

新しい医療を始めるむつかしさ

太田 和夫

わが国においてCAPDの治験が開始されたのが1980年2月、健康保険で支払れるようになったのが1985年3月であるから当初からみるとすでに9年以上の歳月が経過したことになる。この間、わが国でも2社がCAPDシステムを開発し今年からこれら後続のメーカーの製品もいよいよ市販されるようになった。

この期間にCAPD患者はわずかずつではあるが増加を続け、1987年12月末現在で2,458人に達した。この時点における総透析患者数が80,553人であるから、その比率は3.1%に当る。一方、その間における諸外国の伸びをみると最も比率の高い国々では40%以上にも及ぶようになり、最近では血液透析患者数を上廻った国もでてきた。

CAPDはいうまでもなく腹腔内にカテーテルを留置し、このカテーテルを通じて腹腔内に滅菌された灌流液を注入し、4～8時間程度滞留させた後これを排液、再びカテーテルに新しいバッグを付けて注液、これを一つのサイクルとして1日4回前後反復するというものである。これは家庭において患者自身が実施できるため社会復帰にも便利であり、また体液の恒常性を維持できるため肉体的にも楽であるといわれている。筆者がCAPD患者210名より集めたアンケート調査の結果でもCAPDは血液透析より優れており血液透析に移りたいと希望するものはわずか1.7%にすぎなかった。しかし一方、筆者らが血液透析を実施している1,043名の患者についてのアンケート調査をしたところCAPDに移り

たいという患者がわずか5.8%しかいなかったということも事実である。

わが国においてCAPDが欧米諸国に比較して普及しない理由を考えてみると以下のようなことが考えられよう。すなわち医師についていえば現在血液透析で現在安定した状態にあるものを取って経験のない新しい治療に変更することはないという気持は強いし、また毎日忙しく、新しい治療法について勉強し、看護婦を教育する時間がない。24時間のオンコール態勢を組むのがむつかしい。IPD時代の悪い印象があり、腹膜炎などの合併症が心配である。経済的にみても労力に引き合わない、などの理由をあげることができよう。また患者にとっても血液透析で安定しているので特に変更する必要性を認めない。医師からのすすめがない。入浴に不便である。腹膜炎などをおこして脱落し血液透析に帰ってきた患者からの悪い情報が入る、などむしろマイナスの要素がどうしても前面に出てしまう。これに加え、新しい治療を始める医師の立場としても最初はシャントトラブルや血圧低下のためどうしてもCAPDに頼らざるをえないという人にまずやってみて、うまく行き自信がつけばその他の人にも適応して行くという態度があることも否定できない。このようないわゆるネガティブセレクションでは成績が悪く、これがまた後につづく患者に悪い印象を与えてしまういわゆるvicious circleとなってしまう。

それではCAPDを今後発展、普及させていくにはどうしたらよいのであろうか。医師、看護

婦の勉強，トレーニングはいうまでもないが，患者選択についていうと最初は良好な経過をとる確率の高い患者，すなわち社会復帰や，地理的条件などでCAPDを是非ともやりたいという動機を持ち，医師の指導を守り，確実な操作が行える患者を選びこの人を十分に教育してから導入に踏み切るべきであろう。また他の病院で導入した経過の良好な患者を引き受けて，その患者とのかかわりからCAPDについての経験を深めて行くのも一つの方法であるという印象をもっている。

現在の抑圧された診療報酬では新しく土地を買い施設を作り，血液透析患者を受入れて行くことは次第にむつかしくなっている。この状態で新しい透析患者を受け入れて行かざるをえない現状を考えると，もっともっとCAPDを活用してもいいのではないかという印象をもつ。

もちろんCAPDには腹膜炎をはじめ，除水量が次第に減少してくるultrafiltration failure，カテーテルの感染，機能不全などまだまだ完全には解決されていない問題も多いが，血液透析がそうであったように今後5年，10年という経過で進歩をとげて行くことであろう。

全国CAPD連絡協議会の会長を仰せつかっているものとして一言のべさせていただいた。