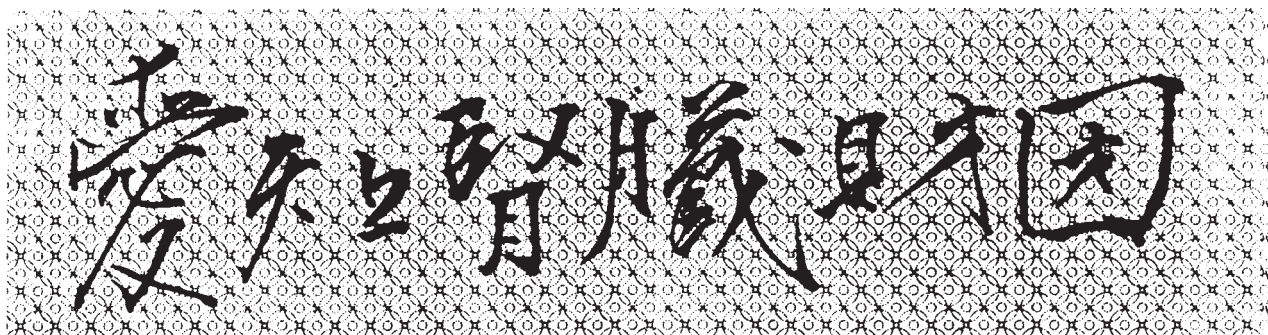
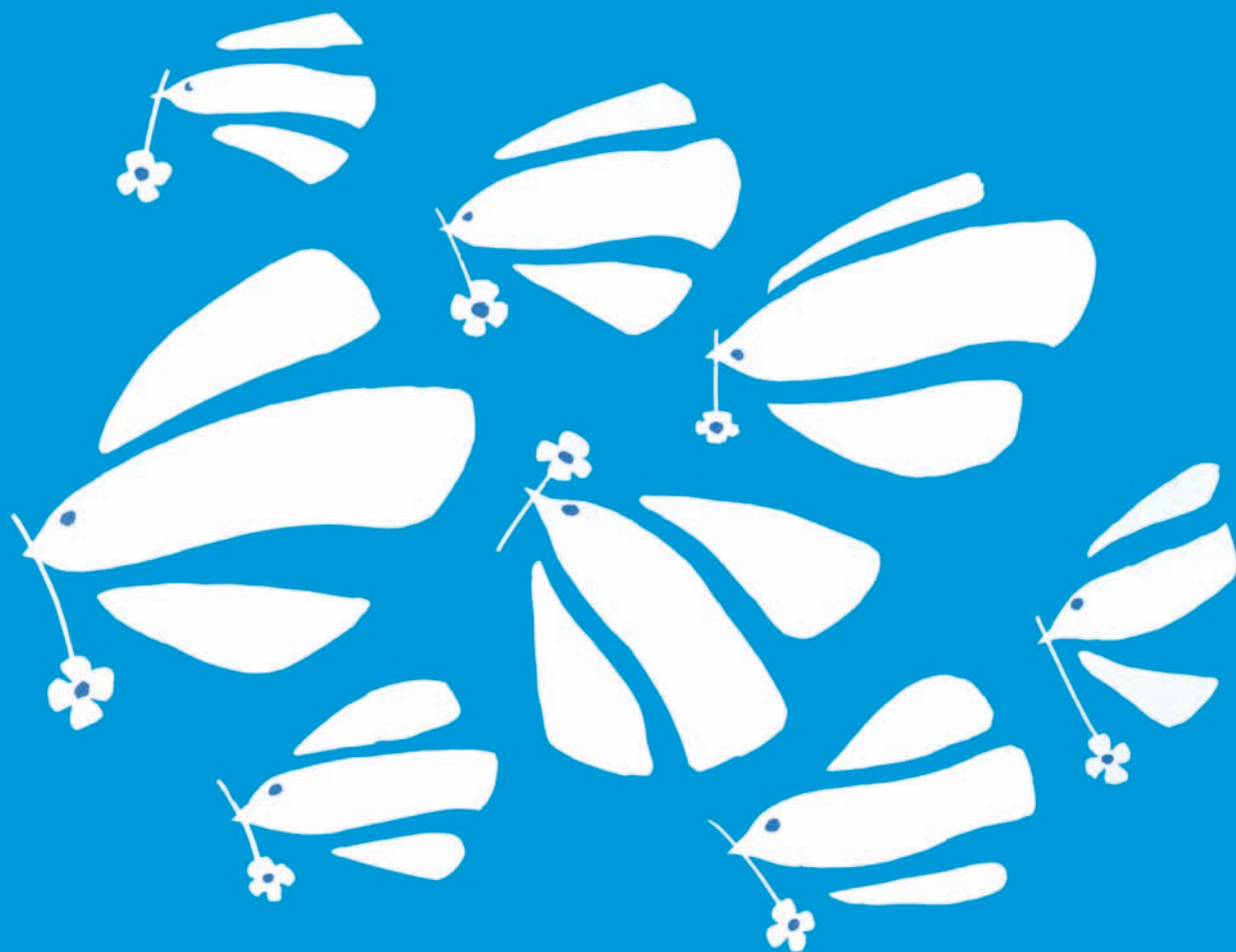




