

THE JOURNAL OF THE JAPAN CLINICAL DIALYSIS

日本透析医学会雑誌

3/20

Vol.2 No.3 (6号)

昭和63年3月20日

記念特集号

ご挨拶

日本透析医学会回顧録 —私の日記帳より—

稲生 綱政

学術

全国よりみた高知県下透析患者について
 栃木県の腎不全対策の現況について

寺尾 尚民
 奥田 健二

特集

社団法人日本透析医学会誕生までの歩み
 社団法人日本透析医学会の現況 定款・事業計画・役員名簿
 法人化までとこれから
 日本透析医学会法人化達成によせて —その所感—
 社団法人日本透析医学会に期待すること
 日本透析医学会法人化達成にあたって
 法人化に際し今後の腎不全について思うこと
 法人化によせて
 新しい物を作り出す楽しみと苦しみ
 お祝の言葉 —新潟地区の透析治療をふりかえりながら—

平澤 由平
 鈴木 満
 渡井 幾男
 工藤 寛昭
 長谷川 辰寿
 村上 秀一
 澤田 重樹
 土屋 隆
 山田 孟
 大森 伯

活動報告

臨床工学技士法による現任者の経過(救済)措置について

鈴木 満

(中間報告)(付, 臨床工学士法, 臨床工学技士養成施設基準等)

厚生省への要望

あとがき

太田 裕祥

日本透析医会雑誌

目次

ご挨拶

日本透析医会回顧録 —私の日記帳より—	87
	稲生 綱政

学術

全国よりみた高知県下透析患者について	84
	寺尾 尚民
栃木県の腎不全対策の現況について	92
	奥田 健二

特集

社団法人日本透析医会誕生までの歩み	95
	平澤 由平
社団法人日本透析医会の現況 定款・事業計画・役員名簿	102
	鈴木 満
法人化までとこれから	114
	渡井 幾男
日本透析医会法人化達成によせて —その所感—	115
	工藤 寛昭
社団法人日本透析医会に期待すること	117
	長谷川 辰寿
日本透析医会法人化達成にあたって	119
	村上 秀一
法人化に際し今後の腎不全について思うこと	121
	澤田 重樹
法人化によせて	123
	土屋 隆
新しい物を作り出す楽しみと苦しみ	124
	山田 孟
お祝の言葉 —新潟地区の透析治療をふりかえりながら—	125
	大森 伯

活動報告

臨床工学技士法による現任者の経過(救済)措置について (中間報告)	128
(付, 臨床工学士法, 臨床工学技士養成施設基準等)	鈴木 満

厚生省への要望

あとがき

太田 裕 祥

日本透析医会回顧録

—私の日記帳より—

稲生 綱 政

日本腎不全対策協会の発足

小生が国家公務員を辞任したのは昭和57年4月であったが、すでに3年前に設立されていた都道府県透析医会連合会については殆んど知らなかった。当時、人工透析に関する諸問題は、人工透析研究会あるいはこの研究会と関連4学会の専門委員から構成されている透析療法合同専門委員会において討議されていたが、これらはいずれも任意団体である。

たまたま中川徳三氏(バイオ・エンジニアリング・ラボラトリーズ)から都道府県透析医会連合会のことについて伺い、昭和58年2月7日、弁護士田村武敏先生と会談することになった。その時、この連合会を法人化しようとする趣旨には賛同したが、これからの在り方としてはむしろ腎不全対策協会と言う形態で発展させることを提案し、9月26日に田村先生の事務所で平澤会長とこの協会の法人化について意見の交換が行われた。人工透析療法を中心とした腎不全対策に多くの社会的な問題が見られる現状から、これを統轄し、より良き対策の発展に法人組織の必要性が考えられたからである。12月17日、平澤会長がわざわざ小生の勤務先の平和病院まで来られ、都道府県透析医会連合会の会長となることを要請された。しかし、すでに4年の実績を持つ連合会の会長は平澤先生によってさらに強力にアピールされるべきもので、小生は側面的に出来るだけのお手伝いをお約束した。

昭和59年2月9日、田村先生の事務所(当時は腎不全対策協会の事務所をここに置いて頂い

て居た)で平澤・鈴木両先生とこん談し、3月18日には都道府県透析医会連合会の総会について日本腎不全対策協会設立総会が行われた。そのとき小生も協会名の提案者として出席し、挨拶したようである。

協会の法人化には日本医師会の賛同が必要とすることなので4月19日には平澤・太田・鈴木各先生と共に日本医師会に羽田会長を訪れ、日本腎不全対策協会の趣旨説明ならびにその法人化についてご賛同をお願いし、村瀬常任理事と今後の協議を進めて行くことになった。翌日の4月20日には厚生省に吉崎医務局長、北郷審議官を訪れ、同様の趣旨説明と法人設立についてお願いした。この頃、協会の事務所が虎ノ門の電気ビルから現在の淡路町に移転し、独立したようであるが、4月24日には田村先生の処で翁久次郎先生とお会いし、翁先生ともこの協会の法人化について共に努力するべく盃を交したわけである。その後も度々に連絡を取りながら12月25日には日本医師会に村瀬常任理事を訪れ、改めて協会の趣旨とその後の経過を報告し法人化への賛同をお願いし、種々ご意見を頂いた。その後、厚生省当局より会名を日本透析医会とするようご指示があり、法人化に対する幾つかの条件が提示されたとのことである。

日本透析医会への転換

昭和60年5月22日に鈴木先生が、6月5日には平澤・鈴木両先生が平和病院に来院され厚生

日本透析医会 会長

医療法人社団大坪会東和病院 院長

省当局からの指示と日本透析医会についての経過など説明があった。そしてこの会の会長就任を要請された。しかし、小生は適任と思えず、協力は惜しまないが会長就任は辞した積りであった。すると5日後の6月10日には平澤・太田・鈴木の三先生がまた平和病院に来られ、三顧の礼を尽くされて、会長をお引受けせざるを得なくなった次第である。早速、6月24日には厚生省保健医療局結核難病感染症課の窪木課長や今別府氏などへご挨拶に参上したが、事務局から会長への名刺が届けられその準備の良いのに驚いた。7月28日、8月28日および9月12日の理事会や常任理事会で今後の方針を検討し、9月30日には厚生省保健医療局の仲村局長を訪れ平澤・太田両副会長とともにご挨拶して来た。また、11月26日には翁氏はじめ田村先生と平澤・太田・山川・鈴木当医会各常任理事と協議し、11月29日に日本医師会において村瀬常任理事に経過と現状の説明を行った。

その後、日本透析療法学会も法人化を計画しているとのこと、小生と日本透析療法学会との関係など、複雑な事態が生じ、12月1日、昭和61年1月12日、2月16日、3月7日、3月30日、5月9日、5月10日などに種々な会議や討議を行ない、5月11日の理事会および日本透析医会総会のときには本会の法人化に関して混迷状態とも思われた。一方、小生としてはこれを契機に新たな決意を以て臨むこととした。すなわち、過去2年間、当会の機構整備やその運営など、関係者の諸君と真剣に取り組んで実績を挙げつつあり、また腎の売買や死体腎移植促進問題など、官民一体の施策が問われており、行政の緊密な協力者としての法人組織は必要不可欠であり、この基本概念に基づいて法人化に邁進して来た次第である。その後の経過の詳細は割愛するが、会議等の月日と場所のみ挙げて見れば6月13日（事務局）6月29日（事務局）、7月1日（厚生省）7月27日（事務局）、7月29日（田村氏

事務所）、8月15日（厚生省）、8月26日（厚生省）、8月31日（事務局）9月21日（事務局）、10月11日（厚生省）、10月16日（日本医師会）、11月4日（日本医師会）11月21日（三井記念病院および事務局）と各所で各様の討議を続け、12月8日、平澤・太田・鈴木各先生と共に日本医師会に羽田会長を訪れ、社団法人日本透析医会の設立に賛同して頂くための公文書を受理して頂くことが出来た。そして昭和62年1月27日、中瀬副会長より社団法人日本透析医会設立の件について日本医師会常任理事会で賛同を得た旨のご返事を頂いたわけである。これにより当会の第一目標である法人化は大きく前進したが、ここに至るまでの会員数や実績の条件を満足させるため、当会の常任理事はじめ皆様の非常なご努力に対し深甚なる敬意を表する。

社団法人日本透析医会の設立

日本医師会のご賛同を得てからは、もっぱら厚生省当局との交渉となり、2月8日の理事会後、2月23日には平澤先生と翁氏を訪れ、一緒に厚生省に行き、日本医師会の賛同を得たことを官房長、局長、審議官に報告するとともに法人設立申請についてご了解をお願いした。そして3月3日、仲村局長より申請を受理する旨が伝えられた。

その後、3月9日（事務局）、3月22日（事務局）、3月23日（厚生省）、4月11日（事務局）、4月23日（事務局）、5月9日（事務局）と討議を重ね、5月10日には日本透析医会理事会、同総会および社団法人日本透析医会設立総会が開催され、6月30日、厚生省にその設立申請書が提出された。そして7月21日、厚生省にて仲村局長より社団法人日本透析医会の認可証が交付された次第である。

過去60回以上の会合を重ねてここに社団法人日本透析医会が誕生したことはご同慶の至りで

あると共に、医会における関係各位に改めて心から感謝申上げる。今後は当医会が社団法人としての社会的責任を自覚するとともに社会的能力を十分に発揮して斯界の発展に大きく寄与することを期待して止まない。

全国よりみた高知県下透析患者について

—日本透析療法学会現況報告および昭和55年・56年の 高知県透析患者統計よりの考察—

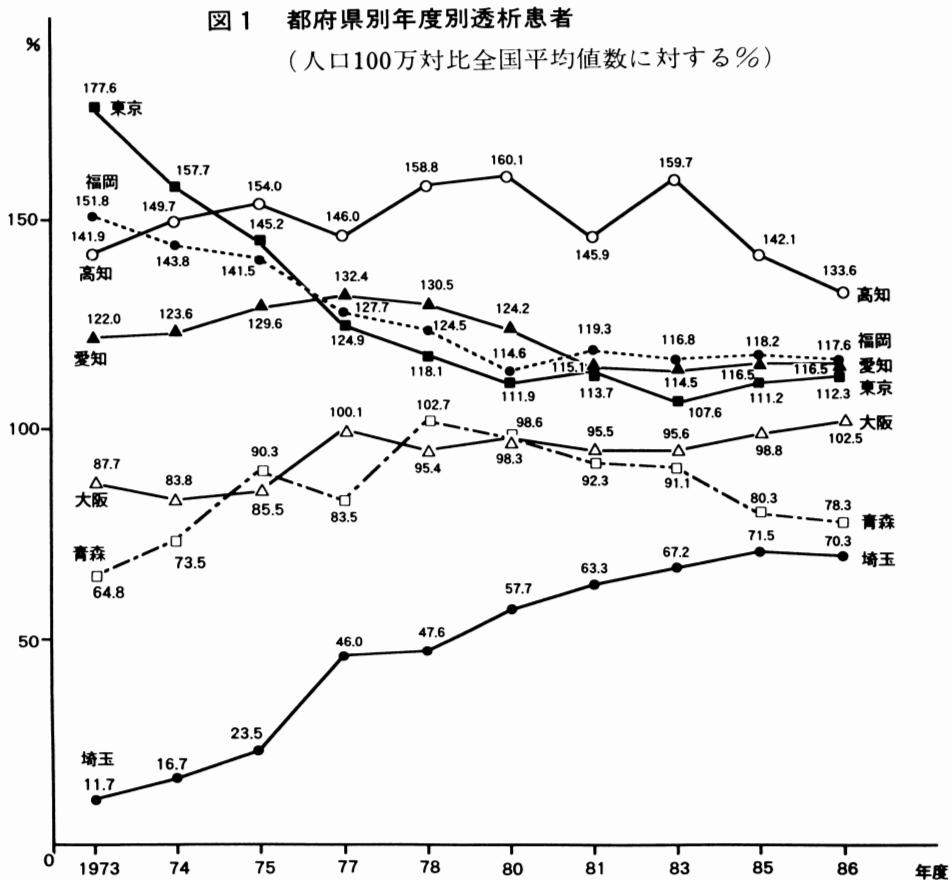
寺尾 尚 民

1. 患者数について

1) 都府県別年度別患者数

人口100万対比での患者数は1973年では東京第1位、福岡第2位であった。しかし、1975年からは現在まで12ヶ年間にわたり高知県が持続して第1位を占めている。図1は都府県別患者数(100万対比の全国平均値数に対する%)である。大都市として東京、愛知、大阪、福岡、ま

た比較的低値を示す東北地方から青森県を、また常に最下位を示す埼玉県、そして高知県の7県をプロットしてみた。この数年間の推移を見てみれば大阪は全国平均並みである。東京、愛知、福岡はほぼ横ばい状況にある。高知、青森は下降傾向にあるようだ。埼玉は微増傾向をとっている。



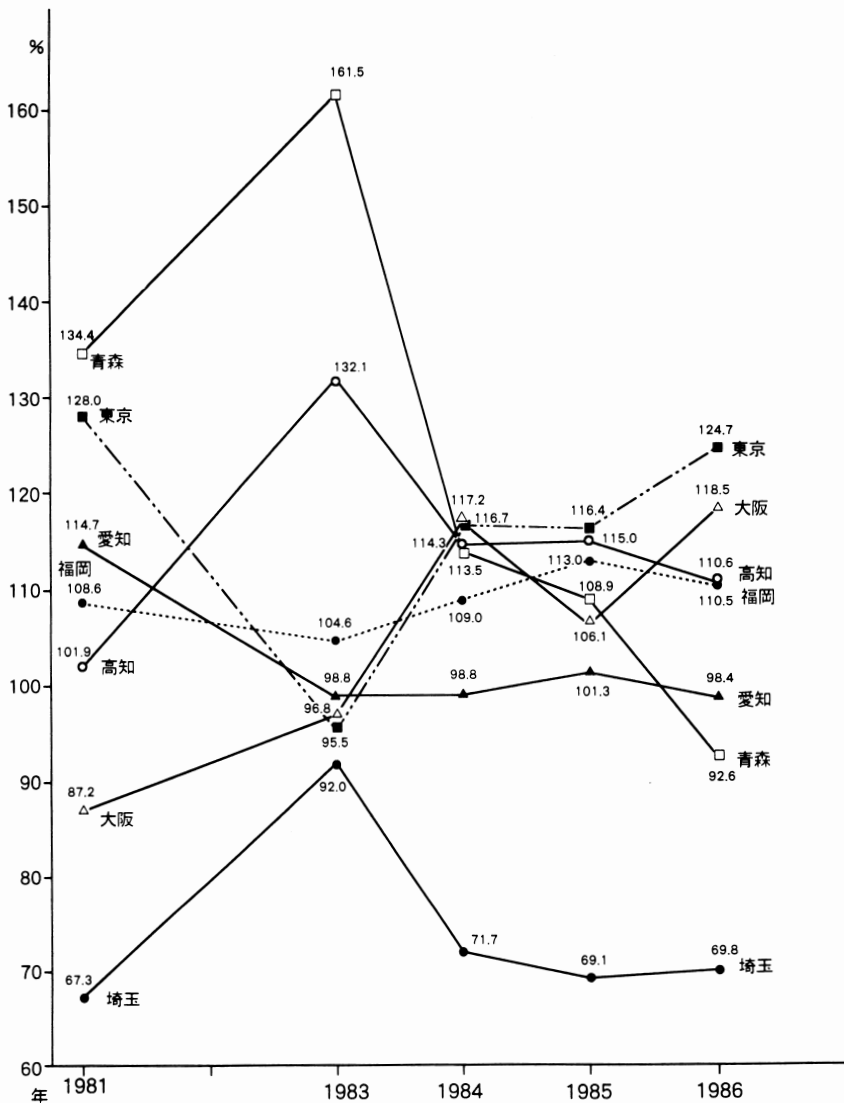
2) 都府県別年度別導入患者数

1981年では、青森が第1位で、以下東京、愛知、福岡、高知、大阪と続いている(図2)。青森の第1位は意外に思われたが、この3ヶ年間で激減してきている。しかし1986年末では、同じ顔ぶれで、東京、大阪、高知、福岡、愛知と並んでいる。高知県は全国平均値より10.6%高

い。また、東京では1986年末、流入患者－流出患者は $211-88=123$ 名と導入患者145名に近く、都心部の人の動きの凄じさを物語っている。一方埼玉県での流出－流入患者は50名と流出が目立っているが、他の都府県では流出入率は微少である。

図2 都府県別年度別導入患者

(人口100万対比全国平均値数に対する%)



3) 都府県別人口増よりの考察

この10年間で青森、東京、高知では人口の変動は殆どみられない。しかし大阪では5%、愛知、福岡、では5ないし10%近い増加がみられている。埼玉では実に23%の増加(498.9→595万)がみられている。増加した人口の年齢、その家族構成、また職業別等により、疾病構造、罹病率等の変化が当然みられる事であろうが、未調査のため、この点については不明である。

1986年の高知県の人口は83.8万である。一方東京の人口1,189.3万、大阪870.6万、埼玉595万であり、それぞれ高知県人口の14.2、10.4、7.1倍である。大都市とその周辺への人口の流入は凄じく、周辺のベッドタウン化と共にドーナツ現象をかもし出している。都市部とその周辺市部との流通が非常に良いわけである。しかし高知県は四国山脈で隔絶され、いわゆる陸の孤島と云われている。人口の高齢化と共に、流れは淀んでいて変化に乏しい。そういった人口背景では人口当たりの疾病率も高くなる可能性も出てくる。人口当たりの透析患者発生率や患者数を同じ土俵で論ずるには、背景因子の検討をさらに追加する必要があるように思われる。

4) 患者年齢について

導入患者(1986年)では、全国平均55才に対し、東京、高知では56才と高い。埼玉は53才と低い。しかし全国一は熊本59才、2位は長野58才、3位は京都58才、4位島根57才で高知県は7位、そして、東京が8位となっている。四国で高知県は第1位に高齢であるが、他の3県は平均値以下である。

都府県別患者(1986年)での年齢は全国平均値51.11才、1位京都58.12才、2位滋賀、3位三重、高知県は7位で52.15才となっている。高知県は全国でも第2位の老人県であって65才以上の人口は14.5%(全国10.3%)を占めている。

そして、その高齢化は全国より10年程先行していると云われている。その中であって、当然、種々の疾病の高齢化が生じて来ているものと考えられる。

高齢者が近畿地方に集中しているが、これは、後に述べる1983年以降導入患者3年生存率で近畿0.659と地区別で東北0.651に次ぐ低値を示している要素であるかもしれない。逆に東北地方では、全国平均値より年齢の高い県は6県中2県で、他はいずれも平均値以下である。このことは東北地方では生存率に関して年齢以外の大きな要素が他に考えられる。

また、逆に、若年県としては、埼玉、神奈川、千葉県の前になっており、65才以上の占める割合は各々7.2、7.5、7.9%となっている。高知県の14.5%に比べると実に $\frac{1}{2}$ である。

2. 生存率について

1983年以降導入患者についての地区別生存率をみってみる。1年生存率は四国地方が0.843で1位、3年生存率は1位が関東0.741、2位が四国地方0.730となっている。東北地方は1,2,3年とも生存率が最も低い。3年生存率では、近畿地方が2番目に低い。小高氏は1年生存率について寒いほうが生存率が低い、寒さで血圧が関係するかもしれないと推測されている(19<1>, 1~21, 1986.)。しかし近畿地方が北海道より低くなっているのは寒さの関係ではなく他の要素、例えば前の項目で触れたように平均年齢が高い県が集中していることが関与しているかもしれない。

寒さによる影響は、血圧もさることながら、冬期の間は感冒から呼吸器感染を起こし易く油断がならない。

また、塩分摂取量は東高西低である。昭和60年国民栄養調査結果からは、全国平均食塩摂取量は1人1日当たり12.1gであるが、北陸以北

は、いずれもこれを超えている。特に、東北地方14.0g、北陸地方13.4gと最も多い。四国地方は11.4gと平均値より低い。

食塩摂取量も、関与しているだろうか？

3. 原疾患について

1) 導入患者(1986年)より

高知県での特徴的な事は、慢性糸球体腎炎が65.4%と全国平均値54.8%に比し非常に高い。これは四国の他の3県とも58.0~63.3%といずれも著明に高値といえる。糖尿病性腎症は22.1%で、全国平均値21.3%より僅かに高い。また、高知県は尿路結石が多いと言われているが、1.9%と全国平均値0.5%より顕著に高値を示している。四国では愛媛県が2.8%と非常に高い。

また、糖尿病性腎症の導入率で東京25.0%、大阪24.9%、福岡24.7%と高値を示したのが目立っている。今後の生存率に大きく関与してることが予想される。

他の疾患では高知県では特に平均値より、ずれた数値は見当たらない。

2) 都府県別患者(1986年)より

ここでも高知県では慢性糸球体腎炎が76.9%と平均値70.6%より著明に高い。四国の他県でも71.9~82.8%と高値を示す。糖尿病性腎症は10.6%と全国平均値10.5%に近い値を示している。また、結石症は1.2%と平均値0.4%より高い。愛媛県は1.1%を示している。導入患者原疾患別でも示したように、四国の南半分に大きなareaを持つ高知県、愛媛県に尿路結石症が多いようである。特に、尿路結石症の成分には尿酸が20.0%に見られたとする報告(近藤ら、西日泌尿44, <21>, 221, 昭57)があり、国内では特異的に高い値を示している。しかしgoutについては、高知県は高くないが、愛媛県で導入別で1.1

