されません。

a. PG製剤

PGはホルモンの一種で、いく種類もあり、それぞれ多彩な作用を持っています。この中で抗血小板作用の強いものがいくつか検討されました。代表的なものはPGI₂、PGE₁、PGD₂の3者です。

まず注目されたのはもっとも強力な抗血小板作用を持つPGI₂でした。しかし、PGI₂は製剤としてきわめて不安定であると同時に強力な血圧低下作用を持っており、血圧低下が治療継続の大きな脅威となる血液透析ではとても使

えないこととなります。

PGE₁も同様に血圧低下が障害となります。

抗血小板作用が強く、血圧低下作用の弱いものとしてPGD₂があります。これは多くの患者さんで血圧を下げない程度の量で十分透析中の血小板作用を抑えることが可能でした。つまり、ヘパリンを使わなくてもPGD₂だけで透析が可能でした。ただ、鼻閉感が認められました。

PGはこのほかにも骨融解作用などきわめて多彩な作用を持っており、このままでは臨床応用には限界があります。これらを元にわれわれに都合のよいものを開発していく努力が必要だと

いでしょう。それは、生理的にきわめて重要な役割を担っているカルシウム濃度を操作するためです。

4) 無抗凝固剤透析

これも出血傾向の強い患者さんに応用される局所抗凝固法の一つです。抗凝固剤は一切使いません。血液凝固反応、血小板の活性化を起こしにくいと言われる透析膜でできたダイアライザーを使用し、血液流量をうんと高血流にします。具体的にはクラレ社のEVAL膜を使用したダイアライザーです。高血流とするのは血流の停滞するところ

を極力なくし、たとえ凝固反応が活性化されてもそれらを高血流で押し流してしまおうというものです。押し流された活性化凝固因子は体内で処理されるので少なから心配はいりません。

問題点としては高血流がどんな患者さんでもとれるとは限らないこと、透析中なんらかの原因で必要な血流量がとれなくなった場合凝固してしまうことなどがあげられます。また血液が凝固しやすい患者さんでもこの方法は困難でしょう。

おわりに

以上最近はいろんな抗凝固法が開発され、どのような状況でも抗凝固法が障害となって透析が困難であるという状況はなくなったように思います。しかし、透析における抗凝固剤というのは補助的な役割を担うものであり、空気のような存在、すなわち自覚的にも、他覚的にも患者さんに悪影響を与えるものであってはならないものであると思います。その意味でさらによりよい抗凝固法の開発が求められています。



(2) 長期透析患者の心臓病

三井記念病院内科・腎センター

多川 斉

はじめに

透析生活を元気に過ごすためには、さまざまな合併症への対策が必要であることはいうまでもありません。なかでも、心臓に関係する合併症は頻度が高く、しかも生命にかかわることがありますから、ふだんから注意が必要です。

日本透析学会の全国集計によると、1990年末の透析患者さんの総数は103,296名です。過去1年間に亡くなった透析患者さんは8,939名ですが、その死因をみると、「心不全」がその3分の1という高率で第1位を占めており、これに「心筋梗塞」と心臓が関係していると思われる「突然死」を加えると、心臓に関係のある死因が全体の40%にもなります。しかし、ここで断りしておきたいのは、心臓病には予防や治療が可能なものが多いことです。病気を理解し、積極的に病気を克服するように努めましょう。

透析患者さんに合併する心臓病には、心不全、狭心症、心筋梗塞、不整

脈、心外膜炎などがあります。以前は、不十分な体液管理や透析不足による心不全（肺水腫）や心外膜炎の発生が多かったのですが、近年は透析患者さんの高齢化や糖尿病性腎症の増加などのために病像が変わり、狭心症や心筋梗塞の頻度が高くなってきました。

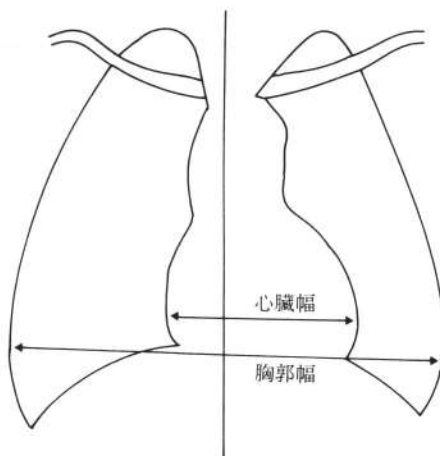
1. 心臓病の検査法

透析患者さんの心臓病の検査法の基本は、胸部X線写真と心電図です。ど

の施設でもできる簡単な検査ですが、重要な情報が得られるため、定期検査のスケジュールに組込まれています。

1) 胸部X線写真

胸部X線写真では、図1のように、心臓の大きさを示す心胸比（CTR）という指標を測ります。このCTRの増大は、心臓肥大ないし心不全の危険を示しています。心不全がひどくなると、肺に水分が貯まってきます（肺水腫）。



$$\text{心胸比}(\%) = \frac{\text{心臓幅}}{\text{胸郭幅}} \times 100 \quad (\text{CTR})$$

図1 胸部X線写真と心胸比（CTR）

2) 心電図

心電図では、心臓の電氣的な活動のようすが記録され、心臓肥大や、狭心症、心筋梗塞、不整脈などの診断に役立ちます。ふつうの心電図は安静時に記録しますが、一定の運動後に記録する運動負荷心電図も行われます。必要によって、24時間の連続記録ができる携帯型のホルター心電計や、透析中の心電図を監視するのに適したモニター心電計なども利用します。

3) 心エコー（超音波検査）

最近発達した検査法ですが、心臓の断面図をブラウン管に写し出し、心臓の動きかたを体外から調べることができます。皮膚に針を刺したり切ったりしないでも、心不全、心外膜炎をはじめ、いろいろな心臓病のくわしい情報が得られるため、心電図に次いでポピュラーな検査法となりました。

4) 心臓カテーテル法

カテーテルという細長い管を血管に挿入してその先端を太い動脈や心臓まで進め、そこで血圧や酸素含有量を測って心臓病を診断する検査法です。さらに、このカテーテルを通して造影剤を注入し、心臓と血管の形をくわしくX線で撮影することもあります。特殊な検査ですから、必要性を厳選して実施します。

2. 心不全

心臓は、図2に示すように、左右の

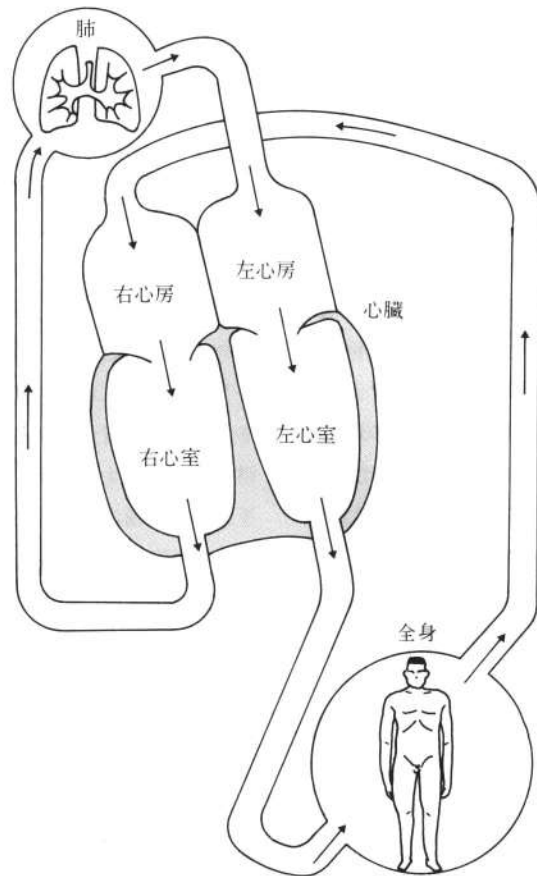


図2 心臓と全身循環

心房と心室からなっており、血液を送り出すポンプの働きをしています。心臓弁膜症や心筋梗塞などの心臓病によってこのポンプ作用が低下し、必要な血液を送り出せなくなった状態を心不全といいます。

全身の静脈から心臓に戻ってきた血液は、右心房を経由して右心室に入り、さらに肺に送り出されます。この働きが悪くなった状態を右心不全と呼び、うっ血のために全身のむくみを生じ、肝臓が腫れてきます。

肺で酸素を供給された血液は、左心房を経由して左心室に入り、さらに全身の動脈へ送り出されます。この働きが悪くなった状態を左心不全と呼び、水分が肺に貯まるため、横になると呼吸が苦しいが起き上がると楽になるという症状がまず現れます。ひどくなると血液が混じった痰が出るようになり、心臓ぜんそくとも呼ばれます。透析患者さんの心不全の大多数は左心不全です。

透析患者さんには、高血圧をはじめ、

体液過剰、貧血、シャントなど、心臓に負担をかける条件がいくつもあり、これらが重なりあって心不全をきたしやすい状態にあります。

1) 体液過剰

透析導入期には、体液過剰のために、しばしば左心不全（肺水腫）を起こし、むくみや胸水を合併します。透析に導入し十分な除水をすれば、すぐよくなります。水分管理が悪い長期の透析患者さんにも起こることがあります。ドライウエイトを低く設定し直し、また、血液透析の間の体重増加量を多くてもドライウエイトの5%以内にとどめるように水分管理に努めることが大切です。

2) 高血圧

透析患者さんは高血圧を高率に合併します。高血圧は心臓肥大をきたし、そのまま放置しておくとう心臓の収縮力が弱まり、心不全を起こす危険があります。高血圧の管理のためにも、体液過剰の是正は大切です。最近では優秀な降圧薬が使われていますが、まず十分に除水しなければ降圧薬の効果は発揮されず、高血圧の管理は不可能といってもいいすぎではありません。

3) 貧血

腎不全になると貧血になることはご承知のとおりです。貧血が悪化すると心臓に負担を与え、心胸比（CTR）が増大します。エリスロポエチンの注射によって透析患者さんの貧血が改善しますが、心臓への負担を減らすために

はヘマトクリットを25%以上に維持することが必要です。

4) シャント

血液透析を続けるにはシャントは不可欠ですが、このシャントも心臓に負担を与えます。通常の手関節部のシャントでは心不全を起こすことはまずありませんが、肘や大腿などにシャントを作った場合には、シャントを流れる血液が多いため、心不全の発生を助長することがあります。シャントが心不全の原因となっている場合には、シャントを閉鎖し、そのかわりとして動脈表在化や人工血管による動脈バイパスなどの方法を講じなければなりません。

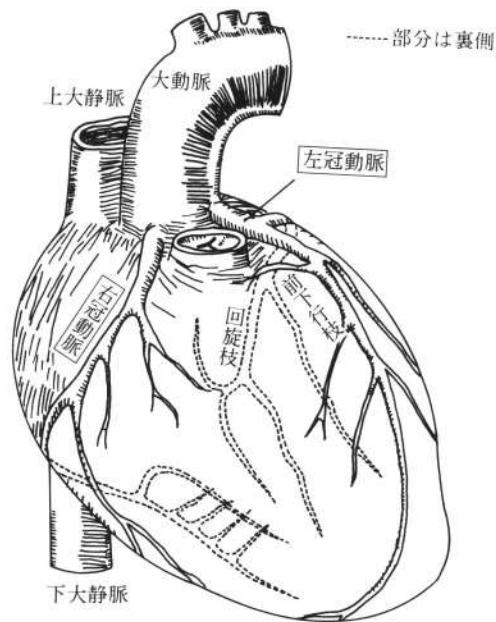


図3 冠動脈は左右2本から成り、分岐して心臓に酸素や栄養を与えます

3. 虚血性心疾患 (狭心症・心筋梗塞)

図3のように、心臓を取り巻いて心臓に酸素や栄養を与えている動脈のことを「冠動脈」と呼んでいます。これが動脈硬化を起こし、心臓への血液の供給が悪くなり酸素不足になった状態を「虚血性心疾患」といい、これはさらに「狭心症」と「心筋梗塞」に分けられます。

狭心症は、走ったり階段を上があったり心臓に負担のかかる動作をしたときに心臓が一時的に酸素不足となる状態です。なかには、安静時、とくに深夜から早朝にかけて、睡眠中あるいは起床洗面の時間帯にかぎって起こる安静

時狭心症もあります。心臓が絞めつけられるような痛みが数分続き、ニトログリセリンなどの血管拡張薬によってよくなります。一方、心筋梗塞は、冠動脈の血流が完全に途絶するため、心臓の動きが悪くなってしまう状態です。突然胸を切り裂かれるような激痛が起こって数十分から数時間続き、ショックになることがあるほどの重症の状態です。しかし、虚血性心疾患がすべて狭心症や心筋梗塞の症状を起こすわけではなく、痛みの発作を伴わない場合が決してまれではありません（無痛性心筋梗塞）。なお、「心臓がチクチク痛む」「何日間も胸が重い」などというあいまいな症状は、心臓には関係がありません。

虚血性心疾患は中高齢者に多く、代表的な成人病といえましょう。高血圧、高コレステロール血症（高脂血症）、糖尿病、喫煙、肥満などが虚血性心疾患を起こしやすい条件とされ、危険因子と呼んでいます。透析患者さんには高血圧や高コレステロール血症の合併が多いだけでなく、カルシウムやリンの代謝異常による血管の石灰化などの危険があるため、虚血性心疾患にかかりやすいことが知られています。また、最近は糖尿病から腎不全になる患者さんが増え、透析を始める患者さんの4分の1以上を占めています。糖尿病の患者さんでは虚血性心疾患の危険が増加します。

虚血性心疾患を予防し進行を防止するためには、これらの危険因子を排除することが必要です。そのためには、高血圧、高コレステロール血症、糖尿

病などの基礎疾患を治療するだけでなく、食事の注意（動物性脂肪と糖分を控える）、適度の運動、禁煙など日常生活に注意を払い、規則正しい生活をするのが大切です。タバコは虚血性心疾患の大敵です。透析患者さんはニコチンの分解が遅いというデータもありますから、ぜひ禁煙してください。

虚血性心疾患は心電図によって診断します。治療の基本は、ニトログリセリンをはじめとする血管拡張薬による薬物療法です。透析による除水や透析中の低血圧は心臓への血液供給を低下させるため、透析中に狭心症が起こりやすくなる患者さんがいます。酸素吸入をしたり、透析方法を工夫したりすると、透析中の狭心症を防止できる場合があります。透析の間の体重増加が大きい場合には、水分管理を厳重にすることが大切です。

薬の効果がなくなるときや症状が悪くなるときには、冠動脈撮影によって冠動脈の病変をくわしく診断し、必要ならPTCA（経皮的冠動脈形成術）やCAB（冠動脈バイパス術）という特殊な治療法を行います。PTCAとは、カテーテルを血管に挿入してその先端を冠動脈内に進め、そこで小さい風船をふくらませて狭くなった冠動脈を拡張させるという方法です。また、CABとは、狭くなった冠動脈に健康な血管をつないでバイパスを作るという手術です。いずれも特殊な技術ですから、心臓専門医の意見をよく聞くことが必要です。

4. 不整脈

心臓は規則正しいリズムで1分間に60～80回の速さで拍動し、血液を送り出しています。この心臓のリズムが乱れる状態（期外収縮・細動）や、異常な速さで拍動する状態（頻拍）を不整脈といいます。「心臓が一時止まる」「どきんとする」「動悸が激しい」などと表現されますが、自覚症状がまったくない場合もあります。期外収縮が多発する場合には、胸の圧迫感や痛みを感じることや、ときには失神を起こすこともあります。

不整脈があると、すぐにでも心臓が止まって死んでしまう不安をもつ方が多いのですが、必ずしもそうではありません。生命の危険のある不整脈は一部で、心電図によって診断できます。透析中に不整脈が多くなり、さらに透析後数時間続くことがあります。透析が心臓に負担を与えているものと思われるから、透析方法の変更や水分管理の見直しが必要です。虚血性心疾患や心臓弁膜症などの心臓病があるために起こることが多いのですが、心臓に異常がなくても起こることがありますから、その原因を調べてもらうことも大切です。しばしば過労やタバコの吸いすぎが引き金になることにご注意ください。必要があれば、不整脈の薬を処方しますが、生命の危険が予想される不整脈については、人工ペースメーカーという心臓のリズムを調節する器械を植込むこともあります。

透析患者さんでもっとも危険な不整

脈は、高カリウム血症による心停止です。血清カリウム（K）が7以上になると心電図の異常が起こり、8を超えると心臓の打ちかたが遅くなり、ついには心臓が止まってしまう危険があります。血清カリウムが高い患者さんは、この危険を防ぐために、十分な透析を受けること、食事中的カリウムを減らすように努めること、カリウムを減らす薬（カリメート、ケイキサレート）をのむことなどの注意が必要です。

5. 心外膜炎

心臓は心外膜という袋に覆われていますが、この袋に炎症が起こり液が貯まった状態を心外膜炎といいます。心外膜炎は、胸部のX線写真で心胸比（CTR）の増大として診断されますが、心エコーによる診断が簡単でもっとも正確です。

透析導入前の患者さんに心外膜炎が起ったときには、すぐ透析に導入する必要があるといわれています。長期透析患者さんに心外膜炎が起ることはまれですが、水分管理を厳重にしたり、透析回数を増やすことなどの対策が必要です。この液が大量に貯まったために心臓の動きが圧迫される場合には、注射針で排液したり、手術によって心外膜を切開しなければなりません。

ん。

6. 心臓病を合併する患者さんの透析

透析患者さんには、高血圧をはじめ、体液過剰、貧血、シャントなど、心臓に負担をかける条件がいくつもあります。その上、透析という血液の体外循環は軽い運動と同じような負担を心臓に与え、また、透析による除水や透析中の低血圧は、一時的に心臓への血液供給を低下させます。そのため、心臓病を合併する患者さんは、透析によって狭心症や不整脈が起こりやすくなります。

心臓病を合併する透析患者さんでは、適切なドライウエイト設定がとくに大切です。また、血液透析による除水量をできるだけ少なくするために、水分のとりかたを少なくし、透析間の体重増加量を多くてもドライウエイトの5%以内にとどめるように水分管理に努めてください。水分管理を守るためには、食事の塩味を薄くし、つゆものを飲まないようにしましょう。

血液透析の心臓への負担を少なくするために、透析法の工夫が試みられています。高ナトリウム透析や血液濾過という透析法や、水分だけを除去するイーカム（ECUM）という方法があります。これらの方法は、比較的大量の

除水をして血圧や心臓への影響が少ないという長所を持つため、必要に応じてふつうの血液透析と併用します。

透析液は、その成分の違いによって、酢酸透析液と重曹透析液に分けられます。数年前まではもっぱら酢酸透析液が用いられていましたが、血圧や心臓への影響があることが分ったため、最近はその欠点がない重曹透析液が主流となりました。

腹膜透析は、血液透析と異なって心臓への負担が少ないことが知られており、最近ではCAPDという新しい方法が発達してきました。CAPDは、シャントが不要であるため心臓に負担がかからないこと、また24時間連続して透析しているため、体内の水分がいつも一定の状態にあることの二つが長所です。

おわりに

透析患者さんには、しばしば心不全、狭心症、心筋梗塞、不整脈、心外膜炎などの心臓病が合併し、生命にかかわることが少なくありません。しかし、多くの場合、水分管理など日常生活に注意し、適切な薬をのむことによって予防・治療できるものですから、自分でも健康管理に注意し、元気な透析生活を送られるように努めてください。

愛知県下18透析施設における 要介助者実態調査

愛知県透析ソーシャルワーク研究会

1. はじめに

現在、透析者全体の高齢化、長期透析者の合併症、糖尿病性腎症患者の増加等、介助を必要とする透析者が増加しつつあり、大変深刻な問題になっている。

そこで、私たちが所属する愛知県透析ソーシャルワーク研究会では、日常生活に介助を要する透析者の実態を調査し、透析を受けながらのより良い生活を可能にするための条件として何が必要かを社会保障の立場から検討することを目的に実態調査を行った。

調査は、1991年4月1日現在、愛知県下のソーシャルワーカーのいる18透析施設で血液透析を行っている者2,288名のうち、「①65歳以上の者、②入院中の者、③身体状態や精神症状を

理由に長期的に介助を要する者、④他者の介助は不要でも自助具を使用することで日常生活を営んでいる者」を対象に聞き取り方法で行った。調査対象者は、680名（30%）であった。

2. 要介助者の実態

透析者2,288名のうち、食事、排泄、入浴、移動、衣服の着脱に全面的、または一部に介助を必要とする者は340名であり、要介助者率は15%に及んでいる。男女別にみると男性179名（53%）、女性161名（47%）である。

年齢構成は、表1のとおり、65歳以上が、53%と半数を占めている。また、65歳以上の高齢者464名のうち39%が介助を必要としている。これに対し、65歳未満における要介助者は7%である。このことから高齢者に介助を要す

る者が多いことがわかる。

透析年数別にみると、5年未満が196名（58%）、10年以上が66名（19%）と比較的透析年数の短い者が多い。日本透析療法学会の全国統計調査においても、5年未満が全体の55%で10年以上が19%であり、この数字からは長期透析になると要介助者が増加するとは必ずしもいえない。しかし、介助に至る疾病・障害が、長期透析による合併症である者が41名おり、長期透析と要介助の関連はあると考えられる。

表1. 年齢別

20～39歳	14名（4%）
40～59歳	103名（30%）
60～64歳	42名（12%）
65歳以上	181名（53%）
（うち80歳以上 20名）	

入、通院別にみると表2のとおり、入院で介助を要する者は61%、通院で介助を要する者は11%である。入院に介助を要する者の比率が高い。当然ながら、入院中の者に全面介助を要する者の割合も多い。一方、全面介助の必要な状態で通院している者が28名おり、日常生活や通院の困難さを推し量ることができる。

原疾患は糖尿病性腎症とする者が44%である。日本透析療学会の全国統計調査では原疾患が糖尿病性腎性の者が、14%である。やはり、要介助者は原疾患を糖尿病とする者の比率が高いといえる。