No.70



2018. 6. 1

機関紙「愛知腎臓財団」第70号（平成30年6月号）

1	巻頭言			
	透析医療提供体制を考える	公益財団法人愛知腎臓財団 常務理事		3
		春日井市民病院 院長	渡邊 有三	
2	難治性腎疾患と国の難病対策について	名古屋大学大学院医学系研究科 病態内科学 腎臓内科教授	丸山 彰一	4
3	愛知県の臓器提供の現状と課題	愛知県臓器移植コーディネーター	古田 洋子	6
4	院内体制整備と臓器提供	愛知医科大学病院 院内コーディネーター	石橋ひろ子	8
5	移植施設紹介 シリーズ第三回	豊橋市民病院 移植外科部長、血液浄化センター副センター長 院内移植コーディネーター、DMAT隊員	長坂 隆治	9
6	透析施設紹介	医療法人光寿会 今池腎クリニック	院長 青木 隆成	10
		社会医療法人名古屋記念財団 新生会第一病院	院長 小川 洋史	11
7	編集後記			12



発行所 公益財団法人 愛知腎臓財団
 発行責任者 専務理事 田邊 穰
 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-jinzou.or.jp>
 e-mail : (事務) jimu@ai-jinzou.or.jp
 (コーディネーター) co@ai-jinzou.or.jp

「透析医療提供体制を考える」

公益財団法人愛知腎臓財団 常務理事

春日井市民病院 院長 渡邊 有三



今から46年前の昭和47年10月に身体障害者福祉法に基づき、透析医療に更生医療が適用され、想像を超える33万人もの患者が透析医療の恩恵を受けています。しかし、透析へ導入される方々の高齢化は顕著です。高齢透析患者は様々な合併症を有することが多く、透析医療機関はその合併症への対策をおろそかにはできませんし、医師単独では面倒が見られない状況となっています。今までは病住近接という発想で多くのサテライト透析施設が建ちあがり、月14回の通院を余儀なくされる透析患者さんにとっては都合の良い状況でした。一方、末期腎不全患者の透析新規導入を手掛ける各地の基幹病院にとって、最近の病院を取り巻く環境は厳しいものとなっていて、透析患者者にとっては大きな逆風が吹いている状況です。なぜかといえば、透析患者の特定除外制度が廃止され、従来は透析患者であれば平均在院日数にカウントしなく

ても良かったのが、カウントしなればならなくなつたのです。病院は診療報酬がDPC制度によつて包括化（マルメ）になつていまので、平均在院日数が延びることは病院経営の屋台骨を揺るがす大きな出来事であり、透析患者は敬遠されるようになったのです。

愛知県内においても外来透析部門の縮小、透析から撤退を考慮している病院が出始めています。病院で導入された後は、サテライト透析施設でその後の慢性維持透析を受けることが多いと思いますが、そのサテライト透析医療機関の中には廃院を検討したり、実際に誰も事業承継しなかったケースが出始めています。透析医療は日曜日休みのみで、雨でも嵐でも槍が降っても続けなければなりません。このような状況を一人の医師で何時までも継続できない。マンパワーがないというのが実情で、疲れ果てた結果放り出さざるを得ないという状況です。日本全国で見ても、透析医療施設の数減り始めていて、将来の透析医療提供体制について懸念されます。

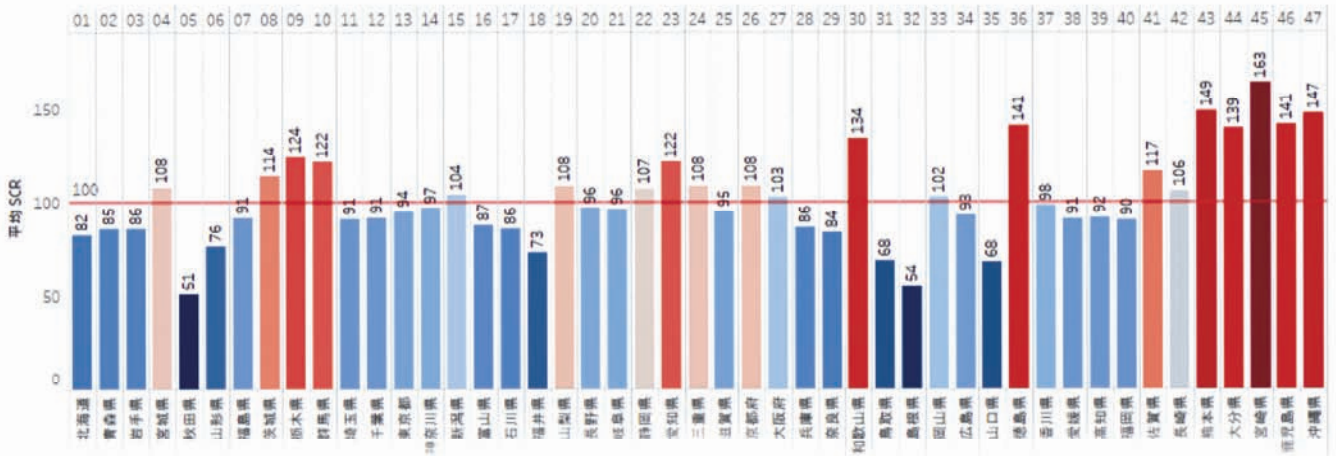
さてこのような状況下、医療連携システムの構築が急務だと私は考えています。愛知県内のそれぞれの診療圏には基幹病院があり、そこには複数の腎臓専門医が配置されて

