DIALYSIS AND TRANSPLANT

腎不全を生きる

VOL.5,NO.1,1978

患者にやさしい一人用人工腎臓装置

B-D DRAKE WILLOCK 7000 SERIES

このコンパクトな装置に
透析システムのすべてが
組みこまれています

総発売元
TOKIBO CO.,LTD.
株式会社 東機貿

本　社／東京 TEL 03(586)1421
営業所／札幌 TEL 011(722)4520●仙台 TEL 0222(66)3262●名古屋 TEL 052(703)3902
大阪 TEL 06(261)8661●九州 TEL 092(271)4695

目　次

腎不全を生きる方がたへ★阿部　裕……1
患者のための腎臓病学入門講座〈その7〉
腎不全と骨代謝異常★小椋陽介……2
腎センター訪問〈その7〉
京都大学付属病院・人工腎臓室を訪ねて‥6
東南アジアの腎センター訪問★太田和夫‥10
透析医療をささえる人びと〈その6〉
ソーシャルワーカー……15
患者からの手紙
私の社会復帰★潮崎孝利……27
楽しい透析食の作り方〈その3〉……28
松村満美子の患者インタビュー〈その7〉
現業労働に従事している方の集い……32
腎研究会のページ……41
編集後記★中川成之輔……42

子供を背負った母親の姿には、力強く生きぬく美しさがあります。子供を抱いた情景にも愛情溢れた暖かさがあります。背にした子供の健やかな成長を願う人びとに、明るい希望のもてる環境の充実されることを祈りながら。

イラストレーター　杉田　豊

編集委員

平沢由平　信楽園病院
今　忠正　札幌北クリニック
三村信英　虎の門病院
中川成之輔　東京医科歯科大学
太田和宏　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　高須診療所

腎不全を生きる　第5巻第1号
発行日：1978年12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) 403-9696　〒106
発行人：理事長　大島研三
編　集：腎研究会「腎不全を生きる」編集委員会

★記事・写真などの無断転載を禁じます
★非売品

腎不全を生きる方がたへ

大阪大学教授　阿部　裕

大昔から人間の健康についての願望は大変に強く、健康とは単に健康であるというにとどまらず、“健全な精神は健康な身体に宿る”とのことわざまであり、これは第二次大戦後にWHO(世界保健機構)が健康について「健康とは疾病がないとか、虚弱でないというにとどまらず、身体的にも、精神的にも、そして社会的にも完全な状態」と定義していることにも表われている。

医師が感じる患者の健康についての要求は、他のどれよりも強い。財産、学歴、運動能力などはこの程度で我慢するということも多いが、自分が健康であるという証明は絶対に欲しいように見受けられる。

しかし、検査技術の進歩によって、からだの機能が多く調べられるようになってくると、すべてのからだの機能が完全な人はほとんどなく、どこかに欠点が見つかることが多くなってきた。そうなると、まず完全な健康というものは存在しないのではないか、また健康と病気の境界は、はっきり区別されるものでなく、便宜上どこで区切るかという問題に変わってきたように思われる。

大切なことは、人はそれぞれの身体能力に応じ生活を楽しみ、自らの能力を開発しなければならないことではなかろうか。慢性腎不全では特にこのことが大切で、患者自身はもちろんのこと、周囲も、これをよく理解すべきであろう。医師をはじめとする医療従事者は、まず医学の力によって、病気の予防、治療を通じて患者の支えとならねばならないが、医学を通じて患者の心の支え、励ましの中心とならなければならないとつねに自戒している。人工透析のように自然科学の法則によって、やり方が決まってしまう治療法でも、医療従事者と患者との心のつながり、患者の心の持ち方で治療効果が異なってくることはよく経験される。

医療をとりまく環境も日とともに変わりつつある。結核療養所は山紫水明の地にあったが、透析センターの多くは都会の中にある。この複雑な、メカニカルな社会において、科学の成果を利用する時、その効率により生じた時間を心のふれあいに用いることを忘れてはなるまい。私はいくつかの腎臓病学の研究を通じ、腎臓病の進展防止に、治療に貢献したいと念じているが、同時にシステム・制御理論・コンピューターの医学への導入を志している。これは、これら優れた他の自然科学の成果を臨床医学に導入し、多様化、複雑化した医療従事者の仕事を整理、軽減して、人でなければできないことだけを人が行ないたいと考えているからである。この成果が一日も早く患者の皆さんに還元されることを念じている。

(53・7・26受理)

腎不全と骨代謝異常

東京慈恵会医科大学第二内科　小椋陽介

カルシウム、リン、マグネシウムなどの鉱質を多量に含む骨は、からだの支持組織として役立っているばかりでなく、骨以外のやわらかい組織の細胞にもこれら鉱質を必要に応じて供給する貯蔵庫としての役割も果している。

すなわち骨は腎臓、腸管と共同して働き、体液のカルシウム濃度を正常に維持する重要な役割をになっている。このような骨、腎臓、腸管の働きを仲介し、コントロールしているのが副甲状腺ホルモン、ビタミンD、カルチトニンなどカルシウム調節ホルモンと呼ばれる物質である。腎臓が悪くなると、この調節機序が乱れ、カルシウム、リン、マグネシウムの代謝異常を起こし、骨にも異常を起こす。以下これらホルモンの働きとその異常が起こる仕組みを簡単に説明してみよう。

副甲状腺ホルモンは前頸部に位置する甲状腺の裏側に上下左右一対、計4個ある小さい副甲状腺で作られ分泌されるホルモンである。これは血液中のカルシウム濃度が正常値より低下すると分泌され、分泌されたホルモンはビタミンDと共同して、骨に働き、骨から血中へのカルシウムの移行(骨吸収)を促進し、血中のカルシウム濃度の低下を正常まで戻すように働く。また副甲状腺ホルモンは腎臓に対しても働きリンの排泄を促進し、カルシウム排泄を減少させ、さらに腎臓での活性型ビタミンD（1,25-$(OH)_2$-D_3）産生を促進する作用も有している。

腸管に対してはカルシウム吸収を増加させるように働くが、これは活性型ビタミンDの産生促進を介して起こると考えられる。

ビタミンD_3は食物からとられるか、または皮膚で紫外線に照射されることによってつくられ、その作用を発揮する前にまず肝臓で25-ハイドロオキシコレカルシフェロール(25-OH-D_3)となり、さらに腎臓で1,25-ジハイドロオキシコレカルシフェロール（1,25-$(OH)_2$-D_3）に変換されなければならない。

ビタミンDの作用は骨から血液中にカルシウムの移行を促進し、腸管からカルシウムの吸収を促進する働きのほかに、骨基質にカルシウムをはじめとする鉱質を沈着させて骨をつくる過程にも作用している(抗くる病作用)。また腎臓にも働き、カルシウム、リン排泄を変化させるともいわれている。このようなビタミンDの作用は、前述したように腎臓でつくられた1,25-$(OH)_2$-D_3の働きによると考えられ、そのため活性型のビタミンDと呼ばれている。

血中のカルシウム濃度が正常以下に低下するような状態のとき、副甲状腺ホルモンの分泌亢進とあいまって1,25-$(OH)_2$-D_3の産生は亢進し、腸管からのカルシウム吸収と骨からのカルシウムの放出を促進して血中カルシウム濃度を正常に戻すように働く。

したがって活性型ビタミンDはビタミンとよばれていても、ホルモンとしての性質をもっている。すなわちからだがビタミンDの作用を必要とするときは1,25-$(OH)_2$-D_3をつくり、不要のときはつくるのを減少させるか中止する。これはホルモンの性質を有している証拠である。一方、紫外線にさらされるのが少ない場合は皮膚で作られるビタミンDが不足するため、不足分は食物からとる必要がある。このことはビタミンの性質をももっていることを示している。したがって、腎臓は尿を排泄する器管であるのみならず、ホルモンも産生する内分泌器官であるということができる。

カルチトニンは甲状腺のなかにある旁沪胞細胞でつくられ、ホルモンであ

るが、血中カルシウム濃度が上昇するときに分泌され、骨に働きカルシウムの放出を抑制すると同時に腎臓にも作用して、リン、カルシウムの尿中排泄を増加させる働きをしている。

以上の3種類のホルモンは必要に応じて分泌を変化させ、さらに相互に巧妙に連関し、協調し、拮抗して腎、骨、腸の働きを促進し、または抑制して体液のカルシウム濃度を正常に維持している。

このような巧妙に働いているからだのカルシウム調節機序も種種の病気で障害され、異常を起こす。その一つに腎臓の病気があり、ことに腎臓の働きが著明に低下した腎不全においてはカルシウムの代謝異常が著明となり、その結果、骨は異常となり、骨折、骨以外のやわらかい組織(軟部組織)にカルシウム、リンの沈着(異所性石灰化)などの合併症を起こすようになる。

慢性腎不全に骨の異常が起こることは古くから知られていたが、あまり目だったものではなかった。しかし今日のように人工腎臓が治療に広く用いられるようになり、長期間透析を受ける患者が増加してくると著明な骨変化を起こすことが目だつようになり、社会復帰を妨げる重要な合併症として注目されるようになった。

慢性腎不全においてなぜこのような骨の異常が起こるのであろうか。

最近のビタミンD、副甲状腺ホルモン、カルチトニンに関する研究の進歩は、腎不全に骨の異常が起こる機序を解明するのに大変に貢献し、あとで述べるように、すぐれた治療法の開発も進んでいる。

腎臓は主として尿を排泄することによって体液の恒常性を維持する働きをしているが（本誌第4巻第1号・1977年　水・電解質代謝と腎の項参照）腎臓の病気が進み、ある限度以下にこの腎臓の働きが落ちるとついには体液の恒常性を維持することはできなくなる。この状態になると腎臓からリンの尿中排泄が減少し、血中にリンが蓄積し、血中リン濃度が上昇するようになる。血中のリン濃度が上昇するとこれに対応して、血中のカルシウム濃度は低下する。一方、腎臓の病気が進行すると腎臓の細胞は破壊され、正常の細胞の数が少なくなり、また、病気によっては細胞が破壊されないでも細胞の働きが低下して、1,25-$(OH)_2$-D_3の産生能も低下し、からだに必要な1,25-$(OH)_2$-D_3が十分につくられなくなる。1,25-$(OH)_2$-D_3が不足すると腸管のカルシウム吸収も、骨からのカルシウム放出も減少し、その結果、血中のカルシウム濃度が低下する。

このように血中リン濃度の上昇と腎臓での1,25-$(OH)_2$-D_3の産生減少という2つの大きな因子によって、血中のカルシウム濃度が低下し、これを副甲状腺が感知し、副甲状腺ホルモンの分泌を促進させ、血中のカルシウム濃度を正常に戻そうとする機序が働く。しかし、副甲状腺ホルモンが分泌されたとしても、もはや病腎での1,25-$(OH)_2$-D_3を正常のように十分に産生することはできず、1,25-$(OH)_2$-D_3が不足しているためか副甲状腺ホルモンに対して骨は十分に反応せず、副甲状腺ホルモンのもつ血中カルシウム上昇作用に抵抗性を示す。

したがって副甲状腺ホルモンの分泌が促進しても血中カルシウム濃度の低下を元に戻すことができない。そのため、これを是正しようとしてよりさらに一層副甲状腺ホルモンの分泌は亢進する。このような悪循環が腎不全が進行するとともにくりかえされ、副甲状腺ホルモンの分泌亢進もより高度となってくる。

副甲状腺ホルモンの分泌がだんだん亢進してくると、たとえ骨が抵抗性をもっていたとしてもついには骨からカルシウムの放出(骨吸収)も異常に亢進し、血中のカルシウムは上昇し、むしろ時には正常の濃度以上に上昇することすらみとめられるようになる。また骨から盛んに放出されるカルシウムは血中に蓄積し、増加しているリンと結合し、骨以外の軟部組織に沈着して異所性石灰化をつくる原因ともなる。

骨からカルシウムが異常に血中に放出されるため、骨吸収は過剰となり、骨吸収されたあとには線維が増殖し、入れ代わって、線維性骨炎と呼ばれる病変をつくり、骨はもろくなり、容易に骨折を起こすようになる。

このように血中カルシウム濃度の低下から副甲状腺ホルモンの分泌が亢進し、骨に病気を起こすような状態を続発性副甲状腺機能亢進症と名づけられている。慢性腎不全においてはこのような病態を合併するのみならず、成人では骨軟化症、小児ではくる病といわれる骨の病気も起こしてくる。これは前に述べたように抗くる病作用をもつ

といわれる1,25-$(OH)_2$-D_3の腎臓で産生される量が減少し、不足するためと考えられている。骨は骨基質(類骨組織)にカルシウムをはじめとする鉱質が沈着して形成されるが、この骨基質の石灰化にはビタミンD（とくに活性型ビタミンD）が必要であり、これが不足すると正常に石灰化が起こらなくなり類骨組織の量が増加する。このような骨の石灰化障害が成人に起こればそれを骨軟化症、小児に起こればくる病と呼び、骨折、骨変形を起こし、小児では成長障害の原因ともなる。

以上が慢性腎不全にみられる骨の異常の主なものであり、その主因であるが、この他にみられる骨異常としては骨粗鬆症、骨硬化症などがある。これら腎不全にみられる骨の異常をまとめて腎性骨異栄養症（腎性骨ジストロフィー）と呼ばれている。しかしこれらの成因には、以上述べた副甲状腺ホルモンの過剰分泌、活性型ビタミンD不足の他にも多くの因子が複雑にからみあっている。たとえば食事によるカルシウム摂取不足、リン、マグネシウムの代謝異常、アシドーシス、未知の毒性物質の蓄積、透析液の性質、運動、紫外線の有無、1,25-$(OH)_2$-D_3以外のビタミンD代謝産物、透析液のカルシウム濃度、罹病期間、腎臓病の種類、年齢など多くの因子が関係し、まだよくわからない複雑な過程を経て骨異常が起こってくるものと考えられている。

次に治療について簡単にふれておく。まず副甲状腺ホルモンの分泌亢進の刺激となる血液のカルシウム濃度低下を是正し、副甲状腺ホルモンが過剰に分泌されるのを抑制する必要がある。そのためには血液中にリンがたまるのを防ぐことである。それは透析によって血液から除去するか、また食事によってとられたリンを腸管で吸収しないようにリンと結合するような制酸剤を服用する。次に不足しているカルシウムを補うためにカルシウムをなるべく多くとるよう努力をする。食事で十分でなければカルシウム剤を特別に服用することも考える。またビタミンD剤は腸管のカルシウム吸収を促進するから、ビタミンD剤を服用することもすすめられる。とくに腎不全では1,25-$(OH)_2$-D_3が不足しているからビタミンDを多くとる必要がある。しかしビタミンD_2、D_3では腎臓での1,25-$(OH)_2$-D_3への変換が低下しているため、十分な効果を得るためには大量を必要とし、からだのなかでの代謝されるのがおそいために、異常に蓄積し思わぬ副作用を起こし、また副作用が起きてもそれ

が消失する時間が長い欠点がある。そのため、最近は不足している1,25-$(OH)_2$-D_3そのものを服用するか、また腎臓がなくとも1,25-$(OH)_2$-D_3となりうる1α-OH-D_3とか、　あるいは1,25-$(OH)_2$-D_3に似た構造をもつ代謝産物になるダイハイドロタキステロール（DHT）などが使用されるようになった。これらの活性型ビタミンD剤は腎臓がなくとも少量ですみ、しかもからだのなかにとどまる時間が短かいため副作用が起こりにくく、起きても中止すればすぐに消失する利点をもっている。

このようなビタミンD剤の投与で腸管のカルシウム吸収は正常となり、血中のカルシウムも正常化し、副甲状腺ホルモンの過剰分泌も抑制され、骨変化も改善されてくる。一方、血液カルシウム濃度をあげるには透析液のカルシウム濃度をたかめる方法もある。

これらの方法でからだに不足しているカルシウムを補給し副甲状腺ホルモン分泌の抑制をすると同時に骨病変の改善にも直接に役立てる。しかしあまり過剰に補給すると血中のカルシウム濃度が異常に高くなったり、またとくに血中のリンの濃度が高いときは骨以外の組織に石灰沈着を起こす原因となるので注意が必要である。

しかし以上のような治療をしてもかなり高度となっている副甲状腺機能亢進症は元に戻らないことがある。その場合は、副甲状腺を一部か大部分を切除する手術を行なうこともある。

（53・8・21受理）

〈次回は 腎臓とくすり の予定です〉

腎センター訪問〈その7〉

京都大学付属病院 人工腎臓室を訪ねて

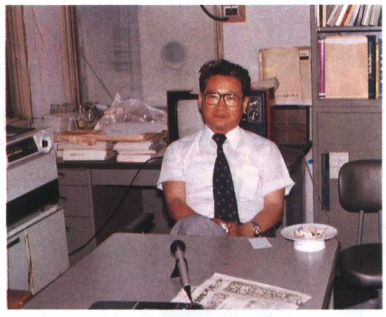
雨もようの7月12日、京都市左京区にある京都大学付属病院の人工腎臓室を訪問し、室長の澤西謙次先生にいろいろお話を伺いました。

