

腎不全に関する情報への アクセス紹介

一般社団法人 日本腎臓学会

〒113-0033 東京都文京区本郷3-28-8 日内会館6F
[https://www.jsn.or.jp/](http://www.jsn.or.jp/)

一般社団法人 日本透析医学会

〒113-0033 東京都文京区本郷2-38-21 アラミドビル2F
<http://www.jsdt.or.jp/>

一般社団法人 日本移植学会

〒112-0012 東京都文京区大塚5-3-13 ユニゾ小石川アーバンビル4F
 一般社団法人 学会支援機構内
<http://www.asas.or.jp/jst/>

日本臨床腎移植学会

〒602-0841 京都府京都市上京区河原町通広小路上ル梶井町465
 京都府立医科大学大学院 移植・再生外科学内
<http://www.jscrt.jp/>
 〒112-0012 東京都文京区大塚5-3-13 ユニゾ小石川アーバンビル4F
 一般社団法人 学会支援機構内

特定非営利活動法人 日本腹膜透析医学会

〒770-0011 徳島県徳島市北佐古一番町1-39
 社会医療法人川島会 川島病院内
<http://www.jspd.jp/>

- 本冊子を追加希望される方は、巻末の「追加注文について」をご覧の上、FAXにてお申し込みください。

腎不全

治療選択とその実際

腹膜透析



腎移植



血液透析



日本腎臓学会
 日本透析医学会
 日本移植学会
 日本臨床腎移植学会
 日本腹膜透析医学会

「腎不全 治療選択とその実際」の発刊に寄せて

日本腎臓学会 理事長 柏原 直樹

わが国では毎年3万人以上の患者さんが腎不全のために、血液透析、腹膜透析、腎移植いずれかの治療法を新たに必要としています。大多数の患者さんが血液透析を選択されますが、欧米諸国では状況は異なります。わが国の様々な状況がこの選択に影響していると思われます。幸い、血液透析、腹膜透析、腎移植、全ての分野で日本は世界のトップレベルにあり、いずれの治療法も安心して受けることができます。

3つの治療法にはそれぞれ長所と課題があり、いずれかが優先するものでも相反するものでもなく相互に補完的なものです。生活環境変化により、ひとつの治療法から別の治療法へ移ることもまれではありません。最も大切な事は、各治療法の優れた点と不足点を良く理解、納得して選択することです。患者さんの価値観、生活環境、社会的環境、ライフスタイル、ライフステージに応じて最適の治療法を選択することが重要です。そのためには、3つの治療法の特徴が正しく適切に患者さんとご家族に説明され、十分な理解と納得のもとで選択される必要があります。腎不全治療の専門医が日本全国に均等にいるわけではありません。この冊子は、患者さんが日本全国のどこにいても、偏りのない適切な治療法選択を行ううえで大いに役立ってくれます。

この「腎不全 治療選択とその実際」は長年にわたって幅広く活用され高く評価されてきました。改訂を重ね、常に最新の情報が掲載されています。関連する4学会の専門家の協力により高度な内容でありながら、極めてわかりやすく執筆されています。患者さん、ご家族、医療スタッフがこの冊子を有効に活用し、最適な治療法が選択されることを期待しています。

腎臓の働きと、腎代替療法を理解するために

日本透析医学会 理事長 中元 秀友

腎臓は背部に2つある重要な臓器です。腎臓は24時間働いて尿を作ります。その役割は大きく分けて3つあります。一つは身体に不要となった老廃物を体外に排泄するために、尿を生成する働き。過剰な塩分や尿素、酸などの尿毒素や余分な水分が尿として体外に排泄されます。二つ目は身体の恒常性を維持する働き。身体の中は常に弱アルカリ性に保たれ、Na(ナトリウム)やK(カリウム)の濃度、血漿浸透圧は一定に保たれます。体内環境を整える重要な役割を担っています。三つ目はホルモン産生臓器としての役割。造血ホルモンであるエリスロポエチンを作りビタミンDを活性化します。そのため腎臓が悪くなると貧血になり、身体のCa(カルシウム)が不足して筋肉が痙攣を起こす原因となります。腎臓の機能が低下すると、体内には不要な尿毒素がたまり、体内環境が悪化して血液が酸性に傾き、過剰な塩分や水分が蓄積して浮腫(むくみ)や高血圧等の原因となります。この状態がひどくなると食欲が低下し、時には肺にも水がたまって呼吸ができなくなります。この状況を腎不全と言い、状態が悪化した場合には生命をも脅かす危険性があります。その場合の治療法には「血液透析」、「腹膜透析」などの透析療法、他人から腎臓を一つもらう「腎臓移植」があります。これらの腎代替療法は、先に示した「尿の生成」、「体内環境の維持」を行うことで体調を改善し、「ホルモン不足」には薬剤の補充で治療することができます。

この「腎不全 治療選択とその実際」には腎臓の働きや3つの代替療法が詳細に、かつ分かりやすく書かれています。この冊子が皆さんの治療法選択の一助となり、療法選択の強力な指南書となることを期待しています。

大きな安心のために

日本移植学会 理事長 江川 裕人

大きな病をわざらった時に正確な情報を知ることは、患者さんの安心につながります。この冊子は、「腎不全」「透析療法と腎移植」「医療費と福祉サービス」と、まさに「簡にして要を得た」内容になっています。一読するだけで全体が見渡せ大きな安心を得、更に何度も読み込んでいくと具体的に細かなところまで記載してあり判断の助けとなるでしょう。

日本の透析治療と移植医療は世界のトップレベルではなくトップです。安心して受けていただけますが、それには医療スタッフとの連携が重要です。すばらしい成績の理由は、医療レベルだけではなく日本の患者さんがまじめに取り組んでいるからでもあります。透析であれ移植であれ、それぞれ日常生活の約束事が定められています。選ぶ場合は、どちらの約束事が自分にあってるかが重要な点です。ただ、一度選べば終わりではなく移植から透析へ、透析から移植へと状況に応じて切り替え、命をつないでいくことができます。この点が心臓や肝臓などと異なります。

移植について新しいお知らせがあります。輸血ができない血液型の組み合わせ(不適合)の場合、手術前に特別の処置をしてきました。このお薬(リツキサン)が、2016年春の保険収載となりました。不思議なことにリツキサンを使用すると通常の拒絶が減って長期成績が良くなり、これまでの薬が効きにくかった拒絶のメカニズムにこのリツキサンが有効であることがわかつてきました。免疫抑制がいらなくなる日を目指して世界中の研究者が努力しています。医学の世界は日進月歩です。この冊子は改訂を繰り返し、患者さんに必要な新しい情報をわかりやすくお届けして参ります。お役に立てれば幸甚です。

ライフスタイルに合わせた慢性腎臓病(CKD)の治療選択を

日本臨床腎移植学会 理事長 剣持 敬

腎移植は慢性腎臓病(CKD)に対する治療法として確立した医療となっています。2017年では、1,700例以上の腎移植がわが国で行われています。成績も年々向上しており、海外と比較してもトップの成績です。わが国では生体腎移植が多いのが特徴ですが、最近では血液型の異なるドナーからの血液型不適合移植や透析導入前の腎移植(Preemptive Kidney Transplantation: PEKT)が増加し、成績も良好です。

腎移植はすべての慢性腎臓病(CKD)の方が対象です。以前には対象外であった疾患も現在では移植前後の工夫で良好な成績であり、また年齢に関しても、70歳以上の高齢者への腎移植も行われています。

腎移植により劇的なQuality of life(生活の質)が改善し、寿命が伸びることが示されていますが、免疫抑制薬の副作用、感染症、悪性腫瘍などに気をつける必要があります。しかし、腎移植施設での定期通院、定期検査を欠かさないことで、仕事や学業、妊娠・出産など健常な方と変わらない日常生活を送ることが可能です。

CKDの治療には、血液透析、腹膜透析、腎移植があり、それぞれの治療法にメリット、デメリットがありますが、成績は世界のトップといえます。どの治療法を選択するかは生活環境、仕事、学業など皆様のライフスタイルに沿って決めてゆくものと思います。医師、看護師、コーディネーターに相談し、十分な情報を得てから決めてください。どの治療法を選択しても他の治療法に移行することはいつでも可能です。