% (平均0.7%)、患者別で1.6% (平均0.8%)と高値を示している。その他の原疾患では、特に平均値よりずれた数値は見当たらない。

また腎炎、ネフローゼの比率が多いという行政側の集計もみられる。昭和60年の統計によると、県下での腎炎、ネフローゼ症候群及びネフローゼによる死亡率は、人口10万対比20.7となっている。全国平均値は11.2であるので、著明に高いことが分かる。

4. 昭和55年, 56年の高知県透析患者統計より

昭和55年1月1日~56年12月31日迄の透析患者510名について、そのデータを集計したものである。県下14施設で回収率は100%であった。そのデータについては、1982年、人工透析研究会(於新潟)にて「高知県透析患者の調査報告」として既に発表済みである。その中での1)導入期データ 2)生存率に関して、の要点を改めて紹介してみたいと思う。

1) 導入期に関して

2年間の導入患者は149名で、平均年齢54.9才、慢性糸球体腎炎105人(70.5%)、糖尿病性症14人(9.4%)また結石症は5人(3.4%)となっている。導入期のデータの中BUN 113.10 ± 25.79 , Cr 11.82 ± 4.39 , Ht 23.85 ± 5.33 , CTR 53.53 ± 7.55 , PH 7.27 ± 0.10 , 収縮期血圧 165.24 ± 32.63 , CCr 5.21 ± 3.61 となっている。同時に導入期の臨床症状の調査も行っている。これらの導入期のデータ、臨床症状の結果より、高知県における導入時期については、特に早すぎるような問題点はないと考えられた。

2) 生存率に関して

この2年間に県下での透析患者は510名で生存者462名(90.6%)、死亡者48名(9.4%)となっている。各年度開始透析患者の中で昭和55年12月

31日迄生存した患者のひきつづき1年間の生存率は表1に示す通りである。51年～55年度の5年間に透析導入した患者についてみるが、高知県ではいずれの年度でも全国生存率に対し良い成績となっている。

また、1981年における人口100万対比での高知県下における患者の導入数、死亡数より分析を行った結果では患者導入率、死亡率は全国平均値に比し低値であった(表2)。

また、1981年末迄の累積生存率をみると、1年目85.1%、2年目80.4%、3年目78.8%、4年目77.1%、5年目77.1%であった。これは全国平均値と比較すると著明に高値であった(図3)。

死因としては第1位心不全、2位脳血管障害、3位感染症と全国統計と同じであった。

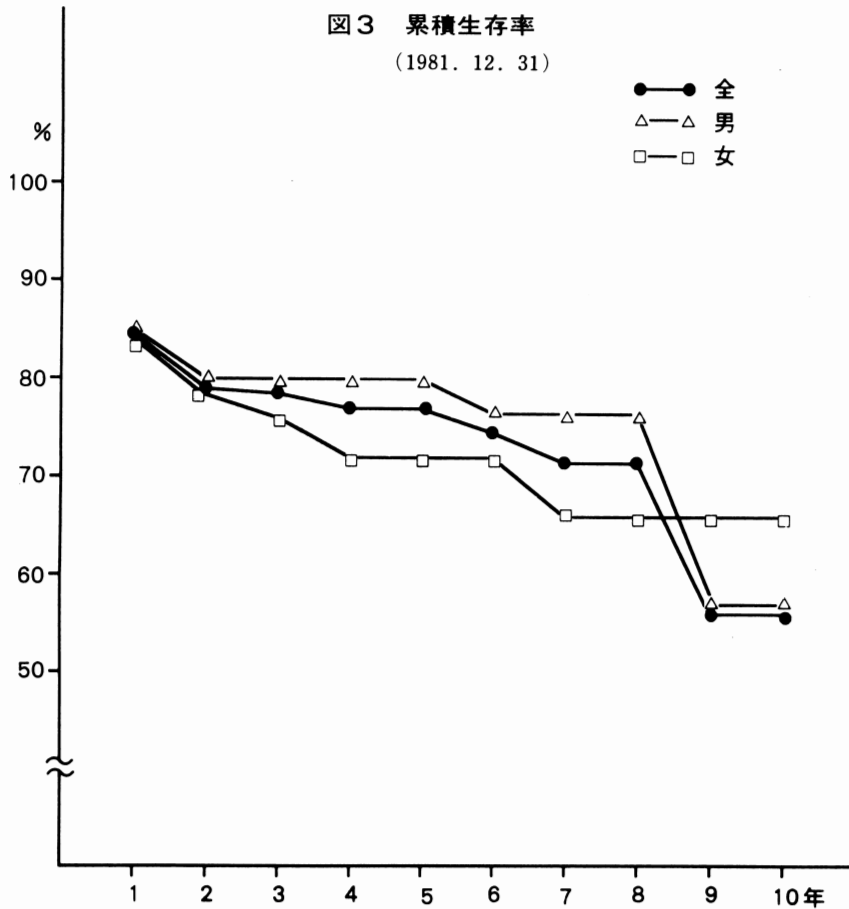
表1 昭和55年12月31日まで生存した患者のひきつづき1年間の生存率

透析導入年度	高知県	全国
昭和51年	100 %	91.2 %
52	97.9	88.0
53	98.0	88.6
54	94.5	86.7
55	85.1	78.2

表2 1981年における透析患者分析
(人口100万対比患者数)

	1980年末患者数	1981年末患者数	導入患者数	死亡患者数
高知県	494.0 (100)	555.3 (112.4)	85.3 (17.3)	24.0 (4.9)
全国	308.8 (100)	358.2 (116.0)	87.2 (28.2)	29.9 (9.7)

() 内は、年初患者数に対する%



5. 高知県における環境条件について

1) 医療環境

高知県における受療率は極めて高い。人口10万対比数では、8,358(全国平均6,403)で全国第4位となっている。また、人口当たりの病床数は全国一である。昭和59年末現在、全国平均では人口10万人当たり1,461.8床であるが高知県では、2,936.6床と2倍である。来年度よりの地域医療計画通りに行けば高知県下での一般病床数は、21.8%が過剰となり削減対象となるわけである。

しかし、医療機関側または、専門医側から言えば、腎疾患に対処出来る施設、専門医数は決し

て多くはない。従って、最近では集団検診等により、腎炎その他泌尿器科疾患の発見率は高くなっていると思われるが、適切な診断、治療法も、平行して普及向上しているとは考え難い。

ちなみに、昭和60年の人口動態統計によると本県の死亡率は、人口千人当たりの死亡率が8.7人と全国第1位である。死因別では、脳卒中は1.70人で全国第1位、心疾患は1.68人で全国第2位、悪性新生物1.80人で全国第13位となっている。

また、腎炎、ネフローゼによる死亡率の高いことは先に述べたとおりである。

2)透析施設状況

県下では62年7月末現在では25施設がある。うち、慢性透析施行施設は23ヶ所である。

高知県は、南は海、北は四国山脈がせまり、その間に狭まれ平野が少なく東西に長い地形である。患者は、昔から高知市内医療機関への受診志向傾向が強い。最近では東は室戸、安芸、南国市と、西は宿毛、中村、清水、須崎市に優秀な医療施設が増えて来ており、また透析施設も、かなり全県下に広がって来た様相を示している。しかし山村地域では、通院には不便な所もあり、healthyでありながら、入院したままの患者も相当数居ると推定される。62年7月27日現在県下の患者数は726名で、そのうち入院患者は184名(25.3%)にも達している。

3)腎移植状況

移植後の県下での最長生存者は約12年で、donorは父親である。1年4ヶ月前より県立中央病院にて、移植体制ができ、62年8月末現在10名が移植を受けている。現在、腎移植推進協議会(高知県主催)にて登録運動の推進他、移植体制への準備充実が進められている。

4)生活風土環境

一口に言えば、温暖である。しかし、全国の天気予報ニュースを見ていると、関東地区辺り迄の最高、最低気温とさほど差はない印象はある。しかし、冬は、0℃迄下降するが、昼間は、気温の上昇率が高い。厚いオーバーコートは要らない。雪は時に降るが少し積雪することが1~2回位か。雨はどちらかと言えば雨粒が大きく、時にshowerのごとく降る。夏の最高気温をみると、東京、大阪、名古屋、の都会地方と差がないように思われる。

食物は、アルコール消費率は全国有数である。

また、塩分の摂取量は統計上では多くないようだ。60年県下3町村73世帯の食塩摂取量が平均9.4gという少な過ぎる感じの統計がみられるが。

魚は豊富に恵まれ、よく食される。私は泌尿器科医であるので、印象としては、刺身をよく食べる尿酸結石症の患者が多い感じを持っている。

6.まとめ

①患者数について

1)高知県は1975年以降透析患者は人口100万対比数で全国一を続けている。

2)年度別導入患者は1986年では全国平均値より10.6%高い。

3)高知県における人口はこの10年間不変である。

4)1986年導入患者年齢平均は56.40才と、全国平均値55.09才に比し高い。これは全国第7位に当たる。

5)1986年都道府県別患者数は全国平均値51.11才に比し、高知県は全国第7位で52.15才である。ちなみに、全国1位は京都府58.12才、2位滋賀県、3位三重県と高齢者が近畿地方に集中して高い。

②生存率について(地区別)

四国地方は1983年以降導入患者の生存率では良好である。

③原疾患について

1986年、高知県での慢性糸球体腎炎は導入患者の中では、65.4%(全国平均54.8%)と著明に高い。また、患者総数中でも76.9%(全国平均70.0%)と高い。高知県では、結石症が高値を示している。

また、高知県での死因統計では腎炎、ネフローゼ症候群及びネフローゼによる死亡率は人口10万対比20.7(全国平均11.2)と非常に高い。

④昭和55、56年の高知県透析患者統計より透析施設14、患者総数510名、アンケート回収率は100%であった。

1)導入期のデータではBUN 113.10 ± 25.79 , Cr 11.82 ± 4.39 であった。

2)生存率に関して

(1)昭和51年より5ヶ年の間に導入した患者で56年1月1日よりの引続きの1年生存率は、いずれも全国平均値より良好であった(表1)。

(2)1981年における透析患者分析では全国平均値に比し生存率が良かった(表2)。

(3)1981年末迄に累積生存率では、1年目85.1%、3年目78.8%、5年目77.1%といずれも全国平均値を上回った(図3)。

⑤高知県における医療環境について

1)医療環境

受療率は高く、人口当たりのBed数は全国一を占める。しかし、腎、泌尿器科医の専門医数は充分ではない。

2)透析施設状況

慢性透析施行施設は23ヶ所あり、高知市の中央集中志向が、かなり東西の地域にも広がり分散して来ている。62年7月27日調べの患者数は726名で、そのうち、入院患者184名(25.3%)と多い。

3)腎移植状況

県内で移植が開始され現在10名が施行されている。

4)生活風土環境

温暖な環境。アルコールの摂取量が多い。魚は結構多く摂取されているようだ。

⑥感想

高知県下での透析患者人口100万対比数は過去10年余りの間、全国で第一位を占めている。また透析導入患者人口100万対比数も、過去3ヶ年間3位以内に入っている。

しかし1980年、1981年と2ヶ年間に亘り、我々は高知県下の透析患者の実態を調べたが別に恥ず

べき結果はなく、むしろ生存率が良いといううれしい結果を得た。

また、さらに昭和61、62年における高知県透析患者実態調査が、県透析医会の実施で近日中に施行される予定になっている。

原疾患で腎炎、ネフローゼが全国平均よりずば抜けて多い。その疫学的原因等は全く不明で今後に残された問題である。

統計を全国的に見た場合、原疾患での糖尿病性腎症の増加、年令の高齢化の問題がある。また、大都市とその周辺での人口移動に隠された人口構成の変化、それに伴う疾病構造および罹病率等の変化へも目を向けなければならない。

統計の分析には、医学的解析の他に、それらの背景として社会、経済的因子等も含めMacro的な見地を忘れてはならないであろう。

栃木県の腎不全対策の現況について

奥田 健二

財団法人栃木県腎不全対策協会は、昭和60年4月1日、栃木県透析医会会長目黒輝雄、同副会長奥田健二を設立者として発足した。理事会は腎不全対策を推進するに当って、県内で社会的影響力の大きい方々で構成する事ができた。会長を非医療関係者をお願いした理由は、死体腎移植の普及、啓蒙は広く一般県民の理解なしには不可能であると考えたのである。また理事会の下部機構として専門委員会を設置し、学術、広報、財務等の実務に当ると共に透析導入時及び導入6ヶ月時点での症例を検討し、全症例の具体的なデータ及び検討結果を理事会に報告している。

現在までに事業項目の8割方は実施したが、実績については、はなはだ不十分と言わざるを得ない。しかしながら透析導入時の検討機構が軌道に乗り、死体腎提供が1例あり、自治医科大学で最近2例の生体腎移植が行われた。また栃木放送を通して毎週一回、腎疾患の早期発見、治療及び献腎を呼びかけ、県内主要医療機関の腎移植に関する研究費助成や栃木県腎透析研究会、栃木県透析懇談会（透析のパラメディカルが構成員）に対する助成を少額ながら行っている。更に、昭和62年6月11日付をもって、当財団は試験研究法人として認可されたため、今後財政的基盤が確立し、実績もあがるものと期待している。

腎不全対策は、イ)腎疾患の早期発見、腎不全の保存的治療の充実 ロ)透析医療の充実及び無駄の根絶 ハ)腎移植促進 の三本柱であ

り、いずれも急増する透析患者数の抑制につながるると同時に患者の幸福に寄与するものであり、社団法人日本透析医会の基本方針であることは会員諸兄の熟知しておられるところである。この度、当財団は栃木県医師会執行部の全面的協力により、小冊子「慢性腎不全の治療指針」を作製し、県内全医療機関に配布することによって慢性腎不全の保存的治療のより一層の充実と腎移植促進の啓蒙をも合せてお願いすることとなった。

次に県内腎不全医療の状況を報告する。

	1984年	1985年	1986年
透析患者総数	1,036人	1,171人	1,331人
うちCAPD		16	19
うち入院患者		120	158
年間導入患者数	205	212	247
年間死亡患者数	60	69	80
年間腎移植患者数	9	5	9
年間累積患者数		135	160

(生体腎7
死体腎2)

ちなみに1984年の調査時点である同年12月31日現在の日本人口1億2千450万人、栃木県人口185万人で人口補正することにより、同時点での日本透析療法学会調査による全国調査の平均値と栃木県とを比較してみると、

- 栃木県は
- イ) 透析患者総数は1%以下の危険率で有意に多い。
 - ロ) 年間導入患者数では有意差なし。
 - ハ) 年間死亡患者数は1%以下の危険率で有意に少ない。

という結果となった。但し導入時での他県との患者の流出入率は流入が多いことが全国調査で分かっているが、導入後の流出率は不明であることや、県内透析患者の平均年齢、年齢分布、原疾患特に糖尿病性腎不全透析患者の百分率等、不明もしくは検討していない要素があることも考慮する必要がある。

なお、透析導入6ヶ月時点での調査は1986年1月1日以後の導入患者について行っているが同年1月1日より6月30日迄に導入された患者のうち回答のあった93人について、導入時血清クレアチニン8mg/dl以上の群と8mg/dl未満の群について比較してみた。血清クレアチニン値としては8mg/dl未満と早期に導入されている患者群は16人中DM腎症が9人、70才以上の高令者が4人、導入時高度の高K血症2人、腹膜炎と肺うっ血合併例1人であったが6ヶ月以内の死亡率が圧倒的に高いことと高K血症2人の予後が注目される。

	平均年齢	DM腎症	6ヶ月以内死亡率
クレアチニン8mg/dl以上で導入 77人	50.1才	21%(16人)	2.6%(2人)
クレアチニン8mg/dl未満で導入 16人	62.8才	56%(9人)	37.5%(6人)
うち DM腎症 9人	58.8才		44.4%(4人)
非DM腎症 7人	67.9才		28.6%(2人)

次に県委託による県内透析患者アンケート調査(1986年12月1日現在)より主な点を抜粋すると

イ) 対象患者1094人(男653人, 女441人, 県内全透析患者の約82%)

ロ) 腎疾患指摘の契機

- ① 自覚症状51% ② 別の病気の治療中32%
③ 健康診断で8% ④ その他9%

ハ) 腎疾患指摘後透析開始までの期間

- ① 1年未満34% ② 10年～20年未満13% ③ 7年～10年未満12% ④ 1年～2年未満12%
⑤ その他の期間29%

ニ) 通院率92%

ホ) 無職23%(家庭の主婦は就業として)

ヘ) 無職の原因

- ① 老令のため39% ② 体調が悪い25% ③ 受け入れの職場がない7% ④ 働く意欲がない7% ⑤ 適した職場がない3% ⑥ その他, および不明19%

ト) 県内11保健所管内間の患者移動を流出入の多い順に列記すると

流出: 佐野, 鹿沼, 今市, 鳥山, 大田原, 栃木, 矢板, 真岡

流入: 宇都宮, 小山, 足利

チ) 腎移植の希望

- ① 生体腎移植, 死体腎移植のいずれも希望する。 16%
② 生体腎移植のみ希望する。 5%
③ 死体腎移植のみ希望する。 8%

計 29%

以上で注目すべき点としては、第1に、腎疾患を指摘された契機のうち健康診断によるものがわずかに8%であることと、腎疾患指摘後透析導入までの期間で2年未満が実に46%を占めることであろう。

第2に、家庭の主婦を就業としてもなお無職が23%存在することは透析患者の高令化が最近急速であるとはいえ、やはり就業率が極めて悪いと言わざるを得ない。

第3に、県内透析施設の地域的偏在。

第4に、透析患者の29%が腎移植を希望していることである。

余談になるが、私が透析医療に従事することになったきっかけは大学紛争である。当時私のようなノンポリは暇をもてあまし、透析というめずらしい医療をやってみようと思立ち、広島市あかね会土屋病院で御教示をいただき、昭和45年11月より大学の関連病院で透析に従事したが、その絶大な効果に驚嘆したことを今でも鮮明に記憶している。やがて機械不足となり、

1週間のうち3日間は睡眠時間が2時間という状態が1ヶ月以上続いた。当時はいわゆる透析肝炎が猖獗をきわめており、内シャント作製の指導をいただいた先輩や2名の看護婦、やがて私自身も罹患したが仕事を休むことは不可能であった。2名の看護婦には現在でも申し訳なく思っている。

今や当時の体力はないが、その思い出だけは大事にしたい。

最後に当協会事業計画と役員構成を記載してこの稿の責を果たしたい。

財団法人栃木県腎不全対策協会事業計画

- (1) 腎不全予備疾患に関する調査、知識の普及啓蒙活動、および治療研究に対する援助。
- (2) 透析医療の実態調査、および透析医療の適正化推進。
- (3) 慢性透析患者および腎移植希望者に関する調査、および透析を含む血液浄化法、腎移植治療の知識の普及啓蒙活動。
- (4) 腎移植実施および腎移植協力医療機関の設置、整備の推進に関する調査、および研究助成等援助。
- (5) 死後の腎臓提供の啓蒙等、死体腎移植の推進活動。
- (6) 腎移植および透析を含む血液浄化法に関する研究助成。
- (7) 腎不全治療従事者に対する教育および訓練。
- (8) 透析患者および腎移植患者の社会復帰に対する協力。
- (9) 災害時における透析医療の互助計画案作成。
- (10) 一般県民に対する、腎疾患に関する知識の普及、意識の高揚

理事会構成

会 長	向江 久夫	足利銀行頭取
副 会 長	片山 一郎	栃木県医師会会長
同	宮崎 柏	栃木県済生会宇都宮病院 院長
常務理事	奥田 健二	栃木県透析医会副会長
同	目黒 輝雄	栃木県透析医会会長
理 事	菅間 恒	栃木県透析医会理事
同	斎藤 和雄	国立栃木病院長
同	田部井 澄	ライオンズクラブ元ガ バナー
同	中山 孝雄	栃木県医師会常任理事
同	廣瀬 省	栃木県衛生環境部長
同	福嶋 寿克	栃木放送社長
同	細田 瑳一	自治医科大学教授
同	松本 兼文	栃木県医師会副会長
同	森 昇二	栃木県医師会常任理事
同	八木 繁	独協医科大学教授
監 事	池内 広邦	栃木県透析医会理事
同	内野 直忠	内野会計事務所長
顧 問	稲葉 誠一	衆議院議員
同	渡辺美智雄	衆議院議員

(五十音順)

専門委員会構成

浅野 泰	斎藤 清衛
(自治医大)	(県保健予防課長)
田島 亢	大場 秀一
(独協医大)	(独協医大)
笠原小五郎	吉田 良二
(自治医大)	(済生会宇都宮病院)
目黒 輝雄	菊池 宏章
(県透析医会)	(県透析医会)
奥田 健二	仙波 重俊
(県透析医会)	(国立栃木病院)

(順不同)

社団法人日本透析医会の誕生までの歩み

平澤由平

私達の透析医会が社団法人として公的に認められた資格をもって新しく誕生したことを無上の感慨を込めて皆様と共に心から喜びをわかちあいたいと存じます。私は社団法人日本透析医会の設立パーティで挨拶をさせていただいた折は、今日を迎えたことはまことに感無量であるとしか申し上げることができませんでした。社団法人として出発したからには腎不全診療の領域において医道に立脚した公益的活動に一層盡力すべき厳粛なる使命感は当然なる心情として、なお、積年の夢の実現をようやくにして得たという感慨が益々強くなってくる昨今でありまして、これは私だけの感傷でしょうか。

