



94年7月25日

No. 104

東京都腎臓病患者連絡協議会（東腎協）
事務局・☎171

郵便振替口座



FAX

昭和四十六年八月七日第三種郵便物認可
一S S K A通巻二二八八号（毎月六回一の日六の3発行）
一九九四年七月十三日発行



江東区・若洲キャンプ場（写真・北爪 勇）

● おもな記事 ●

- ◎リレー・エッセイ…………… 1
- ◎東腎協第22回総会記念講演
「ここまできた透析医療」前田 憲志… 3
- ◎東腎協活動のまど…………… 20
- ◎なかまのたより…………… 24
- ◎体験の5分間クッキング⑧…………… 26
- ◎わたしのふるさと⑩ 白井次郎…………… 27
- ◎事務局から…………… 28

リレー・エッセイ

私は糖尿病性腎症です

大山腎友会 吉本 義行

今から二十一年前高校二年の時、学校の検診で陽性となつたので、病院で改めて検査を受けました。そこではつきりと糖尿病ですと診断されました。さらにインスリン治療をしなければならぬと言われました。

当時の私には病気の知識などまったくなりませんし、考えもしませんでした。ですから、何の理解もせずに放置しておりました。



約一年後位から、次第に視力が低下してゆき、わずかに二カ月足らずで目が見えなくなつてしまいました。原因は糖尿病性白内障でした。医者から「手術をすれば治ります」といわれて期待は持てたのですが、半年余り暗闇の世界で苦しみました。これが私の糖尿病とのお付き合いのはじまりでした。最近では、五百万とも言われるほど糖尿病患者が増えており、あわせて糖尿病性腎症も増えています。糖尿病にも色々な種類がありますが、代表的なものには二種類です。ひとつは、成人型糖尿病「インスリン非依存型（NIDDM）」です。もうひとつは、若年型糖尿病「インスリン依存型（IDDM）」です。成人型は、全体の九五％で大半がこのタイプで遺伝性

も大きく、不適切な生活習慣などが誘因とされています。

若年型は、一人に〇・〇七人と少なく、若いうちに発症するのでこう呼ばれていました。今では、遅くなってからでも発症するのでこの呼び方はしません。誘因は、免疫やウイルスなどで、細胞が破壊されて起るようです。私の場合はこのタイプで、しかも（ブリントル）不安定型です。

血糖は四―五時間くらいの間隔で百以下―六百以上と変動が激しいので、非常にコントロールが難しいのです。実は私の姉も同じタイプで、やはり二十数年で透析を導入しています。残念なことに導入してから九カ月程で、心労から食欲不振、嘔吐などで体調を崩し他界してしまいました。

私の家系では、親以前の資料はありませんが、母親が成人型で、

このタイプから依存型の子が二人以上発症するのは極めて珍しいとのこと。女子医大に三人というケースもありますが、いずれにしても基本的治療は食事療法で運動療法・薬物療法になります。

六十年には再び後発性白内障で手術を受け、水晶体をとり除きました。しかし、今度は網膜症に悩まされるようになってしまいました。これでは生活の安定どころか疲れて終わつてしまいます。こういう事情で困っている方が多いと思います。

最近、私は前進より後退しないように心掛けています。平成五年には、糖尿病の主治医である相磯先生が、開業することになり、医者と患者の関係から雇用関係になり、色々と考慮していただいています。

人それぞれ境遇が違うのは、何ともいえないことですが、自分を後退させないように頑張つて頂きたいと思います。また、人の輪というものは大変大きな力づけとなりますので、なるべく外へ出てはときます。私も皆様の力を借りて、私たちの向上をめざして頑張っていきたいと思ひます。

ママまでできた透析医療

あなたの日々の努力で世界最高水準に

日本透析医学会統計調査委員長・名古屋大学教授 前田 憲志

今日は長い間、透析の実態を全面的におまとめになって、透析患者がこうやってはいけないあやっぺはいけないというのではなくて、「こまではいいんじゃないか、こまではいいんですよ」という基準を取りまとめられた名古屋大学の前田憲志先生からお話をお聞きします。目からウロコが落ちるお話を期待しています。(司会の言葉から一九九四年四月三日、東腎協第二十二回総会から)

スタートは手さぐりで

私が医学部を卒業しましてインターンの時、初めて配属された病棟が腎臓専門のところ、腎臓の悪い方たちが病室を埋めつくして、腎不全の方が次々とお亡くなりになり、強烈な印象を受けたのです。私が医学部を卒業してから二十八年間ずっと透析に従事してきたのですが、はじめのころは全くの手さぐりでありました。ですから本当に患者さんがどのくらい

元気になれるのか、長く生きられるのか、どれだけ社会復帰ができるのかわからなかったわけですから。

ですから一人ひとり毎日常日の治療が手さぐりで、こちらの動を頼りに方向を探るしかなかったと思います。患者さんにいろいろな意見を聞いてみて、こつちのほうがいいぞ、そつちのほうがいいのではないかというようにやらしいのをえなかつたのですね。その時はアメリカでも始まって四年くらい

しかたっていなかったと思います。その頃はセロハン膜が一枚だったのですね。ですからセロハン膜だけで本当に人体という精巧な腎臓の替わりを何年続けられるのであろうかと、腎臓の権威でいらっしゃる先生方も疑問に思われるという状況であったのです。

家庭透析で指導づくり

その当時、私もインターンのときから病院に少しづつ入らしていただいて、患者さんと色々意見を交換したり、一緒に患者さんと将棋をしたりしていたのです。その時に患者さんたちが亡くなっていかけたのですけれども、患者さんが「何とかして人工腎臓を成功して下さいよ」といっていかれたのです。その印象が非常に強かつた

たわけです。その時に漠然と考えたいくつかの条件みたいなもの、患者さんがこつちの方が良いといわれたことがあるのです。少しでも透析時間を長くやった方が良いということはいわれました。それを証明するにはどうしたらよいかということを考えてのです。ですから病院で長くやろうと考えたのですけれども、ご存じのように看護婦さんの勤務体制とかいろいろなものがありまして簡単にはできないのです。

それを実証する意味もあり、また患者さんがたくさんいらしたにもかかわらず施設が少なかったのが家庭透析を始めました。実際に家庭透析をやって透析とはどういうものなのか、腎不全とはどういうものなのか、それから自分でも



前田 憲志先生

実際に人工腎臓をさわってやってもらうということで、自己管理能力が上がるのだということを経験して透析をやってみました。それから少しでも長くやって欲しいと思いましたが、日曜日に透析が出来ないのは医療施設上の問題ですけれども、人間の腎臓はずっと休みなしに働いているのですから、家庭透析の方は一日置きにやっていた方がいいと思います。そういうことがわかりました。

その当時、透析時間を一定の時間に限られたということがありました。というのは性能が非常に悪かったですから八時間透析をやら

なければいけないわけですね。夜の部でありますと六時からやっても二時とかになっちゃいます。ですから従業員も大変だったのです。私どもも一日置きに二時ごろまでいなくてはいけません。時間を短縮しようということに興味があったのですけれども、出来るだけ良い条件という考えも同時にあって、家庭透析であれば日曜日なんかは長い時間できるということがあって、やっていただいたことがあったのです。

十分な食事、透析と運動

その頃に色々なことがいわれた

のですが、ある時間内でBUNやクレアチニンを一定のレベルに保つために食事を制限する方がよいということ、はじめのころは厳しい食事療法だったと思います。けれども実際に、結果としては体に必要な一定の食事は非常に重要であり、適切な食事をとっていただくことが必要だということがその当時からおぼろげながらわかってきたのです。食事を十分とって、そのかわり透析も十分行い、そして運動をするということが重要だということがそのころからいわれられました。それに社会復帰をするということが極めて重要であるということも実感しました。なぜかといいますとその当時、腎不全は癌と同じくらい恐ろしい病気だったので、ですから本当に望みがないという状況があるわけでありましたが、家庭透析をやられている人をその当時見えますと自分が病人だという意識がなくなっていくのだということがわかってきたのです。やはり自分の仕事とかいようなものに目が向いていく、そして、社会生活に目が向いていくということが非常に重要なのだというところをつくづく実感しました。

た。

これは狭い範囲の限られた患者さんにおける経験です。本当にそれが正しいのか、科学的に本当に証明されるかということは全く別問題でありました。そこで多数の患者さんのデータを基にどういう透析が日本の患者さんにとってベストのものであるかというものを作り上げていくということも必要であるということはその当時から思っていました。しかし、実際は言うのは易く行うは難しいということ、データを集めること自体から難しいわけです。日本透析療法学会(今の透析医学会)の先生方が努力してデータをずっと積み重ねられたのです。

そして、現在透析療法を続けられている方は、一九九二年末で十二万三千九百二十六名です。その方々の貴重なデータが今あるのです。ですからそれをもとに一步でも良い条件を作り出すにはどうしたら良いかということが重要だと思います。至適透析の条件が少しずつですが科学的に証明されるようになってきました。アメリカはそういうことを科学的に証明するということについては、ずっと前

から必要性を認め、こういう透析がよろしいということを出していただきます。

日本もそれと同じようなことをやらなくてはいけないということを考えていたのですが、やっとアメリカと比較するようなデータが出てきました。その結果を見てみますと日本の患者さんの意見、看護婦さんの意見、それから医者たちの意見を合わせて手探りでやってきた透析条件は、本当に世界最高だと思えます。現在は二十年以上透析歴の方々が増えていきます。どんなに経験を積んだ医者であっても、一人の医者が、こうしたらあなたは二十年生きられますよとはいえないのですね。実際に二十年という長きに渡つての条件を出すということは、まず不可能だと思えます。ですからいままでもやっというらっしゃる方々のデータをもとにしながら解析するのが良い方法だと思えます。