(1) 要介助者の疾病・障害

介助が必要に至る疾病・障害は表3のとおりである。主なものは、糖尿病を原疾患とする白内障、網膜症、壊疽、末梢神経障害等の合併症が173名と圧倒的に多く、次に、高齢94名、長期透析による合併症41名、脳血管障害46名である。これらの疾病・障害の固定をみると、固定していない者が229名で介助を必要とする者の67%である。今後病状が悪化すると予測される者が175名(51%)と半数以上を占めており、今後、益々、介助の必要性がでてくることが考えられる。

障害別にみると表4のごとく、肢体に障害がある者が197名(58%)で、部位として上肢に障害がある者が47名(14%)、下肢に障害がある者が、161名(47%)と下肢の障害が非常に多い。次に視覚に障害がある者が137名(40%)で、精神に障害がある者が51

表2. 入院、通院別

入院 113名(入院者の61%)	
全面介助	42名
一部介助	71名
通院 227名(通院者の11%)	
全面介助	28名
一部介助	199名

表3. 介助が必要に至る疾病・障害

糖尿病性白内障、網膜症	115名
高齢	94名
糖尿病末梢神経障害・壊疽	58名
脳血管障害後遺症	46名
痴呆・精神病	34名
長期臥床	27名
アミロイド関節症	23名
腎性骨異常栄養症	18名
股関節骨頭壊死	16名
関節リウマチ	15名
その他	75名

名(15%)である。このように下肢障害、視覚障害が多いことや障害程度が身体障害手帳1～2級の者が多いことから介助の必要程度がわかる。特に通院に関しての困難さが推測できる。

(2) 介助者と家族

介助における最大の問題は、介助者の有無である。この調査から、主な介助者は家族とする者が大部分であった。また、介助のために家族の就労の変化があった者は77名(23%)であり、介助は心身の負担にとどまらず、社会的・家族的・経済的な問題も派生させ

表4. 障害別

1 肢体の障害

障害あり	197名
障害なし	143名

部位別	上肢障害	47名
	下肢障害	161名
	体幹障害	33名

障害状態	筋力低下	85名
	麻痺	51名
	疼痛	42名
	変形	28名

自助具の使用	車椅子	77名
	安全杖	60名
	使用しない	47名

2 視覚障害

障害あり	137名
障害なし	203名

3 精神障害・精神薄弱

障害あり	51名
障害なし	289名

ていることを意味している。

要介助者の同居家族をみると、単身者又は配偶者と二人という者が91名(27%)もある。家族が介助を担っている現状で、介助の必要がでた時や配偶者が高齢や病気等で、今以上に介助できなくなった時のことを心配する意見が非常に多い。調査中にきいた「長

期の透析や、年をとり、通院するのがやっとの状態」とか、「身体がこれ以上悪くなって動けなくなった時、どうしたらいいのか、介助してもらえらうか」等の声のように深刻である。また、将来、今以上に身体状態が悪くなり、動けなくなった時のことを心配する声や介助者自身が体調が悪くても一人で介助せざるを得ない等、介助者が疲労している実情がうかがえる。

介助が必要な人のうち、ホームヘルパーを利用している者は8名、ボランティアを利用している者は6名と非常に少ない。ホームヘルパーの派遣も、愛知県や名古屋市では現在週1～2回で、時間も一回2～3時間と実際の生活面で介助の必要性を満たせない。ガイドヘルパー等も週2～3回の通院の際に必要なに応じて利用できる体制ではないといった問題点があるのも利用率の低さの一因と考えられる。

(3) 介助を要する通院透析者の実態

通院している要介助者は227名で、そのうち通院に介助を要する者は、216名(95%)である。特に、通院している高齢者の32%は通院に介助を要している。これに対し、65歳未満の者は5%で、特に、高齢者は通院に介助の必要性が高いことがわかる。

通院にかかる費用が、月5,000円未満が91名であるが、月3万円を越える者も38名(17%)おり、その費用負担が厳しいという意見がある。タクシー料金や透析の通院費の助成は、地方自治体により行われているが、その補助は週2～3回の通院費用を補うにはほど

遠い。今後、介助の必要な透析者に対して、タクシー料金の助成額の大幅なアップ等通院費の助成内容を拡充する必要がある。

次に必要とする介助の内容で多いのは、入浴介助の91名(40%)である。特に、介助者が高齢であったり、一人である場合や家庭用の浴室が狭く入りにくい場合、その負担は大きい。デイ・ケアサービスによる施設での入浴や、移動入浴車を利用している者は5名である。

(4) 介助を要する通院透析者の課題

家族が介助の大部分を担っているなかで、介助のために心身共に疲労し、要介助者も介助者も将来的に強い不安をもっている。介助のために経済的負担がかさみ困っている者も40名いる等、介助を要する通院透析者・家族は厳しい状況にある。今後、家族の負担を軽減していくために、通院のための支援体制として、①ホームヘルパーの充足などによる家族以外の介助者の確保、②透析者を受け入れるショート・ステイ及びデイ・ケア体制の充実、③介助に関する技術援助、相談の場の提供、④通院費用の保障を検討していかなければならない。

(5) 社会的入院

入院している185名のうち、入院理由が、合併症や他疾患治療や透析療法導入のための入院でなく、日常生活の自立や通院が困難なための入院(社会的入院)とする者は57名で31%を占めている。

通院できない理由としては、介助者がいないという理由の者が35名(61%)で、介助者がいないため、通院できないことによる入院が多いことを示している。入院期間も1年以上が35名(61%)あり、10年以上の入院の者も6名と、長期入院を余儀なくされている。この調査からみても、病院は医療としての機能のみならず、日常生活の場としての機能も果たしていることがわかる。条件が整備されれば、通院を希望する者は33名(58%)であり、ホームヘルパー・ガイドヘルパー・タクシー料金助成等の拡充等の通院の条件整備が望まれる。

社会的入院を余儀なくされる要因は、一つには透析が週2～3回は必要で、そのための通院が本人や家族にとり大きな負担になることである。症状が安定していれば月2～3回の通院や往診等でよいという他疾患の場合とは違うところである。二つには糖尿病性腎症や脳血管障害後遺症等で、視力や神経障害などの、障害が二重三重にある者や長期の透析により、アミロイド関節症等の機能障害をきたす者等透析患者の特性に起因する通院困難な条件がある。

(6) 要介助者と施設入所の問題

介助が必要な時、介助を受けながら生活できる施設を望む意見が多い。そういう施設があれば入所を希望する者は340名のうち104名(31%)であり、希望しない者が118名(35%)である。

現在ある施設としては、療護施設と高齢者の場合、老人福祉法に基づく養

護、特別養護老人ホームがある。入所を希望しても、透析を受けながら入所することは実際に困難である。施設側の懸念として、①週2～3回必ず通院が必要だが、施設として通院の介助はできない、②病状が固定しておらず、病状の変化に対して医療の機能を持たないので責任が持てない、③集団給食であるため特別な治療食が作れない等がある。これらによって入所の希望が阻まれている現段階では、特別養護老人ホームは、常時介護が必要な65歳以上の高齢者が対象であり、常に医師の治療を要する者は除外されている。施設側は管理責任が担保されないとして、特異なケースを敬遠したいようである。

今後、行政・施設に対し、透析療法の理解を求め、入所の可能性を拡大する必要がある。また、施設からの通院透析ができない身体状態の者は、新しい形態として透析施設を併設した特別

養護老人ホームの設置が必要である。また、医療機関においても生活機能をもつ長期療養型のものを設置することも一案である。

3. まとめ

今回の調査結果では、18施設の透析者2,288名のうち340名（15%）が、一部または全面的に介助を必要としていた。通院している要介助者のうち、通院に介助を要する者は216名（95%）にのぼっている。日常生活や通院に多くの介助を要している実態が明らかになった。また、入院している185名のうち、日常生活の自立や通院が困難なため入院している者は57名（31%）を占めていた。入院・通院にかかわらず、介助を要する者には、特に高齢者が多い。通院を可能にするには、介助者の存在の有無が最大の条件である。更に通院費の保障、交通手段の保障（例え

ば車椅子ごと乗車できるリフトバスの運行）、住居の問題等を解決しなければならぬ。家族の個の努力だけでなく、介助者を支援する公的資源の検討、充実が早急に必要である。在宅が困難な場合、生活施設である老人ホーム・療養施設への入所の可能性を高める必要がある。より良い生活とは何かを考え、それを保障する社会保障制度を検討し、利用者が十分活用できる制度を拡充していく必要がある。そのためには社会保障制度の利用の実態を十分に把握し、利用上の問題点を患者会や病院と協力して、行政に提起する方策を今後の課題としたい。

（文責：白楊会病院 近藤 成子）

この報告は「第36回日本透析療法学会にて報告した3演題の報告をまとめたもの」である。

愛知県透析ソーシャルワーク研究会会員		調査協力病院
中京病院	星野 雅代	葵クリニック
	西村 正広	安城更生病院
	加藤 敬子	上飯田クリニック
名古屋記念病院	小木 美穂	刈谷クリニック
	加藤 裕子	小牧クリニック
新生会第一病院	新渡戸 満貴	大雄会病院
	村地 裕子	知立クリニック
加茂病院	吉村 公博	半田クリニック
白楊会病院	近藤 成子	碧南クリニック
西尾クリニック	津田 佳代子	増子病院
春日井クリニック	高泉 千賀子	メディカルサテライト・名古屋
名古屋共立病院	小久保 恵子	

20周年を迎えた全腎協

全国腎臓病患者連絡協議会事務局長
小林 孟史

❖ はじめに

全国腎臓病患者連絡協議会(全腎協)は、1971年(昭和46年)6月6日に結成され、ことし創立20周年を迎えました。5月26日、この20周年を記念する第21回総会とともに、国際シンポジウム、公開トーク、会員作品展、人工腎臓関連機器展などの記念行事を行いました。

これらの記念行事には、800人を超える会員、家族らが参加しましたが、どの行事も会員らに大きな感銘を与えました。その感銘は、一言でいうならば、古い会員には「あの苦難の時代を経てよくここまで生き延びてきた」という感慨であり、比較的新しい会員にとっては医学・技術と社会対策の進歩・拡充によって、20年前なら死んでいたかも知れない生命をいま充実して過ごし

ていられることへの素直な感激と感謝の気持ちであったであろうと思います。

この20周年記念の諸行事に取り組むにあたり、腎研究会をはじめ全国の透析関係施設、医師、関連業界、厚生省をはじめ各省庁から物心両面で心づよいご支援をいただいたことに感謝するものです。

❖ 全腎協誕生まで

20年前、医療側にとっても患者・家族の側にとっても、それはまさに「苦難の時代」でありました。

まず、人工腎臓を必要としている腎不全患者が5千人とも1万人ともいわれていた時代に、人工腎臓はわずか600台でした。人工腎臓をさがしあてることは「宝くじをあてるよりも難しい」ことでした。その「宝くじ」に運よくあたっても、患者と家族にとって透析の医療費自己負担がまた深刻でした。すでに、透析医療は1967年に医療保険の対象とされていましたが、全額保険給付される社会保険本人を除く患者の



1991年5月 全腎協20周年記念第21回総会

自己負担額は月額10万円から30万円にものぼりました。まさに「金の切れ目が命の切れ目」でした。

さらにもう一つの「苦難」は、たとえば人工腎臓をさがしあて、高額な自己負担に耐え得る患者であっても、それは長期延命の切符を手中にしたものとは必ずしもいえませんでした。なぜなら、当時の透析技術の到達点は、1年生存率51.2%、2年生存率は23.2%で、1年後に生き残っている患者は約半数、2年後まで生き残った患者は4人中1人に過ぎなかったのです。

当時、ある病院の透析室を見学した新聞記者は、患者が男性ばかりだったのに驚いたと書いています。つまり、自己負担のない社会保険本人が優先されている厳しい現実、患者が明らかに選択されている現実をこの記者は自分の目で確認したのでした。

自己負担に耐えきれず自殺する患者、生活保護を申請するための世帯分離・離婚、家族は貯えを使い果たし、退職金を前借りし、家屋敷、田畑を売り払って患者の医療費を捻出したといわれています。

こうした「苦難」の時代を乗り切って、20年を生き抜いてきた患者は200人を超えていると報告されており、これらの患者にはただただ頭の下がる思いです。また、こうした患者を支えた医師、看護婦、テクニシャン、医療ソーシャルワーカーら透析医療機関の人々、次々に技術研究開発に努め患者の長期延命に貢献された関連メーカーの人々、厚生省をはじめ行政関係者など多くの関係者に心から感謝するもの



▲1971年6月
全腎協結成総会
1972年1月▶
厚生省前デモ



です。

❖ 全腎協の誕生

こうした患者のおかれた実態のもとで、全腎協は結成されるべくして結成されたといえます。結成後、すぐに運動がはじまりました。結成翌々日には、

当時の内田厚生大臣に陳情の機会を得ました。「人工腎臓の医療費を公費負担に」「人工腎臓の全国的な増設を」「腎機能障害者も身体障害者福祉法の対象に」「長期療養者（慢性腎炎・ネフローゼなどの患者）に結核並みの保障を」と、透析導入直前の青ぐろい顔をした



上：1981年 厚生省へ陳情

下：1987年3月 国会請願

初代大西会長、初代笠原事務局長らは訴えました。その翌日にも、NHKラジオに会長、事務局長が出演し、厚生省医務局長と話し合いました。その後も、厚生省をはじめ、大蔵省、国会、都庁と、貧血の身体に鞭打って慣れないデモや陳情活動を続け、患者の切実で深刻な要求を訴えて歩きました。

マスコミも私たちの立場を理解し、

親身になって応援してくれました。全腎協結成前後から、腎臓病患者の実態や国の対策の必要性をペンでカメラで支援し続けてくれました。特に、読売新聞大阪本社版は、全腎協結成前々日から週1回の連載で半年にわたるキャンペーンをつづけ、私たちの力強い味方となりました。こうしたマスコミの報道は同病者を集め、会員の増加が運

動に拍車をかけました。

こうした運動の結果、全腎協結成後1年という異例の速さで人工腎臓の公費負担、人工腎臓の増設計画が国の施策として実現しました。透析医療費の公費負担の前提として腎機能障害者は身体障害福祉法の対象とされました。これらの施策は1972年（昭和47年）10月から実施されることになりました。

患者・家族の切実で深刻な要求の実現は、患者自身の運動なくしては実現しなかったでしょう。しかし、医師、看護婦、医療ソーシャルワーカーら関係者の支援も大きな力になりました。

全腎協は、結成時からこの患者会の性格を「同病あい憐れむのではなく、あい励ます組織」、つまり運動体として位置づけてスタートしました。また、そうしなければならない患者・家族の実態であったことは前に述べたとおりです。この全腎協の組織の基本的な性格は今日においても変わっていません。

❖ 現在の活動

患者の基本的要求が実現したことは、腎不全患者の生活を大きく変化させていきます。

透析医療費の公費負担、人工腎臓の整備計画の実施により、腎不全になっても、性差、貧富・社会的地位の差、年齢差なく基本的に「誰でもいつでも」透析が受けられる社会的条件が整備されました。事実、1974年頃から人工腎臓は全国的に増え、透析患者は急速に増加しました。

患者の増加、透析医療の普及は必然

的に技術進歩を促します。1980年代にはもはや透析医療は単なる延命医療としてではなく、社会復帰を前提とした医療として確立されていきます。週2～3回の透析医療は生涯欠かせないにしても、治療を受けながら家庭で、職場で、学園で生き甲斐を持って生活していくことが可能になりました。腎臓移植、CAPD(連続携行式腹膜灌流)普及のための条件整備はさらに患者の社会復帰に有利な条件を拡げています。年金・手当制度の適用、雇用条件の拡大も私たちの運動の成果として患者の生活の範囲を拡大しました。

私たち自身の生存の権利はこうした運動でかちとられ、多くの人々によって支えられています。私たちはこうした体験を、自分たちの生存条件が確保されさえすればそれでよしとはしていません。自らの貴重な体験を、私たちと同じような苦しみをいま健康である人々に味わわせてはならないということを私たちの基本的なスタンスとしています。

こうした立場から全腎協は、1979年、「腎疾患総合対策」という政策的課題を提起し、その後の重要な運動目標として位置づけてきました。「腎疾患総合対策」とは、どちらかといえば個別的、単発的に行われてきたそれまでの腎疾患対策を、総合的な視点から横断的な施策として国や地方自治体の中に位置づけさせようとするものです。医学的な対策の前進、透析医療費の公費負担、人工腎臓の増設などは前進面として評価しつつも、腎臓病の早期発見に有効な検尿制度の確立、発見後の早期治療



1988年9月 臓器移植について請願

体制の確立、保存療法の確立といった腎臓病進展防止策が、関係機関の有機的な連携のもとに取り組まなければならない。

不幸にして腎不全に進行することになっても、透析医療、腎臓移植、CAPDの選択肢を自由に自己決定できる条件整備が確立されなければならないと私たちは考えています。就学、就労、住居、移動手段、所得保障等々の条件整備も人として生き甲斐をもって生活していくためには欠かせない条件です。

このような施策が縦割りに進められるのではなく、一貫した総合的な対策として行われるべきであるというのが全腎協の主張であり運動をすすめる基本的観点です。

腎臓移植の全国的な普及も私たちの大きな課題です。私たちの実態調査でも、常に40%台の移植希望者がおり、その要求を実現する努力が必要です。

わが国では、欧米諸国に比べて腎臓

移植症例が極端に少ないことはよく知られているところです。私たちはこの大きな原因の一つとして、死後の臓器提供者が移植希望者に比して少なく、臓器提供思想が国民の間に根づいていないことにあるとの立場から、1981年(昭和56年)はじめて、普及啓発活動の一貫として全国いっせいに「腎バンク登録街頭キャンペーン」を行いました。

このはじめての「街頭キャンペーン」には、全国各地の会員、家族らが多数参加し、全腎協が独自につくったチラシを配布し、腎バンクへの登録を呼びかけました。はじめての全国的な取り組みとあって、各地の新聞、テレビがこのキャンペーンを大きく報道し、各腎バンクや県腎協には多くの市民から善意の登録申込みが相次ぎました。

この成果に自信を得て私たちは、以後、年に1回このキャンペーンを続けています。この努力もあって、1986年

(昭和61年)からは厚生省が毎年10月を「腎移植推進月間」に設定し、全腎協も協賛団体として各種啓発活動をすすめるようになりました。

とはいえ、多くの関係者の努力にもかかわらず腎臓移植はなお普及途上であり、今後も引き続き多くの努力が必要ではないかと考えています。

❖ 今後の課題

全腎協結成後20年が経過して、医学的にも社会的にも、その環境は大きく変化しました。患者の要求はかつてのように単純ではなく多様化しています。

医学的社会的な面からみて現在、最大の課題は、自力では通院や日常生活の困難な患者が急速に増大していることです。

年間新たに透析に導入されてくる患者の4人に1人は糖尿病性腎症を原疾患とする患者です。これらの患者は透析導入と前後して視力障害をとまう事例が少なくありません。透析を必要とし、かつ中途失明のハンディは社会適応を困難にさせ、精神的な苦悩、家庭環境への影響も軽視できません。

また15年、20年という長期の透析歴

を持つ患者が増えてくる中で、骨・関節痛などの合併症に苦しむ患者が増えています。これらの患者には歩行の困難な者が多くなり、通院困難や肉体的苦痛、日常生活上の障害がともないます。

さらに保存療法の進展や社会の高齢化とあいまって、透析患者の高齢化もすすみ、様々な問題を私たちに提起しています。

これらの介護を必要とする患者の増加は、全腎協の運動課題を、透析施設を確保しその治療を保障する条件を整備することだけに集中すればよい時代ではなくなってきていることを明らかにしています。例えば、常時医療を必要とする老人は原則として受け入れない特別養護老人ホームの医療機能(私たちの場合でいえば透析医療を中心に)を強化させ、年齢制限も緩和させることや、医療と生活をあわせもつ施設系づくりや、在宅を中心とするならば、通院介護が公的に保障される支援体制づくりが早急に求められています。

❖ 未来へ向けて

透析を必要としていることを除け

ば、健常者とほとんど変わらない生活を送っている患者(やはり“患者”であることに変わりはありません)。海外旅行を楽しみ、仕事もばりばりこなす患者。しかし、前日まで元気に過ごしていた患者が脳卒中、心疾患などで突然死する事例も最近少なくありません。

一方で、なんらかの介助がなければ医療や日常生活に大きな支障を持つ患者。これらの患者たちの間には、当然大きな意識の差があります。要求も異なります。こうして会員の実態や意識、要求が多様化するなかで、全腎協のこれからの活動は、これまでも増して極めて社会性の強いものとならざるを得ない必然性を持つでしょう。

医療費抑制、受益者負担、民活、「在宅」といった行政の方向が、事実上、医療の場でも、福祉の部面でも、否応なく日常化してくるなかで、それらへの的確な批判も加えつつ、いま全腎協の政策的力量と行動力が大きく問われていると私たちは自覚しています。こうした社会的要請に応えられる全腎協をめざして、20周年を新たなステップに今後も広範な活動をすすめていく決意です。

●透析者フォト

“元気で働いています”



◆井上規子さん(42歳)

岩国市黒磯町2-7-42

井上さんは看護婦の資格を取った後、腎炎になり昭和50年から透析を始めました。透析を受けながら透析室の看護婦さんとして働く立場から、患者さんの良きアドバイザーとして、またご自身の体験を通じてエリスロポエチンに関する学会発表をしたり、中堅ナースとして後輩の指導にもあたるなど、極めて充実した毎日を送られています。

(岩国中央外科病院 岩国市今津町4丁目15-3)

伊藤利郎さん(51歳)▶

宇都宮市双葉1丁目9番31号

昭和46年、慢性腎炎になった伊藤さんは54年透析導入直後に両側湿性肋膜炎を患いましたが強い精神力で乗り切りました。導入当時、13歳を頭に3人の息子さんがいましたが、今は皆、立派な社会人です。伊藤さんが電気配線を設計工事した電車は、日本国内のみならず外国のあちこちを走り回り、今はこれから四国を走るJRの新型電車を作っているそうです。