いるはずで。又、基幹病院であるから多くの診療科を有し、様々な合併症に対応できるはずで。その基幹病院は新規導入と有事の時の対応を主とし、周囲にあるサテライト施設が協力して、慢性維持透析は引き受ける。また、基幹病院に長期間在院できませんから、退院の受け皿としての機能を果たす。これが上手く回転しないと将来は暗いと思います。この文章を読まれる中には透析患者もいるかもしれませんが。今の医療体制ではこの仕組みを使わないと今後の医療提供が困難になります。是非ご理解いただき、転院・退院の指示がある時には協力をお願いしたいと存じます。

最近では、全国の診療報酬データから様々な統計指標が作られるようになりました。その中で全国の性・年齢階級別のレセプト出現率を対象県に当てはめた場合に透析患者の割合が全国平均と比べて多いか少ないかを比較したものがあります(Standardized Claim data Ratio)。その結果を図に示しますが、秋田・島根・鳥取・山口は少ないのですが、九州・徳島・和歌山などで多い傾向が見られます。

このようなデータの解釈は様々でいろいろな意見があります。実は四国・九州地域は全国と比べて医療費が高い地域なので、透析医療が無駄に提供されているのではないかと言う人もいます。いや、それは透析医療機関が十分あり、適切な医療が提供されるから、患者も長生きで、数が多くなっただと言う人もいます。私なりに考えて見ますと、秋田や中国地方の諸県は透析専門医が少ない地域で、透析医療機関も少ない地域です。ひよっとすると、透析医療という恩恵を浴していない人

人工腎臓（4時間以上）



平成27年1月1日から「難病の患者に対する医療等に関する法律」（難病法）が施行

名古屋大学大学院医学系研究科
病態内科学 腎臓内科 教授 丸山 彰一

難治性腎疾患と 国の難病対策について

がいるから少ないのではと思っています。でも、油断はできません。財政審議会に発言力のある人からはこの地域性が日本の医療の問題だと言って、地域ごとに診療報酬を変えようという声をあげています。とても危険な発想だと思いますが、データはデータです。で、注意しなければなりません。幸いにも愛知県は医療費も少なく（若い人口が多いからかもしれませんが）、人口当たりの医師数や病院数が少ない地域だからかもしれません）、救急医療での応需率は日本で、透析先進県であるにも関わらず、医療費用は平均的な地域です。このような素晴らしいバランスは、古くは名古屋大学の宇佐美鍵一先生を嚆矢とする腎臓内科の伝統が脈々と受け継がれているからかもしれません。ECUM、Push & Pull、

在宅血液透析なども当地から発信された治療法です。愛知県で透析医療を提供している、透析医療を受けているということは大変恵まれた状況だと思います。

この長い伝統を継承していくためにも、医療機関同士の連携を深め、お互いにできないことを補完しあって、素晴らしい愛知県の医療提供体制を守っていくようではありませんか。平成30年度の診療報酬改定は奇妙なものでした。沢山の患者を1台の透析コンソールで治療している施設は効率がいいのだから医療費を減額するというものです。どう考えても理論的ではない決定ですが、決められたことは守らねばなりません。皆さんと智慧を出し合っていきたいと思っています。今年度もよろしくお願い申し上げます。

されています。「難病」というとどんな印象を持たれるでしょうか？「奇病・難病」という言葉もあるように、日常的には殆ど目にすることのない希少疾患、重篤な症状を呈し最終的には寝たきりになる恐ろしい病気といったイ

メージでしょうか？確かに、そうしたイメージに合致する「難病」も多くありますが、腎臓病領域の「難病」は少し違っていています（表1）。

国の難病対策は、昭和47年に策定された「難病対策要綱」が大元になっています。この中では、(1)調査研究の推進、(2)医療施設の整備、(3)医療費の自己負担の解消、の3つが難病対策として挙げられました。このような包括的な難病対策は世界に類をみない画期的なものであり、我が国の希少難病診療の向上に大きな貢献を果たしました。しかし、難病（特定疾患）に関する予算は総計で400億円を超える規模に拡大し、公正性と持続可能性の観点から見直しが必要となっていました。

そこで、持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律として平成26年にいわゆる「難病法」が成立し平成27年から施行されています。変わった点は、医療費助成に消費税などの財源が充てられることになり、治療費の公費負担分に関しては、国と都道府県で半分ずつ負担することになったこと、また、難病に関する研究や診療環境整備が法律を背景に強化されることになったことです。