この冊子が、皆様の治療選択の一助となることを切に願っております。

ご自分に最も適した治療法を受けられますように

日本腹膜透析医学会 理事長 水口 潤

腎臓の働きが低下し、自分の腎臓で健康状態を維持できなくなった場合に選択出来る治療法として、血液透析、腹膜透析、腎移植があります。これらの治療法にはそれぞれ長所・短所がありますが、自分に適した治療法を選択することにより、健康な方に近い日常生活を送ることも不可能ではありません。幸い日本の透析や腎移植の治療成績はいずれも世界のトップレベルにあります。不幸にして慢性腎不全となられた場合でも、各治療法の完成度が高い日本ではどの治療法も安心して受けることができます。

この冊子「腎不全 治療選択とその実際」は、血液透析、腹膜透析、腎移植が必要となった患者さんに対し、各治療法についての正しい情報提供を行う目的で、腎臓病に関連する日本腎臓学会、日本透析医学会、日本腹膜透析医学会、日本移植学会、日本臨床腎移植学会の5学会が共同で作成いたしました。この冊子の各項目は、それぞれの学会の専門家により血液透析、腹膜透析、腎移植の長所・短所・特徴をはじめ、治療法の概要や合併症についてまとめられています。この冊子により各治療法をご理解いただいたうえ、自分の医学的な状況に加え、生活環境やライフスタイルなどについても考慮し、自分に最も適した治療法を選択していただきたいと思います。

この冊子が腎不全患者さんの血液透析、腹膜透析、腎移植についての理解に役立ち、より快適な生活に役立つことを願ってやみません。

目次

I 腎臓の働きと慢性腎不全

● 腎臓とは？	1-2
● 腎臓は何をしているの？	3
● 慢性腎臓病とは？腎不全とは？	4
● 肾不全の治療法は？	5
● 保存期治療で大切なことは？	6
● どうなったら透析や移植が必要になるの？	7
● 末期腎不全に対する治療方法は？	8
● 末期腎不全に対する治療手段にはどんなものがある？	9-10
● 自分の状態にふさわしい最適な治療法は？	11-12

II 透析療法

● 透析療法とは？	13
● 血液透析	14-16
● 腹膜透析	17-20
● 透析導入のめやすは？	21
● 透析療法を開始するための準備は？	22
● 血液透析特有の合併症は？	23
● 腹膜透析特有の合併症は？	24
● 血液透析・腹膜透析に共通する合併症は？	25-28
● 血液透析・腹膜透析のQ&A	29-30

III 腎移植

● 腎移植の現状はどうなっているの？	31-32
● 腎移植は誰でも受けられるの？	33-34
● 生体腎移植のドナーは誰でもなれるの？	35
● 生体腎移植ドナーのリスクは？	36
● 腎移植手術はどんな手術なの？	37-38
● 腎移植後はどのようなことに気をつけるの？	39-40
● 腎移植のQ&A	41-42

IV 慢性腎不全患者さんの

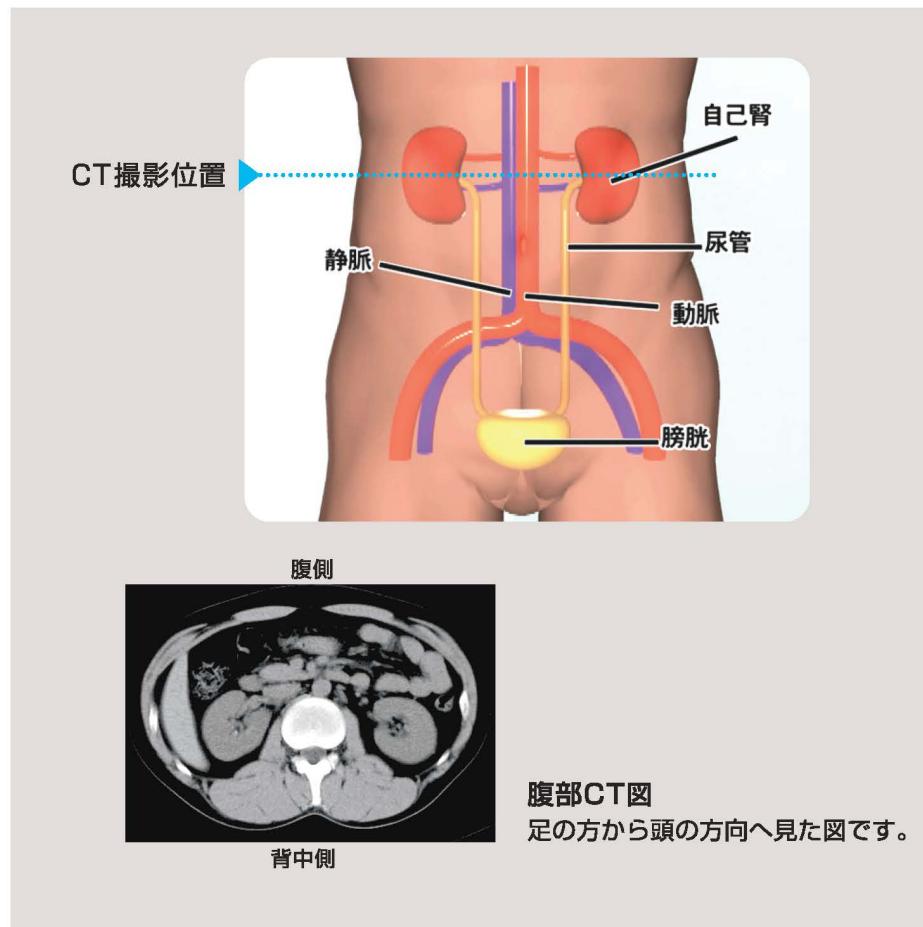
医療費及び社会福祉サービスについて

● 血液透析・CAPD 導入の患者さん	43-44
● 腎移植予定の患者さん 腎移植後の患者さん	45

腎臓とは？

腎臓は腰上部の両側にあるそら豆のような形をした握り拳くらいの大きさ（長さ10~11cm×5~6cm、幅4~5cmで、1つの重さは約120~150g）の左右一対の臓器です。

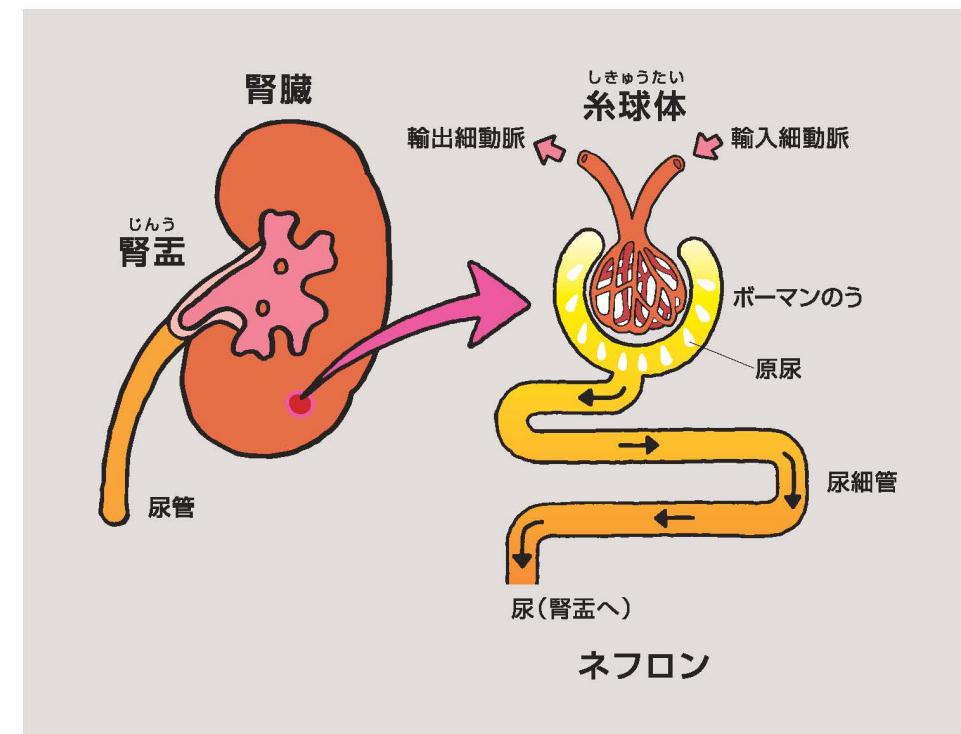
腎臓の基本的な役割は心臓から送られた血液をフィルターで濾すことによって、血液中の老廃物や余分な水分を尿と言う形にして体の外に捨てることです。



腎盂と糸球体

血液が濾しだされて尿ができる部位を糸球体（しきゅうたい）といいます。この糸球体から濾しだされた尿は尿細管（にょうさいかん）という管を通ります。さらに、尿細管が集まってできる集合管、さらに集合管が合流して、腎盂（じんう）という腎臓の内側に流れ込み、尿管（にょうかん）を通って、膀胱に集められるのです。

この糸球体と尿細管はペアになっていてネフロンと呼ばれます。腎臓が尿を作る働きはネフロンがになっています。ネフロンは、1つの腎臓に約100万個、左右で200万個もあります。



腎臓は何をしているの?

