

寒 冬 之 野 蕨 園

No.53



2009.12.1

機関紙「愛知腎臓財団」第53号（平成21年12月1日号）

1	巻頭言			
	腎臓病総合対策の重要性と愛知腎臓財団への期待	3		
	名古屋大学医学部附属病院長 名古屋大学大学院医学系研究科腎臓内科学教授（愛知腎臓財団常務理事）		松尾 清一	
2	小児慢性腎臓病（CKD）対策	4		
	あいち小児保健医療総合センター 腎臓科		上村 治	
3	当院におけるドナーアクション・プログラムと脳死下臓器提供3症例の経験	6		
	名古屋第二赤十字病院移植外科（兼 院内コーディネーター）		長坂 隆治	
4	臓器移植施設の認定を受けて一臓器移植、臓器同時移植の現状と当院の取り組み	10		
	藤田保健衛生大学 臓器移植再生医学講座		杉谷 篤	
5	厚生労働大臣感謝状授与にあたり	11		
	新城ライオンズクラブ 会長		滝川 充洋	
6	腎移植普及推進活動のこの一年と今後について	12		
	社会保険中京病院 副院長		絹川 常郎	
7	病院紹介			
	（1）医療法人梅田アンドアソシエイツ 小牧スマイルクリニック透析センター		理事長 梅田 貴之	14
	（2）六ツ美内科クリニック		院長 浅田 博章	15
8	編集後記	16		



発行所 財団法人 愛知腎臓財団
 発行責任者 専務理事 清水 國樹
 所在地 名古屋市中区三の丸3-2-1
 愛知県東大手庁舎内
 TEL 052-962-6129
 FAX 052-962-1089

URL : <http://www.ai-jnzou.or.jp>
 e-mail : (事務) jmu@ai-jnzou.or.jp
 (コーディネーター) co@ai-jnzou.or.jp



言頭卷

「腎臓病総合対策の重要性と 愛知腎臓財団への期待」

名古屋大学医学部附属病院長

名古屋大学大学院医学系研究科腎臓内科学教授

(愛知腎臓財団常務理事) 松尾 清一



腎臓病は今や国民の健康を脅かす重要な疾患であるとの認識が近年急速に広がっていますが、これを克服することは容易ではありません。その対策は、幅広い視野から総合的かつ持続可能なものでなくてはなりません。我が国では高度成長期の一九七〇年代から、健康診断における検尿が義務化されて普及し、かつて透析導入の原疾患の第一位であった慢性腎炎の早期診断に威力を発揮しました。また、透析医療の普及も急速に進み公費補助制度も整備されました。即ち腎疾患の入り口と出口で体制が整えられたわけですが、時代の推移とともに対策のあり方も変わる必要があります。糖尿病性腎症や腎硬化症といった生活習慣病関連あるいは加齢によるものが年を追って増加し現在では透析導入の原疾患の五〇%以上を占めていること、腎不全予備軍の

慢性腎臓病（CKD）患者が膨大な数に上っていること、などからいくつかの課題が見えてきます。まず、腎不全予備軍であるCKDへの徹底した対策が必要です。CKDハイリスク群へのスクリーニング、ステージや腎機能の予後に応じた適切な治療戦略の確立と実行、が求められます。この点に関しては、当財団に昨年度から愛知県CKD対策協議会が設置され、腎臓専門医だけでなく医師会や医療関連団体の協力を得て市民への啓発活動、疫学調査研究の実施、医療従事者への研修活動、など急速にその活動が活発化しています。我が国において低迷している血液透析以外の治療法の推進も重要課題です。腎移植や腹膜透析の推進は重要ですが、CKDが進行してくる過程での患者教育において療法選択の説明を十分行うことが重要です。また社会への啓発活動も一層必要であると思います。さらに、多職種が協力してCKD対策にあたる連携体制の構築も必要です。この点では、厚生労働省が推進している戦略研究の成果が

待たれるところです。愛知県でも多くの方々にご協力をいただいております、感謝いたします。最終的には有効性が実証され、連携医療が診療報酬などに反映されより大規模かつ効率的にCKD対策が進められれば、腎不全の減少につながるものと期待しています。

今年には日本の歴史の中でも特筆されると思われる大きな政権交代があった年でした。近年は毎年日本中を揺るがす出来事がある波乱の年が続いていますが、昨年のリーマンショックに端を発した世界同時不況に続いてのことです。経済状況が悪化する中で医療を取り巻く状況は年々厳しさを増し、地域医療の危機が叫ばれ、ようやく医師養成の増強（医学部入学定員増）や医療費削減の見直しなどが議論の俎上にのり、不十分ではありますが前者はすでに実行に移されています。一方で、国の財政難からか、医療費に関しては最近大変厳しい見方が伝わってきています。どのように世の中が変わっても国民の健康や医療への期待は高く、日本が世界に誇れるような社会保障や医療のシステムを構築できるためには、今の時点で長期的視野に立ったブランドデザインの策定とそれに基づいた持続的で粘り強い努力が必要だと強く感じている次第です。愛知県はこれまで、多くの諸先輩方の努力により腎臓病対策の先進県であったと思いますが、これからも持続的な努力により、日本の腎臓病医療をけん引するような成果を上げたいものと考えています。愛知腎臓財団はそのような活動の要のひとつであり、今後の発展を心から期待するものです。

小児慢性腎臓病 (CKD) 対策

あいち小児保健医療総合センター

腎臓科 上村 治



【はじめに】

慢性腎臓病 (CKD) 対策を歴史的にみると、二〇〇二年に NKF KDOQI で定義¹⁾されて世界的に展開が開始され、二〇〇六年に日本 CKD 対策協議会が立ち上げられたのを機に、日本小児腎臓病学会でも小児 CKD 対策小委員会が立ち上がった。小児 CKD 対策の我が国の歴史を振り返ると、一九七四年から腎臓病学校検診がはじまり世界に誇れる小児の CKD 対策が行われている。しかし腎臓病学校検診やその後の診療の標準化が進んでおらず、各地方自治体ではその活動が急務である。

愛知県では昭和五十六年に愛知県医師会学校医部会から『学校腎臓検診の指針』が発行されたが、十分に活用されているとは言えない状況で、また検尿異常を発見された学童・生徒は個別に医療機関を受診しており、その事後措置は各医療機関の裁量にまかされ、統

一した対応がなされていないのが現状である。愛知腎臓財団に慢性腎臓病対策協議会が立ち上がり、その専門部会の一つとして小児 CKD 対策専門部会が設置され、もともと活動していた愛知県医師会学校保健部会学校健診委員会と協力して、『愛知県腎臓病学校検診マニュアル』(以下マニュアル)を作成した。

【小児の CKD 対策—診断法について】

小児の CKD 対策については、小児と思春期の CKD についての臨床診療ガイドラインが二〇〇三年に NKF KDOQI から示された²⁾。ここでは、CKD のステージの単純な分類は成人と同様に行われ、CKD の早期発見の重要性を勧告し、スポーツ尿の蛋白/クレアチニン比や血清クレアチニンからの GFR 推算式を用いることによる診断の重要性を強調した。スポーツ尿の蛋白/クレアチニン比については、二歳未満では 0.5 mg/mg 未満、二歳以上では 0.2 mg/mg を正常とした。これをマニュアルでも採用している。小児の腎機能評価の簡易法については、Schwartz の式^{3), 4), 5)} と Counahan-Barratt