ちょうど水曜日午後恒例のウイクリーミーティング、これは医師、看護婦、テクニシャン、栄養士など関係者が出席して、患者さんについて情報を交換し、治療方法の再検討や関連問題のディスカッションを行なうものですが、それが終了したあとで、京大付属医療短大の先生でもあり患者でもある岩井先生、内科の原先生にもご出席いただき、この京大人工腎臓室のおい立ちや治療方針などについての先生がたの哲学、現在の問題点などをお話していただきました。途中から透析を終えたばかりの患者さんたちにもご参加いただき、話に花が咲きました。

透析室ができて ちょうど10年

この人工腎臓室はいつごろできたのですか。

澤西　透析室が形体としてできたのは、昭和43年7月、ちょうど10年になるわけです。血液透析そのものは急性腎不全のみを対象に、35年からやっていました。慢性の患者さんに透析を始めた



澤　西　先　生

のは38年からです。日本で健康保険がいちばん早く適用されたのは京都なのです。ところが、健康保険本人でない場合には、個人負担分3割とはいえ相当の額になりますので、慢性腎不全の患者さんは経済的な面で脱落していくことが多かったのです。したがってそのころは健保の本人ということで男の患者がほとんどだったですね。

42年に、私はワシントン大学のスクリュブナー先生のところへ勉強に行きました。そこでキール型の人工腎臓なら安くできるのではないかと考え、帰ってきて無理して4ベッドで始めたのが最初です。ラッキーだったのは昭和46年に科学研究費2千何百万円が通ったことです。これはありがたかったですよ。

始めのころのご苦労というのは？

澤西　いちばんの苦労は、教科書なし、参考論文なしで、われわれの経験そのもので改善していかなければならないことでした。

岩井　基礎実験からやったわけですね。

岩井先生・原　先生

澤西　おかげで私どものグループは、腎不全あるいは透析の論文で、学位をとったのが6人もいますからね。(笑い)やはりこういうところでの苦労はお金のやりくりのことで、事務当局との接渉にあります。文部省から京都大学に金がきて、それを各学部で分け、病院で使える金額は決まります。病院の収入は全部大蔵省に行くのですからここでは使うことはできません。だからここが仕事をすればするほど病院にとっては困るわけですよ。だからお前ら働くなと。しかし、こちらはやらなけれ

ば、なにも研究はできないし……。

岩井　どうして院長と交渉し、事務長と接渉して、少しでも多くの金を出してもらうかというのが頭痛の種でしたね。

透析10年になる人が６人も

🍀　ここへ来られる患者さんはどういう状態の人が多いのですか。

澤西　大学病院というのは、各科がそれぞれ独立の病院みたいなので、よその科からここへ来る時期がどうしてもおそくなりがちです。したがってここへ来るときは緊急の人が多くて、「あすにでも透析をかけてくれ」と。だから重症の人、合併症がいろいろある人が圧倒的に多いのが特徴ともいえます。それだけに導入透析に手がかかりますが、それを安定透析までもって行くのが仕事です。

🍀　サテライトはあるのですか。

澤西　幸いなことにここで勉強した人が、京都市内でサテライトのようなものを、４か所開いてくれています。安定透析になればそこへ行って夜間透析で社会復帰するわけです。うちの患者さんで、43年の５月に透析を始めて10年と３か月という人が最も古く、あともう10年選手が５人、９年、８年と続き、みな仲よくやってますよ。

岩井　ふじみ会という患者さんの親睦の会がありまして、毎月会費を集め、10年たった、1,000回透析したという人にお祝をするわけです。皆でお祝をしてまんじゅうをくばるのです。

澤西　私には今日くれるらしいですよ。私の美容のためには悪いけれど。(笑い)

🍀　先生と患者さんは密着していらっしゃるようですね。

岩井　透析の患者さんはここで治療しますので、先生方との接触がいちばん長いわけですから。

澤西　話している時間も長いし、透析患者さんの場合には病気のことだけでなく、職業のことから家庭的なことまで相談される。そういうことがあるからよけい親しくなるんだろうと思います。

岩井　そして信頼感も出てくるんでしょうね。先生にきけない話は私のところにもってくる。私は患者と医者の兼業だから。(笑い)

社会復帰のための透析療法

🍀　治療のモットーといいますと……。

澤西　いい透析をしなければならないということです。なんのためかといえば、社会復帰するために透析療法をしているんだというのが、私たちの考えです。透析２回なら４日働けるじゃないかという人もいます。しかし、半病人で働くより、３回やっても、職場に出た日はフルに働いたほうがいいという考えでやっています。

そういう考えで、一つの線を引いているんです。できればBUN 80、クレアチニン15、この線以内で保てば、ほんとに合併症が少なくなります。カルシウムの代謝異常はほとんどありません。

🍀　カルシウムの代謝異常は起こりやすいようですが……。

澤西　少なくとも臨床症状としては起こらないと思います。現に起こっていません。うちの大上君がこれで学位論文を書いていますが、３年以上透析した98人のうち１人だけでした。なぜかというと、一つには脱イオン水を使っていること、もう一つは透析量の問題、それとキメ細かくやることです。すべての患者さんを同一の透析液で透析することじたいに問題があります。また採血のデータの検討を十分にやる必要もありますね。

岩井　採血というのは問題がありますが、それをやっておかないと、うまくいかないのです。それと、ここでいいことは、泌尿器科の先生、内科の先生、外科の先生、栄養士、みんなが出てきてやるから、抜けることが少ないのです。

澤西　チームワークがいいですね。みんな言いたいことを言っているけれども。(笑い)

岩井　今日もここで、看護婦、テクニシャンを交えて討論し、この患者さんについては、この次はこういう変更をしようということまでやっています。これがいちばんですね。

澤西　やはり医者だけでやっていたんではよくないですよ。

原　ほかの科でしたら、教授は一週間に一ぺんの回診だけど、ここではいつも医者の目があり、看護婦、技術士、栄養士の目がとどいているのです。問題があれば全員意見を出し、それに対して処置を考えていくのです。

澤西　腎不全になった患者さんが入院して、今度職場に帰ったとしても、まるまる働けるわけではありません。患者さんにとって病院にいる時間をいか

に短くしてやるか、そして早く職場に戻って、会社にでているかぎりは、まともによく働いているというふうにならなければならない。またそうなるようにしてあげたいと思っています。うちの患者さんはよく働きますよ。それにみな明るいですよね。このあいだから透析患者のハワイグループツアーを計画していますよ。

患者さんとのお話

いろいろお話を伺って、ほんとに患者さん一人一人について細やかな配慮がなされていることがわかりました。ダイヤライザーも患者さんによってかえておられるとか。またここの透析室

透　析　室

の特長は、20台からあるダイヤライザーの操作面が全部患者さんのほうに向けてあることです。8割ほどの人は自分で調整を行なっているそうです。そして患者さんには、一度使った紙の裏側を利用した自己管理ノートが渡されており、自分でデータを書き入れるようになっています。もうそれを10何冊持っておられる方もいました。

こういうキメ細かな透析療法のおかげで、10年に及ぶ患者さんが何人もおられるのだと、改めて思いました。ちょうど透析を終えられたばかりの、ふじみ会会長の安田さんはじめ5人の方がたにお話を伺いました。

自己管理ノート

	透析前	透析後
血圧		
脈はく		
体重		
HT		
BUN		
TP		
胸囲		
血流量		
その他		

私は9年半になります。外シャントを7年やりまして、澤西先生のお話では世界でいちばんいいデータだそうです。私は自分で透析をやっていますが、自分で針をさすので痛くないし、自分でやるのはいいですね。

澤西先生を囲んで

44年1月からです。自己管理ノートがずいぶんたまりました。子ども2人にヨメハンが1人です。正月になると毎年、この一年いけますように……と。ここでは自分にあった透析、いちばん楽な透析がやられていると思います。古くからやっている人でも、やり方は全部違います。食べ物には別に不自由は感じません。水はそんなに飲みませんけれど、飲みすぎないように気をつけています。

私は43年の10月から。不動産の測量関係の仕事をしています。暑い時はあまり……。その時期はこまかい仕事をしています。

51年の10月から。私はまだ日が浅いけど、現実に10年生きている人が目の前におられるので、なによりも励みになります。私はまだ食事の問題がうまくいきませんが、ほかの人が透析中に話しておられるのを聞いて、参考にしています。

ほとんどのものが食べられるけれど、やはり水には苦労しますね。夏のほうがコントロールしやすいです。少少飲んでも汗に出てしまうから。冬はコーヒーは飲めないけど、夏は飲めます。水については秋ぐちの2週間がしんどいですね。食事については自分で押えているという気は全然ありません。

なにか趣味を持つのがいいと思い菊づくりに3年ほど前からこっています。

車に乗って走るのも気持ちがいい。

自然に触れるのはいいですね。私はつりが好きで、日本海へつりに行ってきました。

つり、熱帯魚、ステレオ、将棋、いろんなことをやりました。今は仕事関係の本を一生懸命に読んでいます。

腎センターを訪ねていつも感じることではありますが、皆さんがとっても明るくて、一日一日を大事に、充実した日日を送っていることです。多くの悩みや苦しみを乗り越えて、今日の生活を取りもどしたものと思います。こんごとも一層のご精進をお願いいたします。　　（取材者　**田川三津子**）

〈次回は 国立佐倉療養所 の予定です〉

東南アジアの腎センター訪問記

東京女子医科大学腎センター　太田和夫

コケコッコー、コケコッコーと遠くから聞こえてくる鶏の声に眼をさまし、カーテンを開けると東の空はもう明るくなってきておりますが、足もとには赤茶けた屋根瓦でふいた家家が朝もやの中にまだ沈んでおります。赤道を越えて南へ約600キロ、インドネシアの首都ジャカルタの朝です。

この国の腎臓学会の理事長をしているシダブタール先生から「インドネシアで腎移植を進めていきたいのだが、われわれはまったく経験がないので来て手術をして欲しい」という依頼を受け、急きょ手術に必要な器材をもって、昨夕ジャカルタにやってきました。

本来ならば月の後半が望ましいと思ったのですが、13日は最悪の日だから手術は避けたほうがよいとか、金曜日は半日だとか、いろいろ習慣や宗教上の問題があり、こちらも他のスケジュールがつまっているので、やむをえず10月2日に日本を立って手術を行ない、10月6日にマニラ、香港を経由して帰途につくという急がしい予定を立てて出発しました。ところが着いてみると、ついでにもうひとり移植をして欲しいという希望があり、しかたがないので計画を変更し、マニラ、香港に約束変更の電話を入れたりして大変でしたが、日本の会社の駐在員の方が親切にいろいろと手配をしてくれたので大助かりでした。

さて第1日目の仕事は腎センターの訪問と明日の手術の打ち合わせです。まず最初にインドネシア大学の付属病院の一つであるゼネラルホスピタルに行き透析の施設を見せてもらいました。私は3年前にここを訪れたことがあるので大体の様子はわかっていましたが、シダブタール先生に通訳してもらって現在の様子を主任看護婦のエリーさんに聞いてみました。それによりますと、この施設は医師が6名、看護婦が10名それに1名のテクニシャンがいて運営されているとのことです。普通は朝9時からスタートして3時ごろ終了しますが、器械が6台しかなく患者は20名ぐらいいるので、1日2回転することも少なくないようです。（写真1）

人工腎臓はトラベノール社製のコイルやコルディス社製のホローファイバーを使用しておりますが、経費の関係で週2回の透析をし、ホローファイバーなどは3回ぐらい再生して使用し、なるべく安くすむように気を付けているとのことです。それでも費用は全部自費なのでごく限られた人しか透析を受けられず、生命をつなぐためにはどうしても移植を進めていかなければならないわけです。今度移植する患者も経済的な問題があって早く手術をしなければならないのだそうで、「このような人たちを救っていくためにわれわれは今度のインドネシアにおける最初の腎移植をぜひ成功させたい、そのためにお前を呼んだのだ」といわれ、こちらとしては今さらのように肩の荷の重さを感じました。

写真1　ゼネラルホスピタルの透析風景

シダブタール先生はスマトラ島の出身、小柄ですが、なかなか頭は緻密でしかも実行力のある人です。彼は私の行動のスケジュールを作ってくれました。インドネシア滞在中はこのスケジュールにのって動くことになります。

はじめに医学部長や内科、外科の主任教授たちにあいさつして回りました。内科主任のウトヨスカトン教授に英語で話をしていたら日本語の返事が帰ってきたのにはびっくりしました。彼は戦争中に日本に留学し、京大を卒業したのだそうです。

儀礼的な訪問はともかくとして、まず患者さんや提供者の方を診察したり、医者に拒絶反応発見のポイントを教えたり、看護婦さんたちと一緒になって手術に必要な道具のセットを作って今日のうちに消毒しておかなければならないなど、本日は多忙です。私もこれがなければどうしても移植の手術ができないという必要最少限の器械は日本から持ってきたのですが、こちらにはどういう手術道具があるのか皆目見当がつかないので多少心配でした。しかし出された器械類はかなり古いものが多いとはいうものの、どうやら使えそうなのでひと安心しました。(写真２)

写真２　手術場で器械をそろえる
(左側はサントソ先生)

やれやれこれで器械の準備ができたと一息つくと、今度は言葉のことが心配になりだしました。看護婦さんには当然のことながらインドネシア語しか通じません。ところが私の知っているインドネシア語といえば子どものころ現地から復員してきた人に教えてもらった「インドネシアでは“人”はオランで“飯”はナシ、“魚”はイカンで、“菓子”はクエ」というまるで冗談みたいな言葉と世界的に通用しているタブーという言葉、それに専門にやっている腎臓のことをジンジョー(jinjal)ということぐらいですから、さあどうなることかというわけです。しかしとにかく手術で使う言葉なら10か15ぐらいの単語で何とかなる、いっそのこと日本語で教えてしまったほうが手っ取り早いと考えて、看護婦さんを集めて即席日本語講座です。「これガーゼ、ガーゼ」、「これハサミ、ハサミ」といった調子でひととおり必要な器械の名前を教えて、これであしたは何とかなると思い夕暮れの道をホテルに帰りました。

さて今日は腎移植です。腹が減ってはいくさができぬと朝食のとき大きなパパイヤを腹につめ込み、ブーゲンビリアやハイビスカスの咲く道を通って病院に向いました。

今日手術する患者さんはフレデイさんという28歳の中国系のインドネシア人で、妹さんが提供しようというのです。妹さんは26歳で未婚なのが気になりましたが、組織適合性はAマッチで一番よい組み合わせです。

手術室は提供者の方がウィンドクーラーが一つしかない部屋で、ちょっと条件が悪いのですが、郷に入らば郷に従えというわけで先方が準備してくれたように手術を行なうことにしました。

移植の患者さんは免疫反応をおさえるため細菌感染に対する抵抗力が減弱していまいます。そこで手術はできるだけ清潔に行なう必要があり、手術室にはよけいな人ははいらないようにするのがたてまえですが、とにかくこの国における第1例目とあって手術の見学者ばかりではなく報道関係者もはいってきてテレビをとっているので、人いきれとライトの熱とで狭い手術室は蒸し風呂のようです。しかし、こちらは一応お客さんなのであまり文句を言うわけにもいかず手術を進めました。移植の手術は取るほうと植えるほうと２チームに分かれて手術をしますが、私はまず取る手術をやりながら、植えるほうの手術室に行ってあれこれ指示をし、また帰ってきては取る手術を続行するという一人二役をやって、どうやら左の腎臓を剔出できたので、これをもって植えるほうのチームに加わりました。

腎移植は取るほうも植えるほうも２～３時間の手術なのですが、なにしろ助手をしてくれる人にとってはみんな初めての手術であり、こちらも相手の力量がわからないので、手術には大分時間がかかってしまいました。おまけにあらかじめ教えておいた日本語があまり通じないので、最初のうちは助手をしてくれたサダトウン先生に私が英語でいい、それをインドネシア語で看護婦さんに伝えてもらうというまどろっこしさがありましたが、何回かそれをやっているうちにこちらがインドネシ

ア語を覚えてしまい、ハース(ガーゼ)とかグンティン(ハサミ)などといつの間にかインドネシア語で手術を続けていました。それでも足台の高さの加減だとか、光の焦点を手術野に集めるときなどはゼスチュアでやってみせるよりしかたがなく、背のびをしてみせたり光を手で集めるかっこうをしてみせたり、一汗かきました。

