

DIALYSIS AND TRANSPLANT

# 腎不全を生きる

VOL.2,NO.1,1975



## 目 次

- 1 手をつなごう★吉利 和
- 2 家庭透析について★小林快三 萬治忠福
- 7 腎炎について★藤見 惺
- 11 全腎協のページ★上田 昭
- 13 透析医療をささえる人びと(その2)
- 22 患者からの手紙★佐藤信雄
- 23 腎センター訪問(3)・信楽園病院
- 27 松村満美子の患者インタビュー(3)
- 32 腎研究会のページ
- 33 編集後記★中川成之輔



〔表紙の言葉〕 長い冬も終わり、暖かな日ざしをいっぱいを受けて自然の中で、花や鳥は楽しそうに踊っています。この自然の明るく楽しいふん囲気を、軽快なカラータッチでレイアウトしてみました。

イラストレーター 杉田 豊

「腎不全を生きる」第2巻1号

発行日：1975年5月1日

発行所：財団法人 腎研究会

東京都港区芝西久保明舟町3番の5

電話：東京(03)501-9123 ㊟105

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

制作：株式会社 博報堂 大阪本部

★記事・写真などの無断転載を禁じます

★非売品

# 手をつなごう



浜松医科大学長  
東京大学名誉教授  
吉利和

何人のか人が手をつなぐことによって、一人一人単独ではなかなか困難なことでも、うまくやって行けるというようなことは、われわれの日常生活でしばしば経験することである。「三人寄れば文殊の知恵」ということわざが日本にもあるし、毛利元就が3人の息子に、力を合わせることをさとしたという逸話もある。

そして医療の問題についても同じようなことがたくさんあるものである。

腎不全という問題と取り組む際にも、多くの人々が力を合わせる必要であるかは、皆様もよくご承知のことであろう。このことは、何も行政上とか、管理上の問題に限ったわけではない。ほとんどすべての面で、協力が必要である。

第1に、装置のことがある。現在用いられている透析装置は、人工腎臓という名が用いられてはいるが、本当の人工臓器としてはまだまだ不完全である。この面では、医学の研究者は、医学の面から、また工学者は工学の面から研究しているが、この両方の人びとが協同して行なう研究が最も実りの多いものである。装置を小形化するとか、透析膜を効率のいいものにするとかなど、たくさん問題が、協同の研究によって一つ一つ進歩して行きつつある。

第2に、実施の問題がある。透析を医師のみではじめたところもあるが、今日では、医師、看護婦、技師、その他多数の人がこれに関与することが、

最も効率をあげることになる。外国では心理学者とか、ハウスキーパーのような人びとの協力を絶対必要条件としているところもある。これらの人びとが、お互いに連携を密にして、一人一人の患者の処置について、どうすることが最も患者のためになるかを考えることであり、そして、対象である患者との協力によってはじめてよき成果があげられることになる。

第3に、どのくらい多くの職種の人々がこれに関係しているかを考え、それらのチームを一つの目的にまとめるにはどうしたらいいかということである。第2のところでも述べた人びとのほかに、臨床検査技師、レントゲン技術者、栄養士、事務関係者、さらに広くいえば、電気、水道、ガス、環境保持の関係者などが関係する。しかも、これらの人びとが多く関係すればするほど、そのチームをまとめる必要が大きくなる。今のところはやはり医師がこのチームのリーダーになるのが最も適当であり、一つの目的のために、足なみをそろえることになる。

第4に、最も大事なことは、患者さんお互いが手をつなぐことである。ともに悩み、ともに努力することこそ、腎不全対策を効果あらしめる最大のものであり、その際に、上に挙げた各職種の人が、この連結を後ろからささえることになる。

すべての関係者が手をつなぐことによって、より大きい明日を期待しよう。

# 家庭透析について

名古屋大学分院内科  
小林 快三  
萬治 忠福

## 1. はじめに

数年前までは、慢性腎不全さらにこれの進行した尿毒症は不治の病として最も恐ろしい病気の一つでした。

しかし血液透析という治療法が長期間実施できるようになり、慢性腎不全になっても、慢性血液透析を受ければ、社会復帰も可能となって来ました。

慢性血液透析という治療法は、病気になって働かなくなった腎臓を治すのではなく、その働きを透析という手段によって償う方法であり、一度血液透析を始めると、生涯この治療を継続しなくてはなりません。

けれどもこの治療をうまく行なえば、ほぼ健康な人と同様に働くことができます。現在では、慢性血液透析の目的は、いかに慢性腎不全患者を完全に社会復帰させるかということであり、そのためよりよい透析方法の確立、透析形態の改良、改善を求め、日夜研究、努力されています。

しかし一方、血液透析を週3回（ないし2回）行なうことによって健康人と同様に働くことができるといっても、自分の住居あるいは職場の近くに透析施設がなくては、社会復帰は不可能でしょう。また透析施設が近くにあっても、昼間だけしか透析が受けられないとすれば、1週のうち3日は透析を受けるために、仕事を休まなくてはなりません。毎日働くことができなければ、完全社会復帰とはいえず、また週に3日～4日だけの勤務では収入も少なく、このインフレの時代を快適に生活してゆくことは困難でしょう。

そこで私どもは、自分の家で、自分で行なう家庭透析という透析形態が、社会復帰には最適であると考え、数年前から家庭透析を指導し、実施して来ました。

現在では、約40名の人たちが家庭透析を安全に実施し、健康人と同様、社会生活を楽んでいます。

以下私どもが指導している家庭透析について説明しましょう。

## 2. 家庭透析とは

家庭透析とは文字どおり、家庭で透析を行なうことです。透析を自分たちだけで、医師や看護婦さんの助けなしで透析ができるのだろうかと不安を感じられることでしょう。

家庭透析が行なえるためには、透析中に全く不快な副作用がなく、透析装置も小形で操作が簡単で故障のないものがが必要です。

腎不全を生きている皆さんは、すでに十分にござんじでしょうが、透析中に生じる副作用は大体決っています。すなわち、主として血圧低下、筋けいれん、頭痛、はきけ、嘔吐、発熱などです。この原因はほぼ見当がついています。それは、透析と透析との間に水分あるいは塩分を取りすぎてしまい、余分にたまった水分を除去するために陰圧や陽圧をかけすぎて血圧低下などの症状を生じるのです。

慢性透析患者の死因の多くは心不全、心外膜炎、脳出血などであり、これらは水分を取りすぎたために起こっています。ですから日常の自己管理を十分

に行なえば、透析中の副作用もほとんどなく、心不全や脳出血を防ぐことができます。

自己管理の重要性はすでによくごぞんじでしょうが、自己管理を完全に行なうためには、病気に対する正しい知識と自己管理の必要性を十分に理解するとともに、病気を克服する自信を持つ必要があります。強調すべき点は、家庭透析の最大の利点は自己管理能力の開発です。

病院で透析を受けていると、常にすぐ近くに医師や看護婦がいるため、どうしても彼らに頼りがちです。しかし自分の家で自分たちだけで行なう家庭透析では、常に自分の身体の状態を自分で把握し、それに合わせて透析を行なうので、透析をよく理解するようになり、日常生活の食事管理、水分管理に対する克己心を養うことになり、自己管理能力が開発され、透析中の副作用の発現を防ぐことになります。

透析中に生じる副作用の原因が透析装置にある場合もあり、家庭透析に適した透析装置の開発が望まれていました。現在一般の透析施設で用いている透析装置は、大形であり、大きな電力を必要とし、給排水設備や防水床を必要とし、この装置を一般家庭で用いることは不可能です。

そこで私どもは小形の透析装置を作成し、家庭透析に用いていますが、この装置は、給排水設備や防水床を必要とせず、畳の上でも透析ができ、使用電力も電気ごたつぐらいであり、家庭透析用としては最適な装置の一つであ

ると考えています。

この装置は、少量の透析液を再循環させながら透析を実施するため、透析中に透析液の濃度が変化することなく、安全であり、頭痛などの副作用もなく、安心して透析が行なえます。

しかし血液透析は、その操作を誤まれば、生命の危険もあり、家庭透析を開始するに当たっては、設備やスタッフの整った腎センターで、十分に家庭透析のための訓練が行なわれなくてはなりません。

### 3. 家庭透析のための訓練

家庭透析を安全に長期間行なうためには、どうして透析を行なわなくてはならないのか、自分の腎臓はどうなってしまったのか、透析を行なうためには、どういうことに注意すればよいのかなどについて十分な知識と、適確な技術について教育、訓練が必要です。

家庭透析は自身が行なうにしても少なくとも一人の協力者を必要とします。協力者があり、患者自身が家庭透析を希望すれば、家庭透析の訓練を始めることとなります。

私どもは表1、2に示した項目について、教育、訓練を実施しています。期間は通院して訓練を受ける場合は2カ月間、入院の場合は1カ月間スケジュールに従って系統的に訓練いたします。訓練スケジュールは、患者の条件を考え、各個人に即したスケジュールを作成し、これに従って行なっています。訓練は患者および協力者に同時に実施します。

透析操作の訓練が終わり、講義も終了すると個室へ移行し、自分の家で行なうと同様、透析の全操作を、医療スタッフの直接的な監視なしに行ないます。このような段階をすべて終了すれば実技および透析に関する知識についてのテストを実施し、基準点を満足すれば、いよいよ家庭透析へ移ります。

### 4. 日常の管理システム

家庭透析の訓練が終わると、患者は自分の生活に合わせ、週3回の透析予定日を決定します。透析時間は医師によって決定され、その変更は常に医師の指示のもとに行ないます。

透析日の変更は管理センターへ必ず連絡して行ないます。管理センターは常に24時間オンコール体制であり、いつでも家庭透析者と医療スタッフとの連絡は可能であり、疑問が生じればいつでも連絡して必要な指示を受けることができます。

具体的な日常管理としては

#### ① 2週に一度の定期的な電話による問診

この問診は表3に示すような項目について行なわれ、これによって透析時の状態、患者の身体状況、透析装置、必要物品の在庫を知ることができ、それにもとづいて必要な指示を行ないます。

## ②月1回の外来受診

家庭透析を実施している人は必ず月1回外来受診して、必要な検査を行います。この時には、毎回の透析状態を記録した自己管理ノートを持参し、これらをもとにして身体の一般状態、透析状態、食事管理などについて患者、協力者、医師、看護婦、栄養士などを混じえて話し合います。

またこの外来日は家庭透析者間の交流の場ともなり、お互いの経験を話し合います。

## ③1～2カ月に1回の巡回指導

医療スタッフが各家庭を訪ね、患者および家族と話し合い、透析や食事などについて患者や家族の疑問を解くことに重点をおきます。

このような管理システムによって、現在約40名の患者が、何の事故もなく、安全に家庭透析を実施しています。現在5歳から71歳までの患者さんが、岡山県から東京までの範囲に住み、自分の家で透析を行ない、月に1回名古屋へ外来受診し、完全に社会復帰しています。

## 5. まとめ

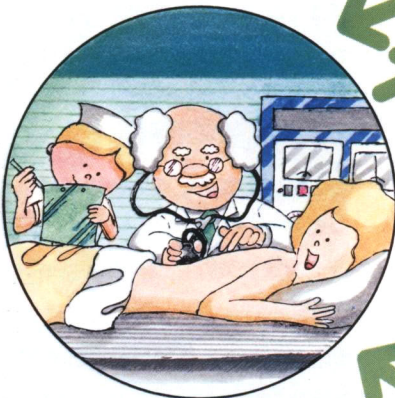
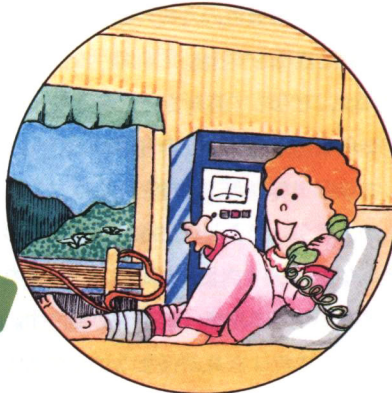
家庭透析は常に家族とともに生活しながら、自分の生活のリズムに合わせて透析計画を立て、くつろいだ気持ちで透析を行なうことができ、通院の不便さもなく、病人意識も少なくなり、よりいっそう健康人の生活に近づくことができます。

へき地や離島の多いわが国では、家庭透析が最も適した透析形態であり、それによって皆さんがより完全な社会復帰を実現し、生活をエンジョイされることを望んでいます。

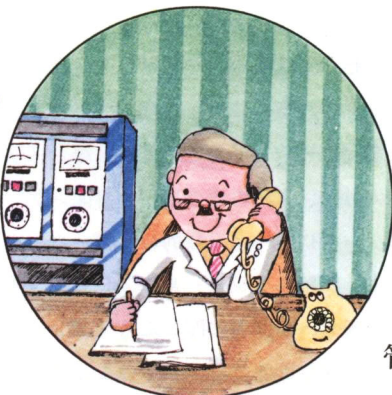
付記：家庭透析についての疑問があれば、いつでも下記へお問い合わせください。

- 名大分院透析室  
名古屋市東区東門前町2-1  
TEL 052-931-8526
- 名古屋クリニック家庭透析室  
名古屋市瑞穂区玉水町1-3-2  
TEL 052-832-8411

患者家庭



腎センター受診  
(月に1回)



管理センター  
(毎回)



表1 家庭透析訓練—講義—

1. 腎臓の構造と働き
2. 腎不全の病態
3. 人工腎臓の原理と透析装置
4. 透析液の組成、作り方
5. ダイアライザーについて
6. 透析必要物品
7. 清潔と不潔
8. シャントおよびシャント管理
9. ヘパリンについて
10. 基礎体重について
11. 水分、塩分、カリウムについて
12. 透析中の副作用—原因と対処法
13. 合併症
14. 一般検査の読み方
15. 食事
16. これからの透析の方向