の式⁷⁾を使用して判定している(表1)が、米国のクレアチニン測定は未だヤッフエ法が主流であるのに対し日本の酵素法とは異なるという問題がある。

図1は、あいち小児保健医療総合センターで disease control を対象として作成した、一歳以上二歳未満の正常血清クレアチニン値で、酵素法では「基準血清クレアチニン値 (mg/dl) = $0.3 \times \text{身長}(\text{m})$ 」で予測できると考えられた⁸⁾。GFR は血清クレアチニンと逆比例すると考えられており、正常者の平均 GFR を 100% とすると「eGFR (%) = $0.3 \times \text{身長}(\text{cm}) / \text{血清クレアチニン}$ 」と考えて良い。思春期以降や新生児期も含めて、血清クレアチニン、シスタチンC、2 ミクログロブリンなどの小児の正常値作成のための研究を小児 CKD 対策小委員会(日本小児腎臓病学会)で行っており、小児のイヌリンクリアランスの標準化を含めて近い将来に情報提供できる。

【過去の我が国の小児 CKD 対策】

Yamagata らの一九八三—一九九九年の糸球体腎炎による透析導入患者の調査(図2)では、この間に明らかに導入時期の高年齢化がみられ⁹⁾、一部は腎臓病学校検診の貢献が考えられる。早期発見された IgA 腎症の患者に対しては免疫抑制薬を中心とした治療が積極的に行われていることなどが影響したと考えられる。小児の透析導入患者の原疾患では慢性糸球体腎炎が減少し、一九九一年から二〇〇一年の小児 PD 研究会の調査¹⁰⁾では低・異形成腎、逆流性腎症など尿路疾患を合併する可能性のある先天性疾患が四割近く

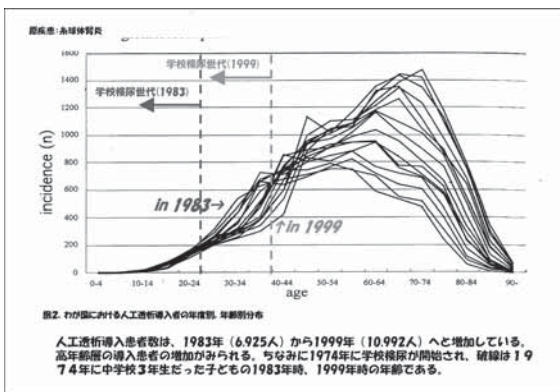
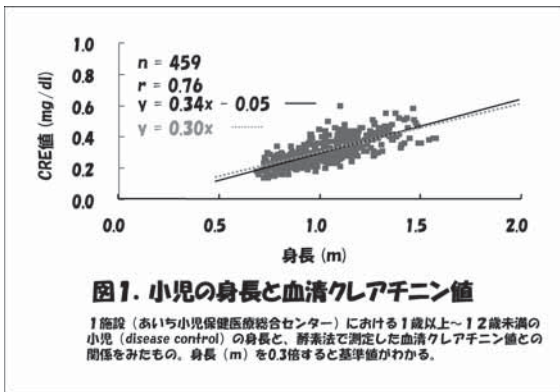
表1. 小児における血清クレアチニンからの推算GFR

$$GFR (ml/min/1.73m^2) = \frac{k \times \text{身長}(cm)}{\text{血清クレアチニン}(mg/dl)}$$

報告者	クレアチニン測定法	GFR測定法	年齢	性別	k値	備考
Schwartz	ヤッフ法	クレアチニンクリアランス (イソトピックラジオとクレアチニンクリアランスで確認)	1歳未満	男女	0.45	低出生体重児: 0.33
			2歳以上12歳未満	男女	0.55	
			12歳以上	女	0.55	
			12歳以上	男	0.70	
Conahan-Raroff	ヤッフ法 (レンジ電極による 高感度クレアチニン)	SIC-EDTA 血液がパララシ	2ヶ月以上14歳以下	男女	0.43	

表2. PD導入の原疾患 1991~2001年
(小児PD研究会)

原疾患	症例数	(%)
慢性糸球体腎炎	44	(7.5)
巣状糸球体硬化症	106	(18.0)
急速進行性糸球体腎炎	16	(2.7)
アルポート症候群	20	(3.4)
先天性ネフローゼ症候群	42	(7.1)
溶血性尿毒症症候群	12	(2.0)
低・異形成腎	204	(34.7)
逆流性腎症	21	(3.6)
多発性嚢胞腎	11	(1.9)
若年性ネフロン癆	25	(4.2)
その他	79	(13.4)



を占めている(表2)。これらは現在の腎臓病学校検診での早期発見が困難であり、腎機能の簡易で正確なスクリーニング法を確立することや、腎臓小児科医と小児泌尿器科医の互いの理解と協力が重要である。

【愛知県腎臓病学校検診マニュアルについて】
マニュアルの要点は、校医を含めた各診療所や一般小児科から小児腎臓専門医に紹介する基準を明確化、重症な場合の緊急受診システムの確立の二点である。小児腎臓専門医への紹介の基準は、腎生検の基準にかなり近いものであり、小児腎臓専門施設は少なくとも小児の腎生検が可能な施設として選定し、愛知県で九施設となった。紹介の基準の明確化のために早見表を作成、また緊急受診の基準を設定した。

【腎臓小児科医のスキル】
ところで、小児腎臓専門医に紹介していた場合には、どのような医療が提供できる

か、どのようなスキルを持っているかを整理してみると、以下のとおりである。

1. IgA腎症など慢性糸球体腎炎に対する治療の証拠を知っている¹¹⁾、
2. 無意味な安静・運動制限をさせない¹²⁾、
3. 無意味な食事制限をさせない¹³⁾、
4. 小児の腎機能をきちんと評価できる¹⁵⁾、
5. 良性家族性血尿、体位性蛋白尿など軽症の疾患をきちんと評価できる¹⁶⁾、
6. 慢性腎不全は全身病であることを知っており、それらを診断し管理できる¹⁶⁾。

IgA腎症をはじめとした慢性糸球体腎炎が腎臓病学校検診の主たる対象疾患であり、早期治療か否かが大きく予後に影響し、また生活管理が患児の精神的・社会的予後に影響することを理解し、必要があれば早期に腎臓小児科医に紹介していただくことが重要である。

【文献】

1. KDIGO clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification, and stratification. *Am J Kidney Dis.* 2002; 39: S1-266
2. Hogg RJ, Furth S, Lemley KV, Portman R, Schwartz GJ, Coresh J, Balk E, Lau J, Levin A, Kausz AT, Eknoyan G, Levey AS: National Kidney Foundation's Kidney Disease Outcomes Quality Initiative. *National Kidney Foundation's Kidney Disease Outcomes Quality Initiative clinical practice guidelines for chronic kidney disease in children and adolescents: evaluation, classification, and stratification.* *Pediatrics.* 2003; 111: 1416-21
3. Schwartz GJ, Brion LP, Spitzer A: The Use of Plasma Creatinine Concentration for Estimating Glomerular Filtration Rate in Infants, Children, and Adolescents. *Pediatr Clin North Am.* 1987; 34: 571-90.
4. Schwartz GJ, Feld LG, Langford DJ: A simple estimate of glomerular filtration rate in full-term infants during the first year of life. *J Pediatr.* 1984; 104: 849-54.
5. Schwartz GJ, et al: A simple estimate of glomerular filtration rate in children derived

from body length and plasma creatinine. *Pediatrics*. 1976; 58 : 259-63.