「難病」の中でも国が特に対策の必要性の高い疾患と認めたものを「指定難病」と言います。平成30年4月現在、「指定難病」は全部で331個あります。このうち腎臓に関連の深い疾患は20個あります（表1）。医療費助成の対象となるのは、「指定難病」と診断された患者のうち、「重症度分類等」に照らして

病状の程度が一定程度以上の場合です。「重症」と認定されると、自己負担は2割となり、その上限は5千円から3万円程度（所得

による）となります。特に、ネフローゼ症候群や多発性嚢胞腎で高額な薬物治療を受ける際に申請されることが多いと思われます。

番号	病名
19	ライソゾーム病
42	結節性多発動脈炎
43	顕微鏡的多発血管炎
44	多発血管炎性肉芽腫症
45	好酸球性多発血管炎性肉芽腫症
49	全身性エリテマトーデス
66	IgA 腎症
67	多発性嚢胞腎
109	非典型溶血性尿毒症症候群
190	鰓耳腎症候群
218	アルポート症候群
219	ギャロウェイ・モワト症候群
220	急速進行性糸球体腎炎
221	抗糸球体基底膜腎炎
222	一次性ネフローゼ症候群
223	一次性膜性増殖性糸球体腎炎
224	紫斑病性腎炎
225	先天性腎性尿崩症
300	IgG4関連疾患
315	ネイルパテラ症候群(爪膝蓋骨症候群)／LMX1B関連腎症

表1 腎臓に関連の深い20の指定難病

指定難病をもつ患者の中で、規定の「重症度基準」を満たす場合、医療費控除の対象となる。

原疾患		蛋白尿区分		A1	A2	A3
糖尿病		尿アルブミン定量 (mg/日)		正常	微量アルブミン尿	顕性アルブミン尿
		尿アルブミン /Cr 比 (mg/gCr)		30 未満	30 ~ 299	300 以上
高血圧 腎炎 多発嚢胞腎	移植腎 不明 その他	尿蛋白定量 (g/日)		正常	軽度蛋白尿	高度蛋白尿
		尿蛋白 /Cr 比 (g/gCr)		0.15 未満	0.15 ~ 0.49	0.50 以上
糸球体濾過量 (GFR) 区分 (mL/分/1.73 m ²)	G1	正常または高値	≥90			
	G2	正常または軽度低下	60 ~ 89			
	G3a	軽度～中等度低下	45 ~ 59			
	G3b	中等度～高度低下	30 ~ 44			
	G4	高度低下	15 ~ 29			
	G5	末期腎不全 (ESKD)	<15			

(日本腎臓学会編「CKD 診療ガイド 2012」より)

図-1 CKD重症度分類ヒートマップ

腎臓病領域の指定難病の多くは、この重症度分類で赤の部分(点線以下)に相当する場合、重症例と認定され、医療費助成の対象となる。

ただ、腎臓の難病はこうした疾患ばかりではありません。例えば、比較的次数の多い IgA 腎症は進行しても無症状であることが少なくないため、患者本人あるいは医療者も十分認識しておらず、重症であっても難病申請されていらない可能性があります。指定難病の「重症度分類」とはどんなものでしょうか？

体的には、表 1 の網掛けで示す 12 の疾患で、「CKD 重症度分類ヒートマップ」が赤の場合が「重症」と認定されます(図 1)。つまり、蛋白尿が 0.5 g 以上あれば GFR に関わらず、蛋白尿がごくわずか(A2)でも GFR が 44 以下(G3b)であれば「重症」となります。表面上は無症状であるため、他の指定難病における重症患者とはイメージが違ってもいいかもしれませんが、放置すれば透析が必要な末期腎不全に至るため、「重症」に分類されています。

「難病の「難病対策」に関しては、松尾総長(当時は名古屋大学腎臓内科教授・日本腎臓学会理事長)が平成 20 年から 7 年間にわたり、厚生労働省の「進行性腎障害に関する調

査研究」の班長として日本の難病対策を先導して来ました。平成 28 年から 2 年間は私がその後を引き継ぎ、その集大成として「エビデンスに基づく診療ガイドライン 2017」(丸山彰一監修)を発刊致しました。さらに、本年度から私が班長となり、難治性腎疾患の診断バイオマーカー研究である「ネフローゼ症候群の新規診断法の確立」が AMED の難治性疾患実用化研究事業に採択されました。透析導入患者数を減らすだけでなく、腎臓病患者の生活の質(QOL)を保つためにも、難病対策は益々重要になっています。これまで同様、愛知県の腎臓病診療に関わる方々のご支援・ご協力をいただけますよう、よろしくお願いいたします。

愛知県の臓器提供の現状と課題

愛知県臓器移植コーディネーター 古田 洋子



平成 29 年の全国の臓器提供数は 112 件であり、臓器の移植に関する法の改正後では平成 23 年に次ぐ多くの提供があった。愛知県の臓器提供実績は図 1 を参照していただくと、一

〇一四年が最も少ない状況であったが、その後は東京都、大阪府に次いで提供数は多い。愛知腎臓財団では 100 万人あたり 2 名以上の提供をして頂くことを目指しているが平成 29 年は 100 万人当たり、1.06 人の提供であった。

