

SSKA 東腎協

91年7月25日

No. 89

東京都腎臓病患者連絡協議会（東腎協）

事務局・〒161 東京都

郵便振替口座

電話・FAX



お台場海浜公園（写真・本間 正良）

●おもな記事●

- 透析23年を経て移植・岡本暁さん……………3
- 記念講演・小出桂三先生……………4
- 会員さん訪問〈42〉野沢純一さん……………12
- 私の雑記帳〈その4〉……………14

- スタッフ訪問……………16
- 医学ニューススポット……………18
- 仲間のたより……………20
- 全腎協20周年記念総会……………23

昭和四十一年八月七日第三種郵便物認可
 SSKA通巻一八二九号（毎月六回）の日六の
 一九九一年七月十六日発行

私は昭和六十一年三月十日、全身が怠く、はきけ、頭痛で我慢できず、都立豊島病院で受診、検査にて慢性腎不全と診断され入院、しかし、私は一生透析をしなくてはならないと先生から言われた時「なぜ俺が」透析つてなんだ？私は理解できませんでした。

初めての内シヤントの手術の時シロキカエン麻酔薬が合わずとても苦しい思いをしました。生まれて初めて入院生活をして、こんなに大変とは思わなかった。とにかく早く退院して仕事に戻りたい、当時、私は三十八歳、自分を最善に生かすことのできる体力と希望を持っていました。

結婚を約束した人もいました。当時、彼女は看護学生で卒業してから結婚しようというものでした。付き合ってから現在まで八年間、病気、職場、仕事と大分心配をかけました。退院まもなく結婚と職場も断念し、田舎に帰郷、岩手に帰って仕事もなく、病院も家から一〇〇キロもあり、雪道は車で二時間もかかります。人口四〇〇〇人程の小さな村です。

村には透析患者が四人います。三人の方々は入院透析治療をして

リレー・エッセイ

私は再び上京

常任幹事 谷地 武廣



います。その理由として家から病院までの距離があること、交通機関がない、入院していると家族が安心である。私が知っている三十代の彼は二十歳から十年間入院透析をしています。

彼は家(酪農)の手伝いをしながら通院透析を希望していますが「お父さん、お母さんに理解してもらえない」という。私も彼の両親とは親戚でもあるため、病気のことで、患者会のこと、いろいろお話したのですが、理解してもらえず残念でした。封建的な村で厳格な父親を持つ彼は時代の流れに取り残された孤独な人生の日々をすごしているようでありました。

入院透析をしていると食事管理が良いと思われるが、彼は病院から外へ出て間食し、水分、デザートも関心なく、テレビを見て、食事をして寝る。それが十年間続く、私には耐えられない。父親、家族に自由を束縛されたくない、私は再び上京、六月十八日中板橋南診療所にて透析していただくことになりました。

私の仕事は左官職でしたので、仕事も以前の会社に再就職することになり、三ヶ月間仕事にいきま

した。しかし、一ヶ月十五日しか働けない。給料はこれまでの半分、中板橋南診療所の院長先生には「これから体力は落ちるし、高所での仕事は無理」とのことでした。それでは独立して自営しようと考えていたところ、大山中央クリニックの院長、横山先生の紹介で幸町胃腸病院の改修工事をするということになりました。

病院の改修工事の仕事は大工、ペンキ屋、ガラス屋、電気屋さん、沢山の職人さんがいるわけです。私は職人の手配と見積、工事の工程、そして施行管理、初めての改修工事でしたが自信はありました。約四ヶ月で完成、開院式には幸町胃腸病院の鳥居院長先生から感謝状までいただき感激しました。

透析導入以来、マンション及び一般住宅、事務所等の内外改修工事、左官工事は自分でやります。仕事の忙しいときは尿素、クレアチニンなど高くなります。食事は塩分を控えて一般の健康な人と同じように食べます。

今は東腎協の常任幹事として目的をもって頑張っているので毎日が充実しています。

透析23年を経て死体腎移植

岡本さんの成功に多くの人が注目

透析生活二十三年を経て死体腎移植をして成功した岡本さん（四十三歳）は、全腎協や東腎協の結成に参加した人です。ずっと虎の門病院分院で週二回透析をしてきました。仕事の方も千代田区・西神田で酒処「わらじや」を経営して頑張っています（「東腎協」第75号会員さん訪問で紹介）。

死体腎移植をしたのは今年の三月のことです。十九日二十二時過



ぎ、透析を終えた岡本さんに「お前の血液型は何？ 移植は希望していたの？ 血液を取って本院（虎の門病院）に行つて来るからな。クロス（血液照合のこと）の結果を夜中に連絡するからな」と主治医は告げました。家に帰って家族にそのことを話しました。今まで死体腎移植の登録をしていたことも家族に話していなかったとか。自分は、透析の疲れでそのま

ま寝てしまいました。が、家族の人たちは枕元に電話を引つ張って連絡を待っていてくれました。

翌二十日午前三時に連絡が入り、病院に駆けつけました。朝の六時から手術に入り三時間かかりました。二日間意識が朦朧としていました。「痛いよう

と云っていた、ということですが本人は全然覚えていません。三日目くらいから一回二十ccのおしっこがでたそうです。

「移植の話があった時は突然のこと、これが前からわかっていれば相当迷ったかも知れない。死体腎移植希望の登録をしていたのですぐイエスと答えてしまいました。先生は、あまりにも簡単にOKして驚いたそうです」

一カ月は絶対安静でした。これは腎臓を固定するため、立つたり座ったりするのも腎臓に負担がかかるためいけないそうです。腹膜灌流を長くしていたため腹膜が癒着、がきお腹にたまりやすく下剤を飲んでトイレに間に合わないこともあり駆けていったら看護婦さんに「そんなことをしては駄目ですよ」と叱られたこともあったそうです。なんでもいいからとにかく沢山水分をとるように、との指示で夜中に沢庵をかじりながら

水分を摂ったとか。ビールを飲んでもいいそうですが、病院にいる間は駄目だったそうです。

「急の移植だったので、薬の副作用にどんなものがあるか知らなかったもので、看護婦さんが書いてきてくれて初めて知りました。ブレドニンを飲んだら毛深くなっていました。風邪をひくなどといわれたにその意味がわかりませんでした。退院して仕事にでたらすぐ風邪をひいてしまいました。寿司屋に行つて好きなものを頼んでビールを飲むのは最高の気分ですね。これは前からやりたかったんですよ」

今、岡本さんの移植の成功に多くの人が注目しています。「お前一人の体ではない。成功すれば後から続く人がいる。なんかあったらおしまいだからな。後に続く人は（移植を）やめていつてしまうんだから」と先生は言うそうです。全国でも透析二十三年以上の人人は十人ぐらいいないかな、と岡本さんは言います。術後二カ月たって「また早く仕事に戻りたい」と元気いっぱい岡本さん、移植した腎臓を大切に下さい。

東腎協第19回記念講演

エリスロポエチンの 上手な使い方と透析の合併症

帝京大学市原病院副院長 小出 桂三

「さる四月七日戸山サンライズで開かれた東腎協第十九回総会後、小出桂三先生（帝京大学市原病院副院長・全腎協顧問）は「エリスロポエチンの上手な使い方と透析の合併症」と題して記念講演を行いました。主要テーマが腎性貧血を完全に解決するとまでいわれたエリスロポエチンに関するものだけに、参加者は質疑もまじえ、約二時間熱心に聞き入りました。小出先生の平易な語り口と具体的な説明に、参加者も将来に明るい希望を持ちました。以下はその要旨です。（文責・小脇）

私はこの二十年間、透析療法に従事してきましたが、昨年の四月からエリスロポエチンが使えるようになって、透析療法も大きく変化したように思います。きょうのお話は、前半はエリスロポエチンについて、後半は合併症のうち主として骨の合併症について、最後に動脈硬化についてお話ししたいと思います。その他の合併症については、ご質問がありましたらその中で説明させていただきます。

エリスロポエチンについて

◆命あつての「生活の質」◆

透析療法の目的、目標は、透析療法が最初に行われたころには、単に患者の延命に重点が置かれました。しかし、それから五年から十年くらい経ちますと、延命だけでは透析療法の目的は十分でない、透析を受けている方々の社会復帰にもっと重点を置くべきだ、と叫ばれるようになりました。そ

して最近では透析患者のクオリティ・オブ・ライフ、つまり透析を受けている方の「生活の質」の向上を求められる時代になってまいりました。

そういう時代になったといっても、まだ延命の効果を無視するわけにはまいりませんし、社会復帰も無視できません。

昨年四月からエリスロポエチンが健康保険の適用になって以来、透析患者のクオリティ・オブ・ライフ・生活の質が非常に高められたことは事実であつて、大変喜ばしいことだと思つています。私自身の考えでは、いかに生活の質が高まっても、命を失つては何の意味もないのではないかと。クオリティ・オブ・ライフを高めることばかりに目を向けすぎると肝心の命を大切にすることを忘れて、い