透析医療の歴史と透析医の立場

私自身の血液透析療法の経験は昭和41年に始まりましたが、以後、毎年、この治療は驚くほど進歩し続け、多くの課題を解決しながら、治療効果は格段の向上を示し続けてまいりました。かつて余命旬日の末期尿毒症者の悲惨さと医療の無力さを想うとき、短時日に症状を改善して延命をもたらすのみでなく、活動力を回復して社会復帰を可能にするこの療法は他に比類なきものであって、治療に従事している喜びを感じ続けたものでした。それだからこそ、昭和40年代前半の昼夜をわかつたず、休日もない生活がいささかも苦痛でなく、同僚や後輩たちとともに1人でも多くの患者を治療するために、また、少しでも方法を改善するために連日腐心し続け

ることができたものと思っております。当時、治療費の捻出も難問でありまして、患者の保険組合に材料の現物支給をお願いしたり、生保の中で取扱っていただくよう市や民生委員をお願いしたことを思い出します。ツインコイルや標準キール型透析器による透析が臨床上有用であると認められて、昭和42年12月から健保採用となったが、健保家族や国保の患者では2～3割の自己負担があつて、なお、治療継続が容易でない時期が続きました。透析装置の絶対的不足もからまって治療適応者を選択すべきだという非医道的な論議が識者の間から真面目に提出されたのもこの頃であります。私たちは昭和42年から43年にかけて、3台の透析装置で実に25名の慢性透析を続けたことがあります。どんな方法でやったか、最近の皆様には想像できないことと思います。

ダイアライザーの機能不良や多量の残血量あるいは残留ホルマリン液の体内移行や透析量の絶対的不足などの理由で貧血は改善せず、多量の輸血を要し、昭和40年代前半は患者間で肝炎の多発をみ、私たちの経験でも死因の上位は肝炎によるものでした。当時、医師や看護婦などスタッフの肝炎感染も毎年経験され、予防法が極めて真剣に検討されました。使用注射針による誤穿刺の回避、透析室内のガウン・手袋・マスク操作、室内清掃法、使用物品や廃棄物処理、検体の取扱い、媒介昆虫対策など、後の院内感染予防対策要項の多くはこの頃の経験に基づくものでした。昭和47年からHBs抗原チェックを

輸血液を含めて行い、抗原陽性患者の隔離透析の実行、さらに下って昭和51年からの汚染をうけたスタッフへの抗体グロブリンの投与などにより、以後、スタッフの肝炎感染者は殆どみられなくなったことは皆様のご経験と同様でございます。

全腎協などからの請願と厚生省当局の理解によって昭和47年に透析療法が更生医療の給付対象となったことは画期的な進歩と申し上げなければなりません。

これにより経済的難関がクリアされ、以後、治療適応者は順調に受け入れられ、伴って透析施設も地域ニードに応じて普及をみてきたことは周知の如くであります。透析療法の以後の急速なる普及の要因として治療法自身の進歩が大きな力となっていたこともあげなければなりません。内シャント法が発展して、外シャント法時代の如くに昼夜の別なく緊急手術をくりかえさなくてすむようになったことや、何にも増してシャント血流の確保が長期間にわたって心配なしに過せることが大きかったと思います。ダイアライザーの進歩によって漏血事故が減少し、また7～9時間という長時間透析を要しなくなったことや、透析装置が改良されて安全機能をそなえたうえ、集団透析も可能にしてきたなどの要因もあげられます。つまり、透析治療は技術的には容易なものへと進歩したわけで、近代医工学の発展がもたらした一大成果であります。この結果、以前は想像もできなかった個人医院規模での最新透析治療をも可能にすることになり、昭和50年代には本療法は飛躍的な普及をみ、我国では文字通り誰でも、何処でも治療をうけることが出来るようになったわけです。時、あたかも日本経済の高度成長期、社会福祉の充実期に一致し、診療報酬の増改正が持続した時期であり、透析療法も例外扱いされなかったことも普及を一層促進したことは明瞭であります。

透析治療機器の進歩やシャント法の改良など

は前述のように技術面の容易性と患者の生存率の著しい改善をもたらしましたが、長期透析患者の増加に伴い透析特有の病態の発展もようやく認識され昭和40年代の末頃より透析スタッフの努力の多くは病態の観察管理や予防対策に集中されるようになり、透析治療の技術は機器の安全運転の領域を超えて、患者の病態生理の解析とその改良管理へと質的な転換を進めてきたわけであります。かかる過程から我国では昭和50年前後の早期に残留エチレンオキサイドによる副作用（透析過敏症）の存在が明らかにされ、高圧蒸気消毒法などの対策が進められたことは記憶に新しいところです。また、その頃より活性型ビタミンDの応用が始まり、腎性骨症対策が容易になったが、間もなくこれに反応しないアルミニウム骨症の合併も明らかになり、水道水中のオキシダントの催貧血作用も指摘され、逆浸透装置を含めた本格的な水処理の重要性が認識され、地域的にその普及が始ってきました。

昭和50年代には、以前にも増して透析療法に多くの進歩が積重ねられました。透析中の循環動態の安定化のための透析液のNa濃度や浸透圧の変更や個人的な処方透析、醋酸の生体不適合性の解析と重曹透析液を可能にする透析装置の進歩、中空糸型ダイアライザーのあいつぐ改良による透析効率の向上と治療時間の短縮、新透析膜の開発による生体適合性の改善、シャント用人工血管の改良、除毒機能の向上と循環動態の安定性を目的に血液濾過や濾過透析法の開発、貧血に対する男性ホルモンの応用、CAPD法の登場とその後の腹膜カテーテルの改良などによる腹膜炎合併率の低下、さらに50年代後半から最近にいたる透析アミロイド症の解明とその対策のための高機能透析膜や除水制御透析装置の開発と利用、新抗凝剤利用による出血性合併症時の透析法、など、枚挙にいとまのない程の進歩が行われ、その応用が実行されてきました。かかる進歩によって透析療法の成績が著しく向

上してきたことは言うまでもないことです。

我国の透析療法の歴史について長々と述べるのが筆者の目的では勿論ありませんし、この療法の発展の過程は皆様には判りきったことであります。多くの関係者の真剣な努力によりこのように透析医療は他に類をみない程に急速に発展普及し、世界で最も高レベルになってきたにも拘らず、世間一般のみでなく、行政や医師会にも、私達の努力に対する評価がかっては極めて低く、現在もお低いことを私は問題にしたかったのであります。かっては評価されなかったといいましたが、これは必ずしも正しくありません。私の経験では昭和47～48年頃までは、種々の分野から正当に優れた評価を得ており、当事者の苦労やかかえる課題についても前向きな目が注がれていたものでした。47年10月、更生医療対象となり、その後、診療報酬の改正に伴って相対的に優遇された状態が出現してから、私達の努力の多くが利潤の追求と曲解される傾向をみるようになりました。当時、私達は技術点数の増額を要望したことはありませんし、ダイヤライザーなどの特殊材料費の点数決定もメーカー側の申請にほとんどよっており、私達にとってもどうかと思う場合が無きにしもあらずであったわけです。恣意的にこのような医療行政がなされたかどうかは分かりませんが、結果として透析療法の普及は急速に進み、患者救済の実はあがりました。私的医療施設がこの担い手の多くであったので民間活力の利用が成功したなどという声もあったようであるが、医療内容の評価は姿を消してしまい、間もなく、医道はずれた利益追求の透析医という誹りがいわれはじめ、一部における不祥事も手伝って、不本意にもかかる見方が一般化してきたことは誠に残念であったのであります。昭和53年2月の保険点数改正時に透析費の切り下げが初めて行われました。それは技術料と材料費を丸めて価格設定するという問題の多い方式がとられました

が、当時の透析医療に対する一般的な見解と無関係ではなかったはずで

都道府県透析医会の誕生と経緯

透析医療費のトータルとしての高騰を客観視していた人達からは早くからこのままの推移は許されがたいだろうと警告が発せられていたが、この時点でようやく全国の透析医の間からも透析医療の将来に対する不安感が発言されるようになり、集って対策を検討すべきことが提唱され、昭和53年12月、各地域代表者20数名が出席して日本透析医会設立世話人会の発足をみたわけです。そして透析医療の安定と進歩をうるために、自主規制、医療レベルの向上、地方医師会内活動の推進、学会や行政との情報交換などをすすめる組織の形成を全国の透析医1050名に呼びかけ、54年3月には入会者476名に達し、また、18道府県に地方透析医会が誕生したことから、同年5月、名称を改めて都道府県透析医会連合会（透析連合会）として設立され、顧問に大島研三先生、会長平沢、常任理事7名、理事は各地方透析医会代表1名、監事1名、事務局は長谷川、山崎、安田の各先生が役員となり、出発いたしました。以後の歩みは年6回発行の医会ニュースに記されている如くであります。乏しい予算の中から事務局の先生方の大変な努力によって多くの連絡、情報伝達、警告や反省、論評などが手ぎわよくなされ、本会活動の初期に重要な役割を果たしたことは周知の通りで、深謝申し上げる次第です。殆ど毎号に編集後記も含めて載せられた安田先生の心情溢れる提言や論評は胸を打つものが多かったし、岸先生の透析医療の本質をえぐり出した先見的な分析も教えられることが多く印象深く思い出します。

当時AI中毒症の我国での発生が問題になり始めていたので、全国の水質調査を2年にわたって行い水処理対策を検討しましたが、全国を網

羅して約400施設の協力によって貴重なデータを分析できました。合併症の地域対策や透析施設の適正配置の検討や筑波大学市川教授を中心とするチームに依頼した診療経営の実態調査などの経年的事業も開始いたしました。他方、医療無資格者の透析従事の問題や透析導入に不適正の面があるという国会での質疑など、透析医療に対する不信感の噴出をみたのもこの頃であります。これらに関しては本会はもし存在すれば許されざる行為として警告を続けてきた事項であったが、組織力のおお及ばない面もあって残念なことであります。56年4月、厚生省は5府県（千葉、新潟、愛知、京都、福岡）に更生医療の給付認定のための人工透析審査委員会を設置して透析導入条件のモデル審査を開始し、以後、現在まで続けております。当時愛知県では既に透析医会の機能の1つとして全透析導入者の審査を実施し、結果を公表していたことは透析医療の公正性を世に問うという立場から評価されることであります。

昭和56年6月の診療報酬の改定は記憶に新しいところであります。技術料と材料費の分離および夜間透析加算の増額という要望はいれられたものの、トータルの透析治療費は平均25%の犬巾ダウンとなったわけであります。大巾かつ突然であれば透析医療の今後に危機をまねくので、長期的展望にたった漸進的な改定を総力を傾けて厚生省や日本医師会に陳情を続けたのですが、結果はご存知の通りでした。この交渉過程で透析医に対する信用が甚だ薄いこと、透析医療に対する偏見が極めて大きいことを改めて、いやになるほど知らされました。全腎協からの批判さえ少ないものではありませんでした。まさに四面楚歌の中では正論も成就するものではないというのが実感でした。もっとも、行政や医政の人達が透析医療に対して相対的に冷やかであることには他の理由もあるように思われます。つまり、この医療には疫病対策の如き社

会防衛的な立場はないし、また、根治医療でなく延命手段にすぎないとする見方は覆うべくもないのであり、透析医療の進歩発展に情熱を注ぐ私達とは意識的にかかなりのギャップもあるように感じられました。このことは私達に生命の尊重と生存の質を透析医療の目的として改めて厳しく見据えることと同時に、全般的な腎疾患医療への無関心性は許されないという示唆を与えるものであります。

とまれ、診療報酬改定に伴って予想される事態の対応として、透析導入や合併症対策のため透析医会を核として地域的に合理的な透析システムを作ることをキャンペーンし、健保上の規則の遵守や地区医師会活動への積極的参加をも皆様に要望申し上げたわけです。幸い、皆様の合理化努力や地域的協調により約1年間で今次改定に伴う影響はほぼ克服され、医療レベルの向上さえも期待されるようになってきました。また、同時に透析療法の理解を広め、将来の安定化をうるために透析医会に参加しようという施設も増えてくる傾向も出てまいりました。市川教授チームの診療報酬改定以後の透析施設の経済分析の結果は新施設設や小規模施設の経営は困難であることや合併症対策のためにセンターとサテライトの併立が必要条件であることなどを示しました。厚生省当局は透析施設の地域的偏在の解消や夜間透析の普及度をはからなければとしながらもなお、不必要な透析施行のチェックが必要であり、診療報酬の適正化は今後も進めねばならないとする見解を明らかにしていました。

公益法人化への活動

昭和57年当初、これまでの経緯の反省および現状の分析から、今後の透析医療の安定的実践を確保するための我々の活動は公的に認知された公益法人の立場でこそ効果的に達成されるという結論に達し、当会の社団法人化に努力することを申し合せました。当時の情勢からみて、これが極めて容易でない仕事であることは覚悟していたことでしたが、公益法人としての資格をうるための努力の過程こそ当会の基礎を固め、また、公益活動を通して世の偏見の解消に有用であろうという認識も一面にはございました。昭和57年4月の都道府県透析医会連合会総会において社団法人化への活動方針が可決され、具体的な活動が理事会に付託されました。

法人化活動推進のために田村武敏弁護士を法律顧問にお願いし、事務局を虎の門に移し、鈴木満専務理事が事務局担当理事を兼任することとして出発しました。これまで弱い組織の中で多くの困難を超えてご活躍いただいた事務局の長谷川、安田、山崎の各先生および医会ニュース発行に多大の貢献をいただいた名古屋市野鳥書舗様に心から深謝申し上げたいのであります。以後、今日までの鈴木満専務理事の私心を離れた獅子奮迅のご努力は皆様の一としく知る通りで、衷心から敬意を表したいと存じます。

早速、法人設立趣意書を作成し、理事会の決定を経て、57年8～9月に厚生大臣、厚生省医務局長、医務局審議官、日本医師会長に趣旨説明と協力方陳情を行いました。田村先生の御盡力もありまして、林厚相はじめ局長の御理解を得て、医務局総務課に担当窓口を設けていただくことになりました。花岡医師会長からは透析医の反省、内部自浄機能、地域医師会活動への積極的参加を要望され、これが透析医会への理解増進に重要である旨指摘され、そのような活動を進めるなら協力できるとして、以後は日医渉外担当理事と交渉するようにと指示を受けまし

た。これで法人化への道程の緒は開けたのですが、その資格をもっているか否かはこれから問われるのであり、多くの作業が果されねばならなかったわけです。

私達は常に最も優れた透析医療を適切に提供し続けて、患者の更生に貢献することが使命であり、その達成のための活動が私達の公益的事業であると認識してきたのであります。多くの人達と接触しているうちに、そのような活動は透析医としては当然の義務であって、いわば私的活動に属するもので公益活動と呼ぶには狭すぎるという見方が大きいことを知りました。透析至上主義や透析医療に埋没した活動のみが突出することは腎疾患医療全体からみれば確かに偏頗な形でありまして、それにこだわり続けられ、学会、医師会、行政、一般識者からの協賛は得がたいと思われました。討論を重ねて結局、当会の公益活動は適正透析の実行、腎移植治療への協力、腎不全保存期治療の推進を3本柱とすべきことが確認され、58年4月20日付医会ニュースに透析医の立場と責任と題して私が提言申し上げたのはその集約的事項でございませう。広く要望されておりました透析医の自浄機能については地域的な透析医療審議システムの確立と必要検査の標準化の検討を主な活動内容といたしました。

昭和58年夏、田村先生のご紹介で前内閣副官房長官翁久次郎先生にお会いしまして法人化への助力をお願いいたしました。先生は厚生次官時代の経験から透析医について必ずしも良い印象はお持ちでない様でありましたが、腎不全医療は国家的な課題であり、君達のいう3本柱の活動なら公益的に有意義であるから協力しようと申され、以後、当会の顧問としてご盡力をいただきました。今日までの歩みの中で翁先生のお力添えがいかにか大きかったかは申すに及ばないことで、心から感謝申し上げます。

田村、鈴木両先生と厚生省担当官の間で社団

法人の定款案が練りあげられてゆきましたが、事業が腎不全対策の全般に及ぶことから法人名称を日本腎不全対策協会とすべきだという意向も出されまして、法人化準備委員会では暫定的にこの名称を用いて接渉を重ねた時期が1年程ありました。しかし結局、会員の立場を明示する名称とする方が良いという厚生省側の意見もあり、私達にも勿論、否やはなく、昭和60年5月の総会において社団法人化したときの名称を日本透析医会とすること、並びに社団法人化へ一層の努力を傾注するために昭和54年来の都道府県透析医会連合会の名称もあわせて日本透析医会に変更することが議決されたのであります。経過上、名称の不統一について疑義をもたれている会員もあると思いますので一言経緯を説明申し上げます。

記述は若干前後いたしますが、法人化への運動を決議した直後から、腎不全医療の先達である社保中京病院太田裕祥院長に本会の顧問としてご就任いただき、多くの御指導をいただきましたことはご存じの通りでございます。昭和58年度からの透析連合会の事業は透析療法の適正化活動(導入時の審査システムの普及、従事スタッフの資格と作業範囲の明確化、水質調査を含む透析療法の安全化対策の推進)、腎移植に対する協力活動、CAPDの普及努力、災害時の透析医療圏の互助計画案の作成などを設定いたしました。これらの中で地域透析審査システムは愛知県をモデルに普及が進められてきましたし、腎移植に対する協力活動は腎バンクの設立や献腎者登録運動などへの協力の形で、大阪地区や宮城県での過去の活動をモデルとして数地区以上で展開されることとなったし、災害時透析対策は財団法人統計研究会に依頼し、江見、市川教授などを委員として開始されました。私や田村先生および各理事が手分けをして各地域の透析医の会合に当会の方針説明と入会を要請する運動も開始いたしました。

昭和58年8月から、法人活動に必要な基金の募集を開始し、法人設立準備会に預託金として積立てました。全国各地の会員から短期間のうちにほぼ目標に達する預託金が事務局に寄せられ、皆様の熱意に感激し、期待に沿うべく努力を誓いあったものでした。

さて、法人化への接渉の経緯ではありますが、昭和59年5月、社団法人日本腎不全対策協会として定款と事業計画を厚生省に提出しましたが、他法人と競合する点のあること並びに透析医の団体であるからそれにふさわしい事業とすべきことなどの指導により、事業と定款内容の1部変更を行い、同年7月に厚生省側と再交渉を開始いたしました。同年8月に厚生省内部局の編成がえが行われ、私達に対する担当も保健医療局結核難病課に変更され、定款などの再検討が重ねられました。その過程で担当課より名称は日本透析医会が適当でないかと提案され、名称に関する以後の変更は前述の如き経緯であります。定款作成は順調に進み、同年10月に改めて厚生省に認可申請を行いました。翌11月に厚生省担当局より日本医師会の賛意をうけるよう指示され、60年3月までに数回にわたって日医副会長や渉外担当理事に説明申し上げて協力を要請しましたが、結局、会員組織率が60%と低いこと及び活動実績がなお不十分であることを理由に日本医師会が賛同するには時期尚早であると結論されました。翌4月には厚生省当局から書状をもって

1. 会員組織率を80%以上に高め、組織率の低い地域の改善をはかること。
2. 活動実績をつみ重ねること。
3. 日本医師会の賛意をうること。

の条件を満たすよう回答をいただきました。

昭和60年5月の理事会および総会において厚生省の提示条件を満たして可及的すみやかに法人化を達成できるよう活動を強化することを決議いたしました。そのため、これまでの都道府県

透析医会連合会の名称を日本透析医会に改称し、事業実績が社団法人への布石となるよう一貫性をもって進めること、さらにこの機会に社団法人誕生の暁には会長就任をお願いしていた稲生綱政先生に出馬いただいて新しい透析医会の会長としてリードしていただくこと、また、従来、顧問としてご助力をいただいた太田裕祥先生に副会長をお願いすること私はもう1人の副会長として両先生を補佐してゆくことなどが決議されました。幸い、稲生先生、太田先生の賛意も得られ、ここに、なお任意団体ではありますが、新しい日本透析医会が誕生したわけでございます。

社団法人 日本透析医会の誕生

以来、1年有余、各事業毎に小委員会を設けて推進をはかり、各理事の努力によって会員組織率も80%を超えるにいたるなど、所期の宿題は着々と達成されてまいりました。61年11月、会長、副会長、専務理事は日医羽田会長にその後の経過説明を行い、社団法人化への賛意を要望し、あわせて社団法人の役員に日医理事からの就任を要請し、羽田会長から日医常任理事会に提出する旨の回答をいただき、62年1月同会の決議として私達の要請は承認される運びとなりました。かくしてさきの厚生省からの提示条件は満たすにいたりましたので2月下旬、翁先生にご案内いただき稲生会長に私も同道して厚生省北郷官房長に状況説明と陳情を行いました。5月に社団法人日本透析医会設立総会を開催し、趣意、定款、事業計画、財務、役員を準備委員会原案通り可決し、直ちに厚生大臣に認可申請を提出いたしました。そして7月に認可を得て、長期の念願でありました社団法人日本透析医会の誕生をみるにいたりました。