腎臓の最も重要な役割は血液を濾過して尿をつくり、これを体の外に排泄することです。食事や飲水などによって体内に溜まる余分な水分や酸・電解質、老廃物を尿として体の外に排泄。必要なものは再吸収して体内に留め、体内を一定の環境に維持しているのです。

また、腎臓は血圧を維持するホルモン(レニン)や血液をつくる造血ホルモン(エリスロポエチン)をつくり、血圧のバランスをとったり、貧血を防いだり、カルシウムを吸収して骨を作るビタミンDを活性化して、骨の量や質の維持やカルシウムバランスの維持に努めています。

腎臓が悪くなって(腎不全)、これらの異常をきたすと下表のような問題が起こってくることがおわかりになると思います。

腎臓の機能	腎不全の時に起こる異常の例
水の排泄	浮腫(むくみ)、高血圧、肺水腫(胸に水が溜まる)
酸・電解質の排泄	アシドーシス(体に酸が溜まる)、高カリウム血症、高リン血症
老廃物の排泄	尿毒症(気分不快・食欲低下・嘔吐・意識障害)
造血ホルモン産生	貧血
ビタミンD活性化	低カルシウム血症、骨の量・質の低下

慢性腎臓病・腎不全とは?

慢性腎臓病(CKD)とは3ヶ月以上持続する尿異常(蛋白尿・血尿)、腎形態異常または、腎機能が約60%未満にまで低下した状態を言います。腎機能が正常の60%未満に落ちると、左下表のような症状が出始め、進行性の腎機能低下があると考えられます。正常の15%以下の腎機能となり、透析や移植が必要か、必要に差し迫った状態を末期腎不全と言います。典型的な症状や検査所見の異常を下表にあげます。腎機能が低下して腎不全になっていなくても、尿異常や腎形態の異常があれば、一度は腎臓専門医にかかることをおすすめします。腎不全の状態では、腎臓専門医による定期的な診察が必要と思われ、腎機能の程度によって対策を検討していくことになります。

腎機能 (目安)	症状	検査所見	必要な処置
90%以上	ほとんど無し	蛋白尿・血尿・高血圧	定期的検査 一度は腎臓専門医受診
60~90%			
30~60%	むくみ	上記 + クレアチニン上昇	腎専門医によるフォロー 腎不全進行抑制の治療
15~30%	上記 + 易疲労感	上記 + 貧血・カルシウム低下	透析・移植の知識取得 腎不全合併症の治療
15%未満 (末期腎不全)	上記 + 吐気・食欲低下 息切れ	上記 + カリウム／リン上昇 アシドーシス・心不全	透析・移植の準備 10%以下の腎機能では 透析開始・移植施行

腎不全の治療法は?

前述したように慢性腎不全は現在の医療では不可逆性(元の正常な状態に回復しない)であり、そのほとんどが末期腎不全に進行しますが、適切な治療によって、末期腎不全にいたる(=透析・移植が必要になる)時期を遅らせることができます。

具体的には原疾患(腎不全の原因の病気)の治療(例えば、糖尿病の治療や腎炎に対する治療など)がまずあげられます。また、高血圧・高コレステロール血症・肥満などの生活習慣病の薬剤や生活指導による是正、食事療法(低塩分・低蛋白)などが大切になります。

治療方法	具体例
原疾患の治療	糖尿病のコントロール・腎炎の治療 など
生活指導	適切な運動・禁煙 鎮痛薬・造影剤など腎毒性物質の制限・禁止 定期的な外来受診・服薬
食事療法	低塩分食・低蛋白食
薬物療法	高血圧の治療 蛋白尿を減らす治療 (ACE阻害薬・アンジオテンシン受容体拮抗薬) 尿毒素を除去する療法(活性炭など)
腎不全による症状に対する治療	貧血の治療(エリスロポエチン投与) 骨病変の治療(ビタミンD投与など) 高カリウム血症の治療(陽イオン交換樹脂) 酸血症(アシドーシス)の治療(重曹など)

保存期治療で大切なことは?

腎機能低下が同じレベル(たとえばCKDステージ4)でも腎機能低下速度は患者さんごとに異なります。原疾患の進行性の強さが影響し、タンパク尿の多い人は腎機能低下速度(GFR低下)が速いといわれています。また、血圧管理がよくないことも大切な悪化因子です。

腎機能を保護することに役だつ治療を適切に行うことで腎機能の悪化速度が遅くなることが明らかになってきました。高度な腎機能低下がある際には、腎臓専門医による診療が重要です。増悪因子では高血圧が特に重要です。目標血圧になるよう管理栄養士の指導で適正な減塩食とし、腎保護に有用な降圧療法を受けてください。脱水にならないよう十分な水分摂取をしてください。

日常生活の中に、血圧測定と記録、体重測定などを組み込んでください。感染症の合併や鎮痛解熱剤の使用は傷ついた腎臓に大きな障害を加えます。風邪などを引かないようすることも腎機能保護には重要です。

腎機能低下が進行しないように適切な治療に、患者さんとそのご家族も積極的に参加いただき、最大の腎保護効果が得られるようにしてください。慢性腎不全の保存期治療に悔いが残らないように残された腎機能の積極的保護をしてください。こうした努力にもかかわらず腎機能低下が進行し、末期腎不全への進行阻止が難しいと判断されると、透析療法や腎移植を考える必要があります。

治療担当の腎臓専門医から各治療法の特徴についての説明をしっかり受けてください。

どうなったら透析や移植が必要になるの?

慢性腎不全により、末期腎不全にいたった場合は回復の可能性がなく、尿毒症や高カリウム血症(不整脈・心臓が止まることがある)・心不全などの重大な問題を起こすので、透析や移植をする以外に方法がありません。

腎機能だけで言うと、大体10%以下程度の腎機能で透析や移植が必要となります。また、薬でコントロールできない心不全や尿毒症症状(吐気・栄養不良など)、高カリウム血症等が生じれば、透析や移植を早期に行う必要があります。

透析導入・移植の基準

腎機能が10%以下

または、薬でコントロールできない以下の症状・所見

- 高度の尿毒症症状(吐気・食欲低下など)
- 体液過剰(高度のむくみ・心不全)
- 高カリウム血症・強い酸血症

末期腎不全に対する治療方法は?

末期腎不全に対する治療は腎臓の機能のうち、水・電解質及び老廃物を除去する手段である「透析療法」と腎臓の機能をほぼすべて肩代わりする「腎臓移植」の2通りがあります。

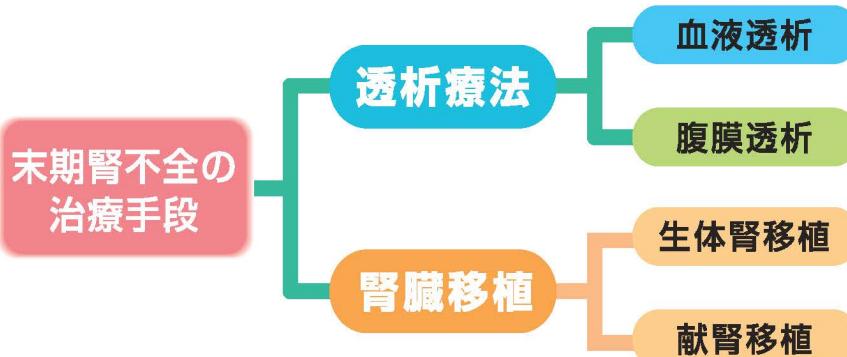
透析療法

血液を透析器を通してきれいにして戻す「血液透析」と、お腹にカテーテルという管を入れ、それを通して透析液を出し入れする「腹膜透析」の2種類があります。

腎臓移植

家族・配偶者・身内から2つの腎臓のうちの1つの提供を受ける「生体腎移植」と、脳死や心臓死になられた方から腎臓の提供を受ける「献腎移植」の2種類があります。

末期腎不全に対する治療手段にはどんなものがある?