はかの合併症も忘れてしまうので、透析することにもなりかねないので、透析をうけられる皆さんは、やはり

クオリティ・オブ・ライフとともに、自分の合併症に対しても、十分な注意と関心を払ってもらいたいと思つています。

◆まだ不足な社会復帰◆

日本透析療法学会が一九八八年に行った調査（図一）によりますと、透析患者全体の社会復帰率は五七・七％、六割弱の方たちが何等かの形で社会復帰をしていることになりました。まだまだ十分な社会復帰率とはいへせん。

社会復帰率のよいのは夜間透析と家庭透析で、夜間透析は八三・六％、家庭透析が八七・五％と非常に良い数字です。すなわち夜間透析の方は八割以上の方が社会復帰をされています。逆に社会復帰の良くないのは昼間透析で、四八％、半分以上の方たちしか社会復帰をされていません。

昼間透析には入院患者の方が多いとか、いろいろな理由があると思



表1 透析患者の合併症

I 直接死因につながるもの

1 循環系合併症

- 心不全 心外膜炎
- 高血圧 低血圧
- 虚血性心疾患 (心筋梗塞, 狭心症)
- 不整脈

2 脳血管障害

3 感染症

4 消化器合併症

5 高カリウム血症

6 骨質障害

II 社会復帰の障害となるもの

- 1 腎性貧血
- 2 腎性骨質異常症
- 3 二次性副甲狀腺機能亢進症
- 4 透析アミロイドーシス
- 5 多発性骨髄質
- 6 末梢神経障害
- 7 動脈硬化症

◆二大別される合併症◆(表一)
合併症は直接生命につながる合併症と、社会復帰の障害になる合併症の二つに分けられます。
直接生命に関係するものは、循環器の合併症、(例えば心不全、心外膜炎、高血圧、虚血性心疾患、不整脈、脳血管障害、感染症、消化器合併症、それから高カリウム血症、悪性腫瘍とあるわけですが、この内の感染症、悪性腫瘍のようなものを除くと、循環器合併症、脳血管障害、消化器合併症の一部、それから、高カリウム血症など多くの場合は透析療法をしっかりと行えば、十分予防が可能な合併症だと考えています。

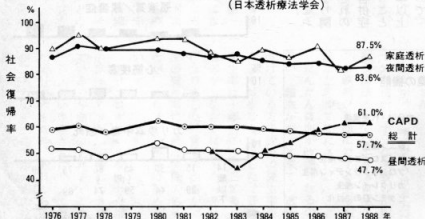
わが国の透析をうけている方々の死亡原因の八位に高カリウム血症があげられ、毎年数百人の方々の命が失われていることは、大変残念なことです。この高カリウム血症こそはゼロにすべき合併症だと思っています。

次に社会復帰の障害となる合併症としては、腎性貧血、腎性骨質異常症、二次性副甲

◆心不全・死亡また増
加◆
性貧血の治療が、昨年エリスロポエチンが健康保険に適用されることによって、ほぼ解決に近づいていることは、全く喜ばしい事だと思っています。

図1 慢性透析患者の社会復帰率

(日本透析療法学会)



社会復帰率の向上が求められて非常に普及が期待されたCAPDはこの時点で六一%であります。わが国では、血液透析が十分行えない患者さんにCAPDが行われている事もあって、CAPDの社会復帰率があまり良くないのだと思っています。

わが国の透析をうけている方々の死亡原因の八位に高カリウム血症があげられ、毎年数百人の方々の命が失われていることは、大変残念なことです。この高カリウム血症こそはゼロにすべき合併症だと思っています。

析アミロイドーシス、多発性骨髄質、末梢神経障害、動脈硬化症などがあげられます。これまでは、これらの合併症は透析療法をしっかりとやっていても、なかなかコントロールが難しいとされておりました。ところが、この中で最も多くの方が合併症として持っておられる腎性貧血の治療が、昨年エリスロポエチンが健康保険に適用されることによって、ほぼ解決に近づいていることは、全く喜ばしい事だと思っています。

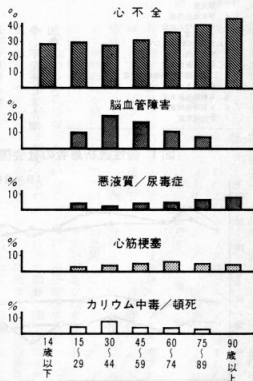
わが国の透析をうけている方が亡くなる原因のトップは心不全で、最近では三六%から三七%に増えています。私たちが透析を始めた二十年前ころは、五〇%の方は心不全で命を落す状態でした。その数字がだんだん改善され、一

表2 透析患者の死亡原因と透析期間との関係

(日本透析療法学会)

死亡原因	透析期間	1年以内	5年以内	10年以内	15年以内	15年以上
心不全	7,525名	995名 36.0%	956名 25.8%	361名 32.3%	180名 35.5%	39名 ¹⁾ 47.6%
		2,366名 29.3%			219名 37.2%	
脳血管障害	894名	274名 10.7%	354名 13.3%	182名 16.3%	78名 15.4%	6名 7.3%
		810名 12.8%			84名 14.3%	
悪液質・尿毒症	363名	141名 5.5%	147名 5.5%	49名 4.4%	17名 3.4%	6名 7.3%
		322名 5.3%			23名 3.8%	
心筋梗塞	377名	112名 4.4%	160名 6.0%	76名 6.8%	29名 5.7%	0
		348名 5.5%			29名 5.7%	
K中毒・頓死	266名	73名 2.8%	123名 4.6%	51名 4.6%	16名 3.2%	3名 3.7%
		247名 3.9%			19名 3.2%	
患者総数	6,925名	2,565名 6.336%	2,654名	1,117名	507名	82名
			6,336名		589名	

図2 透析患者の死亡原因と年齢との関係



(日本透析療法学会)

表3 腎臓の機能

排泄機能 尿の生成・排泄

内分泌・代謝機能

代謝産物や異物の排泄
水・電解質のバランス
体液の量・浸透圧の調節
酸・塩基平衡の調節

レニン産生
エリスロポエチン産生
プロスタグランジン産生
カルクレイン産生
ビタミンDの活性化

時は二五%を切るまでになりました。ところが、またここ十年くらい徐々に増えてまいりましてとうとう三六・五%までになりました。この数字は現在でも変わらないと思います。これはなんとかなければ、と考えております。

脳血管障害は、わが国では比較的增加の傾向はなくて、一三%前後であります。そして心筋梗塞が五一%であります。

◆自己管理やはり重要◆

透析をうけている方の亡くなる主な原因である心不全、脳血管障害、悪液質、尿毒症、心筋梗塞、カリウム中毒と透析期間との関係を示したのが(表2)ですが、心不全を例にとりますと、透析期間十年未満で亡くなる方が三五・三%、十年以上の方が三七・二%ということで、これは透析期間では、あまり差がありません。脳血管障害は十年以内で二・八%、十年以上で一四・三%であり十年以上がやや高くなっています。心筋梗塞はほとんど差がありません。十年未満で五・五%、十年以上が五・七%、高カリウム中毒も十年未満で三・九%、十年以上で三・二%であります。これもほとんど差

がありません。

私が申し上げたいことは、これらのものは透析期間とはあまり関係ないこと、すなわちそれぞれの透析期間の方々にこれらの合併症が起こる可能性があるということでありま。自分ではもう十年以上の長期間透析をやっているの、もう大丈夫だ、もうこういう合併症は自分には起きない、という自信をおもちになるのは結構ですが、過信にならないように、と皆さんに申し上げたいと思います。

年齢との関係で見ますと、(図2)のようになります。心不全で

表4 透析患者のヘマトクリット(Ht)値

日本透析療法学会

Ht 値	1988年末患者	
	患者数	頻度
10%未満	25名	0%
10%～	529	0.7
15%～	10,651	14.5
20%～	29,391	39.9
25%～	20,788	28.3
30%～	8,674	11.8
35%～	2,753	3.7
40%～	679	0.9
45%以上	90	0.1
合計	73,580名	100.0%
Ht 値平均	24.93%	

1988 年 導 入 患 者		
患 者 数	頻 度	
12 名	0.1 %	67.1 %
300	2.1	
2,993	21.2	
6,173	43.7	
3,306	23.4	
1,018	7.2	32.9 %
250	1.8	
52	0.4	
9	0.1	
14,113 名	100.0 %	
23.33 %		

は四十四歳までは差がありません。脳血管障害も一般の方と違ひまして、透析をうけている方々は、若い方でも油断をしてはならない、三十歳でも四十歳でも起こる可能性がかなりあります。心筋梗

塞も同じで、そういう意味では、日常の皆さんの自己管理がいかに重要かということになります。

◆腎臓の重要な働き◆

腎臓はいろいろな働きを持っています。(表3) 腎臓は尿を作る

ことにより蛋白質、炭水化物、脂肪など食事として摂取したものの代謝産物、異物を排泄する、水、電解質の量のバランスをとる、酸塩基平衡の調節を行う、このような排泄機能のほかには内分泌代謝に關した機能を行っています。その代表的なものがエリスロポエチンの産生とビタミンDの活性化であります。そのほかにレニンの産生、プロスタグランディンの産生、カリクレインの産生などがありますが、プロスタグランディン、カリクレインといったものは、今後ひょっとし