表2 家庭透析訓練—実技—

1. 血圧、脈はく、体温の測定
2. ダイアライザーの準備
3. 機械の洗浄・消毒・扱い方
4. 透析液の作り方
5. 器具の扱い方、手入れの仕方
6. 開始操作
7. 終了操作
8. 採血方法
9. 透析カード、自己管理ノートの記録方法

表3 電話による問診表

I 透析に関する事項

- No. 1 体 重  
基礎体重 [                      kg ]  
前回透析終了時 [                      ]・本日透析開始時 [                      ]
- No. 2 血 圧  
開始時 [                      ]・3hr後 [                      ]・終了時 [                      ]
- No. 3 透析時間  
1回 [                      hr ]・1週間合計 [                      hr ]
- No. 4 血流および透析液流量  
前回血流 [                      ]・本日血流 [                      ]  
透析液流量 [                      ]
- No. 5 けいれん  
無・有 [ 著明・軽度 ] [ 常時・時どき ] [ 開始                      hr後 ]
- No. 6 頭 痛  
無・有 [ 著明・軽度 ] [ 常時・時どき ] [ 開始                      hr後 ]
- No. 7 発 熱  
無・有 [                      ℃ ] [ 常時・時どき ] [ 開始                      hr後 ]
- No. 8 嘔気・嘔吐  
無・有 [ 嘔気のみ・嘔吐する ] [ 常時・時どき ]  
その時の様態 [                      ]
- No. 9 透析終了後の一般状態  
体調良好・全身倦怠感 [ 著明・軽度 ] [ 常時・時どき ]  
その時の様態 [                      ]
- No. 10 シャントの状態  
良好・発赤・腫脹・出血・化膿・その他 [                      ]
- No. 11 そ の 他

II 透析者の一般状態に関する事項

- No. 1 食 欲  
おう盛・普通・減退 [ 透析中・透析終了後・透析に無関係 ]
- No. 2 睡 眠  
熟睡・軽眠・不眠 [ 透析日・非透析日 ] [ 薬を服用・服用していない ]
- No. 3 排尿・排便  
排尿 [                      ml / 日 ]  
排便 [                      回 / 日 ]・便色 [ 黄褐色・やや黒色・黒色 ]
- No. 4 一般症状  
① 頭 痛                      無・有 [                      ] ]  
② 嘔 気                      無・有 [                      ] ]  
③ しびれ感                      無・有 [                      ] ]  
④ 息 切 れ                      無・有 [                      ] ]  
⑤ 咳 嗽                      無・有 [                      ] ]  
⑥ 脱 力 感                      無・有 [                      ] ]  
⑦ いらいら                      無・有 [                      ] ]  
⑧ 発 熱                      無・有 [                      ] ]  
⑨ 掻 痒 感                      無・有 [                      ] ]  
⑩ 十分に動けるか                      はい・いいえ [                      ] ]
- No. 5 勤務について  
休まない・時どき休むことがある・よく休む [                      ]
- No. 6 機械の調子  
良好・故障気味 [                      ]
- No. 7 消耗品と在庫の状態  
不足品 [                      ]
- No. 8 そ の 他

〈次回是社会復帰の予定です〉



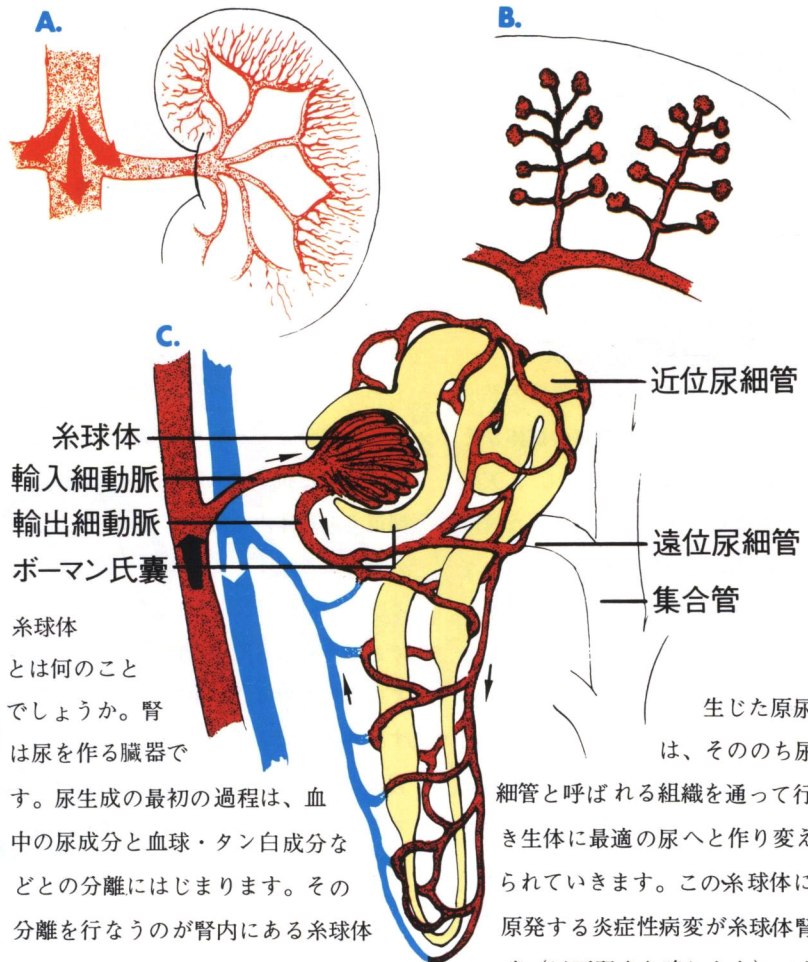
# 腎炎について

九州大学医学部第2内科  
藤見 惺

## I 腎炎とは

読者のなかには「あなたは腎炎だ」といわれた方が少なくないと思います。それでは腎炎とはどんな病気でしょうか。腎炎とは腎臓の炎症という意味ですが、一般に腎炎といわれているのは医学的に糸球体腎炎と呼ばれているものをさします。その言葉が示すように、腎内の糸球体に炎症が生じ、それが腎全体に広がるものをいいます。本講座では、糸球体腎炎についてのみ書きたいと思います。

入る動脈の末端にある毛細血管のかたまりをボーマン氏囊<sup>のう</sup>というふくろでつづんだものをいいます。毛細血管とボーマン氏囊との間にボーマン氏腔<sup>のう</sup>というすきまが存在します。血液が糸球体内の毛細血管を流れる時、毛細血管内の圧とボーマン氏腔内の圧の差により、血中の尿成分が毛細血管の壁を通過してボーマン氏腔内ににじみ出て尿の原型、すなわち原尿ができます。このような意味から、糸球体を一種のろ過装置と考えていただければ結構です。ここで

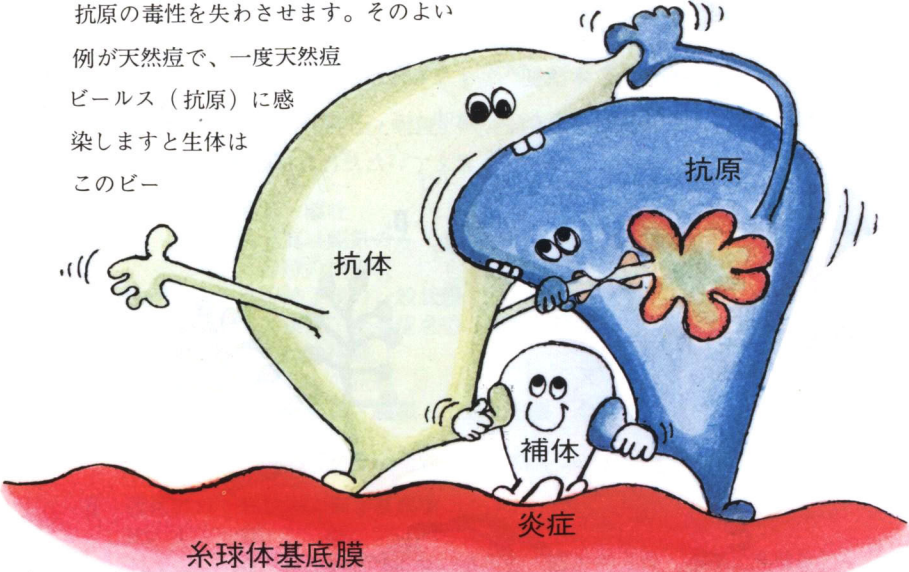


糸球体とは何のことでしょうか。腎は尿を作る臓器です。尿生成の最初の過程は、血中の尿成分と血球・タン白成分などの分離にはじまります。その分離を行なうのが腎内にある糸球体と呼ばれる装置です。これは、腎内に

生じた原尿は、そののち尿細管と呼ばれる組織を通過して行き生体に最適の尿へと作り変えられていきます。この糸球体に原発する炎症性病変が糸球体腎炎（以下腎炎と略します）です。

## II 腎炎はどうして起こるか。

人体には、外界から侵入して来る細菌などに対して免疫と呼ばれる防御機序があります。すなわち、外界から生体に異質の物質（抗原と呼ぶ）が侵入しますと、生体はこれを異質のものと感じ、抗体というものを体内に生じます。この抗体は生体内で抗原と結合し、抗原の毒性を失わせます。そのよい例が天然痘で、一度天然痘ウイルス（抗原）に感染しますと生体はこのビ-



ルスに対する抗体を作り、再度天然痘ウイルスが侵入しても既存の抗体がそれと結合して無害なものとし、天然痘の発症を防ぎます。このような抗体の産生は無数の種類の抗原に対してなされています。ところが、この抗原と抗体の結合物は、時として、血中を流れていて糸球体の毛細血管壁にひっかかることがあります。その結合物に補体というものが加わり毛細血管に炎症、すなわち腎炎が生じます。毛細血管内の炎症の発症機序は複雑になるので省略しますが、以上のことから、腎炎

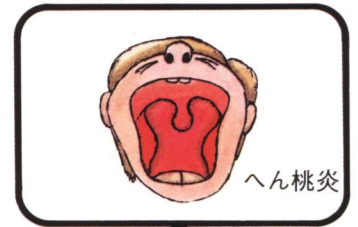
の本来の原因は抗原の侵入にあるともいえます。腎炎を起こす抗原としては無数のものが考えられていますが、確認されているのはごくわずかです。

腎炎の成因をさらに複雑にしているのが生体側の状況です。生体が自分自身の細胞やガン細胞を自分と異質なものと感じ抗体を生じ腎炎を起こすこと

もあり、また外界からの抗原と自身の糸球体成分とがきわめて類似していると、生じた抗体が糸球体成分を抗原と間違え糸球体内に沈着し腎炎を生じることもあります。このように単に腎炎といってもその発症様式はきわめて多彩であり、むしろ原因がはっきりつかめているもののほうが少ないのが現状です。共通していることは、ほとんどの腎炎において、生体には本来防御機序であるはずの免疫機構が悪影響を与えているらしいということです。

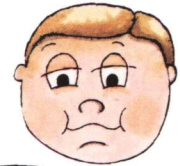
## III 腎炎の発症の型とその経過

同じ腎炎でも、血尿やむくみを初発症状として来るものもあれば、自覚症状なしに健康診断でタン白尿を発見され腎炎と診断される例もあります。このような発症の様式の差が、前述しました抗原の差によるものか、生体側の反応性の差によるのかはまだ不明です。しかし、臨床的には急激に発症する型と緩徐に発症する腎炎とに大きく分けられると思います。



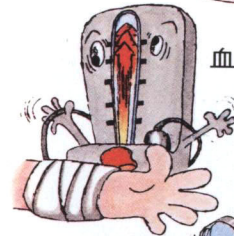
1~3週間

急性腎炎

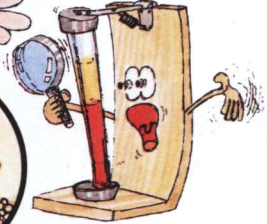


むくみ

血圧上昇



血沈のこう進



円柱尿



タン白尿



血尿

## 1) 急激に発症する腎炎

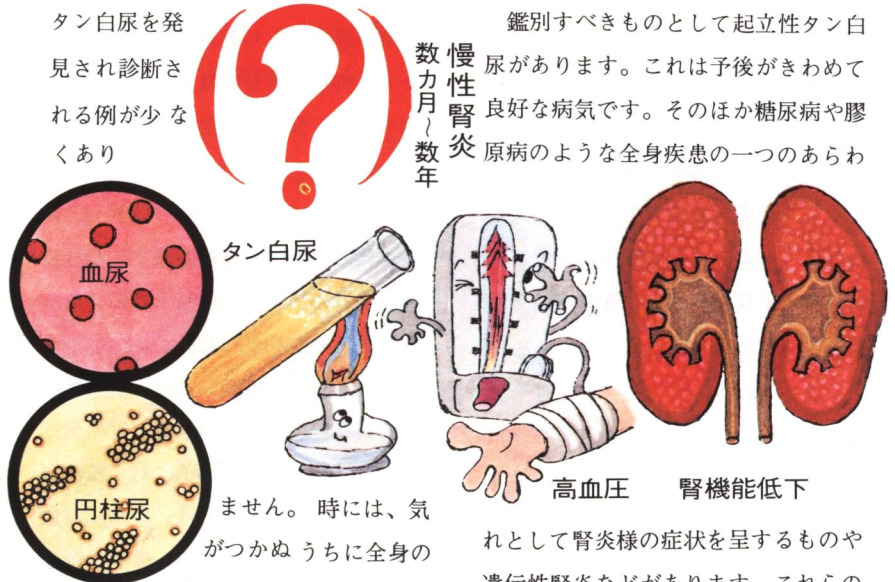
典型的なものは、へん桃炎やかぜの後、に約1～3週間して全身がだるくなり、眼けんや足首にむくみを生じ、尿量は減少し、しかもそれがココロア色をするといったもので、時には高血圧を伴います。一般に急性腎炎と呼ばれるもので溶血性連鎖球菌という細菌が抗原として考えられています。小児に多い腎炎ですが成人にもしばしば見られます。急性腎炎患者の80～90%は、安静のみにて数日から数週間以内に尿量が増加し、タン白尿・高血圧も消失します。しかし、血尿は顕微鏡で調べなければわからない程度ですが、しばしば持続し2～3年にわたることもあります。以前は約5%の患者が、急性期に高血圧・肺水腫（肺の組織内に水がたまること）で死亡していましたが、高血圧に対する治療や透析療法が進歩した今日では、ほとんど死亡例を見ません。急性腎炎の10～20%はタン白尿が持続します。これは次の項で述べる慢性腎炎へ移行するものと考えられています。