今日までの透析医療がたどった道や透析医がおかれた立場を想うとき、また、社団法人誕生

までの紆余曲折を思うとき、まことに感無量であります。これは私だけでなく努力を共にした皆様方共通の感慨であろうと思います。かつて北郷官房長に社団法人化になぜそれほど懸命になるのかと聞かれ、真剣に努力している透析医の屈辱的評価をはらすための意地だと答えて笑われたことがありました。もはや、そのような懸念のない公的な基盤を私達は獲得しえたことを喜びたいのであります。と申しましても時代の推移は厳しい医療状況を生み出し、再びかかる意地を要するような余裕のある環境は出現しないと予想され、意地の空振りであったかと皮肉な思いも最近は強いのでありまして、皆様に多大な負担を強要しているという反省も一方ではないわけではありません。舟は乗り出したので、これからはこのような思いにとらわれることなく、透析医療の充実と有意義な腎不全対策の推進のために社団法人のもつ機能を十分に駆使して、私達の日本透析医会が広く評価されるよう成長することを期待したく存じます。

社団法人への歩みの中で、書き落したこともなお数多くございますが、紙面の都合もありますので、この辺で終りたいと考えます。

末筆となりましたが、無謀にも都道府県透析医会連合会会長をひきうけた非才の私に、長期間、絶えざるご支援を下さいました鈴木、山川両専務理事はじめ理事各位、ならびに各地区の役員の方々に心からお礼を申し上げます。日本透析医会となってから社団法人認可までの順調なる歩みは稲生会長、太田副会長のお力によるものであり、衷心から感謝申し上げます。また、本会形成の必要性を最初に唱え、連合会時代の事務局運営を担当された愛知県透析医会役員の方々の長年にわたるご苦勞に心から深謝申し上げます。

社団法人日本透析医会の現況 定款・事業報告・役員名簿

鈴木 満

はじめに

懸案の日本透析医会の法人化が、昭和62年7月21日付をもって認可された。社団法人日本透析医会の幕開けであった。社員（会員）は、1123名を数える。定款に明記されているように「会員の倫理の昂揚および資質の向上並びに国民の保健・福祉の向上に寄与」すべく本会の事業活動を積極的に推進し、監督官庁や日本医師会はもとより広く社会から支持され応援される団体に成長することが急務である。そのためには、本会の事業活動が目的を達すべく遂行されることである。本会の事業活動の特徴は、単年度事業ではなく、3年～5年間を要する息の長い長期計画が主に取り入れられていることである。会員全員が結束して地道な活動に邁進しなければならない。既に、今年度の総会や設立総会に出席された会員は熟知されておられるが、本会の事業活動の概要（資料1）を記し改めて会員各位のご協力をお願いする次第である。

はや、法人化いらい6ヵ月が経過した。第2回理事会も昭和63年1月23日に開催された。以下は、取りまとめた現況報告である。

委員会活動

事業活動の円滑な運営を目的として、各委員会（資料2, 3）が設置され会長により委員長・委員・担当理事が委嘱された。現在までの各委員会活動を報告する。

* 適正維持透析療法委員会

維持透析患者の管理として必要不可欠な事項を検討中である。具体的には、

- 1.慢性維持透析療法の治療方法、時間、回数等の適切な範囲の検討と標準化の問題
 - 2.慢性維持透析における灌流液、種々薬剤、材料等の適正とおもわれる範囲の検討と標準化の問題
 - 3.慢性維持透析における諸検査について適正かつ妥当とおもわれる検査の項目ならびに回数の検討と標準化の問題
- を取りあげている。

* 災害時救急透析医療小委員会

すでに、会員・非会員を問わずにアンケート調査が始まっているので、本委員会の趣旨については良く理解されていよう。地域、県、ブロック等での規模のいかんを問わない災害時の救急透析医療システムの確立を目的としているが、難問が山積している。渇水や停電をみても、その指揮系統が複雑に過ぎている事実があることから、システム化の困難さを認識するとともに必要性を痛感するものである。

* 合併症対策小委員会

この委員会は、実地医家の当面する問題を解決すべく設立された委員会である。委員会では、継続事業としての問題を整理してアンケート調査を行いつつ会員の治療指標に役立てる計画をもっている。

1. 糖尿病性腎症の導入時期の再検討および糖尿病性網膜症の治療指針について
2. 長期入院高齢者（65才以上）透析患者の実態調査
3. 骨・関節症状を合併する透析患者の治療指針の作成

* 腎移植普及推進委員会

当会では、最も実績を重ねている委員会である。国の腎移植推進月間での活躍もめざましい。委員会としては、ドネーションの普及に力を入れたいとしている。

* 腎不全予防医学調査研究委員会

透析療法への導入を予防ないし遅滞させるための治療指針の作成を当面の課題として取り組んでいる委員会である。

* 研修等委員会

実地医家およびコ・メディカルを対象としての研修にもとづくポスト・グラデュエートが本委員会の設置目的であるが、別項に報告してあるように、現在は、透析技術士の国家資格にからむ現任者講習会の地方での当会による実施に全力をあげている。

* 広報委員会

当会の法人化に伴う創立記念号の発刊が本号であるが、季刊を原則とし併せて新聞や会員名簿の編集におおわらわである。

定 款

第1章 総 則

(名 称)

第1条 本会は、社団法人日本透析医会と称する。

(事務所)

- 第2条 1. 本会は、主たる事務所を東京都千代田区神田須田町1丁目15番地に置く。
2. 本会は、総会の議決を経て必要の地に従たる事務所を置くことができる。

(目 的)

第3条 本会は、適正な人工透析療法の普及、技術の向上及び関係者の教育研修を行うとともに、腎不全対策の推進のための事業を行い、もって会員の倫理の昂揚及び資質の向上並びに国民の保健・福祉の向上に寄与することを目的とする。

(事 業)

- 第4条 本会は、前条の目的を達成するため、次の事業を行う。
- (1) 人工透析療法の導入及び継続に関しその適正化を図るための事例検討その他の調査研究を行うこと。
 - (2) 人工透析療法に関する医療従事者の教育及び研修を行うこと。
 - (3) 人工透析療法の安全性及び有効性の向上に関する調査研究を行い、及び助成すること。
 - (4) 合併症を有する腎不全患者に対し医療の確保を図るための調査研究を行い、及び助成すること。
 - (5) 腎不全予防、腎移植その他腎不全対策の推進のため、国、地方公共団体等が行う活動に協力すること。
 - (6) その他、本会の目的を達成するために必要な事業。

第2章 会 員

(会 員)

第5条 本会の会員は、本会の趣旨に賛同する医師をもって民法上の社員とする。

(入 会)

- 第6条 1. 会員として入会しようとする者は、理事会の議決を経て会長が別に定める入会申込書により、会長に申し込まなければならない。
2. 入会は、総会が別に定める基準により理事会においてその可否を決定し、会長が本人に通知するものとする。

(会費等)

第7条 会員は、総会において別に定める入会金及び会費を納入しなければならない。

(資格の喪失)

- 第8条 会員が次の各号の一に該当する場合には、その資格を喪失する。
- (1) 退会したとき。
 - (2) 禁治産若しくは準禁治産又は破産の宣告を受けたとき。
 - (3) 死亡し、又は失踪宣告を受けたとき。
 - (4) 2年以上会費を滞納したとき。
 - (5) 除名されたとき。

(退 会)

第9条 会員は、理事会の議決を経て会長が別に定める退会届を会長に提出して、任意に退会することができる。

(除 名)

第10条 会員が次の各号の一に該当する場合には、総会において4分の3以上の議決に基づき、除名することができる。ただし、その会員に対し、議決の前に弁明の機会を与えなければならない。

- (1) 本会の定款又は規則に違反したとき。
- (2) 本会の名誉を傷つけ、又は目的に反

する行為をしたとき。

(抛出金品の不返還)

第11条 既納の入会金、会費及びその他の抛出金品は、返還しない。

第3章 役 員

(種類及び定数)

- 第12条 1. 本会に、次の役員を置く。
- 理 事 21人以上30人以内
- 監 事 2人又は3人
2. 理事のうち、1人を会長、2人以内を副会長、1人を専務理事、3人以内を常務理事とする。

(選任等)

- 第13条 理事及び監事は、総会において選任する。
2. 会長、副会長、専務理事及び常務理事は、理事会において互選する。
 3. 理事及び監事は、相互にこれを兼ねることができない。
 4. 理事の1人とその親族、その他特別の利害関係にある者の合計数は、理事総数の3分の1を超えてはならない。
 5. 監事は、互いに親族、その他特別の利害関係にある者であってはならない。
 6. 理事に異動があったときは、2週間以内に登記し、登記簿の謄本を添え、遅滞なくその旨を厚生大臣に届け出なければならない。
 7. 監事に異動があったときは、遅滞なく厚生大臣に届け出なければならない。

(職 務)

第14条 1. 会長は本会を代表し、会務を総理する。

2. 副会長は会長を補佐し、会長に事故があるとき又は会長が欠けたときは、会長があらかじめ指名した順序によってその職務を代行する。
3. 専務理事は、会長及び副会長を補佐し、本会の常務を統括する。
4. 常務理事は、理事会の議決に基づき、本会の常務を分担処理する。
5. 理事は、理事会を構成し、定款及び総会の議決に基づき会務を執行する。
6. 監事は、次に掲げる業務を行う。
 - (1) 会計を監査すること。
 - (2) 理事の業務執行状況を監査すること。
 - (3) 会計及び業務の執行について、不正の事実を発見したときは、これを総会又は厚生大臣に報告すること。
 - (4) 前号の報告をするため必要があるときは、総会又は理事会の招集を請求し、若しくは招集すること。

(任 期)

- 第15条
1. 役員任期は2年とする。ただし、再任を妨げない。
 2. 補欠又は増員により選任された役員任期は、前任者又は現任者の残任期間とする。
 3. 役員は、辞任又は任期満了の後においても、後任者が就任するまでは、その職務を行わなければならない。

(解 任)

- 第16条
- 役員が次の各号の一に該当する場合には、総会において3分の2以上の議決に基づいて解任することができる。ただし、その役員に対し、議決の前に弁明の機会を与えなければならない。
- (1) 心身の故障のため職務の執行に堪えられないと認められるとき。
 - (2) 職務上の義務違反その他役員として

ふさわしくない行為があると認められるとき。

(報酬等)

- 第17条
1. 役員は、有給とすることができる。
 2. 役員には費用を弁償することができる。
 3. 前2項に関し必要な事項は、総会の議決を経て会長が別に定める。

第4章 総 会

(種 別)

- 第18条
- 本会の総会は、通常総会及び臨時総会の2種とする。

(構 成)

- 第19条
- 総会は会員をもって構成する。

(権 能)

- 第20条
- 総会は、この定款で別に定めるもののほか、次の事項を議決する。
- (1) 事業計画及び収支予算についての事項
 - (2) 事業報告、及び収支決算についての事項
 - (3) 財産目録及び貸借対照表についての事項
 - (4) その他、この法人の業務に関する重要事項で理事会において必要と認められたもの。

(開 催)

- 第21条
1. 通常総会は毎年2回開催する。
 2. 臨時総会は、次の各号の一に該当する場合に開催する。
 - (1) 理事会が必要と認め招集の請求をしたとき。
 - (2) 会員の5分の1以上から会議の目的を記載した書面によって招集の請求があったとき。
 - (3) 第14条第6項第4号の規定により監

事から招集の請求があったとき。

(招 集)

- 第22条 1. 総会は、会長が招集する。
 2. 会長は前条第2項の規定による請求があったときはその請求のあった日から30日以内に臨時総会を招集しなければならない。
 3. 総会を招集するときは、会議の日時、場所、目的及び審議事項を記載した書面をもって、少なくとも10日前までに通知しなければならない。

(議 長)

- 第23条 総会の議長は、その総会において、出席会員の中から選出する。

(定足数)

- 第24条 総会は、会員の過半数の出席がなければ開会することができない。

(議 決)

- 第25条 総会の議事は、この定款に規定するもののほか、出席した会員の過半数をもって決し、可否同数のときは、議長の決するところによる。

(書面表決等)

- 第26条 1. やむを得ない理由のため総会に出席できない会員は、あらかじめ通知された事項について書面をもって表決し、又は他の会員を代理人として表決を委任することができる。
 2. 前項の場合における前2条の規定の適用については、その会員は出席したものとみなす。

(議事録)

- 第27条 1. 総会の議事については、次の事項を記載した議事録を作成しなければならない。
 (1) 日時及び場所
 (2) 会員の現在員数、出席者数及び出席者氏名

(書面表決者及び表決委任者の場合
 にあつては、その旨を付記すること)

- (3) 開催目的、審議事項及び議決事項
 (4) 議事の経過の概要及びその結果
 (5) 議事録署名人の選任に関する事項
 2. 議事録には、議長及びその会議において選任された議事録署名人2名以上が、署名押印をしなければならない。

第5章 理事会

(構 成)

- 第28条 理事会は、理事をもって構成する。

(権 能)

- 第29条 理事会は、この定款で別に定めるもののほか、次の事項を議決する。
 (1) 総会に付議すべき事項
 (2) 総会の議決した事項の執行に関する事項
 (3) その他総会の議決を要しない会務の執行に関する事項

(種類及び開催)

- 第30条 1. 理事会は、通常理事会と臨時理事会の2種とする。
 2. 通常理事会は、毎年2回開催する。
 3. 臨時理事会は、次の各号の一に該当する場合に開催する。
 (1) 会長が必要と認めるとき。
 (2) 理事現在数の3分の1以上から会議の目的である事項を記載した書面をもって招集の請求があったとき。
 (3) 第14条第6項第4号の規定により、監事から招集の請求があったとき。

(招 集)

- 第31条 1. 理事会は、会長が必要と認めるとき招集する。
 2. 会長は、理事現在数の3分の1以上

から会議の目的である事項を記載した書面をもって招集の請求があったときは、その請求のあった日から14日以内に理事会を招集しなければならない。

3. 理事会を招集するときは、会議の日時、場所、目的及び審議事項を記載した書面をもって、少なくとも7日前までに通知しなければならない。

(議 長)

第32条 理事会の議長は、会長がこれに当たる。

(理事会の定足数等)

第33条 理事会には、第24条から第27条までの規定を準用する。この場合において、これらの条文中「総会」及び「会員」とあるのは、それぞれ「理事会」及び「理事」と読み替えるものとする。

第6章 名誉会長及び顧問

(名誉会長及び顧問)

- 第34条 1. 本会に、名誉会長及び顧問を置くことができる。
 2. 名誉会長は、会長に対し必要な助言を行う。
 3. 顧問は、会長の諮問に応じ必要な助言を行う。
 4. 顧問に関する事項は、総会の承認を経て会長が別に定める。

第7章 財産及び会計

(財産の構成)

第35条 本会の財産は、次に掲げるものをもって構成する。

- (1) 入会金及び会費

- (2) 寄附金品
 (3) 財産から生じる収入
 (4) 事業に伴う収入
 (5) その他の収入

(財産の管理)

第36条 本会の財産は、会長が管理し、その方法は、総会の議決を経て会長が別に定める。

(経費の支弁)

第37条 本会の経費は、財産をもって支弁する。

(事業計画及び予算)

第38条 本会の事業計画及びこれに伴う予算に関する書類は、会長が作成し、毎会計年度開始前に、総会において3分の2以上の議決を経て、厚生大臣に届け出なければならない。これを変更する場合も同様とする。

(暫定予算)

- 第39条 1. 前条の規定にかかわらず、やむを得ない理由により予算が成立しないときは、会長は、理事会の議決を経て、予算成立の日まで前年度の予算に準じ収入支出することができる。
 2. 前項の収入支出は、新たに成立した予算の収入支出とみなす。

(事業報告及び決算)

第40条 本会の事業報告及び決算は、毎会計年度終了後、会長が事業報告書、収支計算書、正味財産増減計算書、貸借対照表及び財産目録等として作成し、監事の監査を受け、総会の議決を経て、その会計年度終了後3ヵ月以内に厚生大臣に報告しなければならない。この場合において、資産の総額に変更が生じた場合には2週間以内に登記し、登記簿の謄本を添えるものとする。

(長期借入金)

第41条 本会が資金の借入をしようとするときは、その会計年度の収入をもって償還する短期借入金を除き、総会において3分の2以上の議決を経、かつ、厚生大臣の承認を得なければならない。

(会計年度)

第42条 本会の会計年度は、毎年4月1日に始まり翌年3月31日に終わる。

第8章 事務局**(設置等)**

- 第43条
1. 本会の事務を処理するため、事務局を設置する。
 2. 事務局には、事務局長及び所要の職員を置く。
 3. 事務局長及び職員は、会長が任免する。
 4. 事務局の組織及び運営に関し必要な事項は、総会の議決を経て会長が別に定める。

(備付け帳簿及び書類)

第44条 事務所には、常に次に掲げる帳簿及び書類を備えておかなければならない。

- (1)定款
- (2)理事、監事及びその他職員の名簿並びに履歴書
- (3)会員名簿及び会員の異動に関する書類
- (4)許可、認可等及び登記に関する書類
- (5)定款に定める機関の議事に関する書類
- (6)収入、支出に関する帳簿及び証拠書類
- (7)資産、負債及び正味財産の状況を示

す書類

(8)その他必要な帳簿及び書類

第9章 定款の変更及び解散**(定款の変更)**

第45条 この定款は、総会において会員総数の4分の3以上の議決を経、かつ、厚生大臣の認可を得なければ変更することができない。

(解散)

第46条 本会は、民法第68条第1項第2号から第4号まで及び第2項第2号の規定によるほか、総会において会員総数の4分の3以上の議決を経、かつ、厚生大臣の認可を得て解散する。

(残余財産の処分)

第47条 本会の解散のときに有する残余財産は、総会において会員総数の4分の3以上の議決を経、かつ、厚生大臣の許可を得て本会と類似の目的を有する団体に寄附するものとする。

第10章 補則**(委任)**

第48条 この定款に定めるもののほか、本会の運営に必要な事項は、総会の議決を経て会長が別に定める。

附則

1. この定款は、本会の設立許可のあった日から施行する。
2. 本会の設立当初の役員は、第13条第1項及び第2項の規定にかかわらず、設立総会の定めるところとし、その任期は、第15条第1項の規定にかかわらず、昭和64年3月31日までとする。
3. 本会の設立初年度の事業計画及び予算は、第

38条の規定にかかわらず，設立総会の定めるところによる。

4. 本会の設立初年度の会計年度は，第42条の規定にかかわらず，設立許可のあった日から昭和63年3月31日までとする。

事業計画

日本透析医学会

(資料 1)

昭和62年度事業計画

事業計画の概要

1. 透析医療の適正化に関する調査・研究事業

- ① 導入時期の地域審議システムの確立に関する調査・研究

* 県医師会・学術研究者・臨床透析医で構成される委員会を設置し，各県単位で，新規透析導入患者を対象として審議する。

(審議事項は更生医療適応条件を以て充てる。)

* 実施地区：昭和62年度 北海道・宮城県
栃木県・千葉県
新潟県・愛知県
京都府・大阪府
福岡県・大分県の
10県を予定

昭和63年度 15県を予定

昭和64年度 22県を予定

- ② 適正な維持透析療法の検討に関する調査・研究

* 透析医療の質的向上と普遍化を目的とする調査・研究

イ 適正透析時間の調査・研究

ロ 透析室のman powerの調査・研究

ハ 透析機器・周辺機器の安全性と評価の調査・研究(水・可塑剤・抗凝固剤等を含む)

ニ 在宅治療(CAPD・家庭透析等)の適応

基準の調査・研究

ホ 新治療の調査・研究

2. 地域透析医療システムに関する調査・研究

- * 透析施設間の相互連携による地域透析医療システムを確立するための調査・研究
- イ 災害時に於ける救急透析医療システムの作成に関する調査・研究
- ロ 透析導入の初発原因(原疾患・病因等)に関する調査・研究
- ハ 患者の高齢化に伴う収容施設の相互連携化に対する調査・研究
- ニ 患者の長期生存に伴い発生する合併症およびその原因に対する調査・研究

3. 腎移植普及推進に関する事業

- * 会員および患者に対しての協力・普及を目的とする
- イ 腎移植推進月間・腎バンク及び地方腎移植推進システムへの協力事業
- ロ 会員に対する腎移植の啓蒙・教育事業(脳死問題を含む講演会および腎移植広報活動等)
- ハ 患者に対する腎移植推進事業(会員の日常業務として・地区患者を対象とする推進活動，パンフレットの作成等 受腎者(レシピエント)の登録推進事業：腎移植センターとの連携及び登録患者の健康管理を含む)
- ニ 関係団体への協力事業

4. 腎不全予防医学の調査・研究事業

- * 透析導入を予防し残腎機能を維持させるための事業
- イ 透析導入前の慢性腎不全患者に対する保存的維持療法の調査・研究事業
- ロ 関係団体への協力事業

5. 研究等事業

- イ 腎不全臨床医療スタッフの研修会の開催
(医師及びco-medical：栄養士・MSW等を含む)
- ロ 腎移植に関する研修会の開催
(腎移植術後患者管理に関する研修を含む)
- ハ 関係学会・団体との研究協力