透析30年へ

一人一人が挑戦

私も二十年というのが夢であったのだけれども、現在は二十年はクリアーされて、二十六年

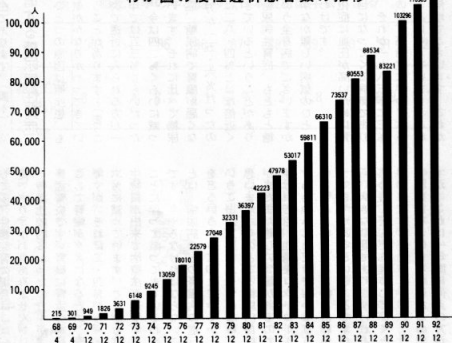
という方がいらつしやるのですね。しかし、大多数の方が三十年をクリアーして、先に向かつていこうというときにはまだまだ山のように問題点があります。ですから今までのあの苦しい時期を考へれば、一人一人の人が挑戦的にやっていたらだかなければならない。それは、自分の成績だけ考へてはいけませんのであって、みんなが透析患者さん全体のことを考へて載いて、一人一人が元気に長生きしていただくことが、どれだけこれからの方々にとって重要であるかということを理解していただきたい。

これは社会的責務であると認識していただきたいと思えます。決して自分のためだけではありません。家族のためだけではないのです。それはみんなのためという意識を持つていただくことが非常に重要だと思えます。そうすれば必ず非常に難しい合併症の問題、たとえばアミロイドの問題のように現在では難しい問題でも将来は必ずクリアーしていくと思えます。

これは一九九二年末のデータであります。(図一)日本透析医学会による全国調査の結果です。回

図1 わが国の慢性透析患者数の推移 (日本透析医学会による¹⁾)

わが国の慢性透析患者数の推移



収率は九・五%です。全国二千五百余の施設があるのですが、データを出していただけなかったのは十六施設です。これだけ集まっているデータは世界的にまずない

と思えます。その結果で十二万三千九百二十六名という患者数が一九九二年末のデータでして、これは日本全体の状態をよく表していると思えます。

昼間透析が七一%、夜間透析が二三%くらいであります。家庭透析はほんのわずかであります。〇・%にも満たないくらいです。

百十一名ぐらいしかまだ出ていない。実際、名古屋で八十名くらいやらしていたでいますけれど、沖繩から北海道まで、管理は名古屋でやらしていただいています。ほぼ全国に分布していらつしやいます。CAPDの患者さんは年々増えていまして五%を超えています。六千名というデータがこの当時出ています。導入の患者さんが一年間に二万二千人くらいで、人口当たりの導入患者さんの数はかわつておりません。ところが死亡患者数は少し増えてきました。それがどうしてかというのがこれからの問題になると思ひます。

長期の患者さんの推移ですが、一九九二年を見ていただくと二十年以上の方が年々増えて、千七百十名くらいです。二十五年以上の方はこの統計では八名です。そのように長期の方が増えています。

最近さし、死亡の割合が高くなつてきたということには年齢の問題があります。一九八三年には、

平均の年齢が四十八歳くらいだったのですが、九二年では五十六歳くらいになっています。導入患者さんも五十二歳くらいだったものが、だいたい六十歳でありますから高齢化というものがひとつの大きな理由であります。(表1)

表1 患者平均年齢の推移 (日本透析医学会による¹⁾)

	1983	84	85	86	87	88	89	90	91	92
年度末患者	48.25	49.22	50.27	51.11	52.08	52.95	53.75	54.53	55.29	55.98
SD	13.84	13.78	13.67	13.62	13.65	13.55	13.54	13.53	13.54	13.46
導入患者	51.92	53.18	54.41	55.09	55.93	56.89	57.40	58.09	58.15	59.52
SD	15.54	15.31	15.37	15.23	14.93	14.86	14.70	14.61	14.58	14.46

激増する糖尿病性腎症

もうひとつの原因は原疾患、もとの病気がかなりかわつてきているということがあります。(表2)

慢性腎炎で透析に入られる方が一九八三年では五三%くらいだったのですが、今は四二%くらいに減つてきています。それに比べて糖尿病性腎症、糖尿病で腎臓が悪くなる方が一五・六%だったのが、今は二八・四%とほぼ倍近くなつてきているということがあります。糖尿性腎症、もともと糖尿病という全身病でございますから、なかなか難しい病気のひとつになるわけです。

腎硬化症は血圧が高いために腎臓が駄目になってくる病気でありますが、それが一九八三年に三%だったのが、高齢化に伴つて六%ということになっていきます。これもほぼ倍増でございます。これがアメリカでは高血圧によつておこる腎硬化症というものが今や一六%に上がつてきています。ですからそのくらいまで日本も上がつていくのではないかとということが要注意の疾患であります。それに対

して多発性囊胞腎の場合はほぼ一定であり、かわりありません。

昔は比較的多かったのですが、腎盂腎炎です。腎臓に腎盂炎を起こして腎臓がダメになるという形ですが、それは二・四%から一・六%に減つています。ですから抗生物質が出て治療法が進歩することに伴つて減つてきているわけです。今やらなければならぬことは、糖尿病の方の腎臓病の進行をどうしようふに抑えていくかということが重要なテーマになると思います。今のところ糖尿病自体がまだまだ難しい問題があるのですけれども、血糖をコントロールするということだけでもかなりうまくいくということでも徐々にわかつてきつ々つあるということですから、大きな問題でありますけれども今後、どんどん進歩していくと思われまふ。

粗死亡率というものがあるので、これは一年間に何人の方が亡くなるかを表す指標と考えていただければ良いと思ひます。(表3)けれどもそれを比較する場合に年齢とか性別とか原疾患の割合とかを合わせないと比較が出来ないわけです。たとえばアメ

表2 原疾患の推移 (導入者) (日本透析医学会による¹⁾)

	1983	84	85	86	87	88	89	90	91	92
年度導入患者数	9,858	10,832	11,776	12,565	14,784	15,512	14,374	16,543	23,005	21,563
慢性糸球体腎炎 %	5,750 58.3	6,099 56.3	6,357 54.0	6,881 54.8	8,017 54.2	7,734 49.9	6,812 47.4	7,261 46.1	10,148 44.1	9,092 42.2
糖尿病性腎症 %	1,538 15.6	1,885 17.4	2,306 19.6	2,677 21.3	3,266 22.1	3,770 24.3	3,808 26.5	4,326 26.2	6,406 27.8	6,132 28.4
腎硬化症 %	297 3.0	355 3.3	418 3.5	466 3.7	580 3.9	602 3.9	591 4.1	900 5.4	1,285 5.6	1,262 5.9
多発性嚢胞腎 %	274 2.8	307 2.8	361 3.1	366 2.9	466 3.2	479 3.1	445 3.1	483 2.9	687 3.0	581 2.7
慢性腎盂腎炎 %	239 2.4	233 2.2	246 2.1	257 2.0	267 1.8	272 1.8	216 1.5	243 1.5	406 1.8	337 1.6

表3 粗死亡率の年次推移 (日本透析医学会による¹⁾)

	1983	84	85	86	87	88	89	90	91	92
粗死亡率 (%)	8.1	7.4	8.7	8.1	7.9	8.2	7.8	9.0	8.9	9.7

かと日本とを比較しようとしたときに、アメリカの方が高齢者ばかりだと仮定します。日本が比較的若い方ばかりだとすると比較して何%の死亡率があるからどつちがいいとか悪いと本来は言えないわ

けです。ですけれどもそれを無視して全部の死亡率を一年通してとつてみるとどうかを表すのが粗死亡率です。

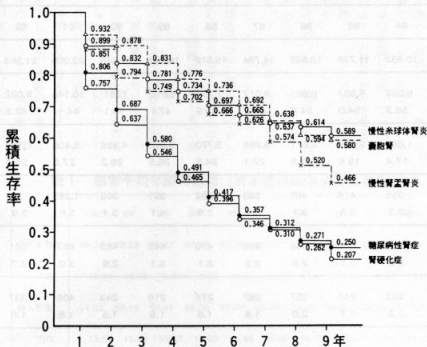
粗死亡率は一九八三年から九一年までの間というのはだいたい七・五%くらいから九%くらいまでの間を日本の場合には推移してきたのです。ところが九二年は九・七%と死亡率は増えてきたのです。これは一つは高齢化の問題、もう一つは糖尿病の方が増えてきたためと考えられます。もつと以前からどんどん増えてきているのですが透析の技術の進歩でカバーしていたのではないかと思えます。けれども最近カバーし切れなくなつてきて粗死亡率の上昇として出てきたと考えられます。

累積死亡率

下げる努力を

累積生存率を出しますと、九年生存率は五%くらいだという成績が出たわけです。これは一般の方と比べますとまだまだ透析がうまくいっているといつても二倍くらい死亡危険が大きいと言えます。これを下げていくという努力が必要だということになると思い

図2 原疾患別累積生存率（日本透析医学会による¹⁾）



ます。
これは原疾患別にわけたものであります。(図2) そうしますと慢性糸球体腎炎の方の場合は九年生存率が五九%くらいあるわけです。囊胞腎もだいたいおなじくら

いですが。腎盂腎炎は少し悪いのですけれども数が減ってきています。やはり今のところは糖尿病が非常に問題でありまして、九年生存率は二五%くらいになってしま

ことが非常に重要であります。腎硬化症も同様でありますけれども、これは高齢者の方が多いこともあり、こういう成績になっています。この二つが非常に重要なポイントになると思います。

心不全死減少に

水管理を

亡くなられた方の原因を見てみますと、(表4)一番多いのが心不全であります。これは八三年でも全体の死亡の中の三〇%くらいだったので。九二年で三一%くらいなのです。全然かわらないわけです。透析の技術がどんどん進歩しているのにかかわらず、全然変わっていないのです。初め私どもが調査させていただいたときは、わからない理由で亡くなったときは心臓が止まるわけですから、心不全だということて病名がつくから心不全が多いのだろと思うたのです。それが毎年だいたいコンスタントなのです。