たら腎疾患の治療に使われる薬剤になるかも知れません。

エリスロポエチンが使われる以前、透析をうけている方のヘマトクリット値がどれくらいであったかと申しますと、日本透析療法学会の一九八八年の集計(表4)ですが、患者さん全体で五五・一%の方が二五%未満でありました。透析導入時に限定してみますと、二五%未満の方が六七・一%、二五%以上の方が三二・九%ですから、実に三分の二の方がヘマトクリット値が二五%未満でありました。

◆栄養摂取と鉄分補給◆

透析を受ける方に、どうして貧血が起きるかという、まず第一に腎不全という病態そのものによつて貧血が起ることであります。腎臓で作られるエリスロポエチンという増血ホルモンが、血液を作る骨髓に運ばれて、そこで赤血球が作られるわけですが、腎臓が悪くなりますとエリスロポエチンの産生が著明に減少して、どうしても血液を作る力が落ちて貧血が起るわけです。

そのほか尿毒症になると、赤血球寿命が短縮するとか、あるいは

いろいろな出血傾向が見られて、それが貧血に關係するというようなことがいわれています。

栄養障害の中では蛋白質と鉄の摂取量が非常に關係します。栄養が十分でないといくらエリスロポエチンをうっても、貧血は改善されません。

したがって、透析をうける方は、十分な透析、十分な栄養の摂取、薬物療法としてはエリスロポエチンと鉄剤が貧血に対する主な治療法だと思つてください。

だんだん貧血が改善されるのに伴い、輸血が減つて来て、透析をうけている方の肝炎の発生率がどんどん減少してきました。肝炎の発生率は十年前に四・三%あったものが、最近では〇・六一%までになりました。貧血の改善が、肝炎の発生率に密接な關係のあることが、これでおわかりになると思います。

エリスロポエチンを使った場合の副作用ですが、一番はつきりしているのが血圧の上昇で、これが三百人近い患者さんについて行った集計で六・九%、それから頭痛が二・九%、そのほかのものは全部一%以下であります。



◆エリスロポエチン使用ガイドライン◆

エリスロポエチンが非常に良い薬である、透析をうけている方々の貧血に対しては大変効果がある、ということがわかってまいりましたが、一方でエリスロポエチンを正しく使うにはどうしたらよいか、という議論がいろいろな場となされてきました。

一昨年、厚生省に腎不全医療研究班が編成されました。これは腎不全の医療全体に関する大型プロジェクトの研究班ですが、ここでエリスロポエチンの腎性貧血使用ガイドラインが作成されました。

現在ではこのガイドラインに沿って使用することが、大体において正しい使い方であろうと思いますが、私自身の経験をまじえながらガイドラインによるエリスロポエチンの使い方についてお話ししてみたいと思います。

まず治療への適用ですが、ガイドラインによりまずとヘマトクリット値が原則として二五％以下で、貧血に伴う自覚症状が認められる症例、あるいは貧血改善が社会復帰に有利となる症例ということです。ヘマトクリット値が二五％以上でも、貧血による合併症が見られるとか、近いうちに手術を

しなければならない人はこの限りではありません。

エリスロポエチンの治療の開始に当たって注意することは

①適切な透析療法が行われていること

②高血圧を合併している時は、適切な血圧管理が行われていること

③鉄欠乏状態にないこと。すなわち鉄が足りない時は鉄の補給が必要です。血清鉄七〇μg/dl、もしくは血清フェリチン値が正常範囲あるいはそれ以上に維持する必要があることです。

④なかなか治療しにくい重症の高血圧（最少血圧が一〇〇以上）がある時の使用は禁忌だと考えること
などがガイドラインに示されています。

◆貧血改善の目標値◆

次にエリスロポエチンを使用し、貧血をどの程度まで改善させることが目標かということですが、特殊な場合を除いて、二五％以上におくのが妥当としています。

ヘマトクリット値が三〇％以上

に上昇すると、高血圧や血栓症の合併率を高める危険性があるといわれています。

このガイドラインも将来、一部修正される可能性があります。私は現在のヘマトクリット値の目標値は患者さんによっては、変更した方がよい場合がある、と考えています。

エリスロポエチンを使う場合は、できたら一五〇〇単位から始めていただきたい、というのが現在のガイドラインの趣旨であります。担当する医師の判断によって三〇〇〇単位から始めることもあるかもしれません。

一五〇〇単位を週三回使用し、四週間経ってもヘマトクリット値が三％以上上昇を認められない時には、はじめてそこで三〇〇〇単位にあげる。三〇〇〇単位を週三回また四週間使って、三％以上のヘマトクリット値の上昇がえられない場合は、今度はそれを六〇〇〇単位に増やすことになるわけですが、私の経験では六〇〇〇単位を必要とする方は非常に少ないと思います。三〇〇〇単位で週三回、二回透析の方でしたら週二回で、ほとんどの方が目的を達成し

ていると思われます。

ヘマトクリット値の上昇の速度は、週1%を越えないことが望ましい。ということはい急いで大量のエリスロポエチンを使用してヘマトクリット値を急激に上げると、血圧の上昇などの副作用を起こすことが多いということです。

エリスロポエチンを使って貧血が改善されることは、一方では赤血球を作る時体の中の鉄が消費されています。したがって鉄の補給をしないと鉄の不足を起こしてくる場合があります。そのため血清鉄あるいは血清フェリチンを目安として経過を追うことが必要です。鉄補給は血清鉄70、血清フェリチン100が現在目標とされている数値です。

◆鉄分補給の必要も◆

エリスロポエチンを使っても貧血が改善出来ない場合があります。鉄欠乏状態のほかに、体のどこかで出血が続いているのにそれにきづかぬ状態、慢性的感染症や悪性腫瘍がある場合などには、エリスロポエチンを使っても、思うように貧血が改善しないことがあります。

高度のアルミニウム蓄積症、あ

るいは高度の二次性副甲状腺機能亢進症があるエリスロポエチンの効果が上がらないといわれていますが、私はアルミニウム蓄積症は最近経験していませんし、二次性副甲状腺亢進症でも効果がそれほど悪いとは思っておりません。

CAPDの患者さんに対するエリスロポエチンですが、ガイドラインに沿って、週一回又は二回使用できるにしても、いちいち病院へ行くのでは、社会復帰を目的としてCAPDを導入した意味がなくなってしまうので、病院へ行く回数を減らす方法が検討されなければなりません。

◆外食はやはり慎重に◆

次にエリスロポエチンを使うようになると、QOL（クオリティ・オブ・ライフ）生活の質）が向上すると、外へ出る機会も多くなります。この場合注意していたきたいの外食のことです。外食の回数が多くなると、どうしても透析患者の食事療法から外れることも多くなります。リンのコントロールもできないし、カリウムや食塩の摂取量も増えています。

一例を申しますと、外食で多いのに井物があります、井物を食

べていたら、塩分の制限をしているとは、私は考えておりません。

日本人の好きな食品に寿司がありますが、寿司やちらしのお米一升のなかには少ないところで20g、多いところで40gの食塩を入れてあります。したがって一食たべると最低でも2g、多い場合は四〜五gの食塩をとったとお考え願いたいと思います。

エリスロポエチンが使われて、腎性貧血が改善されても、食事療法の基本的なことだけは忘れずに守っていくことが、皆さんのQOLを高める上にも重要なことではないかと、私は思っています。

表5

長期透析者における骨・関節障害

- (1) 腎性骨異栄養症
- (2) アルミニウム骨症
- (3) 透析アミロイドーシス

β_2 ミクログロブリンとの関係

長期透析と骨障害について

次に私たちが最近最も手を焼いているのが、透析をうけている方々の骨関節の問題です。長期透析者の骨障害は(表5)に示しましたように①腎性骨異栄養症②アルミニウム骨症③透析アミロイドーシス、の三つがあります。

◆リンの摂取量を抑制◆

まず腎性骨異栄養症がどうして起こるかといいますと、腎不全になると腎臓からのリンの排泄が減少して、血清リンが上昇します。食べた食事に含まれるリンの一部は、便とともに排泄されますが、約三分の二のリンは腎臓から排泄されます。したがって腎機能が落ちてくると、どうしても血液の中にリンがたまってきます。

また腎臓はビタミンDの活性化をおこなっていますが、腎不全になるとこのビタミンDの活性化障害が起こってきます。この二つの機能障害が進行すると、血清のカルシウムが低下し、二次性の副甲状腺機能亢進症が起きて、繊維性骨炎、あるいは骨軟化症、転移性の石灰化というような腎性骨異栄養症が起きてくるわけです。

そこでどうしてもリンの摂取を少なく摂取して、高リン血症を防止することが望ましいこととなります。厳しい指示をされている病院では一日のリンの摂取を六〇〇mg以下におさえるよう指導されている、とうかがっています。

◆検査結果も自己管理◆

腎性骨異常症の時の検査結果として、高リン血症、低カルシウム血症、PTH（副甲状腺ホルモン）の上昇、それら活性型ビタミンDの濃度の低下、血清アルカリファスターゼという酵素の上昇が認められます。私は透析を受けられる方は透析の成績として、ヘマトクリット、尿素窒素、クレアチニン、リン、カルシウムのほか、PTHとか、後で申し上げる β_2 マイクログロブリン、アルミニウムの値などは、自分自身の体に関するデータですから、主治医から聞いて、自分で承知しておく必要があると思います。少なくとも、高いのか、低いのか、正常なのか、ぐらいのことは承知しておくべきだと思います。これも大きな意味での自己管理の一つだと、私は思っています。