これらのうち、自分に最も合った（医学的条件だけでなく、ライフスタイルや年齢、性格なども考慮して）治療法を選ぶ必要があります。しかし、どれが自分に最も適しているか、わからないことが多いと思います。医師からの説明だけでは納得が十分でないかもしれません。

また、これらの治療法は相反するものではありません。最初は腹膜透析(PD)を開始し、その後に血液透析(HD)に移行したり、その逆もあります。また、PDとHDの併用療法という方法をPDまたはHDへの移行の橋渡しとして使うこともできます。さらに、どの透析形態からも移植を行うことはできますし、移植後に腎機能が低下した場合、どの透析形態へも移行が可能です。

- これらの説明や比較の表をご覧になったうえで、担当の医師とも相談し、自分に最もあった治療法を考えていってみてください。

腎移植・血液透析・腹膜透析はお互いに相補的な役割があります。



体質、体調、ライフスタイルなど、 自分の状態にふさわしい 最適な治療を受けましょう。)

	血液透析	腹膜透析	腎移植
腎機能	悪いまま（貧血・骨代謝異常・アミロイド沈着・動脈硬化・低栄養などの問題は十分な解決ができない）	かなり正常に近い	
必要な薬剤	慢性腎不全の諸問題に対する薬剤（貧血・骨代謝異常・高血圧など）	免疫抑制薬とその副作用に対する薬剤	
生命予後	移植に比べ悪い	優れている	
心筋梗塞・心不全 脳梗塞の合併	多い	透析に比べ少ない	
生活の質	移植に比べ悪い	優れている	
生活の制約	多い (週3回、1回4時間程度の通院治療)	やや多い (透析液交換・装置のセットアップの手間)	ほとんど無い
社会復帰率	低い	高い	
食事・飲水の制限	多い(蛋白・水・塩分・カリウム・リン)	やや多い (水・塩分・リン)	少ない
手術の内容	バスクュラーアクセス(シャント) (小手術・局所麻酔)	腹膜透析カテーテル挿入 (中規模手術)	腎移植術 (大規模手術・全身麻酔)
通院回数	週に3回	月に1~2回程度	移植後1年以降は 月に1回

	血液透析	腹膜透析	腎移植
旅行・出張	制限あり(通院透析施設の確保)	制限あり(透析液・装置の準備)	自由
スポーツ	自由	腹圧がかからないように	移植部保護以外自由
妊娠・出産	困難を伴う	困難を伴う	腎機能良好なら可能
感染の注意	必要	やや必要	重要
入浴	透析後はシャワーが望ましい	腹膜カテーテルの保護必要	問題ない
その他の メリット	医学的ケアが常に提供される、最も日本で実績のある治療方法	血液透析にくらべて自由度が高い	透析による束縛からの精神的・肉体的解放
その他の デメリット	バスクュラーアクセスの問題(閉塞・感染・出血・穿刺痛・ブランドアクセス作成困難)	腹部症状(腹が張る等) カテーテル感染・異常 腹膜炎の可能性 蛋白の透析液への喪失 腹膜の透析膜としての寿命がある(10年位)	免疫抑制薬の副作用 拒絶反応などによる腎機能障害・透析再導入の可能性 移植腎喪失への不安

●これらの説明や比較の表をご覧になったうえで、担当の医師とも相談し、自分に最もあった治療法を考えていってみてください。

透析療法とは?

腎臓に代わって人工的に体の血液を浄化する働きを代行する方法が透析療法です。

透析療法を受けることにより生命を維持することができ、ある程度までは普通に生活することが可能になります。しかし透析療法は腎機能を回復させる治療法ではなく、腎臓の機能を完全に補うものではありません。従って腎移植を受ける場合を除いて生涯継続する必要があり、長く続けていると合併症も生じてきます。

**透析には、
血液透析と腹膜透析の2タイプがあります。**

血液透析は血液の体外循環により人工腎臓に血液を通して尿毒素を除去するものです。

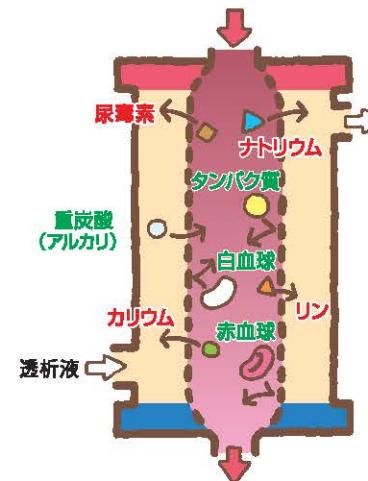
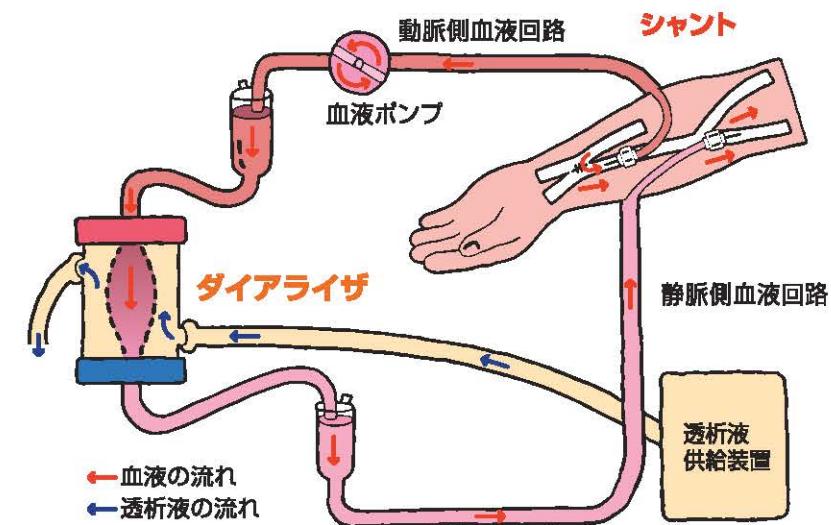
腹膜透析は自分のおなかにある腹膜を使い尿毒素の除去を行います。

日本では血液透析を受けている人が圧倒的に多く、慢性透析患者約330,000人のうち腹膜透析を受けている人は9,021人となっています。(2016年12月末現在)

「図説 わが国の慢性透析療法の現況」より

血液透析 HD

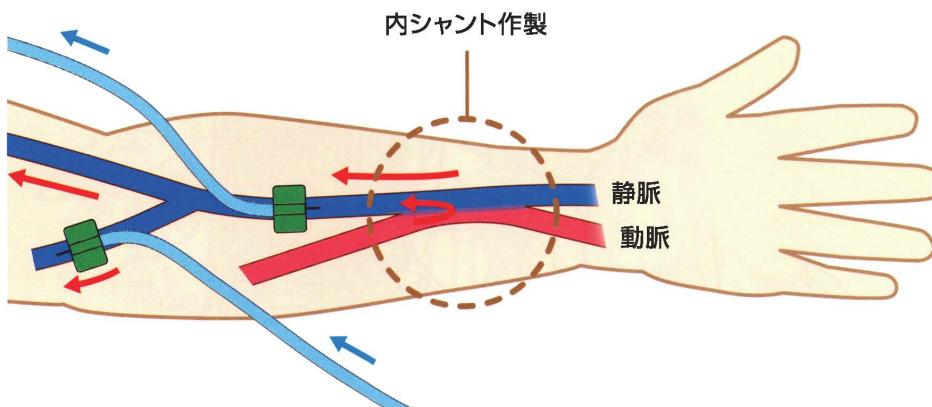
腕の血管(バスクュラーアクセス/シャント)に針を刺しポンプを使って血液を体の外に取り出し、**ダイアライザ**(透析器)に循環させて尿毒素を除去した後、体に戻します。



ダイアライザは細い管状の透析膜(直径約0.2mm)を約1万本束ねたもので管の中を血液が、その周囲には透析液が流れています。透析膜の小さな穴を通して老廃物や水分、塩分などが透析液の側に移動します。こうして不要なものを除去し浄化された血液は体に戻ります。

血液透析 HD

太い血管をつくり、
血液をスムーズに流します。



血液透析を行うには、1分間に約200ミリットルの血液をダイアライザ(透析器)に送り込む必要があります。これだけの血液量を確保するためには血液流量の多い太い血管が必要となります。そこで手首近くの腕の動脈と静脈を手術でつなぎ合わせることによって血管を太くします。これを内シャントといいます。手術後最低2~4週ぐらいたってから使用することが望ましいことから、計画的に手術が行われています。