急激に発症する腎炎で、まれに数週間から1年ぐらいで尿毒症へと進行するものがあり、これは亜急性腎炎と呼ばれています。通常、高度のタン白尿・むくみで発症します。腎生検にて半月体形成という所見が糸球体内に見られます。予後がきわめて悪いので前述の急性腎炎とはぜひ鑑別されるべきものです。急性腎炎としばしば間違われ

るものに慢性腎炎の急性増悪があります。無症状に経過している慢性腎炎患者にへん桃炎や上気道感染が起こると、1週間以内に血尿が生じることがあります。これは安静により軽快しますが同様の急性増悪が頻発しますと腎機低下の原因にもなりますので、へん桃摘出術が行なわれることもあります。慢性腎炎のうちパージャー型と呼ばれるものは、特別の誘因なく肉眼的血尿が反復して出現し急性腎炎と間違われることもあります。長期予後は良好です。腎生検標本にけい光抗体法という特殊な染色を行ないますと診断がつきます。

## 2) 緩徐に発症する腎炎

ひろく慢性腎炎と呼ばれるもので、健康診断または他の疾病で医師を訪ね、タン白尿を発見され診断される例が少なくあり



ません。時には、気がつかぬうちに全身のむくみが生じ、高度のタン白尿が指摘されネフローゼという診断をつけられることもあります。多く

は治療に抵抗してタン白尿が持続し、腎機能は次第に低下し数年から数十年かかって腎不全へと進行します。この間、ネフローゼ型を呈したり高血圧を合併したりします。ある時期にはむしろ尿量が増加し、夜間尿の回数が増えることもあります。この全経過を通じての病像とくに腎機能障害の進行（腎不全への進行）の速度は、ある程度腎生検の所見と並行しますが、各個の症例で千差万別です。各個の症例の経過観察によりはじめてその進行速度が推定されます。このようにその経過は多彩ですが、ほとんどすべての慢性腎炎に免疫機構が関与していることはたしかなようです。急性腎炎との関係は、急性腎炎後に慢性腎炎へ移行するものもあれば、急性腎炎をまったく経験していない慢性腎炎もあるようです。

鑑別すべきものとして起立性タン白尿があります。これは予後がきわめて良好な病気です。そのほか糖尿病や膠原病のような全身疾患の一つのあらわ

れとして腎炎様の症状を呈するものや遺伝性腎炎などがあります。これらの鑑別には腎生検を含めての精密検査が必要です。

#### Ⅳ 腎炎・ネフローゼ・腎不全の名称の使い分け

読者のなかには、ある時には腎炎、他の時にはネフローゼや腎不全と診断された方がいると思います。腎炎という名称は腎臓病の成因により分類されてつけられたもので、腎盂腎炎や糖尿病性腎症などと平列に並べられて使われます。ネフローゼは、高度のタン白尿・低タン白血症を伴う状態(第1巻第2号参照)をいい、腎不全は腎機能低下の状態(第1巻第1号参照)をいいます。それゆえ、ネフローゼや腎不全という診断には、その原因となる腎臓病は何でもかまわないわけです。腎炎でネフローゼ型を呈し腎不全の状態であることもあれば、糖尿病性腎症でネフローゼ型を呈し腎不全であることもあります。ネフローゼ型腎臓病のある種のもを特発性ネフローゼ、リポイドネフローゼと病因的名称として使用する学者もありますが、これらのものも糸球体に原発し、しかも免疫機構が関与しているという理由で腎炎の中にも含める人もあります。これらの混乱は、今後、学会において統一されるべきものと考えます。

#### Ⅴ 腎炎は治るか

治るものあるし、治らないものもあります。すなわち、本来治る運命にある腎炎は治り、治らぬ運命にある腎炎は治らず、治療によりその運命を変えることはできません。この運命は前述した腎炎の型・種類によってきまってくるわけです。それでは治療は必要ないかといえ、とんでもない、治療はきわめて大切です。治療には大きくわけて、原因療法と対症療法とがあります。原因療法とは、原因となる疾病を治癒する療法で、この場合は腎炎を対象としています。腎炎に対しては現在のところ適確な原因療法はありません。対症療法とは、原因となる疾病から生じた症状に対する療法で、腎炎の場合、むくみや高血圧などがその対象となります。これらに対しては、利尿剤や降圧剤の進歩により容易に治療がなされます。約15年前までは、このような薬剤も少なく腎不全に至る以前に高血圧やむくみにより死亡された方もありました。さらに腎不全からの症状も、人工透析という強力な対症療法や腎移植という置換療法ができて、死亡される方も少なくなりました。

治療上、これらのこと以上に重要かも知れないのは腎炎の悪化(腎不全への進行)を促進する因子に対する治療です。この因子としては、脱水・高血圧・心不全・尿路感染症・尿路の閉塞(前立せん肥大など)など腎を障害する薬の投与などがあげられます。これらの因子が存在すると、腎機能は腎炎が本

来もつ運命以上の速度で低下し、早期に腎不全へと進行します。これらの因子を早期に発見し、適切に治療することが腎炎の進行を抑える唯一で、しかも最も重要な治療です。たとえば、慢性腎炎のある時期には、腎が濃縮尿を作ることができなくなり、夜間尿がふえることがあります。この時期での極端な食塩制限や利尿剤の使用は、体内の食塩の喪失とそれに伴う水分喪失から脱水を生じ、腎機能が急速に低下します。すなわち、腎炎の経過により、食塩の制限や利尿剤の使用は加減しなければならないわけです。

以上のことから、腎炎に対する適切な治療、指導には、腎炎患者の長期観察が大切であることが理解していただけたと思います。とくに、腎炎の進行の度合、腎炎の型の診断がつけば、長期にわたる社会復帰、生活設計も可能になるわけです。最初に腎炎に対する原因療法はないと書きましたが、ホジキン氏病(腫瘍の一種)に伴ったネフローゼ型腎炎が、外科的に腫瘍を取り除いただけで治癒したという報告があります。このことは、ホジキン腫瘍という抗原を除去することにより腎炎が完治したということになるかもしれません。世界中で、腎炎の原因になる抗原が一生懸命にさがされ、その抗原に対する治療法が研究されていますので、腎炎という病気に対しても近い将来、より適確な原因療法が開発されるものと期待しています。

(今回は妊娠と腎の予定です)

## 〈その2〉

全腎協  
会長

上田  
昭

# 全腎協が 生まれるまで

### 全腎協が生まれるまで(その2)

“腎不全を生きる”の読者のかたがたに、まず全腎協をよく知っていただくため、前号から全腎協の歴史をまとめはじめましたので、本号でも引き続いて、私たちの運動の一端を紹介したいと思います。

一度病院に行かれた方は、なんとこの世に病人が多いことかと驚かれるでしょう。私の知っているだけでも約百に近い患者の団体があります。これらの団体は、いろいろな組織形態をもちながら、それぞれ独自の方針に基づいて、さまざまな運動を展開しています。このような患者団体の成立要因を考えてみますと、何種類かのタイプに分けることができます。いずれにしても、このように、患者運動が盛んなのは、本来ならば主権者であるべき患者が、医療制度、社会福祉制度のなかで不在

であるという事実があるからだと思えます。私たち腎疾患患者の場合も、治りにくい、あるいは一生治らない病気をかかえ、長い苦しい療養生活を通じて、お互いに助け合い、慰め合い、つながりを求めて集まった患者会もあります。また、はじめから「必要な人が、いつでも十分に人工腎臓治療を受けられるように」とみんなで力を合わせるためにできた患者会もあり、さまざまでした。しかし全腎協という全国組織が生まれだすころになると、それと自覚しないまま、「私たちが保障されている権利は、私たち自身の不断努力によって保持しなければならない」という憲法第12条の理念が自然に芽ばえてきました。

### 全腎協が生まれてから

約1年後、更生医療・育成医療の制度が取り入れられ、47年10月から健保家族や国保の被保険者でも、きわめて少額の自己負担で、透析療法を受けることができるようになりました。また透析患者は、この時から身障者1級として認められ、社会福祉対策への道が開かれました。この予算化の後、48年度予算には、18歳未満の慢性腎炎・ネフローゼ患者（入院）の治療費を公費で負担するためや、三才児検尿制度のための費用などが計上されました。49年度予算になると、小・中学生隔年検尿制度の費用も組み入れられました。そして結成から約3年たって、49年4月、透析患者も、「身障者雇用促進法」の

対象に認められ、就職援護措置が講じられるようになりました。さらに5月には、「慢性腎炎」が厚生省の特定疾患として認められ、調査研究の対象になり、3年前と比べると、腎疾患患者をめぐる環境が大変に変わりました。この背景には、もちろん時代の流れが大きく左右しており、私たちの運動をけっして過大評価してはおりません。しかし、私たちが実状を真剣に社会に訴えた結果、このことがマスコミも動かし、国会議員、医療関係者、その他各界の支援者の協力の輪を広げたことも事実です。患者の私たちが自らの組織を作って、病人の会である宿命的な障害を乗り越えて、運動を続けていることは、条件づくりの原動力の一つにはなっていると信じています。

#### 全腎協のこれから

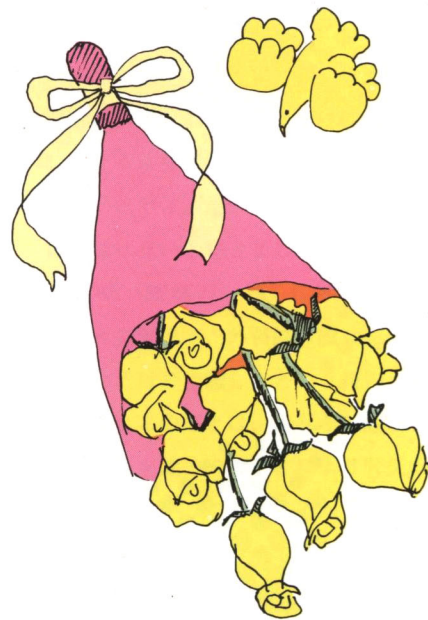
あと半年たらずで、5年目を迎えようとしている現在、私たちは、私たちの運動は、憲法第13条の「生命、自由及び幸福追求に対する国民の権利については、公共の福祉に反しない限り、立法その他の国政の上で、最大の尊重を必要とする」という、いわゆる個人の尊重の規定に直接の根拠をもつといえること、また運動方針についても、同25条の「すべて国民は健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する。国はすべての生活部面について、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない」という生存権に基づくものであるということ、をはっきり言えるようになっていきます。

活動力の基盤になるべき組織の強化、拡大、会員間の相互交流についても、これまで努力してきました。しかしまだまだ不十分であり、私たちはこれからも過去の活動の反省の上に立って研究を重ね、改善しつつ運動を続けるつもりです。病人の私たちが活動をしなくてもすむ時代はまだ遠い将来に思えます。その時まで、私たちのこの運動をけっしてやめるわけにはいきません。私たちの各会の会報をながめても、“めばえ”“ひかり”“道”“希望”“あゆみ”“ともしび”のように、私たちの心の一端を象徴した題名が多いのも、その願いからきています。

前号の冒頭でも、ふれましたが、国の腎疾患対策は、人工腎臓関係のみで事足りりとしている感があり、根本的な施策はいぜんとして、一歩も前進しておりません。ある意味で私たちの運動は、いささか壁に突き当たった形であることは否定できません。これまでの運動が、身障者福祉法をはじめ既存の法律を最大限に運用してもらうことに重点が置かれていたこともその一因があると思います。戦前あるいは戦後間もなく制定された法律の多くは、すでにこけむしており、現状から見ればいろいろと矛盾があり、不備なことも数多くあって、実生活から、ほど遠い存在になっています。人工腎臓のように、めざましい医学の発達、急速な社会の構造変化に対応して、医療制度、社会福祉制度も改善されるべきです。私たちは、これから、障害年金制度、その他改正を必要とする諸問題解決に

力を入れて努力を続けます。

法改正を進める運動を実現させるためには、私たちは、他の患者団体、障害団体との連帯を強めていくことも考えています。かかえている病気の種類も異り、障害の状態はさまざまですが、長期にわたって、日常生活や社会生活に著しい制限を受けていることでは共通しています。現行の不十分な医療制度、社会福祉、社会保障制度を改善してもらいたいという願いも同じです。患者サイドにたった患者本位の体制づくりが絶対に必要です。また統一行動を進めることが、全腎協独自の要求実現への道にもつながっていると私たちは、かたく信じています。