6. Schwartz GJ, Gauthier B : A simple estimate of glomerular filtration rate in adolescent. *J Pediatr*. 1985; 106 : 522-26.

7. Counahan R, Chantler C, Ghazali S, Kirkwood B, Rose F, Barratt TM : Estimation of glomerular filtration rate from plasma creatinine concentration in children. *Arch Dis Child*. 1976; 51 : 875-8.

8. Uemura O, Ushijima K, Nagai T, Yamada T, Hayakawa H, Shinkai Y, Kuwabara M. Reference serum creatinine levels determined by an enzymatic method in Japanese children: Relationship to body length. *Clin Exp Nephrol* 2009 Jul 24. [Epub ahead of print]

9. Yamagata K, Takahashi H, Suzuki S, Mase K, Hagiwara M, Shimizu Y, Hirayama K, Kobayashi M, Narita M, Koyama A. Age distribution and yearly changes in the incidence of ESRD in Japan. *Am J Kidney Dis*. 2004; 43: 433-43.

10. 本田雅敏. 臓器移植治療の現状-2001-. 小児αβ研究会雑誌 2003 ; 16 : 44-49

11. Yoshikawa N, et al: A controlled trial of combined therapy for newly diagnosed severe childhood IgA nephropathy. The Japanese Pediatric IgA Nephropathy Treatment Study Group. *J Am Soc Nephrol*. 10 : 101-109, 1999. 小村浩 : 臓器移植運動制限をめぐって. 診断と治療 2003; 91 : 425-430.

13. Allen C, Glasziou P, Del Mar C. Bed rest: a potentially harmful treatment needing more careful evaluation. *Lancet*. 1999; 354 : 1229-1233.

14. Pediatric Kidney Disease, 2nd ed, Edelmann CM, Little Brown & Co, Boston, 1992.

15. Wingen AM, et al: Randomised multicentre study of a low-protein diet on the progression of chronic renal failure in children. European Study Group of Nutritional Treatment of Chronic Renal Failure in Childhood. *Lancet*. 1997; 349: 1117-1123.

16. 小村浩 : 慢性腎不全. 小児疾患診療のための病態生理. 小児内科 2008; 40増刊号 : 951-959.

当院におけるドナーアクション・プログラム と脳死下臓器提供3症例の経験



名古屋第二赤十字病院移植外科
(兼 院内コーディネーター) 長坂 隆治

はじめに

二〇〇八年までに当院では生体・献腎併せて一九四例の腎移植を経験し、日本でもトップクラスの腎移植センターを開設しているがその反面、最近十年間に当院からの献腎ドナー臓器提供は発生していない。そこで二〇〇六年に石川清院長(当時副院長)を中心としてドナーアクション・プログラム(臓器提供掘り起こし運動: DAP)を立ち上げ、二〇〇七年四月よりオプシオン提示(ご家族に対する臓器提供の意思確認)を開始した。当時のDAPのメンバーは、主に脳神経外科医、救急医、移植医および救急ユニット系の病棟看護師長を中心として構成されたが、DAPとは何をすればよいのか、具体的にどのような患者さまの御家族に、どのようなタイミングで、誰がお話をすればよいのか、など全く暗中模索の状態であった。現実的に臓器提供が多く発生している病院には、臓器提供に関心をもった脳神経外科医が必ずいて、蘇生不能な脳血管障害をもった患者さまの御家族に対して、医師がオプシオン提示をしてご同意頂いた場合に発生するという、あくまで医師個人と御家族との個人的な信頼関係の上にポテ

ンシャルドナー(提供候補者: PD)が発生するという状況であった。そのような状況になかった当院において、DAPの立ち上げに際し、多忙な医師を介さずにPD発生が院内コーディネーター(院内CO)に直接報告されるようなシステム作りを目指した。取り掛かりとして、院内でPD発生報告用紙を作成し、PDが発生しない原因を追求した。また日本臓器移植ネットワーク(中日本支部)のコーディネーター(NWCO)が作成した献腎ドナー適応評価チェックシートは、看護スタッフにとっても非常にわかりやすい書式であり、これを積極的に活用している。今では看護師がチェックをして、そのまま院内COに連絡が入るなどという事例も出だしてきた。現在当院には七名の院内CO(うち医師三名、看護師四名)があり、院内COに連絡が入った後に、チーフ院内CO医師が担当医師と症例検討し、速やかにNWCOに連絡するシステムをとっている。実際にPD発生した場合の御家族への具体的な説明はNWCOに一任しており、今後、症例を重ねてゆくことにより、院内COもNWCOの一助になればと思っている段階である。これまで二〇〇七年に七例、二〇〇八年に五例のドナーカードを所持していないPDが発生したが、残念ながらい

ずれも心停止下臓器提供までには至っていない。そのような状況下の当院において、二〇〇八年度に三例の脳死下臓器提供（ドナーカード所持）を経験することとなった。

第六七例目（当院一例目、平成二十年四月五日）：当初、このような結果になるとは思わなかった症例。

脳神経外科医よりドナーカードを持つている患者の病状および臓器提供の適応につき、院内C.O.に問い合わせの電話が入った。カテーテル感染症、二回の心肺停止後蘇生処置による心筋損傷など各臓器のバイアビリティーの評価に苦慮し、院内C.O.としてどのように御家族にご説明しようかと迷って、N.W.C.O.に依頼したような状況であった。胸部・腹部の検査所見をN.W.代表担当医師にコンサルトした結果、適応除外にはあたらないとのことであった。御家族とN.W.との面談を重ねる毎に、御家族からも「本人の臓器提供の意思をかなえてあげたい」という希望が強くなり、徐々に脳死判定の必要性が出てきた。何年前に作成した脳死判定委員会マニユアルを引っ張りだし、病院中（の一部は）右往左往の大騒ぎとなった。臨床的脳死かどうか判定するために、簡易的な（法的脳死判定マニユアルに沿わない）脳波測定が行われた。ほぼ平坦であった。しかしこの「ほぼ」というのが、その後の脳死判定委員会の進行を鈍らせることとなった。第一回目の法的脳死判定に入った。まずは脳波測定から。脳波の高感度測定には、担当の検査技師の中でも熟練を要し、北海道工リアなどでは以前より、検査技師のための研修会も行われていると聞いていた。果たして当院では（このような言い方をして、技師さんには申し訳ないが）、このような厳格な評価に耐えられる脳波が記録できるのだろうかと不安であった。しかし簡易的脳波測定の際に適切な指示を仰いでいたのがよかったのか、きれいな脳波を記録してくださった。病院外からお呼びした二人の先生に脳波を撮影して頂いたのだが

（当院の神経内科では日頃の診療時より、脳波の読影をこの先生方にお願ひしている）、これが非常に時間を要した。つまり完全に平坦な脳波であるという診断は下されなかつたのだ。私の隣で脳波読影を見守っていた神経内科の先生に尋ねた。