(目黒医院 宇都宮市横田新町9-4)



◆酒井邦昭さん(45歳)

旭川市錦町17丁目

昭和50年9月、石田病院、院長石田初一先生が透析患者の社会復帰を目的とした会社を設立されました。その会社で保険代理店業の責任者として頑張っておられるのが酒井さんです。昭和50年慢性腎炎から透析を開始しましたが、自己管理も良く、社会復帰の良き模範となっており、何事においても一生懸命、がモットーの方です。

(石田病院 旭川市1条10丁目右10号)



鈴木昇さん(54歳)▶

川崎市高津区溝の口29

駅の近くでお菓子屋さんを経営している鈴木さんは、昭和58年から透析に入りました。透析終了後も配達に回るなど頑張っておられ、身体的にも忙しく大変な中、患者会の役員も引き受けられ、常に社会のために、と身体的ハンディキャップを精神力で乗り越えておられます。お休みの日に、釣りに行くのが楽しみとおっしゃっています。

(総合高津中央病院 川崎市高津区溝の口211)



◀庄田好実さん(61歳)

岩国市尾津町2-49-10

透析歴18年の庄田さんは損保代理業の資格を取り、営業を始めて12年になりました。昨年手根管開放術の手術を受けましたが「この仕事は毎日様々な人と出会い、話をする機会があり、自己啓発されるので体の動く限り続けるつもりです」とおっしゃいます。腎友会の設立当初から役員として活躍され、活力ある仲の良い腎友会に育てられ、先生もその献身的活動に敬意を表します、と言っておられます。

(岩国中央病院 岩国市今津町4丁目15-3)

上野洋一さん(40歳)▶

大船渡市大船渡町字赤沢7-9

太平洋が一望出来るマリナーで働いている上野さんは昭和53年から透析に入りました。導入後は透析室のテクニシャン、看板店・楽器店の販売員等苦労しながらも意欲的に仕事に就かれています。花の栽培、カメラ等多趣味ですが、中でも仏像彫りは玄人はだしです。「常に真実を求めて行動する」のがモットーと人生に対してひたむきに生きておられます。

(地ノ森クリニック 大船渡市大船渡町地ノ森36-7)





◀石川太三さん(41歳)

宇都宮市天神2-5-3

ガソリンスタンドにお勤めの石川さんは昭和54年長女誕生間もなく透析に入りましたが、透析患者というのを忘れて、めげることなく前向きに一生懸命に働いておられます。スポーツマンでHt20%にもかかわらず、ソフトボールでホームランを打ち、健康人に負けないスピードでベースを1周した事もあります。人当たりも良く、石川さんがいないとスタンドの売上げは激減するそうです。

(目黒医院 宇都宮市横田新町9-4)

▶北西直美さん(25歳)▶

旭川市春光6区4条6丁目

頑張り屋の北西さんは簿記・珠算・ワープロ検定2級、情報処理・小売商・和文タイプ3級の資格を取り、正職員として経理のお仕事をされています。高校1年生の時から透析に入り、貧血に悩みましたが今では改善し、何にでもチャレンジしてみようと、テニスにドライブ、料理教室、そしてカラオケは何でも歌えるそうです。北海道外には旅行したことがないので、来年はぜひチャレンジしたいとおっしゃっています。

(石田病院 旭川市1条10丁目右10号)



◀池田満男さん(48歳)

高知県高岡郡窪川町金土野1301-1

お花屋さんをなさっている池田さんは、月・水・金の午前中に市場で花の仕入れをしてから透析に入ります。28歳の時に急性腎炎を患いましたが透析は昭和62年から始めました。趣味はお花屋さんらしく土佐寒蘭の培養とおっしゃる池田さんは、今日もきれいな花に囲まれていらっしゃることでしょう。そしてご家庭でもお母様、奥様、お嬢さんの3人の花に囲まれた大黒柱です。

(島津外科胃腸科病院 高知市比島町4-6-22)

キンダリー液 AF-2号 Kindaly Solution AF-2P号 AF-2S号

薬価基準収載品

人工腎臓用透析液キンダリー液シリーズに

新たに糖加・重炭酸型の

AF-2号・3液種が加わり

従来品と合わせて9液種がラインアップされました。

キンダリー液各号の電解質組成(希釈使用時)はつぎのとおりです。

* pH調整剤 水酢酸の CH_3COO^- 2mEq/ℓ を含む

	容量	電解質組成 (mEq/ℓ)							ブドウ糖 (mg/dl)
		Na^+	K^+	Ca^{++}	Mg^{++}	Cl^-	CH_3COO^-	HCO_3^-	
キンダリー液 2号	10ℓ	132	2	2.5	1.5	105	33	—	200
3号	10ℓ	132	2.0	3.5	1.5	104	35	—	200
GF号	10ℓ	135	2.0	3.75	1.5	105.25	37	—	—
AF-1号	A液 9ℓ B液 11.34ℓ	135	2.5	3.5	1.5	106.5	8*	30	—
AF-1P号	A液 10ℓ B末 882g								
AF-1S号	A液 10ℓ B末 928g								
AF-2号	A液 9ℓ B液 11.34ℓ	140	2.0	3.0	1.0	110	8*	30	100
AF-2P号	A液 10ℓ B末 882g								
AF-2S号	A液 10ℓ B末 928g								

AF号使用時にはつぎの希釈比率のバイカーボネート型サプライヤーで血液透析を行って下さい。

AF-1号、-2号 A液：B液：希釈水=1：1.26：32.74

AF-1P号、-2P号 A液：(B末水溶液＋希釈水)=1：34

AF-1S号、-2S号 A液：(B末水溶液＋希釈水)=1：35.83

◇効能・効果、用法・用量、使用上の注意については添付文書をご参照下さい。

〔資料請求先〕 扶桑薬品工業株式会社 研究開発センター学術課
〒536 大阪市城東区森之宮2丁目3番30号

製造発売元



扶桑薬品工業株式会社

松村満美子の患者インタビュー〈その19〉

透析で仕事も人生も変わって、 今幸せ!!



インタビュアー
松村 満美子

と き	1991年11月28日
ところ	日本工業倶楽部会館
出席者(順不同)	阿部 輝男 棚橋 良次 野平 三郎 明石 幸男 明石 房子(妻)
インタビュアー	松村 満美子
アドバイザー	中川 成之輔



子供6人、結婚2回、 レッカー会社経営の明石さん

松村 今日お集まりの皆様は腎不全になったことでお仕事を変わられたり、独立なさったりで、ご苦労はあっても現在順調にお仕事をしていらっしゃる方々です。むしろ透析にならなかったら、現在の自分とは違った人生を歩いていた可能性が大きいかもしれません。透析と人生の関係をポジティブに変えた経験は大変貴重だと思います。それを詳しくうかがわせて下さい。

まず明石さん。今日はご夫妻でお越し下さいました。お仕事は明石金属商会ですね。昭和50年設立ですか？

明石 病気になる前に始めたのです。それまでは日本橋にある薬品会社の現場長をしていました。

松村 レッカーが業務のようですね。

明石 警察関係のレッカーと解体の仕事は両方やっているのです。会社名は設立当初のものです。透析に導入されてから、現在のレッカー業務が中心になりました。いまレッカーの業務量は県下で1番のつもりです。事故、故障車、崖から落ちたとか車がひっくり返ったとか、そういう車を処理しております。

松村 大変なお仕事ですね。62年にトラックの下敷きになったという事故にあったようですが、これはどういうことですか。

明石 タイヤを全部外してトラックを解体していて、10tユンボで支えていたのですよ。シャーシーの下に入っていたら、ダーッと崩れて、トラッ

クを体でしょっちゃったからひどかったのです。肋骨を前後13本折りました。

中川 そのアクシデントのとき、シャントは大丈夫でしたか。

明石 大丈夫でしたね。頭は傷だらけで、いまでも髪が薄くなったままです。ぼくは意識がちゃんとあったから、下から指令して車体をのけたんですけど、10tの重さがかかって押えたから、肋骨がバリバリバリッと、そこで折れたのです。這いずって脱出して、歩いて家へ帰ろうと思ったんだけど、痛みと腫れで歩けなくなって救急車を呼んでもらったんです。

中川 ぼくなんか、スキーで肋骨が1本折れただけで失神しちゃった。(笑)

松村 明石さん、大変な精神力ね。

明石 根性ですよ。ぼくは16歳で山口から東京へ出てきてボクシングの世界に入って、ずうっと訓練してきましたからね。八百板貞夫の全盛期で、ファイティング原田が6回戦をやっているころです。広島で生まれて山口で育ったのですが、高校を途中でやめて、あてなしで東京へ出てきたのです。

松村 それはボクシングをやりたくて出てきたわけ？ かなり無鉄砲ですね。

明石(妻) いまでも無鉄砲です。(笑)

明石 ボクシングは交通事故にあって、断念したんです。2年間やったんですけどね。

松村 レッカー解体のお仕事を始めたきっかけは何ですか？

明石 ぼくの親代わりの会社の都合です。もともとは焼き入れ、焼き戻しの金属熱処理の会社ですが、方針が変



中川先生

わって、最初はいまはやりのディスカウントショップをやっていたのです。冷蔵庫、洗濯機、テレビとかりサイクルの会社を始めました。

透析に53年に導入されて、最初のころは重いものを持てなかったのが、機械を導入して解体屋に切り替えたのです。力仕事をしなくてもいいということですね。これはブームが去って下火になるころに始めたのですが、でも一応の成果はあげましたよ。同じ仕事をやるのなら警察との関連が大きいので、その方向で仕事しようとレッカーを始めたら、仕事量が一気に増えました。幸い、土地が確保できて保管場所があるので、この商売がスムーズにいくのです。社は地元の人が重役ですから、地主が土地を全部提供してくれているのです。



明石 幸男さん、房子さん

46才、透析歴14年 事故車、故障車のレッカー移動、解体業務

松村 賢いですねえ。単身で東京へ出てきて、立志物語ですね。

明石 ぼくは勤めているときも、手を抜いたことはなかったですよ。

明石（妻） ほんとによく働きます。ジッとしていないんです。

松村 ご結婚はいつですか。

明石 これ（隣の妻を指して）とは59年の再婚です。前妻との子供が3人いて、彼女が2人連れてきたんです。そして結婚して1人できたから6人の子供がいます。

松村 6人全部、奥さんが育てていらっしゃるの？

明石（妻） はい。今日も、社員を含めて20人の食事をつくってからここに参りました。

奥さんの扶養家族でパチンコ 三昧から一念発起、いまや ベンツで透析へ通う野平さん

松村 野平さんは15年前から透析導入ということですが、原因疾患は何ですか。

野平 風邪からなんです。それまではどこも悪くなかったんです。

松村 20歳から個人営業で八百屋さんというのは、高校を出てどっかに弟子入りして修業して……？

野平 そうです、でっち奉公に入りました。そして引き売りの八百屋をやっているときに発病したんです。

松村 発病と同時に結婚して、「奥さんの扶養」を受けられたそうですが、奥さんは何をしていたの。

野平 デパートの店員。

松村 お仕事を始めたら透析になって、挫折しちゃったということですね。

野平 そう、世の中真っ暗やみ。何もやる気しなくなった。長生きしないんだろうから、いいやって、毎日ぶらぶらしてた。そのうちに、これじゃいけねえ、死んでも構わねえ、やるだけやってみようかと、気持ちを入れ替えたんですよ。

松村 それは維持透析が安定してきてからですか。

野平 そうですね。そうしたら今度またリンパ腺結核を併発しました。

松村 頑張ろうと思ったら、結核になったわけね。

野平 そうです。もう七転八倒でした。

中川 最初の症状は不明熱ですか。

野平 はい。毎日40度以上の熱が1ヵ月以上続いたね。

中川 結核による発熱だということでは、診断しにくいことが多いんですね。リンパ節結核だと、触れるようになればわかりますけどね。

野平 全身水疱瘡になって節々が痛くて動けない。女房は「もうだめだ」と言われていたそうです。結核の抗生物質をいろいろ変えて、最後に感受性が合ったものが使われて、いまも生きています。

松村 じゃ、せっかく一念発起したのに、またまた挫折ですか。

野平 挫折。また女房の扶養になったんです。

松村 立ち直れたのは何ですか。

野平 やっぱ女房に悪いし、遊んでちゃいけない、男としてやるだけは



野平 三郎さん

38才、透析歴15年 フルーツ卸業

やってみようと思って。

松村 そのとき、奥さんは何とおっしゃいましたか。

野平 何て言ったかな……。

松村 ぶらぶら遊んでいるときに文句は言われませんでしたか。

野平 「病気だからしょうがない」みたいな……。おれとしては、「これじゃいけねえんじゃないか」と毎日思っていたけど、パチンコは毎日通って、みんなにパチプロと言われてたくらいです。(笑) それではいかんとフルーツの卸し専門の商売を始めました。いろいろありましたが、お陰さまでいまは一番いいときじゃないですかね。

松村 奥さんとも一緒に仕事ですか？

野平 一応従業員です。肩書は専務ですから。デパートの店員も兼業して、

衣服とかランジェリーの売り場を担当しています。デパートには毎日勤めて、こっちが忙しくなればこっちをやっています。

不動産鑑定士の資格を脱サラで取った棚橋さんは独身貴族

松村 棚橋さん、福岡から遠いところをありがとうございました。透析によってお仕事を変えたんですか。

棚橋 透析によって変わったということではないのです。前は宮崎で親が商売をやっていたのですが、私が透析になって将来的なことに希望が持てなくなり、私の病気もひとつの転機で、両親とともに福岡に移ったのです。

松村 先天的なご病気だったのね。

棚橋 よくわからないのですが、腎臓でできたおしっこがなかなか膀胱に下りない。原因がはっきりわかったときには腎不全が相当進行していました。

25歳から透析に入って、身体障害者になったから、職安のあっせんがかえって受けやすくなったのです。大学を出て、就職はうまくはかどらず、透析期間まではぶらぶらしていて、職安から医薬品の卸をやっている会社を紹介していただいたのです。

その会社は、透析をやっている患者さんを2人雇っていて、営業などのきついところでなく内勤にしてくれて、私も非常に感謝していたのです。

そうやって透析と同時に仕事を始めたのですが、透析にうまく順応してトラブルもなく元気になって、何でもできそうな気がしてきたのですね。

それで、4年間はまじめに勤めたのですが、将来、サラリーマンではハンディが決定的にありますので……。

松村 不動産鑑定士の試験は、会社をやめてから受験勉強したのですか。

棚橋 そうです。仕事をしながら取る資格ではありません。独立して自分の事務所を持てば、透析しながらでもできるので思い切って会社をやめました。

松村 透析患者でなかったら、サラリーマンになっていたかもしれない。

棚橋 そうですね。私は銀行とか保険会社とか、金融関係のサラリーマンをしていたと思います。銀行を受けて面接まで行ったのですが、身体検査があつて、結局だめだったのです。

松村 それは福岡へ出てからですか。

棚橋 宮崎にいたときです。仕事をしていた透析に入った方はまだ残れるのですが、特に学生で透析になったらどうしようもないですね。文部省あたりで考えてほしいです。

松村 現在の所属は、鑑定保証科学研究所ですね。

棚橋 名前は大きいですが、鑑定士が集まった事務所ですよ。

松村 2次試験とか3次試験というのは、グレードが上がっていくのですか。

棚橋 そうです。3次を通れば資格がもらえて、仕事もできるようになるのです。

松村 それも受かって、鑑定部の課長さんですか、偉いんだわ。

棚橋 部下が、女性も含めて8人ほどです。私は職人で生きようと思っていたから、人を管理するのは得意ではな



棚橋 良次さん

38才、透析歴13年 不動産鑑定士

いんだけど、次の若い方へ教えていかなければならない立場になったので……。

中川 サラリーマンも不動産鑑定士も机の上の仕事で同じような職業に見えるけれども、本質的にはどこが違うんですか。

棚橋 鑑定士は1人で、仕事ができるようになれば独立してやっていけるということで、現時点はサラリーマンと変わらないです。これは弁護士さんの世界でも一緒ですね。私の場合は透析をしているので、試験はうまく通っても、事務所に入るのがなかなか大変だったんですが、いまの事務所の社長が試験勉強しているときの講師で、人手が足りなかったので雇ってくれたのです。

松村 棚橋さんも勉強して、病気がプラスに働いたというか、いまの職業については満足度が高いですか。

棚橋 そうですね、一介のサラリーマンでは大きな不動産を扱うことはできませんが、私がやった仕事が、新聞の1面に出ているというようなこともありました。そういうことに関われてよかったなということはあります。

松村 先天的疾患が腎不全の原因ですが、子供のころからどのような経過ですか。

棚橋 小さいころから、検尿のたびにタン白は出ていたのです。「慢性腎炎だろう、仕方がない」と思っていました。

中川 水腎症なら、腹もふくらんできたでしょう？

棚橋 特になかったですね。大学生のときに受けた精密検査で、造影剤が膀胱から先、尿管で止まってしまうんです。おしっこはちゃんと出るんですが。

将来の透析を見越して独立、 空調の保守会社を営む阿部さん

松村 阿部さんは、透析が昭和60年からですね。お仕事は空調設備工場、これはお勤めですか。

阿部 透析を始めたときはもう独立していました。「これぐらい腎臓が悪かったら、いずれ透析に入る。サラリーマンでは大変でしょうから、独立することを考えた方がいいんじゃないか」という先生のお勧めだったのです。

独立する気はなかったのですが、勤めている会社が何となくいやだったし、家内も働いていたもので、家内に

食わせてもらえば何とかなるんじゃないかと、安易な気持ちで会社をやめたのです。

もともと、都内の会社で空調の仕事に従事していました。

松村 それでは病気をきっかけに人生計画をきちっとたてられたんですね。

阿部 惰性で流れてきたようなもんですね。ただ、39年に片方の腎臓を取ったときにまわりの人たちから「いずれは透析という関門をくぐらざるを得ないんだ」と言われてきたものですから、透析に入るときもそんなに大きな抵抗はなかったんですが、世の中、甘くなかったです。

松村 でも、39年に発病して、60年までは保ったわけでしょう。

中川 透析になるまでの過程で独立したんですね。

松村 先生の印象に残っているぐらい、ちゃんとした患者さんだったんですね。

中川 奥さんが苦労人で、実は奥さんといっぱい電話での秘密(?)連絡があるんですよ。(笑)

阿部 家内は看護婦をやっていたものですから……。

松村 なるほど。途中、生活を背負ってもらった時期はあるのですか。

阿部 まるまる遊んだということはないんですけども、54年に独立したころは収入が少なくて、家内のサラリーで生活をやっていたみたいです。ほくは全然家に入れなかったものですからね。

松村 阿部さんのお仕事も順調で……？



阿部 輝男さん

43才、透析歴7年 空調設備工事

阿部 ええ、もう営業に歩くことはほとんどないです。仕事は電話で入ったり呼び出されたり、来る仕事をこなすだけで目いっぱいという感じです。従業員は5人使っています。

松村 奥さんは看護婦さんをまだ続けていらっしゃるんですか？

阿部 もうやめて、会社の専従です。

松村 独立してからどれぐらいで軌道に乗ってきました？

阿部 7～8年、10年超えて、やっと安心できるぐらいになったところですね。

松村 54年に独立して、透析に入ったのは60年ですから、そのコントロールは食事などでやっていらしたのですか。

阿部 食事でカバーしたのですが、外

に出る仕事が多く、それと1人で独立したのでずいぶん無理して、いま考えるとコントロールの部類には入らなかった気がしますね。

ただ、同じ透析に入るのでも、ぼくは「入るぞ、入るぞ」と言われていたものですから、大きな打撃がなかったのですが、それでも透析に入ったときは、何でぼくだけこういう目にあわなければならないのかなと思いました。ただ、いまこうやって仕事が入うまくいっていると、病気がもたらした本当にいい職業だなあとと思っています。

独立しようなんて、さらさら思っただけでなかったんですけども、病気のことを考えれば、行く行くはサラリーマンでは無理なんだろうとは、頭にありました。

松村 勝算があって独立したんですか。

阿部 いや、全然なかったんです。

松村 だって、よそから仕事が必要になれば成り立たないご商売でしょう？

阿部 ぼくは思うんですけども、仕事を右からもらって左に流す商売は不景気になれば大変だと思うんですが、手をかけて体を汚してやる仕事は、不景気になっても絶対あると思うんですね。

ですから、不景気風が吹きつつありますが、余り悲観はしていません。空調機の修理とか故障を直したり設置したりという仕事は、多少落ち込んでも絶対あると思うんですね。不景気になればなるほど、修理して使うということが出てくると思うんですね。

松村 保守もやっていらっしゃるって強

いですね。だんだん大きくなってきているんですか？

阿部 前年比何パーセントと大きくはなりません。ただ問題は人ですね。汚れたり、時間が不定期なものですから、人が集まらないで苦労しています。

松村 お子さんたちは、東京へ出ていらっしゃる時は生まれていましたか。

阿部 いや、出てきてからです。

透析中のトラブルも皆さん少ないですね。

体重のコントロールも上手だし

松村 透析は週3回で、特にトラブルは……？

阿部 よく食べるもので、カリウムが高く悩んでいます。ぼくは重たいものとか機械を動かすものですから、シャントが太くなって流量が多くて胸に負担がかかってきたので、女子医大へ行ってシャントの切り直しというのか、縮めてもらったことがあります。

野平 おれなんか、タマネギ、ジャガイモ、スイカだろうが、重いものばかり持っているけど、そういうことにはならないですよ。

中川 要するに血液の流れ方ですよ。川の流れみたいなもので、流れる水の量は同じでも、やたらどっかにぶつかるような流れ方をするとということ、本人の血管の強さ、弱さの影響を個別に受けます。