6. 広報活動及び刊行物の発行に関する事業

- ① 機関誌等の発行
雑誌 1,400部 (年4回発行)
ニュース 1,400部 (年4回発行)
- ② 名簿の発行及び整備

役員名簿

社団法人 日本透析医会 役員名簿

役職名	氏名	現職
会長(関東)	稲生 綱政	医療法人平和会平和病院 名誉院長 医療法人大坪会東和病院 院長
副会長(中部)	平沢 由平	社会福祉法人 信楽園病院 副院長
副会長兼専務理事(中部)	太田 裕祥	全社連 社会保険中京病院 院長
常務理事(関東)	鈴木 満	医療法人松圓会 理事長
常務理事(関西)	山川 眞	医療法人仁真会 理事長
理事	太田 和夫	東京女子医科大学 教授
	翁 久次郎	財団法人厚生団 理事長
	小出 桂三	帝京大学医学部 教授
	杉野 信博	東京女子医科大学 教授
	前田 貞亮	関東労災病院 副院長
	三村 信英	虎の門病院 分院長
	矢野 亨	日本医師会常任理事
	石丸 隆治	財団法人サイエンス振興財団 専務理事
(北海道)	渡井 幾男	渡井医院 院長
(北海道)	今 忠正	札幌北クリニック 院長
理事(東北)	関野 宏	医療法人宏人会 理事長
(東北)	木川田典彌	岩手県立病院 外科医長
(関東)	吉田 豊彦	医療法人誠仁会 理事長
(中部)	成田 眞康	医療法人明陽会 成田記念病院院長
(関西)	飯田 喜俊	大阪府立病院腎疾患専門診療科部長
(関西)	中橋 彌光	社会福祉法人理事並び西陣病院院長
(関西)	藤田 嘉一	兵庫医科大学 教授
(中国)	辰川 自光	医療法人辰川会 理事長
(四国)	寺尾 尚民	医療法人尚腎会 理事長
(九州)	後藤宏一郎	後藤クリニック 院長
監事(中部)	大森 伯	大森内科医院 院長
(関東)	奥田 健二	奥田クリニック 院長
(九州)	工藤 寛昭	工藤医院 院長

都道府県別 会員総数 昭和63年1月13日現在

(資料2)

都道府県名	会員数	都道府県名	会員数
* 北海道	65	滋賀県	6
* 青森県	14	京都府	20
* 岩手県	18	* 大阪府	78
* 宮城県	29	* 兵庫県	56
秋田県	10	* 奈良県	10
山形県	7	* 和歌山県	13
福島県	22	鳥取県	4
茨城県	11	島根県	6
* 栃木県	15	岡山県	14
群馬県	8	* 広島県	38
埼玉県	18	* 山口県	16
* 千葉県	45	* 徳島県	11
東京都	75	香川県	13
神奈川県	37	愛媛県	11
* 新潟県	27	* 高知県	17
* 富山県	8	* 福岡県	54
石川県	6	* 佐賀県	9
福井県	12	長崎県	17
* 山梨県	11	熊本県	25
* 長野県	25	* 大分県	27
* 岐阜県	31	* 宮崎県	18
* 静岡県	27	* 鹿児島県	31
* 愛知県	77	沖縄県	7
* 三重県	24		
小計	622	小計	501
※は既に組織化された地区		合計	1,123

昭和62年度 各委員会

委員会	委員長	担当理事
1. 適正化委員会		
①地域審議システム	平沢 由平	平沢 由平
②適正維持透析療法	中橋 彌光	中橋 彌光
2. 地域透析医療システム委員会		
①災害時救急透析医療	吉田 豊彦	吉田 豊彦
②合併症対策その他	藤田 嘉一	鈴木 満
3. 腎移植普及推進委員会	太田 和夫	山川 眞 太田 和夫
4. 腎不全予防医学調査研究委員会	杉野 信博 (副) 小出 桂三	平沢 由平
5. 研修委員会	阿岸 鉄三	今 忠正
6. 広報委員会	太田 裕祥	太田 裕祥
7. 内規委員会	関野 宏	関野 宏
8. 財務委員会	平沢 由平	鈴木 満

(資料3)

地域審議システム小委員会

委員長 平沢 由平 (信楽園病院)
 委員 関野 宏 (宏人会 中央病院)
 " 前田 憲志 (名古屋大学)
 " 奥田 健二 (奥田クリニック)
 " 澤田 重樹 (澤田病院)
 " 渡井 幾男 (渡井医院)
 " 後藤宏一郎 (後藤クリニック)

適正維持透析療法小委員会

委員長 中橋 彌光 (西陣病院)
 委員 平沢 由平 (信楽園病院)
 " 今 忠正 (札幌北クリニック)
 " 関野 宏 (宏人会 中央病院)
 " 吉田 豊彦 (京葉泌尿器クリニック)
 " 土屋 隆 (輝山会記念病院)
 " 鈴木 正司 (信楽園病院)
 " 斎藤 明 (新生会 第一病院)
 " 澤西 謙次 (京都大学 人工腎臓部)

- " 寺尾 尚民 (高知高須病院)
 " 後藤宏一郎 (後藤クリニック)
 " 太田 和宏 (新生会 第一病院)
 " 小野 利彦 (京都第一赤十字病院)

財務委員会

- 委員長 平沢 由平 (甲信越)
 委員 猪野毛健男・渡井 幾男 (北海道)
 今 忠正
 村上 秀一・関野 宏 (東北)
 木川田典彌
 奥田 健二・吉田 豊彦 (関東)
 鈴木 満
 三井 静・土屋 隆 (甲信越)
 太田 和宏・澤田 重樹 (中部)
 菅原 博厚
 山川 眞・中橋 彌光 (関西)
 坂井 瑠実・西出 巖
 小野山 攻
 辰川 自光・山田 孟 (中国)
 大林 誠一・寺尾 尚民 (四国)
 川島 周
 工藤 寛昭・後藤宏一郎 (九州)
 山口 弾之・牧角 仙丞
 王丸 鴻一
 担当理事 鈴木 満

法人化までとこれから

渡井 幾 男

全国組織の透析医会をつくろうという呼びかけに、日頃仲よく勉強会をしていた札幌在住の透析医たちが、すぐに意見一致して、基盤となる「北海道透析医会」を結成したのが、昭和54年4月14日でした。

結成式には、当時の北海道医師会副会長の吉田 信先生（現北海道医師会会長）が出席されて勵ましの言葉を述べられたのは、記憶に新しいところです。

当初、すぐにも日本透析医会が出来、法人化も間もなくという勢いでしたが、どっこいそうはいかず、色々なことがあって、忍耐、忍耐の連続でしたが、遂に法人化の目的を達成したことは喜びに堪えません。苦勞してきた方々ほど、その喜びは大きなものでしょう。

私自身について言えば、この8年間、それまで全然知らなかった日本の医療社会の中の自分（達）の位置について、少しずつ勉強し、育てられてきたのを感じます。

どちらかと言うと、社会的に甘やかされていた面のあった医師が、近年、だんだん厳しく（厳しすぎる？）扱われるようになってきて居り、8年間かかって難産のすえ生れたこの社団法人日本透析医会は、我々が当初予想した姿とは違った面も具えた厳しい姿のもののように感じます。

この実感は、今まで法人設立に直接拘わった医師たちにはあるのですが、全国の透析医全体にこの厳しさが浸透するには、まだ少し時間がかかるかも知れないと思います。

厚生省、日本医師会とよく連携をとりながらも、日本透析療法学会では行ない得ない臨床透析の問題点を取りあげて行く、視野の広い、そして毅然とした医会になって行って欲しいものです。

日本透析医会法人化達成によせて

— その所感 —

工藤寛昭

まずは、日本透析医会の法人化が達成されたことを、皆様方とともに心から喜びたい。

昭和53年3月、太田和宏先生の呼びかけに始まった透析医結束の活動も、足掛け10年を経てようやく結実したことになるが、公益法人の見直しがなされているむつかしい時期に、社団法人設立が実現できたことは、これまでの活動をふり返ってみたとき、一に稲生綱政会長のお力添えによるものであり、深く感謝の意を表さねばならない。そして、この数年間、任意団体であることのむなしさに耐え、医会の運営を支えて活動された、平沢由平先生、太田裕祥先生、鈴木満先生をはじめ、積極的に参加、活動された多くの会員の方々には、満腔の敬意を表するものである。

私と透析医会とのかかわりは、昭和53年3月、太田和宏先生の呼びかけに応じて、大分県透析医会が発足した時に始まる。そもそもは透析医療費の問題にはじまったことではあるが、当時一部透析施設の不正や悪評が様々なところで取沙汰され、苦々しく感ずることが多かったことから、自浄作用のもてる組織にしたい、という先生のご意見に強く共鳴したものである。爾来10年、個人的な責任（当初会費を集めて上納していたこと）もあって、つとめて理事会に出席していた私にとっては、十分に永い歳月であった。

その間にはいくつかの節目があった。まず昭和54年4月、都道府県透析医会連合会の設立、昭和57年4月、公益法人化へむけての活動を開

始し、その後事務局を名古屋から東京に移転、昭和59年4月、幻の社団法人（仮称）日本腎不全対策協会設立総会を開催、昭和60年7月、稲生綱政先生の会長就任、昭和61年5月、日本透析療法学会との兼合いから生じた諸問題などが主たるものである。中でも記憶に残るのは、法人設立総会のリハーサルを経験させられたあとの暗たんたる気持ちのことであり、今でこそ、その過程の一つの出来事であったと、気安く思いますが、当時は世の中の仕組みのむつかしさを痛感させられたものである。更にもう一つは、所期の目的達成のためには最大の難関であった、透析療法学会との確執？の際に、稲生会長のご決断により透析医会法人化への望みをつなぐことができたことである。

このような経緯をへて、やっと実現できた社団法人日本透析医会設立は、心から喜ぶべきことであるが、法人設立許可の知らせを受けた時、今一つ喜びの実感に乏しかったことも否めない。

それは10年前、透析医療費問題と自浄作用をもつことを掲げて事をおこしたものが、この10年の間に全く昇華された目的のもとに行動せざるをえなかったということ、これまで私に協力して頂いた方達に、どの程度まで理解されているかを思う時、これから果さなければならない義務のことばかりが重くのし掛ってくるからである。透析施設には小規模個人施設が多く、日夜業務にのみ追われ、透析医会法人化の主旨、目的も高邁なものに感じられ、仲々現実との接点を見出し得ない人も少なくないと感じている

ことが、今後の日本透析医会の発展を思うとき、単なる取り越し苦労であって嬉しいと願うものである。

ともあれ、社団法人日本透析医会が設立されたからには、これまでその主旨に賛同して活動して来たものとしては、その目的達成のために、皆様方とともに、なお一層の努力をせねばならないと考えている。

社団法人 日本透析医会に期待すること

長谷川 辰寿

長年の願望でありました日本透析医会の法人化達成、おめでとうございます。昭和53年12月2日、第22回透析研究会会場である那覇市において設立説明会が開催されて以来8年8ヵ月の後、やっと公に認められて活動が出来るようになったわけである。昭和53年当時、何のために透析医師の会の設立が叫ばれたのか。あれから10年近く経過した今日、日本透析医会は何をすべきかについて、透析医会ニュースの編集に携わった一員として回顧しながら、希望を述べたい。

わが国における透析医療の本格的な開始は透析が保険診療化した昭和44年頃であろう。

その後、更生医療の適用となった昭和47年頃から患者数は急激に伸びていった。当時の透析医療に携わる医師、看護婦を中心とする医療関係者の努力は想像を絶するものがあつた。一つ一つの治療行為が、即ち研究であり、その業務は連日早朝から深夜に及んでいた。那覇市の設立説明会で、現副会長である平沢由平氏は会の組織化を望み、「昭和40年頃でしょうか、何も無いところで、本当の医者良心といえますか、医師としての務めといえますか、若い医者が私達と一緒に毎日徹夜して治療した時期が2~3年続いた訳であります。そういう積み重ねの後、やっと患者が生きられるようになった訳であります。そんな時、保険ができた訳であります。

(中略)

保険が出来て間もなくですが、透析の勉強をするのもいいが、ちょっとおかしい面があるぞ

と心配して、忠告してくれる人がありました。(透析医師に対する社会的批判が)今みたいな状態であれば、今まで情熱をもってやって来たことは何だったのだろうか、大変残念に思うわけです。透析で代表される物質除去治療を進展させるため、研究・治療に打ち込む医師たちにとって、戦意をなくすることのないよう、透析医師の自己規制を包含する会の設立を要望する」と語っている。

透析技術の革新的な進歩のもとで、急激な患者増による透析医療費の増大は社会的な批判を呼び、一部の透析医師による不祥事が、今まで嘗々と透析技術の向上に腐心してきた透析医師全体の行為まで否定せんばかりの不信と無理解の時代でもあつた。確かに、当時の透析治療に対する保険診療体制は、透析技術の格段の進歩に対して、出遅れによるところの未成熟の部分があり、一般治療医からも批判的であり、透析医に対する風あたりは強烈なものがあつた。

都道府県透析医会連合会はこうした背景の中、昭和54年4月15日に設立、活動を開始し、昭和60年6月15日に名称を変更し、現在の日本透析医会となったわけである。

透析治療のここ10年間の歩みを振り返る時、透析診療報酬問題は別として、透析の技術進歩がもたらした治療の簡便化・透析時間の短縮化は、透析治療を特殊治療から一般治療として位置づけ、かつてのような徹夜診療は解消することになり、関係者にとって大いに福音となった。一方、治療を受ける患者達にとって、この10年

間はどうか変化したのであろうか。技術の向上、透析医療機関の増加に伴い、通院距離の短縮・透析時間の通減化は、患者達にとっても喜ばしい結果をもたらした。しかし、週3回の病院通いの不便さは解消することなく続いているわけであり、透析歴20年近くの透析患者の老齢化の問題・長期透析患者の新たな合併症発生の問題・屍体腎移植数増加の足踏み状態などのデメリットな部分を差し引きすると、患者にとってのこの10年間は、必ずしも、手放して喜べるものではなかったであろう。透析治療の経済的効率が冷え切ってしまった現在、透析治療を受ける患者達の純医学・社会医学上の問題は益々増加し、その対策が迫られている。

日本透析医会の設立趣意書に、1)人工透析療法導入の適性化、2)医療従事者及び患者の教育、3)透析療法の安全性及び有効性向上のための研究・助成、4)合併症患者に対する医療確保支援、5)腎不全対策推進の協力活動の実施が謳われている。これら諸事業は、どれも今直ぐ開始しなければならない事項ばかりである。

日本の透析患者の80%以上を中規模以下の民間医療機関が受け持つという特殊形体の透析医療界において、唯一の公的団体となった日本透析医会の今後の役割と期待は大である。先ず、日本透析医会の諸事業について、内外に公表してもらいたい。次に、日本透析医会の事業を実施するところの組織を磐石なものにしてもらいたい。更に、わが国における透析医療の実体と問題点を把握し、行政とともに、患者の幸せという点で共に語りあえる団体になってもらいたい。特に、早急に解決を迫られている合併症対策に対して、経営効率悪化により、かつての活動力を失っている民間医療機関に代わって、行政レベルの研究体制の敷設運動を展開してもらいたい。

日本透析医会は、昭和40年代において透析医療の確立のため、寝食を忘れ、技術の確立に一

喜一憂した時代のあのエネルギーを、もう一度とり戻すよう、全国の透析医師に呼びかけてもらいたい。

何故なら透析療法、即ち腎不全対策はまだまだ未完成であり、患者が充分満足できる治療に至っていないからである。

日本透析医会の新たな活動に期待する。

日本透析医会 法人化達成にあたって

村上 秀一

日本透析医会の法人化達成を心からお慶び申し上げます。稲生会長始め、諸先生方の御尽力の賜物と深く感謝申し上げる次第でございます。期を同じくして弊院が事務局を仰せつかっております青森県透析医会も本年で丁度設立10年を迎えるに至り、感慨深い思いに浸っております。

現在、青森県の透析患者は約700名おり、当会会員の23施設で透析医療を行っております。

本年は、津軽海峡の女王と呼ばれる青函連絡船が本年3月で運航廃止が決定された為か、かけこみの観光客が非常に多くみえました。又、桜の弘前城、新緑の十和田湖、八甲田山、夏のネブタ祭り、月遅れのお盆と例年より県外施設からの依頼透析が各施設共大幅に増加していると聞き及んでおります。

振り返ってみますと、14～15年前の本県透析医会設立前後の青森県は、社会的にも透析に関する認識は薄く、社保、国保の審査委員会との諸種のトラブルや、又現場でも試行錯誤の戦いで各施設共に苦勞の連続でした。特に本県の様な豪雪寒冷地域に於いては、通院に関しても、結氷に関しても他県に比べると少なからざる重荷を背負っております。暖房費用ひとつをとっても入院患者を抱える病・医院では、ひと冬数千万円の経費を必要とします。この費用だけを考えてみても、本県の様な地域は、寒波の気象条件は北海道と同じであり、積雪量はそれ以上で、日本有数なのですが、何故か新潟・長岡の方が有名で、また、北海道のように保険請求上の恩典はなく、相次ぐ薬価引き下げ及び診療報

酬点数引き下げは、その何十倍、何百倍の重みを持ち、病院経営に多大な影響を及ぼしました。透析医療の休止、又全面撤退した施設もありました。勿論、経営的な面だけでなく、関係官庁や一般社会、医療機関や患者及び患者家族に対する啓蒙も不十分で、現在の透析療法の普及には、昔日の感があります。

昭和53年に青森市に於いて第1回研究会を開催した青森人工透析研究会は、年々盛況を呈し県内各市を会場に、本年第10回を数え研究会誌も毎回発行されております。研究会に於いては、全国的な傾向ながら、長期透析患者の問題、続発する合併症に関する研究発表が目立ち、透析医療が著しい進歩を遂げている反面、各施設の抱える問題も複雑多様化していることを示唆しております。来年度の第11回青森透析研究会は、当会の名誉会長であり、日本透析医会顧問であります弘前大学附属病院長、弘前大学医学部泌尿器科教授舟生富寿先生に研究会会長をお願い致しました。弘前市で開催されますが、これまで以上の活発な発表、討議がなされ尚一層の成果があがるものと期待されております。

透析のみならず血液浄化法の発展が著しく、特にCAPDは社会復帰の面からも注目されておりますが、本県に於いては衛生管理に対する認識が乏しいのか腹膜炎の発症が多くみられており、自己管理を要求されるCAPDの普及にはまだ啓蒙が必要とされる状況にあります。

末期腎不全の治療法としては血液浄化法と共に腎移植が確立されつつありますが、まだ生体

腎移植が主となっています。脳死の問題も含めて屍体腎移植が一般的に普及する状態までには、当地方ではまだまだ時間を要すると考えられます。しかし、弘前大学医学部泌尿器科、鷹揚郷腎研究所等を中心とし次第に積極的に進められつつあり、仙台社会保険病院と連携を取りながら良好な結果を得られつつあります。

しかし、先に本会副会長平沢由平先生も日本透析医会雑誌の中で述べられたとおり、透析医療の治療成績が向上すればする程、透析医療が社会の重い荷物となっていることも否めない現実であります。幸い本県は弊院を例にとっても50%以上の社会復帰率を示しております。これらも今後どの様に推移するかサーベイランスが必要なところであります。

今後我々は透析医療の向上を押し進めるかわら、患者と社会という視点をより強く持たなければならぬものと思われま。

これらの課題に取り組む為には、全国の透析施設が本会に入会し、一丸となって日本透析医会の強力なるご指導の下に、研究はもとより関係官庁への積極的な啓蒙が必要な時期であります。

そして法人化達成は、その場が、その手段が私達に与えられたことだと思えます。

法人化達成を機に各地域の研究会との連携をより密にされ、益々のご発展をお祈り申し上げます。

法人化に際し今後の腎不全について思うこと

澤田重樹

かねてより当医会の法人化を進めてまいりましたが、このたび社団法人日本透析医会として正式に発足いたしました。

これも偏えに会長をはじめ役員の方の先生方の尽力と会員の皆様のご理解とご支援の賜物と深く感謝いたします。

さて、当医会は当初各都道府県透析医会の任意の連合組織である都道府県透析医会連合会として発足し、我が国における透析医療制度ならびに透析療法の調査研究を重ねてまいりました。そして、事業内容の実効的意義を高める観点から厚生省当局や日本医師会の助言を得、昭和60年6月には日本透析医会と改称して、より緻密な事業を推進し、透析医療の発展と向上に貢献してきましたことをご承知のとおりであります。

ところで、同連合会が創設された昭和54年は当病院を開院した年でもあり、偶然にも当医会と歳月を同じくすることもあるが、今般の法人化は感慨改まるものがあります。また、この間岐阜県透析医会の幹事を務め、昭和60年からは当医会の理事を務めさせて預いており、腎不全医療の推移を内外から観る機会に恵まれました。

我が国の透析医療は更生医療が適用されるようになった昭和47年頃より全国的に拡大し、医学的および工学的に大きな発展を遂げ、慢性腎不全に対する有効かつ安全な延命療法として社会的評価を得るまでになりました。しかしながら一方で長期治療患者や高齢者、糖尿病患者の透析例の増加に伴い透析アミロイド症や透析過敏症など種々の新たな病態が発生し、その合併

症対策が急務となっています。

また、社会復帰やQuality of Lifeを高めるためにその特性・実情に合致した透析施設のネット・ワークシステム作りも急がねばならないのではないかと思います。このことについては平澤副会長も提唱されているように、センター的機能を持つ透析施設とサテライト施設に分けて機能分担を図り、各々が連携した透析医療システムを早急に構築していく必要があるでしょう。