臓器提供を増やすための取り組みとしては、病院に対しての院内体制整備の促進と一般に対しての啓発活動の二本立てで活動を行

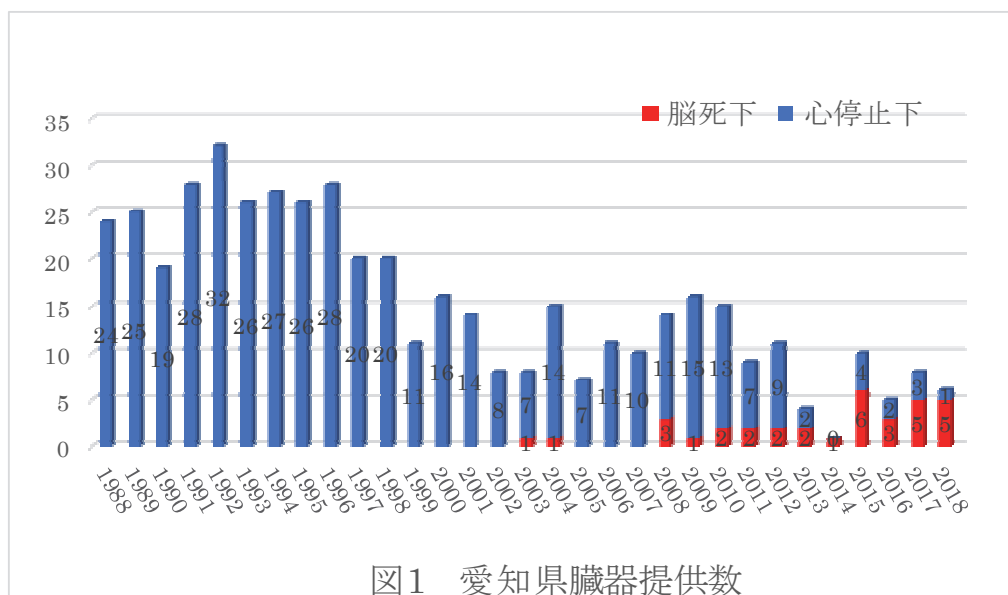


図1 愛知県臓器提供数

っている。厚生労働省の調査では5類型施設の体制整備状況が平成27年と平成29年と比較し、ほぼ変化がなく体制整備が進んでいない現状が浮かび上がってきている。臓器の移植に関する法律の基本理念では第2条に「死亡した者が生存中に有していた自己の臓器の移植術に使用されるための提供に関する意思は尊重されなければならない」、また、臓器の移植に関する法律の運用に関するガイドライン第6(1)で「主治医等が(中略)脳死とされうる状態にあると判断した場合(中略)臓器提供の機会があることを口頭又は書面により告げること」と定めているが、臓器提供を行うことは施設にとっては負担が多いと感じられていることが大きい。

平成28年から平成30年現在までの愛知県の臓器提供の現状を示すと、選択肢提示を行い、臓器提供に至ったのは12名(63%)であった。また、提供された方で事前に意思表示をされていた方は7名(37%)であった。平成28年の日本臓器移植ネットワーク(以下JOT)の分析でも臓器提供者の68%が選択肢提示によるものであった。以前は選択肢提示と家族申出がほぼ半々であったが、少しずつではあるが選択肢提示の割合が増加してきている。

愛知県では院内コーディネーター(以下院内Co)として県知事から委嘱状を發布している施設が30施設あり、院内Coの総数は120名ほどもいる。県内の5類型施設では選択肢提示を施設の方針にしていなくとも多く、

院内Coを設置している施設でも同様の施設がある。愛知腎臓財団では年に4回院内Coの研修会を行っているがそれぞれの院内Coのバックグラウンドが異なっているため、抱えている課題には温度差がある。しかし、臓器を提供した経験のない施設では臓器を提供したいと申し出る人がいつかは訪れると想定し、勉強会やシミュレーションを行っている。また、臓器提供の経験のある施設では振り返りや経験を次につなげていくために勉強会、シミュレーションを実施している。院内Coの方々は臓器を提供したいと思っている人の意思を活かしたいと日々頑張っている。都道府県コーディネーターはJOTコーディネーターとともに院内Coの支援ができればと活動している。

平成29年度はJOTの名古屋オフィスの一時的閉鎖があった。現在名古屋オフィスにはJOTコーディネーターが1名在籍している。中日本支部があったときのように臓器提供の要請に応えるためには、都道府県コーディネーターの充実を図ることは重要である。頑張っていきたい。



院内体制整備と臓器提供

愛知医科大学病院 院内コーディネーター 石橋ひろ子



愛知医科大学病院（以下「当院」）は、二〇一六年より臓器提供の院内体制整備を始めました。2年目となる二〇一七年にお二人の方から脳死下で臓器提供がありましたので、その過程についてご報告させていただきます。

当院は高度救命救急センターとして充実した救急体制が整備されています。臓器提供については二〇一〇年から二〇一五年の間に、心停止後臓器提供1例、脳死下臓器提供2例がありました。そのいずれもご家族からの申し出によるもので、医療者側から情報提供するという体制は整っていませんでした。