松村 棚橋さんは特にトラブルは……？

棚橋 透析を始めてからは風邪で仕事

を休むこともなくて、13年透析していますが、2回ぐらいですね。

実はこの2月に副甲状腺の摘除をしました。その後は血清中のリンも下がっていい状態です。

松村 いまの鑑定のお仕事というのはかなりハードなんですか。

棚橋 とにかく対象の不動産を見に行かなければならない、また役所へ調べに行ったりという調査で出歩くことは多いですね。

1日机に向かう仕事だと透析で時間を奪われると決定的なハンディになりますが、納期までに仕事を上げさえすれば、そんなに細かいことは言われないうですね。

松村 透析の時間は寝ていらっしゃるんですか。

棚橋 ほとんど寝ているので、勉強したいと思うのですが、なかなか……。受験勉強のときはさすがに、透析中も勉強しましたが、いまはなかなかできないです。

野平 10分ぐらい単行本を読んでいると、もう眠くなってきて……。

松村 透析自体が眠くなるのですか。それとも皆さん、体が疲れているのでしょうか。

中川 いや、その病理的背景がかなりわかってきています。眠くなる人はかなり多いんですよ。

野平 いびきをかいて寝ている奴もいるし、歯ぎしりする奴もいるし。(笑)

松村 そうすると、野平さんはもっぱら寝ている。透析は昼間ですか。

野平 午後です。仕事は朝早くて、毎朝3時半から4時ごろです。夜は、病

院から帰ってきて帳簿をつけたりして、寝るのは11時ごろかな。

松村 睡眠時間がすごく短いですね。

野平 だから病院で寝ちゃうんですよ。(笑)

松村 明石さんは週3回で夜ですね。夜中に呼び出されたりもするのでしょうか？

明石 ええ、24時間です。

松村 すごい事故もあるのでしょうか？

明石 すごいですよ。

松村 事故の規模によるでしょうが、全員で出たりするわけですか。

明石 そうです。大きな仕事はトレーラーが必要になります。

松村 シャントのトラブルは全然ないのですか。

明石 ありません。それにぼくも透析の間中寝ていますから終わるとものすごく調子がいいんです。そして透析が終わってから仕事に行きます。

野平 ぼくは透析をやって2～3kg落としちゃうとゲソツとなって何もやる気しない。疲れるものね。

中川 医者と看護婦は、体重のことでケンカする相手だと思うんですが、その人にとっては安全の範囲でも医者と看護婦は、オーバーなものは言わないわけにいかないですから必ず言う。うんざりしていても、それは聞いて下さい。(笑)

明石 ぼくは体重が全然増えないんですね。尿は出ないんですけど、体重は2kg以上絶対増えないですね。夏になるとどんどん食べてもマイナスです、動いちゃうから。

松村 じゃ、体重を落とす苦勞をしな

いで済むのね。

中川 病気になるってガックリくるかこないかというのは、その人の持っているポテンシャル・エネルギーによる違いはありますよね。

明石 ぼくが入院したときに視力がゼロで、秋沢先生に「3ヵ月しか命がないぞ」って言われてかなりショックで落ち込みました。でも自分で切り替えて、「もし3ヵ月たって生きていたら退院させて下さい」って頼んで退院する前にシャントをつくったんですね。まだ透析はしなくてもいいけれども……。

松村 しなくていい状態でシャントをつくったのですか。

明石 ええ。

中川 3ヵ月後退院のときに、尿量はありましたか。

明石 ええ、1日200mlぐらい。それで、今度は仕事でやけどして右足全部、骨と筋を除いて全部取れたんですね。未だにひきつれてすごいんです。そのとき6ヵ月入院と言われたのに、入院しないで自分で治したもので、尿が止まっちゃいましたね。

でも、ぼくは恵まれているんですよ。透析してから家もつくりましたし、子供にも恵まれたし、2人よけいにもらっちゃいましたしね。(笑)

松村 透析してから生まれたお子さんというのが、6歳の男の子ですね。

明石 そうです。来年学校なんです。

松村 それにしてもすごいですね。よくまあ、そんなに……。お子さんたちはみんな仲良くやっていらっしゃって……？

明石（妻） はい、やっています。

慢性疾患を人生のマイナスと 考えないで、皆さん前向きですね

中川 長期慢性疾患であると言われたときに、一般的には、おれの人生はそれだけ損をする側にまわると考えて、サラリーマンだったら、何とか会社に残りたいとか、公務員だったら、とにかくドジしないで何とか、というような消極的な選択をするケースの方が多いんじゃないかと思うんですが、皆さんは違う。なぜ違うかということを一歩知りたいんですよ。

棚橋さん、どうですか。

棚橋 私はもう大学3年生のときに、腎臓がはっきりしないから腎の専門の方に診てもらおうかなって大学病院へ行ったら、「腎臓が相当悪くなっている、将来は透析だろう。だから就職もだめだろう」と言われたんですね。大学病院から下宿まで泣いて帰りました。

中川 おまえは、プラスとマイナスに分ければマイナスの方だという受け止め方をしてしまったことはありませんか？

棚橋 それはしました。同級生はほとんど就職が決まっていくなのにね。考え方が変わったのは、透析が思ったよりうまくいって、私のころは透析すれば体も大変だということだったんですが、やってみたら案外何でもできるなあという感じで、せつかくこの世に生を受けたからにはやってみようかと……。

中川 仕事をやってみたら意外とやれるということが、棚橋さんの生活を前向きにしたということですか？

棚橋 それと、透析を始めてしばらくしたころ、同じく透析をしている福岡の西本さんという方が、遠泳で福岡の能古島という離島まで2 kmぐらいのところを泳いで渡るといふ快挙を成し遂げて、新聞にも載ったのです。それで、たいがいのことはできると、感化されて水泳を始めたんですね。

松村 エアロビクスもやっていたらしゃるんですってね。

中川 長期の慢性腎炎だと言われるのと、透析を同時に言われたのですか。

棚橋 大学病院へ行っていきなり透析だと言われたから、青天の霹靂だったですね。

中川 野平さんの最初の受け止め方は、かなり絶望的だったみたいですね。

野平 おれはもう完璧にだめだったね。“透析”なんて言葉も知らないし、風邪をひいて突然なったでしょう。それまではえらく元気で、高校のときだってバスケットの選手だったし、中学のときは短距離の選手だったんだよね。中学のとき血圧が高いと言われてはいたんだけど……。

松村 透析を言われたときのその投げやりな気持ちが、どういう形が変わりましたか。

野平 入院していてベッドの上で、事務の主任の人が来て書類のことで話をしていて、「これは死ぬまで1日置きにやらなくちゃいけないんだよ」と言われたときにはベッドの上でえらい泣いた記憶がいまでもあるけど、それから

はもうドン底の気持ちで……。

中川 いま泣かないで済む、というところに生活を持ってこれたきっかけは、どういうことですか。

野平 うちの女房が「病気だからしょうがない」って、食わせてくれたけど、おれは病気に負けてんだなあ、病気に負けちゃいけないなあ、それなら死んでもいいからやるだけやってみようって180度切り替えて、まず顧客を増やさなくちゃいけないんで、トラックであっちこっち回って名刺を配りました。1件取れたらもううれしくてねえ、ケーキ屋さんへね。

中川 そうすると、奥さんが心の暖かい人だったことが大きいし、仕事をすればそれだけ見返りが返ってくるといふことに気づいたことが大きいようですね。

野平 金じゃなくて、とにかく自分自身に勝たなくちゃいけないなと思って。

松村 阿部さんは病気は前からわかっていたから、覚悟はできていたんでしょうね。

阿部 透析になる、なる、と言われていましたから、とうとう来た、そんな感じですね。でもやっぱりそのときは自暴自棄みたいな形にもなりましたね。ただ子供が小さくて、透析に入ったら3人目が生まれていましたからね。まだ両親が健在だったので、透析に入って1ヵ月か2ヵ月ぐらいしたときに親族会議を開いて、腎移植の話もあったんだけど、両親は高齢だし、兄弟は働き盛りで所帯を持っていたし、とりあえずなるようになる。だ

めだったら実家に戻ってくればいいという形で、実家は農家ですから……。

中川 お子さんの年齢からみて、3人もいたら、どうにも頑張らなきゃという気持ちは出てきますね。

松村 自暴自棄にもなったんですか？

阿部 一時はなりました。透析にも行きたくないと言ううちの奴が「行かないとしようがないから」と、否応なしに行ったというのもありますね。

ただ、その当時からスポーツが身近であって、透析に入ってからでも富士山へも行きました。山はもう行けないですが、スキーはシーズン中は月に2回か3回ぐらいは行きます。

野平 だいたい階段を上るのがつらいもの。

阿部 エリスロポエチンで、本当に楽になりましたね。

中川 ただ、あれも高血圧が結構こわいんですけどね。

明石 ぼくはやってないんですね。使うって言われたんですが、断ったんですね。自分で何とか上げますからって。

中川 それが本当が一番いいですね。

松村 明石さんはやけになったことはないですか。

明石 ぼくはないです。商売を始めたばかりだったし、子供がいましたからね。まだ生きなくちゃと思って……。だから逆に賭けちゃいました。秋沢先生と約束したんですよ。いまぼくは奇跡的に視力が1.5あるんですよ。全然見えなかったのが元に戻ったんです。

松村 前の奥さんと別れたときも、やけにならずに……？

明石 子供がいるから、そんなにやけ

になったら困っちゃうもんね。

中川 明石さんを見ていると、事故にあっても必ず不死鳥のように生き返ってくるので、初めから人間が違うんじゃないかというような気さえします。

明石 ぼくはもう1つ、のどを短刀で刺されて切れているのです、アクシデントで。

中川 やがては透析が移植でなければだめだと言われたときのお気持ちはどうでしたか。

明石 移植は言われてないんです。何しろ「きみ、3ヵ月ぐらいでアウトだよ」と、じかに言われたんです。

松村 精神的には大丈夫でしたか。

明石 いやあ、すごく動揺しましたよ。1週間ぐらい、だれとも話をしなかったです。だけど、それから逆に居直っちゃいました。

松村 奥さんは、いま会社のお手伝いをしていращやるの？

明石 もう大変ですよ。金庫番で、副社長ですから。

中川 そうすると、自分がだめだという感じになったのは、その1週間だけですか。

明石 1週間だけ。透析については、先生が「きみはがむしゃらに働く人間だから、いまの状態ではいずれ透析だよ」ということだったんで、それはしようがないけれど、仕事をやりたいから早く退院したくてね。

でも体が動かないんですよ。ヘマトクリットが15%ぐらいですから、ハンドルを回しても息切れして、50m歩いても座り込んでしまうんですよ。これ

が2年続きました。でも歯を食いちばってやりました。

中川 いまはエリスロポエチンがありますから、貧血なんて昔の話になっちゃったんだけど、そのころは肝臓などの辺りにわずかにエリスロポエチンをつくる力が残っているのに頼るわけです。それが輸血すると、休眠しちゃうことがあります。

明石 そのためか私の先生は輸血させませんでした。

筋力をつけて、体を動かして働いている人は元気。汗もかくし

明石 ぼくはこの嫁さんと結婚するときに、腕立て伏せを1日200回ぐらいやり始めましてね。いまはちょっと調子が悪いんで、止めているんですけどね。

明石（妻） 下の子も一緒にやるんですよ。（笑）

明石 透析の患者は、筋肉がものすごく落ちて老化するのが早いんですね。だから自分で少し手を加えてあげないと……。

野平 ぼくなんか、まだすごくありますよ。

中川 皆さんは透析をひとつの武器として人生をつくりなおしたと表現してもいいと思います。しかし長い経過ですから、導入してから何か衝撃になったことはありませんか？

明石 ないですね。

野平 ぼくもない。

棚橋 ぼくは透析を受けていなかったら、家庭を持っていたんじゃないかと

思いますね。

野平 ぼくなんか、仲間に「透析になった方がよかった」って言われた。(笑)
暴走族にならなかったし。

阿部 ぼくは、イライラがずいぶんあったんですよ。

中川 そういうときに奥さんが、自宅の外から私に電話して相談されるんですよ。(笑)

阿部 春から夏にかけては汗が出るからいいんですけどね、秋から冬にかけて汗が止まると、足の裏とかひざの裏にイライラが集中するんですね。夜も秋から冬にかけて寝れないんですね。

松村 かゆいとか何とかでなくて？

阿部 ええ、足にストレスがたまる感じなんです。

明石 それはないですね。

棚橋 ぼくもないです。

野平 おれは何もない。汗をかくからね。かかなかったらサウナに行っちゃうし。

阿部 そう、それがいいみたいね。ぼくもサウナに行くようになってから、そのイライラも少しよくなってきているんですけどね。

中川 発汗する力は、透析導入後3年間ぐらい、回復に時間がかかることになっているんだけど。

野平 いや、ぼくははなからありまし

たよ。

中川 一般的には発汗が止まるんですよ。そして自律神経機能が改善して発汗できるまで3年ぐらいかかるんですよ。移植すると翌日からとたんに汗が出ます。汗をかくというのは、体重管理が楽だね。

松村 顔色も全然わからないものね。

野平 顔の色が信じられないでしょう。

明石 働いている人の方が元気ですよ。

野平 体を動かしている方が健康です。

明石 よく警察で講演をします。署員の奮起を促すために、「こういう人間でもこれだけ動けるんだよ、健康で健全な精神を持っている署員はもっと動けるだろう。ぼくは明日もわからない命だけど、みんなはまだ未来がある」と、話をするんですよ。

松村 明石さんが言ったら説得力があるでしょうねえ。

野平 だいたい健康な人間なんて甘いよ。

明石 ぼくは、この嫁さんと結婚するまでは、血清カリウムが7とか8.2 mEq/l とかあることが多くて、もう危ないと言われていたのです。彼女と結婚して、彼女が食べるものを全部一

度ゆでこぼすんですね。それでカリウムが4 mEq/l ぐらいまで下がったのです。8.2 mEq/l ぐらいのときには下痢しちゃうんですね。手がしびれて、唇がしびれて、ろれつが回らなくなるんです。それがよくなったので、やはり内助の功です。

明石 (妻) ありがとうございます。(笑)

野平 おれも7 mEq/l ぐらいのときがあった。「果物の食い過ぎだ」と言われたけれど(笑) 商売柄、試食しなくちゃ味がわからないでしょう。先生に「商売もわかるけど、あまり手を出さないでくれ」って。(笑)

明石 10年以上たった人は、無茶はしなくなりますね。ぼくも最初は先生の言うことになんか逆らっていたんですね。でもやっぱり先生の言うことを守って、変わってきましたものね。

松村 今日お集まりの皆さんは、苦しみを乗り越えて前向きに前向きに生きていらっしゃる、仕事にも人生にも真剣に立ち向かっておられる姿が本当に印象的です。それに皆さん根アカという感じ、これからどうぞ明るく頑張ってください。今日は長時間ありがとうございました。

経口用セフェム系抗生物質製剤

バナン錠

●日抗基：セフボドキシム プロキセチル錠
(指)(要指)BANAN tablets ●健保適用品

- ブドウ球菌をはじめ、幅広い抗菌スペクトルと強い殺菌力を持つとともに、 β -ラクタマーゼに対し高い安定性を備えています。
- 適応が広く、優れた臨床効果、除菌効果を持ち、1日2回食後投与で高い血中濃度が得られます。
- 副作用は2.7%(98例/3,650例)。



進化した経口セフェム剤

経口治療の
幅が広がる。

B r o a d



【効能・効果】

ブドウ球菌属、レンサ球菌属、肺炎球菌、淋菌、ブドウ球菌・カタラーリス、大腸菌、クレブシエラ属、プロテウス属(プロテウス・ミラビリス、プロテウス・ブルガリス、プロビデンシア・レグリス)、プロビデンシア・インコンスタンツ、シトロバクター属、エンテロバクター属、インフルエンザ菌のうち、本剤感応性菌による下記感染症

●肺炎、急性気管支炎、慢性気管支炎、咽喉頭炎(咽喉腫痛)、扁桃炎(扁桃周囲炎、扁桃周囲膿瘍)、気管支拡張症(感染時)、慢性呼吸器疾患の二次感染●腎盂腎炎、膀胱炎、淋菌性尿道炎●乳腺炎●毛嚢(包)炎(膿瘍性炎症を含む)、癰、癰腫症、よう、丹毒、蜂巣炎、リンパ管(節)炎、癰疽、化膿性爪固(癬)炎、皮下膿瘍、汗腺炎、集簇性炎症、感染性粉瘤、肛門周囲膿瘍●バルトリン肺炎、バルトリン膿瘍●中耳炎、副鼻腔炎

【使用上の注意】

1. 一般の注意
ショックがあらわれるおそれがあるので、十分な問診を行うこと。
2. 次の患者には投与しないこと
本剤の成分によるショックの既往歴のある患者
3. 次の患者には投与しないことを原則とするが、特に必要とする場合には慎重に投与すること
本剤の成分又はセフェム系抗生物質に対し過敏症の既往歴のある患者
4. 次の患者には慎重に投与すること
(1)ペニシリン系抗生物質に対し過敏症の既往歴のある患者 (2)本人又は両親、兄弟に気管支喘息、発疹、じん麻疹等のアレルギー症状を起こしやすい体質を有する患者 (3)高度の腎障害のある患者 (4)経口摂取の不良な患者又は非経

口栄養の患者、高齢者、全身状態の悪い患者(ビタミンK欠乏症状があらわれることがあるので観察を十分に行うこと)

5. 副作用

(1)ショック まれにショック症状を起こすことがあるので観察を十分に行い、不快感、口内異常感、喘鳴、眩暈、便意、耳鳴、発汗等の症状があらわれた場合には、投与を中止すること。

用法・用量、上記以外の使用上の注意は添付文書をご覧ください。



資料請求先

三共株式会社
〒104 東京都中央区銀座2-7-12

腎センター訪問<その18>

徳島県・医療法人川島会 川島病院 を訪ねて



医療法人川島会 川島病院



川島 周 先生

四国の夏を彩る「阿波おどり」で知られる徳島は、阿波25万石の城下町として栄え、その「阿波おどり」も近年は地元連のみでなく、県外客が結成した連の踊りが多くなり、見る踊りから踊る踊りになってきているそうです。駅前大通りにはヤシ並木が続き、その向うに市民の憩いの場である眉山がそびえています。また、人形浄瑠璃などの伝統芸能も多く残されている所です。今回はその徳島の「医療法人川島

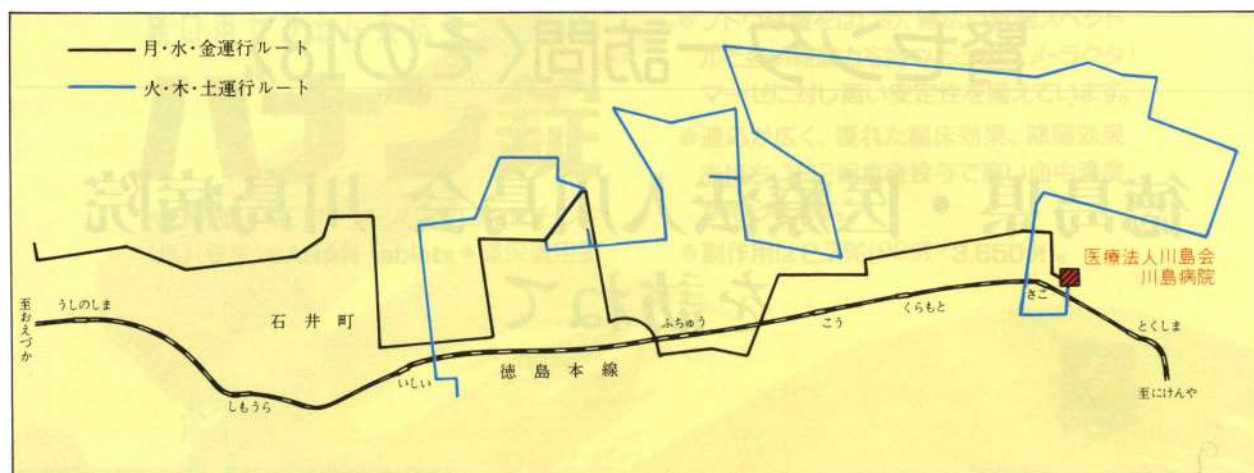
会 川島病院」を訪ねました。

この川島病院は腎臓病専門の病院です。院長の川島周先生に病院を案内していただきながら、お話を伺いました。

〈なぜ腎臓病専門病院を作ろうと思ったのですか〉

卒業して2年目昭和47年に小松島赤十字病院へ勉強に行ったのですが、そこに腎不全の患者さんがおられまし

た。当時三村信英先生(現虎の門病院)の書かれた本では、腹膜灌流はうまくでき、生存率もかなり良い、となっていたのですが、私がやると患者さんの具合が良くない。そこでなぜだろう、と考えてみると、心筋梗塞や脳卒中などの患者さんの予後は発症してから病院に着くまでにほぼ決まってしまう。しかし、腎不全患者さんはこちらが下手だったら患者さんの予後は悪くなるし、うまくできたら三村先生のように



▲川島病院バス路線図



うに予後は良くなる。そういう意味で非常に興味を持ちました。たまたまあの頃は、透析についてのセミナーができた頃で、その年の秋、透析のセミナーへ行きました。その時にゴルフ先生や東京女子医科大学の太田和夫先生がお話しになり、こういう仕事は将来おもしろいな、と思ったのです。そして、透析の勉強をするために東京女子医科大学の今の腎臓病総合医療センターの前身である、人工腎臓センターへ入れていただきました。

そして昭和51年、1月19日に当院での最初の透析を始めました。当時、徳

島県下で透析を行なっている施設がなかったもので、51年の末には患者さんが40名に増えました。それから患者さんが増えつづけ、手狭になったのを機に昭和60年8月から現在の場所に移りました。現在、患者さんは血液透析265名、CAPD38名、また、ここから西へ20km離れた鴨島にサテライトの川島クリニックがあり、そこに37名の計340名です。同時透析ベッド100床、透析日は月水金が準夜間、火木土が昼間で、午前9:30スタート、遅早15:00～、遅遅16:00～となっています。夜間透析も考えているのですが、夜遅