しかしともかく提供者から腎臓をとり出しこれを灌流して冷し、患者に移植することができました。4℃に冷すように頼んでおいた灌流液が肌に気味いい程度にしか冷えていなかったのにはいささかあわてましたが、とにかく無事、腎臓の動、静脈を患者の骨盤にある動、静脈と吻合し、尿管を膀胱に植え込んでやれやれといったところです。(写真3)

写真3　血管をつなぎ終わって尿管より尿の出るのを見守っているところ

移植の手術が終わってメスシリンダーの中に滴下してくる尿をながめているのは、腎移植で苦労した外科医のみが知っている楽しみで、精神的な緊張感から解放されて、何ともいえないのんびりした気分が味わえます。皆、裸足で手術室の床の上にあぐらをかき、車座になって1時間あたり何ccぐらい出るか当てっこをしました。こういう感じはやはり東洋人として共通の感覚があり、こちらも昔のことを思い出しガキ大将になったような感じで楽しい一時をもちました。

あれやこれやと嵐のような一日でしたが、先に手術が終わった提供者の様子をみたり、必要な術後の指示を説明したりして、外へ出ると夕映えが静かに一日を終わらせようとしているところでした。

ジャカルタは3年前に来たときと比べて大分きれいになりました。街灯もふえて、夜の町を車で飛ばすと夜風が肌に心地よく感じられます。食事をしながら町の光を見おろし、インドネシアの歌手が舌たらずの日本語で歌っている“瀬戸の花嫁”などを聞いているとひとしきり親しさが湧いてきます。

さて翌日です。今日はインドネシア大学のゼネラルホスピタルに行って昨日の患者さんをみると同時に、チキニ病院というキリスト教系の私立病院へ行って第2例目の手術の相談をしなければなりません。インドネシアでは1日の仕事が普通は午後2時に終わってしまうので、朝7時にホテルを後にしました。

ゼネラルホスピタルは大学の付属病院といっても日本とはずいぶん感じが違っていて、平屋が廊下でつながれ、その間に中庭をはさんで広がっています。昨日の患者さんは尿の出かたも順調で、ひとまず安心し、看護婦さんたちと一緒に記念写真をとったりして、チキニ病院へ向いました。(写真4・5)

写真4　ゼネラルホスピタルの中庭　プルメリアの花が咲いている

写真5　ゼネラルホスピタルのナースステーション

チキニ病院はこの国を400年にわたって統治していたオランダの影響が残っている病院で、広い庭には鹿が遊び、やしの並木を前景に配した病院はまるで教会みたいな感じです。(写真6)

写真6　鹿の遊ぶチキニ病院

この病院で手術を予定されている患者さんはアンポン系のインドネシア人で33歳、腎臓を提供してくれる母親は48歳です。この国は兄弟の数は多いし

早くから子どもを作るので組織の適合性のよい兄弟をえやすく、また子どもの年齢の割に親が若いので移植には好都合な条件を備えています。日本では腎不全の最も大きな原因として慢性腎炎があげられ、これが透析患者全体の7～8割を占めておりますが、この国では腎、尿路の結石が多く、腎不全の大きな原因となっているそうです。極端な場合は生まれたばかりの乳児でもすでに大きな膀胱結石などをもっているというのですから驚きます。

話が横道にそれてしまいましたが、この病院ではまた手術にタッチする医師や看護婦さんが変わるので、再び1から教育のやり直しです。しかしもう日本語はあきらめて、覚えたばかりのインドネシア語で何とかやることに決めました。

昨日の体験を生かして、いろいろと細かい注意点をメモして渡し、手術場で器械のセットを組んでひとまず今日の予定は終了、外でスタッフと記念写真をとったりしてホテルに帰り、ひと休みしてから日本の駐在員の方と一緒に食事に出かけました。同行してくれた方は元日本の兵士で、終戦後インドネシア軍と一緒になってインドネシア独立戦争を戦い抜き、インドネシア人と結婚し、いま日本人と現地の人との間に立って潤滑油のような働きをしているとのことです。

3日目の朝もまたもやの中に明けました。体の調子もいいようです。シダブタール先生に迎えられ、今日もうまくいけばいいがと思いながらチキニ病院へと急ぎました。

チキニ病院の手術室は古めかしいものですが床は本物の大理石で、時代の重みを感じさせます。今度の手術チームは2、3の人が共通なうえに、インドネシア指折りの手術の名手といわれるサントソ先生が一昨日の私の手術をみており、今日は助手をつとめてくださるので前回に比べると手術ははるかに手早く進み、10時ごろには移植の準備が整ってしまいました。腎臓をもらう側の手術は今度はオランダで血管外科の勉強をしてきた若手のヨコラハルジョ先生に任せ、手術は快調のペースで終わるかに見えましたが、いざ腎臓を取って灌流をすませ、静脈をつないで、さて動脈を切ってつなごうとしたところ、驚いたことにつなぐ予定だった患者さんの内腸骨動脈は動脈硬化のためほとんど閉塞してしまっているのです。仕方がないので厚くなった内膜を切りとって内腔を拡げてつなごうかとちょっといじってみましたが、結局このような姑息的なことをやってもだめではないかと考え直し、足のほうにいく外腸骨動脈を剝離し、ここに側孔をあけて腎動脈をつなぎました。そんなことをして少し腎臓の血流遮断時間がのびてしまったので、尿が一時的に出なくなってしまうのではないかと心配しましたが、30分ほどたってから尿が少しずつ出るようになり、ほっと安堵の胸をなでおろしました。

インドネシアでの手術は言葉をはじめいろいろと設備や道具の面で大変でしたが、日本では味わえないようなデラックスな経験もしました。なにしろ手術の器械出しの看護婦さんが4人もついてくれたのです。看護婦不足で医者が看護婦の代わりをしなければならない日本の大学病院などでは考えられないことですが、さすがここは奥さんを4人までもてる回教徒の国と変なところで感心したりもしました。いずれにしても平等に愛さなければいけないという話をきいておりましたので、ひとりずつ交替に針糸を出してもらっては手術を進めていきました。

よけいなことを話していてかんじんなことを忘れてしまいました。チキニ病院の透析室です。ここはインドネシア最大の透析センターで、5名の医師、20名の看護婦、1名のテクニシャンで運営されております。看護婦の主任はホルマウリさんですが、使っているダイアライザーは90%がホローファイバーで、この病院では比較的経済的に恵まれている人が多いので再生はしていないそうです。(写真7)

写真7　チキニ病院の透析室風景
ホローファイバーを用いている

インドネシアの食事は米飯の上に野菜や魚などの煮たのをのせ、スプーンとフォークでかきまぜながら食べてしまう料理で、中国からタイ、シンガポール、インドネシアへと食べてくると中国料理的な色彩が次第に弱くなり、

ポリネシア的な感じが強くなってきます。食塩は普通の食事で6ｇぐらいですが、気温が高いのでどうしても水分の摂取量が多くなりすぎ、体重がふえてしまうのが問題のようです。一方、開発途上国に共通の問題としてタン白の摂取量が非常に少なく、大部分のカロリーはでん粉質でとっております。日本でいうカッパエビセンみたいなものも古くから主食として食べられているのには驚きました。（写真８）

写真８　代表的なインドネシアの食事

この国では透析の施設は東部ジャワのスラバヤなどを含めて5か所ぐらいとのことで、その恩恵を受けられるのはごく一部の人に限られているようです。

インドネシアを去る日は２人の患者さんの経過をきき、朝の光のまぶしいハリム空港を後にし香港へと向いました。

香港――よくもこんな狭いところにと思うほどビルが林立している街です。空港には私たちの施設で透析に導入し、現在香港で透析を継続しているＤ夫人のご主人が迎えに出てくれておりました。Ｄ氏は中国人ですが日本にいたこともあり、日本語もかなり達者です。

香港の透析施設は政府が治療費を負担している公立病院に属するものと、私費患者のみを扱っている私立病院の運営しているものと２種類あり、公立病院では最近透析に要する費用が財政を圧迫するようになってきたため移植を積極的に推進することになり、公費で透析を受ける人は機会があれば必ず移植を受けますという誓約書を書かないと透析が受けられないことになっているとのことでした。

公的な病院はあまり設備がよくないということでしたが、私の訪問した港安医院は丘の上に建つ円柱型のスマートな病院で、内部の設備などもなかなか立派です。ここはオープンシステムで、それぞれの開業している医師が自分の患者をここに連れてきて透析するわけです。（写真９・10）

写真９　香港の港安医院　円筒形の立派な病院

写真10　港安医院のナースステーション

Ｄ夫人の主治医はクー先生、背の高いハンサムな外科医で、アメリカ、カナダなどで勉強して移植の手術なども手がけているとのことでした。しかし香港では症例数はあまり多くなく、遺体腎移植も提供者がなかなかえられないため思うように進まないようです。

夜は宝石を散りばめたような夜景を楽しみながら九龍に渡り、中国大陸より直輸入でシーズンが始まったばかりの杭州の蟹をつつきながらＤ氏と香港のかかえている問題を語り合いました。

翌日は快晴でした。今日は羽田に帰り、その足で医局旅行に合流しなければなりません。うまく指定券を買った列車に接続できるよう日本に帰ってからのスケジュールを頭に描きながら香港を後にしました。

（53・5・20受理）

透析医療をささえる人びと〈その6〉

ソーシャルワーカー

と　き

昭和53年7月15日(土)

午後3時～7時

ところ

経団連会館1103号会議室

出席者

太田和宏(司会)	名古屋クリニック
青木智子	北里大学病院
堀川幹夫	京都南病院
星野雅代	中京病院
小木美穂子	名古屋クリニック
清水　清	札幌北クリニック
富永礼子	虎の門病院分院

はじめに

司会(太田)　「腎不全を生きる」という雑誌が発刊されてからもう5年になりますが、この雑誌は腎臓病の皆さんが少しでも明るい生活ができるように、その助けになりたい、また患者さんたちと一緒になって明るい透析を目指していくにはどうしたらいいかというようなことをみんなで考えてみようということで生まれたのです。

太田先生(司会)

本日は、日ごろから腎臓病障害者の方たちのよき相談相手として活躍されているソーシャル(ケース)ワーカーの皆さんにお集まりいただきました。

それでは、皆さんの自己紹介と自分の背景などを簡単にお話していただきたいと思います。

施設の背景

富永　私が勤務しておりますのは虎の門病院分院で、ソーシャルワーカーはひとりです。部署の名前は心理社会部といい、臨床心理士とふたりで仕事をしております。本院は虎の門にありますが、本院も臨床心理士１名、ソーシャルワーカー１名が配属されています。

富永さん

司会　臨床心理士というのは心理学を専攻された方ですね。

富永　そうです。クリニカルサイコロジストです。虎の門病院は総合病院として、本院と分院は機能分担しております。分院のほうは慢性疾患回復期医療センターと銘打っておりまして、慢性期の治療、長期入院治療が必要な方の医療を行なっております。それも社会復帰を目標にしておりまして、外来はございません。腎センターに関しましては、現在の設備は同時透析24名で患者数は67名です。それに昭和51年７月から総合高津中央病院に20名の透析の患者さんをお願いしています。

清水　私が勤務している札幌北クリニックは、49年12月に診療所の資格で設立された施設であります。現在医師が５名、看護婦９名で、夜勤の場合には３名の非常勤の方が別におります。栄養士２名、調理士２名、それに医療事務員と薬剤師、そしてソーシャルワーカーというスタッフからなっています。受療者は男子が昼間18名、準夜19名で、女子は18名、計55名です。私のところは全員の患者さんにソーシャルワーカーが初めから対応するシステムです。

清水さん

小木　名古屋クリニックは46年７月の開院で、その当時はサテライトセンターとして発足したのですが、ここ２～３年前から中央センターとしての役割を持つようになっています。現在は、透析患者さんだけではなく、慢性腎炎の方とかネフローゼの方などを対象にした外来もやっております。ソーシャルワーカーは48年からは２名ですが、それ以前は１名でした。患者さんは現在家庭透析を含め

小木さん

医療ソーシャル（ケース）ワーカーとは

私たち人間は、いったん病気などの事故にあうと身体の苦痛とともに、精神的にも弱くなり、必要以上に病気を心配し、医療を受けることを拒んだり、あるいは病院を転転と変えてみたり、また病気が長びけば取り越し苦労が多くなり、家族の人間関係が悪くなったり、医療費がかさんで正しい療養生活を送ることができないことがあります。このような状態にあるとき、患者さんの立場に立って真剣に相談に応じ、患者さんのもっている問題はなんであるかを明らかにし、その問題を患者、家族と一緒になって解決していく「人」を医療社会事業従事者または医療ソーシャルワーカー（medical social worker，略してＭＳＷ）といいます。

最近の医療は、健康の増進から診断、治療、リハビリテーションを含めた広い範囲におよんでいます。そこでソーシャルワーカーは、医療チームの一員として、医療における福祉の担い手として活動するものです。特に人工腎臓による血液透析は、患者さんの社会復帰を前提としておりますので、医療、社会問題の解決にかかわるソーシャルワーカーの参加はきわめて意義のあることです。

しかし、残念なことはソーシャルワーカーの資格がまだ制度化（身分法、必置制）されていないことです。このことはソーシャルワーカーの活動を著しく阻害しています。私たちは、早急に制度化されるようソーシャルワーカーの団体である日本医療社会事業協会を中心にいまその運動を展開しています。

（医療ソーシャルワーカー　清水　清）

ますと180名ちょっとです。

星野　私のいる中京病院は、全国社会保険協会連合会という団体の傘下にある病院で、630床ほどの一般総合病院ですが、愛知県下では割合に早くから透析医療に取り組み、今年で10年目にはいりました。ソーシャルワーカーは3名で、医療社会事業室という部に所属しています。

堀川　私のところは普通の医療法人の総合病院です。ベッド数は228で、中規模程度です。外来患者さんが1日約800名です。私の所属は医療社会事業部という部ですが、部屋の前には「相談室」という看板を掲げていますので病院の中では相談室でとおっています。ソーシャルワーカーは常勤2名、非常勤1名の3名で、透析患者さんは42名で、ベッド数は22です。私のところは44年11月から透析を開始しましたが、透析をする患者さんについては社会事業部を全員が通る形ですから、清水さんのところと大体同じシステムでやっております。

青木　北里大学病院は、ちょうど開院以来7年になります。神奈川県の東京に近いところに位置しておりますので、神奈川県、東京都の一部が診療圏の中心ですが、大学病院の性格からか全国から患者さんが来られます。腎センターは泌尿器科、内科、小児科と外来者を含めて大体30名おります。医療相談室は定員3名ですが、現在は2名です。ベッド数が800、外来が1500名という大変忙しいところで働いております。腎センターは、導入期の患者さんが中心です。ですから私たちは非常に初期の、短い時期に集中的に患者さんとかかわりを持つのが特徴かと思います。

青木さん

総合病院の相談室

司会　大体透析だけやっているところと、総合病院の中の一部門と、それから透析が主でそのほかも少しやっているといったところからソーシャルワーカーの皆さんがみえているわけですが、当然ながら透析医療のソーシャルワーカーが占める比率もずいぶん違っていると思います。それぞれがいわゆる相談室をお持ちのわけですが、そういうところで大体どんなことが主になっていて、その中で透析医療はどのぐらいなところに位置づけられているかをお話していただきたいと思います。特にいわゆる透析を主にしていないところの皆さんにお伺いしたいわけですが、富永さんいかがですか。

富永　私はソーシャルワーカーになってから1年半ですが、一応その場ですぐ済むようなケースを除いて、ファイルをつくるようなケースはこの1年半で、201ケースありました。そのうちで透析の患者さんは35ケースでした。内容は分院の特色をよく反映しておりまして、一応社会復帰、家庭復帰への方向づけと、心理社会的な援助につながるものが多いわけです。そこにはもちろん経済的な問題、中には緊急性のある医療費とか生活費の問題もあります。それに現職復帰や新しい仕事を見つけられる方のために、訓練所などの各種の機関に橋渡しするといった仕事があります。いったん病気などの支障が起きますと、本人も家族もまた職場もいろいろな関係が変動するものですから、そういった変動を適確にとらえケアしなければなりません。

司会　富永さんのところでは心理社会部という特別な感じがするとらえ方をしており、臨床心理士とソーシャルワーカーが組んで仕事をしているわけですね。星野さんのところはいかがですか。

星野　総合病院ですので全科にわたって相談室が利用されております。大体月に少ない時で150ケース、多い時で200ぐらいありますから、1日平均6～8人が私の部屋に相談に来られます。多いのは医療費や生活費などのいわゆる経済的問題と社会復帰をする上での資源の利用についての相談です。透析医療についての相談件数は30%ぐらいを占めております。

星野さん

司会　割合に多いですね。

星野　それは9年前のかなり初期のころからあまり変わらない率です。といいますのは今40数名が透析を受けておられますが、人数的には初期のころとあまり変わっていないし……。