◆リンの排泄の難しさ◆

昨年から約一年かけて、私どものところで、透析でどうすればリンが多く取れるか、ということに盛んにやっておりますが、普通一回の透析では多く取れても八〇〇〜一〇〇〇mg、少ない場合では五〇〇mgぐらいのリンしか取れません。

したがって一日のリンの摂取量を、さきほど厳しい施設では六〇〇mg以下と申しましたが、一般的に八〇〇mgぐらいとしますと、二日間で一六〇〇mgのリン、透析が中二日の時は二四〇〇mgぐらいのリンが体内に入るわけです。しかし一回の透析では多くても一〇〇〇mgしか取れません。ただリンの三分の一は便にでますので、三日間でつたリン、二四〇〇mgのうち、八〇〇mgぐらいは便にでるとしますと、残ったリン（透析で除去されなかったリン）を除去して血清リンを正常に保つためには薬の力をかりなければなりません。

最近では水酸化アルミニウム（アルミゲル）はあまり使わなくなつて、炭酸カルシウムが主として使われていますが、炭酸カリシウムを沢山飲んで、活性化ビタミンDを同時併用しますと、高カルシウ

m血症になってしまふことがあつて、薬の量をきめるのに苦労しているところですよ。

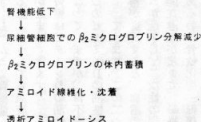
◆アルミニウム骨症◆

次はアルミニウム骨症であります。これは本来は腎不全の合併症でもなんでもありません。アルミニウムの障害にはアルミニウム脳症とアルミニウム骨症それに貧血という三大障害がありますが、アルミニウム脳症は幸いに日本では少数しか報告されております。

高リン血症の治療、あるいは慢性胃炎、胃潰瘍の治療として使われた薬の中に含まれる水酸化アルミニウム、これが腎不全の患者さんの場合、体に蓄積されて、アルミニウム障害を起こしてくるものが明らかになりました。アルミゲルを取らなければ、この障害は少なくなるわけでありまして、その点を記憶されて、リンのコントロールに十分な努力をしていたいただきたいと思ひます。

現在では透析液にRO水（逆浸透水）を使つてますから、透析液からアルミニウムが入ってくることは無いと思ひます。アルミゲルの内服を中止し、炭酸カルシウムを使い、低リン食にしても、なお

図3 透析アミロイドーシスの発生機序

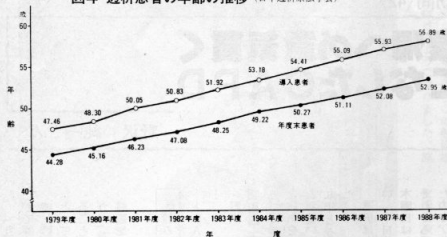


アルミニウムの値が高いときはデスフェラールを使用し、骨などの組織に沈着しているアルミニウムを除去することになります。ただデスフェラールはわが国では鉄過剰症に対して健保の適用が取れていないわけでありまして、高アルミニウム血症に適用されていません。デスフェラールの使用量は、最近では非常に減りました。原則的には一回〇・５gで、週一回ぐらいが安全なところだと思ひます。

◆透析アミロイドーシス◆

最後に透析アミロイドーシスのことですが、腎機能が低下してきますと、尿管細胞での β_2 マイ

図4 透析患者の年齢の推移 (日本透析療法学会)



クログロブリンという物質の分解が減少して、 $\beta 2$ ミクログロブリンが体の中に蓄積されてしまします。機序の詳細は現在まだ明らかではありませんが、 $\beta 2$ ミクログロブリンがアミロイドに変わ

り、身体の内なるところに沈着して透析アミロイドシスを起こしているわけです(図3)。
 $\beta 2$ ミクログロブリンは、一九六八年に分離された比較的新しい蛋白質で、ちょうど透析療法が

始められたころ、発見されたものであります。分子量は一一六〇〇で、一日一五〇〜二〇〇mgぐらいの $\beta 2$ ミクログロブリンが身体の中で作られています。健康な方ですと、主として腎臓で分解されています。現在これを除去するには血液透析、血液濾過透析、CAPDなど血液浄化方法です。い

わけて、透析アミロイドシスの診断基準としては、手根管症候群、だんばづ指、破壊性の脊椎関節症などのほか肩が痛い、膝が痛い、正座や和式の

トイレが使用できない、などの症状があります。この透析アミロイドシスは骨、関節に局限しているように思われがちですが、アミロイドの沈着は全身性にいろいろなところ

に起こるもので、必ずしも骨、関節だけの問題でないことをご承知いただきたいと思ひます。
 $\beta 2$ ミクログロブリンはやはり透析でとるわけですが、これまでよくとれるダイアライザーはなかなかない、と自身の経験から感じていました。最近でできたダイアライザーは、従来のものに比べるとかなり $\beta 2$ ミクログロブリン除去すると思ひます。

動脈硬化について

動脈硬化のことについて簡単に話しておきます。

わが国の透析を受けている方の年齢の推移(図4)ですが、一九八八年で導入患者の平均年齢が五十七歳、全体の平均年齢が五十三歳というところですが、大体一年に一歳ぐらいずつ伸びていきますので、恐らく今年の暮れには導入患者の平均は六十歳前後になろう、ということが予想されますし、今年度末の全患者さんの平均年齢は

五十五歳を越すであろうことは確実であります。

透析を受けている方の高齢化現象が、日本の人口全体の高齢化現象と同様に急速に進んでいます。ということは、やはり動脈硬化が無視できないこととなります。

一方、糖尿病が原因で透析を導入した方は、全透析患者の二五%を越していることは確実で、腎不全患者全体でも一五%ぐらいになっていると思ひます。糖尿病性腎不全の方は、動脈硬化の程度が強いと考えると、患者の高齢化とともに動脈硬化に対する十分な注意が必要であります。

動脈硬化の危険因子といわれるもので、とくに透析患者の場合にあげられるものは、高血圧、脂質代謝異常、副甲状腺機能亢進症、高尿酸血症、糖尿酸、喫煙、ストレスといったものがあります。糖尿病性腎症の増加、透析患者の高齢化傾向、さらに長期透析患者の増加ということで、これからは虚血性心疾患(心筋梗塞、狭心症)が、わが国でも増えてくる可能性が十分ありますので、皆さんもこれに対する注意、関心を怠らないようにしていただきたいと思います。

会員さん訪問(42)

社会復帰への意気貫く 使いこなしたCAPD

野沢 純一さん

「社会復帰に強い意欲をお持ちの方、あなたもCAPD（携帯式連続腹膜透析）に挑戦してみたいかがですか」これはCAPDを使用して、出版営業の仕事バリバリとこなしている野沢純一さん（四十四歳・西新宿診療所・松和患者会西新宿支部）のお話をおうかがいした後の率直な感想でした。透析患者にとって、完全な社会復帰は痛切な願いではありますが、肉体的に可能であっても、時間的な制約から免れることは、最も難しいとされてきました。野沢さんは透析からCAPDに切り替えて、八年目になりますが、「普通の人」と同じ、いや、それ以上といつてよいほど、見事な働き振りを示し、昨年九月二十年勤続表彰をうけました。野沢さんが清々しい語り口で話してくれた、CAPDの生活を聞いてみましょう。

人並みに働きたい！

——CAPDに切り替えた動機は？

野沢 もちろん、社会復帰です。昭和四十年から慢性腎炎にかかり、その後大学生生活、就職、結婚と病気をくりぬけながら、なんとか凌いできましたが、昭和四十九年とうとう透析にはいりました。

透析は週三回、火曜日は半休扱い（半日休み）で午後から透析、木曜日は午後四時半まで勤めて、それから透析、土曜日は休みだったので、午後から透析、という生活でした。そんな生活が、九年間続いたのです。確かに会社側の理解組合のバックアップがあったからこそ、こんな勤務が続いたのですが、私としては耐え難いことでした。半端な勤務、仕事の中断、

例えば、他の人より早く帰る、お客からの電話のけりも付けず、透析に行かねばならない辛さ、気まずさ、透析の九年間は苦痛の九年間でした。

「人並に働きたい」これが私の切なる願いだったのですが、昭和五十八年CAPDにも健康保険が適用になった時、先生からCAPDの切り替えを勧められたのです。

健康管理を徹底的に

——切り替えは順調でしたか。

野沢 きわめて順調でした。七年たった今も快調そのものです。でも、健康管理には随分気をつけたいものです。CAPDに付き物といわれる腹膜炎の予防に、まず手洗いの励行、これは人が三回するなら五回とか、バッグの交換にはほこりの立たない部屋を使うと

か、この二点は徹底的にやりましたね。

それからCAPDのためにはお腹にチューブ（カテーテル）をいれているのですが、ここから細菌がはいってはいけませんから、入浴はシャワーで済ませる。腹痛があつて熱もあるというとき、すぐ抗生物質をのんで病院へ行く、などきちんとしています。おかげで腹膜炎は五年目で初めてかかり、それも二日ぐらいで直りました。今までに二回かかったけれど、みな軽くて済みました。