いのは患者さんにあまり好まれないようで、今の所行なっていません。何と云っても当院は透析が主体ですが、徳島大学、香川医科大学の泌尿器科からご指導いただき、結石破碎を行なうなどいろいろな泌尿器疾患も取り扱っています。通院に関しては、大都市のように交通網が発達していませんので、病院からバスを出し、できるだけ通院してもらい易いようにしています（バス路線図参照）。

＜患者さんの年齢・導入数＞

患者さんは高齢化が進んでいます。昔は確かに若い人が多かったですね。50代で透析をしている人は少なかったけれど、今ではもう患者さんの平均年齢が58歳位で、患者さんの年齢は16～84歳までです。高齢化に伴い糖尿病性腎症の方が多くなり、入院患者さんをみると糖尿病が原疾患の方が一番多いのです。ここで導入する患者さん

の25%にあたります。小児の透析患者さんは現在いません。

当院で導入する方、他の施設から移ってくる方等、合わせて年間70名位います。これだけ一年間に増えると大変で、県内には他に透析施設が30ヵ所ありますが、どの位まで患者さんが増えるのか予想が難しい感じです。

〈CAPDについて〉

昭和58年保険のサンプルの時期から行なっていますが、CAPD患者さんはずっと数名であり伸びませんでした。当院では腎不全の患者さんが紹介されて来たり、保存期治療の後、透析に入らなくてはならないという時には、パンフレット等を渡して血液透析とCAPDと移植、それぞれについて説明をし、どの治療法を選択するかは患者さんに決定してもらっています。なかには能力的な問題などでCAPDや移植を勧めない人もいますが、まあ一応したいという気持ちがあれば、それになるべく反対しないようにしています。しかし、ここ4、5年CAPD患者さんが増えてきました。それにはいろいろな理由があると思いますが、何人かの患者さんがうまくいって継続するようになり、その姿を見てやってみようか、という人が増えてきたように思います。しかし、問題は腹膜炎です。当院はベッド数66床でそのうち血液透析患者さんの入院は35名前後で、だいたい全透析患者さんの10%です。けれどもCAPD患者さんは8～9名で患者さん全体から見ると成績が良くありません。CAPDの中でも何年間かするとま



透 析 室

た血液透析に戻る方も多いのですが、なかにはほとんど病院に来ない位、非常に順調にしている人もいます。CAPDにはやはりある程度の向き不向きがあり、それがCAPDの弱点でしょうね。CAPDというのは血液透析の外シャントのような感じです。今のCAPDのような道具を使っている以上は、ある程度の限界があるように思います。CAPDの会社の方ではこれさえ勉強したらできますよ、という事で難しいマニュアルを作っていますが、私はその事自体、問題なのではないかと思っています。血液透析を受けている患者さんだと、食事等勉強はしますが病院へ来て透析を受けたら楽になります。皆、腎不全のため、体の具合が悪く気分もすぐれない所へ、CAPDはトレーニングをしないといけません。患者さんの側から見たら大変な苦痛でしょう、ですからCAPDももっとごく簡単な知識で継続できるようになったらこれからもっと広がるのではないのでしょうか。社会復帰を含めて通院の面を考え

ればCAPDも良いと思うのですが。

また、患者さんは増えているのに病院の病床数は地域医療計画で制限されていますので、病床数が足りなくなってしまうので、ですからできるだけ早く退院してもらって、できる事なら一日も入院せずに透析を導入して、必要なら病院のバスを使ってもらおうようにしているのですが、高齢の方でバスを出しても通えない、他に身寄りもない、という方は当然入院になります。住所も病院の中にある方も何人かいますし、そういう患者さんが増えてきてベッド数が足りなくなる、という事にはまだ直面していませんが、将来の予想としては当然起こりうる訳ですから、できるだけ普段から常に状態が安定して通院できる人は退院してもらい、入院が増えないようブレーキをかけています。

〈移植に関して〉

東京女子医科大学で勉強した影響が大きいと思いますが、透析なら透析だ



患者さんのチェック板

けでなく最初から透析と移植というものを両方一緒に見てきました。その時から透析だけでは医療として片手落ちだということ考えていましたので、昭和53年からこちらの患者さんを女子医大にお願いして移植をしました。アメリカから腎臓が送られていた57、58年頃もお世話になりましたが、その後いろいろな準備をして62年から当院で移植ができるようになりました。年間3〜4例行なっています。移植は今までUS腎以外は全部生体腎です。もっと死体腎移植を進めていきたいのですが、徳島県はドナーの登録がまだ600名位と、少ないのが悩みです。

移植の話は導入の時に「こういう方法もあります、どうですか」と言っておきますので導入の時に移植の日取りまで決まっている人もいます。また、導入して落ち着いた時に患者さんの方から移植したい、という話が出てきて、それから話を進めて行き、検査をした

り日程を決めたりしますが、クロスマッチ検査も最近ようやく県内でできるようになりました。

移植希望者は私達が思っているよりは伸びが少ないと思います。理由としてはドナーが少ないというのが一番ですが、移植だと入院しなければならず、ドナーもレシピエントも仕事が休めないといった理由もあります。しかし、いい免疫抑制剤が出てきましたから前より成績が良くなっていますね。以前だったら難しいかな、というケースも十分保つようになりました。

徳島県に平成4年の春、腎移植推進センターができますが、当院も協力病院になっています。臓器移植は社会的なコンセンサスができていないからいろいろな議論を呼んでいる訳ですが、私自身の考えでは法律的な制定も必要だろうけれど、移植をしなければならぬ人、移植によってのみしか生きられない人がいる訳ですから、世

間のコンセンサスが得られないうちは何をしてもいけない、というのは現実的でないと思います。医師によるアンケートでも臓器移植に異論のある人はかなりいます。「自分の患者に移植を勧めますか」という質問に対して十数%は勧めない、という回答があり私はとても意外でした。疾患としては少ないものですから基本的に根付いていないのでしょう。これが時間が経ってそこに腎移植を受けた人が多くなって、広まってきたら、また考え方も変わってくると思います。

〈食事はどうですか〉

食事はできるだけ自由に、制限をせずに、という方針です。まあ、全く制限なし、という訳にはいきませんからできるだけ口やかましく言わないようにしています。導入の時に説明はしますが、私達の立場というのは患者さんが来て透析を受けていたら、その患者さんの全生活を支配しているような錯覚に落ち入ってしまいます。ある程度、人生経験をした人ならば、その「分」をわきまえて、患者さんとのトラブルは少ないのですが、若いテクニシャンや看護婦だったらどうしても患者さんより上に立ったような気がしてついつい誤解を招くようなことを言ってしまう、というケースがあります。そうなるとやっぱり患者さんもおもしろくなるし、食事も守らない、といった事になります。

私が感じているのは、私達は透析を行なってはいるが患者さんのコーチ役という立場に徹するべきだということ

です。患者さんは自分自身の経験や、周りの人の話などごく限られた情報源しか持っていませんが、こちらは多くの経験や学術的な情報を持っている訳ですからそれに基づいて“こうした方がいいですよ”というような話をするようにスタッフにも指導しています。従って結果的には、食事制限などはゆるやかになる傾向があります。それによって、体重が増えすぎたり、カリウムが上がりすぎてしまう矛盾がありますが、あまり口やかましく患者さんを支配するような事はつづまなくてはいけない、というのが基本的な姿勢です。

＜社会復帰について＞

やはり何人か、体力的な問題や本人の意欲などから、仕事に就きたくても就けない、という人もいますが、なかには畳屋さんをしていてエレベーターのないマンションの4階や5階を昇り降りして仕事をする人や、農作業に従事している人、また冬になったら鉄砲をかついで山の中を走り回る人など、みんなそれぞれに頑張っています。

ほぼ全員が週3回の1回4時間透析をしています。前は週2回をかなり勧めていたのです。しかし昭和60年頃から二次性の副甲状腺機能亢進症により副甲状腺摘出度が増えてきました。優位差はないけれど週2回透析の人に多い気がして、透析が少なかったのではないか、という反省から、できるだけ週3回透析を行なうようにしています。1回の血流量も250mg/dl以上を取り、ダイアライザーの面積も少し大き

めのものを使い、できるだけ検査結果を良くして身体の状態を安定させるような方式を採っています。十分透析をするという事です。

＜水はどうしていますか＞

徳島県は水はとても良いのですが、特にこのあたりは非常に良い水です。大きな吉野川がありますから、その影響だと思いますが。一応RO装置はつけてありますが、水質検査をしてもつければ前と変わりません。

＜台風の被害はどうですか＞

台風はよく来ます。交通機関が止まったり大変ですが、むしろ雪に対しての方が非常に弱いのです。皆さん徳島県は暖かいから雪が降ることはないだろうと思われていますが、年に何回かは積って、雪の対策ができていないので大渋滞を起こす事があります。そのためにある程度透析液などをストックして備えていますが、患者さんが来られなかったり、雪の重みで電線が切れてしまったりという事があります。

＜患者さんに対して＞

非常に次元の低い話になりますが、一番困っている問題は禁煙ですね。当院では入院室でタバコを喫っている所を見つけたらすぐに退院してもらう事にしています。病院内では喫煙コーナーを設けていても、床に穴があくとか、火の始末が十分でないということがあり、これだけの人数の患者さんを1ヵ所で看ていますから、火災は非常に恐いですね。もし、万一火災が出た

ら、他の患者さんにも迷惑がかかります。また、皆さん注文は多いのですが、病院のものは自分のものでないから責任を持たなくていい、というように見受けられますが、もう少し病院のものを大切にする意識が欲しいですね。このような社会性、協調性などが患者さんの意識の中に薄いようなのが恐いですね。

透析を受けるというのは非常につらい事だと思います。もし自分が腎不全になったら私の性格からして、食事療法などできないと思います。昔は透析をしなければいけないと言うと、どうしてもイヤだと逃げてしまったり、泣き出したり、かなりそういうケースが目について印象的だったのですが、今は患者さんも増えてきて、その姿を見ているからか、この頃は透析に堪えていく、透析と共につき合っていく、といった姿勢がみられます。そのような切り換え、と言いますか、過去の事は振り返らずに人生を生きていってほしいですね。これは特に移植をした人に強く思います。移植をした人は“透析”という所から抜け出したのですから、人生を生かして欲しいですね。

＜福島広江婦長さんのお話し＞

まず患者さんには主治医とのコミュニケーションを十分に取って、指示された事は忠実に守って欲しいと思います。欲しいもの、食べたいもの、いろいろあり、なかなか難しい事と思いますが、先生に言われた事はきちっと守る、という理性で自分をコントロールできれば良い体調で過ごせるのではないで

しょうか。欲しいから無理をしたと、自分でわかっていながらそれが抑制できない人がかなりいます。けれど結局、後で苦しむのはご本人だと思うのです。ですからその欲望を抑える事が、まず一番大切な事ではないかな、と思います。

また、気持ちをいら立たせない、あまり感情の起伏を持たない方が、病気に対しても良いつき合いができるのではないかと思います。そして、ご自分の病気を必要以上に重症だと思い込んで何もしない方を多く見受けるのですが、医師からこの位なら動いても良いという許可をもらったら、自分で努力して自分に甘えずに、病気を持っていてもまだ自分には他にできる事があるんだ、という事を見つけて、その方面から明るく生きていって欲しいですね。そのように生きていっておられる方も沢山いらっしゃるのです、そういう方達を見習って欲しいし、積極的に近づいて欲しいと思います。

家庭の主婦の方で透析をされている方は他からみている以上に気苦労があるようですね。今はいろいろな知識や情報が行き渡っていますから昔程ではないでしょうが、お舅さんとの問題とか、子供さんが小さかったりとかそういう気苦労からよけい状態が悪くなった人もいます。

目の不自由な方が最近CAPDから透析に切り替わったのですが、透析のように大勢の人達と一緒にすると、みんなの事がわかるから明るくなります、

という声を聞いて、ああそうかな、と思いました。今まではすごく暗かったのですが、今日は病室でカラオケなどもしています。CAPDの人は時々意外な事を質問したりしますね。例えば体がかゆいけれどどこか悪いのですか、と。透析患者さんで体がかゆい人は大勢いるのですが、血液透析の人だったら情報交換で知っていますけれど、CAPDだと周りにいませんから知らない訳なのです。そういう事から話をしているとやっぱり大勢、同じような方々を見る事によって自分も励みになりますから、閉じこもらないで積極的に出ていって接触を持つ事はすごく大切な事ではないかと思います。当院ではCAPD患者会を作っておりますし、また、透析の方、移植をした方の会もあります。

〈今後の問題・展望〉

今までは透析・移植を順調に行なう事だけで手一杯でしたが、精神的な面に対しても対応が必要になってきました。非常に残念な事に、移植をした方が拒絶反応に精神的に堪えられなくなり、自殺をした事があります。それから専門の人を置こうと考えているのですが、今の所は看護婦や医師が相談にのったり、精神科へ紹介したりしています。また、スタッフにはできるだけ患者さんと話をするようにと言っていますが、患者さんの数がどんどん増えているのでなかなか難しくなっていますね。

それから気になるのは、将来エイズの患者さんが出てきた時どう対処していったらよいか、という問題です。杞憂かもしれませんが、日本でもそう遠い将来ではないかもしれません。

これからの目標は腎・泌尿器のあらゆる疾患に対応する——をキャッチフレーズに腎臓病を中心とした総合病院をめざしていきたいと思っています。トータルで考えて、例えば20歳位で腎炎が発症したとして、その後の状態を保存期治療で様子を見て透析に入り、しばらくした後、移植をする、そういう過程がここで全部お世話できる事を目標としています。また、腎臓病について別の治療法が出てくれば、取り組んでいく事になるでしょう。合併症や精神的な問題等いろいろと枝を広げつつ、徳島県で腎疾患の領域であればここだ、というレベルを保っていきたいと思っています。

瀬戸大橋ができた事によって、確かに本州が近くなり産業形体も変わってきた徳島県です。その中でより良い透析、移植の推進、また患者さんの精神面やエイズなど新たな問題に取り組まれていました。空港までの帰り道、水が良くて恵まれているとおっしゃっていた吉野川が豊かに流れていました。

取材者 本田眞美

取材日 平成3年11月14日

低分子量から中・高分子量まで、 バランスのとれた透析性能を発揮。

分画分子量は約60,000(阻止率95%)。
 中高分子量物質の除去率が
 高く設定されています(当社比)。



ホローファイバー型ダイアライザー
クリランス®
 CLIRANS® S
 承認番号[62B-161]

- UFRは適度な範囲に設定されており、より安全に使用できます。
- アルブミンの漏出が少なくなっています。
- 有効膜面積が1.2、1.5、1.8㎡の3品種があり、患者の体重などに応じた膜面積が選定できます。
- 外筒の小型化により、プライミングボリュームを低く抑えています。
- 精製水充填の高圧蒸気滅菌品です。

透析医療をささえる人びと<その17>

透析、CAPD、移植患者の 心理面をめぐって



春木先生(司会)

日時 1991年11月9日

場所 日本工業倶楽部会館

出席者(順不同)

安村 忠樹(京都府立医科大学)

中本 雅彦(済生会八幡総合病院)

竹本 三重子(東京女子医科大学)

白石 純子(横浜第一病院)

司会

春木 繁一(青葉クリニック・東京女子医科大学腎臓病総合医療センター
精神科コンサルテーション担当)

春木(司会) 透析患者さんが10万人を越して、去年の成績で見ますと、10年以上の方が1万9,000人、20年以上の方が242名です。平均年齢がだんだん上がってきていて、男性が54.03歳、女性が55.25歳、両者の平均が54.53歳です。これは恐らく、ぼくの解釈ですが、長期生存ということもあるけれども、ひ

とつの要因は、糖尿病性の腎不全の方が高齢で導入されるのでその分が増えてきていることと、老年者の透析患者さんが、昔に比べて透析導入が多くなっていること。それから3番目に、ひょっとして、これは推測ですが、移植が子供や若い人に行われるので、そういう人達が透析から離脱していく

と、結果的には平均年齢が上がるのかと思います。

そういうことで、日本でも透析医療が20年を超えて、もちろんCAPDにしても10年を超えた。移植医療も透析と同じ20年以上の歴史があるわけです。

しかし、透析医療にしろ移植医療にしろ、ましてCAPDにしろ、患者さんに

としては決して楽な治療ではないんですね。非常に困難な治療です。困難に直面して、しかもどの治療もずっとそれを続けなければいけないので、いろいろ大変なことがある。その中でも精神的、心理的に浮き沈みというか、苦しむ時期やらホッとする時期やらがあるんだろうと思います。

それで、きょうは皆さん経験の深い方々がおられるので、それぞれ透析・移植・CAPDの治療において、導入前後あるいは社会復帰をすること、あるいは10年以上という時期的な区分を区切って、患者さんの精神的、心理的なことがどんなふうに動いていくか、あるいは特徴があるかということをお話しただこうと思います。

まず透析から入りますが、20年前の透析導入というと大変厳しい状況にあったと思いますが、中本先生、20年前と、最近導入される患者さんでは、受け止め方がずいぶん違うんでしょうか、それとも変わらないでしょうか。

中本 私が透析の医療に関わりだしたのは昭和47年の春からなのですが、このころの一番大きな問題は、透析してあげなくちゃいけない腎不全患者さんは多いのに透析機器が不足していたことでした。そのため、透析に導入し、一時的に重篤な尿毒症から脱され、患者さんは助かったという気持ちになれるのですが、3年ぐらい維持透析をしていますと、透析不足のため次第次第に体力が衰えて亡くなっていく方がおられました。あのころは患者さん同士が「透析に入ったら命は3年しかないよ」と日常話し合っておりました

ので、透析期間が3年に近付いてくると非常にうつ状態になっていくというような状況だったのです。

その後、新しいディスプレイの効率のいいダイアライザーが開発され、外シャントから内シャントに移行し、かつ、飛躍的にサテライトセンターが増え、これらの好条件が重なって、一気に患者さんの生存率が上がり、またクオリティ・オブ・ライフも上がり、患者さんが朗かになりました。私は、透析療法の暗い時期と明るくなった時期を経験しているのです。

春木 最近導入される方は、20年前のそういう厳しい状況の患者さんと比べて、やはり違いますか。

中本 最近では透析の機器が非常に進歩し、透析の技術も向上し、比較的距離にいい条件の備わった透析施設がありますので、われわれ医療スタッフからすると、慢性腎不全患者さんには非常にいい条件が整っていると思います。しかし、その反面、病状や今後の透析療法を基にした生活設計などについて、患者側と医療側で深く話し合われなくて、非常に簡単に導入されてきているようです。最近のドクターは非常にイーजीに教育してしまうところがありますね。今はそのあたりが問題じゃないかと思っています。

春木 安村先生、そこら辺はどうですか。

安村 そうですね、私は移植に携わったのは昭和49年からですが、この16～17年の変化を見ていると、透析の患者管理が年代を経るにつれてイージーになっていくという、今、中本先生が



中 本 先 生

言われたような面が、移植にも見られます。と言いますのは、今から14～15年前までは、腎移植後拒絶反応の発症率も高く、合併症で亡くなる患者さんも多かったですし、そんなに完璧な治療ではなかった。その当時は、延命のためには「透析か、移植か」という意味での選択をしていた時代だったと思います。

ですから、移植を希望した患者さんは、「ひょっとしたら自分も死ぬかもしれない」と考えて真剣な気持ちで移植を希望しましたし、移植後もそれなりに、頑張って自己管理をしようという気概も持っておられただろうと思うんです。

しかし最近では、特にシクロスポリンが普及してから細菌性、真菌性肺炎などの重篤な合併症が減り、安全に治療ができるようになり成績も上がって



安村先生

きました。その結果、安易な気持ちで、ただ透析を離れて健康に近い生活をしたいという気持ちだけで移植を希望してやってくる患者さんが、確かに増えています。ということになると、移植でも透析同様、自己管理が大切なのに、その自己管理ができない患者さんが増えてきているのもこれまた事実ですね。そういう面で、時代の変遷を感じます。

春木 透析にしる移植にしる、日常的な医療になったということが患者さん、あるいははっきりするとスタッフの方もイージーな気持ちにさせている面があるわけですね。

昔の患者さんは相当厳しい状況で治療に臨んでいたということは言えると思います。そうすると今の患者さんは、逆に言うと不安とか憂うつとか、これは大変な治療だという気持ちはないの

か？ そうとは言えないでしょうね。
中本 一概には言えないと思います。患者さんにとっては透析器の力を借りて生きて行かねばならないということはショッキングなことだと思います。この気持ちはいくら機械が進歩して医療スタッフのレベルが上がっても、変わらないでしょう。

ただ、昔の状況をよく知っている医療スタッフからすると、「20年前に比べると最近導入した患者さんはハッピーだよ」と言えますね。

春木 竹本さん、長く看護婦さんとして世話をされていて、最近の患者さんと昔の患者さんと、ショックの程度差はありますか。

竹本 それは変わらないとは思いますが、ある意味では立ち直りが早いというか、医療者側が余り慎重すぎない分だけ、患者さんに伝わる深刻さの深さが浅いということがあると思います。だから透析導入時、患者さんが10人いたときに、死に対する危機感を強く感じる人が昔は8～9人いたとしたら、今はたぶん3人ぐらいしかいないんじゃないかなという感じは持ちますし、その程度も深くなくて済んでいるような気がします。

春木 事実、導入期の患者さんが病棟で入院されていても、スタッフの方が死の不安を持つことは余りないですか。つまりこの患者さんは今夜亡くなるんじゃないとか、間もなく、という、そういうことは最近はないですか。

竹本 急性憎悪の人は余り見なくなりました。54年ごろ、腎内科の病棟に入職したころは、肺水腫や高カリウムで

心停止ちょっと手前という状態の患者さんは結構いらっしゃいましたが、今はそういうことはごく稀にしか見られないと思います。すごく具合が悪くなるまで待たないで透析を導入しますから、患者さんも看護婦も死の不安を強く持つことが少なくなったと思います。