司会　ただ中京病院のほかとの違いは、透析患者さんが非常に移動するという

ことでしょうね。

星野　そうですね。導入期の人が多いということと、中央腎センターとしての役割を明示しているものですから、シャントトラブルとか他の疾患の治療とか、合併症の治療とかいうことで、サテライトから紹介されてきて、入院、転院というようなケースがやはり多いです。それから先日調べてみましたが、42名のうち18名が入院です。これもちょっと私の病院の特徴かと思います。

司会　堀川さんのところではいかがですか。

堀川　ケース全体で250～300ぐらいですね。その中で透析の患者さんは42名です。普通の患者さんだとポンと一度の相談で切れてしまうこともありますが、透析の患者さんはずうっと継続していくというのが一つの特徴です。それから私のところは一般的に生活保護法でみている患者さんとか、日雇健康保険の患者さん、また老人の方が割合に多いのですが、透析患者さんに関しては逆に、普通の健保とか家族の方が多くなっています。

堀川さん

司会　青木さんのところはいかがですか。

青木　星野さんのところと共通する点が非常に多いように思います。センター病院としての性格というのが非常にはっきりしておりますので、短期の接触で終わる人が90%です。逆に合併症とかサテライトではどうにもならない患者さん、これはまた長期化するわけです。そういうことで、動きの早い中でのサービスですから初期の医療費助成制度とか、身障手帳の申請といったところで終わってしまうケースが圧倒的です。透析について相談室の利用割合は15%ぐらいかと思います。

相談の実際

司会　今までのお話の中で、総合病院またはいろいろの科を持った病院でも私が予想していた以上に透析患者さんが相談室を利用しているような気がするわけです。では具体的にどういったことが相談室へ持ち込まれているのですか。

清水　これは二つに分けられると思うんです。一つは透析医療というのは、一般医療と違って私どもソーシャルワーカーである程度のおぜん立てができるわけです。たとえば最初に医療費の問題がありますから入院の医療費はどうだとか、次は障害認定の問題とか、いろいろかかわってまいりますので、できるだけ将来を予測して必要な項目を初めにやってしまうということです。次には、患者さんと長い付き合いをしておりますと、どういう問題はどこにもって行ったらいいかということを自分で判断してくるわけですね。たとえば離婚の問題にひとつ遭遇しますと、そういう種類の問題が持ち込まれるようになります。

司会　そうすると、初期の場合はほとんど社会資源に関する相談ですね。しかしまた離婚というような個人的な問題にもかかわってくるということですね。富永さんのところは？

富永　透析の患者さんは安定期にはいるまでいろいろ段階がありますが、各段階によって相談内容が変わってきます。それで一応先輩たちの考え方を踏襲しておりますので申し上げますと、第1段階というのは本人が医師から「透析が必要です」といわれたり、あるいはまだ本人には知らされていない段階、次が導入期、3番目は透析にひとまず慣れて外出や外泊が可能となる時期、そして第4期が外来透析の時期、このへんで一応医療目的が達成されるわけですが、第5期は透析にも慣れて、余裕を感じて生活をエンジョイできるような安定期というふうに段階を分けています。第1段階では本人と家族の内面的な不安が強く、絶望感とか死への恐怖、不安という問題が多く、第2期には職業問題、家庭生活などの問題が特に強調されて出てきます。それで職業上では勤務体制の変化とか、失職したりまたは新しい職についたりして境遇の変化を体験したりするわけです。家庭生活の面では役割の変化などがあって本人は非常に孤独感に陥ることもあります。新しい役割をお互いに演じなければならなくなるわけですから、家族にとっては非常に負担になったり、本人も不安を増したりします。家族の協力があれば本人は安定し、自己管理もスムーズになります。第3期には、慣れてきますので医療スタッフとの問題が起きてきます。患者さんの希望と医療スタッフの提供する医療サービスの内容が食い違った場合に起こる問題があります。第4期には特に職業と健

康管理が問題になってきます。

社会福祉資源の利用

司会　富永さんから各段階における問題点のお話がありましたが、これはどなたもほとんど同じご意見かと思います。それから、いわゆる医療福祉資源に対して初期および社会問題が起きた時に対処するということ、これがおもな仕事であるということも皆さんのところと同じかと思います。

いまお話のあったような患者さんの問題はたくさんあるのですが、それでもまだソーシャルワーカーがいない医療施設が全国にたくさんあります。そこで社会福祉資源の利用という点で、具体的に障害者の身になって、こういうケースがあってそれに対してこうしたという例を踏まえながらお話していただきたいと思いますが、星野さんいかがですか。

星野　47年10月1日に身体障害者福祉法が適用されるようになったのですが、これは透析医療の歴史の中でかなり大きな出来事だったと思います。それまでは、医療費が非常に高額だということで、家庭騒動があったり、生かすか殺すかというような話し合いが真剣にされていたのです。身体障害者福祉法の適用によって、医療費の公費負担制度が受けられるようになりましたのでまずその申請をします。これはほとんどの皆さんが利用なさっています。

司会　基幹病院の患者さんはずいぶん変わるわけですね。特に中京病院の場合は途中から合併症で来られる患者さんが多いのですが、ほかの施設から来られた方が相談にみえたときに、あなたの印象として、透析医療に対しては社会福祉資源といわれるものはまず落ち度なくふりまかれていると思われますか。

星野　総体的にみれば、みんな身体障害者手帳を受けていたり、更生年金を申請していて制度の活用はみられます。しかしソーシャルワーカーのいないところにいた患者さんの中には、中京病院に来てこの機会にということで相談にみえたり、ソーシャルワーカーのいないところから電話をかけてきたり、わざわざ相談に来られたりということがありますので、十分に活用されているとはどうも……。

司会　京都地方はいかがですか。

堀川　透析医療施設のうちでソーシャルワーカーのいるところは3分の1ぐらいかと思います。ソーシャルワーカーがいてもあまり活用されないところもありますから、必ずしもソーシャルワーカーや社会事業部があっても透析のほうへソーシャルワーカーがかみ込んでいない総合病院もあるんじゃないでしょうか。透析の患者さんについての社会資源はどうかということですがこれはほかの障害に比べるとかなり条件はいいと思います。普通身体障害者の場合ですと、1級は寝たきりで介助の必要な人ですが、透析の患者さんの場合は1級でもピンピンして働いている。社会資源は一般的に見れば患者さんにとっても使える内容がかなりあるので、どんどん利用してもらうことが、日本の社会福祉のためにも必要だと思います。先生がおっしゃったようになるべく知らさないようにしようとか、いざ使う場合にどのように使ったらいいのかわからないのでは困ります。どんどん相談室に来ていただきたいと思います。

司会　ほかの病院の患者さんが堀川さんの相談室に見えることは多多ありますか。

堀川　多くはありませんがいわゆる患者さんの友の会のような組織がありまして、そこを通じて話が来るとか、また難病連といったところの生活相談をやる場所に私たちが出て行って、相談にのるといった機会もつくったりしています。

司会　北海道はいかがですか。

清水　きわめて残念ですが、透析に限って申しあげますと、ほとんどないといっていいと思います。私考えますのに、このむずかしい福祉制度を国民が平等に扱えるということは考えられないわけです。現在医療費というのは透析医療については前よりも何パーセントか減額されました。そのように福祉も狭められてくるということを私どもは非常に心配するわけです。それから患者さんの側にしても、身体障害者の更生医療といったようなことが行政的に手当てされてきておりますが、北海道にはいま重症障害者の医療がありまして、これは社会保険の自己負担分ということになっているのです。ですから何も更生医療に行って自己負担をつけられなくてもまっすぐ障を扱えばいいわけです。そのへんの選択を患者さん自身に求めることがなかなかむずかしいのです。

それからまた年金のようなものも、社会復帰を目的とした透析医療とすれば、その年金をどう活用して自分の生活設計をするかといった場合、せっかく持っている条件を失ってしまったり、あるいは誤って資格を喪失したり、自分の権利を放棄してしまうことがあります。ですから私は、ソーシャルワーカーのいる施設の患者さんの声をもう少し収録するような機関を期待したいと思います。たとえば体験記のようなものでもどんどん出していただきたいと思います。

オープンな相談室

司会　いま清水さんから、患者さんの意見を収録して体験記のようなものをというお話がありましたし、京都の堀川さんのところでは、患者さんのサイドまで出かけて行って積極的に活動をしておられるということですが、私からみても、自分が病気になったら果たして社会福祉資源を使えるかどうか、疑問を持っています。多分患者さんだって皆そうなんだと思います。

現実にはソーシャルワーカーを置いていない病院のほうが圧倒的に多いわけですね。これだけ普及してきた透析医療においてすら、十分に社会福祉資源を使っていないとするならば、ほかの疾患についてはなおさらのことと思います。皆さんの相談室というのは、相談室単独で外部に対してオープンになっているんでしょうか。それともあくまでも院内だけでしょうか。

富永　東京とか神奈川であればいろいろソーシャルワーカーがいますから外部の方からの相談ということは少ないようです。

小木　私どもの病院にいて、それからよそへ転院された方で転院先にソーシャルワーカーがいない場合には、割合に利用度が高いということはあります。それからソーシャルワーカーのいない医療機関の方からも電話でよく相談してきます。また先ほど話が出ましたが、愛知県の場合、私たちの仲間で8医療機関の者がグループ学習していますが、そこのメンバーでたとえば、友の会などから要請があると出かけて行って、社会資源のことなどについて質疑応答をする機会もあります。

司会　この間私、チラッと見せていただいたのですが、ソーシャルワーカーのいる病院のリストなどを発行していますね。あれは一般の人にも大いに、ソーシャルワーカーを使ってくださいという意思のあらわれじゃないかと思って伺っておったんですが……。

小木　そうですね。一つにはＰＲ不足があって、実際に利用したい人がいても利用できないでいることを考えてガイドブックをつくり、どこの病院には何という名前のソーシャルワーカーがいるので利用してくださいというようなことをＰＲしようというようなことで……。

司会　北里大学ではどうですか。やはり院内だけで手いっぱいですか。

青木　現実にはそうですが、外来、入院に関係のない患者さんや家族が電話や直接来られて相談されるのはかなりあります。それから地域の関係機関、たとえば福祉事務所とか児童相談所などからの相談もあります。また堀川さんがおっしゃったように、まれにですが、患者会との交流会をもっていろいろ情報交換したりします。そしてそういう催しには積極的に参加するように心がけております。

司会　北海道では誰にでも相談にのり、教えてあげるということですか。

清水　そのとおりです。

司会　ソーシャルワーカーというのは、かなりオープンにも活躍できる部署だと思います。少し規模のある透析施設をお持ちの病院だったらぜひソーシャルワーカーを導入して患者さんの相談相手になっていただきたいと思います。またいまソーシャルワーカーを抱えている病院の院長先生は心を広く、自分のところで給料を出しているけれども、広く誰にでも相談に応じることができるような体制をとっていただきたいと、この席をかりてお願いいたします。

今日ご出席の方たちは大体東海道ベルト地帯の方ですが、地方によってはまだまだ社会福祉資源の利用度は低いんじゃないかという感じがします。ソーシャルワーカーの重要性をもっと強調しておきたいわけなんです。

次に今度は社会福祉資源とは全く関係がないようなケースを取り上げてみたいと思います。さきほど清水さんが離婚問題や家庭内の問題が持ち込まれるとおっしゃいましたが、つき合いが長くなれば当然そうなるし、また富永さんのほうでも第1期、第2期とずうっと期が進んでくると社会の不適応、それから家庭問題が多くなるということを話されました。富永さんのところ

では臨床心理士と役割分担みたいなものをしているわけですか。

富永　一応役割分担はしております。重複するところは両方で話し合って決めておりますが、ただ心理検査とか心理療法が必要なケースであると考えましたら、家庭問題などは私が、本人に対するケアは臨床心理士というようにいたします。

司会　具体的に、こういうケアをしてみたらどうだったというケースがありますか。

富永　たとえば未婚の女性で両親と一緒に住んでいて、家事はお母さんがなさって、本人は職業を持たずにぶらぶらしていて自己管理が悪くなったケースの場合、初めから性格障害があったのかもしれませんが、自己管理を安定させるような方向にケアしたいと思って、臨床心理士と一緒にアプローチしましたが、ケースが多いもんですから長い時間をかけて定期的にケアを行なうところまでもっていけませんでした。

司会　そういう時には、臨床心理士とコンタクトしながら方向づけをしていくのですか。

富永　このケースはどういうふうにもっていくのがいいのかを話し合いますが、なかなか本人のもっている力を引き出せなかったりします。

司会　堀川さんのところでそういう家庭内の問題が持ち込まれた時は、どのように対処しているのですか。

堀川　これはというケースはなかなか少ないのですが、たとえばひょっとしたら嫁さんと別れるかも知れないという話が出てきて、理由を聞いたら、あまり見舞にも来てくれないし、子どもがいるからそちらが中心で、このままでは自分もだめになってしまうからまあ仕方がないかなということです。しかし、よくよく聞いてみると、それは決して自分の望んでいる姿ではなくて、いまの透析の状態からみて、そのような消極的な気持ちを持つようになってしまったのです。それで本人と奥さんの話し合いの糸口が切れているんです。そういう場合は、本人には、こういうリハビリテーションの施設があるとか、こういったものを利用することができるというような話をし、一方では奥さんにもできるだけ面会に来てもらうとか、あるいはドクターから奥さんに病状を説明してもらうようにします。それから一番大事なことは、やはりドクターを中心とした治療チームがとにかく患者さんを社会復帰させるために一生懸命にやっているということを奥さんや家族に対して十分にわかってもらうようにすることです。そういう中から、施設を利用するには奥さんの承諾がいるとか、また病院に来るときはお弁当を持ってくるようになるとかいうことで、少しずつ、自分だって家に一つの場所があるんだということを自覚し、機能訓練の施設へ入所して、がんばってやってみようというように変わっていったというケースがあります。これはソーシャルワーカーが中心に動いたのではなくて、ソーシャルワーカーが持っているいわゆる社会的なものを話しながら、医師と家族と患者さんとをつないでいったのです。それが結果的には非常に大きな力を呼んでいったのです。ですから一般的にいって患者さん自身が病気だ、おれは弱い人間だと思い込んでしまっているのを、透析医療というのはそうではなくて患者さん自身がどんどん生きていくんだという自覚をもつことが中心になりますから、まず第一は病状の安定、その次が社会的な条件です。

司会　青木さんのところは大病院ですが、そこまで踏み込んでいく余裕はあるのですか。

青木　長期の場合で、4～5年になられる方がいらっしゃいますが、いろいろ複雑な家庭背景があったりして、かかわりをもった例はあります。

司会　堀川さんは、ソーシャルワーカーは、あっちつないだりこっちつないだりしながら、結果を黙って見ておるんだ、結果としてよけりゃいいということをいわれたと思うんですが、清水さんはどのようにケアされているのですか。患者さんが、清水さんだったら何とかしてくれるだろうと思って来られるケースがあると思うのですが、清水さんはそういうふん囲気をお持ちです。(笑い)

清水　私も実は北大病院から20数年の経験だけは得させていただきましたが、やはり先生が患者さんを前にした時と同じように、この患者さんとはどのように信頼関係を持っていけるかというようなことを考えながら話し合いをしていきます。

たとえば離婚の問題でも、離婚そのもののいい悪いをいうことは私どもは戒められているわけです。そして非社会的あるいは社会的基準に満たないと

いうところの判断を補充してやるような手引きを与えていくというのが、われわれの仕事だと思うのです。離婚の場合について申しますと、女性側と男性側と両方の経験をしました。男性が去って女性が残された場合には、子どもがひとりおりましたので、生活問題ですぐ相談に来ました。そこで私は、あなたは自分ひとりだけではない、子どもさんの権利も主張しなければならないし、育成する義務もあるんだと、まず生活保護を受けさせて、それからこういうことは交通事故の示談と同じように、きょう、あすに結論を出すものではないんだ、これは人生の大きな問題なんだからじっくり考えましょうということで、いろいろヒントを与えながら相手に対応していきます。そして相当時間をかけて、お互いに理解し合って、そこで接点が見出されなければいけないと思っています。

司会　結論を出さないとおっしゃいましたが……。

清水　その歩く道を示してあげるということです。特に離婚問題などの場合はそうです。私どもは「いい」とか「これは別れなさい」といったようなことをいってはならないと思います。しかし反対に、非社会的な、たとえば男道楽をしたとか(笑い)、競馬に狂ったとか、女遊びをするというような問題の場合には私どもははっきり言います。