「あれ、フラットじゃないんですか？」

「うむ。僕たちが日頃読んでいる脳波の読み方と今回は違うんですよ。」

「どういふことですか？」

「基線を読んでるんです。」

「はっ？」

つまり基線の揺らぎまで読んでいるということなのだ。その基線に動きがあった部分においては、どうして基線が動いたのか理由付けができれば平坦であると判定していいということのようだった。「これでは、いつまでたっても平坦脳波の記録などできやしないじゃないか！御本人も御家族も臓器提供を望んでらっしゃるのに、このままだと心停止してしまふ。」と私は内心思った。結局、時間を置いて再度とりなすこととなった。緊迫した時間が過ぎた後、集中治療室の会議室に設置された脳死ドナー対策本部に疲労と失望の雰囲気があった。担当医である若手脳神経外科医が言った。

「委員長先生、あの脳波がどうしてフラットじゃないんですか！お願ひがあるのですが、今回の一件が終わった後で、脳死下臓器提供の経験のある大学病院にお願ひして是非、この脳波のどこがいけないのか、もう一度検証して頂きたいと思ひます。」

私は今でもはつきり覚えてる。担当医が顔を真っ赤にして、しかしながら冷静を装って委員長に上申した光景を。

「先生だけじゃない、みんなもそう思ってるんだよ。」と委員長は言った。

「だったら、委員長先生が何とかしてくださいよ。」私は心の中で叫んだ（が、口に出さなかつた）。

各スタッフの立場ごとに考え方の食い違いができ、何かが芽生え始めた時間帯であった。しかし御本人・御家族と接していたスタッフの心の中には、「御本人の意思をかなえてあげなければ」という一種、使命感のような感情が既に抱かれていたことを記憶している。その後、第一回目・第二回目の高感度脳波測定が終了し、院内の脳死判定委員会により定められている専門医数名による判定が行われ、最後に無呼吸テストが行われ、当院での一例目の脳死判定が終了した。この後からは、愛知県N.W.C.O.だけでなく、東京・大阪から手術担当コーディネーターが来院し、各部署で臓器摘出手術に向けて準備が進められた。

すべてが初めての経験の中、無事粗相もなく臓器摘出が終了し、摘出チームが三々五々引き上げていった、お一人ずつの医師を残して。手術室から帰ってこられたご遺体に対して、当院の院内C.O.が御家族に付き添いエンジニア・ケアを施した後、ご遺体は霊安室に搬送された。臓器提供に携わった当院のスタッフおよび各摘出チームの先生方が、お見送りに参列して下さった。ご遺体が搬送車に移され、最後に奥様が我々にふり返り、こうおっしゃった。

「主人の望みをかなえて下さって、どうもありがとうございました。」

私にとっては初めての経験であった。あんなに患者さまの体に傷をつけてしまったのに、奥様に感謝されるとは思わなかつた。こんな経験ができて私は幸せであった。

第一例目の脳死下臓器提供を経験し、院内C.O.である私は、各部署ごとに実践マニユアルの作成を依頼した。数ヶ月後に愛知県N.W.C.O.も参加して、反省会ならびにフィードバック（レシピエント患者さんの現況報告など）の会を、院内職員自由参加で開催した。

第七六例目（当院二例目、平成二十年十月二十三日）：脳死について、日頃から御家族と話し合われていた症例。

以前より脳血管障害を患っておられ、御家族に対して臓器提供意思のあることを日頃からお話されていたようである。PDとしては何の問題もなかった。しかし我々院内C.O.が一例目の際に心配していたことが今回、現実起こったのであった。一例目は休日での出来事であった。病院中(担当者だけが)大騒ぎであった。「こんなことが平日におこったら、どうなるんだらう。いやもう起こらないだらうな。」などと勘ぐっていたが、その危惧していた事態が、シミュレーションを計画する前に起こってしまったのだ。しかし臨床検査技師さんの脳波測定は敏速であった。「前回の二の舞は踏まないぞ」とばかりの意気込みであった。また手術室の師長さんに連絡に行つて驚いた。手術室の脳死移植マニュアルができていたのだ。手術中の外回り看護師の配置図まで記載されていた。「なんてすばらしい病院なんだ。やはり災害医療・救急医療に力を入れている病院は違つなあ。」

私の率直な感想であった。ICUで管理している際にも感心したことがある。部屋に入つてきた麻酔科医師がPD患者さんの四肢を触知している。

「先生、何してるんですか?」

「太い血管があるか、観てるんです。前は血管確保が不十分で大変でしたから。」

「なるほど!」

各部署でのマニュアル化は済んでいるようであった。手術中の外回り看護師たちの立ち回りもすばらしいものであった。術中の室内は超満員であり、歩いて小物を取りに行くスペースすらない。今回の看護スタッフは四隅にベテランが配置され、吸引器具も各摘出チームの足下に配備されていた。麻酔医付きの看護師もいて、各々が歩かなくてよい範囲での仕事に限定されていた。

「一例目の反省点が生かされている。」

院内C.O.である私は、今回の要所要所での病院

スタッフの振る舞いに対して、まるでいち傍観者となつていた。この症例の経験から、平日に発生した場合のPDに対するマニュアルがまた、各部署で追加されたことだらう。

第八一例目(当院三例目、平成二十一年二月八日)・突然の死。そして脳死下臓器提供をむかえた症例。

救急センターから突然の連絡。交通外傷の患者さんがドナーカードを所持しているとのこと。日勤帯だったので、スタッフほぼ全員を引き連れてセンターに直行した。病院到着時は心肺停止状態であったが、蘇生処置により心拍再開していた。頭部CT検査により明らかな頭蓋内出血はなかったが、広範囲にわたる顔面骨折・頭蓋底骨折が認められた。「またすぐ心停止になりそうだな。脳死ではなく心停止。」私は直感でそう思った。遠方より御家族をお呼びし、病状を説明した後、ドナーカード所持について御家族も承知していることを確認した。翌朝再度、頭部CT検査を施行したところ、頭蓋内は全く均一の信号を呈していた。ちょうど居合わせた脳神経外科医が「脳血流がほとんどないですね。脳死ですね。」とつぶやいた。私も初めて見る画像であった。脳死判定において神経学的所見や脳波測定よりも確実な判定法がある。(脳死患者の一部の症例においてだが)それは脳血流がないことを判定すればよいのだ。脳血流がなくなつてしまつた状態で、ヒトは生き延びることはない。今回の症例はまさしくそういう状態になりつつある症例であった。臨床的脳死を判定するため、簡易的脳波測定が行われたが、脳波は平坦ではなかった。しかし早い時期にこの脳波が平坦になることは予想された。当院第一例目での脳波の基線の揺らぎなど、私には全く気にならなかつた。なぜなら頭蓋内圧上昇が高度であり、確実に脳死になつてゆくことが予想されたから。「心停止になつたらどうしよう。臍腎など摘出可能臓器が制限されてしまう。御本人の多臓器提供の意思はかな

えられないのでは?」むしろそちらの心配が強かつた。脳死判定委員会が召集され、各部署も準備にかかつた。第一例目では恐々準備としていた各部署も、もう二度も経験しており、自律して行動した。また院内電子メール配信にて、現状を逐一報告することにより、得てして分散し偏りがちな緊急情報も、全体に均一に共有することができた。一例目からメールでの情報配信は試みていたが、より具体的に隔々まで行き渡るようになっていた。何よりも各分野の上司にその都度、報告しなくて済むのが助かつた。