内シャントには狭窄(細くなる)、閉塞(つまる)、瘤の形成(血管のこぶ)、感染などの合併症があり、再手術が必要となる場合もあります。

一般的な内シャントがつくれない場合には人工血管を使用した内シャント、カテーテルの使用などにより血液透析を行います。

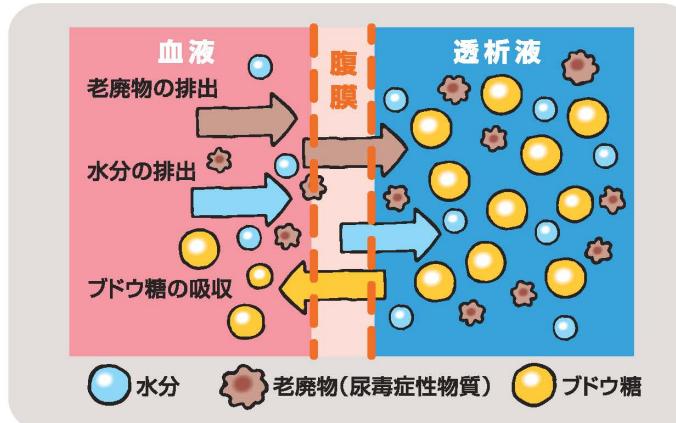
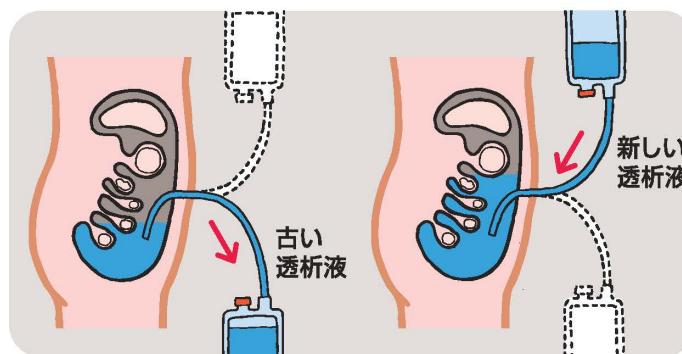
- 血液透析は標準的には週3回透析を行う医療機関に通院し、専門のスタッフによって1回3~5時間かけて行われます。
- 日本の透析療法の成績は世界一優れているといわれています。高性能のダイアライザ使用と血液透析に使用される良質な水質が支えた結果です。
- 腎性貧血への治療対策、全身性合併症などの評価、定期検査による透析効率評価や薬剤投与による合併症予防などが十分に行われています。
- 自宅に透析装置を設置し、自分や家族の手で家庭透析を行うことも一部透析施設の管理下で行われています。



腹膜透析 PD CAPD

透析液を腹膜に注入し、 血液浄化します。

血液透析では血液を体外に取りだして血液の浄化を行いますが、腹膜透析では腹腔内（下図参照）に直接透析液を注入し、一定時間貯留している間に腹膜を介して血中の尿毒素、水分や塩分を透析液に移動させます。十分に移動した時点で透析液を体外に取りだすことにより血液浄化が行われます。透析液は外気に触れることがなく、通常は自然の落差を利用して透析液の交換を行います。注液時には新しい透析液バッグを腹腔より高い位置に置きます。一方、排液時には空のバッグを腹腔より低くして透析液を排液バッグに取りだします。



●腹腔カテーテル

腹膜透析では手術により透析液の出し入れをするための腹膜透析カテーテル（チューブ）を腹腔内に埋め込む必要があります。腹腔カテーテルを長期的に使うためには、腹腔カテーテルの出口部および周囲を清潔に保ち感染予防に努めることが重要です。



●バッグの交換の実際

② 排液をします



① 準備: 手を洗いましょう



③ 排液を計量します



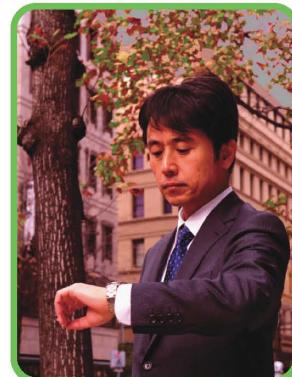
④ 透析液を注入します



●腹膜透析とは？

腹膜透析 APD CAPD

- 腹膜透析液の交換は通常1日4回（朝食時、昼食時、夕食時、就寝前）行われ、1回の交換時間は約30分です。



透析液交換
3回目
18:00



透析液交換
4回目
23:00

CAPD
患者さんの1日
(例)



透析液交換
2回目
12:00



透析液交換
1回目
7:00

- 日中の交換をなくし、夜間就寝中に機械を使って透析液の交換を行うシステムもあります。=APD

機械のセット
22:00



APD
患者さんの1日
(例)

取り外し
7:00



透析バッグの交換は一般的には手動で行われますが、高齢者や視力障害者、手の運動障害者に対しては機械を使用して、バッグの交換と殺菌を自動的に行う方法もあります。

透析導入のめやすは？

透析療法は食事療法や薬物治療で尿毒症症状の改善ができない場合に適応となります。具体的な導入基準としては下記のものが用いられています。(1991年厚生科学研究班報告)

保存的療法では、改善ができない慢性腎機能障害、臨床症状、日常生活能の障害を呈し、以下のⅠ～Ⅲ項目の合計点数が原則として60点以上になったときに長期透析療法への導入適応とする。

I 臨床症状

●以下のうち3箇以上あるものを高度、2箇を中等度、1箇を軽度とする。

- 1 体液貯留（全身性浮腫、高度の低蛋白血症、肺水腫）
- 2 体液異常（管理不能の電解質・酸塩基平衡異常）
- 3 消化器症状（恶心、嘔吐、食欲不振、下痢など）
- 4 循環器症状（重篤な高血圧、心不全、心包炎）
- 5 神経症状（中枢・末梢神経障害、精神障害）
- 6 血液異常（高度の貧血症状、出血傾向）
- 7 視力障害（尿毒症性網膜症、糖尿病性網膜症）

程度	点数
高度	30
中等度	20
軽度	10

II 腎機能

血清クレアチニン値 (mg/dl)	クリアランス (ml/min)	点数
8以上	10未満	30
5～8未満	10～20未満	20
3～5未満	20～30未満	10

※年少者（10歳以下）、高齢者（65歳以上）、全身性血管合併症のあるものについては10点を加算する。また、小児においては血清クレアチニン濃度を用いないでクリアチニクリアランス値を用いる。
※血清クリアチニンが高い場合には上記Iのような症状に気をつけ、症状が出たときには我慢せず、病院に連絡するか来院するようにしましょう。

III 日常生活障害度

程度	点数
高度	30
中等度	20
軽度	10

●透析療法を開始するための準備は？

円滑に透析療法を開始するために準備をしましょう。

- 1 血液透析や腹膜透析の「仕組み」についておおまかに勉強をしましょう。
- 2 血液透析の場合は内シャントを作りましょう。
- 3 [腎臓食]または[透析食]に慣れ、家庭で調理できるようにしましょう。
- 4 いくつかの大切な検査値について知っておきましょう。
- 5 退院後の通院手段や介護に関して相談しましょう。
- 6 医療費の支払い方や必要な書類などに関して勉強しましょう。

●これらのことは病院の関係者に相談しましょう。



血液透析

特有の合併症は?

1. 不均衡症候群

透析導入期に頻度の高い副作用です。症状は透析中から透析終了後12時間以内に起こる頭痛・吐き気・嘔吐などであり、不均衡症候群と呼ばれています。透析により血液中の尿毒素は除去されますが、尿毒素が除去されにくい脳との間に濃度差が生じます。濃度の高い脳は周囲から水分を吸い取りははぶたくなることが原因とされています。不均衡症候群は透析に慣れれば起こりにくくなります。

2. 血圧低下

間歇的治療(1回／2~3日)により体内にたまつた水分を除去しなければならない血液透析療法の宿命であり、程度の差はありますが最も頻度の高い合併症といえます。特に血圧低下を起こしやすい状況として高齢、糖尿病、低栄養、貧血、心機能障害があげられます。

自覚症状としてはあくび、吐き気、嘔吐、頭痛、動悸、冷汗などがみられます。除水による循環血液量の減少に加え血管収縮能の低下、心機能障害が原因とされています。

3. 筋痙攣

血液透析中に足がつったり、筋肉がこわばったりすることがあります。透析導入期や大量あるいは急速な除水を行ったときに生じることが多く、不均衡症候群や血圧低下と共に原因で起こると考えられています。

4. 不整脈

血液透析中に脈が乱れたり、胸がどきどきするなどの症状をきたすことがあります。心臓病の合併に加え急速な除水による循環血液量の減少、透析による電解質(カリウム、カルシウム、マグネシウムなど)の急激な変化によって不整脈が発生しやすくなります。

腹膜透析

特有の合併症は?