このほど、事務局を下記のところに移しました。

〒161 東京都新宿区下落合3-15-29  
第二田沼ビル内  
TEL 03-952-5340

# 透析医療を ささえる人びと

## その2 看護師・看護婦

12月8日は木枯らしが強い日曜日でした。京王プラザホテル(新宿)の会議室に、透析医療の看護業務にたずさわり、苦勞しておられる看護師・看護婦さんにお集まり願ひ、高須先生(慈恵医大)の司会のもとで、医師に望みたいこと、患者さんへの願ひ、自己反省や日ごろの苦勞話など時間のたつのも忘れて話し合いました。

### ●日時

昭和49年12月8日(日) 午後6時~9時

### ●場所

京王プラザホテル会議室

### ●出席者

東京慈恵会医科大学 高須 照夫(司会)

信楽園病院 星野 貢

名古屋クリニック 門脇 弘和

慶応義塾大学病院 関 イミ子

東京慈恵会医科大学  
付属病院・第三分院 鈴木美代子

横須賀共済病院 宇田 有希

虎の門病院・分院 吉田 公子

**司会**(高須・東京慈恵会医科大学)  
こんばんわ。今日は、慢性腎不全の血液透析に従事する看護婦・看護士の皆さんに集まっていただき、ざっくばらんにいろいろ日ごろの苦勞など話していただきたいと思います。

まず最初に虎の門病院の吉田さんは、4~5年の経験がありますが、吉田さんのところは昔からの長期透析の方が多く、三村先生のご努力で成績もいいし、合併症の発生頻度も少なく、生存率も高いことなどで有名です。反面、長い患者さんが多いための苦勞もあると思います。その辺からまずお話しをはじめてください。

**吉田**(虎の門病院) かつて結核の患者さんの入院が長期化したときと様子が似ているように思います。患者さんのいい面、悪い面がはっきりでできますし、スタッフの方も同じで、性格面

がはっきり表に出てしまうのです。長期に、一生おつきあいしなければならぬのですが、そこに問題の根源がありますね。

**司会** 星野さんは、これも有名な新潟市の信楽園病院で、日本における慢性透析の黎明期である昭和42年から7年間この仕事に従事しており、しかも男性看護師というユニークな方です。患者さんに対して男であってよかったというようなこと、看護婦でないためにぐあいの悪いこと、というような経験はございますか。

**星野**(信楽園病院) 男であるための利点は押しがきくことでしょうか。透析の患者さんは社会人としても第一線にいる人も多いので、女性ではどうもおされぎみということもあるようですが、私は言いたいことはどんどん申し上げています。よくトラブルの際にひ



っぱり出されて説教役を買ったりしています。

男としての不利な点は、看護婦との意思疎通の上で、女性のこまやかな神経に気が回らないという苦労があります。

私は、いちおう主任という立場なのですが、言いすぎて、看護婦に泣かれたりすると、もう少し繊細な面を知らなければいけないと反省することがあります。

**司会** 門脇さん、同じ看護師としていかがでしょうか。

**門脇**(名古屋クリニック) 私は家庭透析専門にやっていますので、いまの立場は男性であることを十分に生かしているつもりです。これから家庭での夜間透析がふえてくると思いますが、夜でもいつでもとんで行けるということは女性では無理じゃないでしょうか。

**司会** 確かに家庭で夜間透析している人のところを訪問するという仕事は女性では無理かもしれません。

さて、宇田さんは、もう7年間ですから日本では初期からこの仕事に従事して、横須賀共済病院とサテライトの両方の実情を知っておられる立場にある方ですが、病院とサテライトの違いというような点について何かございますか。

**宇田**(横須賀共済病院) サテライトは横須賀クリニックとありますが、機種が単一であることとコントロールのいい人ばかりであることから単調になりがちであるということはあるかもし

れません。病院のほうは、急性腎不全の方も入りますし、合併症を伴った重症者もいるということで変化がございますね。機種も多種類ですし、患者さんの透析の条件も違います。ですから、サテライトはマンネリ化を防ぐということが主眼になります。病院のほうでは、研究的な面もありまして、勉強していこうというふん囲気づくりは楽ですが、サテライトのほうがむずかしい点があります。

**司会** 関さんは慶応義塾大学病院で透析に従事されていますが、慶応は透析では少数精鋭主義で有名なところですか。最近慢性透析ベッドも少し増設されているとかがっていますが、関さんは主に導入期の患者さんを対象としているわけですか。

**関**(慶応義塾大学病院腎センター)

そうです。ですからマンネリ化というようなことは少ないのですが、導入期の患者さんへの希望を申しあげますと、生きることへの積極性をもってほ



しいということです。厚生医療の対象になっているということは、国民のお金を使っているということですから、社会復帰に対する積極性や透析治療に

対する認識を深めてほしいと思います。これは私たちの最初の指導の内容も問題になってくることですが…。

**司会** さて、私のところ(慈恵医大付属病院第三分院)ですが、かなり以前からやっていて新規の患者さんの入る余地があまりない上に、合併症も多く、問題が多かったのですが、最近、看護婦さんのグループが替わったことをきっかけに患者さんの一般状態が急によくなってきたことがあります。今日は、一番若い鈴木さんにきてもらいましたが、その前後の状況をよく経験していると思いますのでその点を二、三話してください。

**鈴木**(東京慈恵会医科大学付属病院第三分院) 私が透析室に入ったころは私自身が未熟で人工腎臓のことはよく知りませんでした。着任してすぐ外国の新しい装置が入ってきて、はじめはこれに慣れるために機械に追われている感じでした。極端にいうと、こんなことっていいのかどうかわかりませんが、患者さんのことよりも、何とか機械のことを技術的に覚えるのに一生懸命だったような気がします。

そんな状態からみんなが技術を覚えて安心して透析室の運営ができるようになると、患者さんとの対話が欠けることに気づきました。主任も勉強熱心な方に替わり、透析治療に看護婦は必要なのかということから意見を出しあって討論をはじめ、患者さんのことをもっと知ろうじゃないかということになって、仕事でも、透析の終わったあと



なども努めて患者さんとお話しするようになったところ、患者さんと看護婦の間にあった壁がだんだんととれてきました。一緒にピクニックや食事会などももって交流に努めたところ、患者さんにも活気が出てきたように思います。

一番うれしかったことは若い患者さんが5人ほど職業から離れていたのが、あっという間に自分で職業につくようになったことです。

**司会** そういうことがあって、私も医者のできることの限界と看護とは何かということについて本当に勉強させられました。医者が全く手をつけない分野で看護婦であってはじめてできることがあるということです。

私が個人として感謝しているのは、勤務時間以外の時間をさいてまで患者さんとの交流を深め、その結果、患者さんたちがすっかり立ち直って自主的にこのグループから脱落すまいという意欲をもつようになったことです。これが本当の更生医療だと思いました。

さて、ここで話題をかえて家庭透析の看護について門脇さんからもう少しお話をうかがいましょう。



**門脇** 家庭透析の看護は要するに巡回訪問ですが、最初の訓練は看護婦がやり、そのあと看護士が引き継いで管理するようになっていきます。うちのクリニックだけで家庭透析を行なっている人が30名、名古屋地区全体では40名以上います。

電話による連絡体制は、センターで9時ごろまで人が残って、そのあとは書類を全部出しておいて、センターに患者さんから連絡が入って誰かが行かなければならないと判断されたときに看護士に連絡があって“出動”ということになります。



**司会** 院内透析はスペースに限度があり、治療成績がよければよいほど患者数は増加する、これに追いつくために施設を作るといっても、人材の確保もむずかしいので多大の困難が伴います。ですから、わが国でも家庭透析を真剣に考えなければなりません。

名古屋の皆さんの努力はその第一歩として貴重なものです。門脇さん、院内透析と違う問題点としてはどんなことがありますか。

**門脇** 歴然として違うのは、家庭透析の患者さんが明るい、影がないこと

です。家へ帰られてのびのびとやってくれるようですね。私は、いま、透析の患者さんを普通人と同じような状態にもっていくためには家庭透析しかないと考ええています。

**司会** 私のところにも2名います。患者さんが、週に5日、延べ40時間の透析をかりに行なったとすると、全く尿のでない人でも、糸球体ろ過値が30ml/minの人間と同じ状態を保つことができるといわれております。糸球体ろ過値30ml/minといえますと、慢性腎炎の患者さんで腎不全症状はまだ現われていない状態ですね。

私の2名の患者さんはそこまでいっているわけではありませんが、一般状態はきわめて良好で、おそらく家庭透析であることから十分な透析が行なわれているのでしょう。

外来通院透析ですと機械の台数、透析従事者の人員などの制限、他の患者さんとの調整などで透析回数をふやそうと思ってもふやせないことが多いのです。そのために塩分の制限、カロリーの制限などが必然的に伴います。

家庭透析であれば、極端にいうと毎日



でも透析できるわけで、血液の生化学的なデータの上だけならば正常人とかわりない状態までやれるわけです。施設と人員の限界ということだけじゃなしに、これからは長期生存と完全社会復帰という面から家庭透析を医師も患者さんも考えていかなければならないと思います。

社会復帰といっても、普通の人なみにしようと思ったら、夜間透析しかありません。いまの現状は社会復帰といっても50パーセント社会復帰とか60パーセント、70パーセントというケースばかりで100パーセント普通人と同等にやっている人はほとんどいないわけですから……。

ところで、長期透析の患者さんは、場合によっては新米の職員よりも透析のことをよく知っていることも多いのですが、こういう人たちに何か望むことはありますか。

**吉田** 看護業務というものを理解してほしいと思います。たとえば、朝のミーティングなど、患者さんによっては仕事もしないで話し合っているというふうにみている場合もあるようです。

人工腎臓で生きるということは、うちの三村先生はよく“義腎”をつけているというふうにおっしゃるのですが、かりに50パーセント社会復帰の方でも、社会では普通人、あるいはそれ以上に働いていることも多いと思います。それなのに、いったん病院に入ってしまうと、どうして自分のことを自分でし

ないのだろうという気持ちをもつことがあります。透析室においても独立した社会人であってほしいですね。

**司会** それは前から私も感じていることです。日本人の場合、透析患者さんに限らず医療スタッフに対する依存性が高いと思います。

ちょっと話はちがいますが最近、聖路加国際病院の日野原先生が血圧の自己管理を提唱してますね。体温計だって、昔の人はこれをみる習慣がなくて医者・看護婦が扱う医療器具だった時代もあるんです。いまは一般家庭に体温計がゆきわたっていますが、それと同じように聴診器と血圧計をゆきわたらせよう、そして医師や看護婦に対する依存性から脱皮すれば、吉田さんがいま指摘したような問題はなくなるのではないかと考えています。

私はアメリカに長くいて向こうの患者さんを見ていますが、自己管理というか自分に対する責任ということの意識は、日本人はアメリカ人よりどうも見劣りがしますね。

**宇田** 私は、ついせんだって名古屋で家庭透析訓練をみせていただいたのですが、たまたま50歳をすぎたご年配のご夫婦がとって一生懸命に取り組んで、若い看護婦さんに教わりながら汗をびっしょりかいている姿をみてほんとうに感動しました。そういう医療を自分の手で自分のものにしてという姿勢はすばらしいですね。

うちの病院にも客観的にみて家庭透

析に踏み切れると思われる人が何人かいらっしやいますが、いま先生のいわれた依存性が強く自分でやるより病院でやってもらったほうが楽だという考え方は確かにあるようです。



また自主管理ということの内容についてですけれども、時どき独断になる人もみかけます。自分の体重は何キロが絶対にいいとか、食事のとり方は自分の現在のやり方が絶対に正しいという考えをかたくなにもってしまうようなことですね。私たちからみると必ずしも適正でないことがあっても謙虚に意見をきいてもらえないこともありまして、自主管理といったときその辺のバランスがとれた指導を弾力性のある姿勢で行なうように心がけたいと考えております。

**司会** さて、星野さん、信楽園病院は日本でも有数の大規模な透析施設ですが、そのこと自体から生ずる問題点やご不満はございませんか。

**星野** すべての患者さんについて十分に把握できないということがあります。うちでは透析室が2つあって、第1透析室が14床、第2が32床ですが、それでも足りなくて手術室もつぶして

やっている現状です。それで、第1のほうにまわると職員はみなほっとするのですね。第2のほうは悪い言い方をするとオートメ化されている感じで、戦戦恐恐と毎日を過ごして、統制もとりにくい。一つの単位としては15透析ぐらいがいいのじゃないでしょうか。

**司会** 私のところは最大で10透析、全患者22~23名ですが、これ以上ふやしたくないし、さっき鈴木さんが言った活動のできる範囲内におきたいと思っています。このぐらいの数だと個人の生活のバックグラウンドから何から全部把握できます。

いま日本中どこでも居住地に近いところで透析がうけられるように施設を配置していこうという動きはありますし、なるべくそうあってほしいですね。土地によっていろいろ問題があるとは思いますが……。

もうひとつ、私のところとか信楽園、虎の門病院のように古くから透析をやっているところは人のうわさで患者さんが集まりやすいのですが、満床で入院をお断りするとき他の施設を紹介してあげなければなりません。その時、大変に困ることが多かったのですが、最近、近くにできたのでサテライトに準じた形で患者さんをおくらせてもらっています。