二例目の症例からそうであったが、7人の院内C.O.の役割分担も自然と明瞭になつていた。集中治療室(ICU)においてドナーの全身管理をする係、院内の脳死倫理委員会やNWCOとの橋渡しをする係、御家族に付き添いグリーンケアに努める係など、症例を積み重ねるうちに自然とすみ分けされた役割のように思われた。病院全体としても平然と行われた。対策本部の設定、関連部署への連絡網の作成、全国から集まつた各臓器の摘出チームへの対応とICU・手術室と控え室の間の導線設定、臓器搬送用ヘリコプター要請など、症例を重ねることにより安定したものとなつていった。自分としても感心させられるほどであった。個人的には、お見送りに立ち会うことができなくて非常に残念だった。院内C.O.である私としては、是非とも御家族が最後におっしゃる言葉を、胸に刻み込みたかつたのだが。

三症例を経験して

今回の三症例で共通していたことがひとつある。それは生前、ドナーカードを所持しており、そのことを御家族が承知して、また家族の中で臓器提供について会話がもたれていたことだ。どの症例においても、大事な家族の一員が現実的に脳死の状況にあることを、御家族としては受け入れ難く、また御本人の意思を理解しているにも関わらず、臓器提供に対して数日間躊躇された。当然、私自身がその状況下

にあつた場合でも、同じ行動をとつただろう。しかしこの御家族が最終的に臓器提供に同意して頂けたのは、御本人の強い意思があつたからだ、御本人の意思を家庭で聞いていたからだ、と私は思っている。臓器提供後、御家族は御霊前で、生前、御本人とは話すことができなかつた出来事を、御本人に報告されることだろう。しかしその報告は苦痛を伴うものでなく、報告する御家族自身にも心の安らぎを与えることだろう。

我々院内ＣＯは、定期的に行われる愛知県移植情報担当者会議（院内ＣＯ会議）において、ドナー家族の心境の変化を、直に講演で拝聴する機会が多い。

「患者さまの一部を、他のヒトの身体の中で生かしてあげてください。」

院内ＣＯとしてドナー家族に以前お話ししていたこのような問いかけは、今では禁句としている。ドナー家族のある方に、「嫌悪感を抱いた。」と伺つたからだ。中には御本人さまに「つかり臓器提供の意思があり、その時は臓器提供に同意したが、何年か経た今でも、「本当にあの子にとつて良かったのか？」と自問自答され続けているドナー家族の方もいらっしゃるようだ。症例ごとに状況が異なるため、一概にドナー家族に対して記載し難いが、何人かのお話を伺つていて、

「あの人が、生きていたんだという事実」を確認することができたという思いは共通しているようだ。

今回の三例の脳死下臓器提供により一七名の患者さまが臓器不全から回復された。レシピエント患者さんからドナー家族に対してのサンクス・レターは今なお送り続けられており、我々にも近況報告が届いている。我々のところに届くサンクス・レターには、レシピエント患者からドナー家族に対して感謝や労わりの気持ちを綴つた文面ばかりだ。レシピエント患者さんの多くは、今後もこの感謝の気持ちを抱きながら

社会復帰されるのだろう。

当院は名古屋でもトップクラスの救急指定病院として、救急医療に貢献してきた基幹病院である。特に救急センターでの設備は他を圧倒するものがある。私は当院に赴任してからずっと思つていた。このようなすばらしい病院でありながら、どうして臓器提供の話がないのか。ドナーアクションを先導してゆくような立場の病院であるべきなのにと。今回の三例の脳死下臓器提供の経験は、当院を大きく揺り動かしてくれた。今回の三症例はいずれも脳神経外科の患者さまであつたが、それぞれ若手医師が担当医となつており、この先生方にとつても脳死医療が一段と近くに感じられるようになったことだろう。多くのスタッフが、脳死とは何かという問いに身近に接することができた。患者さまの意思を尊重しようと努力し、そして臓器提供のすばらしさを感じた。以前は臓器提供と聞く、何か面倒な看護を強要されるのではないかと思つたスタッフもいたのだろうが、今は違ふ。臓器提供という医療行為が、どれだけすばらしく純粋な医療であるかを知っている。もし次の症例が発生したのなら、我々、脳神経外科医、救急医、移植外科医と院内ＣＯは自信をもつてそして使命感をもつて、患者さまの意思が遂げられるよう行動できるだろう。今回の三例の経験が我々を後押ししてくれろと思つている。患者さまの意思が我々の心を動かしてくれる。

当院では、症例の積み重ねにより、各部署での臓器提供に対する見方も変わり、同時にPD発生時のマニュアル作成も進んだ。臨床脳死判定後は、二回の法的脳死判定、脳死判定委員会の編成、摘出チーム受け入れ等の準備、臓器搬送方法の確保（タクシー・ヘリコプター要請）およびマスコミ対応など、主事を含めた他職種からなる実働部隊を編成し活動した。当院は国際医療救援にも第一線で活躍しており、今回のようなPD発生時にも充分な対応ができたと思

われる。また当院ではDAPにより定期的にPD発生が報告されるようになったが、未だ心停止ドナー臓器摘出には至つていない。しかし二〇〇八年度に三例の脳死下臓器提供が実現でき、この経験をもとに今後もDAPに積極的に取り組んでいきたいと考えている。

おわりに

今回、当院で行われた脳死下臓器提供3症例の経験をもとに、主に院内ＣＯの立場から、その心の葛藤や動揺がどのようなものであつたかを記載した。個人情報に関わる内容は極力控え、ドナーおよびその御家族さまの記載に対しては敬称を省略させて頂いた。院内ＣＯという、今後重要な役割を背負わされていくだろう、そしてこの中途半端な肩書きをもつた（兼任の仕事であり、何の報酬もない）メンバーがどのような問題点を抱えているのかを、ご理解頂きたいということに力点を置いたつもりである。国会で脳死移植法改正案が通過し、来年から更に脳死ドナー症例が増えてゆることが予想される。本人の意思が明示されていなくても、家族の承諾により脳死下臓器提供が可能となる。しかし本人が意思を表示することが一番大切であることに変わりはないと私は痛感している。御本人のあの強い意思がなければ、今回の三症例も成し得なかつたと思う。国会議員の先生方には、どうか今後とも今まで以上に、意思表示が明示されるようなシステム作りを続けて頂きたい。また今回の国会論議の機会に、脳死臓器提供の話題について家庭内で充分話しあつて頂きたい。そして、「自分が脳死になったら、自分の臓器を提供してもよいか、提供したくないか、わからないのか」充分考えて頂きたい。その意思を御家族に対して伝えて頂きたい。ドナーカード（意思表示カード）を所持して頂きたい。私からの切なる願いである。

「膵臓移植施設の認定を受けて—膵臓移植、膵腎同時移植の現状と当院の取り組み—」



藤田保健衛生大学
臓器移植再生医学講座 杉谷 篤

膵臓移植、膵腎同時移植とは

本年十月に藤田保健衛生大学、香川大学が新たに加わって、脳死ドナーあるいは心停止ドナーから膵臓移植を行う認定施設は全国で一六施設となったが、申請書類を提出してから約二年が経とうとしている。