二〇一二年七月より、当院でも生体腎移植が開始され、二〇一六年四月より、献腎移植実施施設として登録されました。当院でも移植医療の体制が整っていく中、臓器提供に関しても体制整備の必要があると声が上がりました。そこで病院長より院内コーディネーター設置の方針が出され、二〇一六年四月より

専任で1名のコーディネーターが設置されました。

院内コーディネーターとなり、院内を見回して気づいたことは、当院には臓器提供を啓発するような事業があまりなされていなかった、過去にあった臓器提供に関する情報も少ないことが分かりました。臓器提供を当院の役割として取り組んでいくのなら、多職種・他部門が関わる医療でもあり、病院全体でバックアップできるような体制を作る必要があると感じました。そこで、日本臓器移植ネットワーク（以下「JOT」）の体制整備事業を紹介していただき、参加させていただきました。

活動にあたり既存の臓器提供実務委員会の委員となり、下部組織としてワーキンググループを立ち上げていただきました。ワーキンググループは、移植医療に関連する多職種で構成し、体制整備の計画・実行の中心となりました。

一般的に臓器提供に積極的になれない理由として、主治医の負担が大きい、日常業務へ支障がある、調整業務が煩雑である、家族対応の困難さなどがあげられます。これらの医師への負担の中で、選択肢提示は、そのタイ

ミングや話の内容など、日常的でないことに負担感があります。そこで他施設より講師をお招きし数回にわたり講演会を開催しました。選択肢提示シミュレーションを開催し、多職種のグループワークで医師・患者家族などの役割を全員が経験し、選択肢提示を受ける際の家族の気持ち、話をする医師の気持ちを体験しました。役割を体験することは、職種間で支えあい組織として取り組む姿勢を強化したと感じています。

事業を進める中で、救命センター長を中心に、脳死と考えられる患者へ診断のための検査が実施され、選択肢提示実施へとつながるようになりました。院内コーディネーターは、毎日EICUの患者カンファレンスへ参加していましたので、患者情報は把握しており、救命科医師からの問い合わせ、家族面談時の立会い、JOTとの連絡調整などを担い、医師の負担軽減になったと感じています。

病院全体でバックアップする体制について評価することは難しいですが、意思表示の啓発、国内外の臓器提供に関する情報提供を随時行うことで、院内に臓器提供に関する情報が多くなりました。当院で行われた臓器提供に関しても多くの関心を集めるようになったことは、体制整備の一つの成果と考えます。

コーディネーターとして全く無知であった自分に、多くのご指導を下さった院内外の医師、コーディネーターの方々には深く感謝申し上げます。まだまだ発展途中ですが、今後とも研鑽を積んでいきたいと思っておりますので、変わらぬご指導をお願いいたします。

移植施設紹介

シリーズ 第三回

豊橋市民病院

豊橋市民病院 移植外科部長、

血液浄化センター副センター長、

院内移植コーディネーター、DMAT隊員 長坂 隆治



豊橋市は愛知県東部に位置し、三遠南信（さんえんなんしん）地域の要となる都市です。三遠南信とは、東三河（愛知県東部）・遠州（静岡県西部）・南信州（長野県南部）の県を跨いだ地域の呼称であり、面積六〇六〇km²、人口二三〇万人、工業出荷額13兆円を超えた、一つの県に匹敵するほどの大きなポテンシャルを持ったエリアです。豊橋市は東海道本線・名鉄本線・豊橋渥美線・飯田線などの路線が集結する県を越えた一つの商業圏の中心となっており、東海道新幹線の駅もあり、東京や大阪へのアクセスもスムーズです。経済資源や自然環境も豊かであるだけでなく、人的資源も素朴・実直で豊富です。しかし、この地域における臓器移植医療はまだまだ周知されておらず、今ではひとつの腎移植施設となつてしまった豊橋市民病院における移植医療の推進には今後も、無限の可能性

を秘めていると思われます。

豊橋市民病院は東三河の基幹病院であるだけでなく、三遠南信の要となる病院でもあり、一般病棟780床・結核病棟10床・感染症病棟10床の計800床を設置しており、35診療科を備えた、市民病院としてはとてつもなく巨大な病院で、最近では平成28年度6月9日に自治体立優良病院・両協議会会長表彰（全国で12病院）、平成29年度6月22日に自治体立優良病院・総務大臣表彰（全国で5病院）を受けています。平成8年5月に豊橋駅前の旧病院から、三河湾に近い田んぼのど真ん中への移転に伴い血液浄化センターも増床され、平成9年4月に移植外科医として大塚聡樹医師が赴任し、腎移植医療が始まりました。平成10年1月に当院初の生体腎移植を施行し、同2月に日本臓器移植ネットワークに入会し献腎移植施設に登録後、同12月に献腎移植の1例目を、平成11年8月に東三河初の小児の生体腎移植を行いました。平成22年1月に長坂隆治医師が赴任し、同4月より移植外科を診療科標榜し、同12月に脳死下臓器提供による献腎移植（東三河初）