一方、腎移植は現在年間数百例、欧米の十分の一にすぎませんが、ドナーの脳死判定基準問題が解決すれば、免疫抑制剤サイクロスポリンなどの有効性の高い薬の登場などもあり、一気に増大することも考えられます。本来、腎不全医療は当医会の法人化に伴う設立趣意書にも明記されているように、「腎不全の予防ないし進行防止、透析療法および腎移植が三位一体として総合的に推進されねばならない」ものであり、とくに腎移植施設と透析施設は両輪関係にあります。したがって、地域医療における透析医療システム作りに際しては単に透析情報交換だけでなく、腎不全医療全般を見越した情報蓄積を図る必要があります。すなわち、レシピエントの術前管理および術後管理情報が提供できるようにし、透析施設においてレシピエントのアフターフォロー体制作りを進めることが肝要であろうかと思います。

とは言え、当県においてはサテライト施設の意義すら理解されていないのが実情で、こうした状況を打破し、理想的な腎不全医療システムを

構築していくためには相当な時間を要するのも事実です。しかし、当医会の事業も理想的な腎不全医療システム作りを目的として行われるものであり、適切な指導・助言を得て実践的な啓蒙活動と教育活動を推進していけばそれを実現することは可能であると確信します。

このような観点から岐阜県透析医会では4～5年前から医師・関係スタッフを対象とした学術講演会を年2～3回開催するなど、活動内容の充実が図られてきました。また、会員数も昭和54年の発足当時21施設、28名が本年9月現在では36施設、81名にも増え、透析医療の健全な発展のためにも当県透析医会は当医会の下部組織としてさらに活動内容の強化が必要となっています。

また、先に述べたように腎不全医療は透析療法の安定した供給および腎移植の推進に加え、根本的には腎不全予防対策が不可欠ですが、この取り組みは他分野との協力によって展開していくべきものであります。すなわち、学校、職場、成人病検診などで尿検査を積極的に実施し、なるべく早い時期に尿の異常の有無をスクリーニングするとともに、病状の程度に応じた治療指針・指導基準を提供し、マルチ的な腎不全予防対策を展開していかなばなりません。つまり人工透析施設、腎移植施設そして行政機関、腎バンクなどの民間団体や患者団体などが有機的に連携して取り組んでいかなば腎不全予防対策は形骸化する恐れが十分考えられるのです。昨年6月、厚生省に設置された「腎不全対策推進会議」もこのような趣旨のもとに設置されたものであり、今後の腎不全対策の在り方をもっと幅広い視点から協議、討議しようというものであります。

いずれにしても、透析医療を考える場合、長期または高齢の慢性透析患者が増えつつあること、また毎年およそ6,000人の慢性透析患者が新たに発生しているということから、透析医療分野

においては「社会経済情勢の変化のなかで適切かつ合理的な透析医療の実施を図るべき」時期にきていることは間違いなく、より積極的な社会的研究活動をしていくことが求められています。

こうした点に鑑み、今般の法人化を機会に当医会が今後透析医療の安定と向上をめざして新たな事業を推進していかなばならないのは明らかであり、なお一層努力する所存でございますので、今後とも会員各位の結束をお願いする次第であります。

法人化によせて

土屋 隆

この度は、念願の法人化が成り、誠にご同慶の至りである。

しかし、設立総会を2度も開催するという、前代未聞の経過からも窺われるように、法人化に至るまでの道程は、難題続出で、相当に「難産」だったであろうことは想像に難くない。

この間、稲生綱政会長をはじめリーダーの先生方がお示しになられた、その情熱と行動力が、全幅のご信頼を申し上げ、その活動を支持してまいった末端会員の一員にとって、どれほど頼もしく、また心強く感じられたか知れない。

茲に、あらためて心から敬意を表するとともに、そのご尽力に対して、深く感謝を致す次第である。

扱て、愈々形式は整ったが、以後は法人化に当って、当医会の内外に示された事業計画を如何に推進するかにかかっている。

例えば、「透析医療の適正化に関する調査・研究」が事業項目の第一に掲げられているが、これが法人化の認可を得るために整えられた、単なる題目に終らぬよう、その実行に大きな期待を寄せるものである。

これは、予てより懸案とされて来た問題のひとつでもあり、日本透析医会が法人化された、この機会に、権威ある統一見解のひとつとして、「現況にあっては、透析医療の実際はかくあるべし」との、具体的な提案がなされて然るべきと考えるが、如何がであろうか。

そうすることが、透析医療の一層の発展と真の安定性を確保することに、繋がるものと確信

する次第である。

新らしい物を作り出す楽しみと苦しみ

山田 孟

今回、日本透析医会の法人化が達成されたことを心からお祝い申し上げますと共に、理事会に出席して、設立に関する討議に加わらせていただいた1人として、稲生会長、平澤、太田両副会長、鈴木先生の大変な御苦勞、特に粘り強い厚生省との折衝に最大の敬意を表するものであります。

又、私自身この法人設立の推移から、新らしい物を作り出す時の「理念と作業」について大変勉強をさせていただきました。

私も現在一地方都市の医師会長として開放型医師会病院の設立に心を砕いていますが、会員のコンセンサスを得ることの難しさを身をもって体験しております。

医療の中で少くとも透析と言う共通の仕事をしているグループでさえ法人化にあれ程の御苦勞があった訳ですから、まして診療科目、規模、会員の年齢等がまちまちな組織でのコンセンサスを得ることはもっと大変な事だと覚悟しているところです。

そこで、新らしい物を作り出す時の心構えとして感じていることを述べさせていただき諸先輩の御教示を仰ぎたいと存じます。

その第1はリーダーシップは勿論大切ですが、ムードだけでは会員を納得させることは出来ず、民主主義の基本は科学的調査に基づいた資料を中心に全会員に討議していただくことであること。

第2は「住民のため」、「医学、医療の進歩のため」は錦の御旗ではあってもそれだけでは会員

は納得しない。一方、会員のメリットのみを声を大にしては住民が納得しないことを知るべきであること。

第3は会員の置かれている立場、規模、経営基盤がそれぞれ異なることを認識すべきで特に資金が必要なケースでは、その出資の方法について十分な討論が必要であること。

第4は十分な討論をした後は、その目的とすることが、住民のニーズに合いしかも21世紀の医療を展望して会の活性化のためになると判断されたならば「小異を認めあって大同につく」心構えを会員1人1人が持つ必要があること。

第5は住民のニーズに応えるものであり、行政もそれを認め、会員それぞれが21世紀を展望しての正しい判断を認めるものであれば必ず成功することを確認して勇気を出して作業を進めること。

第6、誰かに、何かに誘導されたものであったり、役員の自己満足、マスターベーションによるもので会員の自主性が伴わないものは不成功に終るか後に問題を起こすことになること。

以上、透析医会法人化の成功から得ました教訓を基に今後とも地域医療に精進したいと思います。

皆様の益々の御指導をお願い申し上げます。

お祝いの言葉

—新潟地区の透析治療をふりかえりながら—

大森 伯

社団法人日本透析医会設立おめでとうございます。設立に至るまで役員関係者の皆様のご苦労は大変だったことと思います。心からご苦労をねぎらい重ねてご祝福申し上げます。透析医療もすっかり根ずき、透析患者も61年12月現在73,500名に達し、一つの地方都市を形成する位の人数となりました。

私のまわりでも、親類、友人など身近なところで透析をうける人が出ております。そして透析の総医療費も増加し、また透析性アミロイドーシスなど困難な問題が提起されてきております。このような時期に将来の日本の透析医療をみざす医師がグループとなってこの困難な時期、困難な問題をのりこえていくにふさわしい社団法人が設立されたことは私達第一線の診療所の開設者にとっては本当に勇気づけられるものです。

この機会に新潟地区の透析の歴史を述べてみたいと思います。

新潟地区では新潟大学第二内科故木下康民教授のもとに平沢由平現日本透析医会副会長を中心に昭和38年4月に腹膜透析の第1例を導入して以来、昭和41年9月には血液透析治療を開始して24年に達している。私自身も昭和38年4月に木下内科に入局し、平沢らが腹膜透析診療に日夜励んでいるのを目のあたりに見て感激したものである。平沢らは約2年の腹膜透析の経験から問題点が浮かび上り、その中でも腹膜炎や、社会復帰の悪さ、活動力が十分でないなどの壁にぶつかり、患者にとって更にそしてもっと快

適な社会生活を送らせる方策を模索しているところへ、アメリカで、人工腎臓治療の非常に良い成績を得ている論文が次々に発表されるのを知り、人工腎臓がぜひ必要と考えるに至り、血液透析治療の導入を決断したのである。その頃、新潟大学泌尿器科（佐藤昭太郎教授）にあった新潟地区では唯一のコルフ型のドラム方式で、単身用、蛇腹方式の血液ポンプをそなえた供給装置を佐藤教授のご好意で借りうけ循環製のツインコイルで開始した。準備は十二分にしたものの見るもの、行うものすべて新らしいことばかりで、失敗の連続であった。第1例目は約2ヶ月の透析を実施したがDICで死亡した。この2ヶ月の間主治医の高宮治生（現 重井医学研究所）は病室で患者の母親とともに2ヶ月寝泊りして診療にあたっていた。その頃の高宮治生の情熱とエネルギーは目をみはるばかりで、現在もそれを持ち続け岡山市で活躍している。第1例目は失ったが、その経験が礎となって人工腎臓もどうやら軌道にのり、腹膜透析を行っていた十数名の患者が次々に人工腎臓治療に切りかえられていった。42年3月平沢らの強い要望によりMilton Roy 社製の透析液供給装置の購入を大学が認め、日機装を通じて購入した。陰圧方式の供給装置は使いやすいが、外国製のために、部品がなく漏血計のランプが切れると市内あちこちの電気屋に求めたがなく、かけめぐった挙句自転車、オートバイの部品屋で見つけ出したエピソードもあった。

この機械を使って無給副手の腎グループ全員

の協力により昼夜兼行で透析を行ない、多い時は20数名の患者が延命した。キール式ダイアライザー2槽を1槽ずつ使ったり、二人の患者を直列につないで更に1槽ずつ使って同時に4人の透析を実施したこともある。このような綱渡りの操業でなんとか20数名の患者の命を長らえたのである。現在この頃に始めた2人が信楽園で頑張っており、後に続く患者が勇気づけられていると思う。今から考えると透析不足であり、心外膜炎・心不全が頻発していた。

42年の後半になると大学紛争が激しくなりまた患者数も多数となり収容しきれずに43年3月信楽園病院でMilton Roy社製の人工腎臓を導入してもらい透析を開始してもらった。

大学紛争は燎原の火の如く激しくなり、またその後遺症も強く、大学での透析を一時閉鎖せざるをえず、46年から平澤とともに小生も信楽園に移り、中央供給装置を使って集団血液透析を始めるようになった。すべての患者を外シャントで行っていたが患者が多くなると、殆んど毎日誰かのシャントがつまり、真夜中でも手術をする日が多くなった。昭和41年既にBresciaらが内シャントを発表していたが、日本では虎の門病院三村先生らが内シャントの長期使用例を発表し、新潟地区も昭和46年頃から内シャントに切り換えていった。この頃東京女子医大太田先生に信楽園にきていただき内シャントの手術と講演をしてもらった。

46年にはメキシコシティの国際腎学会に平澤、日機装元社員野間田氏とともに約1ヶ月にわたり、透析行脚をし、あちこちのR.O装置の開発を見聞きし、水の大切さを知り、R.O水を使用するようになった。この頃は合併症としての心外膜炎、肝炎、末梢神経障害、重症高血圧症の病態とその対策が不明で悩まされたものである。輸血後肝炎では大学時代に2人の医師がかかり、辛いにして治癒したが、信楽園では看護婦一人を劇症肝炎で失った。まだ22才の若さで、三月

のまだ寒い日に、新潟市から約60km北の村上市に信楽園病院院長青池、平澤らスタッフ全員で野辺送りに出かけた。昔から医療スタッフは常に危険と隣り合わせで、使命上止むおえないこととはいえ、やるせない気持ちでいっぱいであった。2～3ヶ月後そのフィアンセがかつぎこまれてきてやはり劇症肝炎で死の転機をとったのにはびっくりしたものである。この教訓を契機にしてHB抗原キャリアーは隔離して透析をやる必要があると痛感し、隔離室で行うことになった。またHB抗体血清を予防的に使用することにした。現在マスコミが騒いでいるHB肝炎パニックはどこの透析施設でもそう思うが10年も前に解決した問題である。

50年代に入ると長年使われてきた、そしてまた、これによって広く普及してきた透析液の酢酸の功罪が議論されたし、酢酸不耐症あるいは透析副作用の軽減化を求めて酢酸より重炭酸が緩衝剤として適切であることがわかり、またメーカーも種々に工夫をこらし重炭酸透析液が普及してきた。

昭和46～47年に切り換えた内シャントも5年目位になると自己血管での内シャントの手術の実施のむずかしい症例が出現するようになり、同種、あるいは異種移植が試みられ、52年頃から人工血管移植が積極的に行われた。

昨今は透析性アミロイドーシスによる、多発性関節症状のみられる患者が多くなってきているが、その主因は β_2 -マイクログロブリンの蓄積であると、新潟大学第二内科の下条文武助教授が解明した。その解決に向って、新潟地区とは言わず、全国レベルで邁進していることは喜ばしいかぎりである。

平澤は今までを振り返って5年、10年の節目毎に新しい問題が出現し、その都度のりこえてきた、またのりこえていかなければならないと。また、昨今横綱双羽黒、歌手の中森明菜を代表とする20代の連中をマスコミは新人類と呼んで

いるが透析年齢20才を迎える人が多数出てきた透析者も別の意味で新人類であると語っている。これらの透析新人類には私達の今までの既定の考えでは予想もできない新しい病態が出現してくるかも知れない。いつかのテレビで昭和電工の元会長さんが素材の開発は新らしい技術開発をもたらし、そして新しい文明をもたらすといっていたが、人工腎臓の領域でも今直面している問題についても、より新しい素材が開発されそれが患者によりよい生活をもたらすことを祈念している。

臨床工学技士法による現任者の経過(救済)措置について(中間報告)

鈴木 満

厚生省医事課では、昨年5月の臨床工学技士法(資料1)の成立に伴い政令・省令等の制定を積極的に作業中であるが、9月からは臨床工学技士養成施設指定基準等検討会が開催され11月には答申が取りまとめられた(資料2)。法案が成立して半年間が経過したが、この間に現場に働く透析技士、即ち、現任者にどのような経過(救済)措置をとられるのかが透析技士はもとより会員諸兄も注目するところであろう。厚生省担当課による技士会での説明や本会への経過説明を踏まえて、本法における臨床工学技士の業務概略、受験資格、現任者の経過(救済)措置等を報告する。

「臨床工学技士とは」

臨床工学技士は、“厚生大臣の免許を受け臨床工学技士の名称を持ち、その業務は、生命維持管理装置の操作と保守点検を行うことができる”とされている(2条・37条：後記の臨床工学技士法を参照)。

操作とは、医師に代わって行う診療の補助行為であって、一部業務の独占行為を指す。また、保守点検とは 始業点検の直前までの点検・安全管理をいう。具体的な操作は、患者に機械・装置をアプライする始業点検(穿刺を含む)から装置の離脱までを指す。即ち、無資格者は透析室で治療中に機械が故障しても、機械が患者に連結していると故障の修理ができなくなるとも受けとられかねない。したがって、現任者に対

して透析医は資格取得が不可欠であるという方向で指導しなければならないと考える。臨床工学技士の責任に関しては、医師の具体的な指示により発生した事故については、その責任が医師に及ぶのは当然であるが医師の具体的な指示もない行為により発生した事故については医師の責任が軽減されるようである。

医師の具体的な指示(38条)とは、体外血液回路に薬液を注入する、あるいは送血路のコントロール、物理的なその他の物理エネルギー、このコントロール、薬液の量・種類等、医師の具体的な指示があれば臨床工学技士がその指示書に従って業務ができるわけである。また、危険性のある分野については、医師は監視を充分に行うことはいうまでもあるまい。

生命維持管理装置とは、人の呼吸、循環、代謝の機能の一部を代替もしくは補助する装置をいう。呼吸機能、循環機能、代謝機能に係わる装置、代替する補助装置も含まれ、呼吸に関してはICU・CCUをも含めて充分に対応出来るものである。透析治療は、この内で代謝機能に係わる範疇に入り、血液浄化療法はもとより血漿交換療法・免疫吸着療法も代謝の概念に入るわけである。また、装置の操作に関する許容範囲については、学会認定により定められる方針である。

（受験資格）

本法（政令）が施行されると、専修学校では厚生省認定による3年の臨床工学技士コースが新設されその卒業生が受験資格を得ることになるが、大学でも厚生省の認めるコースをカリキュラムに組み込んでいけば同様な扱いになる。工学部卒、医学部卒、保健学科卒の場合には、1年間の認定コース受講が必要となり、ナース・放射線技師・臨床検査技士の場合は2年間の認定コース受講が必要となる。

透析の現任者（付則第2条）に関しては、現に病院、診療所、その他の透析関係施設に於て実地透析業務を行っている者で5年（昭和63年4月1日予定の施行日までに）以上の経験を有し指定講習会（厚生大臣指定）を経て高卒（大学受験資格のある者）もしくは准看（中学卒可）であれば受験資格がある。中学卒は、講習会が受講できないが、政令の施行日（第3条：昭和63年3月1日～3月31日に施行予定）の時点で現任者であれば准看の資格を得た後に受講が可能となる。5年間の経験とは、政令の施行日に現に業務を行っていて既に5年の経験があれば問題ないが仮に3年とすると経過措置期間が5年あるので2年の業務経験を満たすと受験資格を得ることになる。

この経過措置が5年あることが、重要となる。従って、63年度のテクニシャンを政令の施行日の前に雇用すると、1回のみではあるが最終の国家試験を受けるチャンスがあることになる。即ち、施行日の後に雇用した者については受験資格がなくなり、その場合は、新たに指定の学校に入学を要することになる。

また、厚生大臣指定講習会には、現任者であれば経験年数を原則的に問うことなく受講できる。受講後に5年を満たした時点で国家試験が受けられる訳である。

* 透析技術認定士と受験資格

透析合同専門委員会が認定している透析技術

認定士の資格を有して業務についている者であっても、今回の受験資格には、何等の免除も与えられていない。但し、臨床工学技士資格を取得後には、いわば透析（代謝）専門技士としての再試験の必要はないように考慮されている。

（指定講習会）

指定講習会の単位数は180時間であり、150時間の講習会と30時間の臨床実習（見学実習）からなる。単位数は2時間が正味90分であるため、正味120時間の講習、および、透析を1日・人工心肺を1日・ICU/CCUを1日の計3日間の見学実習を受けなければならない。見学実習施設は身近な別に定める指定施設で受け、院長あるいは管理者の証明を貰うことになる。但し、透析の実習指定施設は更生医療指定施設とし、人工心肺は学会認定施設（30ヵ所）としICU/CCUの指定施設も同じ扱いがされる。

* 受講コースは、

1. 16日間連続受講コース
2. 8週間の土日コース
3. 上記のミックス・コース

が、考えられている。また、各講習会の間での共通単位の認定制の導入も考慮されている（いわば、運転免許取得時の制度のようなもの）。

* 受講方法

初年度は本年9月迄に第1回講習会が開催されるが、受講生の募集は5年以上勤務者より優先し定員を決定する。定員に満たない場合は、5年未満の者を対象にし年数順位で定員が決まる見込である。定員数は370名を予定している模様である。

* 開催回数

厚生省から本法により委託を受ける（財）医療機器センターでは、東京で5月と8月に大阪では7月に15日間連続コースのみを計3回開催予定。

* 受講場所

ブロック中心に数カ所が予定されている。講習会の開催は、主たるブロックでセンター主催により行われるが、それ以外の場所で開催する時にはセンターに公的な団体が委託講習会開催の申請をして、センターが審査の上認可した場合に行われることになる。

* 受講内容

150単位の内、工学専門課程を50～60時間とし、医学専門課程を70～80単位とする模様である。

国家試験

第1回国家試験は、昭和63年9月18日が予定されているが、10月に施行される見込である。次年度からは年2回の国家試験がある模様である。

以上の状況を踏まえて、当会は社団法人であるところから常任理事会において講習会開催を検討したところ、研修委員会が“昭和63年度の事業として土日または日曜日コースのみによる講習会を開催する”との委員会決定を行い、昭和63年1月23日に行われた定時理事会でもこの委員会決定が了承された。

講習会開催には、地域の会員諸兄のご協力が必要であることは論をまたないが、既に、北海道、宮城県、新潟県、栃木県、千葉県、愛知県、近畿6県、福岡県、大分県、鹿児島県・宮崎県で講習会が具体的に開催に向けて検討中である。宮城県では、会場や講師の確保を終え5月8日より実施する準備がなされている。

臨床工学技士法	資料1
----------------	------------

目次

- 第一章 総則(第一条—第二条)
- 第二章 免許(第三条—第九条)
- 第三章 試験(第十条—第三十六条)
- 第四章 業務等(第三十七条—第四十二条)
- 第五章 罰則(第四十三条—第四十七条)
- 附則

第一章 総則

(目的)

第一条 この法律は、臨床工学技士の資格を定めるとともに、その業務が適正に運用されるように規律し、もつて医療の普及及び向上に寄与することを目的とする。

(定義)