1. 腹膜炎

最も重要な合併症です。おなかが痛くなる、排液が濁る、熱が出るなどの症状がでます。病原菌が腹腔内に入ることによって起こります。腹膜炎はバッグ交換時の不潔な操作などによって起こります。これをくり返すと腹膜の機能が低下しますので十分に注意してください。

2. 腹膜透析カテーテル出口部・皮下トンネル感染

腹膜透析カテーテル出口部から膿が出たり、肉の盛り上がり(肉芽)ができたり、カテーテルのトンネルにそって痛みが出たりします。カテーテルの出口や皮下トンネル部に病原菌が入ることによって起こります。カテーテルの出口部付近を常に清潔を保つことが重要です。

3. 腹膜透析カテーテルの機能不全

腹膜透析液の注排液に時間がかかったり、十分量がない排液不良を起こします。カテーテルの先端の位置が悪い時、カテーテル内にフィブリン塊がつまた時、カテーテルに大網が巻き付いたとき、カテーテルのよじれなどによって起こります。

4. 被覆性腹膜硬化症

腹膜の癒着によって腸管が動かなくなり、嘔気、嘔吐、腹痛、便秘などの消化器症状が現れます。高濃度のブドウ糖透析液や酸性透析液の長期使用、難治性腹膜炎が原因とされています。

血液透析・腹膜透析

共通する合併症は?

1. 貧血

貧血は透析を行っている患者さんのほとんど全員にみられ、疲れやすい、動悸、息切れ、めまいなどの症状をきたします。腎臓から分泌される造血ホルモンであるエリスロポエチンが十分に分泌されないこと、尿毒素により赤血球の寿命が短くなることにより起こります。また腎不全の状態では腸管からの鉄分の吸収が悪く、透析の操作や採血などにより鉄分が不足し鉄欠乏性貧血も加わります。



自覚症状

階段を上ったりすると
胸がドキドキする、
息切れがするなど…

2. 腎性骨異常症

骨・ミネラル(リン・カルシウム)代謝異常

腎不全の状態では腎臓からのリンの排泄低下による高リン血症、活性型ビタミンDの活性化障害による低カルシウム血症などにより副甲状腺ホルモンの分泌が増加します。副甲状腺ホルモンは骨に作用し骨からカルシウムを動員しカルシウム値を正常に保とうとします。

これにより、骨は薄くなり、もろくなったり、骨折しやすくなったり、骨・関節痛がでてきたりします。いっぽう高齢者、糖尿病患者、低活動者では副甲状腺ホルモンの分泌不足をきたすことがあります。この場合にも骨が弱くなり骨折の頻度が多くなるとされています。これらの状態を腎性骨異常症と言います。さらに血液中のリンに加わるカルシウムが増えることにより、それらが血管や内臓に蓄積する異所性石灰化をきたし、動脈硬化、弁膜症、関節炎、結膜炎などの原因となります。



血液透析・腹膜透析 に共通する合併症は?

3. 透析アミロイド症

透析期間が長くなると、透析では十分な除去が困難である β_2 ミクログロブリンとよばれるタンパク質から形成される、アミロイドという物質が全身の骨・関節や内臓に沈着して起こります。

1 手根管症候群

手の小指をのぞく、親指、人差し指、中指、薬指がしびれたり、痛みが出たりします。アミロイド物質が手首部の腱や骨、関節などに沈着し、神経を圧迫するために起こります。痛みやしびれは手術によって改善します。

2 弾発指(バネ指)

指を曲げる腱にアミロイド物質が沈着し、指が滑らかに伸びなくなります。

3 骨・関節症

骨・関節症には手首、肩関節、大腿骨などの骨にう胞ができる症状を引き起こす骨のう胞と肩や背中の痛み、手のしびれなど脊椎症状を伴う破壊性脊椎関節症があります。

手根管症候群の主な症状

- たたくと痛みが強くなる。(赤色の部分)
 - しびれ、知覚低下が起こる。
 - 親指の付け根にくぼみができる。
 - 手首を曲げると痛みが強くなる。
 - 握力が低下する。
 - にぎりこぶしがつくれない。
- 

4. 動脈硬化症

動脈の内側にコレステロールやカルシウムなどがたまると血管が細くなり血液が通りにくくなります。この状態を動脈硬化症と言います。透析を行っている人では、高血圧、高脂血症、カルシウム代謝異常などが重なり、動脈硬化を起こしやすくなります。

動脈硬化症によって起こる疾患には次のものがあります。

- 閉塞性動脈硬化症……四肢のしびれ、壞死、間歇性跛行
- 脳梗塞・脳出血………手足の麻痺、意識障害など
- 心筋梗塞・狭心症………胸痛など
- 虚血性大腸炎…………透析時の腹痛、血便など
- 眼底出血……………視力障害

5. 高血圧、肺水腫

肺水腫の症状は、むくみ、咳・痰、呼吸困難で、ひどくなると命にも影響してきます。腎不全による高血圧のほとんどが水分や塩分の取り過ぎが原因です。これがひどくなると肺に水がたまる肺水腫を引き起します。また、血圧が高い状態が続くと脳出血や心不全などを引き起します。

6. 悪性腫瘍

長期に透析を行っている人では悪性腫瘍の発生率が高いと言われています。特に腎癌の他、胃癌や大腸癌などの消化器系の悪性腫瘍が多く見られます。腎不全による発癌物質の蓄積や免疫力の低下が原因とされています。悪性腫瘍は早期発見、早期治療が原則であり、これらにより治癒も可能です。したがって、早期発見のためには腹部CTや胃透視、胃内視鏡、便潜血検査などを定期的に行うことが重要です。

7. 感染症

腎不全では一般に感染に対する抵抗力が低下しており、感染症にかかる率が高くなります。シャント部の感染や尿路感染症、かぜをこじらせて起こる肺炎、肝炎などがあります。また、結核にかかる率もかなり高いと言われています。感染予防には、体や衣服の清潔、十分な透析、うがいや手洗いの励行、十分な栄養、体力をつけることが重要です。

8. かゆみ

透析中、透析後、就寝時などにかゆみが増強されます。原因是尿毒素やカルシウムが皮膚に沈着すること、汗が出にくく皮膚が乾燥すること、薬物の影響やアレルギーなどとされています。

●透析とは?

血液透析
HD

Q & A

血液透析を受けながら旅行や出張などで遠方に出かけるときの透析治療はどうになるのでしょうか?

旅行や出張の予定が決まったら、治療中の透析施設に相談してください。旅先での透析治療について手配をしていただけます。十分な準備期間があれば、海外で透析治療を受けることも可能です。

血液透析の長期合併症対策は進んでいるのですか?

骨・ミネラル代謝異常などに効果のある新しい治療薬が使用できるようになり、合併症がコントロールできるようになりつつあります。また、透析効率を高める目的や、長期透析合併症対策として血液透析濾過療法なども行われています。合併症に対する治療対策は進歩しています。また、透析療法の工夫による合併症予防を目的に長時間透析の行っている施設もあります。

内シャントや人工血管シャントのトラブルが不安ですが?

内シャントなどの問題を評価する超音波診断などが進んでいます。問題が見つかれば血管内カテーテル治療が可能なことが多く、再手術は減っています。

●腹膜透析とは?

腹膜透析
PD
CAPD

Q & A

PDファーストに利点があると聞いたのですが?

血圧変動の殆どない継続的治療である腹膜透析では、自己腎の残った機能が保持されやすく尿量が保たれやすい特徴があります。末期腎不全の最初の治療法で適切な時期に腹膜透析を始めるこで尿量、残った腎機能をできるだけ長く維持する目的で腹膜透析を行うことを強調しPDファーストと呼んでいます。

腹膜透析を長期間行なうことは難しいと聞きましたが?

腹膜透析液の刺激が長時間続くと腹膜透析能力が低下することや、被囊性腹膜硬化症などの重大な合併症が起きやすいとされていました。現在は、腹膜への刺激の少ない腹膜透析液が使用されるようになっています。長期間の腹膜透析可能例が増えると期待されています。

ハイブリッド型腹膜透析とはなんですか?