病院へは定期的に月二回行っています。

明るく元気に力いっぱい

——生活は変わりましたか。

野沢 まず病院に行かなくなっている、時間的なロスがなくなりました。精神的にも大きいメリットが



CAPDの生活を語る野沢純一さん

あります。仕事の上で中断することがなく、負い目も取れませんでした。それこそ大きな顔をして仕事ができます。もう人より早く帰ることもないのです。遅くまで仕事ができます。わたしは競馬が大好きなのですが、日本全国どこの競馬場にも行けるようになりました。旅

行も何の気兼ねもなくなります。昨年は一週間はどニューヨークへ行ってきました。家族からは「明るくなった、元気がなくなった」といわれるし、会社での周囲の空気も違ってきました。

ただCAPDは葡萄糖のはいった透析液を、常時お腹にいれてい

るので、運動をしないと肥るので。腹膜の透析効果が、使っているうちに、どうしても落ちてくるので、葡萄糖も少しずつ濃くしていくとあっては、なおさらのことです。西武新宿駅から会社のある千駄ヶ谷まで片道約二十五分、雨が振っても、風が吹いても、毎日

往復早足で歩くのです。土曜日、日曜日は競馬に行った時は、一日立ちっぱなし。週に一度は妻、娘の三人一家揃って散歩します。

——透析をしている方に一言。

野沢「住めば都」ということがあります。今現在やっていることが一番良い、苦勞の仕方にも差がない、それならば腹を切ってまでCAPDをやることもあるまい、という方が多いのではないかなにかやってみたい、透析はいやだ、と思うなら試してみてはいかがですか。

野沢さんは競馬が大好きなようです。CAPDへの切り替えも、完全な社会復帰と並んで、競馬に行きたい一心で……とこやかに話してくれました。見たところ健康そう、ということだけでなく、心も体も本当に元気なんですね。お話を聞いて、私自身愉快になっただけでなく、心の底から「闘争心」のようなものがわき出てくる感じでした。

野沢さん、あなたの「元氣印」をみんなに行き渡らせてください。

連載 その4

加藤 茂

私の雑記帳

全腎協総会と夏の到来

五月二十六日、二十周年を記念する全腎協総会が笹川記念会館で開催され、私は書籍販売の手伝いをした。総会そのものには、余り参加できなかったので残念だったが、盛会で全腎協が新たな飛躍に向けスタートを切ったことをひしひしと感じた。東腎協の役員、会員を始め埼玉、千葉、山梨の会員の人たちが総会成功のために大変な努力を払ったと聞いた。本当にお疲れさまでした。

総会では、東腎協の初代事務局長・堀江紀久雄さん、秋田県腎協の山口則子さん、故上田会長の奥さんの上田朋子さんと久しぶりに再会でき、うれしく思った。

いよいよ本格的な夏が来る。数年前までは、早く梅雨が終わって夏が来ないかなあと心待ちにしていたこともあった。夏山に登ることが理由だった。一カ月前位から

どこの山に登ろうかなと考えて計画するのが楽しみだった。それが、仕事で忙しくなってしまう、いつの間にか夏山に登ることをやめてしまったのだ。また、行きたいなと思つて山行記録を引っ張りだし

と読んでみた。それは、もう六年前の記録で、会社の人と二人で登った一番最後の山行記録でもあったのだ。

山行記録より

◆北ア・薬師岳・黒部五郎岳・三保蓮華岳・笠ヶ岳

●北アルプス三〇〇メートルの稜線、あこがれの笠ヶ岳に登る。

▽一九八六年七月二四―二六日
二四日、富山地方鉄道の有峰口で下車、折立ゆきバスに乗る。有峰湖を過ぎるころから小雨もやみ晴れた。折立七時四〇分着。準備体操を出発。急な登りを登りつめるとバツと目の前の視界がひらけてくるところが一八七―m三角点で、薬師岳(二九二六m)が目の前に見えてきた。

イワイチョウ、ニッコウキスゲなどが咲いているなを快調に進み、太郎平小屋へ一四時四〇分着。宿泊の申し込みをすませ、薬師岳を往復する。

薬師岳山荘を過ぎると照りつける太陽にかくれるところもないので暑い。薬師岳山頂一五時二〇分。展望は抜群にいい。一七時五分、

太郎小屋へ戻る。

二五日快晴。黒部五郎岳(二八四〇m)に向け四時二五分出発。太郎山をあとという間に通り過ぎ、北ノ俣岳へ五時五〇分着。いくつもある小さなピークを三時間ほどかかつて、やっと黒部五郎岳の肩へ。一休みして山頂を往復。

カールの底を目指して下つていき、雪溪から流れだす小川で小休止し、顔を洗う。黒部五郎小屋へ一時一五分。

三〇分後出発。急な登りを息をはずませながら登る。三保蓮華岳(二八四一m)へ一四時一〇分。ガスられて何も見えないので通過することに。山腹を巻くコースを通過して双六小屋へ一六時一七分。

二六日、四時半出発。稜線へ出ると槍・穂高連峰が目の前に姿を現す。弓折岳へ五時三三分。鏡平山荘が下に小さく見える。秩父平へ七時三三分。左手には奇岩のそそり立つ秩父岩が……。急斜面をジグザグに登り切つて稜線に立つと、目指す笠ヶ岳(二八九八m)が姿を現す。

抜戸岳(二八一三m)の右手をトラバースして巻くと笠新道の分



岐点。八時四〇分。

小休止後、荷物を置いて笠ヶ岳を往復する。抜戸岩を過ぎると、ぐんぐん笠ヶ岳が迫ってくる。

笠ヶ岳山荘を通って最後の急斜面を必死になって登り切る。頂上へ九時五五分着。大小たくさんのケルンが林立するなかに三角点がある。写真を撮って再び笠新道の分岐点へ。急な下りを注意深く降りる。雪溪をいくつか越え、大地のところまでくると杓子平だ。さらに長い樹林帯の下りをやつとの思いで抜け出る。新穂高温泉へ一六時一〇分。

いろんな思い出が

長い下りを五時間位かけてやつとおりて下界の新穂高温泉へついで旅館でも泊まって早く温泉につかりたいと思っていたら、泊まる旅館は一軒もなかった。仕方なくタクシーを乗りついで松本に出て最終の特急あずさで帰京したことが、今でも印象に残っている。

山にあこがれた理由

慢性腎炎で一年近く入院して退

▲写真北アルプス・裏銀座縦走コースからの眺め

院したのは今から二十年前のこと。さて、体力でもつけようかというこで、歩くのを目標にした。私の実家は、埼玉県奥武蔵の片田舎で前も後も山山。小さい頃から付近のそれほど高くない山に登っていたので、退院後しばらくして散歩がてら登ってみた。そして、東京に再び出てきてから毎月一度位は一人で奥多摩や丹沢へよく出かけた。二、三年はそんなことを続けたのだろうか。入院中、北アルプスの山々のことはさんざん聞かされていたので、そんな高い山に一度は登ってみたいとずっと思い続けていた。

その後、槍・穂高連峰の縦走があっけなく実現するのだが、この時の記憶は、とにかく初めて経験する山小屋が満員で山ってこんなにすこいところなんだなあと感心してしまった。

今年の夏は、尾瀬を家族でゆっくり歩く計画を立てているのだが、今のところ果して実現するかどうかはなんともいえない。

一九九一年 夏

（「東腎協」編集委員）

「スタッフ訪問」第二回は、

氷川下セツルメント病院栄養士垣内さんを尋ね、導入期の患者さんへの食事指導、高齢者の食事管理等についてお話を伺いました。



◆最初に導入期の患者さんの食事指導についてお話を聞かせてください。

垣内 導入期の患者さんに対しては、医師と充分協議をしながら食事指導をするタイミングに注意をし日程を決定します。患者さん一人一人が違った経過を経て透析に導入されるわけですから、長い間慢性腎炎で治療されてきた患者さん、糖尿病から腎臓を悪くされた患者さん、初診後すぐに透析導入された患者さんなど、それぞれの患者さんにあつた対応をしなければいけないと思います。

その次に、患者さんの日常生活にあつた指導です。食事は誰が作るのか、仕事をしているかいないか、などによって変わってくると思います。

仕事を持たれている患者さんは、どうしても外食が多くなる傾向にあります。しかし、現在のように入通透析治療も安定し社会復帰の

ことを考えると、外食の問題は避けて通れない問題だと思います。

私の病院では、カリウムとカリウムのデータが特に悪くなければ厳しい制限はしません。外食も上手に取ればバランス良く取れると思います。

◆具体的にどのような方法で、患者さんに食事の説明をされますか。

垣内 患者さんあるいは家族の方

スタッフ訪問

現場の声

が食事を作っている場合は、その家族の方がどのくらい理解できるかによって違ってきます。

積極的な方でしたら、食品交換表をつかって食事計算を中心に指導しますし、それが難しいようでしたら図や絵を使って説明します。

高齢者の患者さんは図や絵を使つた方が良く理解してくださるようになっています。

◆患者さんは、食事指導をきちんと守ってくれますか。

垣内 高齢の患者さんには、理解してもらうまでに多少時間がかかりますが、理解したものに關しては比較的守ってくれます。むしろ若い人の方が、外食の機会も多く体重の増え幅なども多いように思えます。