を、平成23年3月よりABO血液型不適合の生体腎移植を開始しました。また当院は東海北陸地域で2番目に多い臓器提供病院であり、昭和58年の1例目に始まり、平成30年4月までに48件94腎（うち脳死下臓器提供2件）の提供をしています。臓器移植法改正により脳死下臓器提供も増加しており、当院においても（現在院内コーディネーターは7名）、さらにドナー家族の意思がスムーズに叶えられるような環境作りを目指していきたいと思っています。

近隣の透析施設との病診連携も構築され、腎移植だけでなく副甲状腺機能亢進症の手術紹介数も年々増えています。特に副甲状腺領域では、これまで長期透析患者に特有な続発性副甲状腺機能亢進症が主体でしたが、最近では原発性副甲状腺機能亢進症の症例を内分沁内科だけでなく、泌尿器科・消化器内科・整形外科などからご紹介いただくことが多くなっており、透析患者さんだけでなく、より一般に骨粗鬆症予防という概念が定着してきていることを痛感します。また腎移植後においてこの病態を遷延する三次性副甲状腺機能亢進症も昨今問題となっています。当院移植外科はこれら副甲状腺疾患だけに限らず、腹膜透析カテーテル関連手術や透析用シャント手術・管理なども併せ、これらの疾患を単一診療科で診療できる腎不全外科としての性格を持ち合わせています。また腎移植患者だけでなく、肝移植や脾臓移植後のフォロー外来も請け負っており、さらに海外（特にブラジル）で移植した患者さんの管理もフォローしています（当院のポルトガル語通訳は今年から4人となった）。当院の関連病院以外で臓

器移植（肝臓、脾臓、腎臓）を受けた東三河在住の患者さんが意外に多く、その方々の救急搬送時の対応（心血管疾患、脳血管疾患、外傷、分娩など）も増えており、やはり当院が三遠南信地域における移植者関連医療の中

核を担っていかねければいけないのかなあと、（引き締まらない身体ながら）身の引き締まる思いで毎日診療に明け暮れています。今後とも益々のご指導ご鞭撻を賜りたく、よろしくお願い申し上げます。

透析施設紹介 医療法人光寿会 今池腎クリニック

院長 青木 隆成

医療法人光寿会今池腎クリニックは、医療法人光寿会グループで5ヶ所目の透析施設として、平成26年7月1日に名古屋市中種区今池の地下鉄東山線・桜通線今池駅より徒歩約3分程度の利便性が良い地に開設し、今年で4年目を迎えることになります。（また、当クリニックは、サービス付き高齢者向け住宅に併設されており、透析患者さんが入居されれば、治療やケア面で非常に良いサービスが提供でき、また、透析患者さん以外の入居者さんにおいても、同様に必要な医療サービスをうけてもらっています。）

現在、スタッフ数は、常勤医師1名、看護師6名、臨床工学技士3名、看護助手2名、放射線技師1名、ケースワーカー1名、栄養士1名、医療事務2名の構成となっています。透析ベッド数は、現在30床ですが、最大

78床（1フロア）までの増床が可能となっております。また、感染症対策用に隔離室を設けてあり、最大2名まで対応できるようになっています。透析診療は、月水金2クール（昼・夜）火木土1クール（昼）の外来透析を行



っています。透析療法は、通常のHD療法の他に、On-line HDF、I-HDF（On-line HDF 10床、I-HDF 全床対応）も行っており、透析患者さん各個人に対応した透析を提供しています。また、当クリニックにおいて対応できない症例については、近隣の医療機関（名古屋大学医学部附属病院、名古屋市立東部医療センター、名古屋第二赤十字病院、名古屋医療センター、名城病院等）へ病診連携をお願いし、また、バスキュラーアクセス関連については、近くの名古屋血管外科クリニックで迅速な対応をしていただき、大変お世話になっております。

次に当クリニックの特長ですが、最新の透析装置およびシステムを導入しております。患者さんの専用IDカードがあり、体重計に乗ると瞬時に除水設定が、透析装置に電送されます。透析運用は、Miracle DIMCS UXと



いう人工透析管理システムで管理され、患者さんごとの治療方法に合わせた条件設定、透析中の状態など治療経過がリアルタイムに確認できるようにしており、異常警報への素早い対応や、人為的ミス等による不具合が少なく、より安全な透析治療を受けることが可能であり、また、スタッフの業務効率の向上に貢献しています。そして、透析液を清浄化し維持継続するには、RO装置からコンソールまでシステムチックな対策および日常管理が重要と考え、極低濃度薬液によるRO水ライン洗浄システム等、最新の洗浄消毒方法を取り入れた東レメディカル社製の「トータルクリン化システム」を導入し、徹底した水質管理を行っています。

最後に、日本社会の高齢化に伴い透析患者もまた高齢化していく中、医療面や生活面、

そして精神面と必ず課題があるのも事実です。そういった透析患者さんが、少しでも長く透析を受けていただき、できる限り安楽な生活を送っていただくことを第一に考えるためにも、より安全・快適な質の高い医療提供

を目指し、また、地域医療に貢献できるように、そして、「ここを紹介してもらい、来てよかった」と言ってもらえるクリニックを目指し、透析スタッフ一同、今後も努力をしていく所存です。