ですからやはり心臓に対する影響が大きいのだと考えるようになりました。それからあとで申し上げますけれども透析治療が間欠性治療、週三回の治療であるという

ことが非常に大きな理由としてあります。ですから水がたまるということが非常に重要なのです。何回も水がたまってその分心臓が膨らんでいる。透析やっている時間はわずかに一週間十二時間くらいしかないのです。一週間は百六十八時間あるのですから、その中で透析をやっているのは十二時間しかなくてあとは水がたまってくるのです。それは心臓として余分な仕事をしなければいけないことになっています。ずっと十年も二十年も続いている状況があるということ、やはり非常に大きな問題だということがわかってきました。

全国的にも心不全をいかに減らそうかということが緊急テーマとして重要になっています。今度、国立循環器センターの先生方が中心になって、基本的に考え直そうという意見が出てきています。将来、どんなメニューがいられていくだろうと思いますが今は体重のコントロールが重要です。それから次に脳血管障害が重要です。ヘパリンをどうしても使うので出血の頻度が一般の方と比べて高いのです。

ご存じのように昔、日本は一審

表4 主たる死因の年次推移 (日本透析医学会による¹⁾)

	1983	84	85	86	87	88	89	90	91	92
年度死亡者数	4,097	4,179	5,460	5,688	6,098	6,925	6,669	8,409	9,407	10,966
心不全 %	1,240 30.3	1,273 30.5	1,709 31.3	1,890 33.2	1,995 32.7	2,525 36.5	2,229 33.4	2,558 30.4	2,885 30.7	3,406 31.1
脳血管障害 %	580 14.2	643 15.4	773 14.2	794 14.0	865 14.2	894 12.9	881 13.2	1,168 13.9	1,292 13.7	1,486 13.6
感染症 %	451 11.0	480 11.5	630 11.5	682 12.0	733 12.0	848 12.0	781 11.7	976 11.6	1,134 12.1	1,244 11.3
悪性腫瘍 %	316 7.7	289 6.9	351 6.4	393 6.9	353 5.8	478 6.9	505 7.6	689 8.2	712 7.6	774 7.1
心筋梗塞 %	216 5.3	199 4.8	289 5.3	349 6.1	363 6.0	377 5.4	355 5.3	490 5.8	543 5.8	631 5.8

死亡率が高かったのは脳血管障害だったのです。その次が心不全をはじめとする心臓の病気であつて、三番目が癌だったのです。ところが今は癌が一番トップになり、脳血管障害は少なくなつてきました。それは何故かというのと昔と比べると血圧のコントロールがうまくされているためなのです。透析の患者さんについても脳血管障害と血圧は重要な関係がありますので、血圧を正常に保つことは重要なテーマだと思ひます。感染症は一定の頻度で起こります。感染症を防ぐには蛋白質を一定量食べ、運動をし、感染に対する抵抗力をつけることが重要です。癌に関してはほぼ変わりません。心筋梗塞、日本では比較的少なくなつてはいますが、ここには比較的多くはばコングラスタントな状況であります。

体重減少率6%以内に

生存率に影響する因子をコンピュータで解析した結果です。

まず、体重の減少率ですが、これは体重が増えた量とほぼ等しいわけです。体重がどれだけ増えたかということですが、一年生存率との比較でみています。数は四万

数千名あります。その後の一年間で亡くなった方と亡くならなかつた方と体重の減少率にどれだけ差があるのかをコンピュータで計算したものです。体重の減少率が二%から六%未満の方は最も一年の死亡率が低いのです。ところが六%以上の人はあきらかに差がありまして死亡の割合は一・三三倍以上に増えます。これが九%以上になりますと一年の死亡率が二倍以上に増えていきます。これはわずか一年間の成績ですからこれが十年くらい経ちますともものすごい差になってきます。私どもは体重、水を増やすのはいけなしい、また、あんまり少ないといけなしいと言つたのですが、明らかな科学的な証明はなかつたのですがここに明らかになつたわけです。

これは四万二千名の体重減少率の分布ですが、六%以上という人がかなりいます。一八%くらいあります。やはり増やすすぎの方が一七、八%ありますので、こういう方をもう少し減らして頂くことが大切です。

米の透析指導に間違い

次はKtVという数字

ですが、K というのはダイアライザーの能率です。クリアランスです。能率のよいダイアライザーを使っているか、血流が良い条件であれば透析条件が良く、汚いものが良く抜けます。K というのが大きければ大きいほど。それから、というのは透析時間ですから長ければ長いほど体がきれいになります。ただAさんとBさんと比較する場合に、長くやつて良い条件で透析をやれば、どちらが体の中がきれいになっているかということと比較する場合はそれだけではないのです。

体の大きい人と小さい人があります。だからV というのは体の水の量ですが、体液の量が多い人というのは同じだけの透析をやってもきれいになり方が悪いわけですよ。小さい人の方が多いのが、長生きされていく人が多いのですが、それは体が小さいから体がきれいになっているのです。そういう体重の増減を関係なしに比較するときはK_t・V という指標をつかいますとAさんとBさんの比較が出来るわけです。それでこういう指標を用います。

アメリカではこの値が〇・八か

ら一・一の間がベストだということとをアメリカの調査に基づいて一九八五年くらいに結論を出しているのです。それが至適透析の指標だということと世界的に使われていました。ところがアメリカは粗死亡率は非常に高いのです。日本の場合是一年で九%くらいの方が亡くなると思いましたが、アメリカは一年の間に二六%の方が亡くなっていきます。非常に悪い条件になっています。これはこの指標を〇・八から一・一の間にいれば良く、透析時間は関係ないということと透析時間を非常に短くしてしまつたわけです。そういうことで成績は世界でもかなり悪いところまで落ちこんでしまいました。

というところはこの指標の至適な範囲が間違っているということとです。だから日本ではどうなのかということとで四万数千名の患者さんのデータを基にコンピューターが解析した結果です。

わが国での至適な範囲は一・四一・六が良いのです。もちろんすぐに理想的に一・六に出来るかという別問題であります。機械の改良とか、ダイアライザーの改良とか、いろいろなものがないと出来ません。だいたい今、日本が一・二一・四くらいの間ですから、まだまだ改良しうる余地があるということがわかつたわけです。まだまだやる方向性ができていていると思います。

日本の透析患者さんのなかで理想の段階というのはK_t・Vが一・六以上の方ということになります。アメリカでいう一・〇以上が至適であるという条件は、日本では九〇%以上の方がクリアしているのです。

糖尿病患者に透析不足

ところが日本の新しい基準に基づきますと、残念ながらまだ、一四%しかクリアしてないのです。今後、透析の質の問題に関しては見直していかなければいけないと思います。

しかも、糖尿病の患者さんというのは、死亡危険が高いと申し上げましたけれども、その方について透析をどのくらいやられているかということを見ますと一・六以上という日本での理想的な透析をやられているという方は全部の透析の患者さんの場合よりずっと低く、八・一%しかないのです。

だから九二%の方はまだまだ透析の条件を改良して、良い透析に向かつてやっていけるということがはっきりとしてきています。まだまだ改良しなければいけない点が沢山あるということがおわかりいただけるのではないかと思います。

特に糖尿病の方というのは血圧が下がりますとかいろいろなことがあるものですから、中々難しいのです。いろいろな問題が起こりやすいということがあるので、どうしても血流を少し下げてしまつたり、何回もダウンするならば今日ここでやめましょうということになりやすいです。血圧の低下の問題もその機序が明らかにされてきており、あまりダウンせずにやれることが将来、出てくると思えます。こういうことを含めて十分な透析をやるが必要ではないかと思えます。

プロテインカトポリックプレートという言葉が出てきましたが、これは蛋白の摂取量だと思つて戴ければ良いと思えます。蛋白をどれだけ摂取するかということと、g/kg/dayと書いてあります。五十キログラムの人で一日だけ

くらい食べるかということを考えますと、これを五十倍すれば良いのですから、アメリカの場合は〇・八g/kg/day以上が良いとされています。日本で死亡率が最も低いのは一・一から一・三です。ですから蛋白は一定量とらなければならぬわけで平均一・二としますと五十キロの人は六十gを一日ですと五キロの人は六十gです。そして先程の良い透析の条件をクリアーしていただくということが重要ですよ。

蛋白摂取は

一・二g/kg目標

蛋白をどれだけとっているかを日本の四万二千人の患者さんについて見たのですが、〇・八gという方がアメリカの基準ですからアメリカ基準では九〇%くらいの方がクリアーしています。日本の基準の場合、一・二をクリアーされている方はわずかに一七%しかないのです。まだまだ蛋白はとって良いことになりました。そして、十分な透析をやっていたかどうかを身体にとって重要だと思いません。これは蛋白だけの問題ではないのです。蛋白をとることによっ

てカルニチンという蛋白に含まれている心臓を強く働かせ、脂肪を燃焼させるのに重要なものが同時に身体に入っていくことになりました。それは透析で抜けるものなのですけれども、そういうものと一緒にとれますし、微量金属とかビタミンも含めてとれますので、蛋白質の摂取とていことは重要です。これは栄養士さんに聞いていただければどれくらいで一・二になるかということがわかると思いま

す。同じように糖尿病の患者さんについて蛋白をどれくらいとっているかということを見えますと、一・二g以上とっていらつしやる方は全体の患者さんの割合より少ないです。ほぼ一〇%にすぎません。どうしても食事の制限が強いので蛋白質の摂取が悪く九〇%の方がクリアーしていません。糖質のものは減らしていただければいけないのですが、蛋白質で補っていただければいけないのです。糖尿病の方が蛋白質を十分とれるような食事状況によって透析時間を十分やるシステムにもつていけば、糖尿病の成績は向上すると思つていま

す。

透析は四・五〜五時間

が理想的

もう一つ透析時間と死亡率の関係ですけれども、透析時間は日本の場合四時間の人が多いです。統計で検索した結果は理想的には一回四・五〜五時間が良いということが出たのです。四時間の人は四・五時間やつた方がよいということがはっきりしました。たしかに医療従事者も患者さんでもきたら三十分早く終わりたいですけれども、十五分でも長くやる方向にもつていく必要が基本的にはあるというのだと思います。あまり早く終わるのはやめするようにしていただきたいと思えます。