第二条 この法律で「生命維持管理装置」とは、人の呼吸、循環又は代謝の機能の一部を代替し、又は補助することが目的とされている装置をいう。

2 この法律で「臨床工学技士」とは、厚生大臣の免許を受けて、臨床工学技士の名称を用いて、医師の指示の下に、生命維持管理装置の操作（生命維持管理装置の先端部の身体への接続又は身体からの除去であつて政令で定めるものを含む。以下同じ。）及び保守点検を行うことを業とする者をいう。

第二章 免許

(免許)

第三条 臨床工学技士になろうとする者は、臨床工学技士国家試験(以下「試験」という。)に合格し、厚生大臣の免許(以下「免許」という。)を受けなければならない。

(絶対的欠格事由)

第四条 目が見えない者、耳が聞こえない者又は口がきけない者には、免許を与えない。

(相対的欠格事由)

第五条 次の各号のいずれかに該当する者には免許を与えないことがある。

- 一 罰金以上の刑に処せられた者
- 二 前号に該当する者を除くほか、臨床工学技士の業務に関し犯罪又は不正の行為があった者
- 三 素行が著しく不良である者
- 四 精神病患者、麻薬、大麻若しくはあへんの中毒者又は伝染性の疾病にかかっている者(臨床工学技士名簿)

第六条 厚生省に臨床工学技士名簿を備え、免許に関する事項を登録する。

(登録及び免許証の交付)

第七条 免許は、臨床工学技士名簿に登録することによつて行ふ。

2 厚生大臣は、免許を与えたときは、臨床工学技士免許証を交付する。

(免許の取消し等)

第八条 臨床工学技士が第四条の規定に該当するに至つたときは、厚生大臣は、その免許を取り消さなければならない。

- 2 臨床工学技士が第五条各号のいずれかに該当するに至つたときは、厚生大臣は、その免許を取り消し、又は期間を定めて臨床工学技士の名称の使用の停止を命ずることができる。
- 3 前項の規定により免許を取り消された者であつても、その者がその取消しの理由となつた事項に該当しなくなつたとき、その他その後の事情により再び免許を与えるのが適当であると認められるに至つたときは、再免許を与えることができる。この場合においては、前条の規定を準用する。
- 4 厚生大臣は、第一項又は第二項の規定による処分をしようとするときは、あらかじめ、その相手方にその処分の理由を通知し、弁明及び有利な証拠の提出の機会を与えないならない。

(省令への委任)

第九条 この章に規定するもののほか、免許の申請、臨床工学技士名簿の登録、訂正及び消除並びに臨床工学技士免許証の交付、書換え交付、再交付、返納及び提出に関し必要な事項は、厚生省令で定める。

第三章 試験

(試験の目的)

第十条 試験は、臨床工学技士として必要な知識及び技能について行ふ。

(試験の実施)

第十一条 試験は、毎年一回以上、厚生大臣が行ふ。

(臨床工学技士試験委員)

第十二条 試験の問題の作成及び採点を行わせるため、厚生省に臨床工学技士試験委員(次項及び次条において「試験委員」という。)を置く。

2 試験委員に関し必要な事項は、政令で定める。

(不正行為の禁止)

第十三条 試験委員は、試験の問題の作成及び採点について、厳正を保持し不正の行為のないようにしなければならない。

(受験資格)

第十四条 試験は、次の各号のいずれかに該当する者でなければ、受けることができない。

- 一 学校教育法(昭和二十二年法律第二十六号)第五十六条第一項の規定により大学に入学することができる者で、文部大臣が指定した学校又は厚生大臣が指定した臨床工学技士養成所において、三年以上臨床工学技士として必要な知識及び技能を修得したもの

二 学校教育法に基づく大学若しくは高等専門学校、旧大学令（大正七年勅令第三百八十八号）に基づく大学又は厚生省令で定める学校、文教研修施設若しくは養成所において二年（高等専門学校にあつては、五年）以上修業し、かつ、厚生大臣の指定する科目を修めた者で、文部大臣が指定した学校又は厚生大臣が指定した臨床工学技士養成所において、一年以上臨床工学技士として必要な知識及び技能を修得したもの

三 学校教育法に基づく大学若しくは高等専門学校、旧大学令に基づく大学又は厚生省令で定める学校、文教研修施設若しくは養成所において一年（高等専門学校にあつては、四年）以上修業し、かつ、厚生大臣の指定する科目を修めた者で、文部大臣が指定した学校又は厚生大臣が指定した臨床工学技士養成所において、二年以上臨床工学技士として必要な知識及び技能を修得したもの

四 学校教育法に基づく大学（短期大学を除く。）又は旧大学令に基づく大学において厚生大臣が指定する科目を修めて卒業した者

五 外国の生命維持管理装置の操作及び保守点検に関する学校若しくは養成所を卒業し又は外国で臨床工学技士の免許に相当する免許を受けた者で、厚生大臣が前各号に掲げる者と同等以上の知識及び技能を有すると認定したもの

（試験の無効等）

第十五条 厚生大臣は、試験に関して不正の行為があつた場合には、その不正行為に関係のある者に対しては、その受験を停止させ、又はその試験を無効とすることができる。

2 厚生大臣は、前項の規定による処分を受けた者に対し、期間を定めて試験を受けることができないものとする事ができる。

（受験手数料）

第十六条 試験を受けようとする者は、実費を勘案して政令で定める額の受験手数料を国に納付しなければならない。

2 前項の受験手数料は、これを納付した者が試験を受けない場合においても、返還しない。
（指定試験機関の指定）

第十七条 厚生大臣は、厚生省令で定めるところにより、その指定する者（以下「指定試験機関」という。）に、試験の実施に関する事務（以下「試験事務」という。）を行わせることができる。

2 指定試験機関の指定は、厚生省令で定めるところにより、試験事務を行おうとする者の申請により行う。

3 厚生大臣は、他に指定を受けた者がなく、かつ、前項の申請が次の要件を満たしていると認めるときでなければ、指定試験機関の指定をしてはならない。

一 職員、設備、試験事務の実施の方法その他の事項についての試験事務の実施に関する計画が、試験事務の適正かつ確実な実施のために適切なものであること。

二 前号の試験事務の実施に関する計画の適正かつ確実な実施に必要な経理的及び技術的な基礎を有するものであること。

4 厚生大臣は、第二項の申請が次のいずれかに該当するときは、指定試験機関の指定をしてはならない。

一 申請者が、民法（明治二十九年法律第八十九号）第三十四条の規定により設立された法人以外の者であること。

二 申請者が、その行う試験事務以外の業務により試験事務を公正に実施することができないおそれがあること。

三 申請者が、第三十条の規定により指定を取り消され、その取消の日から起算して二年を経過しない者であること。

四 申請者の役員のうち、次のいずれかに該当する者があること。

イ この法律に違反して、刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなつた日から起算して二年を経過しない者

ロ 次条第二項の規定による命令により解任され、その解任の日から起算して二年を経過しない者

(指定試験機関の役員を選任及び解任)

第十八条 指定試験機関の役員を選任及び解任は、厚生大臣の認可を受けなければ、その効力を生じない。

2 厚生大臣は、指定試験機関の役員が、この法律(この法律に基づく命令又は処分を含む。)若しくは第二十条第一項に規定する試験事務規程に違反する行為をしたとき、又は試験事務に関し著しく不適当な行為をしたときは、指定試験機関に対し、当該役員解任を命ずることができる。

(事業計画の認可等)

第十九条 指定試験機関は、毎事業年度、事業計画及び収支予算を作成し、当該事業年度の開始前に(指定を受けた日の属する事業年度にあつては、その指定を受けた後遅滞なく)、厚生大臣の認可を受けなければならない。これを変更しようとするときも、同様とする。

2 指定試験機関は、毎事業年度の経過後三月以内に、その事業年度の事業報告書及び収支決算書を作成し、厚生大臣に提出しなければならない。

(試験事務規程)

第二十条 指定試験機関は、試験事務の開始前に、試験事務の実施に関する規程(以下「試験事務規程」という。)を定め、厚生大臣の認可を受けなければならない。これを変更しようとするときも、

同様とする。

2 試験事務規程で定めるべき事項は、厚生省令で定める。

3 厚生大臣は、第一項の認可をした試験事務規程が試験事務の適正かつ確実な実施上不相当となつたと認めるときは、指定試験機関に対し、これを変更すべきことを命ずることができる。

(指定試験機関の臨床工学技士試験委員)

第二十一条 指定試験機関は、試験の問題の作成及び採点を臨床工学技士試験委員(次項から第四項まで、次条及び第二十四条第一項において「試験委員」という。)に行わせなければならない。

2 指定試験機関は、試験委員を選任しようとするときは、厚生省令で定める要件を備える者のうちから選任しなければならない。

3 指定試験機関は、試験委員を選任したときは、厚生省令で定めるところにより、厚生大臣にその旨を届け出なければならない。試験委員に変更があつたときも、同様とする。

4 第十八条第二項の規定は、試験委員の解任について準用する。

第二十二条 試験委員は、試験の問題の作成及び採点について、厳正を保持し不正の行為のないようにしなければならない。

(受験の停止等)

第二十三条 指定試験機関が試験事務を行う場合において、指定試験機関は、試験に関して不正の行為があつたときはその不正行為に関係のある者に対しては、その受験を停止させることができる。

2 前項に定めるもののほか、指定試験機関が試験事務を行う場合における第十五条及び第十六条第一項の規定の適用については、第十五条第一項中「その受験を停止させ、又はそ

の試験」とあるのは「その試験」と、同条第二項中「前項」とあるのは「前項又は第二十三条第一項」と、第十六条第一項中「国」とあるのは「指定試験機関」とする。

- 3 前項の規定により読み替えて適用する第十六条第一項の規定により指定試験機関に納められた受験手数料は、指定試験機関の収入とする。

(秘密保持義務等)

第二十四条 指定試験機関の役員若しくは職員(試験委員を含む。次項において同じ。)又はこれらの職にあつた者は、試験事務に関して知り得た秘密を漏らしてはならない。

- 2 試験事務に従事する指定試験機関の役員又は職員は、刑法(明治四十年法律第四十五号)その他の罰則の適用については、法令により公務に従事する職員とみなす。

(帳簿の備付け等)

第二十五条 指定試験機関は、厚生省令で定めるところにより、試験事務に関する事項で厚生省令で定めるものを記載した帳簿を備え、これを保存しなければならない。

(監督命令)

第二十六条 厚生大臣は、この法律を施行するため必要があると認めるときは、指定試験機関に対し、試験事務に関し監督上必要な命令をすることができる。

(報告)

第二十七条 厚生大臣は、この法律を施行するため必要があると認めるときは、その必要な限度で、厚生省令で定めるところにより、指定試験機関に対し、報告をさせることができる。

(立入検査)

第二十八条 厚生大臣は、この法律を施行する

ため必要があると認めるときは、その必要な限度で、その職員に、指定試験機関の事務所に立ち入り、指定試験機関の帳簿、書類その他必要な物件を検査させ、又は関係者に質問させることができる。

- 2 前項の規定により立入検査を行う職員は、その身分を示す証明書を携帯し、かつ、関係者の請求があるときは、これを提示しなければならない。

- 3 第一項に規定する権限は、犯罪捜査のために認められたものと解釈してはならない。

(試験事務の休廃止)

第二十九条 指定試験機関は、厚生大臣の許可を受けなければ、試験事務の全部又は一部を休止し、又は廃止してはならない。

(指定の取消し等)

第三十条 厚生大臣は、指定試験機関が第十七条第四項各号(第三号を除く。)のいずれかに該当するに至つたときは、その指定を取り消さなければならない。

- 2 厚生大臣は、指定試験機関が次の各号のいずれかに該当するに至つたときは、その指定を取り消し、又は期間を定めて試験事務の全部若しくは一部の停止を命ずることができる。
- 一 第十七条第三項各号の要件を満たさなくなつたと認められるとき。
 - 二 第十八条第二項(第二十一条第四項において準用する場合を含む)、第二十条第三項又は第二十六条の規定による命令に違反したとき。
 - 三 第十九条、第二十一条第一項から第三項まで又は前条の規定に違反したとき。
 - 四 第二十条第一項の認可を受けた試験事務規程によらないで試験事務を行つたとき。
 - 五 次条第一項の条件に違反したとき。

(指定等の条件)

第三十一条 第十七条第一項、第十八条第一項、第十九条第一項、第二十条第一項又は第二十九条の規定による指定、認可又は許可には、条件を付し、及びこれを変更することができる。

2 前項の条件は、当該指定、認可又は許可に係る事項の確実な実施を図るため必要な最小限度のものに限り、かつ、当該指定、認可又は許可を受ける者に不当な義務を課することとなるものであつてはならない。

(聴聞)

第三十二条 厚生大臣は、第三十条の規定による処分をしようとするときは、あらかじめ、その相手方にその処分の理由を通知し、弁明及び有利な証拠の提出の機会を与えなければならない。

(指定試験機関がした処分等に係る不服申立て)

第三十三条 指定試験機関が行う試験事務に係る処分又はその不作為について不服がある者は、厚生大臣に対し、行政不服審査法（昭和三十七年法律第百六十号）による審査請求をすることができる。

(厚生大臣による試験事務の実施等)

第三十四条 厚生大臣は、指定試験機関の指定をしたときは、試験事務を行わないものとする。

2 厚生大臣は、指定試験機関が第二十九条の規定による許可を受けて試験事務の全部若しくは一部を休止したとき、第三十条第二項の規定により指定試験機関に対し試験事務の全部若しくは一部の停止を命じたとき、又は指定試験機関が天災その他の事由により試験事務の全部若しくは一部を実施することが困難となつた場合において必要があると認めるときは、試験事務の全部又は一部を自ら行うも

のとする。

(公示)

第三十五条 厚生大臣は、次の場合には、その旨を官報に公示しなければならない。

- 一 第十七条第一項の規定による指定をしたとき。
- 二 第二十九条の規定による許可をしたとき。
- 三 第三十条の規定により指定を取り消し、又は試験事務の全部若しくは一部の停止を命じたとき。
- 四 前条第二項の規定により試験事務の全部若しくは一部を自ら行うこととするとき、又は自ら行つていた試験事務の全部若しくは一部を行わないこととするとき。

(試験の細目等)

第三十六条 この章に定めるもののほか、試験科目、受験手続、試験事務の引継ぎその他試験及び指定試験機関並びに第十四条第一号から第三号までの規定による学校又は臨床工学技士養成所の指定に関し必要な事項は、省令で定める。

第四章 業務等

(業務)

第三十七条 臨床工学技士は、保健婦助産婦看護婦法（昭和三十二年法律第二百三十三号）第三十一条第一項及び第三十二条の規定にかかわらず、診療の補助として生命維持管理装置の操作を行うことを業とすることができる。

2 前項の規定は、第八条第二項の規定により臨床工学技士の名称の使用の停止を命ぜられている者については、適用しない。

(特定行為の制限)

第三十八条 臨床工学技士は、医師の具体的な指示を受けなければ、厚生省令で定める生命維持管理装置の操作を行つ

てはならない。

(他の医療関係者との連携)

第三十九条 臨床工学技士は、その業務を行うに当たっては、医師その他の医療関係者との緊密な連携を図り、適正な医療の確保に努めなければならない。

(秘密を守る義務)

第四十条 臨床工学技士は、正当な理由がなくその業務上知り得た人の秘密を漏らしてはならない。臨床工学技士でなくなつた後においても、同様とする。

(名称の使用制限)

第四十一条 臨床工学技士でない者は、臨床工学技士又はこれに紛らわしい名称を使用してはならない。

(経過措置)

第四十二条 この法律の規定に基づき命令を制定し、又は改廃する場合においては、その命令で、その制定又は改廃に伴い合理的に必要と判断される範囲内において、所要の経過措置(罰則に関する経過措置を含む。)を定めることができる。

第五章 罰則

第四十三条 第二十四条第一項の規定に違反した者は、一年以下の懲役又は三十万円以下の罰金に処する。

第四十四条 第三十条第二項の規定による試験事務の停止の命令に違反したときは、その違反行為をした指定試験機関の役員又は職員は、一年以下の懲役又は三十万円以下の罰金に処する。

第四十五条 次の各号のいずれかに該当する者は、三十万円以下の罰金に処する。

- 一 第十三条又は第二十二條の規定に違反して、不正の採点をした者
- 二 第四十条の規定に違反した者

2 前項第二号の罪は、告訴を待つて論ずる。

第四十六条 次の各号のいずれかに該当する者は、二十万円以下の罰金に処する。

一 第八条第二項の規定により臨床工学技士の名称の使用の停止を命ぜられた者で、当該停止を命ぜられた期間中に、臨床工学技士の名称を使用したもの

二 第三十八条又は第四十一条の規定に違反した者

第四十七条 次の各号のいずれかに該当するときは、その違反行為をした指定試験機関の役員又は職員は、二十万円以下の罰金に処する。

一 第二十五条の規定に違反して帳簿を備えず、帳簿に記載せず、若しくは帳簿に虚偽の記載をし、又は帳簿を保存しなかつたとき。

二 第二十七条の規定による報告をせず、又は虚偽の報告をしたとき。

三 第二十八条第一項の規定による立入り若しくは検査を拒み、妨げ、若しくは忌避し又は質問に対して陳述をせず、若しくは虚偽の陳述をしたとき。

四 第二十九条の許可を受けないで試験事務の全部を廃止したとき。

附 則

(施行期日)

第一条 この法律は、公布の日から起算して一年を超えない範囲内において政令で定める日から施行する。

(受験資格の特例)

第二条 臨床工学技士として必要な知識及び技能を修得させる学校又は養成所であつて、文部大臣又は厚生大臣が指定したもののにおいて、この法律の施行の際現に臨床工学技士として必要な知識及び技能の修得を終えている者又はこの法律の施行の際現に臨床工学技士として必要な知識及び

技能を修得中であり、その修得をこの法律の施行後に終えた者は、第十四条の規定にかかわらず、試験を受けることができる。

第三条 この法律の施行の際現に病院又は診療所において、医師の指示の下に、適法に生命維持管理装置の操作及び保守点検を業として行っている者であつて、次の各号のいずれにも該当するに至つたものは、昭和六十八年三月三十一日までは、第十四条の規定にかかわらず、試験を受けることができる。

- 一 学校教育法第五十六条第一項の規定により大学に入学できる者又は政令で定める者
- 二 厚生大臣が指定した講習会の課程を修了した者
- 三 病院又は診療所において、医師の指示の下に、適法に生命維持管理装置の操作及び保守点検を五年以上業として行つた者

第四条 旧中等学校令（昭和十八年勅令第三十六号）による中等学校を卒業した者又は省令の定めるところによりこれと同等以上の学力があると認められる者は、第十四条第一号及び前条第一号の規定の適用については、学校教育法第五十六条第一項の規定により大学に入学することができる者とみなす。

（名称の使用制限に関する経過措置）

第五条 この法律の施行の際現に臨床工学技士又はこれに紛らわしい名称を使用している者については、第四十一条の規定は、この法律の施行後六月間は、適用しない。

（登録免許税法の一部改正）

第六条 登録免許税法（昭和四十二年法律第三十五号）の一部を次のように改正する。
別表第一第二十三号(六)イ(3)中「視能訓練士」の下に「臨床工学技士」を加える。

（厚生省設置法の一部改正）

第七条 厚生省設置法（昭和二十四年法律第五十一号）の一部を次のように改正する。

第六条第三十一号の次に次の二号を加える。

三十一の二 臨床工学技士の養成所を指定し、臨床工学技士の試験を行い、並びに臨床工学技士の免許及び登録を行い、並びに免許を取り消し、及び名称の使用の停止を命ずること。

三十一の三 臨床工学技士法（昭和六十二年法律第 号）の規定に基づき、指定試験機関を指定し、指定試験機関に対し、認可その他監督を行うこと。

臨床工学技士養成施設基準等 資料2

I 臨床工学技士学校・養成所の指定基準等

1. 法第14条第1号(3年コース)に定める学校又は臨床工学技士養成所の授業科目及び授業時間数
2. 法第14条第2号(1年コース)に定める厚生大臣の指定する科目
3. 法第14条第2号(1年コース)に定める学校又は臨床工学技士養成所の授業科目及び授業時間数
4. 法第14条第3号(2年コース)に定める厚生大臣の指定する科目

5. 法第14条第3号(2年コース)に定める学校又は臨床工学技士養成所の授業科目及び授業時間数
6. 法第14条第4号(臨床工学技士大学コース)に定める厚生大臣の指定する科目
7. 法第14条第1号, 第2号及び第3号に定める学校又は臨床工学技士養成所のその他の指定基準
 - (1)教員 (2)学級定員 (3)教室, 設備等
 - (4)臨床実習施設 (5)管理運営