透析施設紹介

社会医療法人名古屋記念財団 新生会第一病院



院長 小川 洋史

新生会第一病院は一九七一年に名古屋市瑞穂区に創立されました。創立当初の名称は名古屋クリニックであり、透析患者の生命維持、社会復帰の促進を掲げていました。

名古屋クリニックは、一九七九年に新生会第一病院へ改称され、更に二〇一八年五月一日、名古屋市天白区高宮町に新築移転をいたしました。4階のリハビリ室、病室からは、北西の方面は名古屋駅周辺の高層ビル群、さらには伊吹山まで展望できます。また、北の方面には八事地区の大学校舎、東山タワーを一望できます。透析室は2階、3階にあります。移転後の透析ベッド数は100床、入院ベッド数144床（一般病床48床（地域包括病床

20床）、療養病床96床」です。当院の機能としては、亜急性期、慢性期患者の機能回復、在宅復帰をめざしています。腎臓病、血液浄化療法、ブラッドアクセス、糖尿病、関節リウマチの専門分野と地域医療（一般内科）を診療分野としています。機能を活用し、名古屋市東部地域の地域包括ケアの一端を担いたいと考えています。急性期病院、高度急性期病院との連携、近隣クリニック・介護施設との連携を、より緊密に進めていきたいと思っています。

腎不全治療領域では、設立当初より生命予後の改善、社会復帰を掲げ、一九七二年より在宅血液透析を施行しています。現在、離島の患者様を含め、東海地方を中心に38名の方が当院の在宅血液透析を利用しています。



在宅血液透析の一番のメリットは、透析の自由度です。短時間頻回透析、長時間透析さらには長時間頻回透析まで可能です。臨床的には無愁訴透析となり、生命予後は良好です。また、社会復帰率は高く、十分に仕事をこなしています。在宅血液透析患者は、二〇一五年十二月で635名と、日本の透析患者全体の0.2%であり、まだ、かなり少ないのが現状です。より高いQOLが問われる時代からこそ、在宅血液透析の果たす役割は大きいと考えます。在宅血液透析が、施設透析、CAPD、移植に次ぐ、第4の選択肢となる日がくることを切望しています。

ブラッドアクセスについては、年間、約一〇〇〇例のシャント治療を行っています。血管内治療が約80%、外科手術が約20%を占めています。新病院となり、手術室は2部屋に増え、スタッフの体制も充実しつつあります。血液透析にとって重要なブラッドアク

セスの問題に積極的に関与していきたいと考えています。

当院におきましては、創立以来、社会復帰への患者支援の体制の充実を図ってきました。現在、リハビリ室は理学療法士8名、作業療法士4名、言語療法士2名、臨床栄養科は6名、ソーシャルワーカー室4名の体制を組んでいます。最近の透析患者の問題として、PEW症候群、サルコペニアに代表される低栄養、筋肉量減少、筋力低下の問題がクローズアップされています。当院はこの問題に積極的に取り組んでいきたいと思っています。

今回の新築移転は一九七一年創立以来のChangeです。信頼される病院をめざし、スタッフ一人一人がChallengeです。今後とも、御支援、御指導よろしくお願い申し上げます。



編集後記

今号の巻頭言で、医療法の改定に伴い、透析医療現場で患者にとっても医療者にとっても問題が生じていることが指摘されている。これらに対し透析医療に関わる病院と診療所の連携が必要とのことであり、今後はそのあり方を模索していかなければならない。また名古屋大学の丸山教授は腎臓病の最近の研究の方向性について紹介しておられるので参考にする。同時に、腎臓病研究における愛知県のリーダーシップを感じていただければと思う。県下の移植施設を紹介を行ってきたが今号では3施設目の豊橋市民病院に担当していただいた。献腎移植を希望する方々、あるいは透析医療関係者には是非参考にしていただきたい。

愛知県の都道府県移植コーディネーター、院内コーディネーターに記事をお願いした。(1)一時、最も低迷の時期にあった愛知県の献腎移植も病院啓発の成果が現れ、全体的には徐々に増加傾向が見られること、(2)愛知医大では院内の体制整備を進めた結果、病院内の良好な連携が築かれ脳死提供例につながるなどの成果が上がっていることが報告されている。このような体制整備の成功例が県下の病院で増えることが臓器提供の活性化に必要であり、今後も愛知県の移植コーディネーターと共に県下病院での院内コーディネーター活動を通じて体制整備につとめ、臓器移植法の精神である「死亡した者が生存中に有していた自己の臓器の移植術に使用されるための提供に関する意思は尊重されなければならない」の精神の理解と実践の普及を図りたい。より多くの病院でこれが実践されれば必ずや愛知県の臓器提供は一層活性化されるものと期待される。

平成30年度からの愛知腎臓財団理事会の体制の変更が提案されており、新体制が発足する予定である。医療環境は多くの変革でパラダイムシフトといった感があり、新体制では新たな活動方針のもと、透析医療、移植医療などの諸活動の実践を通じ会員から信頼される組織作りに努めていく予定である。

(T・H)