このデータは日本透析医学会の統計調査の結果であり、各施設から協力いただいたのですが、その方たちに本をお送りしたときに、手紙をいただいた先生がいまして、私は長年の経験で絶対五時間だと信じていた。だから保険点数では長くやつても同じで、みんな四時間になつたけれども、絶対五時間を死守してきたのだと、それが証明されてとてもうれしいとい

う手紙をいただきました。

実際、ある程度長い方が良い成績であります。日本ではどれくらいやられているかと申しますと四時間以上の方が九五%以上あります。四・五時間以上になりますと急に減りまして三八%なのです。五時間では二三%です。これをどうするかというところが、今後の重要なポイントですが、時間だけではありません。透析能率をその分上げれば良いのですから両方で考える必要があります。

糖尿病の方の透析時間を見てみますと、それだけ死亡危険が高いですから糖尿病の方は本当は長くやらなければならぬのですが、逆に長い方は少ないです。五時間が全体の患者さんの場合で二三%だったので、これが一六%です。四時間以上の方も九一%しかありません。糖尿病の方は蛋白摂取は十分でないし、透析量も悪い条件になっています。どういうふうにすれば具体的にできるかということを考えていかなければいけないと思えます。

これはEトーパーVを時間で割つたものですが、一時間当りにどれだけ透析をやつてよいか悪

いかという数字です。先程の時間は四時間なりにおいておいてそれを能率を良くやることは重要ですが、どこまで能率を向上させても良いかを調べたものです。血流量をアメリカでは四百ml/分以上とつています。大きなダイアライザーで透析をするというのですが、それをやった場合明かに高すぎる透析能率は悪いという結果が出たのです。この指標で〇・四五以上の能率でやりますと、それ以下で治療されている人に比べますと二・七倍も早く亡くなってしまふことになります。いくら能率を上げるのは良いといつても一定以上に上げると悪いという結果がでました。能率を上げれば短時間でやつても良いということは一一定範囲をこえるの間違つていることになり

ます。

だから死亡に長期に影響する因子というものはわからないわけです。長期の生存率に影響する因子の検索については愛知県で一七五名の患者さんについて、十年前に透析をやっていた人について計算したものです。カルシウム・リン積がすぐ重要で、これが八〇以上の方は死亡率が高いことがあ

きらかにされています。

長期生存率に

響くリン値

これはカルシウム・リン積です。一定の範囲内に入っている人は良いのですけれども、非常に高い人は早く亡くなってしまふ。十年生存率でも大きく差が出ています。血管の写真を見てみますと、いつも写っているのに血管が写るといふ場合があります。これはカルシウムとリンが、血管であるとか、組織に沈着するのです。このような場合血管が石灰の筒のようになってしまふ。長期の場合は非常にリンを低く保つことは重要です。長期生存率に影響します。

七・五例/以上の人と七・五

以下の人を見るとあきらかに七・五以上の人は死亡しやすい。長期の生存率が悪いということになります。

それから蛋白質の摂取量ですが、これは〇・八というところできつていきますけれども、一キロあたり〇・八g、五十キロの人だと四十g以上食べている方と四十g以下の人と比べると明かに四十g以上の方が長生きしています。

BUNは60mg/dl 以上に

もう一つBUNですけれども、これが低い人、六十例/以下の方は早く亡くなるのです。六十以上、百十までの方が良い成績であるという結果がでています。一七五例と事例が少ないので、多数例だと考えにくわしい結果が出てくると考えられます。

血清クレアチニンのレベルでいいますと一〇例/以上の人の方が長生きされている。これは前からそういうように言われてい

ます。筋肉量が多い人が長生きされるということなのです。だから筋肉量を保持するということが重要でありまして、そのために運動をすることが重要です。男性と女性を比べますと一般的には女性の方が筋肉量が少ないです。年齢もありましてからクレアチニンのレベルだけで見るとはまずいです。

それから透析が不足だったらクレアチニンは上がります。それで筋肉量がついたと誤解されては困ります。ですから透析を十分にやっているという条件が必要で、比較する場合の指標としてクレ

アチニンインデックスという値があります。年齢、性別、体表面積から計算して尿中にどれだけクレアチニンが出るかは健康な人ではわかっているのです。その何%のクレアチニン産生量があるかを個々の患者さんについて計算する方式です。一九九二年末にクレアチニンについては調査をさせてもらいましたので、九三年末の成績ではクレアチニンインデックスがどれだけ生存率に影響するかを多数例について計算することが出来ると思ひます。

一七五例の人のクレアチニンインデックスですが、正常人と同じ百に近い人は長生きされています。十年生存率についてもはっきりしています。減つていくほど生存率が悪いです。

もうひとつTIBCというのがあるのですけれども、これは総鉄結合能という指標なのですけれども、これは蛋白質なのです。トランスフェリンという蛋白質の濃度をみているのですが、その濃度が高い人ほど長期の生存率が高いことがみられます。これは栄養の指標だと言われています。濃度が高い人は栄養状態が良いということ

です。そういう方のほうが長生きされています。

ヘマトは30以上がベスト

ベスト

透析前のヘマトクリットです。これは日本透析医学会の災害時の登



録をされている方、三万人を調査したものです。その解析を私どもでも少しやらせていただいています。ヘマトクリットが高い人のほうが長生きされています。これは一年の生存率ですが、ヘマトクリットが三〇%以上の方がベストで

あるといえます。

これは血清の総蛋白ですが、血清総蛋白が六・八g/dl、これは正常範囲ですが、正常値に入っている人の方が条件が良い。低い人の方が死亡危険が高いことを示しています。蛋白合成能は栄養状態を表すのに重要な指標です。

透析前、血清クレアチニンレベルで見ても十二・十五mg/dlの人が長生きされています。これは個人差がありますから絶対値だけでは比較出来ません。

次は入院頻度ですが、これも全国的ではなく、愛知県の九百五十例くらいについて行ったものですが、入院される頻度が高い人と低い人について、どういことが重要かと申しますと透析時間が五時間以上の人は五時間未満の人と比べて入院頻度が半分です。透析前のBUNが六十・百十mg/dlの人が一番良い結果が出ています。糖尿の方は一・八倍くらい入院頻度が高い。高齢の人はもちろん高いことがわかります。

もう一つ透析条件ですがKt/Vが一・一・六未満の方の入院危険をひとしますと一・六以上透析をやっている方は入院頻度が半分

です。だから透析を十分やることが重要だということは入院頻度から見てもいえると思います。蛋白の摂取量でも〇・八一一・三g/kg/dayというところがベストであるという結果が出ています。〇・八より少ないのは良くないと思います。理想的には一・一・三g/kg/dayがベストです。

家庭透析八十三名の男性の方だけ、女性が少ないですから。糖尿の患者さんを除いた方しかも、初めて透析をやられるときに家庭透析だからということで、特殊の方だけをピックアップされているといけないので、三年以上経過された方について生存率を出し、家庭透析でない全国の症例についても三年以上の患者さんです。

生存率高い家庭透析

これは家庭透析全体であります。十年生存率が九〇%を超えています。全国の一般の透析例で見ますと、透析を始めて一年目が一番死亡しやすい。二年目、三年目と減っていくのですが、三年目以上の人を見ますと十年生存率が六六%くらいです。統計的に有意に家

庭透析の方が生存率が高いことになりま。

家庭透析の方は曜日に関係なくやられています。年齢を三十から四十四歳の方に限ってみましても、家庭透析の四十五名の人についてみますと十年生存率は九七%くらいです。施設内の患者さんで八七%くらいという結果が出ています。

もうちょっと高齢の四十五から五十九歳、二十九例しか例がないのですが、それを見ても九五%くらいの十年生存率で、施設内では七五%くらいです。ということで家庭透析は良いのです。何故かというところ、日曜もやっているとあるからです。また、今日は水をのみすぎた、食べ過ぎたというときは長くやられています。個々に細かくやるかということは何に重要かということが十年生存率で出ていますから、家庭透析が良いとか一般の生存率が良いとかいう以前に透析はたまりすぎたから余分にやっって正常化しておくことが重要だということを表しています。

30年透析へ

アミロイドの壁

これから三十年を超える透析をずっとやっっていくか悩まなければならないのですが、そのためには透析アミロイドという合併症をなんとかクリアしなければいけません。非常に難しい問題がいろいろあるのですけれども、最近いくつかの進歩が見られます。

ご存じのように透析アミロイド症の合併と生命予後を見てもですが、これは透析医学会のデータです。透析アミロイド症の合併のある患者さんと合併のない患者さんの生存率(一年)をみてみますとアミロイドの合併のない方が長生きされるという傾向が出ています。アミロイドというのは生命予後にも影響してきます。

年齢と透析アミロイドシスの発症頻度ですが、年齢の高い方のほうが発症しやすいです。

透析歴と透析アミロイドシスの発症頻度の関係ですが、もちろん透析の長い人の方が発症しやすいです。

糖尿病と透析アミロイドシスの関係は、糖尿病だからといって

アミロイドが多いとはいえま。

これは手根管症候群で、手根管にアミロイドがたまってきますので、神経とか腱を圧迫します。脊髄のところもアミロイドがたまってきまして、骨が融解してきます。

肩の関節にも、嚢胞ができていて穴があいています。関節滑膜がなかに入り込んでいます。ここにアミロイドがたまっています。こういうような状況が起こってきてアミロイドは手根管症候群のみならず骨関節症を起こしてきて、肩が痛い、足が痛いという問題が起こってきます。

アミロイドを染めてみますと滑膜に沈着しています。

それだけではなく破骨細胞という細胞がございまして、破骨細胞が骨を溶かしているところです。ここにある滑膜がどんだんなかに入り込んでいく状況があります。

アミロイド骨関節症は手根管症候群を起こしますし、脊髄を破壊し、骨に嚢胞を形成していき、関節痛が出たり、骨折が起こったり、韧带の断裂が起こるといって重要な合併症です。