愛知県方式というネットワークはいまどんなぐあいですか、門脇さん。

**門脇** 名古屋市内には16~18ぐらいの施設があり、地区別にできています

ので通院には便利になっていますね。

**司会** 市内はいいとして、愛知県のへき地はどうなんですか。

**門脇** 施設はちゃんとあるのですが空床で経営が苦しいところもあるようです。県全体としては余裕があります。

**司会** 関さんのところはいま患者さんは何人ぐらいですか。

**関** 常時10名前後です。グループが小さいと徹底した指導ができるので、理想的かもしれません。患者さんの能力を最大限に生かせる生活に向って透析管理をやろうと前向きにしているつもりです。

**司会** 関さんは導入期だけみているのですか。

**関** 退院できる段階で慢性透析室のほうに移るんです。そっちは別のユニットですから、せっかく患者さんになれて患者さんも家族や生活の問題に積極的な姿勢を取りはじめるころ、私とはお別れするので残念なときもあります。

**司会** 救急車で尿毒症性こん睡で入ってくるような場合、臨時透析をやって一般状態がよくなると、私のところでは受け入れ能力が限界なものですからよそへ転院していただくのです。そういうとき関さんとは別の意味で自責の念にかられることがありますね。

さて、こんどはドクターに対する文句がありましたら、私が代表してここでうけますからどうぞ。

**鈴木** 常に誰か先生が一人近くにいるほしいという希望があります。

それから徹底した教育をしてほしい。先生によって患者さんへの接し方が違う場合があるんです。うちは高須先生のほかは6カ月ごとに交代するので、高須先生の考え方のもとで行動しているのだと思いますが、そのこのところをもう少し……。



**司会** 医者の方に言わせると、同じことを言ったつもりでも、言葉の選択が違うために患者さんは全く別の意味にとることがありますね。医者の方には意識していないのに患者さんは非常に鋭敏に反応して、こだわることは確かにあります。

これは医者の方で、前もって十分に討議してその問題には統一見解をもつことを心掛けるべきですね。

**吉田** 最初のころは、透析当番の先生がきまっていたきちんとしていたのですが、ナースがある程度まとまり、テクニシャンにも相当に仕事が任せられるという状況になってくると、任せられているのは結構なのですが、任せっぱなしという感じも……。

**司会** さきほどは患者さんの依存性ということができましたが、われわれもナース・デイpendentといって、有能で経験豊かな看護婦がいると安心して

任せるといふ甘えはあります。

**宇田** 逆のこともございます。たとえば新しい型のダイアライザーを使用するとき、患者さんは不安がって使ってほしくないという人がでできますね。そんなときに看護婦は医師への依存性が強くなります。「患者が拒否している、先生が説明してください」というように。

透析というのは毎日危険なことの繰り返しですし、新しいダイアライザーを使用するといっても原理が異なるわけではありません。事前にきちんとその新しいダイアライザーを皆で勉強しているわけですから、すぐ先生に泣きつくというのはまさに医者に対する依存であるといふつきかえします。それを患者さんに使用する以上、患者さんの精神的、心理的不安に対する説明ができる状態に看護婦がなっていなければならないんです。

決定的な診断に属する事項、非常に危険度の高い場合、それは医師のやるべきことですが、看護婦の判断でできることについては医師に依存すると言っています。

**星野** 私のところは11名の医師がすべてポケットベルをもっています。最初のころはおもしろ半分という語弊がありますが、割合によく活用していました。最近どうもoffにしたり、置き忘れたり、引き継ぎで渡さなかったり、う

まくいっていないです。

看護婦(士)がどこまでやるかということについて、私は積極論者のほうで、穿刺にしても透析の導入、静注などにしても積極性はあるんですが、どうもすっきりしない点があります。基準がないので、一度その辺をすっきりさせたいですね。

やはり現時点では透析医は現場にいてほしいです。

**司会** ただ星野さんのように経験豊かな方がおられると若い医師はかえって委縮することがあるんじゃないですか。

**星野** ええ、患者さんによく言われるんですよ。「星野は医者よりいばっている……」(笑)

**司会** 若い医者よりも星野さんが信頼されるということもあるでしょう？ それでやりにくい立場に立たされることはたぶんあると思いますね。

**星野** なきにしもあらずですね。あまり具体的にいうと問題がありますので……。(笑)



**吉田** 投薬のことですが、長い人はほとんど一定のものが続いています。毎週、定時処方があるところへ来て、指示受けをするのですが、ときとして

患者さんの細かな状態をよく把握してないような気がする場合があります。たとえば、リンの値はかなりよいのにアルミゲルの量がいつまでも同じだったり、血圧がよくコントロールされているのに $\alpha$ -メチルドパが多目にでたまとか……、逆に高いのになかなかリン圧剤の指示がないとか……。

時どき私のほうからお通じがないから緩下剤はとか、カリウムが時どき6.0を越えるからイオン交換樹脂はどうだろうとかを申しあげること多いですよ。もう少し患者さんの細かな点を思いうかべて処方を書いてほしい。

**司会** 全く耳が痛い、弁解の余地なし。(笑)

**宇田** 私のところもそういう傾向はありますが、カーデックスという指示簿に、処方日には最近の患者さんの情報を入れておいて、慢然とした投薬を防ぐようにしています。しかし、本来は、医師が把握すべきことですね。50名、60名となるとむずかしい面はありますが。

**鈴木** うちも前にそういうことがありましたが、最近ではシャントを穿刺したあとに必ずカルテをもってきてデータをみる、そこで患者さんと相談するようになってきました。

**吉田** 毎週、全体的なチャートラウンド(カルテ回診)があって、看護上の立場から問題点、家庭環境のことなどを含め、処方も討論するのですが、「じゃ来週からそうしましょう」というのが徹底しませんね。

**鈴木** うちでは患者さんが先生をつかまえて自分からお話するというような傾向がでてきています。

**司会** 透析室に「高カリウムの方」なんていう掲示がでていますね。あれは看護婦さんの発想ですか。

**鈴木** いいえ、先生だったと思います。

**司会** 高カリウムのとき栄養士への連絡はどうしていますか。

**鈴木** いちおう看護婦がやります。栄養相談はいまのところ不定期にやっていますが、先生のほうから重点的に問題が出されると、任意の一週間ぐらいの献立を書いてきてもらって栄養士の指導を受けさせるようにします。

**司会** 門脇さんのところは透析専門医が多勢いるわけですね。

**門脇** 専属の医師がいるわけですが患者が100名を越えるという状態ですと十分な把握が困難な場合もあるようですね。時どき不満もきかれます。

問題のある人はケースカウンセリングのかたちで医師を交じてその患者さんの問題を追求するようなことを週に1回やっています。

**司会** 関さんのところは少数精鋭主義でしかも導入期の人ばかりですからいまのような問題は少ないですね。

**関** 退院はむしろ医師のほうが急ぐことが多いのですが、こちらでいろんな角度から患者をみて、少し考慮していただくことがあります。患者さんの食事管理に対する理解度、家族との問題、運動量などですね。

**司会** 吉田さんのところは、導入期、慢性期を問わず腎不全の人はみな…？

**吉田** ええ。うちは導入を腹膜灌流(PD)からやりますので、最初はスペシャルケアユニットでしばらくやります。透析室のほうに余裕があると導入期のPDも私たちがやることがあります。糖尿症性腎不全の人の場合も定期透析になると私たちのほうへ来ます。

**司会** 私たちのところの看護体制はちょっと違います。透析室勤務の看護婦は透析室だけで入院者は病棟看護婦が扱います。導入の仕方は、PDから入ったり、動脈穿刺からということもありますが、透析していないときは、透析室のナースは無関係だったのです。ここに問題を感じて、導入期の患者さんの回診にはついてもらうようにしました。

**吉田** うちは血液透析ということであれば全部こちらがみます。

パンフレットを作って透析の原理、食事療法、導入期のオリエンテーションなどが入っていますが、これを患者さんにも買ってもらうって指導します。病棟との連絡がうまくいっていないとなかなか外来透析に移れないということはありませんね。



吉田さん

**宇田** 私たちは45年から医師の主治医制にあたる看護婦の受け持ち制をとっています。

シャントの手術をするところに主治医から患者名の連絡をしていただいて、透析をする1~2週間前に受け持ちを決め、病棟訪問をして導入期の指導をする建て前をとっているのですが、医師からの連絡が直前になってからくる傾向があり、困っています。

**吉田** そういう透析予備群の人は、週1回のラウンドで、病名とデータを知らせてもらうようにしています。新しい人の名前を知らされるとその人がいつから始まるかびくびくして待つだけです。

**鈴木** うちは病棟回診についてまわるのですが、そのころの病棟と医師との連絡がうまくいっているとその後の教育が楽ですね。

**星野** うちも、医師から必ずオリエンテーションの用紙をもらい、病棟からも、看護婦側からもそれをいただき、それで現場でも教育するという事で患者さんを安心させるようにしています。

うちは長期透析が非常に多く、田舎ですから大企業がないため再就職も非常に困難であることから、病院がアパート化してしまって、病院に寝泊まりして働きに出る人がいます。食事を作るのが大変だというんですね。男性、女性を問わず独身者でそうしている人が多いのですが、こんなことは病院に寝泊まりする理由にはならないと思います。

腎不全で入院して、退院後は働くとなると困難なことは多いと思いますが夜間透析をやっている人は収入もそれほど少なくなっているはずがない。看護婦もケースワーカーも一生懸命に退院を勧めるのですがどうも医師が甘い。もう少し積極的に退院を勧めるのが患者にとってもいいし、実社会に迎えられると思うので、そのことを医師に望みたいですね。

患者さんには、いまのアパート化について一言したい。食事が冷たい、肉が固いというようなことで、病室でご飯を炊く、電気を使うという防災上の問題が出ている。夜、消灯すぎても帰らない人もいます。これは本当に困る。

また、透析の現場でも、看護婦に「お前は下手だからいやだ」などと指名穿刺になることがあり、これも困ります。患者会と話しをしたとき患者の身になって下手なのに3回も4回も刺されることを考えろといわれたんですが、看護婦の立場も考えてもらいたいですね。そういう面でのトラブルが看護婦の定着性にも影響してくるんです。

**門脇** ある程度、医療側も甘えに対してはつきりすることも大事ではないでしょうか。

**宇田** 長い間には40歳の方が50歳になるわけですね。透析をやっている間にだんだん意欲的な生活態度が失われてくる例があります。

47年ごろ、更生医療の適用がなかったころ、毎月20～30万円を支払っていた健保家族の人ですが、そのころのほ

うが体重管理なんかもよかったのが、最近老齢化も原因となって、何にもやりたくない、めんどくさい、家庭訪問をしてみると、主婦でありながら万年床をしている様子が見うけられます。

透析中も、早くやめてほしい、時間を短かくしてほしいという訴えが多く、終了近くには精神的に耐えられなくなっている。体重管理も悪く、週3回透析なのに、2～3kgをふやしてることが多い。

これから高齢者の長期透析にはそういう問題が深刻化する気がします。

とくに、60歳近くなりますと、定年退職して趣味でももって、お孫さんを育てるような目標がある人はまだいいのですが、それのない人たちに、私たちが生き方ということにどういう援助ができるのか、看護という立場から本当にむずかしいと思っています。

**門脇** うちは来年増設しますが、女子はタイプ、男性は設計など4～5種類の職業訓練をやって社会に送り出すことを計画しています。

**吉田** 経済的には全く困らないで趣味の絵をかいたりしていた人が、生きがいということを見いだせないために、いろいろ合併症を起こしやすいという例があります。

また外来透析の人は病院の作業療法には組み入れないのですが、透析のない日に、もうおじいちゃんですけどテープ編みなどの作業療法をやってもらっていますが励みになっているようで

す。何か、日課みたいなのがあるといいようです。

**鈴木** 群馬の方で、通院できないために近くのアパートを借りている人ですが、退屈で、することがないものだから透析のない日は冷蔵庫をしょっちゅう開けて、体重をふやしてしまう人がいました。その人に毎日でも病院へいらっしゃいということで雑務を手伝ってもらっていますが、本当にみるみるうちに明るくなって、土曜日に家へ帰るのを楽しみにして生活のリズムができた人がいます。

他に67歳の方で、腹水はたまるし、歩くのも大変で奥さんがやっと引き連れてくるような状態だったのですが、いろいろと努めて私たちが話しするようにして、好きな絵をかくことを勧めたり、おじいちゃんと孫娘という感じで対しているうちにすごく元気になられた例もあります。そこまで看護婦が立ち入る必要はないかもしれませんが私としてはうれしかったのです。

**司会** 大勢の人が同時に治療を受けている施設では患者さんが連鎖反応を起こすようなことはありませんか。競争でよくなるという意欲を燃すとか反対にガタッと全体の状態が悪くなるとか……。

**星野** 体重の推移表を壁にはったりすると競争心をあおる面もありますが逆のこともあります。

長い人が、「オレは3kgふやしても5年も生きておる」などと言ったりして……。(笑)

医師と一問一答する機会をつくったり、講義をしたりして皆がいつもいい状態でいられるように心掛けているのですが……。

**吉田** 患者さんがいろいろ経験してこうなんだという考えをもったときはすごく強い自信をもつようで、それが必ずしも正しくない場合でも他の人にも教えるのは困りますね。

**鈴木** だけど患者さんの工夫にもいろいろ教えられることはありますよ。

**宇田** それはありますね。たとえばおにぎりの作り方で、1個がどのくらいのタン白やカロリーになるかをわかるようにしたり、自分でクッキーやパンを焼いたりする人もいます。だけど長い間には安易なほうに流れてしまうようです。

そういうとき客観的に注意できるのは看護婦や医師であることをわかってもらって注意をきいてほしいですね。

**司会** 食事療法で私が一番に勉強になったのは女子医大で透析を受けている精神科医の春木先生の自己経験ですね。この方のお話は、本当に患者さんから学んだいい例です。

透析患者に限らず、自分の健康や生命に不安を感じると、医療スタッフに100パーセント信頼してかかることに危ぐ、疑惑をいだいて、いろんな本を買う、ちょっとした意見の違いにこだわるということはありませんね。