春木 つまり尿毒症がものすごく進行して、あっぶあっぶして導入するということは最近はないんですね。

竹本 ええ、患者さんも身体的な危機感を持たないで外来で導入する人がほとんどです。そういう場合は体の危機感がない分だけ、命に対する危機感も少なく受け止め切れる状況にあるのかなと思います。

春木 中本先生、昔の患者さんは、そういう深刻さでもって受け止めただけ、治療そのものに対する姿勢は違うのでしょうか。

中本 昔は透析器の性能の悪さや透析技術の未熟もあり、昔の透析患者さんは、透析療法と食事療法の2つの歯車がうまく噛み合わなければ、長く生きられないことを身にしみて感じておりましたから、食事療法は大変うまいし、家族のバックアップもしっかりしていました。

春木 白石さん、最近の患者さんは昔の患者さんに比べて、家族も含めて、治療への取り組み方は多少安易なところがあるようですか。

白石 私が入職したころ、外来の透析患者さんは200人だったのが、いま現在560人近くいて、8年間で約3倍弱になっています。患者さん本人にしてみ

たら、生命や生活に対する不安は昔も今も変わらないと思いますが、導入入院時にいろいろなライフスタイルの患者さんに会うことができるので「自分だけではなく、仲間がいる」という感覚を持つことができるように思います。8年前は、患者さん自身が解決していく力があるとか家族のパワーがあるとか、ワーカーが面接してじっくり話を聞いて、利用できる資源を紹介すれば、何とか解決して立ち直っていく人の方が多かったように思います。

ところが最近、いろいろな社会資源をフル活用しても、通うことすらできない患者さん、家に帰れないお年寄り、障害を持ったために施設での生活を考えなければいけない患者さんというように、社会的問題を抱えている患者さんが増えてきたように思います。患者さんの二層分化というか、自分で何でもできて、透析も受け入れて社会復帰をしていく層と、社会復帰とは言えない形で生活が続いていく人達とに分かれていくみたいです。

春木 10万人を超えているということは、透析の原疾患の種類もたぶんいろいろに増えてきているだろうし、社会的な階層とか年齢とか、いろいろなことがあるでしょうね。

それで、導入期が過ぎて身体的に安定してこれれば、入院から外来に移って外来透析、ということは社会生活と透析生活の両立というステージに、いやでも入られるわけですね。しかし、社会生活と透析生活の両立と言っても、その前にはいろいろな困難が立ちだかっている。そこで社会復

帰に成功するケースと、失敗したり放棄したりするケースに分かれる。

私なども精神科医としていろいろタッチしていると、結局社会復帰に失敗・放棄したケースの中に、本格的な精神医学上の問題をいろいろ示して、コンサルテーションに回されてこられる方がいる。いずれそういう人達は、身体的な問題に発展していきます。

どうなのでしょう、社会復帰というか、透析療法のもとで人生設計を立ててプランニングしていく、そして生活を軌道に乗せる。安定した透析と安定した社会生活が患者さん個人の意志の力と言いましょうか、そういう精神的なことだけで行い得るのか、それともそのほかの何かのものを必要とするのか。白石さん、ワーカーとしてどんなふうに思われますか。あるいはどちらが先なのか。

白石 まず、安定した社会復帰・社会生活を送るためには、患者さんの精神力を問う前に、安定した透析・医療の提供が大前提だと思います。身体的条件をクリアした上で社会復帰が可能な患者さんというのは、透析に入る前にどんな職場でどんな人間関係で、どういう仕事をしていたかが、どうしてもネックになってしまいます。

春木 すでに透析医療前の……。

白石 透析導入は人生の中でポツとわいた大変なできごとなんだけれども、それはそのときから始まるのではなくて、どういう生活を営んできたかが社会復帰のキーポイントになってしまいます。

春木 成人の患者さんで言えばね。



白石 先生

白石 はい。また20歳未満の若い子は、病気が小さいときから始まっていると、親が抱え込まざるを得ないこともあって自立という問題がなかなかクリアできない状況もあります。

それから就職にしても、医療費の負担の問題や時間的な制約もからんで、患者さん自身が職業安定所へ行っても、透析自体が障害でもあるし疾病でもあるということで、宙ぶらりんな扱いを受けて帰ってくるケースもあります。

春木 安村先生、移植の患者さんでも、せっかく移植でうまく行って身体的には言うことないのに、社会生活という点ではもうひとつというような問題はありますか。

安村 ありますね。特に移植後早い時期、1年以内には積極的に外へ出ていけない患者さんもおられます。しかし



竹 本 先 生

全般的に見るとそういう患者さんは多くなくて、大部分の患者さんは1年以内に社会復帰するのが現状です。ですから移植の後の1年間を、医療者側あるいは家族がどういうふうに精神的に支えていくのかということが、このような患者さんについての重要な問題じゃないかなと思います。

春木 移植に成功すると、透析とかCAPDの治療よりも、社会復帰というのはどうでしょう。

安村 そうですね、移植では社会復帰率が95%で、仕事の内容としても健康人とほとんど変わりのない生活ができるのは確かなんですが、ただ合併症を起こしますと、特に慢性に経過する合併症、たとえば大腿骨頭壊死であるとか糖尿病、肝機能障害などを起こすと、その分だけ社会復帰も遅れますし、また多少日常生活の制限も増加します。

ただ、そういう方でも時間がたつて安定した状態になりますと、ほとんど健康人と変わりのない生活ができるようになっていきます。

春木 竹本さん、女子医大はどうですか。移植を受けられて、スムーズに社会復帰して行かれる患者さんが多いですか。それとも移植はしたけれど、というような患者さんが結構おられたりしますか。

竹本 細かく実態調査をしたことがないのでよくわかりませんが、ほとんどの方は社会復帰しているように伺っています。その辺で大きな問題があるとすると、入退院を何度も繰り返さなければならぬような合併症が発生しているときに、もともと受け入れ態勢が職場にあったとしても、自然に尻すぼみになっちゃうというケースです。

春木 結局身体的な条件がかなり大きいということですね。

話は変わりますが、移植を希望されたりCAPDを希望されるといいますが、腎不全になると透析で、まずは生命を支えますね。それから、すぐに移植してくれと言う人もおられて、中には透析を経ずして移植という方もおられますが、大体は一旦は透析患者になって、そこからCAPDなり移植なりを選ばれるときに、移植を選ぶ患者さんの一番大きい理由は何ですか。

安村 5年前にアンケート調査をしたことがあるのですが、移植を希望した理由については、時代によってかなり違うんですね。今から10年ほど前に移植をした人では、一番多かったのが移植をしてうまくいった人に会ったり話

を聞いたということ、それから社会復帰でした。

しかし2年前に移植をした人では、社会復帰が1番で33%、それから透析がつらい、透析から逃げ出したいという動機が28%、それから家族や提供者の勧めが17%でした。このように時代によってかなり動機が違います。

春木 そうすると、最近はわりと積極的に社会復帰というか職業生活というのか、職業生活だけではないでしょうか、でも……。

安村 そうですね。慢性腎不全の治療で、延命という目標は達成されて、血液透析でも社会復帰を考えていく時代になりましたし、そういう意味から言いますと、移植では透析よりも健康に近い格好のクオリティ・オブ・ライフを得るというのがひとつの大きな目的ですので、社会復帰したいという動機が増えていくのも当然だろうと思います。

春木 CAPDを選ぶ患者さんはどうですか。

竹本 社会復帰ということがほとんどだと思いますが、ほかには透析時間の拘束から逃れたい方、また、透析がむずかしくてやむを得ずCAPDという方もおられます。それから、本音のところで結構多かったのは水です。私達が始めたころは、CAPDは水分管理が楽だということが宣伝文句になっていたようなところがありました。実はそうではなかったのですが、そういう宣伝文句に引かれて水分制限からの自由を求めていた人も多かったように思います。

春木 そういう人はCAPDに入って、いろいろ問題は起きないですか。たとえば水をたくさん飲み過ぎるとか、そういう管理の面ではどうだったのですか。

竹本 問題になってから、気がつくということがありました。「この人は社会復帰を動機にしてCAPDを導入した」と、こちらは思い込んでいたのですけれど、実際に社会生活を始めて水の管理の問題が発生したときに、ああ、この人は本音のところはここだったのかなと後から気づいたという……。

春木 血液透析というの、結局は患者さんにとっては非常に苦しい治療なわけです。だから移植にしろCAPDにしろ、血液透析から逃れたいというのは、時間だけでなく、いろいろな拘束から逃れたいということなんですね。

中本先生、どうですか、最近CAPDをやっておられて、そういう傾向は今でもありますか。

中本 われわれが、慢性腎不全患者さんをCAPDに導入するときには、どの患者さんにもCAPDの利点、欠点を詳しくお話ししますが、多くの患者さんは、自由に食事が摂りたいことをCAPDの最大選択理由にあげられますね。ですからわれわれはCAPDに導入しましたら極力自由食にしております。水分制限から逃れてきた患者さんが、CAPDがうまく行かないというわけではないですよ。

治療のため時間の束縛を受けたくないことが、患者さんがCAPDを選択するもうひとつの大きな理由ですね。

CAPDは通院が月1～2回ですので、透析療法に導入される前の外来通院間隔とほぼ同じであるため、職場に余り迷惑をかけずに済み、ありがたいと患者さんは言われます。

春木 CAPDだとドクターや病院から解放されている、つながれていないというメリットですね。

中本 そうですね。ただ、CAPDの家族の方が血液透析の家族より患者さんをバックアップする気持ちが希薄じゃないのかなと心配しております。と言いますのは、血液透析の場合は、通院の送り迎え等、家族全員が患者さんをバックアップしないと治療が成り立たない面があり、家族が必死になってくれる。しかしCAPDの場合は、通院回数も以前の外来とほとんど変わらないし、患者さん自身がバッグ交換をするので、CAPDを導入しても患者さんの家族の気持ちに余り変化が起こっていない。これは家族にとっては楽なことだと思うんですが、本人は孤立化する。

春木 1人で背負うのか、分けて、ぼくはシェアリング・ダイアリシスという言葉をよく使うけれども、シェアできるかですね。

白石さん、いろいろな種類の患者さんや透析も移植も全部見ていられて、しかも移植の患者さんにしろCAPDの患者さんにしろ、多少透析から逃げてきて、というところがあるわけだけど、それが生活の上であらわれますか。

たとえば、移植の患者さんもCAPDの患者さんも、表向きは社会復帰というけれども、意外にそうではなくて、移植してもらったらもらっただけと

か、CAPDはCAPDだけとか。意外に血液透析の患者さんの方が仕事もしているということがあるのか。

白石 当院の場合は、移植患者さんは生体腎で5人、CAPDは15人が外来で、ワーカーが関わっているケースは90%以上が透析患者さんで、比率で比較することは無理もありますが、CAPDの患者さんは自分が「十分社会復帰をしたいから」という理由で選んだ患者さんと、身体的にどうしても透析ではだめだ、穿刺の問題とかシャントの問題とか水分管理の問題等でCAPDを選んだ患者さんとがいて、社会復帰を第一目的で選んだ人は拘束されない生活を選びたいという人で、わりと干渉されるのがきらいな人のように思います。

CAPDの社会復帰は、主婦の人と自営業の人がほとんどで、バッグ交換の場所と時間の確保の問題があって、いわゆる一般企業への復職の人はいません。

移植の方は、仕事の都合で透析がとも支障になっているからと選んだ人もいますし、家族のたつての希望で、生まれ変わらせたいという母親の希望もあつたりして移植をした人等、それぞれ違う理由で選んでいます。

透析を続けている人の中にも、家族が「生きていてくれるだけで良い」と、本人の社会復帰を希望しないケースもあります。

春木 さっきから家族の問題が出てきているけれども、移植でいうと、安村先生、日本では残念なことに死体腎が得られにくいからどうしても生体腎移



植ということで、家族もしくは肉親の中からドナーを選ぶドナー探しが問題になりますね。このことで、現実的な外科的な移植医療の前にドナー・セレクトシヨンのところで何かありますか。

安村 これはものすごく大きな問題です。数年前から部分生体肝移植が行われるようになって、両親のうちどちらがドナーになるのか、あるいはドナーがいない場合に周囲の人も両親に対して親になぜ提供しないのかというようなプレッシャーをかけるということも考えられます。

私自身は、生体腎移植の適応を決めるときに、どのように話をしているかと申しますと、私達医療者側が直接提供者の選択にタッチすると、その意見が強制的なものになって家族関係にしこりを残すことになっては困りますので、家族の中で話し合って提供者を決めてくれとお話していますし、また

現にそうやって提供者を決めてから移植の申し込みあるいは相談に来られる方がほとんどです。

その中には、提供者側からレシピエントの方に提供の申し出があった場合もありますが、やはり現状を見ると、レシピエントがドナー、特に母親に「腎臓が欲しい」とお願いする例が多いようです。

これは腎臓に限らず、肝臓もそうですが、生体移植をしていく以上は、どうしても避けられない問題だろうと思います。そういう意味からも、死体腎が一番ベストの方法だろうと思いますね。

春木 竹本さん、移植の患者さんかなりの数扱われたと思うけれども、ドナーとレシピエントの両方が病棟に入ってくるわけでしょう。そういうところで、ドラマといったら変だけれども、看護婦さんの側から見ていらして、

何かありましたか。

竹本 実際にドラマはあります。それで帰っちゃった人もいますが。全体には合意のもとに入院していらっちゃって、90何%の人は普通に手術を受けて帰るのですが、中にはかなりの調整が必要で、だめになる人もいます。

春木 つまり手術を目的に入ってきていて、実際には移植が行われない。そういうときに看護婦さんとして援助なり対応なりは、それは今の安村先生のようにタッチしないという方針ですか。

竹本 レシピエントがお願いしたり、都合のいいことを言ってドナーを連れて来るというパターンもありますので、ドナーの疑問を残さないようにと思って対応しています。

春木 それは親子でもですか、それともきょうだいですか。

竹本 詳しく覚えていないのですが、移植せずに帰ったケースは、最近ではいっこ、その前は弟さんというケースでした。つい最近でちょっと気になったのは、お母さんが高齢だから本当は無理だろうとレシピエントは思っていたらしいのですが、ある日同じぐらいの年齢のドナーがいてうまくいった話をきいたそうです。それで、「ちょっと検査をするから病院に一緒に行ってくれ」というような形でお母さんが連れて来られて、実は移植が目的だったということがわかったときにはもう後に引けなくなっていたのです。ドナーは、71歳ぐらいの人で、でも別に腎機能も落ちてはいなかったし、ほかの身体的リスクが全然なかったので、本人はあ

る程度納得してはいました。けれども、出だしがそういう持っていき方だったので、移植直前まで、レシピエントや他の家族には言わないように口止めしながら、看護婦には「実はこういういきさつがあったんですよ」と、余り納得していない感じのことを思い、他方レシピエントの体のことを思いながら、最終的には移植したんです。穏やかな方でしたけれども、退院後どう過ごされているのか気になっています。

生体腎移植では、家族の中の見えないプレッシャーや葛藤というものは表面化しないまでも、あるのではないかと思いながら患者さんや家族と接しています。

安村 そのときのドナーの感じるプレッシャーはかなり大きいだろうと思うんですね。私になるべくタッチしたくない、家族の中で決めてほしいと言うのも、やはりそこにあります。

たとえば私が「お母さん、ドナーです」と一言言ってしまうと、ドナーの方も反対できない、あきらめざるを得ない状況になりますでしょう。お話しをされていて、ドナーの方がもうひとつ積極的でないというようなときには、ドナー予定者だけを別と呼んでじっくり話をして、ネガティブなご返事ですと、別のことを理由にして断らざるを得ないような例もあるんです。そうしないと、ドナーの人権を無視してしまうことになりますので、それだけは注意するようにはしているのです。

竹本 そういう情報が得られたときには、やはりなるべく別に話をするとい

うような……。

春木 さらにそれを主治医にもう一度進言するとか、返すとか……。

竹本 そういうことはしていますし、ドナー自身にも、自分の意思をもう少し表出するようにという援助はします。でも、全員が直前の入院ですから、入院しなければできないドナー検査だけをして手術に臨むので、期間が本当にないので、身体的問題があるか、よっぽどいやな人でない限り、中止や延期にならない状況があつて。

春木 病棟にいる看護婦さんではうかがい知れない、外来の段階でのいろいろなことがあるということですね。

竹本 ええ。

白石 移植をする、しない、ということについては家族間の葛藤がずいぶんあるように思います。小さいときから腎臓が悪くて、母親は必要なものは何でも与えていたけれども、その子が欲しがる腎臓だけは、いろいろな家族の状況とか母親の身体的な問題とか、提供できない状況があつて口をつぐむ。患者さんの方は透析の療養態度を変えることで、たとえばしっかり自己管理をしないと、決まった透析時間に来なかったりとかして、母親にぶつけてしまったり。それはだれを責めることもできないしがらみみたいなものを感じます。

春木 移植を希望するレシピエントは、絶対的に腎臓を欲しいわけですね。そうでしょう、先生。「いや、くれないならくれないでいいわ」という人はいますか。

安村 私どものところでは入院を決め

る前にすでにドナー検査をしていて、ドナー検査が終わった時点で手術を予定に入れるというかっこうにしていますから、レシピエントが入院してから移植ができなかったことはめったにありません。

春木 ところが、ドナーの検査をしてみても適応ではなかった、そのときの落胆というのはあるでしょうね。

安村 ありますね。ドナー検査で、たとえばドナーに合併症があつて移植ができないとかいうときには、やはりレシピエントはがっかりしていますね。

春木 そのときの落胆というのは、もう放っておいて患者さんの自力に任せて回復を待つということでしょうか。

安村 特にそれ以降の移植希望者とのつながりは私どもは余り持っていないので、結局透析病院の先生方が、何とかケアしてくれているんだろうと思います。

中本 私のところは、そういう患者さんがどうしても生体腎移植ができないときには、死体腎移植に登録します。

春木 実際に透析患者さんで、死体腎移植の登録をただけで明るくなったという患者さんはおられますね。

やはり移植というのは、透析患者さんにとってはすごい夢というか希望というか。

中本 そうですね。移植がうまく行った患者さんが移植外来を受診したときに、透析室を訪問してくれますと、その場合、透析患者さんから羨望の目で見られますね。死体腎移植ですとなおさらですね。死体腎が最低、2ヵ月に1回ぐらい出ると、死体腎移植が各々

の患者さんにとって現実的なものになり、だいぶ透析室の中も明るくなるんじゃないかなと思うんですよ。

春木 それは嫉妬だけでなく、ひょっとしたら自分もという……。

ぼくが知っている患者さんは、とても心苦しくて、元の仲間に会いに行けないという人がいますけれどもね。

安村 そういう患者さんが多いですよ。「元の透析病院へ行って昔の仲間を励まして来いや」言うても、「いや、ちょっと」とためらう患者さんばかりです。だから、透析の先生方や透析の患者さんは、結局拒絶反応で移植腎がだめになってつぶれて帰ってきた人しか見ないから、移植というのはもうひとつなんだなという雰囲気を持っている病院が多いんですね、京都では。

春木 そうすると、移植の患者さんにせつせと、昔のふるさとへ行ってもらうのは。

安村 はい、「行け、行け」言ってます。(笑) 大事なことだろうと思います。

中本 それは大事なことです。そういう患者さんが遊びに来たら、30分でも透析患者さんの前で腎移植の体験をしゃべらせることを、そこの透析施設でやってもらいたいですね。

春木 これは日本人独特の複雑な感情が入り交じっていて、移植に非常に積極的なドクターもおられるし、そうでない方もおられるから、それによって患者さんも行きにくい気持ちと、わりにオープンに訪問できるところとあるんでしょうけど。

中本 死体腎の場合ですと、突然移植施設から電話がかかってきて、手術を

受けるわけですが、成功したときの彼らの喜びは非常に大きく、シンデレラになったようなものです。(笑) 以前は突然、死体腎が出たが移植を受けるかと尋ねたら、断る人が結構いましたね。

春木 ぼくもよく知っているけれども、昔は登録しておいても、いざ呼び出しがかかると断る人が多かったですね。しかし、今はシクロスポリンで成績が上がったからでしょうか。

中本 はい、その通りだと思います。それと以前は透析患者さんに移植に対する正しい知識が知らされていない施設がありました。

だから、移植施設のドクターは定期的に透析施設に出向いて、最新の移植の成績や知識を透析患者さんに伝えなければならぬですね。

春木 元気になった移植患者さんを目の当りにする、その体験が何よりも大事ですね。

中本 移植がうまく行かなくて、透析に再導入した患者さんだけを見る透析施設ですと、医療スタッフも透析患者さんも移植に対する考え方がネガティブになります。たとえば10人腎移植を受けたら、数年後、1～2人は血液透析に再導入され帰ってくるかもしれませんが8人はうまくいっているのですから。

春木 ぼくはかつて女子医大で、再透析の患者さん、20人近くの方にかなり詳しい面接をしたことがあるんだけど、簡単に言うと3グループに分かれますね。つまり「もう2度としたい」という人。これはかなり厳しい目にあった人です。それから、何年か

あるいはたった1ヵ月でもものすごくいい目にあった人は「もう1度やりたい」。それから「そのときになってみたい」とわからない」というグループももう1つあるんですね。それが不思議に3分の1、3分の1、3分の1でした。もうちょっと数を多く取れば違うかもしれませんけれども。

中本 そうですか。われわれの施設では、チャンスがあればもう1度やりたいという患者さんが多いです。

安村 私達もそうですね。再透析の患者さんの65%が、「もう1度やりたい」。25%が「もういい」と……。

春木 しかし、移植もすばらしいことばかりでなくて、苦しい合併症もありますでしょう？

安村 急性の合併症では、たとえばカリニ肺炎であるとかCMV肺炎であるとか、呼吸困難でしんどい思いをする急性期の合併症と、それから長期にわたらだと続く慢性の合併症があります。ただ、先ほども言いましたように慢性の合併症があったからといって、たとえば職業上の社会復帰率あるいは社会復帰状況は、合併症を持っていない人とほとんど変わらないのが現実ですね。