それに対してアミロイドというのはβ₂ミクログロブリンが原因だということを新潟の下条先生が発見されたことです。これはβ₂ミクログロブリンですが、それとはちょっと違うβ₂ミクログロブリンがあるというのが新生会の斎藤先生とか小川先生が発見され、日本での大きな進歩です。問題はこれが重要だということがわかってきました。

これは小川先生のデータですが、手根管症候群を手術された方はほとんど特殊なβ₂が出ていることを見つめました。

アミロイドに変性β₂

それは一体何かということいろいろとやっつていまして、最近新しい形のβ₂というのがアミロイドを起こしている主役であるということがわかってきたのです。正常なβ₂はそれほどのことではないのですけれども、異常なものがあります。異常なものは蛍光を発するのです。正常なβ₂はほとんど蛍光は出ないのです。

マクロファージといっして炎症を起こさせる細胞を呼んでくるケモキシンといっして、異物

があるということである。その場所に異物処理細胞が集まってきます。AGE β という、異常な β がそういふものをひきつけてくるということがわかって、正常な β はほとんどこのような作用がありません。ですから異常な変質した β が重要な役割をしていることがわかってきたわけです。

この変性 β というものが重要なのだということは、私どもの宮田というのが発見しました。このところの進歩はほとんど日本で進んできています。世界中でアミロイドの研究は日本が一番進歩していて、ほとんど手掛かりが得られています。

こういう変性 β を起こさないのが重要で、 β をできるだけ除去してやるのが重要なポイントであるということがわかってきました。変性 β がどうしてできるかと、将来これを押さえるにはどうしたらよいかということが、今、重点的に研究されているテーマであります。

β の除去濾過透析

今、 β を除去するのに濾過透析をやっています。

ブッシュェブルという方法で、濾過透析はたくさん置換液をつかわなければいけないのですが、置換液を使いますと煩雑であり、毎日できない、費用的にも高いということもありますので、透析液を送り込んで出していくという方法をとっています。

普通は除水コントローラーがありますから、入る水の量と出る水の量は一定なのです。除水する水の量だけが別のポンプで引かれていのです。これを逆転しまして回路のなかに液を送り込みますと液は流れていきますから新しい透析液だけが体に入っていくことになりまして、身体のなかに透析液が入って次の時期には引きだされる方法で濾過透析をやっています。いままでの置換濾過透析というのをやっていますとよく交換しても二十とくらいの置換液量でしたが、透析をやりながら二十をプラスするということだったので、最近ではさきほどの新しい方法で治療するとかなり進歩して平均でも四十と置換できます、多い人は百とくらい置換できます。この結果大きな物質が除去しやすいことがわかってきました。

置換装置は機械がこのように大きいという欠点があります。今は、九州の先生方が改良され、小さいものとして上に乗せるものになってきて、普及してきました。九州ではかなりの施設が濾過透析をやっています。

β 、ミクログロブリンというのは分子量一万一千七百三十ですから、かなり大きなものです。尿素は六十ですから。大きなものを抜くのはどうするかということですが、こういうPANの膜があります。PSポリスルホンの膜など大きな物質を除去するのに適しています。これらの膜について、HDの除去の場合、MGの除去率は三〇％くらいとなります。それに濾過を三十とかけますと六八％くらい除去されます。 β でなくともっと大きな一万四千とか二万二千とかの物質についてもかなり除去が良くなっています。当然、濾過というものをかけないと大きなものは抜けにくい。

これは痛みを訴える患者さんですが、 β がどこまで下がるかということ、三十八と置換でやったのですが、透析前の値が二十四とくらいいまでさがるということ

がわかってきました。それと同時に一定のところから関節痛の軽減作用が見られました。

実際に肩関節が痛いものですが、どこまで伸ばせるだろうということ、各方向から計っておきます。

いろいろな透析方法をやってみました。これは普通の透析、PANの膜を使ってHDをやった場合(1)です。これはキュプロハンの膜を使った場合(2)。これはパンの膜を使ってHDFをやったもの(3)。このようにして β 、MGの血中濃度を見てみますと、PANのような目のあらい膜でやり、AS β が下がってきます。キュプロハンにかえるとずっと上がってきます。濾過透析をやると下がります。また、キュプロハンに戻す(4)とまた上がってきます。

(1)、(3)の場合、共に β 、MGの濃度は下がっているのですけれども、肩関節の動き方というのは、(1)の場合はほとんど変わらないです。一方(3)の時は肩関節の可動は改善します。ですから β の問題だけでなく、もっと炎症性の物質も同時にとれて

いることによって可動域が変わってきます。

これは家庭透析をやっていらっしゃる方なので、いろいろで不眠の痒痒感があつて、いららで不眠の方です。集中するとイライラしてきて仕事にならないという状況があつたかとの今のHDFを導入して、三十分以上の置換を毎回やりました。

そうしましたら痒痒感とか全身倦怠感、食欲不振がなくなり、特に不眠がなくなり、イライラもとれました。こういう透析患者さんの不眠であるとか、イライラ感とか倦怠感、痒痒感はかなり物質の蓄積に由来している可能性が強いと思ひます。しかも大きな物質に由来している可能性が強いのではないかと考えています。

ブッシュフルHDFによる愛知県の成績です。その成績をまとめたものですが、肩関節痛については七〇数%の改善率がある。足がイライラする。全身の痒痒感も八〇%くらい改善する。不眠症はかなり改善してぐっすり眠れるようになります。汗が出てくるというのは改善の方向として重要だと思

います。福島先生が九州で五施設くらい一緒にやられた成績でも同様な成績を出されまして発表されています。

今の慢性の患者さんにあるわけのわからないような不定愁訴といわれていたようなものも原因物質の蓄積があるのだと私は思っています。痛み、かゆみ、不眠を起こさせる物質はなにかということ、これからの問題だと思つていますが、これらの研究は重要なテーマだと考えています。

透析廃液の中に

解明の力

不眠症なんてことを物質論的にアプローチすることは今まで出来なかつたのです。透析患者さんの廃液を利用していただければ将来はこういうものがたまたまから不眠がおこるのだという、物質論的なものが出てくる可能性がります。透析をやられていない一般の方に不眠で困っている方にも使える可能性がでてくるということ、分析して物を決めていくことが重要だと思つていきます。

ほかの問題、たとえばかゆみも同じだと思ひます。これらの原因

物質は量が微量の活性物質ですから、分析もそう簡単ではありません。それから今、社会が老化に向かつています。老人の方を見てみますと、最適な老化をされて亡くなる方もいらつしやいます。そうではなくていろいろな合併症を起こして寝込んでしまう方もいます。パラツキがあるというのは問題だと思ひます。

しかも、仮説にすぎませんけれども、老化とか死というのは、遺伝子の命令に基づいて生じているのだと思つていきます。ですから老化しろという命令に基づいて老化するのだと思ひます。必ず体液的にそういうものを媒介する物質があるのだと思ひます。それを捕まなければいけないと若い人になっています。老化を促進する物質、それを押さえる物質が出てくるかわかりません。若い人を分析し、老化を防止する物質を取りだして老化の最適制御に応用していかなければならないと思ひます。そういうふうには物質論的に老化をコントロールをするのが重要です。物を除去するとか、投与するということ、ホルモン療法もやられていきます。非常に元気になら

れます。そういうホルモンだけでなくいろいろなものがあります。

除去する場合、体液を大量に変換できるというのは、透析療法を除いてほかにはないわけです。ですから体液をきれいにさせることによって老人の方を生き生きとさせていくことができます。これは人類共通のテーマです。重要なものが透析の廃液の中にあると思つてい

ます。透析療法は始めはアメリカに教えてもらうことが多かったのですが、今はアメリカが日本を追いかけている状況ですから、手本はよそにあります。ですから皆様方が一歩新しい歴史を書き換えていかなければいけないわけです。ですから一人一人が頑張ってくださいたいと思ひます。

(見出し・小脇)



〔連載・その15〕

加藤 茂

私の雑記帳

一九九一（平成三）年一月に開館したジェイブ美術館は、江戸川区篠崎にある。

ジェイブとは、Jack in the Box びっくり箱の略。ミケランジェロなどの古典作品、ルーブル美術館所蔵作品が、絵画ばかりでなく額縁や壁などもそっくり壁（ベニヤ板）の中に描かれている不思議なアートスペース、それがジェイブ美術館である。額縁には影がつけられ、あたかも本物の額縁に入っている絵を見ているような錯覚を起こすから、人



間の目なんて案外いい加減なものだな、というのがよくわかる。みんな名画の模写絵だが、一枚一枚の絵には丁寧な説明文が付けられているので勉強にもなる。勿論、あの有名な「モナリザ」にも会えるよ。

土日、休日には、様々なコンサートもあるから暇のある人は、是非行ってみたら。地下鉄都営新宿線・篠崎下車徒歩十分、入館料千円。駅からの送迎バスもあり。

パーベキュー大会

東腎協の青年部で主催するパーベキュー大会の案内を貰ったので出かけてみた。最近では、東腎協の催しにも殆ど参加したことはなかったが、参加してみるとそれなりに面白い。

七月十日（日）JR新宿からホリデー快速電車に乗って終点の武蔵五日市に集合時間の九時三十分

に下車。すでに参加する人はみんな集まって乗合バスに乗り込もうとするところで、模範的な会員さんばかりに感心してしまった。参加者は四十二人という。

私は、駅で集合する人待っていた草間さんの車に乗せてもらって現地へ。秋川の清流のほとりの十里木ランドに着くと、もう多くの人が準備にとりかかっていた。この日のメニューは、飯盒で米を炊き、パーベキュー、けんちん汁を作るという内容。「手伝う人は手伝ってもいいし、ポツとした人はしてもいい」という村田青年部長のありがたいあいさつでいよいよ始まったのであった。