◆透析中の食事について何か工夫されていることがありますか。



氷川下セツルメント病院

垣内早苗さん

垣内 私の病院では医療食を使わず手作り作っています。

制限された中で、できるだけおいしい食事を作るよう心がけていますし、当然盛りつけにも注意しています。また、横になって食事をされる患者さんには、おむすびを作つてあげたりもしています。

◆透析中の食事について困つたこと、迷つたことなどありますか。垣内 最近感じていることなので

すが、食事の保険点数に矛盾を感じています。それは医療食の方が普通の透析食より保険点数が高いことです。医療食の方は材料が冷凍で比較的手間もかかりません。

患者さんにおいていい透析食を思い院内で調理した場合、医療食よりずっと手間がかかるにもかかわらず保険点数が低いのです。

◆最後で、今後どのような食事指導をしていきたいと思いませんか。

垣内 高齢者の患者さんが増えてきています。食事を作つたり病院への送り迎えは、家族の方が行う場合が多いと思います。

週三回の通院だけでも家族の方にはかなりの負担だと思います。そのうえ毎日の食事まるとなると難しいように思います。

今後は、家族の方の負担が少なくなるよう、通院の介護等に行政がもっと積極的に取り組むべきだと思いますし、食事についてもすべて家族任せでは、充分な食事管理ができないと思います。

多くの人と力を合わせて医療福祉制度の充実をめざした運動、透析患者さんの環境作りを行なっていくたいと思います。

◆有難うございました。(金子)

シンポジウム

これからの都立病院の

あり方について

六月二十一日(金)、東京都区職員労働組合などの主催で「これからの都立病院のあり方について」と題してシンポジウムが開催された。私たち腎機能障害者としてもこれからの都立病院がどういう方向に進んでいくか、大きな関心をもって森事務局長とともに出席した。シンポジウムはシンポジスト、大谷藤郎氏(元厚生省医務局長)の「都立病院に期待する」、

角頼保雄氏(法政大学教授)の「経営分析の立場から」、増子忠道氏(柳原病院院長)の「都立病院白書をまとめて」とそれぞれ的小講演があった。その後、参加者からの意見の交流の場があったが、透析のため退席した。

小講演で増子氏は「民間の病院から見ると、都立病院は看護婦、医師の数が多く、うらやましく、多少反感を抱く気持ちもあったが、実態を見て、少し当たっているが九十%がまちがいであること

がわかった。都立病院には重症が多く、民間に比べ二倍、三倍の医療上の重介護が必要であった」と述べ、今後については「民間でも都立病院と同じレベルの医療がどこでも受けられること。都立病院にもっと看護の手を増やす。ハードも必要だがソフトにもお金を」と今後の都立病院、民間病院のあり方について触れた。

高齢化社会・医療の高度化・複雑化が進む中で、今ほど、東腎協が結成以来言い続けてきた「いつでも、どこでも、だれでも安心してかかれる病院」が求められているときはありません。都立病院の実態を知らされ、重症患者の増加による看護婦不足に、最近の看護婦不足の根の深さを感じた。透析患者も長期の透析による合併症、高齢化などで介護の必要な患者が増加し、改めて都立病院を含め今後の病院の行方が気になる一日であった。(草間)

やさしい障害年金コーナー

シリーズ ⑤

Mさん 私は、現在、障害年金を受けていますが、来年で満六十歳になります。満六十歳になると老齢年金が受けられると聞いております。そこで、お伺いしたいのですが、二つの年金は両方とも受給できるのでしょうか。

事務局 新しい年金制度では昭和六十一年四月から、一人が一つの年金を受けることが原則となりました。

Mさん そうしますと、どちらかを選ぶことになりますね。

事務局 そうです。どちらか有利な方を選ぶことになります。

たとえば、障害年金は、非課税ですが老齢年金は、課税の対象になることや、二つの年金の金額を比較するなどしてどちらか有利な方を決めることになります。

Mさん 具体的には、どのような手続きが必要になりますか

事務局 Mさんの場合、満六十歳になって特別支給の老齢厚生年金を受けられる条件が揃ったときに、年金の請求(裁定請求)といえます。そして受給権を得ておきます。現在受けている障害年金を引き続き受ける場合でも、新たに受けられるようになった年金の裁定請求は、必ず行って下さい。その上で二つの年金のうちどちらかを受ける選択の手続きをすることになります。

「年金受給選択申出書」の用紙は、社会保険事務所にあります。

Mさん 選択していた年金より他の年金の方が有利になった場合は途中で選び直すことができますか。

事務局 はい、できます。その場合には、新たに選択の手続きをすることになります。具体的な年金相談は、事務局又は、社会保険事務所で(承買)

再発率の高い 手根管開放術

長期透析患者の手根管症候群（CTS）の治療法として行われてきた手根管開放術は、術後の再発率が高く手の機能障害が残るケースも多いことが分かりました。

京都府立医科大学整形外科の平沢泰介教授、奥田良樹講師、玉井和夫講師、片山義敬、小倉卓医師、京都第一赤十字病院整形外科の今井亮部長らの研究グループは、尿毒性の神経障害の関与も考えられると報告しています。

研究グループが対象にしたのはCTS患者百十人。CTSを発症した時期は、透析歴十年以上十五年未満で急激に増加、二十年以上では七十一％に達しました。

手根管開放術を行った患者の検診結果によると、しびれ感が全員にあり透析中の痛みは八七％に、手関節の不自由が四三％、手指の不自由が六二％の患者に見られました。

した。

手術後には、しびれ感が六一％、痛みは九一％が改善されたり解消しました。しかし術後に症状が再発したのは十一例あり、非透析CTS患者に比べて高い再発率でした。

電気生理学的な検査を行ったところ、透析歴が長い人ほど知覚神経伝達速度が遅くなり、十五年以上の透析患者の場合、知覚神経伝達速度は毎秒十八・四メートルでした。

運動神経伝達速度も透析年数に比例して遅くなることが分かりました。

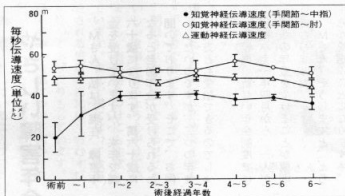
透析患者のCTS症例は、発症早期から神経障害が出ており、手根管開放手術によっても改善されない症例や再発例も多いことが分かりました。

研究グループは今後、原因を追及し、神経障害を軽減したり、改善する方法を見つけないといっています。

米で論争、ドナ ーへの謝礼案

最近、慢性のドナー不足になっ

手根管開放手術後の神経伝達の速さ



ている米国の臓器移植界ですが、このほどドナーを増やすため、脳死患者の臓器を提供した家族に、千ドルのお金を給付するアイデアがだされ、それをめぐって、論争になっています。

臓器移植の場合、移植を希望する患者は毎月千人づつ増えており、その一方で八百人が長期間待たなければならぬ状況で、病状が進行して移植対象からはずされたり

しています。現在、臓器移植手術の希望者は、全米で一万八千六百十三人おり、手術までの平均待機期間は二年以上になっています。三年前の平均待機期間は百二十六日でしたから、最近、急速にドナー不足になってきたことが分かります。

こうした現状から、ジャクソンビルの移植外科医のトーマス・ピーターズ博士は、臓器を提供した患者の家族に千ドル提供することドナーを増やそうというアイデアを出しています。

これに対しジョージタウン大学の研究者は、「利己的な利益をもとに金銭的な報酬でドナーの同意を得ようとすることは受け入れられない」と反対しています。

臓器の売買は米国でも禁止されていますが、お金の給付で、貧しい患者の家族からは臓器の提供者が出るかもしれません。しかし、人の臓器をお金で買うようなやり方は倫理上、問題があるという意見も強く、当面、論争は続きそうです。

脳死が認められていないわが国にとっては、こうした論争は実感としてピンときませんが、医学の

潮流

体外から衝撃波を打ち込んで結

石を砕く体外衝撃波砕石術が数年前に話題になりました。この治療法は主に腎結石に用いられていま

すが、今度は胆道に結石がたまる胆石症治療に有効な新手術法が開発されて話題を呼んでいますので、ご紹介しましょう。

腹腔（こう）鏡的胆のう摘出術。話題の新手法の呼び名です。一昨年、米国の外科医エディ・Ｊ・レディック博士が開発して評判になり、

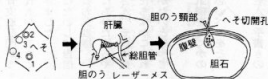
あつという間に我が国にも輸入された手術法で、開腹せずに胆のうを取り出します。

手術は腹部に計四か所、五～十の穴を明け、腹腔鏡と結んだテ

開腹せずに胆のう摘出

新しい胆石症治療を開発

画期的な胆のう摘出手術



- ① 1～4の部位に穴をあける (○は10mm, ●は5mm) ② レーザーメスで胆のうを切り取る ③ 腹部の穴から胆のうを摘出する

レビモニターを見ながらレーザーメスで行います。遠隔操作のレーザーメスを穴から腹の中に入れ、胆のうと肝臓がつながった部位を

分。翌日には歩けますし、四日目退院する人が大部分だということです。「何より手術の傷跡が小さいので、大きな傷跡を嫌う女性の方々に好評です。胆のうは取り出しても健康の支障はありません」と同教授は話しています。