II 臨床工学技士国家試験科目

- ### III 法附則第3条第2号に定める講習会の講習科目及び講習時間数

I 臨床工学技士養成所等の指定基準等

1. 法第14条第1号(3年コース)に定める学校又は臨床工学技士養成所の授業科目及び授業時間数

授 業 科 目		授 業 時 間			備 考	
		講義	実習	合計		
基礎科目	人文科学 2科目	60		60		
	社会科学 2科目	60		60		
	自然科学 2科目	60		60		
	外国語	180		180		
	保健体育	15	45	60		
専門基礎科目	医 学	公衆衛生学	15		15	人の構造及び機能と病理学概論に関する実習
		医学概論	15		15	
		人の構造及び機能	60		60	
		病理学概論	45		45	
		基礎医学実習		45	45	
	臨床生理学	30		30		
	臨床生化学	45		45		
	臨床免疫学	30		30		
	臨床薬理学	30		30		
	看護学概論	30		30		
工 学	応用数学	90		90	システム工学と情報処理工学に関する実習	
	医用工学概論	60		60		
	システム工学	45		45		
	情報処理工学	60		60		
	システム・情報処理実習		45	45		
	電気工学	75	45	120		
	電子工学	75	45	120		
	物性工学	45		45		
	機械工学	45		45		
	材料工学	45		45		
計測工学	60		60			
放射線工学概論	30		30			
専門科目	医用機器学概論	120		120	講義における医学領域と工学領域の時間配分は、概ね2分の1ずつとする。	
	生体機能代行装置学	180	90	270		
	医用治療機器学	60	45	105		
	生体計測装置学	60	45	105		
	医用機器安全管理学	60	45	105		
	臨床医学総論	240		240		
	関係法規	15		15		
	臨床実習		180	180		
小 計	2040	630	2670	人工心肺業務 45時間, 人工透析業務 45時間, 集中治療室及び手術室業務 45時間を含む。		
その他に専門基礎科目及び専門科目を中心に講義・実習を行う時間			330			
総 計		3000時間				

(注)ただし、大学等で既に履修した科目については、免除することができるものとする。

2. 法第14条第2号（1年コース）に定める厚生大臣の指定する科目

人文科学 2科目	公衆衛生学、解剖学、生理学、 病理学、生化学、免疫学、看護 学概論、保健技術学、応用数学、 医用工学概論、システム工学、 情報処理工学、電気工学、電子 工学、物性工学、機械工学、材 料工学、計測工学、放射線工学 概論、臨床医学概論、内科診断学	} のうち8科目
社会科学 2科目		
自然科学 2科目		
外国語		
保健体育		

(2の参考)法第14条第2号（1年コース）に定める厚生大臣の指定する科目の選択の具体例

医学系	工学系	医工系
人文科学 2科目 社会科学 2科目 自然科学 2科目 外国語 保健体育	人文科学 2科目 社会科学 2科目 自然科学 2科目 外国語 保健体育	人文科学 2科目 社会科学 2科目 自然科学 2科目 外国語 保健体育
公衆衛生学 解剖学 生理学 病理学 免疫学 内科診断学	応用数学 システム工学 情報処理工学 電子工学 物性工学 計測工学	公衆衛生学 解剖学 生理学 病理学
生化学 看護学概論 医用工学概論 臨床医学概論 うち2科目	医用工学概論 電気工学 機械工学 材料工学 うち2科目	生化学 免疫学 看護学概論 保健技術学 応用数学 医用工学概論 システム工学 情報処理工学 電子工学 電気工学 計測工学 臨床医学概論 うち4科目

3. 法第14条第2号（1年コース）に定める学校又は臨床工学技士養成所の授業科目及び授業時間数

授 業 科 目		授 業 時 間			備 考	
		講義	実習	合計		
基礎科目	人文科学 2科目					
	社会科学 2科目					
	自然科学 2科目					
	外国語					
	保健体育					
専門基礎科目	医	公衆衛生学	15		15	人の構造及び機能と病理学概論に関する実習
		医学概論	15		15	
		人の構造及び機能	60		60	
		病理学概論	45		45	
		基礎医学実習		45	45	
		臨床生理学	30		30	
		臨床生化学	45		45	
		臨床免疫学	30		30	
		臨床薬理学	30		30	
		看護学概論	30		30	
基礎科目	工	応用数学	45		45	システム工学と情報処理工学に関する実習
		医用工学概論	30		30	
		システム工学	30		30	
		情報処理工学	45		45	
		システム・情報処理実習		45	45	
		電気工学	75	45	120	
		電子工学	75	45	120	
		物性工学	45		45	
		機械工学	45		45	
		材料工学	45		45	
専門科目		計測工学	60		60	講義における医学領域と工学領域の時間配分は、概ね2分の1ずつとする。
		放射線工学概論				
		医用機器学概論	120		120	
		生体機能代行装置学	180	90	270	
		医用治療機器学	60	45	105	
		生体計測装置学	60	45	105	
		医用機器安全管理学	60	45	105	
		臨床医学総論	240		240	
	関係法規	15		15		
	臨床実習		180	180	人工心肺業務 45時間, 人工透析業務 45時間, 集中治療室及び手術室業務 45時間を含む。	
小 計		1530	585	2115		
その他に専門基礎科目及び専門科目を中心に講義・実習を行う時間						
総 計		2 1 1 5 時間				

(注)ただし、大学等で既に履修した科目については、免除することができるものとする。

(3の参考)

法第14条第2号(1年コース)に定める学校又は臨床工学技士養成所の授業科目及び授業時間数の具体例

授 業 科 目		授業時間(医学系コース)			授業時間(工学系コース)			授業時間(医工系コース)			
		講義	実習	合計	講義	実習	合計	講義	実習	合計	
基礎科目	人文科学 2科目										
	社会科学 2科目										
	自然科学 2科目										
	外国語 保健体育										
専門基礎科目	医 学	公衆衛生学			15		15				
		医学概論			15		15				
		人の構造及び機能			60		60				
		病理学概論			45		45				
		基礎医学実習				45		45			
		臨床生理学			30		30				
		臨床生化学			45		45	45		45	
		臨床免疫学			30		30	30		30	
		臨床薬理学			30		30	30		30	
		看護学概論			30		30	30		30	
基礎科目	工 学	応用数学						45		45	
		医用工学概論						30		30	
		システム工学						30		30	
		情報処理工学						45		45	
		システム・情報処理実習							45	45	
		電気工学	75	45	120			75	45	120	
		電子工学	75	45	120			75	45	120	
		物性工学	45		45			45		45	
		機械工学	45		45			45		45	
		材料工学	45		45			45		45	
計測工学	60		60			60		60			
専門科目		医用機器概論	60		60	60		60	60	60	
		生体機能代行装置学	90	90	180	90	90	180	90	90	
		医用治療機器学	30	45	75	30	45	75	30	45	
		生体計測装置学	30	45	75	30	45	75	30	45	
		医用機器安全管理学	30	45	75				30	45	
		臨床医学総論				240		240	240		240
		関係法規	15		15	15		15	15		15
		臨床実習		180	180		180	180		180	180
小 計		600	495	1095	765	405	1170	1095	540	1635	
その他に専門基礎科目及び専門科目 を中心に講義・実習を行う時間											
総 計		1 0 9 5 時間			1 1 7 0 時間			1 6 3 5 時間			

(注)ただし、大学等で既に履修した科目については、免除することができるものとする。

4. 法第14条第3号（2年コース）に定める厚生大臣の指定する科目

人文科学	2科目	公衆衛生学、解剖学、生理学、 病理学、生化学、免疫学、看護 学概論、保健技術学、応用数学、 医用工学概論、システム工学、 情報処理工学、電気工学、電子 工学、物性工学、機械工学、材 料工学、計測工学、放射線工学 概論、臨床医学概論、内科診断学	} のうち4科目
社会科学	2科目		
自然科学	2科目		
外国語			
保健体育			

5. 法第14条第3号（2年コース）に定める学校又は臨床工学技士養成所の授業科目及び授業時間数

授 業 科 目		授 業 時 間			備 考	
		講義	実習	合計		
基礎科目	人文科学 2科目					
	社会科学 2科目					
	自然科学 2科目					
	外国語					
	保健体育					
専門基礎科目	医 学	公衆衛生学	15		15	人の構造及び機能と病理学概論に関する実習
		医学概論	15		15	
		人の構造及び機能	60		60	
		病理学概論	45		45	
		基礎医学実習		45	45	
		臨床生理学	30		30	
		臨床生化学	45		45	
		臨床免疫学	30		30	
		臨床薬理学	30		30	
		看護学概論	30		30	
基礎科目	工 学	応用数学	90		90	システム工学と情報処理工学に関する実習
		医用工学概論	60		60	
		システム工学	45		45	
		情報処理工学	60		60	
		システム・情報処理実習		45	45	
		電気工学	75	45	120	
		電子工学	75	45	120	
		物性工学	45		45	
		機械工学	45		45	
		材料工学	45		45	
計測工学	60		60			
放射線工学概論	30		30			
専門科目	目	医用機器学概論	120		120	} 講義における医学領域と工学領域の時間配分は、 概ね2分の1ずつとする。
		生体機能代行装置学	180	90	270	
		医用治療機器学	60	45	105	
		生体計測装置学	60	45	105	
		医用機器安全管理学	60	45	105	
		臨床医学総論	240		240	
		関係法規	15		15	
臨床実習		180	180	人工心肺業務 45時間、人工透析業務 45時間、 集中治療室及び手術室業務 45時間を含む。		
小 計		1665	585	2250		
その他に専門基礎科目及び専門科目 を中心に講義・実習を行う時間						
総 計		2 2 5 0 時間				

(注)ただし、大学等で既に履修した科目については、免除することができるものとする。

6. 法第14条第4号（臨床工学技士大学コース）

に定める厚生大臣の指定する科目

公衆衛生学，医学概論，解剖学，生理学，病理学，生化学，薬理学，免疫学，看護学概論
 応用数学，医用工学，電気工学，電子工学，物性工学，機械工学，材料工学，計測工学
 医用機器学概論，生体機能代行装置学，医用治療機器学，生体計測装置学，医用機器安全管理学，臨床医学総論，関係法規，臨床実習

7. 法第14条第1号，第2号及び第3号に定める学校又は臨床工学技士養成所のその他の指定基準

(1)教員

1. 各科目を教授するのに適当な数の教員を有し，かつ，そのうち4人以上（法第14条第2号の又は養成所にあつては2人以上，同条第3号の学校又は養成所にあつては3人以上）は医師，臨床工学技士，工学修士又はこれと同等以上の学識経験を有する専任教員であること。

ただし，医師，臨床工学技士，工学修士又はこれと同等以上の学識経験を有する専任教員の数は，当該学校又は養成所が設置された年度にあつては2人，その翌年度にあつては3人とすることができること。

2. 専任教員のうち，少なくとも1人は，生命維持管理装置の操作及び保守点検に関し相当の経験を有する医師又は免許を受けた後5年以上業務に従事した臨床工学技士であること。ただし，昭和70年3月31日までは，この限りではない。
3. 授業科目のうち医学概論及び人の構造及び機能については医師が行うこと。

(2)学級定員

- 1 学級の定員は，10人以上40人以下。

(3)教室，設備等

1. 同時に授業を行う学級の数を下らない数の専用の普通教室を有すること。

普通教室の広さは，学生の定員1人当たり1.65㎡以上であること。

2. 専用の実習室及び図書室を有すること。

実習室は，基礎工学実習室，基礎医学実習室，臨床工学実習室，ロッカールーム（又は更衣室）を有するものとし，各実習室の面積の合計は，学生の定員1人当たり3.31㎡以上であること。

3. 教育上必要な機械器具，標本，模型及び図書を有すること。

A 機械器具

(a)専門基礎科目（医学）用

解剖学教育用機材，生理学教育用実験材料，病理学教育用機材

(b)専門基礎科目（工学）用

電気工学実験用機材（オシロスコープ，マルチメーター，交流ブリッジ，電動機，変圧器を含む。）

電子工学実験用機材（オシロスコープ，マルチメーター，信号発生器を含む。）
 システム・情報処理実習用機材（パーソナルコンピューターを含む。）

(c)専門科目用（臨床実習を除く。）

人工呼吸器，人工心肺装置，補助循環装置，体外式ペースメーカー，除細動器，人工透析装置，安全チェッカー，その他

B 標本及び模型

組織標本，人体解剖模型（全身100分解以上），人体内臓模型，人体骨格模型，呼吸器模型，血液循環系模型，心臓解剖模型，腎臓及び泌尿器模型，脳及び神経系模型，その他

C 図書

専門図書1000冊以上（法第14条第2号

又は第3号の養成所にあつては500冊以上)

学術雑誌(外国雑誌を含む)20種類以上

(4)臨床実習施設

生命維持管理装置の操作の見学及び保守点検等の実習を行うため、次の要件を備えている病院が確保されること。(臨床実習すべき業務別に適当な病院をローテイトしてもよいこと。)

1. 医師又は免許を受けた後5年以上業務に従事した臨床工学技士である実習指導者による指導が行われること。(経過措置は(1)2.に準ずる。)
2. 臨床実習指導者の数は学生10人当たり1人とすること。
3. 臨床実習施設には、実習を行う上に必要な設備及び機械器具を有すること。

人工呼吸器, 高気圧治療装置, 人工心肺装置, 補助循環装置, 体外式ペースメーカー, 除細動器, 人工透析装置, 集中治療室, その他

(5)管理運営

1. 専任の事務教員を有すること。
2. 管理及び維持経営の方法が確実であること。

II 臨床工学技士国家試験科目

1. 医学概論

(公衆衛生学, 人の構造及び機能, 病理学概論, 関係法規 を含む)

2. 臨床医学総論

(臨床生理学, 臨床生化学, 臨床免疫学, 臨床薬理学 を含む)

3. 医用電気電子工学(情報処理工学を含む)

4. 医用機械工学

5. 生体物性材料工学

6. 生体機能代行装置学

7. 医用治療機器学

8. 生体計測装置学

9. 医用機器安全管理学

III 法附則第3条第2号に定める講習会の講習科目及び講習時間数

講習会の講習科目及び時間数については次表によることが適当である。なお、講習会の実施に際しては、医療関係職種資格取得者及び工学士号の取得者については一部の科目の受講の免除ができること、また、各講習会の間での共通単位の認定制の導入が図られることが望ましい。

科 目		時間	小計	
専 門 基 礎 科 目	医 学	公衆衛生学	2	2 6
		医学概論	2	
		人の構造及び機能	6	
		病理学概論	6	
		臨床免疫学（微生物学を含む）	2	
		臨床薬理学	4	
		看護学概論	4	
	工 学	情報処理工学	4	2 8
		医用電気電子工学	1 4	
		医用機械工学	4	
生体物性材料工学		6		
専 門 科 目	生体機能代行装置学	3 0	9 6	
	医用治療機器学	6		
	生体計測装置学	1 0		
	医用機器安全管理学	4		
	臨床医学総論	4 2		
	(再掲)：呼吸器学	2		
	循環器学	8		
	腎・泌尿器学	6		
	代謝・内分泌学	2		
	消化器学	2		
	血液学	2		
	神経病学	2		
	外科一般	4		
	麻酔・集中治療医学	1 0		
	滅菌・消毒学	4		
関係法規	4			
合 計			1 5 0	

(注) この他に人工心肺業務、人工透析業務、集中治療室業務に関する臨床実習を各々について8時間ずつ行うものとする。

厚生省への要望

現任者講習会についての要望書：

資料4に示す要望を厚生省健康政策局医事課に提出した。この要望書は、研修委員会において提出が決定され、常任理事会の了承を経て提

出されたものである。この後に、12月24日に(財)医療機器センターにおいて講習会の打ち合わせのための会合がもたれ、翌年の1月24日には当会の会議室で担当課よりの説明会が開催された。

(資料4)

厚生省保険局医療課長 谷 修一 殿

現任者講習会についての要望書

臨床工学技士法成立への御尽力に対し、当会は改めて敬意と感謝を表する次第であります。さて、本法第四十二条および付則第二条等の現任者の経過措置に関して、当会は標記の件につき、下記のごとく要望するものであります。

1. 初年度の講習会開催回数について

側聞するところでは、初年度において現任者の講習会はセンター主催により1回乃至2回が開催される由であります。貴省におかれては、1985年の人工透析現任者の総数を6,000名と推定しておられますが、その内約5,000名は当会々員の所屬下にあります。一方、人工心肺では現任者が同年に500名、同じく呼吸機器およびICUでは各100名と推定しておられるに過ぎません。人工透析の現任者を除くならば、センター主催の講習会回数は妥当なものと思意するものであります。が、絶対数において最大な人工透析の現任者および当会にとっては、講習会開催回数が、極めて少なく甚だ遺憾であると表明せざるをえ

社団法人 日本透析医会 会長 稲生 綱 政

ません。透析現任者の一部には、職を辞しても受講を希望する姿勢があるとも伝聞しております。透析医療の現場の混乱を招かぬためにも、センター主催の講習会を頻回に開催していただきたい。

2. 講習会開催場所について

当会所属会員および人工透析現任者は、全国に散在し首都圏で開催される講習会への出席が極めて困難な事態も予想されます。少なくとも各都道府県単位等の各ブロック別講習会を開催されるように御配慮いただきたい。

3. 講習会コースについて

受講コースには、(a)16日間連続受講コース、(b)8週間の土・日コースおよび(a)と(b)のミックス・コースが提示されておりますが、国民の祝祭日も休まずに行われる透析医療の特殊性、さらに現任者の資格取得への熱望等を御理解願ひ日曜日みの連続16週間受講コースの設置も認可していただきたい。

医療費改定に関する要望書：

昭和62年12月9日に本件に関する要望事項を現理事および任意団体当時の役員に文書による意向打診を緊急に行った。この結果を踏まえて、12月20日に臨時常任理事会を召集し慎重審議の上で要望書（資料5）を作成した。12月25日に、

厚生省保険局医療課を稲生会長が自ら訪問し、谷医療課長に詳細説明を行い本要望書を提出した。本号が会員諸兄のお手許に届いている頃には、この会長の熱意の結果が確認されるであろう。なお、同日に日本医師会にも同文の要望書を提出し理解を求めた。

（資料5）

厚生省健康政策局医事課長 阿部正俊 殿

要 望 書

一般に腎不全対策は、予防、適正透析療法、腎移植の三者が三位一体として整合化されなければ十分な効果は期待できず、またそのいずれかが損なわれても影響は甚大であると考えられます。

特に腎移植は、適正透析と一線上に位置付けられ、両輪として推進されるべきものであり、それでこそ異常な遅れをみせているわが国の腎移植普及が図られるものと確信いたします。それ故、適正透析は腎不全対策にとって、不可欠のものであることは当然であります。

本会では、適正化委員会において維持透析医療の適正化について作業中であり、まず地域格差の是正をはかるべく積極的に活動しているところであります。

本会は、以上の認識と実情について、広く関係方面の理解を求めるとともに、当局に対し、以下の事項に関して所要の改正を要望するものであります。

1. 国民の祝祭日、年末年始における人工腎臓手技料の休日加算について

透析医療は、疾病の性質上、国民の祝祭日及び年末年始等に関わらず、その業務を休むことができません。

このため本会会員は、休日の別なく治療を行っているのが現状であります。

従って、一般の医療機関に比してより多くの職員を確保しなければならず、その結果恒常的な人件費の増、休日（時間外）出勤手当の支給、更に前記のごとき休日を返上する勤務体制のため、職員募集に際しても、初任給与の増大等の

社団法人 日本透析医会 会長 稲生 綱 政

条件整備が不可欠な状態であります。

よって、国民の祝祭日及び年末年始における人工腎臓手技料の加算を要望いたします。

2. 透析用水処理の加算について

近年、慢性維持透析における合併症として表面化してきた透析アミロイドーシスに対し、ハイパフォーマンス膜を使用する透析治療が多く行われておりますが、本治療を実施するにあたりましては、逆浸透装置によって水処理を行うことが不可欠であります。

また、透析液に用いる原水にアルミニウムが含まれておりますと、アルミニウムの脳や骨への沈着を起し、悲劇的な脳症や骨折を惹起いたします。

これらを防止するためには、逆浸透装置によって水処理を行う必要があり、現在多くの施設がこの方法に切換えております。

このため、機械の設備費、上下水道料、電気料等、治療施行に際し従来より多額の費用を要しておるのが実情であります。斯かる現状に鑑み、透析用水処理について新規加算を要望いたします。

3. 導入期加算の見直しと血液濾過法の適応の拡大について

導入期加算は、現在慢性腎不全の場合にのみ認められておりますが、治療学的にも高度の技術を要する急性腎不全の場合にも加算できるように、その整合化を要望いたします。

また、国際的にも一般的・常識的となった血液浄化法の一つ、血液濾過法についてその適応を拡げ、現状に即して外来患者にも実施出来るようにしていただきたく、要望いたします。

あ　と　が　き

昨年9月25日、厚生大臣のご出席を得て、社団法人としての本会再出発のお祝いが出来ましたことは、みなさまのご努力のお陰と大変感謝しております。

さて、皆々様のお世話になって発足いたしました本会もその目的を達し、それまで張りつめていた気持ちがゆるんだせいか、法人化記念号とすべく本号発刊が大変遅れてしまいました。大変申し訳ありません、深くお詫びを申し上げます。

法人化以来、臨床工学士の問題でいろいろと準備に追われておりますが、透析技士諸君の身分がこの制度により保証されれば、大変結構なことと思います。一方、2年振りに改正されました診療保険点数の問題につきましても、まだまだ解決していかなければならない問題が山積しており、本会の今後の使命は大変であると思っております。

7万余の透析患者さんのため、よい治療とともに適切な施策が行われ、透析と移植の両輪が上手にかみあって行われる日が一日も早く到来するよう努力してまいりたいと思います。

編集担当者として、本号発刊が遅れましたこと、再度、お詫び申し上げます。

日本透析医会副会長兼務理事　太田裕祥