それから急性の合併症については、これまた時間の流れがうまく解決してくれるもので、移植後1～2年して軌道に乗った生活をし始めると、もうそんなことは忘れてしまって、「あんときはしんどかったなあ」と診察のときになつかしんでいるぐらいですが、慢性拒絶反応でつぶれていく人は、これも機能廃絶に至る時期の問題もあるので

しょうが、かなり再透析導入に抵抗を示す人がいます。それが5～10年ということになりますと、本当の心の中まではわかりませんが、ほぼあきらめて、腎臓がここまでもったんだからという気持ちで透析に戻る方が多いようです。

慢性の合併症の中では悪性腫瘍が現在の一番大きな問題で、悪性腫瘍にかかった方が、私どもの施設でいま16人います。パーセントでいうと5%ぐらいじゃないですかね。中には亡くなった方もおられます。

皮膚や甲状腺の腫瘍では治療後の予後は良いのですが、私のところで一番多いのは肝臓ガンで、これは予後が悪い。これはもともと昔の透析の輸血によるHB肝炎、これは恐らく長期間の透析を受けている患者さんでも多いだろうと思うんですが、その影響がかなり影を落としていますので、今後肝ガンになる患者さんが増加する可能性がある。それが一番大きな問題ですね。頭を悩ましています。

春木 竹本さん、移植の患者さんを扱っていて、そういう合併症とか、何回か入院して来られると、拒絶反応だけでなく、気の毒なケースも中にはあるでしょう？

竹本 中でも、肝障害は気になります。これはかなり長引くので、生活に影響します。薬剤性の肝障害が肝不全になって、最後は精神症状が出て亡くなられた方がいるのですが、その方は移植後退院していた期間より入院の方が長かったんですね。だから、家族関係もゆがんできたりして。

春木 そういう話だけがクローズアップされても具合が悪いのですが、しかしそういうことも移植医療の影の部分としてはあるのですね。

竹本 全体からいったら、ごく少ない部分ですが、病棟にいと接触することが多くなります。ほとんどの元気な人は外来でいらっしゃるので、余りお会いしていませんから。

春木 どうですか、安村先生。そういう意味ではシクロスポリンが出てから、わりとそういう、成功・不成功と言っていいかどうかかわからないですが、サクセスに関してはどんな……？

安村 そうですね、シクロスポリンが腎移植の成績を格段に向上させたのは明らかな事実だろうと思うんです。特に移植後、細菌性や真菌性の肺炎など早期の合併症が減少して、生着率が安定化した。これはもう非常に大きな貢献をしています。

ただ、長期の成績になりますと、腎毒性による腎機能障害あるいはシクロスポリン自身が慢性拒絶反応に対してちょっとウィークポイントを持っているというようなことがありまして、少なくとも生体腎移植については長期成績を格段に向上させたかということ、決してそうは言えない。

そういうことで、シクロスポリンの強い免疫抑制力という長所を生かし、腎毒性という欠点を補うために、私達はシクロスポリンを減量してイムランを加える——これは今はどの施設でも用いている方法だろうと思いますが、そういう方法を取って長期成績もかなり良くなっています。シク

ロスポリンを用い始めてからは、合併症は確かに減りました。その結果移植後の管理が楽になって、一番最初の話に戻りますが、医者の方が決して手抜きをするというわけではないのですが、安易な患者管理に傾いてしまうという面もありますし、患者さんの方が過度な期待を持ったり、自己管理を怠るという面があります。

春木 昔は一例一例、作品をつくるように手づくりでやっていたのが、大量生産のような感じになっていると。

安村 そうですね。

中本 しかし、シクロスポリンが使用されだして、術後早期の重篤な拒絶反応が乗り越えられるようになり、患者さんと医療スタッフの両者の精神状態がとても良くなった。早期の拒絶反応で移植機能が廃絶してしまうと、レシピエントもドナーも医療スタッフもがっくりきてしまいます。

安村 そうですね。最近ではめったにないのですが、移植後1週間ぐらいで急性拒絶反応で移植腎を取り出さざるを得なくなって、患者さんとドナーと一緒に淋しそうに帰っていくというのもつらいことですからね。それがシクロスポリンを使うようになって、急性拒絶反応の発生率が、以前のイムランのときが59%、今は24%、実際に移植後1年以内に拒絶されてしまう率は、昔は9%ほどありましたが、今は5%ないぐらいですね。そういう意味でもシクロスポリンはかなりいい薬だなと思いますし、患者さんにとってもかなりの福音だろうと思います。

春木 さて、長期透析の患者さんの話

に移りたいと思うのですが、10年を超えられた患者さんの問題ですね。ほくが会っていると、10年を超えた患者さんは、仲間も少なくなっている、場合によっては自分がトップを切って走っているということで、5年から10年ぐらいは比較的元気に、うつ状態とか不安も少なく暮らしていられるけれども、10年たつと何かをきっかけに——大体は合併症ですが、痛みとかシャントのトラブルがあったり、感染症とか、入院を必要とするような合併症を経験したとたんに気が弱くなっちゃうというか、昔の不安がまた戻ってくる。これはほくは精神科医だからそういう患者さんだけがほくの目の前にあらわれるということもありますが、白石さん、長期生存の患者さんについて、さらにこれをうまく果たしていくためには、もらろん医学的なことは別にしてワーカーの目から見て、どうですか。

白石 透析導入のときにMSW（メディカル・ソーシャル・ワーカー：医療社会福祉相談員）として、患者さんや家族に会って、透析生活を支えるものの一つとして家族構成を把握するのですが、そのときに、「あ、10年たったらこの家族はこうなるな」という、大体の予測がつく部分がありますよね。当時、生きがいの対象であった子供が成人して結婚していくとか、今は介助は必要ないけれども、10年たって介助が必要になったときに、家族はだれもいなくなるとか、その辺を導入期に把握するようにはしています。ワーカーとして、1人の患者さんのライフサイ

クルみたいなのもしっかり視点に置かなければいけないんだということ、最近感じます。私の入職当時の「患者さんとMSWの関係」であれば、子供が生まれた、孫が生まれたとか、卒業した、就職したとか、そういう話を患者さんと身近に話していたような気がします、今ではたまたま久しぶりに患者さんに会って声をかけてみると、たとえば支えてくれていた奥さんが2～3年前に亡くなっていたとかで、患者さんとの関係が遠い距離になっていくような気がします。

春木 透析施設の数が頭打ちで、どうしても大きい施設がたくさん患者さんを抱えているという傾向は、全国的に言えるんでしょうね。

安村 そうですね、大きいところはまだどんどん増床していますし、小さいところは相変わらずというところが多いですね。

春木 中本先生のところは、透析の患者さんは何人いますか。

中本 済生会八幡総合病院では、血液透析が140名、CAPDが60名で合計200名です。関連施設には約700名の血液透析患者さんがおられます。

春木 女子医大なんかもすごいですよね、患者さんの数は。

竹本 でもスペースが限られているので、増床できないから200名止まりになっているということです。

白石 10年を迎えた人と20年を迎えた人と、気持ちの上での差が非常に大きく存在するように思います。10年を迎えた人は、まだ前を歩いている患者さんがいるということで、生命に対する

不安をクリアーできるものがあるかもしれない。先日、透析20年を迎えた人が2人いらっしゃるのですが、医療スタッフは、自分達も20年頑張った、みたいなのがあったお祝いをしたいんだけれども、患者さんの方は「そっとしておいてほしい」と答えられたということを耳にしました。そういう医療スタッフと患者さんとのギャップを目の当たりに見て「透析」は奥が深いなあと思いました。

春木 まさにスタッフのお祝いなんだけれども、患者さんにとってはお祝いではないのかもしれないということですね。

中本 うちでは20年を迎えた患者さんがほくらにお祝いをくれましてね。（笑）大変ありがたいことです。

しかし、透析アミロイドーシスが透析13年目ぐらいから出てきて、20年になるとほとんどの人に出てきますので、これが大きな問題ですね。われわれも20年から先は未知の分野です。ですから20年以上の患者さんには、「これから先はお互い、未知だからやってみんとわからん。ただ、過去の10年間よりもこれからの10年間は相当厳しいよ」と、言っております。

安村 その点、移植は逆ですね。今年の10月で移植後20年経過した人が出たんですが、この患者さんを含め移植腎が10年以上生着している人、15年以上生着している人は安定している人が多いのです。つまり免疫抑制剤もある程度減量されて、自分の腎臓と同様なものになってしまっていますし、中には免疫抑制剤を飲んでいない人もいま

す。もちろん10年以上生着してもその後慢性拒絶反応のために再透析に戻ったり、ガンで亡くなったりする患者さんもいますが、移植ではこれから何が起るかわからないという不安については透析よりも少ないと思います。

私達のところでは10年以上生着した患者さんが75人ほどいるのですが、その方達の多くが元気で社会復帰して生活をしているということを聞くと、また後に続く患者さん達の励みというか、安心につながってきますのでね。

そういう意味で、腎移植の患者さんにしっかりした長期管理をしていくことが今後の腎不全の治療の大きなポイントになっていくんじゃないかと思えますね。

春木 透析医療によって長期生存が図られたことが、皮肉なことに、逆にこれから先、不安な材料になっている。

中本 確かに透析療法により長期生存が可能になり、透析アミロイドーシス等の新たな問題は生じてきています。

白石 10年たった人達が、「次に、何かくると、乗り越えられそうにない」と弱音を吐く人がいますね。

安村 ここ数年、透析歴の長い人の移植希望が増えているんですね。そういう方はドナーがかなり高齢であるとか、夫婦間でということになりますが、長期透析の合併症が出てきて身体的に透析で生きてゆく自信をなくしたという方が多いようです。ですから、確かに透析の10～15年というのはひとつの曲がり角といえますか、新たな展開を模索しなければならない時期なのかもしれないという気がしますね。

春木 腎移植が、透析導入後間もなくがひとつのピークで、次にこのところ顕著な傾向として10～15年のところもうひとつのピークで、2つ目の山ですね。

安村 先だって、透析歴19年という方が、74歳の母親をドナーに移植を受けています。

春木 長期透析の人が、本当の意味で次の道を選ぶという意味でね。しかしそれはみんながまだできる道ではないですね。

安村 ドナーが限られていますね。ですから死体腎を何とか増やして、その前にしてあげるというのが本来の筋なんだろうと思いますね。

中本 いや、私もそう思っているんですよ。いわゆる死体腎移植を普及させて、透析アミロイドーシスが生じたような人を優先的にやってあげるようになりませんか。ただ技術的にはむずかしいですかね。膀胱が小さくなってしまつて。

安村 膀胱の萎縮については手術手技上も大きな問題ではありませんし、それは手術後時間がたったら必ずもとに戻って大きくなります。移植した直後、バルーンを抜いて一時的に1日の排尿回数が108回とか109回とか、10分置きにおしっこをしているというような状況がありますが、2～3週間もすると必ずもとに戻ります。

春木 あれはトレーニングが大変でしょう？

竹本 でも、膀胱容量が50ml以下の人はバルーンカテーテルをしばらく置いておいて。

安村 排尿障害のある人でも自己導尿のトレーニングをすると、1ヵ月もたたないうちにすぐ戻ります。

ただ、透析アミロイドーシスや手根管症候群が、移植することによって消えていくか消えていかないかということはひとつの大きな問題だろうと思うんですね。

中本 でも透析アミロイドーシスの痛みは軽減するみたいですね。

安村 進行はしないだろうと思えます。

中本 沈着してしまったアミロイドはどうしようもないでしょうね。

透析アミロイドーシスの痛みの原因は明らかではありませんが、多く沈着する時期に痛むんじゃないかなと思うんです。

安村 ということは、現状維持だったら痛みはこないということですね。

中本 はっきりわかりませんが、そうじゃないかなと思います。腎移植に成功しても、確かにいま沈着をしているアミロイドは除去できないと思いますが、それ以上アミロイド沈着が増えることはないと思います。また、腎移植のときに使われるステロイドが痛みに対して効果がありますね。

今後先生のところで、透析アミロイドーシスに苦しんでおられる患者さんに死体腎移植していただけると、そのところが明らかになると思います。

春木 さっき白石さんがおっしゃった、患者さんよりも先に配偶者が亡くなったり親が亡くなったり、昔は3年とか5年までしか生きられないと思っていたのが長く生きてこられて、そう

いう意味で、導入のときには恐らく患者さんの方が生命が短いと思っていたのが、予想に反して10～15年後には患者さんだけが生き残っていて、ということがありますね。これは透析医療がもたらすうれしい悲鳴なんでしょうけれども。

この間の日本透析療法学会で、青森の弘前病院のケースワーカーの小山内さんが「患者さんの生きがい」について、10代から80代まで調べたのを発表されましたが、30代、40代までは子育てを生きがいにしていた。ところが、50代からどんどん生きがいが無いグループが増えてきて、70%を超える患者さんが「生きがいのなし」という答えなんですね。その辺のところは非常にむずかしい。また高齢化といえますかね、だんだん平均年齢が上がってきている。平均年齢が54歳ですから、60～70代の患者さんの7割もしくはそれ以上は透析だけを受けているわけです。そういうグループが着実に増えている状況にあるわけです。

安村 一般にはどうなんですか、先生。

春木 健康人一般の「生きがい」については一口に言えないと思いますが、あのアンケートも、よく見ると、10代の生徒達に「生きがいがあるか」と聞いても「ない」と言っていますね。そんなことを考える年齢じゃないから。しかし70歳以上のお年寄りに「あなたの生きがいは」と言って趣味とか仕事とか家族とか旅行とかをあげられる人と、なしと答える人とどうだろうかと思うのですが、健康人のグループでは生きがい「なし」が70%ということは

ないんじゃないか、と。

中本 透析をしている高齢の患者さんでも、孫がおったりしますよね。それに対しての生きがいは持てないものなんでしょうか。

春木 その辺が、合併症を抱えながら生きているので苦しいという面が強く出てしまうというか、そういう二重、三重のハンディは当然あるわけでしょうけれども。

ただもう1つ、福岡の町立芦屋中央病院という小さな規模の病院のケースワーカーの村山さんが、70代の患者さん、10例ぐらいだったけれども、コントロールを取って、60代以下の人と比較しています。それで出てきたものは、60代以下の人「透析に通院するのはいやだ」というんですね。もういやでしょうがない。ところが、70～80代のお年寄りは「透析に来るのが楽しみだ」というのです。(笑)なぜかという、スタッフといろいろ話せる、仲間の患者さんと話せる、透析の日が楽しみだというのです。そういう皮肉な結果が出ています。

白石 社交場みたいになっているんですね。

春木 そうですね。だから何とも言えないですね、生きがいということは。生きがいというものは他人がとやかく言うべき問題ではないけれども、日本人というのはやはり働く年齢が、「生きがい」という言葉の概念と合っているんですね。定年までは仕事、勢いそれは子育ての時期にもつながるけれども、それが終わって「濡れ落ち葉」とか何とか言われる世代になると、とた

んに「生きがい」が失われちゃうような。

ところで透析医、移植医の生きがいなんていうのは何ですかね。(笑)

安村 やっぱり今は仕事でしょうかね。(笑)どうしても日本人というのはワークホリックで仕事中心になってしまっていますね。

春木 中本先生はいかがですか。

中本 われわれは、北九州市の透析のセンター病院ですから、合併症の患者さんがかなり入ってきます。そのかなり状態の悪い合併症の患者さんを助けて、またサテライトに帰してあげるのが、今の私にとっては一番の喜びなんですね。

ところが、現在大きな問題になっている透析アミロイドーシスは、なかなかサテライトに帰してあげられないのでわれわれも非常に悩んでるところなんです。

もう一つの生きがいはCAPDですね。CAPDがHDよりもいいところをどんどん前面に出していける治療法なのかを、自分で確かめてみたいですね。

春木 サマーキャンプのお話を、少ししていただいけませんか。

中本 われわれの病院ではCAPD患者さんが60名になりまして、外来のCAPD患者さんの一人にかかる診察時間が短くなり、患者さんの相談にのる時間が少なくなり、また患者さん同士が話し合う機会も減ってきたのです。そういうことでサマーキャンプを計画したんです。

希望されたら家族も参加してもらって、40名ぐらい集まりましたかね。阿

蘇高原温泉地で開催しました。

サマーキャンプの最大の目的は、患者同士のコミュニケーションを図ることと、メディカルスタッフが時間をかけて患者さんの悩みを聞いてあげ、アドバイスできることはしてあげることでした。その他私は3つのことをチェックしたかったです。

まず食事摂取量はどうか。CAPD患者さんはフリーダイエット（自由食）をとっておりますが、実際の程度エネルギー、蛋白質をとっているか調べてみたかったです。私の希望をかなえてくれるために私の病院の栄養士さんが3名有給休暇を取って参加してくれました。患者さんの残食も全部測ってくれたのです。お陰でCAPD患者さんが大体どの程度のエネルギー、蛋白、食塩を取っているかわかりました。

もう1つは、どのように風呂に入っているかをみたかったのでわざわざ温泉地を選んだのです。われわれドクターも患者さんと一緒に風呂に入ってチェックしました。女性風呂にも入ったかったのですが、それは婦長とCAPDナースに任せました。(笑)そのときびっくりしたのですが、皮膚の色が非常にきれいなんです。私は血液透析患者さんとも一緒に風呂に入ることがあるのですが、皮膚の色艶は、CAPD患者さんの方がうんといいいですね。

もう1つは運動能力のチェックです。CAPD患者さんはなかなか動かないといわれていますから、大体どのぐらいの運動能力があるか調べてみたかったです。宿の近くに坂あり谷あ

りの4kmぐらいの遊歩道があり、それを利用して行いました。楽しくて実りの多いサマーキャンプでした。

帰るときに60歳のCAPD患者さんが涙を流して喜んでくれました。

ただ、反省点としては、患者さんをお客さん扱いしてしまったことです。たとえばバッグ交換時も小会議室にきれいにバッグを並べておいて「どうぞ」というふうにしましたから。ですから2回目からのCAPDサマーキャンプは、もう少し患者さんの自主性に任せて、ワイルドなものにしていこうかなと思っているのです。

春木 若いドクターも来ましたか。

中本 いいえ。ベテランの阿部先生と中堅の今村先生と私の3人で行き、ナースは婦長とCAPDナース、栄養士さんは3名、全員有給休暇を取って参加してくれました。それからメーカーが数人、参加してくれました。

阿蘇は熊本県ですので病院からかなり離れております。ですからもし患者さんが急変したらどのように対処するかで、一番悩みました。結局済生会熊本病院の腎センターの副島先生にお願いして、心筋梗塞などの緊急の重大な合併症が起こったときは、済生会熊本病院へ救急車で運ぶことにしました。ただ腹膜炎を起こした場合は、ドクターがついて、済生会八幡総合病院まで帰ってくことにしました。数十名の患者さんをかなり遠くの土地へ連れていくというのは、かなりの決心が要りました。

それともう1つの成果は、2人の小児のCAPD患者さんがこのサマーキャ

ンプを契機に、ものすごく明るくなったことです。USAではモンクリフが主催して小児のCAPDサマーキャンプを、ロッキー山脈でやっているようです。子供が一番、サマーキャンプで成長するのではないかと思います。寝食をともにすると小児CAPD患者さんのスタッフに対する信頼感がグンと違ってきますね。

春木 白石さん、ケースワーカーとして、腎不全の3つの治療法というのは、大体一生のつき合いなんでしょう。そうすると身につまされることがあるでしょう。気がついたら10年たっていたとか、自分達も患者さんと一緒に人生を歩むようなところがありますよね。その道を選んでよかったと思いますか。それとも、もうくたびれてどっかへ逃げ出したいというか……。 (笑)ほやきながらやっているところもあるんですよ。

ぼくは精神科医で、精神科医療がそうでしてね。精神科は大部分が治りませんから、治らない患者さんを相手に「こんな」と言いながらも辞めないで精神科をやっているんだけれども。

白石 私自身、職場で1人だけのワーカーだったらきつとつぶれていただろうと思います。つぶれなかったのは、仲間がいて、「あの先生、全然わかってくれない」とか、(笑)「あの患者さんからこんなことを言われた」とか、自分の感情を聞いてくれる相手がいるということは、非常に気持ちが楽になりますね。

MSWの実習で学生さんが来ているのですが、「患者に向かっているときの

ワーカーの像”と、“ワーカー室でぐちを言っているワーカーの像”とは、「これは別人じゃないかしらと思います」って、学生さんが言っていました。そういう意味では仕事として凜としていなければいけないときと、その仕事を続けるためのぐちが言えるというか、ネジを緩める、その両方がないとやっていけないんじゃないかと思います。

それと、自分にも家族がいて、仕事をしながら自分も患者さんに支えられたり、家族に支えられたり、スタッフに支えられているんだなと感ずることがあって、そういうものがないと本当に逃げ出したいくなる大変な仕事だと思います。

中本 同じ顔の人が繰り返し来るとするのは、医療スタッフにとっては疲れるんですね。ぼくは冗談でよく「あんた、きのうも病院に来ていたんじゃない、毎日透析に来ていたんじゃない？」って言うぐらい、スタッフとしては毎日に感じられたりするんですね。病院内の他のセクションは、特に外科なんかは、重症患者は入ってきますが、どんどん患者さんの顔が変わる。これが働いていて精神的に疲れないんです。

安村 そうですね。それはありますね。

中本 きんのうも見たなと勘違いするぐらい、同じ顔が繰り返し来ますと……。

安村 おまけに、言うことも一緒だし、ぐちも一緒だしね。よくわかります。

(笑)

春木 逃げ出したいですか。

中本 サテライトの看護婦さんがうち

の腎センターに見学に来られますと、「この看護婦さんはいいですね」と言うんですね。何故かという、合併症をもった重症の患者さんが多く、病状がダイナミックに動くので、働きがいがあるだろうとのことでした。サテライトでは安定した患者さん、すなわち病状がほとんど変化しない方を治療する。その方が精神的に疲れるのですね。