司会　小木さんはいかがですか。

小木　離婚の話が出ましたが、もう実際にご主人と別れる決意をされて、別れたいがどうだろうという相談ではなくて、別れた場合に住むところに困るとか、子どもにとって父親がいないということは、どんな影響があるのだろうとか、すぐに生活も困るのだがとかいうようなことで相談に来られたのです。それで具体的に話し合いをしているうちに、だんだんと自分のあり方も考えるようになって、結局離婚をやめるという結論の出たケースがありました。ですから実際に離婚問題の調停役としてソーシャルワーカーが利用されたという例はありません。ただそのプロセスの中では、やはり家庭問題もかなり出てきます。そのときは一緒に考えていくことにしています。

清水　先ほど私は結論を出さないと申しましたが、それを出すのは家庭裁判所です。「これは、国の標準で安い費用で判断してくれるから、そこに行ってお互いに申し立ててみなさい」と申します。(笑い) 私は経験主義ですから、家裁の門をくぐらせ専門家から専門的に、妻として夫としての立場を互いに理解をさせる、そういう過程を踏ませたいんです。

司会　そのほかに家庭内の問題でも、よろず相談ではないけれど、いつでもお話しにいらっしゃい、ただそこでソーシャルワーカーが判断を下すのでなくて、判断を下すのはあくまでも本人です、ただ個人では社会的背景を知らないことがあるから、それらのお話をしながら決断するための材料を提供します。そういうようなことをソーシャルワーカーに期待してよろしいわけですね。

星野　私が透析医療とかかわりを持った初期のころは、看護婦さんも医師も患者さんの社会復帰について全力をあげていたわけです。医療費のことが問題だったり、「勤めに出ていいよ」といっても会社を退職させられているとか、いろいろな問題が出てきたものですから、これはソーシャルワーカーがとかこちらはドクターがとかいうように役割分担をするのでなくて、それはもうスタッフ全員が全力で取り組んできました。家庭の問題にしても職場のことについてもかなり深刻に受けとめて、ドクターは医学的にどこらへんまで保証するとか、予後はどうなのかということを一生懸命に説明したり、看護婦さんたちは、精神看護というのをかなり強調され、家庭問題にも一生懸命にやられました。

司会　そうすると、先ほど私がいったことをちょっと訂正させていただきます。要するに家庭内の問題、会社の問題については、いまは医師も看護婦さんも当然聞き役になっていて、ソーシャルワーカーもまた障害者を囲むチームの一員として、いつでも声をかけてくれる。そうすると、いろいろな情報がチームの中でうまく交流して、その中から障害者の皆さんにいい道が開けていくということですね。

清水　職場の問題で、学校の先生がやめさせられそうだという時には、側面から教育委員会に働きかけて、健康診断の審査の過程で助言をしていくとか、あるいは解雇されそうなときにその事業主のところにいって、シャントを作った段階で一度復職させて使ってみてくださいというようにして復職してもらい、何とか解雇されないようにしま

す。また新しい職にもっていく時に、いま私どもがやっておりますのは、職業安定法の中で、自分も習いながら7～8000円の収入があり、しかも技術が身につくという方法です。たとえば民芸の北海道の熊彫りなどがそうです。そういうものにかかわっていく場合には、私たちは行政面ばかりでなくて、事業所あるいは職場長とのかかわりも非常に深くもっていかなければなりません。これは私が一般医療機関においては経験しなかったことです。透析医療において初めての経験であり、そしていま功績を上げているつもりでいるんです。

司会　いまの清水さんのお話を聞いていると、ソーシャルワーカーというものは、かなり個人の技量も大変だと思いますね。富永さんはこの中で一番お若いと思いますがいかがですか。

富永　私のところは共済関係の病院で、国家公務員の場合、何省には何人の身障者の方が働いているという前例が積み重ねられて、段段に理解されてきていて、受け入れは民間企業ほど深刻ではありません。民間企業の場合、大きな会社でその方がキャリアがあれば、それに見合った処遇を受けられるようですが、中小企業でまだ業績の少ない若い方の場合には、どういう職を与えるか問題になってきます。第一に周囲の人は透析についてよく知らない人が多いのです。それで腎臓がそんなに悪いのなら使いものにならないのではと思い込んでいるのです。働く場の確保がむずかしい場合にはこちらが働きかけていかなければならないわけで、本人が上司に相談してもむずかしいときは、一応本人と家族の了解を得て、上司の方にこちらへ来ていただける方には来ていただいて医師から話をしてもらいます。透析とはこういうものであって、たとえばデスクワークならこのぐらい、外回りの場合にはこの程度ならば大丈夫と説明してもらいます。そうすると上司の方も、透析というのはそういうものだったのか、そのぐらいできるならば、週1～2日休まれても何とかめんどうみましょうといってくださる場合もあります。

紹介経路

司会　ソーシャルワーカーはもろ手を広げて待っているのですが、実際に相談にみえる場合、どういう経路をとって来られるのが多いのでしょうか。たとえば医師から「行きなさい」といわれて来るのか、看護婦さんに勧められて来るのか、それとも本人自身が積極的に……。

小木　透析患者さんの場合については、患者さんが自分から相談に来られることが一番多いです。それは、初めに全員面接をしておりますので、その時私たちの役割というものを説明していることや、長い付き合いでどういう時にはどこへ相談するか患者さんが自分で判断されているということです。もちろん医師側から依頼のあるケースもありますが、それは全体の2割ぐらいです。

司会　青木さんのところはどうですか。

青木　私のところも、依頼がなくてもすべて透析のプログラムにのっている患者さんにはいち早く会うようにしておりますから、特に紹介経路は、腎センターの患者さんについては問題はありません。

司会　それで、2度目、3度目というのもやはり患者さんの方から……？

青木　その時はこちらから確かめて、合併症なのか、シャントトラブルなのかはその病棟なり腎センターのスタッフに直接問い合わせたりして予備知識を持つようにしています。外来の患者さんの場合には、外来の泌尿器科、内科などから「相談室にも寄っておくように」と指示が出ているわけですから病気が徐徐に進行する時にはこちらも対処しやすいのですが、急激に悪くなって「昨夜入院しました」とか「日曜日にはいって来ました」という時にはいろいろ手続上のことなどもあって、あたふたするわけです。

透析医療の課題

司会　ソーシャルワーカーのＰＲではありませんが、他の慢性疾患の場合でもソーシャルワーカーを経る経路をみんな知っていれば、もっともっと医療社会事業部そのものが生きてくるでしょうね。

　では、ソーシャルワーカーからみて、透析医療というものは社会的にどのようにとらえているか、またこれからどうなっていくと予想しておられるか、またどうあらねばならないと思っておられるかお聞きしたいと思います。

清水　大変に大きな問題ですが、人工透析が開発されて、生命ばかりでなく、社会生活も一般の方とほぼ同様にでき

るようになったわけですが、相当数の医療施設が短期間にふえているわけです。ですから人工腎臓というもののほかに、いち早く社会の患者さんの受け入れ体制などが、はっきり確立されてこないという不安を持っています。2番目には何といっても費用がかかります。医療制度の中でいいますと、診療所を利用する方と病院を利用する方とでは、負担が違うというようなことはまず是正してもらいたいと思います。たとえば医療補助が、診療所は寝具も給食も看護もありません。いま私どもは看護で悩んでいます。診療所という制度のために格差があるというのは大変なことだと申しあげたいのです。3番目に病院格差の問題だと思います。私たちが患者さんを前にした時に、この病院へ行って透析を受けてはいかがですかと、安心して紹介ができる病院というのは、全部が全部とは申しあげられません。愛知県では何か一つの基準を定められてやっておられると聞いておりますので、そのような基準が全国的に設けられて、皆さんがどこでも同じような濃度の濃い医療が受けられるようになることを希望しています。

司会　それはわれわれ医者側がもう少しがんばらなければならないことだと思う点ですね。小木さんいかがですか。

小木　確かにいろいろな問題があると思いますが、いま患者さんから出されている問題は医療費が高額であることから生じる問題です。その一つとして今回の医療費改定で、ずいぶんと社会復帰上の障害が出ているので、何とか元のような状況で、よいダイアライザーで短時間に透析ができるように、またその道が閉ざされないようにという意見が出ています。社会復帰が目標の透析医療が、医療費の改定などでそこなわれ、その結果、社会復帰できにくくなる状況を病院もまた余儀なくつくってしまう要素があるので、大きな問題だと思っています。

星野　夜間透析や透析時間の短縮などで職場への復帰や日常生活がスムーズにできるようにと医療側では一生懸命に考えているのですが、夜間透析にしても、仕事が終わって6時から透析開始というのでなくて、ちょっと早めに病院にはいってほしいというところが多いですね。そうするとどうしても仕事の時間を早く切り上げなければいけないので、健康人と同じようにフルに働くことは実際上はむずかしいようです。愛知県では勤めに出やすいような便利な透析施設だとか、自分の家から通いやすい透析施設とかいろいろと考えて配置されているわけです。それでもまだ不十分だと思います。

それから、身体障害者雇用促進法で障害者の雇用を国は推進しているわけですが、やはり透析者の場合には、医療費が非常に高額であることから雇用する側が避ける傾向にあります。元の会社に戻る場合はいいのですが、新しい会社への就職はものすごく困難な状態で、長いこと失業している人もいます。

それから社会資源を整備することも重要ですが、根本的にはやはり透析医療そのものが医学的によくなることが必要です。たとえばシャントトラブルでずいぶん悩んでいる人がいます。このシャントがなくなったら死んでしまうのではないかという悩みを抱えながら、そして仕事にも生きていかなければならない。それから合併症の治療なども、やはり身体的な状態をより改善していくということが基本だと思います。

堀川　将来の展望ということは非常にむずかしいわけですが、現在の患者さんが段段と高齢化してくるわけです。その時にどうするのか非常に重要な課題の一つです。透析の患者さんは元気に働いているけれども、非常にシビアな面があって、仕事ひとつするにしても自分を支えていくのに大変な努力がいるのです。組合健保の患者さんですと、「あんたはこの会社の中で一番の高給取りや。ものすごいお金を使っているんや」ということで、残業でも歯を食いしばってがんばっている。したがって、そのような治療をしている患者さん自身が、社会の中で生きていくというのはどういうことか自分を見詰めあるいは透析医療そのものを見詰めるといった自己評価みたいなものが問われてきているんじゃないでしょうか。それと同時に透析のスタッフ、私たちも一生懸命に患者さんとともに考えていななくちゃならないんじゃないでしょうか。そこから次の展望も生まれてくると思います。

青木　皆さんのおっしゃったことは重ねて申しあげませんが、社会復帰についてはいつも考えていることですが、状態にもよりますが、傷病手当が切れるまでに何とか職場に復帰できるよう

に努力しています。

それから少し遠大なことを申し上げたいのですが、全般的にみて日本人は健康教育のもろさみたいなことがあると思います。学校保健の段階からもう少しその点を充実させたり、強化させたりする必要があるのではないでしょうか。具体的には、長期欠席の児童の中で腎臓疾患の子どもが多いことですし、学童検尿も年2回実施するようにするとか、職場の健康診断でも未組織労働者ではかなりおろそかにされていると思います。これも改善したいですね。また一方病気にならないように家庭での健康管理にみんなが気を配るような教育なり啓蒙が必要と思っております。

清水　きょう私は、離婚問題ばかりを代表していったような気がするんですが、(笑い) 実はその反面、若い層の問題も抱えているわけです。そこには結婚の問題もあるんです。(笑い) 私は透析患者の社会復帰の中でもう一つ大事なことに結婚があると思います。ぜひ結婚について考えていきたいのですが、しかし私は勇気を持ちながら、反面非常に不安もあるのです。そこでこの不安を解消するために、私は本で紹介されている看護婦さんとの事例も幾つか読ませていただいておりますが、皆さんのところではどういう状況かお聞かせ願いたいと思います。

司会　ずいぶんおりますよ。

小木　多いほうですね。数はすぐ出ませんが……。

清水　皆さん、経過はいいですか。

小木　いいですね、とても。

司会　結婚して子どもができて、そのお子さんがもう小学校へ行くなんていう例も何例かあります。

清水　先生、医学的な立場でごらんになられても、その透析が原因でどうのこうのということはないのですか。

司会　それはありません。

星野　透析の初期には、先生も「結婚？ウーン」という感じで、なかなか即答できなかった部分もありましたね。でも患者さんたちが自分たちで一つ一つ問題を解決してきて、私たちに逆に教えてくれたというのが実情ではなかったでしょうか。

司会　そうですね。そのとおりです。愛知県は、社会復帰は強引すぎるぐらい強引に早期からやっていますが、それは単純な理由で、私はメロメロしている患者を見るのがいやだったから「働け」といってきたのです。それからあとは何もとめない。結婚結構、旅行結構、できるだけやってみなさいといったものの内心おろおろして見ているうちに、なるほどそこまでやってもいいのかと患者さんから教えられたことが多かったです。

清水　ありがとうございました。

司会　富永さん、いかがですか。

富永　全体的な問題としては、私はあまり経験ないのでわからないんですが透析を10年近く受けていらっしゃる方が「いまの人は楽ですよ」といわれるので、やはり医学の進歩ということが非常に重要なことと思います。それから医学とは別に、医療の進歩の方向性が問題だと思うのです。医療者側が社会復帰をどうとらえるかということです。夜間透析とか家庭透析の問題もそこから出てくると思います。

それに関連して、行政側もいろいろ考えてほしいと思います。それには医療者側の働きかけも必要です。また各医療機関の役割分担の明確化とそれに応じてソーシャルワークの機能もいろいろ変化させていく必要があります。分院はリハビリテーション訓練の患者が多いのですが、私がいつも感じるのは社会資源の貧しさです。いまの社会資源をフルに駆使しても、どうしても対応しきれない部分が多いのです。次に老人透析の問題で、段段高齢化していった場合、介護の担い手の問題が出てくると思います。家庭看護への援助のためホームヘルパー制度や保健婦の派遣など、行政側で充実させてもらえれば、透析患者さんの要望にもこたえられます。これはほかのハンディキャップをもっている人たちについても同じことがいえます。

司会　将来の問題ということになると、まずいまの健保改定もそうですが、行政のちょっとした腕のふるい方ひとつで、ずいぶん変わると思うのです。たとえば私のところは、7時から透析を始める患者さんには大きなダイアライザーを使って4時間で終わっていたのです。それが7時に開始して5時間となると終わるのは12時過ぎになって、社会復帰上非常に問題が出てくるのです。こんなことは行政側のちょっとした配慮で患者さんの生活はずいぶん豊かになるのです。行政がもう少し現場を見てやってくれたら、お金をかけなくても、もっともっとよくなることが

多いのです。

それから私が常に感じていることは、日本というのは病気と共存しながら社会生活をする人たちをどういうふうに見ていくかというものが、何にもないんじゃないかと思うのです。老人問題もその一つでしょうし、健保の問題にしてもそうです。たとえば健保組合側も経営者側と同じような発想でもっていかないと、会社がいいといっても、健保がだめだというようなケースも出てきているのです。こういう病気をしょってなおかつ高額な医療費をしょいながら、一生しかも社会人として生きていく人たちをどうするか。それを健保財政という一つの小さなわくだけでしばってしまうのではなく、国としてみたらどうなんでしょうか。そういった芽を何とかつくっていかなければならないと思います。また透析者が段段と高齢化してきて、介護の問題も含めて老人透析が近い将来必ず問題になるでしょう。それに対する対策を急がなければならないことはいま皆さんが指摘されたとおりで、私も全く同感です。

次にドクターに対する要望は何かありますか。

星野　さっきの話と関連したことですが、よりよい透析、効率のいい透析、たとえば貧血などを改善する透析、そういう医学的レベルでの検討をお願いしたいですね。

司会　全くそのとおりです。われわれもがんばっているんですが…。(笑い)

堀川　とにかく完全復帰しようと思ったら、やはりまず体が基本です。その次に私たちの出番になるのですから。

小木　本当に体の状態が安定しないと、それがすぐ職業生活に響き、経済生活に影響するのです。

患者さんへの要望

司者　われわれにかけられた使命は大変に重いということでございます。

では逆に、障害者の皆さんに対してこれだけはいっておきたいということがございますか。

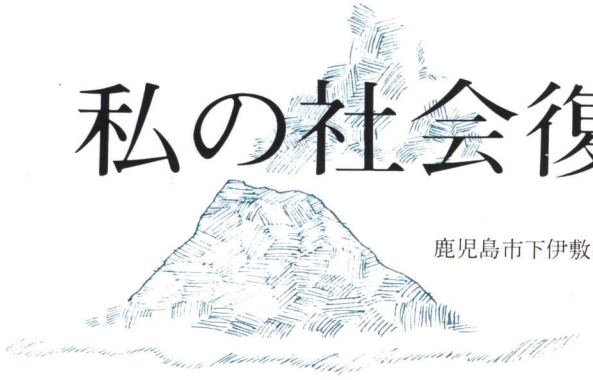
清水　私が感じますのは、いわゆる身体障害者が障害者意識からスタートするということは、一面自覚の上では求められるけれども、一面では捨ててほしいと思うのです。ちょっとむずかしいかも知れませんが、病人意識を捨ててもらいたいという気がします。よく腎友会などの会合で問題提起があり、その項目を見ますと、障害者として自分から求めるものがあまりに多いと思うのです。もっと整理して、いわゆる障害者でないんだということを強調する面もあっていいと思います。