ただし、この手術法が急速に普及する結果、十分に技術習得しない医師がこの治療法を試みて、トラブルを起こすのではないかと、いう心配の声もあります。この点は、お医者さんたちには十分な訓練を積んでから治療に当たってもらうということに尽きるでしょう。

胆石には、腎結石のような体外衝撃波砕石術がいまひとつ有効でないといえます。それだけに、今回の胆のう摘出術は患者さんたちに広く受け入れられると予想されています。

（木村治之）

本欄は読売新聞社の協力で編集作成しました。

倫理問題として、みんなが考えていかなければならないテーマであることは確かかなようです。

臓器提供用の子づくり賛否

米国の週刊誌「タイム」が生体臓器移植について市民一千人を対象に世論調査を行いました。両親が子供の命を救うために、臓器提供者としても一人の子供をつくることに四七％が「倫理上受け入れられる」と肯定。「許されない」という否定派は三七％ののぼり、意見がまっ二つに割れました。

ただし、実際に子供をつくる用意があるとした人は二四％にとどまり、五六％は「必要な臓器を購入する」と答えました。

腎臓など一般的な生体臓器移植については八三％が肯定しました。また、八八％は近い親類のためなら移植臓器の提供者になると答えました。

パーキンソン病などの治療法として有望視されている胎児の組織の利用については、「倫理上、容認できない」と四七％が答え、肯定した三六％を上回りました。

のたまの たより

会員の皆さんから原稿を募集しています。うれしかった事や悲しかった事、苦しかった事などの闘病記、ひとり言やカッパ、写真などなんでも気楽にかいて事務局へ送って下さい

東腎協機関誌No.88の 原稿募集を読んで

主人は透析十ヶ月に入りました。お仲間の中には透析歴七年、十年という方がおられます。その点新参者ですが、去年の今頃の骨皮筋肛門がうそのように、食欲が出てきて体力もついてきました。腎臓の患者にたいして自信のおありになるお医者様、いつもどんな時にもひたすらやさしい看護婦さん。それに良いお仲間の人たちにかこまれて心からありがたいと思っています。

この感謝の気持ちをなにかの形にしたいと思ひペンをとりました。先日、独居老人に手書きの葉書を出す会、という主旨のボランティア団体に出席しました。

老人世帯になると郵便物が目にみえて減り、ことに手書きの本人宛のたよりは、本当に少なくなるそうです。それが定期的な葉書が届くのは、

オーバーに書けば生きる喜び、生きる励ましになるといいます。事実うれしいという返事が(返事は期待しないのに)沢山寄せられます。その葉書を発信する連達が男女あわせて二十名近くの方が居り、その人達のおしやべりの中に聞こえたのですが「献体をしたいがどうしたらよいのかわからない」というのです。別の人がすでに日大に献体をしていて手続きの方法などを話していました。

「そんなことしないで腎臓を下さい」と私はきびたかっただけです。「なんで腎臓なの?」といわれたら、何といえは良いのかわからないまま、どうしよう、どうしよう、うろろろしているうちに話題はかわってしまいました。献体は明日の医療に役に立つ事でしょう。でも若い三十台のミセスの何があったか聞きませんでした。が、献体するのだ

から酒もタバコもなしに暮す、という強い意志の前で何にもいえませんでした。ボランティアの団体だからこういう事が話題になるのでしょうか。それとも私の場合主人の事があるから気になったのでしょうか。

読売新聞に脳死の事がシリーズになって出ます。読んでいますが読むだけではいざという時、あわてるだけという

脳死移植実施の気運が高まる中、近畿地区の移植ネットワーク作りをめざす近畿臓器移植連絡会議が来年一月からドナー(臓器提供者)カードを発行、当面、同会議に参加する約二十施設に配布する。

「移植医療は善悪の臓器提供なくしてはありません。外科医だけではなく内科医、臓器提供側の救急医など移植に携わる医師がまずこのことを理解し、臓器提供の意思を示す必要があります。カード発行はその手段の一つです」

心、肺、肝、脾、スライ、ジン臓など多臓器にわたっているの

ような気がします。本人の意志が文章になっていたらと思いますが、趣意書などという物を前にしたらやはり懸るというのが本音かもしれません。

同封した関西のお医者様の話しを良く検討して前向きに考えたいと思っています。よろしく御指導下さい。

板橋区

加藤 尚子

が特徴。「将来、わが国でも多臓器移植が行われる可能性があり、今から準備しておかないと」

カードは脳死後に臓器提供するいう生前の意思を確認するだけで登録はしない。「法的拘束力はありませんが、市民への啓発に役立つはず」と期待する。

日本移植学会の理事長を務める一方、連絡会議の世話人代表として移植医療の推進に全力を注いできた。「ドナーが現れれば、いつでもできるのに、その日が一向にこない。脳死臨調が大きなネックにな



大人も子供も童心に戻って

去る六月二日、寅さんで馴染の葛飾柴又で年一回の東腎協会交流があった。当日は生憎と梅雨入りが宣言され、一面の雨雲より申し訳けなさそうな小雨が降っていたので、出足がにぶく「川甚に五十名のキャンセル、どう言

い訳しようか」と半分マジな会話をかわしたが、予定とおりの一五四名の参加者があった。雨が止んだが交流委員の判断で雨天時のスケジュールに変更。帝釈天を参拝して矢切りの渡しを見、乗りたい人は舟で対岸の松戸に渡り里見公園を垣間見て戻り、十一時に川魚料理の老舗川基で食事後、「相性ゲーム」、

「輪投げ」、「ボウリング」と室内ゲームをすることになった。帝釈天門前の両側はお土産屋が並び、今にも寅さんが出てくる様ふんいきの参道を歩いて帝釈天についた。堂、内陣の外側には、ふすまの大樑一枚板に法華経の説話が彫られ誠に見事であった。「つれて逃げてよ」の歌で一躍脚光浴びた矢切りの渡しは、柴又側は運動公園になっており、対岸の松戸側は田園風景が広がり、江戸川堤よりの眺めは心やすまるものがあった。昼食は「鯉こく」、「鯉のあい」、「鮎の塩焼」、「鰻重」と豪華なものだった。その後のゲームは「おなじアホなら踊らにやんそん」の文句通りすっかり子供に戻って、自分の札に書いてあるのと正反対の札を持った人をさがして室内を駆けめぐる相性ゲーム、なんとか入れようとする輪投げの行列、ボウリングは勝ち抜きで真剣な顔にぎやかなうちに八箱用意した

景品もなくなり、「透析だよ人生は」の大合唱のうちに楽しかった交流の一日もお開きの時間がきた。(井上)

東腎協総会で感じたこと

あけぼの友の会
島津 小夜子

私は透析を始めて三年目に入り、細かい問題は多少ございいますが、今のところ順調に進んでいるという感じですよ。

今回、初めて東腎協総会に出席させて頂きましたが、日頃、東腎協の広報を見ていて皆さまの活躍により、今、私達が安心して透析を受けられる事をありがたく感じています。私も無力ながら現在入会している「あけぼの友の会」から少しずつ勉強していきたいと思っています。

総会に関しては時間が長すぎるように思いました。会計報告など読んで分かるものについては質問を開く程度でいいのではないのでしょうか。少

寅さんのふるさとへ 東腎協会交流会開く

っているのか。それとも医師に勇気がないのでしょいか。顔を曇らせ、目をしょぼつかせた。

趣味の話に移すと、「最近、書道に凝っているんです。心が落ち着きますよ。妻と二人展を開くのが夢です」とはにかんだ。

ズバリ脳死移植再開の時期は？「うーん、今年あると思つたのに。来年だめなら、日本ではあきらめた方がいいかもしれません」。一言一言かみしめながら答えた。

《読売新聞「顔」より》
橋本 勇さん 昭和58年から京都赤十字病院院長

しでも短くした方が沢山の人が出席できると思います。私の場合会場までロマンスカーを利用しても片道二時間弱かかり、これだけで疲れてしまいます。会場であった二人の女の人は総会の後、記念講演を聞きたいが疲れたので帰ると言っていました。どうされたでしょうか。もし、帰ってしまわれたらしたらとても残念なことだと思えます。このような人達のためにも時間の短縮が必要ではないでしょうか。

感想、まとめ

「会場まで遠い」、「時間が長い」、「疲れた」でした。でも、役員さんはんもつと大変なのですよ。皆さんが透析をしていることを忘れてしまいうそうです。役員の皆さまごころう様でした。私も元気で透析に頑張ります。



心を新たに

多摩ブロック幹事交流

去る四月二十八日、国分寺勤労福祉会館で役員交流会が催された。私は役員二期目の新米のためこうした会議は初めてであった。

会議は東腎協活動日程の説明から始まり、続いて三項目の議題について熱心に討議され、また患者会の歩み方、各種会合時のゲームのやり方についても実のある指導と説明があった。