まだまだ話し足りない面がありますが、いままでのことをちょっとまとめてみますと、血液透析という治療法は

同じようなテクニックを繰り返すものですから、しかも成功して長期生存が可能になればなるほど、患者さんも変わらず、行なっている医療行為も同じでマンネリ化してくるおそれがある。その点私も医師としても、皆さん方看護婦さんとしてもこれから十分に注意していかなければならない問題だと思います。

また、いま門脇さんが積極的に推進されている家庭透析は、近い将来に日本でも真剣に取り上げてこちらのほうに進んでいかないと、いずれは血液透析という医療自体にいろいろな破たんがくるのではないかと思います。今後も、門脇さんはじめ名古屋グループが推進している家庭透析のプログラムは、日本での範となるものですから、これからもどうぞがんばって、またわれわれにいろいろと指導していただきたいと思います。

これは何も透析患者さんだけに限らず、慢性の疾患をわずらっている患者さんに共通した問題でしょうが、長い間治療を受けていると、いろいろ甘えが出てきて、そのために一生懸命に治療に従事されている看護婦さんたちにいろいろなわがままを言ったりするので、もしそういうことがあるようでしたら、この本を通じて患者さんたちに一度反省していただきたいものだと思います。

それから、最近、ところによっては透析センターの規模がかなり大きくなってきて、医師の目が十分に患者さん

に行き届かない、また看護婦さんの目が行き届かない状態が起きているのかも聞きますが、この面も将来何か問題になるんじゃないかと思います。こういう大規模な透析センターというのは、欧米では私、あまり見聞しておりません。

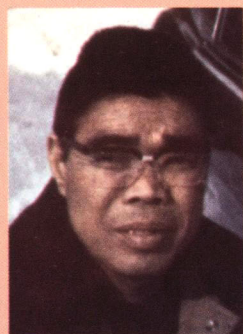
血液透析、人工腎臓がよく患者さんのなかで誤解されているのは、人工腎臓は完全に人間の腎臓と同じ機能を営んでいるかのごとく思っていることです。腎臓というのは非常に微妙な精巧な臓器で、われわれが人工腎臓でやっているのはごく一部の糸球体と呼ばれているところで行なっているろ過現象、しかもろ過現象といってもそのごく一部の分子量の小さな物質のみを取ることが可能で、腎臓の持っているほかの機能は全然代行されていないわけです。そのためにいろいろな制限が必要となってきますが、その点を患者さんもよく勉強されて、看護婦さんの指導にもよく耳を傾けて、有意義な透析療法を受け、充実した生活を営まれることを、この紙上を借りてお願いいたします。

皆さまの今後のご活躍とご健康をお祈りして、この会を閉じさせていただきます。

どうもありがとうございました。

〈次回 は 栄養士 の 予定 です〉





佐藤 信雄

北海道深川市一条十三番十八号

## 突然の頭痛

北海道から、全国の透析患者の皆様  
に、ごあいさつ申し上げます。こちら  
は、例年より早く降雪があり、これか  
ら5カ月間は、雪に埋れた生活です。

私が腎不全と診断されてから、3回  
目の冬を迎えることができました。私  
は札幌から、北へ約100kmの所の深  
川市で小さな工務店を営んでいます。  
家族とともに平和な生活を送っていた  
3年前の春のことでした。突然の頭痛、  
はきけ、顔のむくみなどがきて、深川  
市立病院に入院いたしました。慢性腎  
炎との診断でした。院長先生以下、内  
科の先生の治療で一時は軽快したの  
ですが、全快する見込みのないこと、尿  
毒症の前段階の状態であること、人工  
腎臓が残された治療法であることを告  
げられ、岩見沢市立病院腎センターを  
紹介されました。人工腎臓とは寝耳に  
水であり、失望で目の前が真っ暗にな  
る思いでした。しかし、家族や従業員  
のために生き抜かなくてはと、おろお  
ろする家内をなぐさめながらいちの望  
みをかけて、岩見沢市立病院に転院し  
ました。直ちに腹膜灌流が開始され、  
続いて内シャント手術が行なわれ、毎  
日が不安の連続でしたが、先輩の透析  
患者の経験談やら担当医師の説明で不  
安も少しづつ解消し、自覚症状の好転  
とともに少しづつ明るい希望が出て参  
りました。血液透析に入るところには、  
設計図や見積書の点検もベッドの上で  
できるようになり、入院後1カ月半で  
退院、片道1時間半を車で通院しなが  
ら夜間透析を受けています。今では入

院前とほとんど変わらない仕事をこなし  
ています。初めは、朝の帰り道、車を止  
めて休んだこともあり、大雪のため、  
病院まで4時間もかかったことなど、  
苦しかったこと、つらかったことがあ  
りましたが、今では、その日のプラン  
を立てたり、ニュースを聞きながら帰  
り道を急ぎます。家内も食品分析表な  
ど今まで無縁であったことに、第一歩  
から取り組み、今ではいっばしの栄養  
士さんのような口をきくようになり、  
私が目標どおりのカロリーを摂取でき  
るように、いろいろ苦勞して工夫をし  
てくれています。

私は、自家営業であること、夜間透  
析を受けられることなど、多くの透析  
患者さんに比べて恵まれた環境にあり  
ます。腎不全という十字架を背負わか  
せられた患者に対しては、医療費の補  
助なり、かなりの援助が行なわれるよ  
うになりましたが、更に、家庭透析、  
社会復帰に対するいっそうのご理解を  
希望します。

仕事の完成した時、家族との団らん、  
会社のリクリエーションの時など、生き  
ている喜びを感じます。皆様、がんば  
って生き抜き、私たちのためにおほねお  
りいただいている方がたに報いようで  
はありませんか。

今は、朝から降りつづいた雪もやん  
だようです。もうそろそろ透析に出か  
ける時間です。家内の手作り弁当を  
持って新雪で真白な国道12号線を車に  
乗って病院へ出かけます。

(49・11・30)



# 腎センター訪問(3)

## 信楽園病院

## 徹底している自己管理

1月28日の新潟市は、落ちつかない天気でした。駅からタクシーで15分、海岸にほど近い信楽園病院をたずねるあいだにも、みぞれが打ちつけるかと思うと明るい日ざしがさし込んだりしていました。

院長の青池先生にうかがうと、信楽園病院は昭和6年に結核療養所として設立されたということです。その後、結核の予防と治療が進み、入院する人が少なくなってきました。ちょうどそのころに新潟大学からの要請もあって、人工腎臓の治療をはじめたといわれます。それは昭和43年の1月のことでした。それから7年、現在では新潟地方の拠点のようになっているのです。

新潟県下の透析者380名のうち、信楽園病院で170名、サテライトで50名の透析者を受け持っているというので、規模の大きさがわかってきます。ダイアライザーは50台、昼夜にわかれて週3回、今春には5時間に短縮される予定ですが、現在は6時間の透析が行なわれています。そしてスタッフは医師10名、看護師を含む看護婦30名、テクニッシェン7名、ケースワーカー1名です。



星野さん 佐々木さん

新潟大学から移ってこられた平沢先生に人工腎臓療法の草分け期の苦勞を聞いてみました。「医学上の苦勞はありますよ。でもこの病院には満8年を経過した透析者が2人いますが、透析の効果が現われて透析者から喜びを受けているのはスタッフのほうだと思いますね」と、さわやかな返事です。



平沢先生

しかし、ほんとうはいろんなことがあったようです。看護師の星野さん、看護婦の佐々木さんは「はじめたころは、私たちが無我夢中でした」と話しておられます。

最近では輸血をすることが少なくなりましたが、5～6年前までは輸血することが多く、そのためもあって先生や看護婦さんたちが肝炎になるということがあったのです。また、ダイアライザーが少ないころには、1台で同時に2人の透析をするために神経をすり減らし、徹夜の治療ということもありました。メーカーに材料の提供を呼びかけたり、治療費の問題で市町村に働きかけたり…現在のようになるまでにはスタッフの多くの誠意と犠牲が払われているのです。

ところで今も昔も苦勞しているのは新潟県下に透析施設が少ないことだといわれます。この治療は1つの病院、1つの地域の設備が充実していればよいというものではありません。1人でも多くの人が自分の近くで透析を受け、豊かな社会生活を送ることが大切です。だから、これは信楽園病院の問題にとどまらず、腎センターの設置とサテライトの増設が急務だと主張されるので

外シャントが4年も長持ちしているという1人を除いては、みんな内シャントです。一部屋に10人から15~16人というところでしょうか。マンガの本を投げ出している人も、眠っている人も、見舞客と小声で話している人もいます。みんなのまくらもとには、自己管理表が置いてありました。それは、体の異常を自分で指摘できるようにというのが目的で、体重や血圧など、そのまま

ともいわれました。自己管理と精神力の鍛練—それが信楽園病院における治療の信念になっているのだと思います。

新築されたばかりの透析室の近くには、ロッカーのある脱衣室、トイレ、宿直室、休憩室や入院透析者用の食堂などがあります。まだ開始されてはいませんが、電話や流し台が備えられた家庭透析の訓練室もあります。

透析室を見て、長い廊下を歩いてい



す。現在も信楽園病院で治療を受け、通院できる施設へ帰っていくという病院相互の連携は行なわれているようです。透析施設を計画中の病院もあると聞きました。しかし、通院に2時間かかる人や市外の入院透析者が多いだけに、先生たちの施設増設への希望は切実のようでした。

広い3つの透析室では、すでに朝9時からの透析がはじまっていました。

カルテになるほど詳しいものです。

「自分の体の状態を知るために自分で書き込んでもらいます。そのために病気のなりたち、透析の仕組みなど、徹底的に話しますね。死亡率がどのくらいかということも。生活設計を立てるためには自分の体を知って現実を認識してもらうことが大切ですから」と平沢先生が説明されます。医療は、治療と同時に精神力を鍛えることも重要だ

るとき、リヤカーにみかんを積んでいる人と出会いました。魚の切り身もあるようです。話を聞いて驚いたのは、透析6年の腎友会の会長さんだったからです。昨年仲間と2人で、移動販売業をやっているということでした。朝5時半ごろから買い出しに行き、食料品や日常雑貨品を販売・配達して3時ごろに昼食。それが毎日のスケジュールなのに疲れた様子は見られません。

昭和45年に結成された腎友会の活動もクリスマスや納涼大会、勉強会などを開いて活発なようです。

「自分の体に合った管理方法を見つけて、一日一日の生活を工夫していますからね」

「働いているときは透析をしていることを忘れてますよ。思い出すのは病院にきてパジャマに着換えるときかな」

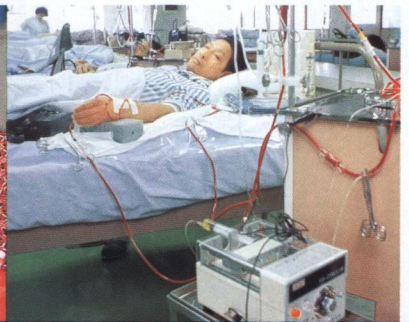
2人の顔には希望と自信があふれて

飾ってあったりします。料理は各自の健康状態に応じて献立が少しずつ違うようです。焼き魚やハンバーグもありました。

朝の透析が主婦や男性の高齢者を中心に、夜間は勤め人が多いのは普通ですが、入院しているのは市外の人たちで、性別、年齢はさまざまです。それだけに気がかりなのは家庭のこと、子供のことで。Aさんは家に帰っても

家庭を持って働く意欲に燃えています。そして会社の人が気づかってくれるのを喜ぶ反面、負担になることもあると不満気です。そこには徹底した自己管理の生活と強い精神力が裏打ちされているようでした。

ただ、けっして意欲的な人ばかりではないと思います。けれども「見通しは明るいですよ」といったBさんの言葉を私は忘れることができないのです。



いました。ケースワーカーの佐藤さんによれば、農業県であるがために生活保障の問題や社会復帰への道はきびしいようです。しかし、それなりに克服する方法があることを2人から教えられました。勇気づけられる人もいないではないでしょうか。

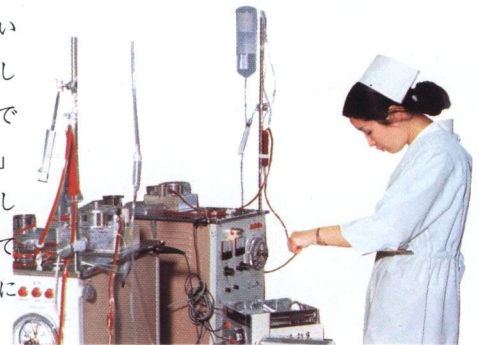
透析室を見おわたったところで、ちょうど昼食の時間になりました。食堂には花が生けてあったり、マスコットが

透析の話ばかりだとい、Bさんも5歳の子供がいるので早く佐渡に施設ができることを待ち望んでいます。若いCさんとDさんはショッピングを楽しんだり外食をすることもあったか。「でも、結婚をして家庭を持ちたいわね」

この言葉には、私もシュンとしました。しかし、男性の場合には恵まれている人もいます。建築材の販売会社に勤めるEさんは昭和47年に結婚。

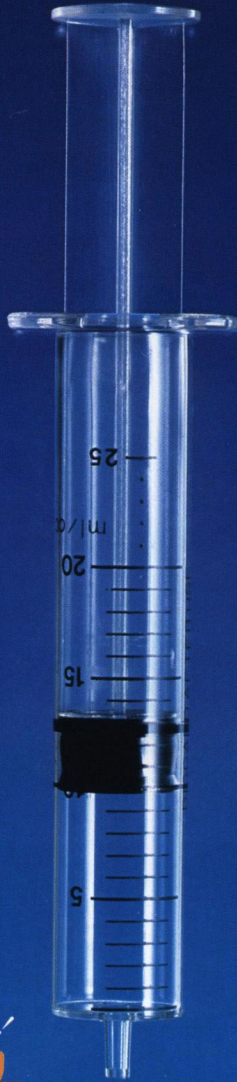
信楽園病院・新潟市青山1436の185  
(取材・岡田美代子)