膵臓移植や膵腎同時移植の対象となるのは、1型糖尿病あるいはそれによる末期腎不全を合併した患者さんである。1型糖尿病は、遺伝素因のつえに、ウイルス感染、食事などの環境要因が加わって、主に二〇歳以下の若年者に突然発症する糖尿病で、成人発症の2型糖尿病とは異なる。膵島細胞が自己抗体によって選択的に破壊されるため、高血糖、多飲多尿、体重減少などが急速に出現、悪化する。血清Cペプチドが 0.3ng/mL 以下をもって自己膵のインスリン分泌が少ないことを確認した後、ただちに、しかも生涯にわたってインスリン注射が必要となるので、若年性糖尿病、あるいはインスリン依

存性糖尿病ともよばれる。発症間もない頃には膵単独移植が選択され、腎不全を併発すると一人のドナーから膵臓と腎臓をもらう膵腎同時移植、あるいは腎移植を受けたあとに膵臓だけでもらう腎移植後膵移植が選択される。膵島移植は、複数ドナーから移植しても生着率が極端に悪い、複数ドナーからの移植のため廃絶後に高感作状態になってしまうという理由で、欧米では実験医療とされている。

本邦においては、一九九七年の臓器移植法施行後、八二例の脳死下多臓器提供と六〇例の膵臓移植、膵腎同時移植が施行された。九州大学で心停止ドナーからの膵腎同時移植を二例施行したので、合計六二例の死体ドナーからの膵臓移植が行われたことになる。日本全体の膵腎同時移植の成績は、腎グラフト、膵グラフトの五年生着率がそれぞれ、七四%、七一%で、九大の一九名は全員生存し、膵グラフト三例、腎グラフト一例が廃絶した以外は、他の患者さんは良好に経過している。この一九名の患者さんについて調べたと

ころ、長期糖尿病と腎不全に伴う合併症に関しては、神経伝導速度、自律神経機能、胃排出能は移植後二年ぐらいから改善傾向を認める。大動脈波速度、頸動脈内中膜厚、左心室壁厚で調べた動脈病変も改善していた。足潰瘍を繰り返していた二名の患者は移植後三年には治癒して再発を認めなくなっていた。血糖コントロールを正常に保ち、腎機能を補完するという目的を達成することによって、1型糖尿病を治癒できることが示されている。QOLについては、本人が感じる身体的健康度、精神的健康度はともに待機患者に比べて著明に改善し、日本人の平均レベルまで到達していた。また、女性レシピエント一四名のうち、三〇歳代の未婚女性は六人いたが、そのうち三人が膵腎同時移植後に結婚しており、移植後の第二の人生を享受している。

膵臓移植・膵腎同時移植の方法

愛知県内で行う献腎移植とは異なり、ネットワークから脳死ドナー発生の連絡を受けると、空路や鉄道で遠方の提供病院に出勤することが多い。本邦で施行された死体ドナー六二例からの膵臓・腎臓摘出は、心臓、肺、肝臓、小腸チームが別個に提供現場に参集するため、現場での協調が重要である。膵臓摘出は、肝臓別個が肝臓一塊で摘出したのち分離するかにより、また先行する摘出臓器の種類によって、摘出手技と摘出に要した時間が異なってくる。膵臓を摘出した後に、左右腎臓を一塊として摘出したのち、左右に分離して一腎を膵臓とともに移植施設に移送する。

移植施設に帰ると膵臓のBench surgeryを行う。膵実質の脂肪浸潤や灌流状態を確かめ

て、十二指腸を短縮し周囲組織をトリミングする。血行再建は、膵頭部と膵体尾部の動脈をドナーの腸骨動脈を用いて一本化し、門脈は肝臓に長く供与しているのでドナー静脈を用いて延長しておく。レシピエント手術は、別々の下腹部斜切開を用いて膵臓を右側の腹腔内に、腎臓を左側の腹腔外に移植している。膵臓の全虚血時間が一六時間以内になるように先に移植することが多い。静脈、動脈の順に外腸骨動脈に端側連続吻合を作成し、再灌流は静脈、動脈の順に開放する。止血を確認し、脾臓を摘出する。動脈の拍動、静脈からの流出、膵実質の灌流も良好ならば、グラフト十二指腸に膵液が充満してくるので、これを空腸か膀胱に吻合する。同様にして、左側の外腸骨動脈に端側吻合で腎動脈を吻合し腎移植を完成する。尿管膀胱吻合は外側から尿管と膀胱の粘膜を吻合して閉創し手術を終了している。ドナー、レシピエント手術と長時間で細かな技術が要求される移植手術である。

藤田保健衛生大学における取り組み

膵移植、膵腎同時移植の登録患者は自分の意思で移植希望施設をいつでも変更することができる。すでに他施設からの既登録患者さんからも当院への変更希望が多数寄せられている。本年、当院で施行した生体ドナーからの膵腎同時移植とともに、今後、脳死ドナー、心停止ドナーからの膵臓摘出、腎臓摘出、チーム編成、移植手技、術後管理、コーディネーター支援をさらに充実させ、多くの1型糖尿病、腎不全で悩む患者さんに福音をもたらすことができれば幸いである。

厚生労働大臣感謝状授与にあたり



平成二十一年十月二十四日 千葉県 千葉

駅ビル ペリエホテルに於いて、第十一回臓器移植推進国民大会が開催され、その席上で、平成二十一年度臓器移植推進功労団体として、新城ライオンズクラブに厚生労働大臣感謝状が贈呈されましたので、新城ライオンズクラブ代表として坂井祥郎ライオン、山田清ライオンのお二人に出席して戴きました。両名は午前七時五十分 新城駅を出発され、午前十時十分 東京駅へ、総武線で千葉へ、十一時四十五分からリハールを行い、午後一時より贈呈式に出席されました。大会では、厚生労働大臣、千葉県知事のご挨拶もあり、大変盛大な大会でございました。当日、感謝状を贈呈されたのは、全国で個人十名と、団体は五団体でございまして、ライオンズクラブ関係では富山県の入善ライオンズクラブ、石川県の金沢ライオンズクラブと私共、愛知県で新城ライオンズクラブの三団体のみでございました。この様な素晴らしい感

新城ライオンズクラブ

会長 滝川 充洋

謝状を頂き、感謝状の重みを身をもって痛感し、深い感銘と感動を覚え、心新たな思いで一杯でございます。

顧みれば、新城ライオンズクラブの献腎推進運動は、一九八三年 福井敏規三三四 A 地区ガバナーが誕生し、福井ガバナーは献腎運動の推進を全国的に展開をされ、運動に懸ける情熱、熱意は実に素晴らしく、目を見張るものがありました。その精神を継承し、一九八八年 萩原幹也ガバナー、一九九七年の井澤一義ガバナーも精力的に推進運動に取り組まれました。特に井澤一義ガバナーは、新城ライオンズクラブ例会に、度々ご出席を賜り、推進運動の大切さを講演されました。この熱意に、私共会員も推進運動の大切さを深く理解し、協力をさせて戴いております。新城ライオンズクラブでは二 二年度には十三万円、二 五年度には、新城ライオンズクラブ四十五周年記念事業として四十五万円、二 六年度には三十万円、二 七年度には二十万円、一 八年度には二十万円、二 九年度には二十万円、この様に毎