堀川　透析患者さんの組織についていえば、ある意味では今までのいろいろな制度を突き破っていくような役割をやってきたと思うのです。一般の医療の場合にはいったん病院の門を出たら次はどこの病院にかかろうとかまいません。ここで患者と病院の関係は切れてしまいます。しかし透析医療の場合にはそうはいかないのです。病院は好むと好まざるとにかかわらず、患者さんの日常生活までも一緒にしょい込んでしまうのです。今までは一級障害者が自分で組織をつくって、自分で出かけていって自分で交渉するということはなかったわけです。そういう意味では、自分たちが福祉の制度なり、医療をめぐる諸問題を自分たちで解決していく、そういう新しい患者さんの像、新しい患者さんのあり方をつくり、あるいは患者さん同士でお互いに自分たちを支えていく、そういう患者さんとして登場していけば、ドクターに対してもわれわれに対しても、また違った見方の要望なり、役割分担が出てくるんじゃないかと思います。それができる条件を患者さんは持っているのですから発揮していただき、そしてわれわれも一緒に進んでいく。それが、いろいろなものを突破していくための一つの拠点になるんじゃないかという感じがいたします。

司会　それを最後の言葉として、きょうの座談会を終わらせていただきます。長時間、貴重なお話をありがとうございました。

〈次回は 透析機器メーカー の予定です〉

患者からの手紙



私の社会復帰

鹿児島市下伊敷町374　潮崎孝利

全国の腎不全患者の皆さま、お変わりありませんか。南国の鹿児島からごあいさつ申しあげます。

私は透析を始めて4年2か月になりますが、おかげで健康な人と全く変わりなく、一人前の仕事をさせていただいております。透析のない日には夜の宴会にもつきあっております。死の一歩前からよくもここまでカムバックできたと思います。その間、常に自分の心の中は病気との闘いの連続だったように思います。

昭和49年6月、鹿児島大学の内科の先生から人工腎臓の必要性を言い渡されました。その時の私は全身から力がすっと抜け、冷汗が流れ“わが人生すべてこれで終わりか”と思いました。その後、諸先生がたから人工腎臓がどういうものであるかを教えていただき、また透析治療を受けることにより社会復帰も可能であることも知らされました。

人工腎臓にかかりながら本当に会社勤めができるものかと、大きな不安で頭がいっぱいでした。そんな時に全腎協発行の機関誌を見て、多くの患者さんの勇ましい体験談が書かれており私を勇気づけてくれました。患者が病気に打ちひしがれないで、非常に明るく積極的な生活態度で立派に社会復帰している様子を目のあたりにして強い感動を覚えました。

当時生きていくのがやっとの私にとって、これは全く驚異でした。これで私は透析しながら立派に社会復帰できるという強い自信を得ました。心機一転再出発を自分に言い聞かせ、3か月後に社会復帰し仕事を始めたもののやはり不安はつきまといました。特に体調が悪い時は不安が心の中に果てしなく拡がりました。職場の上司の方がたや後輩たちの暖かい心に支えられ、“くそ、負けてたまるか”と、自分を励ましました。

周囲の環境が非常によかったせいか病気のことなど忘れて働くことができるようになりました。そして健康な人と同じように働くことができるという喜びとともに徐徐に自信が湧いてきました。二度と社会復帰ができないものと考えていただけに、いまは一日一日を感謝しつつ職務に励んでいます。幸運にも人工腎臓によって普通の社会生活ができるようになったのも、医師と病院のスタッフの方がたのおかげだと感謝しております。

この上はこの恩恵を与えてくれた社会や会社に全力を尽くして恩返しすることだけが目下私の念願です。

社会復帰されていない患者さんがた、一日も早く社会復帰されるよう南国の片すみからお祈りいたしております。

(53・8・27受理)

塩崎さんは、透析開始前後の心の葛藤を書いておられますが、現在は全腎協の鹿児島支部の世話をしたり、鹿児島にある金融機関の責任ある地位にあって、人並み以上の仕事をしておられます。

鹿児島大学医学部第二内科
尾辻義人

楽しい透析食の作り方〈その3〉

1．昭和大学藤が丘病院　河村和敏

朝　食

	献立名	材料	使用量(g)	熱量(Cal)	タン白質(g)	塩分(g)	水分(cc)
朝食	食パン	食パン	80	216	6.4	1.0	28
		無塩バター	10	72			2
		いちごジャム	25	71	0.1		7
	ベーコンソテー	キャベツ	40	10	0.6		37
		いんげん	10	3	0.2		9
		にんじん	10	5	0.1		9
		ベーコン	20	130	1.1	0.5	5
		食塩	0.5			0.5	
		サラダ油	4	36			
	フルーツ	桃（缶）	50	43	0.3		36
	ヨーグルト	ヨーグルト	100	76	4.0		65
	計			662	12.8	2.0	198

ベーコンソテー

① キャベツ、にんじん、ベーコンはたんざく切り、いんげんはそぎ切り。
② フライパンを熱し、サラダ油を入れ、①のたねをいためる。
③ 全体に火を通し、塩(0.5g)をふり入れ、さらに軽くいためる。

昼　食

	献立名	材料	使用量(g)	熱量(Cal)	タン白質(g)	塩分(g)	水分(cc)
昼食	主食	米飯	200	290	4.2		130
	立田揚げ(レモン、パセリ、さらし玉ねぎ添え)	鶏もも肉	70	95	147		51
		しょうが（缶）	少少				
		減塩しょうゆ	5		0.1	0.5	4
		片くり粉	7	23			1
		油	7	63			
		レモン	10	3			9
		玉ねぎ	10	4	0.1		9
		パセリ	1				
	ごまあえ	小松菜	60	17	1.8		54
		にんじん	5	3			4
		白ごま	1				
		砂糖	3	12			
		減塩しょうゆ	5			0.5	
	ポテトサラダ	じゃがいも	60	46	1.1		48
		きゅうり	20	2	0.1		19
		レーズン	3	8	0.1		1
		マヨネーズ(玉子1　油4)	5	32	0.2		1
		こしょう	少少				
	計			598	22.4	1.0	331

立田揚げ

① 鶏肉は包丁の背でたたき、しょうがじょうゆの中に1～2時間つけ込む。
② ①の鶏肉に片くり粉をまぶし、180℃に熱した油で、キツネ色に揚げる。
③ 添えのレモンは輪切り、玉ねぎはくし型に切って、熱湯にさらす。

ごまあえ

① にんじんは繊切りにしてゆでる。
② ゆでた小松菜に①のにんじんをまぜ、いったごまであえる。

ポテトサラダ

① きゅうりは小口切りにして湯にさっと通し、水切りする。
② じゃがいもは大きめの乱切りにしてゆで、熱いうちにつぶし、①のきゅうりとレーズンをまぜて、マヨネーズであえる。

夕　食

	献立名	材料	使用量(g)	熱量(Cal)	タン白質(g)	塩分(g)	水分(cc)	作り方
夕食	主食	米飯	200	290	4.2		130	**ムニエル** ① かれいに塩(0.5g)をふっておく。 ② ①のかれいに小麦粉をまぶす。 ③ 熱したフライパンにバターを落とし、②のかれいの両面をいためる。 ④ ③のかれいにピーマンとにんじんの甘煮を添える。 **酢の物** ① 春雨、わかめはもどす。わかめは湯通しする。 ② ①の材料を適当に切り、みかん(缶)とともに甘酢であえる。 **いため煮** ① 里芋は下ゆでしておく。 ② ①の里芋を油でいため、砂糖、しょうゆで味付けし、最後にピース(缶)を入れる。 ③ 盛り付けのとき、針しょうがを上にのせる。
	かれいムニエル(ピーマンソテーにんじん甘煮添え)	かれい	70	81	15.8		52	
		食塩	0.5			0.5		
		小麦粉	5	18	0.4		1	
		無塩バター	4	29			1	
		ピーマン	20	6	0.3		18	
		油	1	9				
		にんじん	30	16	0.4		26	
		粉あめ	15	58				
		無塩バター	3	21				
	酢の物	春雨	5	17			1	
		みかん(缶)	20	13	0.1		16	
		わかめ	1		0.1			
		砂糖	5	20				
		酢	5	1			5	
	いため煮	里芋	50	46	1.2		38	
	針しょうが	ピース(缶)	2					
		油	3	27				
		砂糖	4	16				
		減塩しょうゆ	5		0.1	0.5	4	
		しょうが	3					
	計			668	22.6	1.0	292	
おやつ	アイスクリーム	アイスクリーム	50	70	2.0		34	
		ウエハース	1枚	24	0.2			
		チェリー(缶)	1個					
	計			94	2.2		34	
朝・昼・夕・おやつ合計				2022	6.0	4.0	855	

おやつ

(注) 塩分制限のゆるやかな人は、無塩バターや減塩しょうゆを普通のものに変えてもよい。
バターの塩分　2％
しょうゆの塩分　18％

2．川崎市立井田病院　鈴木あゆみ・横山正雄

朝　食

	献立名	材料	使用量(g)	熱量(Cal)	タン白質(g)	塩分(g)	水分(cc)	作り方
朝食	食パン	食パン	60	165	4.5	0.75	15	
		無塩マーガリン	10	77				
		ジャム	25	63				
	紅茶	紅茶	100				100	
		粉あめ	50	167				
	半熟玉子	玉子	50	76	6.0	0.2	40	
		食塩	0.3			0.3		
	トマトサラダ	トマト	30	11	0.45		27	
		きゅうり	15	2	0.12		15	
		レタス	10	1	0.09		9	
		マヨネーズ	15	75		0.4	3	
	計			637	11.16	1.65	209	

昼　食

	献立名	材料	使用量(g)	熱量(Cal)	タン白質(g)	塩分(g)	水分(cc)	作り方
昼食	散らしずし	米飯	210	300	4.5		135	**散らしずし** ① 酢、砂糖を合わせ、熱い米飯と混ぜ、手早くさます。 ② いか、まぐろはそぎ切りにする。 ③ 玉子は厚焼きにし、そぎ切りにする。 ④ れんこんは、皮をむき、薄切りにして、酢を加えた水でさっとゆで、甘酢につける。 ⑤ かまぼこ(紅・白)は0.5cmぐらいの厚さに切る。 ⑥ 干しいたけはもどして、減塩しょうゆ、砂糖で煮る。 ⑦ 絹さやは、ゆでて斜め切りにする。 ⑧ ②～⑦の具を①のすしご飯の上に飾る。
		まぐろ(脂身)	30	100	6.0		16	
		いか	20	13	3.9		15	
		玉子	40	64	4.8	0.16	30	
		砂糖	5	16				
		れんこん	10	6	0.3		8	
		酢	3				3	
		砂糖	5	16				
		かまぼこ(紅)	10	10	1.5	0.3	7	
		かまぼこ(白)	10	10	1.5	0.3	7	
		干しいたけ	2(1個)					
		砂糖	2	7				
		減塩しょうゆ	3			0.3		
		わさび	少少					
		減塩しょうゆ	5			0.5		
		絹さや	3	1	0.18		2	
		酢	15				15	
		砂糖	6	20				
	ポテトのそぼろ煮	じゃがいも	50	37	0.93		39	
		鶏もも肉(ひき)	30	40	6.0		22	
		油	10	83				
		減塩しょうゆ	5			0.5		
		砂糖	3	10				
	牛乳	牛乳	100	60	3.0	0.1	89	
	計			793	32.61	2.16	388	

（参考）指示　熱量 2500～3000Cal.　　タン白質 70～80g
　　水分 1000～1200cc　　塩　分 3～5g

（注）カロリーを上げるためには、食事に手作りのクッキー、ケーキ、マドレーヌ、アップルパイ、クレープ、アイスクリームなどを加える。

夕　食

	献立名	材料	使用量(g)	熱量(Cal)	タン白質(g)	塩分(g)	水分(cc)	作り方
夕食	ピラフ風いためご飯	米飯	210	300	4.5		135	**ピラフ風いためご飯** ① 玉ねぎ、にんじんはみじん切りにする。 ② フライパンに油を熱し、豚ひき肉、①の玉ねぎ、にんじんをいためて、米飯を加えていため、カレー粉、塩、こしょうで味をつける。 ③ ②を型で抜き、皿に盛りつけ、その上にグリンピースを飾る。
		にんじん	10	5	0.15		9	
		玉ねぎ	20	8	0.24		18	
		グリンピース	3	2	0.09		2	
		豚ひき肉	30	132	3.6		13	
		食塩	0.5			0.5		
		こしょう	少少					
		油	15	125				
		カレー粉						
	焼とり（ボイルキャベツ添え）	鶏もも肉	40	54	8.1		30	
		鶏レバー	40	80	6.0		26	
		ピーマン	20	6	0.3		18	
		ねぎ	10	3	0.15		9	
		砂糖	3	10				
		減塩しょうゆ	5			0.5		
		みりん	少少					
		キャベツ	30	8	0.45		28	
	みかんゼリー	みかん（缶）	30	20	0.6		24	
		寒天						
		粉あめ	40	133				
		水	30					
	計			886	24.18	1.0	342	

おやつ

おやつ	ショートケーキ	低タン白小麦粉	15	54	0.9		2	**ショートケーキ** ① 小麦粉はふるっておく。焼き型の底に合わせて紙を敷き、内側に薄くバターをぬって、粉をふる。 ② 玉子を割りほぐし、砂糖を2～3回に分けて加え、白っぽくもったりとするまで泡立てる。 ③ ②にエッセンスを加え、①の小麦粉をふり入れ、木べらで切るようによく混ぜ込む。 ④ 用意した焼き型にたねを入れ、中火（160～170℃）の天火で約40分焼く。竹串を刺してみて、たねがついてこなければ、型から出してさます。 ⑤ ホイップクリームを作る。生クリームに砂糖を加え、氷水にあてながら泡立て（ツノが立つ程度）エッセンスを入れる。 ⑥ 丸型のスポンジ台を8等分にする。上にホイップクリームをぬり、絞り出しのクリームとドレンチェリー、アンゼリカなどで飾る。
		砂糖	15	50				
		玉子	25	40	3.0	0.1	19	
		バニラエッセンス	少少					
		生クリーム	25	65	1.5			
		砂糖	5	17				
		ドレンチェリー	少少					
		アンゼリカ	少少					
	計			226	5.4	0.1	38	
朝・昼・夕・おやつ合計				2542	73.35	4.91	977	

※おやつは昼食といっしょに配膳してもけっこうです。

松村満美子の患者インタビュー〈その7〉

現業労働に従事している方の集い

インタビューアー　松村満美子

今回は職場の第一線に立って働いている方やお店をもって自分で経営されている方にお集まりいただきました。食事をともにしながら、思い出話や将来の希望などを明るく語ってもらいました。（事務局）

と　き　昭和53年7月20日（木）
　　午後6時～8時30分
ところ　経団連会館会議室

出席者

青木米吉（東京・国立王子病院）
細川一演（福島・盤城共立病院）
中村　準（愛知・守山クリニック）
夏目三郎（長野・佐久総合病院）
佐々木　正（東京・四谷クリニック）
高瀬栄子（栃木・奥田クリニック）
インタビューアー　松村満美子
アドバイザー　中川成之輔
（東京医科歯科大学）

仕事と透析

松村　今日は自営業の方と健康人でもきついといわれる現場の仕事にたずさわっている皆さんにお越しいただいたのですが、まずどういう仕事をしていらっしゃるのか伺いたいと思います。青木さんは請負の建設業というと土木のほうですか。

青木さん

青木　いや建築の請負です。一級技能士と二級建築士の資格を持っていますので。

松村　現場で陣頭指揮もなさるんですか。

青木　ええ、けっこう足場の上にも乗るし、手が足りない時はトラックも運転するし。

松村　病気になる前と違いは感じませんか。

青木　透析したあくる日は半日つらいんで無理しないですが、あとは前と同じように働いています。

中川　汗は出ますか。

青木　現場から昼に家に帰って、下着を全部取り替えるぐらいにびっしょり汗をかきます。ですから、無尿ですが体重はふえません。

中川　汗が出るっていうのはいいですね。

中村　私も暑い時はものすごく汗をかきます。それから酢っぱいものを食べるとすぐ出ます。みかんなんか食べると夜でもすぐ出ます。

中川　透析のやりはじめは汗腺が障害されているものですが、汗が出るようになるとだいぶ楽になりますね。

松村　細川さんはセールスのお仕事ですか。

細川　発病前は東京の法律事務所にいたんですが、病気で妻の田舎のいわき市へ引っ込んで、今は菓子屋のセールスマンです。

松村　法律事務所とセールスでは百八十度の転換ですね。今のお仕事の内容はどんなことをなさるんですか。

細川　本社は水戸にあって“水戸の梅”とか羊かんの営業所に勤めています。配達もやるので、車で一日百キロぐらい走ります。勤務時間は8時から5時までです。

松村　では夜間透析ですか。

細川　夜間透析1回とあと2回は昼間です。ウチの会社は年中無休のようなものですから、日曜日も勤めて、結局皆より1日だけ余計休む形です。仕事の内容は皆と同じですが、休むもので給料の面ではちょっと差がありますね。