腹膜透析の治療効率が低下し、水分除去や尿毒素の除去が不良となった際に、毎日行う基本治療の腹膜透析に加え、1週間に1度程度に血液透析を加え、十分な透析効率を確保できるようにし、日常生活のスタイルを変えない治療法をハイブリッド型透析と呼びます。

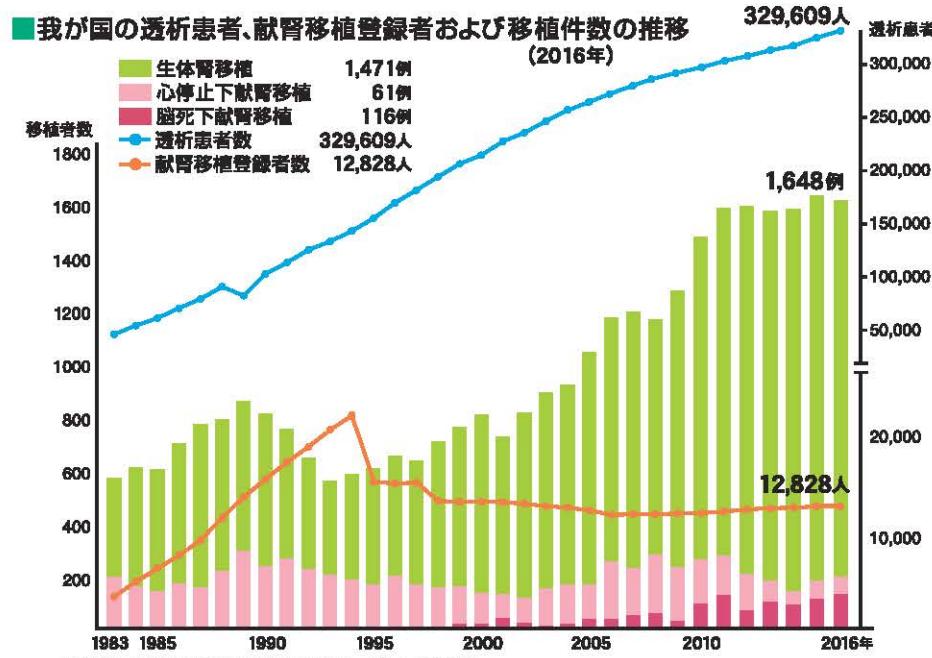
腎移植の現状はどうなっているの?

発展途上にある日本の腎移植の現実

2016年現在、末期腎不全で透析を受けている患者さんは約330,000人います。腎移植を受けた人は1,648名でした。その内、1,471名は生体腎移植で残りの177名(献腎移植=61、脳死腎移植=116)が死体腎移植を受けられています。献腎移植希望の登録者は約12,800人ですので、年間約2%弱の人しか、献腎移植を受けられていない状況が現状です。

海外では一般的な移植医療

海外全体では年間65,000件ほどの腎移植が行われており、例えば米国では15,000件程度でその半数以上は献腎移植ですが生体腎移植の比率も増えています。このように海外では腎移植は珍しい治療ではありません。



*グラフ、表の数字は「2017臓器移植ファクトブック」より

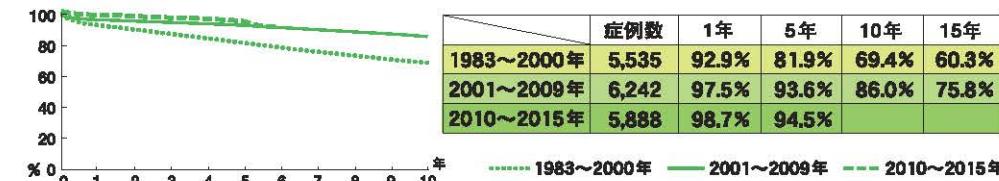
クオリティー・オブ・ライフのためにも腎移植を。

腎移植の成績は、生体腎移植で1年、5年、10年生着率がそれぞれ94%、82%、68%程度で、生存率は腎移植後10年で85%あります。献腎移植の場合は生体腎移植の生着率を約10%下回ると考えてよいと思います。腎移植は一度受ければ、一生OKというわけではありません。2000年以降の腎移植成績は新しい免疫抑制薬の登場により大きく向上し、透析への再導入率は5年で1割まで減少しています。

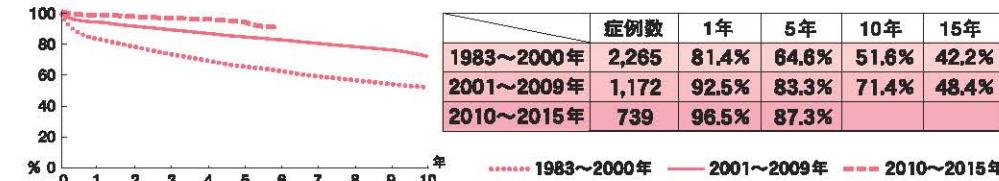
年代別の生体腎移植および献腎移植の生存率

		症例数	1年	5年	10年	15年
1983～2000年	生体腎	7,412	97.0%	93.5%	88.8%	84.3%
	献腎	2,800	92.5%	85.8%	78.8%	71.0%
2001～2009年	生体腎	6,859	98.2%	96.0%	92.4%	88.4%
	献腎	1,328	95.9%	89.2%	81.2%	66.4%
2010～2015年	生体腎	6,283	99.2%	97.4%		
	献腎	791	97.9%	92.7%		

年代別の生着率(生体腎移植)



年代別の生着率(献腎移植)



腎移植は誰でも受けられるの?

基本的には全身麻酔の手術が受けられる心臓と肺を中心とした全身状態が良好であれば問題ありません。

しかし、移植を受けたあとに免疫抑制薬を飲むことにより起こるリスクが、致命的な問題を起こす可能性がある場合は受けることができません。

維持透析を受けないで行う腎移植

維持透析(長期継続的な透析医療)を受けないで行う腎移植(先行的腎移植)が増加しています。この移植方法は、透析治療を全く受けない、あるいは数回の透析治療を受けてからすぐに腎移植を受ける方法です。もともと小児腎移植で行われていた移植方法ですが、最近は成人でも行われるようになりました。維持透析療法を一定年月受けてから行う移植と比較し、成績が劣ることはなく、むしろ優れている場合もあります。ただし、ドナーの方が決まっていないと受けられません。またドナーの方の適性を判断しておくなど、尿毒症になる前からの準備も必要です。

この先行的腎移植は、血液透析、腹膜透析と並んで、腎不全末期における腎代替療法の選択肢の一つです。

移植がのぞましくない条件

- 治癒していない、または治癒後間もない悪性腫瘍(癌・リンパ腫・白血病・肉腫)
- 慢性又は活動性の感染症
- 性格や気質、精神疾患により自己管理ができない方
- 全身麻酔を含めた大きな手術に耐えられない心肺疾患
- 献腎移植ではドナーのリンパ球に対する抗体を有する方(クロスマッチ陽性)

日本臓器移植ネットワークへの登録

- 「献腎移植新規登録用紙」への記入。
記入用紙は移植施設にあります。
- HLA検査結果の提出
病院で白血球の型を調べてもらいます。
- 登録料 新規…30,000円 更新…5,000円(年1回)
*平成28年4月1日以降は、腎臓移植を希望される移植施設にて年に1回以上の診察と評価を受けることが登録更新の必須条件になります。

移植にかかる費用

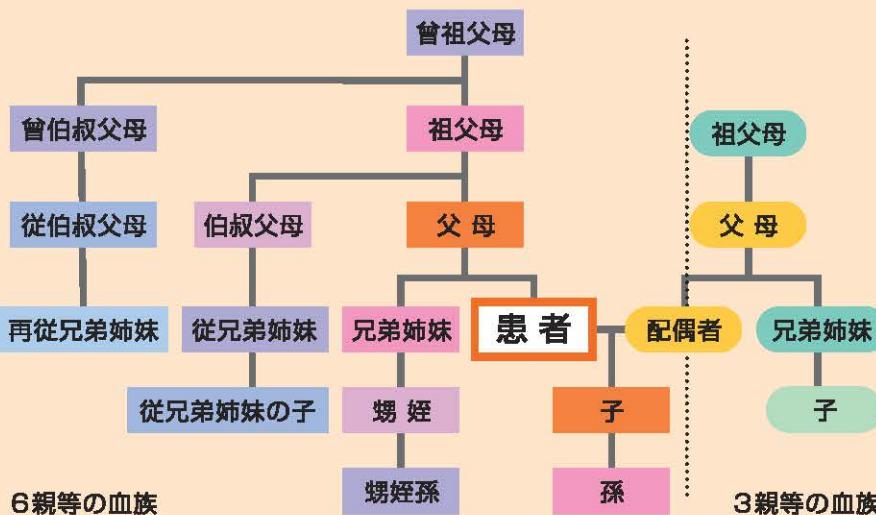
- 移植手術にかかる費用は、健康保険の適応となります。ドナーの方の医療費も、レシピエント側の保険でまかなわれます。
加えてさまざまな医療費助成制度がありますので、患者さんの負担する金額は少なくてすみます。

生体腎移植のドナーは誰でもなれるの？

生体腎移植のドナーは医学的・倫理的問題がなければ、誰でもなることができます。しかし、現時点では日本のほとんどの施設は生体腎移植のドナーは親族に限定しており、血縁者（両親・兄弟姉妹・子供など6親等以内の血族）、または、配偶者と3親等以内の姻族です。

血縁関係にない配偶者でもドナーになります。親族に該当しない場合は、移植施設と日本移植学会の倫理委員会での承認が必要です。

生体ドナーとして日本移植学会で認められている範囲



生体腎移植ドナーの リスクは?