〈次回はヨーロッパの透析施設の予定です〉





ニプロは  
すぐれた医療器具を  
おとどけます



透析時の、ヘパリン注入にノプロタミン注入にノ  
**ニプロ 20CCシリンジ..**



本社 大阪市大淀区豊崎西通1-22三栄ビル ☎(06)373-0555(代)  
東京支店 東京都北区赤羽2丁目62番14号 ☎(03)902-6595  
営業所 札幌・仙台・新潟・名古屋・京都・広島・米子・松山・福岡・大分

長期透析者を招いて  
松村満美子の患者インタビュー③



テレビ司会者  
松村 満美子

と き 昭和50年2月8日(土)  
午後2時~4時30分

ところ 東京医科歯科大学内  
グリル・セインツ会議室

出席者 企画 中川成之輔(東京医科歯科大学)

インタビュアー 松村満美子(テレビ司会者)

透析者 阿部 光美(虎の門病院分院)

星野ミチヨ(虎の門病院分院)

中村 勝男(東京女子医科大学)

沢田 彰(四谷クリニック)

田島 熊男(信楽園病院)

透析の技術の進歩とともに、苦勞しながら現在に至っている透析者は人工腎臓の生き字引きみたいな方たちである。つらいこと、苦しいことを乗り越えて8年余。会場に現われた透析者たちはシャントの手術跡を見せられなければ健康人と区別がつかないほど健康そうで、皆さん社会復帰をしておられる。この日、日本での透析患者第一号ともいえる新潟の米山さん(41年11月から透析開始)が、目の不自由なこともあって、出席できなかったのは残念だったが、5人の長期透析をしてこられた方がたに各地から集まっていたいただき、初期のころの人工腎臓の話をはじめ、将来の夢まで忘たんのない話を伺うことができた。



## 透析をはじめたころ

**松村** 「今日ご出席いただけなかった米山さんは41年11月から透析をはじめられたそうですが、皆さんはだいたい42年からですね。初めのころはどんな機械だったんですか？」

**中村** 「当時はコイル型といって、大きな職業用の洗たく機みたいなものでした」

**星野** 「私の時はコイル型とキール型両方でしたね」

**田島** 「私のころはキール型でしたが米山さんはコイル型でしたね」

**阿部** 「ぼくはコイル型でした」

**松村** 「初期のコイル型の場合、たくさん血液がいるわけでしょう？」

**沢田** 「ぼくは大学2年の時の発病だったんで、学生時代の友人が熱心に集めてくれて200本(4万cc)くらい集めました」

**松村** 「中村さんはお宅が長野で、東京の病院に入院していて、どうやって血液集めをしたのですか？」

**中村** 「長野の日赤病院へ友人、知人が献血してくれて、その手帳を東京へ送ってもらったんですが、50～60本だったと思いますよ」

**沢田** 「キール型になって血液がいらなくなりほっとしましたね」

**中村** 「長野から車で東京へ連れて来られた時、家内は主治医の先生に言われたそうですよ。『血液とお金の心配さえすれば人工腎臓で生きられるけれどそれができなければ、ご主人はあと半年の命だから好きなものを食べさせてあ

げて余生を送らせたほうがよい』って。2カ月ぐらいたって家内から聞きました。親せきで相談したそうですが、まさかみすみす死ぬのを待つこともなからうとの結論に達したそうです」

**松村** 「そのころは更生医療も認められなかったし、費用も大変だったんじゃないんですか？」

**阿部** 「ぼくが始めた43年初めは保険がきいてましたね。その前は大変だったようです」

**中村** 「43年1月までは払った記憶がありますね。それ以前は透析やると翌日機械屋さんが来てコイル代を3万5～6千円持って行くんですよ」

**松村** 「43年の3万円という大変でしたね」

**中村** 「10月ごろ少し安くなって44年の2月ごろには5千円になって、その後は楽になりました」

**阿部** 「ぼくは国民保険だったんですが、保険がきいても月に10何万円払いましたね」

**沢田** 「ぼくは大学病院では第一号ということで、はじめの1年は病院が負担してくれたので……」

**田島** 「大学病院では一部官費で自己負担なしだったんですが、民間の病院にかわる前に勤めを持って健保本人になってから移りました」

**星野** 「兄が手続きしてくれて、福祉の世話になったので費用の点は大丈夫でした」

キール型になって自己負担はゼロハン代だけになったが、それまでのコイ

ル型ではコイルは自分で買わなければならず、更生医療も適用されなかった。星野さんのように自分で働けない以上福祉の世話になる以外ないが、その負担額の大きさから、一つの切り抜け策として、結婚している人を離婚させて生活保護にするとか、途中でコイルを買う費用がねんしゅつできず、透析間隔があいてしまって亡くなったり、多額の費用のために自殺者さえ出たという。やっと開発された人工腎臓も全ての患者がその恩恵に浴せるものではなかったのである。



透析への不安は？

**松村** 「病院によって異なるでしょうが、血液透析というと初期には異端視もされたでしょうし、透析に不安はありませんでしたか？」

**沢田** 「あのころは3カ月ぐらいで患者がダメになるケースが多かったですけれどね。ぼくは余り考えていませんでした。そのうち、治るのかなあぐらいに軽く考えていた。今みたいに先生も患者に詳しいことは教えてくれなかつ

たし」

中村「人工腎臓って、身体の中にペーサーメーカーみたいな機械でも埋め込むのかと思ってました。そのうちに治るのかなあと思ったら一生続けると聞いて2年目ぐらいに少しおかしくなりました」

阿部「私の場合割合に知識はあったんですが、長期に使えるかどうかというところでした。キール型になってホッとしました。でもぼくらより後に透析を始めた人が一生続くというので、だまされた、だまされたって言ってましたよ」(笑)

田島「私は手足はしびれる。食べたものは吐くで尿毒症もかなりひどかったんですが、開業医の刈部先生が『おれのところに居れば、もう2～3日しかもたないが、新潟大学へ行けば腹膜灌流とか人工腎臓とかがあって助けてもらえるかも知れない』っていうんで



先生と一緒に車で連れて行ってくれたんで、不安なものにも、そんなこと考えてられませんでしたね」

田島熊男さん (48才)  
41年10月新潟大学で腹膜灌流開始  
42年8月血液透析開始  
45年12月信楽園病院に転院 現在に至る シャント手術12回 農業

松村「人工腎臓の初期のころは大変なことも多かったでしょうね？」

星野「42年12月7日から腹膜灌流を始めて、透析は43年に腹膜の着がひどくなってから始めたんですけど、

始めたころは、栄養失調にもなっていましたし、血液透析をはじめると髪の毛はパサッと抜ける、食欲はない、頭はグラグラして腹膜灌流のころより、ずいぶんぐあいが悪くなりました」

阿部「でも星野さんはたいしたものでしたよ。食欲のない時でも吐き気があっても、バナナの天ぷらにほうれん草と卵の油いため、もちろん塩気抜き、それにドンブリごはん一ぱいなんの味もない食事を平らげていたもの。(笑) ぼくは透析と腹膜灌流と併用している時期があったんですけど、効率がよすぎて5～6時間すると、どこに居るのかわからなくなりました。初めのころは血液をきれいにすればよいということでガリガリやってみましたね」

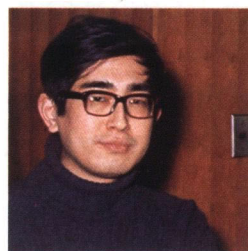
中村「大形のコイル型を使っていた時は、あとがぐあい悪くて何んとか回数を減らせないか先生に訴えたものですよ」

これは不均衡症候群といって急激に血液をきれいにするため、体液組成のアンバランスが起きる症状で、効率のゆっくりしたキール型が開発されてその苦痛は解消されたが、一方では長時間透析をしなければならず大変だったという。現在のような透析室がなかったころはなお大変だった。

中村「手術室で透析を最初にやった時は参ったね。普通のベッドなら楽だが、裸にされてかたい手術台で5時間やられたんだから」

阿部「ぼくも手術の前に一度経験があるけれどあれはつらいですね」

沢田「キール型になってホッとした



沢田 彰さん (30才)  
42年4月東京医科歯科大学付属病院で血液透析開始  
47年10月四谷クリニックへ転院 現在に至る シャント手術約10回 無職

けれど先生は大変でしたね。一緒によく泊り込んでくれたけど、12時から14時間かかります」

星野「虎の門病院は8時間でしたよ。その代わり食事で良いデータを保てと言われて」

沢田「夕方始めて翌朝に終わるわけですよ」

阿部「キール型はいちいちセロハンを張らなければなりませんからね。そのあとホルマリンで消毒するんですけど、また、リークすると張り直してお昼まで待ったり、終わると真夜中なんてこともよくありました」

ざ折感？ アクシデントは？

松村「大変伺いにくいんですが、ざ折感を持ったことは？」

田島「私は新潟大学へかつぎ込まれた明る日から腹膜灌流をやったんですが、まわりにいる腎不全の人が毎日のようにバタバタ亡くなるし、自分も目が見えなくなった時は6階の病室の窓から飛び降りようかと思いましたね。それで連日腹膜灌流をやったらまた見えてきて落ち着きましたけれど…」

沢田「ぼくはミカンを食べたのが起爆剤らしいんですけど、高カリウム血症を起こして心電図が15秒ぐらいま

っすぐになったそうです。先生はあわてたらしいですね。一度死んだわけですよ」

中村「眠っている間に外シャントが脱落したらしくて、ベッドが血だらけ、その血を見たらスーッと落ちちゃって」

皆さん大なり小なりのご折感や、生命の危機を経験しながらも、強い生命力と努力によって一つ一つそれらを克



服して現在の  
平静を得、淡  
淡と話すこと  
ができるまで  
になっている  
のである。

#### 中村勝男さん (51才)

42年7月東京医科歯科大学付属病院  
で血液透析開始 長野・北野病院に  
転院 現在東京女子医科大学付属病  
院で透析 シャント手術19回  
長野市善光寺前・喜多平(そば屋)経営

#### シャント手術 最多記録の中村さん

松村「シャントの手術では皆さん、苦勞していらっしゃるんじゃないんですか？」

沢田「シャント手術を何回もやれば先生は慣れるけれど患者は段々こわくなるんですよ」

中村「第2回のシャントは3年ももったんですけど、その後が大変で、失敗したのまでいれると19回シャントの手術をしているんです。満身創いですよ。詰まりやすい血管なんですかね。昨年の夏、ホルマリン漬けになっている牛の血管を使ったんです。私の動脈から牛の血管を血液が通って私の静脈に流れ込むようにしたんですが、私の静脈が細くて、牛の血管のところに血液

がたまってコブができました。破裂すると大変だというんで、また上を切ってバイパスを作って、半分逃がすようにしたんですが、今度は牛の血管がだめになって、またやり直し」

松村「中村さんは、余病もなく、透析で身体の調子はよくても、シャントが苦勞の種ですね。それにひきかえ阿部さんのシャントはずいぶんもっているようですね」

阿部「僕の内シャントは優秀で7年も同じシャントを使っているんですよ。最長記録じゃないのかな」

中村「うらやましいな。一番つらかったのは長野でシャントが詰まって、手術のできる先生が来るまで腹膜灌流をするためにお腹を切開して管を入れ腹膜灌流をやりながら手術室に入りました。手にシャントを即席に作ったんですが、先生が『痛いっついでにこの人は動脈も静脈も良いのがないし、もう1箇所シャントを作っておこう』と言ってお腹に管を入れたまま、できたの外シャントで透析しながら、もう1箇所にメスを入れて。あれが一番ひどかったね。その次は右手と左足と2箇所、4人の先生で同時にシャントを作られたんだけど、左手に詰まったシャントがあったもので、『これもついでにやるか』って言うから『冗談じゃないよ』ってそれだけは勘弁してもらったんだけど、『痛いっ』って言うのと『手か足か』『足のほうだ』『今度は手だ』って大騒ぎでしたよ(笑)

松村「今だから笑って話しておられ

るけれどその時は大変でしたね。沢田さんは10回でしたか？やはりシャントに関しては回数といい、その苦勞といい中村さんの右に出る方はないようですね」

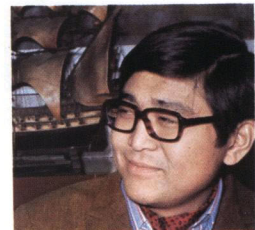
#### 腎移植か透析か

松村「沢田さんはまだお若いし腎移植をなさる気はありますか？」

沢田「生きた人のをもらう気はありませんね。うまくいかないケースも知っているし、死体腎があればやりたいと思いますけれど」

兄弟などから無理して分けてもらってうまく適合しない場合、拒絶反応の時など摘出しにくいということもあるし、移植しても一生使えるものでもないようだ。

阿部「うまくいったとしてもずっとプレドニンやイムランは飲まなければならないし、腎移植は拒絶反応が危険な場合もありますし、もう少し進歩し



てからにしたいですね。いろいろな本は

現在の移植を  
バラ色に書き  
すぎるんです  
よね」

#### 阿部光美さん (27才)

42年11月虎の門病院で腹膜灌流開始  
43年1月血液透析開始 現在に至る  
この間43年5月・8月の2回腎移植手術  
皮細工 アパート経営

松村「今日ご出席の方で阿部さんだけが移植を経験しておられるわけですから、詳しく話していただけますか？」

阿部「1回目は43年5月。母からもらったんですが、拒絶反応が強烈で発熱もひどくて10日目に取り出しました。



2回目は同じ年の7月、これは交通事故で亡くなった若い男の方の死体腎をもらったんですが、半年ぐらいがん張ったんだけど、だんだん尿量が減って、半年で取り出しました」

**松村**「死体腎というと大変なこともあるんでしょ？」

**阿部**「そのころ心臓移植が話題になっていまして、交通事故にあった若者の脳波が止まったので家族が人助けができるのなら心臓を提供しようということになったんですが、心臓のほうはすぐ移植できる体制が当時まだ整っていませんでした。でも腎臓なら移植ができるはずだということで血液型などからよく選ばれ、夜中にたたき起こされて即移植手術をされたんです」