最後に東腎協泉山会長から「初心を忘れずに」の講演があった。そのなかで特に印象



竹田副会長のゲームの紹介

的であったのは健保適用前の透析医療が自己負担のため「金の切れ目は命の切れ目」といわれたように、いかに悲惨であったかということ、そして、患者と患者会、東腎協と全腎協の組織が一体となって運動を続けた結果、医療費の公費負担を勝ち取ったこと、座して今の制度が実現したのではないということ、また、すべて国がやってくれるから安心という安易な認識でいては、現在の制度はいつまでも保障されないこと、したがってこれからも積極的な運動を継続する必要性のあること、等々のお話であった。

その他、高齢化時代の透析と合併症対策、患者会の運営と役員の心構え等についてのお話があり、大変参考になった。

私はつねづね「助けられた命」「生かされている命」であることに感謝して透析を続

けているつもりですが、これを機になお一層当市の方たちの努力に思いを馳せ、初心に返って力強く生きて行きたいと思います。また、会の活性化のため少しでも余計にお手伝いを出来たらと心を新たに

全腎協総会・交流会を楽しく

全腎協総会の前日、北は北海道から南は沖縄県まで一五二人の会員・家族が参加して全腎協二十周年記念会員交流会が開かれた。この交流会は東腎協が主催して、はるばる各地からつどった会員の方々



会場を盛りあげたコンパニオン（前列）たち

した次第です。最後に未加入の方達もぜひ入会されて会の発展と福祉、医療制度の改善に向かってお力をいただけるようお願いいたします。

（あけぼの友の会、今井）

に楽しいひとときを過ごしてもらおうと企画された。

交流会は立食形式であり、また会場が狭く、運営がうまくいくか心配されたが、いままでも東腎協交流会などで実践して得た経験を最大限に生かし、たいへん大きく盛り上がった。

他県の人たちには東腎協は固いという印象があった。次々に飛び出す多彩なゲームなどに「このような交流会が出るのか」と大いに驚いていた様子であった。特に大きな鳥のプローチを付けた東腎協自前のコンパニオン（東腎協常任幹事など女性七人）の活躍はすばらしく、会場の盛り

り上げに一役買っていた。

いろいろなゲームの後、翌日の国際シンポジウムに参加の海外代表が来場し紹介された。カラオケのど自慢では飛び入りで韓国の代表夫妻から本場の「釜山港へ帰れ」の熱唱があり、宴は最高潮に達した。最後に来年の北海道での再会を期して閉会となった。閉会後も別れを惜しんで、海外代表も交えてあちこちで談笑の輪が広がっていた。

（草間）

表紙のことは

（お台場海浜公園）

江戸幕府が外国船の襲来にそなえて東京湾の海上に築いた砲台がお台場で。いまは入江状の都心のビル群や夜景の眺めもすてきな公園です。砂浜もあってウインドサーフィンやボート遊び、釣りなど家族づれで楽しむことができます。（本間）

雨雲を散らす熱意

全腎協20周年記念総会開く

雨になるかと思われた五月二十六日(日)は幸いにも降らずに、記念すべき二十周年・第二十一回総会を迎えることができました。私たち五万人会員の熱意がパワーとなって雨雲をちらしたのかもしれない。

参加者も会場の三田・笹川記念館をほぼ満席にする状態で、最終的に八二一名になりました。

議事は午前九時半から東腎協の一ノ清副会長の落着いた司会に



東腎協泉山会長の歓迎のあいさつ

よって開始されました。五年ごとの記念総会はいつも東京で開催されるのですが、各県で行われる總會とは趣きを異にして、議案もすべて一括討議です。小林全腎協事務局長が手際よく二十年のしめくりとこの一年の報告、そして今

国際シンポ、公開トークも熱っぽく

午後からは、画期的な催しである「国際シンポジウム」が米国、韓国、オーストラリアからの仲間を迎えて開催されました。「世界の腎不全患者とその運動」というテーマにふさわしく、児島美都子氏の司会のもと、司会補佐は全腎協副会長小関氏が担当して、私たち透析患者の知りたい各国の内幕を聞くことができました。

米国ではダイヤライザーを何回も洗って再使用していたらしく、今まで聞かされてきた米国の医療は日本とちがって医師はよく説明してくれ、豊かであるという一般論か

年度の方針を提案する形で進行しました。

この総会では東腎協が前面に立って協力しましたが、議長も兼賀副会長と木村氏が担当しました。書記も林田常任幹事と小脇編集委員が任命されました。時間通りに議事は終了し、大役を果たした緊張もやっと溶けました。

ちなみに議場外でも各病院単位患者会が各係りを分担し受付や図書販売、湯茶、その他〇〇人程の会員が活躍しました。

らは逆の現実を知り驚きました。公的透析医療費が州政府の財政赤字のためいつ打切になるか不安にさらされているようでした。

また三時からは公開トーク「透析患者の"1"を語る―あのころ私は―」という標題で、患者・透析歴二十三年の田中彰良氏。患者家族・故全腎協会長上田氏夫人上田朋子さん。医師・当時虎の門病院分

院長でご苦労された現国立佐倉病院長の三村信英氏。なお、新聞記者にわたたり「ジン臓病との戦い」を連載し私たちをバックアップし

て下さった三木健二氏の四氏が松村満美子氏の司会により、心に触れるお話を各々なさいました。

なかでも、三木氏が連載の方向性について故上田会長から示唆に富んだ手紙をもらい、いまだに保管してあり、それを夫人にコピーしてお返しするという感動的なエピソードもあり、会場は苦勞ともにして生き抜いてきた同志ともいふべき病友たちの暖かい拍手とちよびりの涙に包まれました。

また上田夫人からは慢性患者に配慮をという助言もあり、小林事務局長に松村司会からねがりの言葉がかけられました。

田中氏は患者のよき見本として意志的に生きている姿を示し、三村氏は当時の医学の限界を率直に話され、故上田会長の治療についての内実と心情を吐露されました。会場は自然に湧きあがる拍手に心と心が通い合う公開トークとなりました。

会場外では埼腎友が大活躍した会員作品展が参加者の興味を引いてたくさん観客が足を運んでいました。透析機器の展示も業界の御協力により、会員の好評を博していました。(木村・記)

事務局から

常任幹事の

任務分担決まる

①全腎協運営委員・幹事（一ノ清、高橋勇二郎、柳、糸賀）

②関東ブロック会議（一ノ清）

③東難連（草間）

このほかに全腎協運営委員に小林、栗原の両氏を推薦しています。また、泉山会長が全腎協相談役になっています。

（委員会による活動）

①会員拡大・交流委員会（石川、岩田、岩本、榎部、川島、小泉、笹川、堀、谷地）

②教宣委員会（糸賀、高橋勇二郎、竹田、森、中田、本間）

③腎疾患対策推進委員会（泉山、一ノ清、柳、大年、河村、高橋政時、林田、山田）

④編集委員会（木村、草間、井上、金子、東野、加藤、小脇）

⑤婦人部準備委員会（木村、石川、井上、岩田、岩本、大年、林田）

井上慶典話集を発行

昨年六月四日に亡くなられた井上慶典さん（元東腎協常任幹事・編集委員）の童話集が発行されました。この童話集は現代イソップ物語として東腎協に掲載された四点を含めて七点が井上さんのお兄さんたちの手によって編集されたものです。童話集ご希望の方は東腎協事務局へ八月十日までにご連絡下さい。

「芳志ありがとう」

11月21日

五月十日（金）、プロレス団体の（株）UWFインターナショナル様よりご寄付をいただきました。

東腎協から竹田副会長、石川事務局次長が贈呈式に出席しました。



寄付金を受ける竹田副会長（右）

東腎協規程集を作成

東腎協第十九回総会において規約改正が行われましたので、それにともしない平成三年度版規程集を作成しました。

（改正部分）第十五条（会費）

当会の会費は、一人年間四、二〇〇円（全腎協分担金を含む）とする。ただし、新規入会で九月一日以降入会の場合は、その年度に限り一人二、一〇〇円とする。

*サイドライン部分改正

（改正後）（改正前）

四、二〇〇円 三、六〇〇円

二、一〇〇円 一、八〇〇円

以上、改正されましたが、規程集を希望される方は東腎協事務局までご連絡下さい。

東腎協事務局に

寄つてみませんか

東腎協事務局では月曜日から土曜日まで（勤務時間九時十五分～十七時・金曜日のみ十時～十七時）会員からの相談、会報の発送などの仕事にあたっています。森事務局長を中心に楽しい雰囲気の中で患者会活動を進めています。

こちら（新宿区下落合・山手線目白駅より七分ぐらい）にいらつしやいましたらぜひ、お寄り下さい。発送のときはガサガサしていてもあまりお話しできないときもあります……。

新入会員紹介

よろしく

寺山あみ、柴田直子、時村武、伊藤清、松山伸一、鈴木徹、森田高雄、大貫敬之助、加納雄介、吉越孝治、西田邦夫、川嶋勝春、竹内千恵、杉山恒雄

（編集後記）

この欄を書かせてもらうにあたって、いつも三つも四つも候補作を考えてしまう。①シルバーストにやつと座ったとき②この人は障害者（視覚）なので席をゆずって下さい③と言われて「ハッ」として席をゆずったこと④自分のことばかり言って社会性の少ない編集後記に対する反省⑤今号の二人の訪問に同行して得た二つの共通点⑥今号の編集後記。

これは編集者として味わう苦痛のなかの楽しみの一つとなっている。（草間）