年腎臓財団に寄付を行って参りました。今後
も会員のご理解とご協力を頂き、更なるご支
援とご協力を行って参る所存でございます。
又本年十月十八日 名古屋市の三菱電機グラ
ンドで腎移植を受けられ、立派に社会復帰さ
れた皆様のスポーツ大会が開催されました。
私共、新城ライオンズクラブからも多数の会
員が、応援に参加させて頂きました。社会復
帰をされ、スポーツに取り組まれる皆さん

腎移植普及推進活動の

この一年と今後について



社会保険中京病院

副院長 絹川 常郎

平成二十年度より、愛知腎臓財団 腎移植
普及推進委員会の委員長を拝命し、昨年の本
誌五〇号にごあいさつの寄稿をいたしました
。今回は、腎移植普及推進委員会のその後
の活動などにつき、ご報告いたします。

当初は福岡県で作られ効果が上がったこと
から、その後、多くの県で独自の版が制作さ
れた「県からのお知らせ」と題するパンフレ
ットを漸く愛知県の了承を得て制作し、救急
救命センターなどに配布いたしました。この

の、あの笑顔、その喜びを拝見し、私共も心
温まる思いでございました。喜びと感動を共
有させて頂きました。しかし、全国にはドナ
ーを待つ患者の皆さんが、まだ数多く一日千
秋の思いで、その日を待ちわびておられま
す。一人でも多くの方に一日でも、早く社会
復帰して頂く事を願い、私共はこれからも腎
臓推進運動に取り組んで参る所存でございま
す。

パンフレットは突然の肉親の急変に動揺する
ポテンシャルドナーのご家族に、臓器提供に
ついて考える機会を提供するツールです。ス
タッフが手渡しあとは家族の判断に任せると
いう方法ですので、医療スタッフは比較的抵
抗感無くオプシオン提示ができます。配布さ
れてまだ一年ですので、その効果の有無の判
定は、もう少し先になります。(写真1)
昨年はドラゴンスのキャラクター入りドナ
ーカード制作に協賛いたしました。本年度
は財団独自の意思表示カードを制作し、秋の
臓器移植普及推進月間にはこのカードを愛知
腎臓病連絡協議会の皆様のご協力も得て配布

したところです。本カードが活用されること
を期待しています。(写真2)

同じ期間に開催されたあいち県民健康祭で
は、例年通り、大府のあいち健康プラザに愛
知腎臓財団のブースをもらい、ドナーカード
の配布や、CKD対策の健康相談コーナーを
設けて臓器移植推進と一般市民の健康増進に
寄与しました。(写真3)

当推進委員会の開催する最大のイベントは
「移植者キックベースボール大会」の開催で
す。新型インフルエンザ流行のあおりを受け
て参加者の減少が心配されましたが、多くの
移植者が集い、例年通り晴れた秋空の下で大
会は開催されました。今年は、新聞社の取材
はありましたが、テレビ局の取材が無く少し
寂しい思いもしました。しかし、この地区の
移植者の親睦と移植医療のすばらしさを一般
市民にアピールする場として、来年は更に多
くの方々の参加を得てその目的を達成すべ
く、今から準備を進めてまいりたいと考えて
おります。(写真4 a・b)

来年のことを述べましたので、この紙面を
借りて、愛知腎臓財団の協賛も受け、私が来
年開催する第二六回腎移植・血管外科研究会
のことをご案内いたします。研究会は、名前
の通り、腎移植や腎に関する血管外科を研究
する医師の集まりです。来年は六月に私が代
表世話人で愛知県の犬山市で開催いたしま
す。

来年の研究会は改訂臓器移植法施行を一ヶ
月後に控えて開催されることもあり、一年前
の本年より臓器提供推進共同行動を提唱して
おります。腎移植を行う医師が、自施設の救

写真1 愛知県からのお知らせ

愛知県からのお知らせ

愛知県では、移植医療について
 患者様やご家族の意思を尊重するために
 臓器提供に関する
 皆様のお考えを確認させていただいております



愛知県では、移植医療についての患者様やご家族の意思を尊重し、
 ご判断について支援させていただくために、
 県臓器移植コーディネーター及び施設内移植情報担当者を設置しております。



写真2 意思表示カード



写真5 腎移植・血管外科研究会

第26回腎移植・血管外科研究会のご案内
 会期 2010年6月25日(金)26日(土)
 会場 名鉄犬山ホテル(犬山市犬山北古券107-1)
 ホームページ <http://www.chukyo-hosp.jp/r/tvs26/index.html>

急医や脳外科医に今まで以上に積極的には働きかけ、オプション提示の機会を増やそうというものです。既に全国で三五以上の施設が参加を表明し、自施設で行う臓器移植推進のための活動内容を研究会のホームページを通して登録して下さいました。一度、研究会のホームページを覗いていただければ幸いです。

(写真5)ホームページ <http://www.chukyo-hosp.jp/r/tvs26/index.html> 含む

愛知腎臓財団腎移植普及推進委員会では、その活動がマンネリ化することなく、設立の目標を達成できる活動を行って行きたいと考えております。皆様の貴重なご意見がいただけることを期待しておりますので、宜しくお願い致します。

写真3 塩分チェック



写真4 a キックベース



写真4 b キックベース



病院紹介

小牧スマイルクリニク



医療法人梅田アンドアソシエイツ
小牧スマイルクリニク透析センター

理事長 梅田 貴之

医療法人梅田アンドアソシエイツ小牧スマイルクリニク透析センターは小牧の中心部に位置し、三階にあります透析センターからは小牧山が一望でき、春は満開の桜を秋には燃えるような紅葉を楽しむことができます。

当院は二〇〇〇年九月に内科、外科、整形外科、リハビリを中心とする一般のクリニックとして設立いたしました。二〇〇三年四月には小牧市内に二軒目のクリニックとして岩崎スマイルクリニクを開設し、同じ年の七月には介護施設「ショートステイ、デイサービスセンター」「プエルトアズール」を立ち上げました。当法人の最大の特徴は小牧スマイルクリニクも岩崎スマイルクリニクも日曜日祝祭日も一般外来をおこなっている点にあり、広く地域からの患者さんの診療に対応いたしております。オーブンエプリデイを合言葉にいついかなるときにでも患者さんの二

ズにこたえようと日々の診療にまい進いたしております。さらにわたくしどもは二〇〇四年九月に小牧スマイルクリニク透析センターを一三床で開設し現在に至っております。理事長のわたくしは昭和五十九年に名古屋大学医学部を卒業し、名古屋大学病院、愛知県がんセンター、中津川市民病院などで消化器外科を中心として臨牀研修をおこなってまいりました。わたくしの出身医局である

名古屋大学医学部第二外科は消化器外科、内分泌移植外科を中心とした臨牀研究で成果を上げております（関連病院の名古屋第二日赤は移植外科において当地方でつとに有名なことは皆様ご存知のことと思います）。わたくしが開業する前は愛知県岩倉市にあります岩倉病院に奉職いたしており数年にわたり透析医療の設立から運営その管理に従事させていただきました。その実績を元に名古屋大学第二外科関連病院の諸先生方のお力添えもいただき透析