裏方を努める青年部の役員の人たちの活躍は、村田青年部長を筆頭にとにかくすごかった。常任幹事の軽部さんは、奥さんまで動員



して前日買い物で一日を費やしたそうだが。全てのメニューに採配をふるい、自前のパーベキューのタレまで作ってきたという谷地さん。けんちん汁担当で材料、ナベ、ザルなどの準備に奔走した広瀬さん、ビンゴの景品を一人で用意した小野田さん、その他久保さん、工藤さん、糸賀さんなどいた。また、紙面の関係で名前を載せられないが、多くの人たちの協力があったからこそ、大成功したパーベキューだった。

一九九四年 夏

〔東腎協〕編集委員

会員さん 訪問 第53回

樹永照也さん

写真の世界で由緒ある「視点展」に、みごと一九九四年度、第十
九回新人賞に輝いた樹永さんを四谷三丁目にある、現代写真研究所
に訪ねた。

何事にも前向きにこなし、写真
の世界を一步・一步歩んでいる樹
永さんは力強く、はきはきしてい
て、しばし透析患者であることを
忘れさせる三十一歳の好青年だっ
た。

アニメーターを夢見て

熊本八代の高校時代は、アニメ
ーターになることを夢見る絵の好

きな男の子だった。

卒業後、絵の勉強をするために
上京、中央美術学園に入学した。

将来アニメをかいている自分を思
い描きながら二年間、夢中で絵の
修業をした。

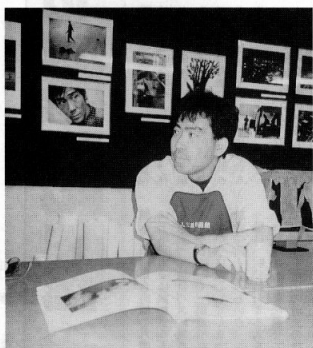
学園卒業後、募集のあった金井
大道具に、入社するのだが、仕事

は舞台の大道具作りで手にするの
は絵筆ではなく、カナヅチとかク
ギばかりであった。

そんなある日、絵筆を手にする
日が来て、新橋演舞場で上演され
る数々の大道具に絵を書く日々が
続いた。

絵書きの仕事はなかなかきつか
ったそうだ。

二年くらい絵書きの生活を送つ
たとき、健康診断にひっかかり、
杏林大病院で診察を受けるが、八



「写真はいろいろな人と知り会える道具」と樹永さん

樹永さんの1週間 (94.6.13~6.19)

	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	
月	起床		透析							仕事											運動	ねる
火		起床								仕事												"
水	起床		透析							仕事												運動
木		起床								仕事												"
金	起床		透析							仕事												"
土		起床								仕事												仕事の時もある 運動
日			起床							フリー (仕事の時もある)												"

夢を追って再び上京

代に思い切って帰ることにした。
腎生検で「糸球体腎炎」といわれ
熊本労災病院に、入院、半年ほど
安静の日々を重ねた。

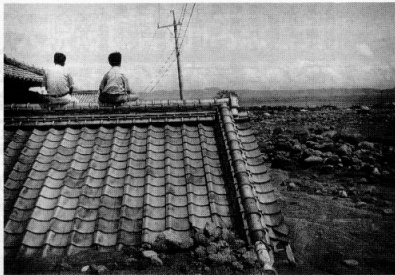
退院後、筋肉のなえた体を治さ
なければならぬことと、これか
ら何か資格がなければとの考え
で、車と中型バイクの免許を取り、

3355
6593
k
3357
7611

透折をやりながらも前向きに生きている人を撮りたい

四カ月後八代を後に再び上京、池袋の友人宅に、居候しながら仕事

についた。
警備・建築クリーニング・電話



「視点展新人賞」に輝いた作品 樹永照也©

営業・トレース・等とへて、最後は貸スタジオでカメラマンの手伝いをする仕事をしていった。

アシスタントの仕事をしているうちに何か写真に引かれる自分に気がつき、写真の勉強を始めようとおもいたった。

昼間働いて、夜勉強の出来る所と、現代写真研究所に入学した。

一年の基礎科、二年の本科と順調にきていた三年目の十二月、無理していた体が悪化、

都立豊島病院で透折導入した。

一九九一年、二十九歳の雪の降る日だった。

一と月程、朝、一日置きに産経新聞の代配をしながら課程を無事終了、卒業した。

視点展新人賞に輝く

絵を志ざしたがどうも自分には才能がないとすっぱり諦め、写真の世界に入ってから二年目、菅賢岳のうずもれた住宅を撮ったのが新人賞に輝いたのだ。

最後に樹永さんは、透折患者であるから透折患者の為に何か撮らなくてはいけない必要性を感じるのですと結ばれた。

一〇一号の記念号に「大袈裟かもしれませんが、透折者の為に私のカメラで一条の光を」と書いている。

この新人賞に輝く写真は「菅賢・茫然」と題されて、東京を始め近県都市で開催されているリアル

ズム写真展である「視点展」で紹介され、カメラマンめざして再出発した樹永さんの門出を祝っている。

目下、樹永さんは、現代写真研究所の事務局に勤務、幅広いプロのカメラマン目指して今日も元気で頑張っている。現在高田馬場診療所で週三回午前透折をしている。

☆リアルズム写真とは

土門拳・田村茂・藤本四八等とプロ写真家達とアマチュアが一緒になって「写真は真実を追求するものだ」「写真とは即ちリアルズムでなければならぬ」と一九六三年「現実をみつめ、生き生きとした写真を創りだそう」として発足したのがリアルズム写真集団です。

☆視点展について

一人一人作家の視点を大事にする公募展として一九七六年より始まった写真展である。

社会の動きや、人々の暮らしなど、日本の社会や自然の移り変わりを映し出す写真展となっている。

(文・井上、写真・草間)

入院給食費のマル障対象を強く訴える

平成七年度都予算要請行動

六月二十三日(木)、午前十時

告しませす。

より午後四時三十分まで、都庁第一本庁舎二十五階第一一会議室において都予算に関する懇談会が開催されました。

東腎協より一ノ瀬副会長を始め十名の役員が出席、都側より衛生局、福祉局、労働経済局、総務局、教育庁、養育院の課長、係長が出席されました。

懇談会は、あらかじめ提出してありました「平成七年度東京都予算に関する要望書」にそって進められました。

その中で主な内容について報

東腎協 活動のぞ

告しませす。

①腎疾患総合対策の確立をめざす要望に対しては、東京都腎不全対策協議会の中で引き続き検討していくこと。同様に、災害対策についても透析医会での取り組みと連携しながら同対策協議会で部会を設けて実質的な検討を進めていきたい。

②多摩南部地域病院が昨年オープンしたが透析台数は一台しかない。十床分の部屋は確保されているので、早急に透析を稼働してほしいと要望しました。

③島しょで透析治療が受けられるようにしてほしいとの要望に対しては、医療スタッフの問題、患者が急変したときの対応、災害時の対応など課題も多いが、新しいシステムをつくり実現に向けて一歩踏み出した。

④福祉局 ①心身障害者福祉手当の増額の要望に対しては、今年四月より一四、五〇〇円となり毎年五〇〇円ずつ増額している。アツ

プ率でみると、三・六%で物価上昇率一・二%より上回っている。大都市の経済負担への助けとなればと思っている。

②透析患者を父とする家庭への児童扶養手当での認定を促進することの要望に対しては、昨年同様、国の機関委任事務でもあり、認定基準の明確化を国に働きかけていく。

③地域福祉推進計画についての要望に対しては、各区市町村との連携をとりながら、計画が実現できるように進めていきたい。

④内部障害も有料道路料金の割引制度の対象にする要望に対しては、建設省有料道路課の話として、料金改定が一年間凍結されたため、今秋にも実施が予定されていたが、これについても延びてしまったとのこと。

*特に今回さしせまった問題として、健保改定中の入院給食費の自己負担(六〇〇円、二年後八〇〇円)について、十月一日より実施

された場合、医療費助成制度(マル障)の対象にしてもらいたいと強く要望しました。福祉局では今、どうするか検討中であるとのこと。

⑤労働経済局 透析患者の雇用拡大を中心に要望しました。その中で経済状況が厳しい中、特別援助部門を設け、透析患者の特殊性を考へ引き続き努力していくとのこと。

⑥総務局 ①部における身障者の雇用率を五%に引き上げること。透析患者をもっと採用してほしいとの要望に対しては、昨年六月現在、雇用率三・一七%とのこと。それから平成四年一名、平成五年一名が採用になっているとのこと。

②「臨床工学技士」の職種を創設することに對しても強く要望しました。衛生局と同様、災害対策についても透析患者のためのネットワーク化など具体的な対策が迫られていることを訴えました。

⑦教育庁 学校検尿による早期発見と管理予防、事後指導などの徹底を要望しました。
⑧養育院 要介護の対策として透析患者も利用できる「高齢者福祉、医療の総合施設」の建設を強く要望しました。(報告・糸賀)

入院給食費600円患者負担を導入 弱者の願い聞く耳もたず



竹田会長も座り込む

入院給食費患者負担導入に反対する運動はJPCを先頭に、昨年の署名運動をはじめ「患者・家族大行動、デモ行進」と活動を積み重ねてきた。

健保法「改正」案の審議が大詰めに入った六月六日よりJPCでは、入院給食費の自己負担を導入などを始めとする健保法「改正」に反対して座

りこみを始めました。東腎協でも全腎協から連絡を受け六日より十日まで竹田会長を始め延べ十五人が座りこみしました。しかし、お年寄りや患者など弱者の声に聞く耳も持たず、わずかな審議時間で一部修正の上、六月二十三日、参議院本会議で可決成立してしまいました。これにより今年の十月一日から入院患者はすべて入院給食費六〇〇円が患者負担になり、二年後からは八〇〇円負担となります。東腎協では前述の予算要請行動にあるように入院給食費がマル障の対象になるように強く訴えています。

(報告・草間)