したがって、サテライトのスタッフは相当問題意識を持って、かつタフでないと逃げ出したいくなるんじゃないかなと思います。

春木 そうですね。患者さんが20何年も生きると、恐らくスタッフは何回か代わってますわね。

中本 そうですね。それと、長期透析患者さんの中には、自分のドグマをもっている方がいて、経験の浅いナースに対して自分の意見を押し付ける。それが医学的に正しければ問題はないのですが、時々間違っている。それなのに経験の浅いナースは、その患者さんに正しく忠告できない。それらのことが原因となって、また若手のナースにストレスがたまるとですね。

春木 竹本さん、そんな体験はたくさんあるのですか。

竹本 それは年中あると思います。でも基本的には、そういうベテランの患者さんというのは若手の先生よりもかなりよく自分の体をわかっている面も多々ありますから、逆に学ぶ方が多い部分があるのではないかなと思っています。トンチンカンな解釈の人もあると思いますが、そこをこちらがどうい

うふうに考えるかだと、私自身は思っているのですけれども。

中本 新たに透析の分野に入った看護婦さんの多くは、患者さんとの問題でストレスfulな状況に置かれるんじゃないかなと思うんですよ。それでなかなか長く居つかない。

春木 2～3年で辞めるという報告が今年の神戸の学会でありましたね。2～3年過ぎるといいそうです。

中本 春木先生みたいな先生がおられたら、透析患者さんの精神状態のコンサルトよりもスタッフの方のコンサルトをしてもらいたい。(笑)

そういうことはされていないんですか。

春木 実は、コンサルテーションというのはスタッフに対するティーチング・ファンクションも入っているんですよ。しかしティーチング・ファンクションもただスタッフに一方的に教えるのではなくて、サポートしておいて教えてあげるというその部分もあるわけですね。そこにはスタッフの方が逃げ出さないように、ということも当然あるだろうと思います。

最後に、どの病気でも結局みんな長生きしたいから治療をしているわけですし、自己管理とか何とか言うけれども、ぼくはやはり最終的には医者と患者さんとの関係、つまり医者を信じるというか、自分の生命を医者に任せる、任された医者も責任をもって最後まで面倒をみる。ここが一番の基本で、そしてそれは結局患者さんの安心を生むということがあるんだけれども、その辺どうですか。これからだんだん先生

方はベテランになられて、今度は若い人達を教育される立場にあると思いますが、次の世代の腎不全の治療者を育てていく、それがひいては患者さんのそういうものにはね返っていくと思いますので、何か一言、後に続くスタッフをお願いします。

中本 血液透析の患者さんは、週3回も医療施設に来て医療スタッフを厳しい目で見ています。それらの目に十分耐えられる医師になってもらいたい。また、透析療法は忍耐のいる治療法であることを認識していただきたい。

春木 マンネリになりやすいだけに真剣勝負だと。

中本 そうですね。

春木 安村先生、移植の患者さんとは結局一生のつき合いでしょう？

安村 そうです。私が若いころになぜ移植をやろうと思ったかという、それですね。結局患者さんと友達みたいになってしまっ、「仲ようやろうや」って、ちょうど私が若いころに同世代の患者さんが多かったんですね。20代後半から30代前半ですね。

ただ、今の若い先生方はこういうふうに考えているわけではなくて、特に私のいるところは大学病院ということもありますし、むしろリサーチの方に目を向けている連中の方が多いのと、臓器移植自身が、もう腎移植を離れて肝移植、心移植が一番のトピックスになっていますので、どうしてもこういう環境、それから全体の外科の流れから見ると「何で、おまえ、泌尿器科医でもないのに外科で腎移植やるんだ」というような雰囲気があるのも確かで

すね。

春木 かつては透析医療が花形だったのに。

安村 そういうことですね。しかしこの仕事は、外科医であろうと泌尿器科医であろうとだれかがしなければならいので、そういうふうに若い先生方に話をしていますが、腎移植は外科の花形ではなくなっていますので、若い先生方の気をひくにはなかなかむずかしいところはありますね。

春木 白石さん、どうですか、若い人に伝えたいことは。

白石 私自身がのんきに、根気を持って、やる気をなくさないで、元気で仕事を続けたいと思っているのですが、それが「慢性疾患の患者さんに関わるワーカーの基本」かなと若いMSWに伝えたいと思います。

それから、自分がしっかり生活をすることが大切だと思います。患者さんの生活上の障害に敏感に反応していかないとマンネリ化してしまうのではないかという気がします。

春木 竹本さん、どう思いますか。

竹本 私も15年過ぎちゃったんですけども、看護婦が平均3年で辞めるといのは昔からあった現象だと思います。

看護婦が足りないことよりも、今の看護婦問題は女性が働くということについて考えなければいけない、社会がそういう時期にきているのかなと、私はとらえています。結婚しても、子育て中でも続けられる状況を作りだし、辞める人を減らさなければいつまでも看護婦は不足すると思います。長続き

してこそ看護の仕事をしていてよかったと思えるだろうし、内容を充実させていけるでしょうし。一般的に看護チームの活性化のために、構成員の30%が交替すると良いと言われているのですが、私は30%が常に辞めるのではなく、女性の生き方として、その時期にあった条件の中で続けることが大切だと思っています。看護を一生の仕事としてやっていけるよう、若いナース達と一緒に、考えていきたいと思っています。

中本 サテライトのやる気のあるナースほど苦しむんじゃないでしょうか。

竹本 そういうのはあるかもしれません。患者さんが安定していて、何かなのが当たり前、何かがある——CAPDで言うと、ある意味では、ナース個人の責任であったりします。そういうときに看護の目標設定がきちんとできれば、自分自身がマンネリ化しないでやっていけるのではないのでしょうか。今はある意味で淡々としすぎていて、自分が窓ぎわ族になっているんじゃないかという感覚を持ってしまうのではないのでしょうか。慢性の安定している人を見ていかなければならないときが看護婦の視点の持ち方のむずかしさであり、やりがいであったりするのではないかと思います。

中本 透析療法とは患者さんを安定した状態に保てれば最良であるという治療法ですので、やる気のあるナースが長時間目標を持ってやっていくということは、かなりきついことだと思います。

春木 白石さんが「のんき、根気、元

気」とおっしゃいましたが、看護婦さんのやりがいというと忙しくパタパタバタッと働いている姿だというイメージだけがあるんですね。

竹本 人によっては、そういうのが得意な人もいます。(笑)見かけが派手ですからね。

春木 精神科の看護婦とか、慢性の透析患者さんの看護婦は、患者さんの変化は年の単位ですから毎日の仕事自体には余り変化がない。しかし10年たってみると、気がついたら、患者さんがさすが成長したなあ、昔と変わったなあということがやっと出てくるんでしょうね。

看護婦さんというと、看護婦さんのタイプとか適応能力とかいろいろあるんだろうと思いますけれども、後手に回らないように、早めに患者さんのいろいろなことを発見する鋭さと、それから慢性化したものに耐えていく、両方のものを持っていないといけないですね。

最後になりましたが、患者さんが、これなら長生きできるわという話はないですかね。(笑)

中本 福岡県の直方にPMMA膜のダイアライザーを7年前より血液透析患者さん全員に使っている施設があるんです。その患者さんを診てみますと、セルロース膜を使っている患者さんより、明らかに透析アミロイドーシスの出現頻度が低いのです。

春木 そうすると、技術の開発とか改良とか進歩とか、そういうものがまだまだ……。

中本 はい、そう思います。

春木 透析の基礎的なところの技術とか研究で、かなり期待されるところがあるということですね。そういうことをみんなが期待して、生きてもらいたいですね。

どうもありがとうございました。

以 上

座談会を終えて司会者のひと言

どうも患者さんの問題は、裏ではスタッフの方の問題とからんでいるんですね。それで、いい先生の下患者さんはやはりいいです。それが医者もパート、看護婦さんも正体不明、機械だけには変わらないというところは……。そういう意味では精神とか心理というのは、まず身体がしっかりしていないと、身体的な条件が悪いのに精神的・心理的に安定していろといっても無理な話で、やはり基本は、どの治療も身体ですよね。身体というのは結局最終的には医者責任になるから、そういう機能がきちんとしていないといけない。結局最後は患者さんの責任でなくて、医者責任だと思います。けれど、そういう条件のもとで患者さんが自分の責任を果たすというか、20年も生きて来られた人は、やはりそれなりに自分のものsomethingを持っておられるんだろうと思います。



財団法人 腎研究会のページ

1.平成3年度の腎研究会賞、学術賞、大島賞の表彰式と座談会がとり行われました。

平成3年11月5日、日本工業倶楽部において平成3年度の各賞の表彰が行われました。太田選考委員長が選考過程を報告された後、各受賞者に対し大島理事長から賞状と副賞が贈られました。

表彰式の後、理事長の司会のもとで、受賞者の座談会が開かれ、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

- 東京女子医科大学教授 杉野 信博
長年にわたりわが国の腎臓学の進歩・発展に尽くした功績

学 術 賞

- 東京大学教授 黒川 清
腎機能の調節に関する研究

- 北里大学教授 酒井 糾

小児腎疾患の治療と管理に関する研究

大 島 賞

- 東京女子医科大学助教授

高橋 公太

腎移植、特にABO血液型不適合移植に関する研究



2. 平成3年度透析療法従事職員の研修会が開かれました。

平成3年7月4日、5日の両日、国立教育会館において集中講義が行われ、1,010名の方々が熱心に聴講され、受講後、全国60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)、臨床工学技士、臨床検査技師および衛生検査技師は4週間の実習が行われました。この研修会は、透析療法

従事職員の確保とその技術向上に資するため、昭和47年度から実施されているものです。



3. 第6回腎移植推進国民大会に協力しました。

平成3年10月5日、厚生省、長崎県、長崎市、日本医師会、長崎県・市医師

会、長崎県腎臓バンクの主催による第6回腎移植推進国民大会が開かれ、今

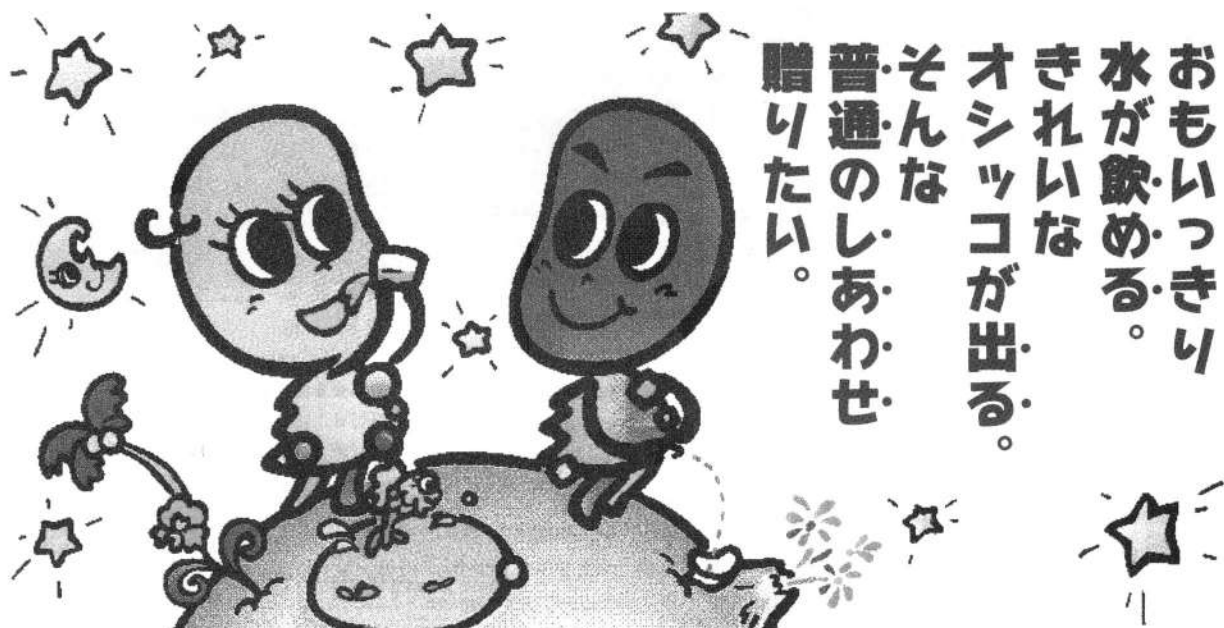
年も後援として協力しました。

長崎市民会館において関係先々か

らのごあいさつ、祝辞、祝電、感謝状の贈呈、大会宣言の後、金子愛子さん、葉山一郎さんの腎移植体験発表、そして

千葉太玄さんから「臓器提供の体験と私見」と題してお話を伺いました。関連行事として浜の町観光通りで街

頭キャンペーン、長崎県警察音楽隊による腎移植推進ミニ・コンサートが行われました。



（長崎県腎臓バンクでキャンペーンのために使用しているパンフレットより）

編集後記

1990年末の日本透析療学会の統計をみると、この領域にも日本が迎えている高齡化社会の影が、はっきりと出ています。

まず、この年に血液透析に導入された患者さんの平均年齢が58.09歳(男性では57.65歳、女性では58.75歳)です。患者さん全体の平均年齢は54.53歳(男性54.03歳、女性55.25歳)ですが、年齢層でみると、65歳以上の人が24.1%を占めるようになってきました。

“高齡化”には、ふたつの側面があります。ひとつは、透析に導入しなければならない状態になる患者さんの年齢が高くなってきている側面です。慢性腎炎による腎不全の若～近年世代の患者さんの多くが既に導入されている、保存的療法の期間が長くなっている、糖尿病性腎症による腎不全が増加している、などがこの誘因です。もうひとつは、長期生存が確実となって、既に導入され維持透析で生活している人々が、当然ですが、加齢していることです。とくに、わが国は高齡であることで導入しないということはない国です。また、患者さんの生存率は世界一でもあります(アメリカの成績が悪くて、その理由が何か、問題になっているくらいです)。

人工臓器による生存の獲得の一方で、これまでの人類では経験していなかった“老化”のプロセスがあるかもしれません。これに早く気づき、解明することが、今後の大きな課題のような気がします。

患者さんも一緒にこれに取り組み、世界一の生存内容を獲得していきましょう。

(東京都多摩老人医療センター

中川成之輔 4.2.25受理)

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	東京都多摩老人医療センター
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

編集同人

阿 部 裕	大阪労災病院
秋 山 暢 夫	虎の門病院
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
千 野 一 郎	杏林大学医学部泌尿器科
土 肥 雪 彦	広島大学医学部第二外科
藤 見 惺	福岡赤十字病院
藤 島 正 敏	九州大学医学部第二内科
藤 田 嘉 一	兵庫医科大学
橋 本 勇	京都第一赤十字病院
波多野道信	日本大学医学部第二内科
本 田 西 男	東京専売病院
堀 田 寛	長崎大学医学部泌尿器科
稲 生 綱 政	東和病院
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 映 一	慶応義塾看護短期大学
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	帝京大学医学部第三内科
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	関東労災看護専門学校
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
新 村 明	篠ノ井総合病院
丹 波 豊 郎	大垣市民病院
新 島 端 夫	東京船員保険病院
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	医療法人松和会
大 澤 炯	琉球大学医学部附属病院泌尿器科
斎 藤 寛	長崎大学医学部衛生学教室
斎 藤 薫	中勢総合病院
酒 井 文 徳	
笹 岡 拓 雄	横須賀共済病院
佐 藤 博	
澤 西 謙 次	京都大学医学部附属病院
柴 田 昌 雄	掛川市立総合病院
篠 田 昭	金沢医科大学腎センター
園 田 孝 夫	大阪府立病院
杉 野 信 博	東京女子医科大学第四内科
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	
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	

腎不全を生きる 第17巻第1号

発行日：1992年3月25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)3403-9696 ☎106

発行人：理事長 大島研三

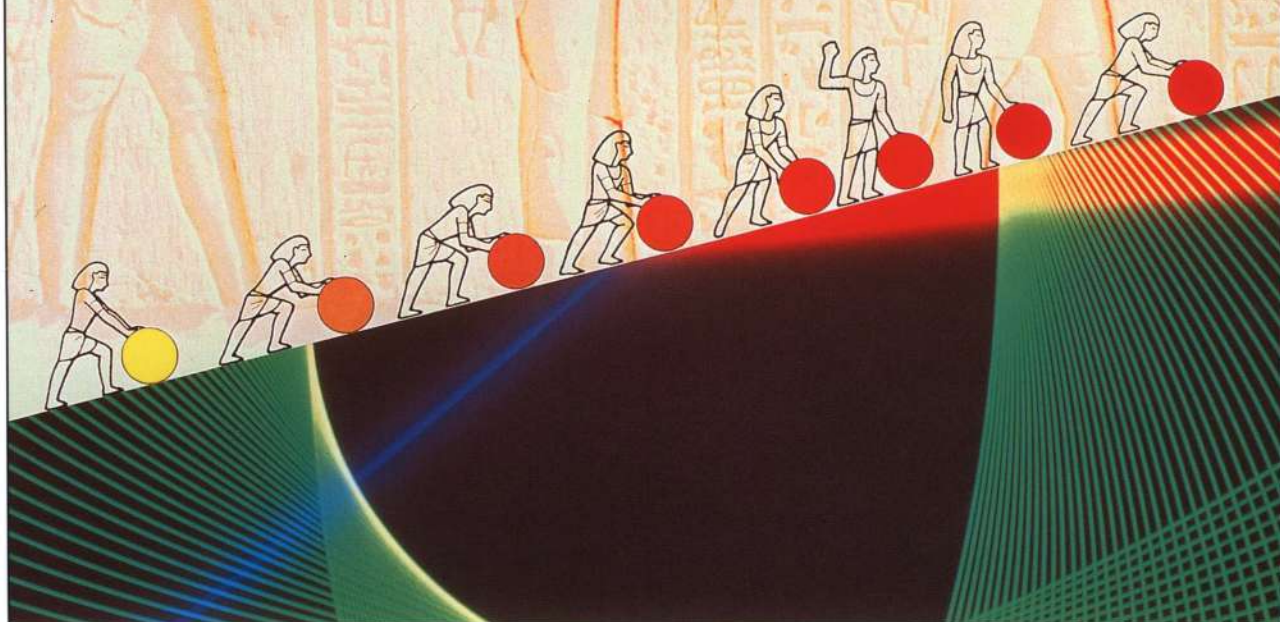
編 集：腎研究会「腎不全を生きる」編集委員会

★記事・写真などの無断転載を禁じます
★非売品



赤血球をつくる！

——透析施行中の腎性貧血に——



〔効能・効果〕

透析施行中の腎性貧血

〔使用上の注意〕一抜粋—

(1) 一般の注意

- 1) 本剤の投与は貧血症に伴う日常生活活動の支障が認められる腎性貧血患者に限定すること。なお、投与対象はヘモグロビン濃度で10g/100ml(ヘマトクリット値で30%)未満を目安とする。
- 2) 本剤の投与に際しては、腎性貧血であることを確認し他の貧血症(失血性貧血、汎血球減少症、アルミニウム蓄積症等)には投与しないこと。

(2) 次の患者には投与しないこと

本剤又は他のエリスロポエチン製剤に過敏症の患者

(3) 次の患者には慎重に投与すること

- 1) 高血圧症の患者 2) 薬物過敏症の既往歴のある患者 3) アレルギー素因のある患者

(4) 副作用

- 1) 循環器：血圧上昇、また、ときに動悸があらわれることがある。
- 2) 高血圧性脳症：急激な血圧上昇により、頭痛、意識障害、痙攣等を示す高血圧性脳症があらわれ、脳出血に至る場合があるので、血圧、ヘマトクリット値等の推移に十分注意しながら投与すること。
- 3) 皮膚：ときに痒痒感、皮疹、痒癬等があらわれることがある。
- 4) 肝臓：ときにGOT、GPTの上昇等の肝機能異常があらわれることがある。
- 5) 消化器：ときに嘔気、嘔吐、食欲不振、下痢があらわれることがある。

※用法・用量、その他の使用上の注意、取扱上の注意については添付文書をご参照下さい。

《特長》—(透析施行中の腎性貧血)—

- 1 貧血の改善は、用量依存的でかつ高いことが認められています。
- 2 輸血症例に対して、その輸血量を減少させることが認められています。
- 3 貧血に伴う階段昇降時の息切れ、動悸、立ちくらみ等の諸症状を改善します。
- 4 長期投与試験(約1年間)で、安定した貧血の改善がみられました。
- 5 副作用として、血圧上昇、頭痛・頭重感、倦怠感等の症状がみられました。

遺伝子組換えヒトエリスロポエチン製剤 **薬価基準収載**

エポジン® 1500 3000

EPOGIN Injection 一般名：エポエチン ベータ(遺伝子組換え)



中外製薬

〔資料請求先〕

〒104 東京都中央区京橋2-1-9



β_2 ミクログロブリンを拡散で除去 積極的な透析治療へトータルシステムでおこなえます。

生体適合性に優れたトリアセート中空糸を高度な技術で加工することで、
よりシャープなカットオフを実現しました。
今まで除去できなかった β_2 -ミクログロブリンを拡散により、高い効率で除去でき、
しかもアルブミンのような有益なタンパク質をほとんど通過させません。

FB・Uシリーズ

トリアセート ホローファイバー ダイアライザー

健康に奉仕する



本社：大阪市北区豊崎3丁目3番13号
TEL (06)373-3155(代)

- 営業部・支店 / 東京・大阪・札幌・仙台・新潟・北関東・東関東・神奈川・名古屋・京都・神戸・岡山・広島・四国・福岡・鹿児島
- 営業所 / 旭川・青森・盛岡・福島・秋田・高崎・宇都宮・多摩・厚木・静岡・岐阜・松本・三重・奈良・和歌山・北陸・福井・松山・北九州・大分・熊本・長崎