松村　セールスだったら、ノルマを果せばよいわけでしょう？

細川　まあそれはそうですが、透析をやっていると、受け入れてくれる職場も少ないものですから…。透析にはいって2年間ぐらい、ぶらぶらしていたんですが、このままではどうしようもないと思って。

松村　失礼ですが、その2年間の経済的な問題はどうしていらしたんですか。

細川　家内の実家が旅館をやっているので。家内は今でもそちらに手伝いに行ってます。

松村　以前法律事務所にいらしたのなら将来そちらのほうへ転身ということも考えておられるんですか。

細川　以前はそのつもりでやっていたのが7か月も入院して、気落ちしてしまって。でも最近また少しずつやる気が出てきているので司法試験とまではいかなくても行政書士あたりの資格を取りたいなと考えています。

松村　中村さんも病気で転職して自営業に移られたんですね。

中村さん

中村　商社で営業課長をやっていまして、部下も5人ばかりいたんですが、退院して来たら、営業は無理だろうと事務にまわされたんです。結局その時分から見切りをつけられたんでしょう

ね。会社からクビだといってきたのです。やめてくれと。

中川　透析をやっているからということですか。

中村　そうです。ソーシャルワーカーの人にも行ってもらったりしましたが、ガンとして受けつけなかったです。

中川　それは法律的にできないはずなんですけどね。ある程度以上大きい会社だと、身体障害者であることを理由に解雇できないはずです。

中村　本社が大阪にある中堅クラスの商社です。

松村　今は逆に積極的に雇わなければいけないんですよね。

中村　先生にも「自分で仕事をやったら」といわれて……。従来営業やってたのが功を奏して、お客さんが応援してくれました。いま会社にいたころと同じ仕事をして、商品を右から左へ流す商売をやってます。

松村　じゃ、今は社長さんですね。何人ぐらい使っているんですか。

中村　パートの人と事務員とを置いてやっているだけです。女房にも仕事をやらしています。

松村　何を卸しているんですか。

中村　合成樹脂とか薬品です。特に食品関係の薬品です。品物はやめた会社からまわしてもらっています。クビにはなりましたが、円満退社で感謝してやめたんです。ですから、いま行くと歓待してくれまして、どんどん品物をまわしてくれます。

松村　でも透析を理由にクビになったなんていうのは、いまでは考えられないことですね。

中村　ここまで良くなるとは思わなかったんでしょう。

松村　卸しのお仕事って肉体的にも大変ですか。

中村　大きいものはメーカーが全部直送してくれるんです。小口の場合は自分でやりますから20キロぐらいのものは運びますよ。

松村　そんな細い身体でですか。

中村　細いけど山歩きやスキーで鍛えてきましたし、気が強いというか、我慢強いというか、とにかくがんばらなきゃいかんと荷物の積み降しもやってます。

松村　身体にこたえませんか。

中村　こたえることもありますけどね。最近は慣れてきました。でも透析やった翌日の午前中はやっぱりえらくて、「荷物運んでくれ」といわれると逃げたくなります。お昼ごはんすぎると調子が出て元気になっちゃうんですが。

松村　高瀬さんは中華料理店をやってらっしゃるそうですが、立ちっぱなしのことが多いわけですね。疲れません？　とても顔色が良いけれど。

高瀬　すごく疲れますよ。うちは家族でやっていまして、私はウエイトレスのほうなんです。現在週３回お店に出ているのでそれほど無理はしていません。親も私の親なんで。

松村　ということはご主人はご養子さんですか。

高瀬　ええ。

松村　ではご両親やご主人より使用人の皆さんに気を使うことのほうが多いですか。

高瀬　皆長く勤めている方なので、兄

高瀬さん

弟家族という感じですが、でも私なりに気を使っているつもりです。

松村　お子さんは４年生と２年生のお嬢さんでしたね。お子さんたちの反応はどうですか。

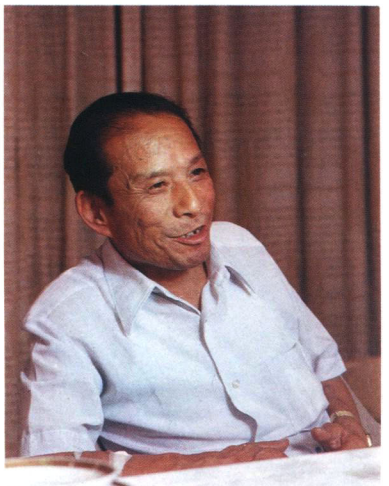
高瀬　今まで病気したことなくて常にお店が主体でした。82歳のおばあちゃんが、ピンピンしているので子どもを任せっぱなしだったんです。子どもはお店に出ると喜んでいます。元気な姿がみられるというので。いままでは家にいて欲しいということでいっぱいだったのですが。

松村　佐々木さんは守衛をやってらっしゃるんですね。

佐々木　昔は豆腐屋をやっていたんですが、体力的に続かなくてね。

松村　でも夜だけのお勤めというのも大変でしょ。透析は昼間ですか。

佐々木　昼間やっております。勤めは夜ですが普通の人間と一緒ですからね。６時から翌日の９時までの勤務です。ぐあいが悪いからと人に代わってもらうのが私きらいなものでね、軍隊時代



佐々木さん

から……。戦争中、12回負傷して今も体に弾丸の破片が入っているんですがそれでも、もう30年も生き延びてるんだから。(笑い)

中川　会社のほうは本当にまだ知らないんですか。

佐々木　そうです。だから何でもかんでもいいつけますよ。

松村　でも健康保険でわかっちゃうんじゃないですか。

佐々木　政府管掌ですからわからないんです。中川先生に聞きたいんですがこれであと何年ぐらい生きられるものなんですか。

中川　どんどん記録が延びていますから限界は今のところわからない……、じゃ答えにならないかな。

松村　夏目さんは軽井沢で運動具店をやっていらっしゃるということですが仕入れもご自分で？

夏目　年に3～4回東京に出て来ます。品物は全部東京から入れてますから。

松村　そうするとお店は奥さん任せ？

夏目　そうです。私は養われてるようなもんで。(笑い)力仕事は全部女房がやってくれます。

松村　東京へ出ていらした時は疲れますか。

夏目　歩くのがだめなもので疲れます。透析の人は皆そうかと思いますが背中の腎臓の付近が痛くなりますね。

中川　それはカリエスのためじゃないですか。

夏目　今年の春、鎮痛剤をもらってだいぶ楽になりましたが。

発病のきっかけと病歴

松村　次に皆さんの病歴を伺いたいんですが、青木さんは47年6月発病ということですが、それまで自覚症状は？

青木　全くなかったですね。生まれてから医者にかかったことないんです。歯医者すらないんです。それがかぜがもとで突然こんな病気になっちゃって。1年ちょっとで透析になりました。

松村　47年というと、技術はかなり発達していたのですか。

中川　そうですね。保険も適用になっていましたし。

細川　私も発病まで病気したこともないし、自覚症状もなかったんです。ただ体力が落ちたのかなという感じはありましたが、むくみもなかったし。ある日、法律事務所へ出た時、突然昼ごろから目の前が暗くなってきて、早退して帰ったんです。眼底出血だったんですね。でもあいにく土曜日で、らちがあかなくて女房の里にある磐城共立病院へ行ったら、これは完全な尿毒症だというんです。それで49年12月入院と同時に透析が始まりました。

松村　透析が始って何かトラブルは？

細川　ありませんでした。

松村　中村さんも自覚症状はなかったんですか。

中村　私の場合、それまで会社勤めで忙しかったんですが、高血圧はありました。かなり長いことお医者通いをしても血圧が下らなかったんです。

中川　検尿してタン白は出なかったんですか。

中村　たまには出ていたようですが、町のお医者さんで、本態性高血圧だといわれ、腎臓が悪いとはいわれませんでした。

松村　本態性高血圧といわれてどれくらい通っていらしたんですか。

中村　延べにして3～4年通ってました。末期的になりましたら吐き気や高熱が出てこれはおかしいと別のお医者に行きました。

松村　じゃ前の先生だったらまだ見つけてくださらなかったかも知れませんね。

中村　ええ国立病院でも「その先生の名前を言ってくれ」っていわれたんですが、長いこと世話になったし「それだけは勘弁してくれ」っていわなかったんです。

松村　中川先生、中村さんのような場合、早期発見していれば何とかなる可能性はあったんですか。

中川　何ともいえませんが、43歳という年齢から推して本態性高血圧というより、初めから慢性腎炎だった可能性はありますね。高血圧による腎障害は50歳すぎてから腎硬化症に進展することが多いです。

中村　血圧は25～26歳の時から150ぐらいあって高いとはいわれてました。

中川先生

中川　慢性腎炎の進行因子としては高血圧、かぜ、過労、女性であれば妊娠ということがあげられます。

松村　高瀬さんの発病は妊娠とは関係ないんですか。

高瀬　全く関係ありません。52年３月にかぜがもとで気管支肺炎をおこして「10日ほどの入院で直ります」といわれたので、お店にいるより入院したほうが良いだろうぐらいの軽い気持で入院したんです。その時、咳がひどくてお薬や注射が多かったんですね。それで薬疹が身体全体に出たんです。

松村　アレルギー体質ですか。

高瀬　そんなことないんですが、ピタッと尿が止って、それから10日ほどで呼吸困難になって尿毒症だからと透析になったんです。

中川　それで、尿毒症状と血痰などの肺症状が同時に出るめずらしい病気ですが、グッドパスチャー症候群を主治医の浅野先生が一時疑ったんですね？

松村　佐々木さんは左の腎を摘出していらっしゃるんですね。

佐々木　昭和18年ですかね。戦争中地雷にやられて取ったんです。その後何もなくて35年になってかぜの時、タン白尿を指摘されてたんですが、44年９月から本格的にだめになり、腹膜灌流をやり出しました。戦争中陸軍病院に約１年いた時、軍医から、２～３年でだめだろうっていわれたのにまだ生きてる。(笑い)

中川　そんなことを患者さんにまともにいうんですか。

佐々木　軍隊はそうでしたね。「これがお前の腎臓だ」って出して見せてくれたけど、麻酔をやってたのかやらなかったのか……。(笑い) 私の腎機能がだめになった44年ごろは透析の機械がなくて１年４か月間、腹膜灌流やっていました。毎日のように尿毒症の人が死ぬんですね。

中川　腹膜灌流だと人工腎臓に比べて能率が悪いので毎日やることもあります。

佐々木　それで、今日はダメか、あすはダメかと思ったんだけど……。元気になった今は、会社でも私が透析しているということは知らないんですよ。

中川　それは有名な話ですよね。身体検査でもひっかからないんだから。

松村　すごい。検尿しないからですか。

佐々木　ええ。それで６年間一度も休んだことなくて、この間表彰されました。

中川　２年経った時、皆勤賞か何かもらって。患者会の新聞に「私は勝った」という文章を書いた。あれはいい文章だったですね。

佐々木　それは根性もあるでしょうね。ちょっとイッパイもやりますしね。しょっちゅうおこられているけれども。

松村　お好きなんですか。

佐々木　ええ、だいぶ飲みます。ビールでこい、酒でこい、ウイスキーでこい。(笑い)

中川　ウィスキーぐらいにしておいたほうがいいでしょう。ウィスキーとかブランデーとか良質のアルコールはカロリー摂取のためにはいいので少量は許可する場合もあります。

松村　濃いお酒を飲んだらお水が欲しくなりますものね。そのへんのコントロールはどうしていらっしゃるんですか。

佐々木　けっこう働くから大丈夫みたいですね。

松村　透析の前に１年４か月も腹膜灌流やっていらしたというのは、機械がないために仕方のないことだったんですか。

佐々木　ええ

中川　だけど、毎日やったということが良いことなんですね。担当の先生もよくやったと思います。腹膜灌流だったら、普通１日おきくらいですがね。

松村　夏目さんはお若いころからずいぶんたくさんの病気をしていらっしゃいますね。

夏目　肋膜が直りきらないうちに兵隊にとられて、中支から朝鮮へ行く途中で終戦になってその時にもう背中が痛くて。アメリカ軍の使役をさせられた時も戦友がかばって荷物をかつがないでいいようにはしてくれたんですがつ

夏目さん

らかったです。内地へ帰ってしばらくして背中にまんじゅうみたいなものができてカリエスと病名がついたんです。

松村　腎結核もなさったんですか。

夏目　カリエスやってる時に腎結核と腸結核やって、そのあと痛風やって腎結石。それに歯槽膿漏も出て……。緑膿菌が入った時、1年ぐらいぶっ通しでサルファ剤を飲んでいました。

中川　そのころは緑膿菌だったらサルファ剤しかないものね。腎結核で相当腎機能が落ちているところでサルファ剤を連用したために腎不全を早めた感はありますね。

松村　腎不全に早くなる可能性があっても、やはり緑膿菌に対する治療法としてサルファ剤は使わざるを得ないんですか。

中川　当時としては仕方ないと思います。今は緑膿菌に対して別の薬がありますが……。

松村　透析開始後もシャントのトラブルが多かったとか……。

夏目　外シャントのころはね。46年から始めたんですが、長野の中村さん〔本誌第2巻第1号(1975)を参照ください〕には、どんなことをやるのか聞きに行きました。

松村　中村さんは中川先生のところに長い間いらして長野へ帰られた方ですね。

夏目　一時歩くのも大変だったようですが今は元気らしいです。

松村　それにしてもいろいろな病気をなさって、ご本人もさることながらご家族も大変ですね。

夏目　カリエス当時は外科の先生から「あんたはレントゲンを撮っても熱を出すし、結婚しても子どもはできないからあきらめろ」といわれて、一生独身でいようと思ったんです。ところがおふくろに「40にもなる息子のふんどしを洗たくする親の身にもなれ」っていわれて、カリエスが直った時点で結婚しましたが、すぐ子どもができました。(笑い)　しかも2人。いま16歳と14歳になる娘がいます。

松村　良かったですね。お子さんにも恵まれて。ところで奥様とは見合い結婚ですか。

夏目　ええ、彼女は45キロの私とは反対に75キロぐらいあって、ちょっとやそっとじゃ死にそうもない体格なんです。もう病気はしないぞと思っていたのに結婚6年目に今度は透析なんですよね。私は透析になる時には予備知識がありました。この雑誌の最初のころに松村さんがインタビューされた大学生がいましたね。名前は覚えてないんですが。それから雑誌の小説で透析患者が北海道まで自殺しに行ったのを説得し、透析にかけたら生き返ったという話が載っていて、それを入院中に読んだんです。先生に「あんたもいよいよシャント作らにゃダメだ」といわれて「いよいよ透析やるんですか」っていったら「よく透析なんて知っているな。心の準備しておけよ」「ハイ、ハイ」っていっていましたが、まわりでは「そんなことやったって一人も助からねえからやっちゃダメだダメだ」っていわれました。(笑い) 私は腹膜灌流ができないので、いきなり血液透析だったんですが、腹膜灌流も結構苦しいらしいですね。

佐々木　まあ、なれるまではね。(笑い) あれだけやって長生きすることもできるそうですね。

夏目　私らの時は、生存したのが大体3分の1か4分の1じゃないんですかね。

中川　今はそんなことはありません。

夏目　昭和46年ごろ、「透析やれ」ということ棺おけに半分入ったように皆ながクンときちゃいました。またそのころはそうなるまで病院に来ないんですよね。そして透析やるとショックでもって電気マッサージかけたりして、それをベッドの横で見ていると、先生が「こんなの見るんじゃねえ」っていわれながらやっていましたけどね。(笑い) 横で死んで行った人も知っているし、それから視力障害でもって、廊下で水たまりに足を入れてすべって、頭を打ってそのまま逝っちゃった人とか、いろいろな人を見てきたから、今生きているのは本当にありがたいと思っていますね。

ざ折感も克服して

松村　皆さんは幸い元気で、良い病院にも恵まれていらっしゃるようですが病院によっては患者さんとの意志の疎通を欠くところも当然あるんでしょうね。

高瀬　私は病院をかえたことで自分の病気を知ったようなものです。初めほかの病院で聞いた時は、ただ「透析をやらなくちゃ」ということで何の説明もなく、「シャントあしたにしようか、あさってにしようか」という感じなんですね。その時は自分の病気を知らないだけに病院から抜け出したい気持でした。それで、病院をかえてからいろいろ検査して、説明をきいて自分の体をよく知ったというか……。