死体腎の移植は、死の瞬間から2時間以内に腎臓を取り出し冷やさなければならず、遺族の悲しみの最中に遺体から腎臓を取り出すことに抵抗も多く、なかなか提供者が得られない。と同時に拒絶反応があれば、すぐ取り出さなければならぬなど腎移植さえすれば完治するとは現時点においては言えないようである。しかし、人工腎臓に全ての患者が頼ると際限のない設備と技術者が必要になるということは、将来腎不全を起こす患者が受け入れられない可能性も出て来るわけである。腎移植さえすれば拒絶反応も弱く完治するという技術が早く開発されないものだろうか。そうすれば一生透析とつきあわずに済むのだが……。

## 将来の夢

**阿部**「昔は絵描きになることが夢だったんですけど透析をよほど十にやらないとあいう高度な仕事はできないようですね。今は皮細工とか仏様をほっているんですが感動することができなくなっているというか、鈍いという感じはありますね。ですから教室を作り人に教えて生計を立て、結婚をしたいと最近は考えてきました」

**星野**「私は兄もすし屋なので、食べ物屋なんかや



**星野ミチヨさん (34才)**

41年12月虎の門病院で腹膜灌流開始  
43年8月血液透析開始 現在に至る  
この間シャント手術4回  
すし屋手伝い

りたいんですが、一人ではできないし、結婚は考えていないし、でも実現したいですね」

**沢田**「ぼくはいま、親がかりだから将来一人で食っていけるように公認会計士になれるといいな」

**松村**「中村さんも田島さんも人工腎

臓をやりながらお子さんたちを立派に育て上げていらっしゃるんですね」

**中村**「よその土地でも透析を受けさせてもらって長い旅行ができるといいですね」

そして皆さん、口をそろえて言われたのは、透析を受けている人を、身体障害者ではあるが社会復帰をして自活している以上、透析患者としてではなく、**透析者**として見て欲しい、ということであった。

医師も看護婦も一般の人も、これは心すべきことではないだろうか。

日本で人工腎臓が行なわれた初期から透析に身をゆだねておられる長期生存者の皆さんの言葉は一言一言重みがある。新潟の米山さんを含めて6人の方たちがこれからも今の健康を維持して長生きされることを切に望むものである。

〈次回は東北地方の透析者インタビューの予定です〉



## 財団法人腎研究会の活動にご援助をいただいている方がた(2)

### 賛助会員について

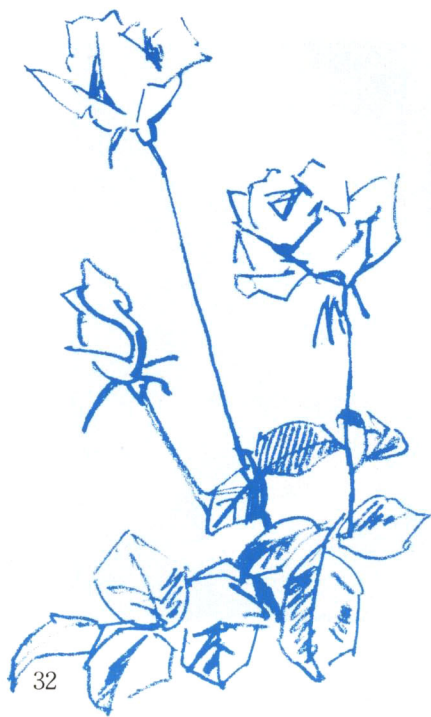
本会には賛助会員の制度があります。賛助会員は本会の設立趣意に賛同される法人および個人であります。会費は1口年間法人50,000円、個人25,000円で、何口でも入会できます。会費収入は「腎不全を生きる」の発行費の一部、財団事務局の運営費の一部などに使われます。

会員は本会の主催する行事に無料で参加でき、また本会の発行する刊行物を無料で、優先的に配布を受けることができます。

本会の活動にご理解をいただき、ぜひご入会を賜わりたくお願いいたします。入会ご希望の方は財団事務局にご連絡ください。関係書類をお送り申し上げます。

現在会員は下記のとおりで、法人33(47口)、個人6(7口)の暖かいご支援をいただいております。

(昭和50年4月1日現在)



### (1) 法人会員

三泉化成株式会社  
株式会社昭和丸筒  
株式会社東機貿  
エーザイ株式会社  
田辺製薬株式会社  
興和株式会社  
サンド薬品株式会社  
日本C.H.ペーリンガーゾーン株式会社  
武田薬品工業株式会社  
株式会社三矢製作所  
扶桑薬品工業株式会社  
塩野義製薬株式会社  
三共株式会社  
富士システムズ株式会社  
清水製薬株式会社  
杏林薬品株式会社  
藤沢薬品工業株式会社  
株式会社ミドリ十字  
台糖ファイザー株式会社  
科研化学株式会社  
株式会社アムコ  
小玉株式会社  
森下製薬株式会社  
大塚製薬株式会社  
日本シエーリング株式会社  
アコマ医科工業株式会社  
株式会社柳本製作所  
織本病院  
株式会社仁丹テルモ  
嬉泉病院  
株式会社奥野  
日機装株式会社  
株式会社ニプロ

### (2) 個人会員

村松 宏  
小林 紀雄  
倉橋 正雄  
野口 堅  
佐多 保彦  
鈴木 文男

### 住 所

東京都中央区日本橋室町2丁目6番地  
大阪市北区堂島中1丁目25番地  
東京都港区東麻布2丁目3番3号  
東京都文京区小石川4丁目6番10号  
大阪市東区道修町3丁目21番地  
東京都中央区日本橋本町3丁目3番地  
東京都港区南青山5丁目12番4号  
大阪市東区伏見町5丁目30番地  
大阪市東区道修町2丁目27番地  
大阪府八尾市竹淵132番地  
大阪市城東区森之宮2丁目3番11号  
大阪市東区道修町3丁目12番地  
東京都中央区銀座2丁目7番12号  
東京都渋谷区恵比寿1丁目11番1号  
静岡県清水市宮加三235番地  
東京都千代田区神田駿河台2丁目5番地  
大阪市東区道修町4丁目3番地  
大阪市城東区蒲生町3丁目1番地  
東京都新宿区西新宿2丁目1番1号  
東京都文京区本駒込2丁目28番8号  
東京都千代田区飯田橋4丁目8番7号  
東京都千代田区神田小川町2丁目5番地  
大阪市東区高麗橋4丁目35番地  
東京都千代田区神田司町2丁目9番地  
大阪市淀川区西宮原2丁目6番64号  
東京都文京区本郷2丁目14番14号  
京都市東山区本町17丁目345番地  
東京都清瀬市旭が丘1丁目261番地  
東京都渋谷区幡ヶ谷2丁目44番1号  
東京都葛飾区東金町1丁目35番8号  
東京都千代田区麹町4丁目7番6号  
東京都渋谷区恵比寿3丁目43番2号  
大阪市淀川区豊崎西通1丁目22番地

東京化工産業株式会社  
小林化学株式会社  
K&Cアソシエーツ株式会社  
西九州合成株式会社  
株式会社東機貿  
内外化学株式会社

(今回は役員・寄付者の予定です)

# 編集委員・編集同人

## 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
水 野 克 己	東京大学医科学研究所
中川成之輔	東京医科歯科大学
太 田 和 宏	名古屋クリニック
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	仙台社会保険病院
高 須 照 夫	東京慈恵会医科大学

(ABC順)

## 編集同人

阿 部 裕	大阪大学医学部内科
秋 山 暢 夫	東京大学医科学研究所
天 本 太 平	長崎大学医学部泌尿器科
荒 川 正 昭	川崎医科大学腎センター
浅 野 誠 一	浦和市立病院
渥 美 和 彦	東京大学医用電子研究施設
千 野 一 郎	東京慈恵会医科大学泌尿器科
土 肥 雪 彦	広島大学医学部第二外科
藤 見 惺	九州大学医学部第二内科
藤 田 嘉 一	高砂市民病院
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
堀 田 寛	長崎大学医学部泌尿器科
稲 田 俊 雄	都立大久保病院
稲 生 綱 政	東京大学医科学研究所
石 田 初 一	石田病院
石 川 浩 一	東京大学医学部第二外科
岩 崎 洋 治	千葉大学医学部第二外科
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	
勝 村 達 喜	川崎医科大学心臓血管外科
川 原 弘 久	増子病院

木 本 誠 二	三井記念病院
木 下 康 民	新潟大学医学部第二内科
小 林 快 三	名古屋大学医学部付属病院分院
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	東京医科歯科大学医学部第二内科
楠 信 男	福島県立医科大学医学部内科
前 田 憲 志	名古屋大学医学部付属病院分院
前 田 貞 亮	関東労災病院内科
前 川 正 信	大阪市立大学医学部泌尿器科
新 村 明	篠ノ井病院
丹 羽 豊 郎	大垣市民病院
大 淵 重 敬	仁和会総合病院
小 高 通 夫	千葉大学医学部第二外科
尾 前 照 雄	九州大学医学部第二内科
大 野 丞 二	順天堂大学医学部内科
大 沢 炯	琉球大学保健学部
斎 藤 寛	東北大学医学部第二内科
斎 藤 薫	三重大学医学部泌尿器科
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	国立大阪病院循環器科
沢 西 謙 次	京都大学医学部泌尿器科
柴 田 昌 雄	名古屋大学医学部付属病院分院
篠 田 晤	金沢医科大学
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	東京大学医学部泌尿器科
竹 内 正	日本大学医学部病理
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付属病院内科
山 形 陽	福島県立医科大学医学部内科
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
吉 利 和	浜松医科大学

(ABC順)

## 編集後記

● 最近の新幹線なみの大巾な遅れとなりましたが、第2巻第1号をお届けします。いろいろな事情があって、今回から制作の担当がかわりましたが、編集委員も編集方針もかわりません。松村満美子さんもいまままでどおりノーギャラで参加してくれます。医者の本業をおろそかにするわけにはいきませんし、財政的にも広告スポンサーだけで発行費のすべてをまかなっているわけではないので、今後もあまり快調なペースとはいかないかもしれませんがご了承ください。

● 透析にいたる腎不全の原因疾患としては、日本人の場合、慢性糸球体腎炎が圧倒的に多いのはごぞんじでしょう。リチャード・ブライトという医学者が最初に疾患単位としての概念を確立してから、100年以上もたっていますが、いまだにその原因も根本的な治療法もない病気です。厚生省の難病対策特定研究に、慢性腎炎（腎不全）班が設けられたのも当然のことかもしれません。

古くからの権威ある研究者が多い領域ですが今回は、若手の藤見先生に解説してもらいました。

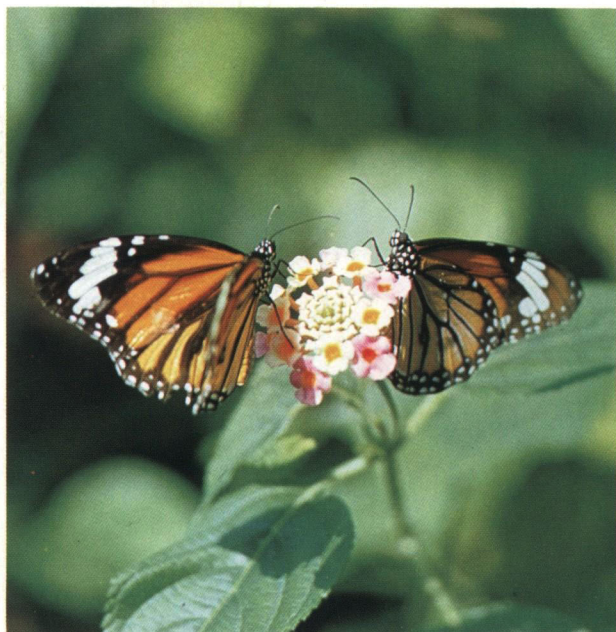
● 長期透析記録保持者の人びとに集まってもらいました。新潟の信楽園病院にいる米山さんにも加わっていただくとおそらく足かけ8年の透析歴のある日本人としてはオールスターキャストになると思いましたが、雪に悩まされている上越線の旅を考えて編集部の方でのご遠慮しました。この人たちの存在は知っていましたが、私も皆さんすべてにお会いしたのは今回がはじめてです。元気で明るい様子は、透析者のすべての人にみてほしいくらいでした。


● 食事療法の連載がお休みになったことをおわびします。看護婦(士)さんの座談会の分量などがふえたためです。高須先生も、間食についてこの次にはがっちり書きたいという希望でいますので、お楽しみに。

(中川成之輔—東京医歯大 50・2・28記)



ふれあう心。



株式会社  ニプロ

本社 大阪市大淀区豊崎西通1-22(三栄ビル) 〒531  
TEL (06) 373-0555