「無年金障害者の救済を」

障害年金改正をすすめる会が緊急中央行動

四月二十五日、障害年金をすすめる会では、無年金障害者の救済、障害基礎年金の大幅増額を求め、緊急中央行動を行いました。

当日、朝方は天気があまり良くなく心配しましたが、午後一時の集合時には汗はむくらの天気になり、集合場所の日比谷公園霞門には、車椅子の障害者を中心に約六十名が集合しました。

東腎協からは竹田会長を先頭に、森田常任幹事、事務局から草間事務局次長、広瀬惣子さん、それに私の五人が参加しました。

最初に障害年金改正をすすめる会の吉本会長から、すでに年金法改正案が国会に提出されており、すぐにも委員会審議に入る状況の中で、「このまま黙って見ているわけにはいかない」と、切実な訴えがあり、その後、国会議事堂までみんなでデモ行進に入りました。

大勢の警察官による誘導の中

る緊急中央行動」の横断幕を先頭

に二列の隊列になり、シユプレロールを繰返し永田町の大勢の人々に訴え、日比谷公園霞門から厚生省前、官庁街を通って国会議事堂までデモ行進し、衆参両院の議員面会書で請願書を手渡しました。

その後、参議院議員会館に全員が集合し、無年金障害者の救済を求める議員要請の説明があり、六班に分かれ衆参議員三十七名に各リーダーを先頭に議員要請をしました。

当日は連立内閣の羽田首相が誕生し、細川内閣が解散する慌ただしい中、議員会館に在館する議員は少なく秘書に手渡すケースがほとんどでしたが、みんな最後まで熱心に切実に訴えていて感銘しました。その後、リーダーが集まり解散しました。

(報告・東野)

で、「無年金障害者の救済を求め

法人化を前に感慨深い総会

千葉で全腎協第二十四回総会

未だ都市の空間を思わせる幕張メッセの日本コンベンションセンター・国際会議場でこの五月二十二日、全腎協の第二十四回総会が開催されました。全国からは一四四人、東腎協からは一二七人が参加しました。

午前中に、一九九三年度活動報



全腎協会長を囲んで参加した東腎協の仲間

告、決算報告、会計監査報告の承認を受け、九四年度活動方針案、予算案は一括して提案し、今総会の大切な議題である公益法人化についての経過報告もおこなわれました。

昼食後は七つの分科会が開かれました。東腎協はそれぞれの分科会に手分けして常任幹事が出席しました。この総会は千葉県腎協が中心となつて運営されましたが、近県での開催に東腎協も協力し、全体会議の議長を糸賀副会長、第五分科会・社会保障と患者の就労の議長を竹田会長、第六分科会、これからの会活動の書記を堀副会長と草間事務局次長、そして、第七分科会「全腎協と公益法人化」の同じく書記を軽部・木村常任幹事が担当しました。

他の分科会のテーマは次の通りです。第一・「透析医療と供給体制」、第二・「腎臓移植の推進」、第三・「CAPDの普及と問題点」、第四・「要介護透析患者へ

の対応」の四つです。分科会の討議の結果を全体会に報告して、発言用紙にもとづき質疑応答がおこなわれました。

公益法人化問題については反対の立場からの発言もありました。最終的には、方針案、予算案ともに拍手で承認されました。方針が実現し厚生省から法人の許可が出た場合、このような形で総会は最後になるので、会場には、いささかの感慨が流れ去りました。

スローガンの採択、明快な朗読による総会宣言が拍手で採択され、解散決議があり、書記の解任、議長は挨拶のあと、いよいよ閉会となり、全腎協の記念すべき第二十四回総会は幕を閉じました。来年は法人化後の大会が宮崎で開かれるということです。

(報告・木村)

分科会について

分科会の報告については、全腎協機関誌で報告済みなので、東腎協としては、これからの運動の中心となる要介護の第四分科会、また、法人化について東腎協の機関誌であまり触れたことがないので

法人化の第七分科会について報告します。

第四分科会

要介護透析患者への対応

北爪 勇

前夜の全国からの集まりで楽しい交流の場も、今日の総会は緊張の場と変つた。

午後からの分科会では「要介護透析患者への対応」に出席する。会場に入り、見回したら東腎協より十名参加していた。全体の参加者は百五名であった。

要介護患者にとつては避けて通れないのが通院問題である。各都道府県にとつても最大の問題である。各県の代表の話しを聞いていると、どうも要介護透析患者の話は地域活動と重なってしまう要である。

岡山県の通院助成金の成果も、福島県いわき支部の病院見舞金が二万円から二万四千円にアップされたのは四年前の地域活動の成果である。

新潟では遠距離通院の要介護患者さんを対象に病院敷地内にケア

ハウスを建てることにことである。東京の町田市でも同様な方式で進んでいるとのこと、すばらしい発展である。

徳島県の患者さんは難病連の中に入り活動している人がいるということ。「改正」のあった医療法にもとづく療養型病床群での透析患者受け入れ条件からでしょう。

要介護透析患者については六十五歳を基準に話しているが、三十歳の人もいれば、四十歳、五十歳の寝たきりの人、又、目の不自由の人もいると全腎協の運営委員へ訴えていた人がいた。

私は昨年東京都の予算要請に出席したが、要介護と療養型病床群の関連は市町村の出方を見ましてということでしたので、介護の必要な透析患者が利用できるような対策をお願いしたいと思う。

第7分科会

全腎協と法人化

軽部 和之

亀川(宮崎)、吉田(大分)両幹事の司会で進められ、八十四人の参加で、延べ十七人の発言があ

りました。

はじめに運営委員より法人化に向けての今までの経過と、現在の進行状況、これからのタイムスケジュール、そして法人化になって今までの運動の基本精神を継承していく旨の説明がありました。

さらに今日は法人化の是非ではなく法人後の全腎協の活動、非り方などの前向きな議論をおねがひしたいとの提起があり、討論に移りました。討論は、法人化の疑問、懸念される意見が多く出されました。

主な内容は、おおむね次のようなものでした。「十分に議論されておらず、末端の患者まで理解しているとは思えない。法人化は、時期尚早である」、「総会での議決が各県一名の正会員で行われて、はたして正しく民意が反映されるのだろうか」、「東京や大阪などの会員数が多いところと少ないところで、議決権が同じなのは、おかしい」、「厚生省から天下りを含めて圧力がかかるのではないか」、「メリット、デメリットの説明が不十分」などでした。その他、中央と県組織との関係についての意見、定款についての質問などがあり、

運営委員より各々について回答がありました。

「法人化を実現して社会的責任を果たし、社会に還元していくという前向きな姿勢を示して運動を進めていってほしい」との意見に多数の拍手がありました。

一つ一つの意見が、全腎協を考へての貴重な発言であり、法人化を目前に控えて大変有意義な分科会でした。

腎移植への理解を訴える

「都民の集い」開く

腎臓病を考へる都民の集いが、今年も六月十二日(日)に都民ホールで盛大に開催された。皆さんの関心も年々増え、今年の参加者も二百十余名の多きを数えた。

定刻になると参加者で会場は満席となる。午後一時、司会者の紹介で主催者側の東京都衛生局医療福祉部長吉川泉氏の「年々増加している腎臓病の根治療法は腎移植しかなく、皆さんの腎移植に対するご理解と協力をお願いしたい」という挨拶に続いて、東京都医師会理事の柳井嘉氏が明日は我が身かも知れない。腎バンクの登録に

ご協力をお願いしたいと。次に東腎協会長の竹田文夫氏が、患者の立場から大部分の人は人工透析療法で社会復帰をしているが完全でなく、腎移植の必要性を訴えた。

続いて松村満美子さん(テレビキャスト)の「腎不全対策のいま・むかしの講演があり、透析」という言葉も知らなかった私の腎不全のかかわり方、その他の話を一時間半にわたり熱演。(詳しくは「東腎協」号外に出る予定)

続いて都立大久保病院腎内科部長の福田祐幹先生の「薬と腎臓」についての講演があり、どんな薬名なのか。何に効く薬なのか。その効能をよく理解して欲しいなど四十四枚のスライドでわかりやすく説明。

最後に日本一になった東京都吹奏交響楽団の心あたたまるジャズ演奏があり、東京都衛生局医療福祉部特殊疾病対策課長の吉村伸子さんの閉会の挨拶で終了した。

なお、別場所で行われた医療相談には、二人の先生が相談医として四時までの長時間に二十数名が受診され、具体的な内容に納得されて席を離れる人が多かった。

(記・吉田)

ななまの 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、ひとり言やカット、写真などなんでも気楽にかいて事務局へ送って下さい

「またまた三度目

のおめでた」

多満ビル診療所
ひまわり会 飯塚行雄

東腎協「ななまのたより」

で昨年と一昨年に、多満ビル診療所ひまわり会の会員二組のカップルをご紹介しました。が、またためてたく三度目のカップルが誕生いたしましたのでご紹介致します。

会員の大野利男君は透析歴七年で、導入後、当院に通院しながら技師としてアルバイトをしながら、向学心、研究心に燃える彼は、平成四年四月、埼玉県医師会 入間準備



護国学校に入学し、二年間通院、アルバイト、通学、と苦難な道乗り越えて、国家試験にも見事合格し、現在は正職員として勤務しており、夜間透析を行っております。

大野利男君と花嫁の(照美さん)は看護学校在学中に愛が芽生え三年間の交際で今年の四月にめでたくゴールインいたしました。私たち一同心より祝福するとともに、職員として、また信頼される会員として活躍される事を念じています。

与える心

あけぼの友の会 阿部和頼
与える心とは人に物を与える美しい心豊かな心のことではないかと思う。

人に物を与えると云う事は云いかえれば愛情を人に与えるということが云える。世間には物を人に与えたり知らない事を教えたりしてご満悦になって居る人も居る。この様な場合は何となく卑な気持ちになる。それは豊かな心を与え