センターを設立し今日に至っております。小牧スマイル透析センターは一三床と大変小さな透析センターですが、そのぶん患者さんスタッフの距離が近く大変和気あいあいとし心とむ環境の中で安全安心の透析医療を受けていただいております。職員スタッフも大変若く平均年齢二〇歳代と気力体力ともに充実し日々の仕事に励んでおります。当院透析センターの特徴を述べさせていただきます。まず第一にウルトラピュアーな透析液を使用しているということがあげられます。近年長期透析合併症や貧血などに様々な悪影響を及ぼすとされているエンドトキシン含有量を限りなくゼロに近いウルトラピュアーな透析液が注目されており、当院では開設当初より厳格な透析液浄化に取り組んでおりループ配管とエンドトキシン除去フィルターによりクリーンな透析液を作成することにより安全で快適な透析ライフを提供いたしております。またインピードン法により科学的理論的にドライウエ



小牧透析室

ートを決定いたしており患者さんにも満足していただいております。また透析治療中ブラッドポリューム計（BV計）を用い常時患者さんの循環血液量をモニタリングし、過除水による血圧降下を早めに感知し、透析中のシヨックを早期に予防することで安全な治療を心がけております。

また月に数回行うカンファランスで患者さんの病態、生活面を含めた問題点など色々な

角度から議論し患者さんの生活の質の向上にむけて日々努力をいたしております。そのほか小牧の中ではいち早く送迎車を導入し、小牧および近隣の患者さんに喜んでいただいております。最後にわたくしどもの透析センターはまだ五年が経過したばかりの若い透析センターではありますが、患者さんの訴えを真剣に受け止めまじめに地域の透析医療に貢献していきたいと思っております。

病院紹介

六ツ美内科クリニック



院長 浅田 博章

大変嬉しく思っております。

患者さんから職員へ対しての感謝の言葉を聞くことがあっても不満な評価を耳にしたことはほとんどありません。「医療は人成り」という言葉が具現されているように感じております。

透析室の清潔な環境を維持する為に、天井に空気清浄機を四台設置しております。更に待合室には、ウイルスの除去の可能なイオン発生器を備えた空気清浄機を設置し、雑巾を用いた拭き掃除を主体とする清掃にて可能な限り清潔な室内環境を維持できるように努め

ております。

具体的な医療状況では透析の開始は早朝の七時三〇分から行っております。さらに希望があれば繰り上げるべく体制を検討しております。透析については、なるべく長時間透析を勧めており、時に七時間透析をされる方もおられます。

シャント手術が必要な場合は、かわな病院シャント手術センターの櫻井恒久先生を初めとするスタッフの方々に迅速に対応して戴けるので本当に助かっております。この場をお借りして心から御礼申し上げます。シャントの狭窄の場合は当院にてPTAで対応しシャントの閉塞を未然に防いでおります。万一シャントが閉塞した場合は、パルススプレー等のインターベンションを行ってシャントのオペをゼロにすることを目標としています。

この西三河地区では何か合併症が発症した場合や救急での治療が必要となった時には、安城更生病院や岡崎市民病院、西尾市民病院がすぐに受け入れていただける安心できる医療体制が構築されております。

個人的な事ですが東京におります義母がJR秋葉原駅で失神発作を起こした時に救急搬送に際して大学病院を含め何軒もの近隣の大病院で救急での受け入れを断られ最終的に田無市の病院まで救急搬送されるのに長時間を要した様です。それに比べ、この西三河地区での救急医療体制は充実しており関係する方々の御努力に対し大変感謝しております。

その他当院での診療の特徴は毎回回診を行い超音波診断装置（エコー）にてシャントを初め心臓頸動脈、肝臓、腎臓、副甲状腺まで

岡崎は人口三八万人の中核都市ですが基幹病院の岡崎市民病院以外に透析クリニックが九施設もあり透析患者さんにとっては非常に恵まれた環境にあると言えます。その中で当院は小さな透析クリニックですが最大の医療レベルを維持出来るようにと職員全員で日々頑張っております。様々な患者さんが居られる中、職員が患者さんに接している献身的な優しい姿を見るにつけ頭が下がると共に



検査を行っております。特に下大静脈の径を測定しドライウエイトを即座に再検討しております。CT検査は年に2回必要な患者さんに行い合併症の早期発見と経過観察に用いております。

その他、当院の特徴の一つに糖尿病を始め、生活習慣病に対する栄養指導に力を入れております。二人の管理栄養士が患者さんの食事の相談に熱心に乗ってくれております。一方、受付の事務の者も明るく患者さんに接してくれております。ナースも臨床工学士も勉強熱心で、毎月勉強会を開いており、その折には事務も助手も参加しております。

穿刺技術の向上のためエコーを利用し血管の状態を把握しております。

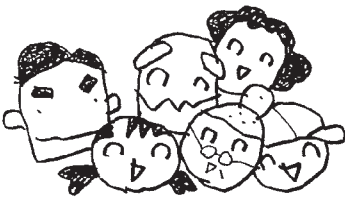
送迎に関しては、運転手は気さくで送迎の道中に患者さんと様々な話を話しているようです。個々の自宅まで伺い、家族の方ともよく話をしております。

車イスの方に対応するだけではなく、寝たきりになった方も送迎できる車を運用しております。極力入院することなく在宅で家族と共に生活出来る様にしてあります。

腎移植を受けられた方も元気に外来に通院してこられます。社会一般に腎臓を提供していただける方の増える事が期待されています。職員の中にはドナーカードを持っている者もあり、すべての臓器を提供したいと話しております。

今回、この様に当院を紹介させて頂く機会を与えていただき誠にありがとうございます。

一人でも多くの方に利用していただけるクリニックにしていききたいと願っております。



編集後記

「腎臓病は今や国民の健康を脅かす重要な疾患」として認識すべきCKD(慢性腎臓病)について巻頭言で松尾氏が、小児CKDについて上松氏が述べられ、それぞれ立場からCKD対策の指針が示された。これまでわが国における腎不全医療にリーダーシップ的な役割を果たしてきた愛知県の底力を発揮し、わが国におけるCKD対策策定の牽引役を務めてもらいたい。

本号では名古屋第二赤十字病院からの三例の脳死移植が紹介され脳死移植の実態が経験者によって分かり易く説明された。また藤田保健衛生大学が臓器移植の認定施設となるなど、愛知県の臓器移植体制は一層の厚みのあるものになってきた。

新城ライオンズクラブが二十五年以上の献腎活動により感謝状贈呈を受けられた。心よりお喜びと感謝の念を表した。ライオンズクラブの継続的な市民活動は市民に対する大きな啓発活動であり、今後の臓器移植医療推進に大いなる支援であり、今後も引き続き理解と協力をお願いするところである。一方、平成二十年度より愛知腎臓財団腎移植普及推進委員会の委員長が中京病院の絹川氏に交代し、新たな視点からの活動が積極的に企画実施され、幅広く医療関係者、患者団体、市民を巻き込んだの啓発活動が展開されている。

一九九七年に臓器移植法が制定され、第一例脳死移植後十年経過して八一例に過ぎない。そんな中、臓器提供の年齢制限を撤廃し、小児の提供に道を開く臓器移植法が平成二十一年七月十三日に成立した。法律の発効の平成二十二年七月以降は日本の臓器移植はどのような状態になつていくのかと期待と不安が相半ばする。今日この頃である。しかし、法律の発効まで多くの課題が残っており、これら地道に同様に関係者間の連携を大切に地道に取り組んでいかねばと考えている。

(T・H)