松村　病院をかえたのはご自分の意志ですか。

高瀬　両親が、どうしても納得がいかないということで……。

中川　説明しないのはいかんですね。

高瀬　それで患者さんに聞くんです。すると不安がつのる一方で精神的に参っちゃって、食べものは入らないし、これではとてもということで病院をかえたら、食事がおいしくいただけましてね。精神的に全然違うんです。

松村　病院をかわるというのも、ひとつの転機になるものなんですね。

高瀬　そうですね。初めは大変でしたが……。

松村　佐々木さんは、そんなざ折感はありませんでしたか。

佐々木　いや、ありました。病気になった時、子ども3人、大学に行っていたんですよ。これには参っちゃったです。子どもたちは「大学をやめる」といったんですが、「いや、ともかくがんばってやれ、おまえら働いてやれ」と……。

松村　みんな卒業されたんですか。

佐々木　ええ。

松村　皆さん結婚なさってるんですね。お子さんたちが結婚なさる時に、お父さまの病気は障害になりませんでしたか。

佐々木　別に何ともないですね。

松村　皆さん、恋愛結婚ですか。

佐々木　何だか私は知りません。(笑い)このとおり陽気なもので、家族で病気ということを感じないんですね。

松村　それじゃ、病人として大事にされるということがあまりないわけですか。

佐々木　そうですね。してもらいたいとも思わないです。

松村　青木さんはざ折感などありませんでしたか。

青木　最初は透析ということを知らなかったですからね。国立王子病院に入院して、最初、腹膜灌流をやっていたんです。付き添いに来ていた女房が透析をやるんだ、それを一生やらなくちゃダメなんだと聞いて来たんですよ。いやその時はショックだったですよ。看護婦さんもいわないんですよね。それで吉田さんという主任の看護婦さんがよくきてくれたもので「本当に一生やるの？」って聞いたら、「青木さん、この病院とは別れられないんですよ」っていわれて、そん時はもうショックだったね。そして、吉田さんがよく教えてくれたんです。「あした透析室に行って見てきましょう」って。それまでは人工腎臓って、何か機械があってそこにはいれば直っちゃうものだと思っていたんです。

松村　それでヤケを起こしたりということはありませんでしたか。

青木　自殺でもしちゃったほうがいいんじゃないかなと思ったですが、女房が「生きられたのが大したことなんだから、これで上等なんだ」って……。

中川　吉田さんの説明はどうでしたか。

青木　吉田さんは親切でねえ。ほんとによく面倒みてくれました。ときどき本を貸してくれましてね。それで透析の勉強をしました。

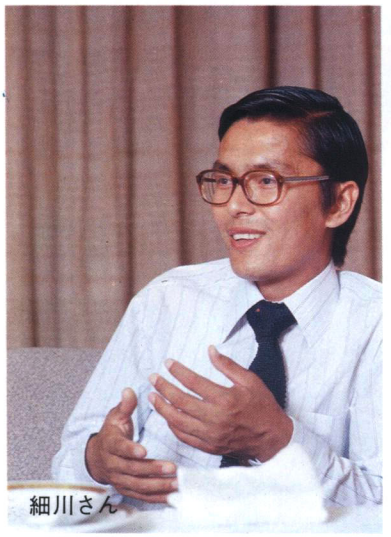
松村　そういういい看護婦さんと出合われたのもよかったんですね。

青木　ええ、そうですね。

細川　私も人工透析なんて全然知らなくて、入院したその日のうちに透析をやられて。そのころ目も見えませんものですから、もううつらうつらしていて、そのままＩＣＵに入ったんですよ。とにかくＩＣＵができて間もなくだったので、だれも患者さんがいなくて、自分ひとりなんです。ひとりで夜寂しいし、先生が来て「透析というのは一生やらなくちゃならない。水を飲みすぎれば一日一日寿命が縮まるんだよ」といわれるし、これはどうなるのかなと思って……。そしてやっぱり先のこと考えて、女房は健康ですし、離婚も一時は考えました。

松村　そのとき奥さんは何とおっしゃいましたか。

細川　いろいろ励ましてくれたり、家


細川さん

族の者とか先生がた、看護婦さんも「そういうことは考えないで一生懸命やるだけやってみたら」といってくれたものですから……。

松村　そんな弱気から立ち直れた支えは何でしたか。

細川　やはり女房とあと周囲の人たちの温かい気持ですね。「がんばれ」って。先生がたも「60までも70までも生きられるんだから」って励ましてくれました。

松村　中村さんは、何かぎ折感に悩まされたことありますか。

中村　私は名古屋の国立病院で始めたんです。その時やはり私ひとりだけだったんです。その前に腹膜灌流をやっていましたが、あれはすごくえらいんですよ。それで、先生から「血液透析にはいる」といわれて透析室を見た時にやっぱり何かこわかったですね。最終的には一生やらなきゃいかんと先生からいい渡されて、「健康な人がめがねをかけているのと同じだ。君には透析ということが常について回るとしてもめがねをかけていると考えればいいじゃないか」と強硬にいわれました。一時はショックを受けましたが、じきに慣れたんです。でも国立病院でひとりやっている間は、やはり非常に暗い感じでした。この先どうなるだろうか、こんなことを一生続けるんだろうかと考えましたが、守山クリニックへ移ってからコロッと変わりました。透析ってこんなすばらしいものかって。食べるものもいいしね。国立はすごく悪いですわ。(笑い)

中川　国立でも、少数しかやらないところもありますし、王子病院のようにひとつのセンターになっているところもありますから……。

松村　じゃ、病院をかわられたのがひとつのきっかけですか。

中村　そうですね。

松村　高瀬さんは一時透析を離脱したということですが、こんなことはあるんですか。

中川　それはあります。たとえば膠原病による腎不全でちょっと悪くなった時期にステロイドと透析を併用して、落ち着くとそれで離れられるということはあるのです。グッドパスチャー症候群というのもそういうことがあり得るのですが、高瀬さんのはちょっとそれではなさそうです。

松村　でも完全な腎不全だったら離脱するということはあり得ないのでは？

中川　急性腎不全は離脱できます。高瀬さんの場合、おそらく最初は慢性腎炎の急性増悪ですね。

高瀬　一時、透析の必要がなくなって先生もとてもびっくりしていたんですけど……。初めて透析を始めたのが去年の7月7日です。11月までやって、それから4か月離れて、今年の3月から再開です。かぜをひいたのがもとで今年3月から急に悪くなって、むくみまして、それが透析をやったらすっきりしたんです。それまでは透析がいやだったんですが、2回目は透析の威力をまざまざと自分の体で知りました。

中川　透析から離れた時、シャントはそのままにしていたんですか。

高瀬　ええ、そのままです。

松村　再び、透析というので、ガックリこなかったですか。

高瀬　ええ、すごくいやだったですね。でも心臓に水がたまってしまって、眠っていても苦しかったんですね。それまでは週2回ほど検査には行っていたのですが、かぜで引き戻してしまったんですね。でも離れている間、利尿剤も飲まないのに一日3千ccぐらい尿が出て気持ちよかったですね。

中川　はじめの透析の時は急性腎不全に近いかたちですね。尿が一日に3千cc出たというのも急性腎不全とよくにています。典型的な急性腎不全だったら、そのままよくなることも多いのですがね。

透析か移植か

松村　今日お集りの皆さんは移植の経験はおありにならないんですね。

一同　ないです。

松村　できれば移植したいと思っていらっしゃいますか。

高瀬　いま検査中です。

青木　私はこのままでいいです。

細川　ぼくはやりたいと思っております。透析の仲間なんですが、歯医者さんで母親の生体腎もらって、いまピンピンして自分で歯医者さんしているのを見ると……。

中川　できる人は皆移植に移っていただきたいのですが、ひとついいたいことは遺体腎の場合、たいてい数年でだめになるという覚悟はもってほしい。移植というより小さな人工腎臓を入れたというふうに考えていただいて、それがだめになったらまた取り替えるんだというくらいに、気楽に考えていただけばいいですね。将来は、遺体腎も長く機能させる技術が必ずできます。いまは、生体腎より劣るということをそんなふうに異なった見方をして割り切ってもらいたいと思います。

佐々木　小さい人工腎臓はできないものですか。

中川　スーツケースみたいなもので、一応手に持って歩けるだけならもうできています。でも原理的にはちょっとも変わってないのです。いろんな部品が細かくなっただけですから、あまり進歩したものでないですね。ただ、今ぼくらが期待しているのは、ろ過型人工腎臓のように原理が全然違うものもありますから、将来は何とかなるかも知れないということです。

松村　高瀬さんはどなたから貰う予定ですか。

高瀬　両親がくれるっていうんですが、今、透析で調子がいいもので、このまま透析で行ってもよいという気持も強くて迷っています。

中村　腎移植したという話はよく聞いても、だめになっているのか続いているのか、その結果が報道されないんですね。

中川　それは学会では真剣に討論されております。移植して病気を忘れるくらいうまくいっている人はいいんだけれど極端な場合、移植して1週間でまた透析に戻ったなんていう人もいます。しかしこれは新しい技術が進歩するときには常に通過しなければならない壁のひとつにすぎないのです。それをもって、移植か透析かという議論は全く無意味なことです。

松村　どっちの可能性があるか、一種の賭けではあるわけですね。

中川　透析にしても昔はどんな患者さんも一律に1週何時間やればよいかというような議論をしていたんだけれど今はどういう患者さんにはどういう透析器で何時間やるかというきめのこまかい議論になってきています。ろ過型とかもっと楽な人工腎臓も実験的にやっております。まだ、腎不全治療学は発展の過程のごく初期にあるんですよ。

松村　透析も処方する時代になってきたということでしょうか。それにしてもここ10年ぐらいの間に透析で救われる患者さんはうなぎのぼりですし、更に技術が進歩してもっともっと皆さんが楽になる日も夢じゃないと思います。今後ともどうぞがんばってください。今日は遠いところをありがとうございました。

〈次回は 入院中の透析者 の予定です〉

財団法人 腎研究会のページ

1. 受賞者座談会が開かれました。

昭和53年9月9日経団連会館に、浅野誠一先生、竹内　正先生、酒井文徳先生にお集まり願い、杉野信博先生(東京女子医大)の司会のもとで、研究苦心談や抱負などについてお話をしていただきました。その内容は座談会記録としてまとめ、近日発行の予定です。

第2回腎研究会賞

浅野誠一（慶応義塾大学客員教授／浦和市立病院長）

長年にわたりわが国の腎臓学の進歩発展に尽した功績

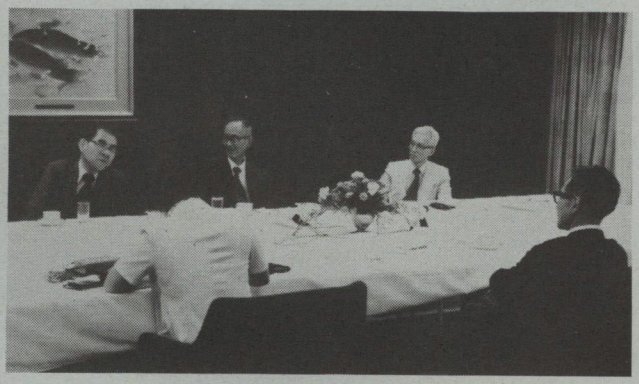
第2回腎研究会学術奨励賞

竹内　正（日本大学教授）

腎髄質の構築と部位的腎血行動態に関する研究

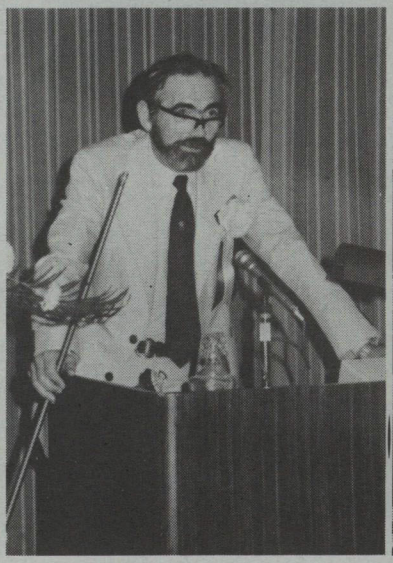
酒井文徳（東京大学教授）

超微量分析法による単一ネフロン機能に関する研究



2. カー教授の公開講演会が開催されました。

昭和53年9月13日経団連会館において、ヨーロッパの腎臓学の中心的存在であるD.N.S.カー教授（英国ニューカースルアポンタイン大学）の来日を機会に、医療法人社団聖友会の後援を得て、吉利　和先生(浜松医科大学学長)に司会をお願いして、「腎不全の治療について」と題する講演会を開催しました。70余のスライドを詳細に逐一説明され、来聴者に深い感銘を与えました。



編集同人

阿部　裕　大阪大学医学部第一内科
秋山暢夫　東京大学医科学研究所
天本太平　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　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　九州大学医学部第二内科
藤田嘉一　兵庫医科大学
橋本　勇　京都府立医科大学
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　関東労災病院
岩崎洋治　筑波大学医学専門学群
梶原長雄　駿河台日大病院
金田　浩　いわき市立総合病院
加藤暎一　慶応義塾大学医学部内科
加藤篤二　日本バブテスト病院
勝村達喜　川崎医科大学心臓血管外科
川原弘久　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　昭和大学藤が丘病院
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
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
大澤　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
酒井文徳　東京大学医学部薬理
笹岡拓雄　横須賀共済病院
佐藤　博　千葉大学医学部第二外科
佐谷　誠　国立循環器病センター
澤西謙次　京都大学医学部泌尿器科
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　山梨医科大学
武内重五郎　東京医科歯科大学第二内科
竹内　正　山梨医科大学
土屋尚義　千葉大学医学部第一内科
上田　泰　東京慈恵会医科大学内科
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
吉利　和　浜松医科大学

楠　信男先生（評議員・編集同人）は昭和53年11月5日にご逝去されました。謹んでご冥福をお祈り申しあげます。

おわび

腎移植講座〈その4〉が都合で掲載できませんでした。おわび申しあげます。

次回は　移植した腎臓が悪くなったら　の予定です。（事務局）

編集後記

●この雑誌の制作には専任者が一人もいません。書く人も、編集する人も、インタビューする人も、その写真をとってくれる人も、印刷してくれる人も皆さん、何らかの犠牲を払っています。何かをやる——前例のないことをやるときにはつきものの現象だとしても、これが当然のことであると考えていいでしょうか。

●この2月に透析の保険点数が変わりました。私は改訂そのものには賛成です。しかし、総枠を小さくせんがために、何もかもひっくるめてしまったずさんな算定法には首をかしげざるをえません。

●食事代が料金のなかにふくまれることになったのを何かの“運動”の成果であるというような考えはおかしいと思います。そこに、栄養士の知的作業が否定されているようにみえます。これでは困ります。

●安ければそれでよし、有料を無料にすれば大成功という思考はやめましょう。透析は不完全な治療なのです。保険点数も、これをいい方向に導く体系に変えるように働きかけようではありませんか。限られた財政のなかで皆なが生きていけるように……。

●今回の改訂は、医者の方にもいい薬でした。

（中川成之輔－東京医歯大 53・11・4 記）

Nipro 信頼される医療器 ニプロ

発売元 株式会社 ニプロ

本社 大阪市大淀区豊崎3丁目20番9号 〒531
TEL (06) 373－3155(代)

なかわたは
東レ テトロン使用 ふとんわた〈FT〉

水鳥の羽毛タッチ

この商品のなかわたは、
"東レ・テトロン"を使用しています。

このタッグが目印です。

東レの高級ふとんわた〈FT〉は、水鳥のあの羽毛タッチ。

軽〜い羽毛のタッチ。

あの水鳥の羽毛の風合いを見事に再現。いつまでも、軽くて暖かいタッチです。

ソフトな感触。

すぐれたドレープ性を生かしましたので、心地よい肌添いがとても魅力的です。

ふんわりふくよか。

長い間使っても、わたがよじれたり片よったりしません。ふんわりふくよかな掛けふとんです。

すぐれた弾力性。

コンパクトにたたんでも、弾性回復力がありますので、まるではずむ感じです。

とても衛生的。

数々の特長に加えて、虫くいやカビの心配がなくお手入れも簡単です。

なかわたは
東レ
テトロン®
ふとんわた〈FT〉
Toray 東レ株式会社
®及び" "は登録商標の表示です。

お問合わせは　建装部寝装課　大阪 06(445)3439〜44　建装部建装課　東京 03(245)5431・5433〜5・5437〜9