て居るのでなく卑な心を与えて居ることになる。それは豊かな心よりは、はるかに遠い卑な心が浮かび上がるからである。

先日池袋から電車に乗って秩父へお墓参りに行った帰りのことである。老夫婦が私の前の席に座った。一駅位過ぎた頃菓子箱を広げて私に食べなさいといって申だんごを二本戴いた。見ず知らずの人物から物を戴いたりすることは余り体験したことがない、昔の日本人の美の心であり年輩の人の象徴でもあると云える。見ず知らずの人から物を戴いたことは金銭を超えた美の心であると云える。何となく感謝せずにはおられない気持ちが漂って来た。

最近はこの様な情景は余り見られないが、一昔前は良く見られた日本人の美の心でもあった。人には皆、長所もあり短所もある。あの人は嫌だと思っても心の中で誰々さん「ありがとう私が悪かった」と感謝の心で折っておれば、自然に心がさわやかになり氣

持ちが良くなるものである。

人に与えず貰わず主義の人は今の時代から過ぎかっけて行きつつある人ではないかと思う。昔のことわざに人に与えれば我に返ると云う言葉がある。現実な言葉であると思う。与えられれば感謝の気持ちで一日一日を明るくはえみの生活を過して行けば、いつかは花咲き実を結びが訪れることは間違いありません。

東腎協総会に参加

聖路加病院 田中助成
花めぐるこの身喜ぶ妻がい

今日は二十二回東腎協総会を終え、待合せた妻と千鳥ヶ淵を見見としやれこんで家路につきました。

開会の挨拶に始まり全ての議案が終了するまで五時間余、私にとって決して楽な時間ではありませんでした。今日の会議どれ一つとつても無

体験的5分間クッキング ⑧

「きざみ葱と削りかつおの

相性の良さを利用して」

☆お好み焼きに入れて

▼材料・(二人分) きざみ葱(一本分) 削りかつお(二〜三パック) お好み焼きのペースとして、卵(一個)、メリケン粉(半カップ)、スキムミルク(大匙二)、水または牛乳少々。

▼作り方①お好み焼きのペースを作る。なめらかになるように良くまぜると口当たりが良い。②きざみ葱、削りかつおを混ぜこみ油を引いたフライパンで焼く。四枚に分けて、あまり厚くしないで焼くのが良い。減塩醬油でどうぞ。

☆厚揚げを焼いて

▼材料・(二人分) 厚揚げ一枚、葱半分、かつお一パック。

▼作り方・トースターで厚揚げを焼き、薄く焦げ目をつける。五ミリの位の厚さの食べやすい大きさに切り、きざみ葱、かつおをたっぷりかけ、減塩醬油をかけていただく。さらに、大根下ろしをかけて

も美味しい。

☆油揚げに詰めて

▼作り方①油揚げ二枚を半分に分切り、袋にする。(出来上がり四個、二人分)、きざみ葱(半分)、かつお(一パック分)を器にいれて減塩醬油小匙二をかけて混ぜ合わせる。②開いた油揚げの中に大匙一杯ぐらいの分量の葱とかつおを混ぜたものを詰め、爪楊枝で口を止めてトースターで焼く。中身が暖まる位で、焼きすぎないように。中の葱とかつおに味がついているのでこのままでも良い。

大根下ろしに減塩醬油やポンズ醬油をかけて食べても美味しい。

(小脇)

栄養士から一言

こごがポイント

◇お好み焼きに入れて◇

カルシウムの補給にスキムミルク



カット・山中知子

料理と思います。

◇油揚げに詰めて◇

袋にしたものには何が入っているのか楽しみなものです。中の材料が暖まると葱の香りがして食欲も増し、夢のある材料だと思います。

(八木由紀子)

表紙のことは

江東区若洲キャンプ場
☆交通機関 地下鉄東陽町駅
前バス停より、新木場駅
由若洲キャンプ場行き

バスの時刻表のワのついているのが若洲キャンプ場行き小学校から社会人のサークル、グループが都会の開放感を味わっていた。柵を越えたと海・釣を楽しむ人も多い。テントを張って宿泊を楽しむことも、日帰りで楽しむこともできる。ただし予約が必要。関東近県から家族連れで来る人も多い。(北爪)

私のふるさと

⑩

石川県金沢市

須田クリニック 白井 次郎

私の生まれは横濱だが、大正十二年（一九三三年）九月一日に発

生した関東大震災で両親を亡くしたので、学校を出るまでかなりの



金沢兼六園

年月を金沢の叔母の許にいたから、ふるさとと云うと、横濱より金沢ということになる。

ご承知のように金沢は加賀百万石の城下町だから、その歩みの跡が市内に見られる。徳川幕府は保身のため各国の大名を幾多消滅させられたので加賀藩もこれに対応すべく徳川の重臣、本多山城守を五万石という高禄で招いた。

この広大な屋敷跡は、いま本多町となっている。邸宅の跡

は北陸放送のビル、昔の面影を残す門はそのまま広い庭園は松風閣が残っている。その他の重臣の屋敷跡はその名を残して、文善町、備中町等がある。

もし徳川勢が金沢城を攻略した場合、その用意は周到であつて町の道は曲りくねつて攻撃軍が苦戦する様になつていて長く続く土塀は大い竹を組み、なかに大きな石をギッシリと詰めて厚く土で塗り固めたものだから、現用の自衛隊の小火器でも弾丸は貫通しない位な頑丈なものだ。

戦さに備えて大切な調味料である味噌を作り保存する蔵があつた所は味噌蔵町となつている。金沢城の一部、石川門周辺の屋根瓦は鉛であつて弾丸に転用できた。それと同時に将兵の住所も合理的に配置してその名残りの町名も多

い。

御歩町（藩主を警護する士、いまのs.p.だ）小將町（下士官の住所）弓の町、大名行列に要する種々の物品を持った御小人は、小人町、などと残っている。

町民の暮らしがそのまま町名として現在も使われていて、材木町、大工町、百姓町、博労町など東京

にもある尾張町は云うまでもなく商店街だ。石川県教育委員会の人がこれらのことを詳しく調べてくれたが、書きたすと紙数が不足だ。

毎年、四季を通じて金沢を訪ずれる観光客は多いが、大部分は兼六園をひとまわりして和食か、加賀温泉郷へ行つてしまつて伝統のある金沢の美しさや良さを、特に理解のある人以外は知らない。

石川県庁の前が市庁舎でこのすぐ裏に油車という変わった町がある。辰巳用水の流れと土塀に囲まれた迷路がある。以前は水車があつて長い間、動力として使用されていたが時の流れと共にない。この東側は繁華街の香林坊につながる。再開発でデパート、銀座にも負けないハイセンスの店があるし、近くの片町周辺は、グルメとショッピングで若い人達が集まる。

東京は住居表示と称して、由緒のある町の名を消してしまつたが、金沢のそれは一部変つたけれど、県市の行政と金沢の人達がこよなくこの町を愛し守り続けた結果だと、懐かしい町並みを歩く毎に思う。

事務局から

常任幹事の

任務分担当決まる

今年度は竹田文夫氏が新たに会長に選出され、新会長のもとより活発な活動を展開しています。

- ①全腎協運営委員・幹事(一ノ清、高橋勇二郎、柳、竹田)
- ②関東ブロック代表(一ノ清)
- ③東難連(草間)

このほかに全腎協運営委員に小関、小林、金子、栗原の四氏を推薦しています。また、泉山相談役が全腎協相談役として参画しています。

〔委員会による活動〕

委員会については、見直しを行い、次のように決まりました。

- ①会員拡大・交流委員会(＊小泉、堀、岩本、軽部、川島、鈴木、森田、吉本)
- ②教宣委員会(＊糸賀、一ノ清、高橋、中田、柳、森、本間、山田、久保)

- 1. 腎疾患対策小委員会(＊糸賀、

昭和四十六年八月七日第三種郵便物認可
SSKA通巻二二八八号(毎月六回一の日の日六)発行
一九九四年七月十三日発行

- 高橋、堀、草間)
- 2. 要介護検討小委員会(＊岩本、一ノ清、中田、森、川島、北爪、小泉、吉田)
- 3. 地域福祉小委員会(＊山田、竹田、柳、久保)
- ③編集委員会(＊草間、井上、金子、木村、北爪、東野、吉田、加藤、小脇)

☆竹田会長はすべての委員会に参画

- ④事務局財政検討委員会(＊森、糸賀、中田、井上、本間、森田、堀、東野)

＊印が委員長

〔ブロック活動〕

- ブロック長
- ・区中央部 河村
- ・区南部 山田
- ・区東部 中田
- ・区北部 北爪
- ・多摩部 川島
- ＊青年部長 村田

東腎協に入会を

—みんなで築く医療と福祉—

予告

青年部スキーツアー決定
1995年
1月21日(土)～22(日)
草津方面
ザウスで夏スキー
日時 8月7日(日)
参加希望者は
青年部員・谷地まで

公募

東腎協では表紙写真など公募しています。

☆表紙写真

題 東京の風物詩
キャビネ版
☆体験的5分間クッキング
二品・六〇〇字前後
・栄養士からのアドバイス
が つきます。

新入会員紹介

—よろしく—

会田晴宣、後藤千代、吉田賢一、井口幸子、飯田敏夫、金子久子、佐藤裕生、江浦忠男
立花クリニック友の会
〒1185 国分寺市西恋ヶ窪2-1
2-5 JRTビル立
花クリニック内

☆グループ加入

- ・青梅市立総合病院
- ・さがみ循環器内科
- ・西クリニック
- ・美好腎クリニック

〔編集後記〕

前号を四月に発行してからいろいろなお知らせがありました。医療・福祉関係では健康保険法が「改正」！これは入院給食費の自己負担の導入などによって改悪が決定されました。また、政局も混迷が続き、連立の組み合わせも大きく変化しました。このような情勢で、私たち患者にとつてなかなか希望の得るようなはなしがありませんが、前田先生の講演を読んでいただければ、きっと、ファイトが湧いてきます。(草間)

発行所

身体障害者団体定期刊行物協会 会費二百円
東京都世田谷区駒6-1-26