●手術に伴うリスク

腎摘出手術による死亡率は米国の古いデータでは0.03%（3,333人に1人）とされています。現在の医学の進歩のもとではこのようないスクは限りなく0に近い（しかし、0とは言い切れない）と言えます。命に関わらない合併症としては、数%に傷の感染や出血・ヘルニアなどがみられることがあります。

●腎摘出に伴う腎機能低下などのリスク

腎摘出後の腎機能は提供前のおよそ70～75%程度となります。その後はほとんど変化しないとされ、それ自体で透析や移植が必要な腎不全になることは稀です。しかし、元々の腎機能が低い(7割以下)と、そのリスクが高くなりますので、術前に腎機能が良好であることが必要です。欧米のデータでは10年以上の後に透析にいたるような腎不全の率は約0.5%未満とされます。また、高血圧や蛋白尿などの出現は数%に見られるとされています。

ドナーには前提条件があります。

- 自発的に腎臓の提供を申し出ていること
 - あくまでも見返りのない善意の提供であること
 - ドナーの手術の安全性・リスクを十分理解し、術前・中・後の医学的ケアに協力できること
 - 医学的に心身ともに健康な成人であること

術前の検査で、悪性腫瘍・感染症・心肺疾患・高度の高血圧や糖尿病・高脂血症等がないかを確認します。又、移植後の腎機能は術前の約2-3割低下することが知られていますが、その後は安定し、術前の腎機能がほぼ正常であれば、腎提供により末期腎不全にいたることは稀です。しかし、術前に腎機能が正常に近いことを確認しておく必要があります。

腎移植はどんな手術なの?

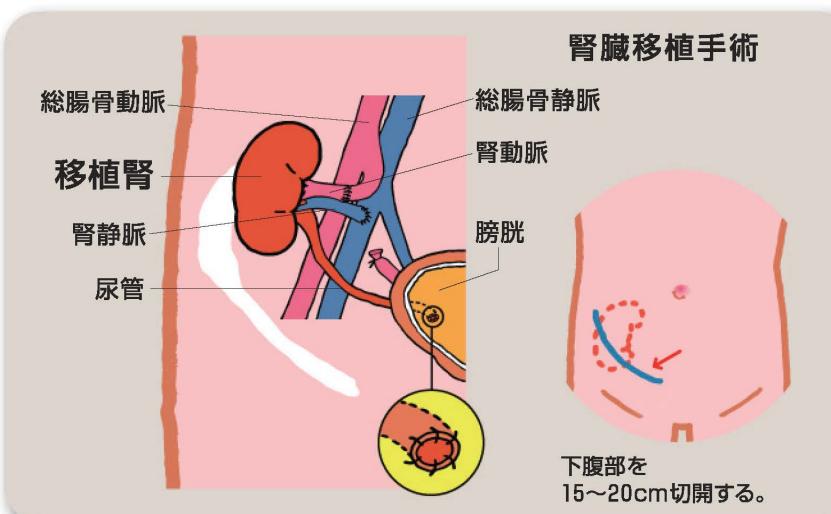
提供腎臓と自分の膀胱や血管をつなぎます。

腎移植の手術は、自分の腎臓は原則としてそのまま残して、提供された腎臓を骨盤(下腹部)の左右どちらかに入ります。そこを走る大きな動脈・静脈と提供された腎臓の血管をつなぎ、さらに、提供された腎臓に付いている尿管を自己の膀胱につなぐ手術です。

手術は全身麻酔で行い、約4時間が平均的な手術時間です。術前の約1週間から数日前より入院し、経過が順調であれば、術後2~4週で退院可能となります。



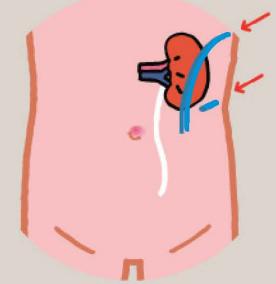
移植手術(レシピエント)



開腹手術と内視鏡下手術

生体ドナーの腎臓摘出手術は一般的な開腹手術と内視鏡下手術の2通りあります。傷が小さいこと、術後の負担が少なく、回復も早いことから、内視鏡下手術が多くなってきています。手術は全身麻酔下で行い、約3時間程度かかります。内視鏡手術であれば、術後1週間で退院が可能です。

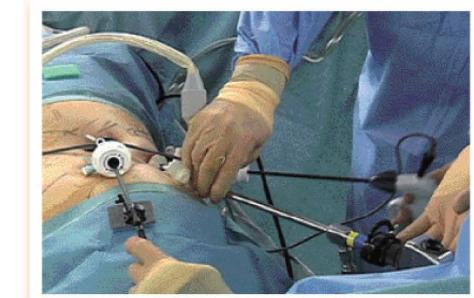
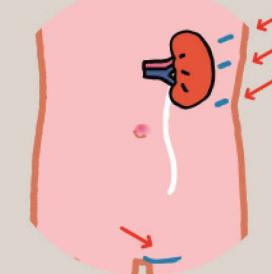
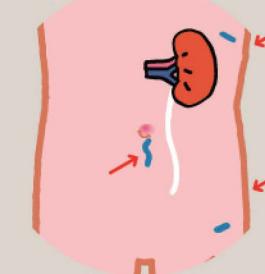
直視下腎臓摘出手術



青線=切開部(手術創)

内視鏡下腎臓摘出手術

青線=切開部(手術創)



内視鏡手術(ドナー)

腎移植後はどのようなことに気をつけるの?

規則正しく、健康的なライフスタイルを心がけましょう。

腎移植後は健康な人とほぼ同様の生活が可能ですが、移植された腎臓の機能を保つために、健康的で規則正しい生活をおくる必要があります。暴飲暴食を避け、低塩分・低脂肪・適度な蛋白量の食事が勧められます。喫煙は明らかに移植腎機能を悪化させるので、絶対禁煙です。お酒の量もほどほどが良いでしょう。疲労の溜まる仕事はなるべく避ける必要がありますが、適度な運動(歩行・軽いジョギング・軽い水泳など)は必要です。性生活は約半年後位から可能ですが、妊娠は1年後で腎機能が良いことが条件です。

感染症や合併症の予防のためにも、術後早期は細やかなケアが大切です。

感染症の合併は特に術後早期(数ヶ月～半年)は危険性が高いので、風邪を引いている人や人ごみに近づくことは必要が無い限り避けます。また、定期的に外来受診をして、感染症にかかっていないかをチェックします。感染の予防薬もこの時期に限り使用しています。このようなケアをきちんと行ていれば、重篤な感染症にかかることは稀です。

術後数ヶ月は1～2週に1回の外来受診が必要です。

その後、腎機能が安定するに従い、外来受診の頻度は少なくなり、1年後以降は1～2カ月に1度となります。

生体ドナーの方も術後は数ヶ月に1回、1年後以降は半年～1年に1回程度の外来受診を勧めます。

悪性腫瘍のスクリーニングなども含め、併存疾患や合併症に対してきちんと外来を受診し、きめ細かいケアを行うことが、移植した腎臓の機能を維持する秘訣です。

移植後の主な合併症

- 急性拒絶反応
- 急性拒絶反応以外による腎障害
- 感染症
- 生活習慣病
(高血圧・高脂血症・肥満・糖尿病など)

免疫抑制薬と上手につきあっていきましょう。

腎移植では拒絶反応の対策が必須で、特に術後早期(数ヶ月から1年)は最も拒絶反応の起こりやすい時期ですので、免疫抑制薬の量も多く、きちんと服薬する必要があります。移植した腎臓が悪くなる最も大きな原因の一つが服薬がきちんと守られないことだという話もあります。

逆に、免疫抑制薬は一生服用していく必要がありますので、この副作用に対する対策が必要になります。特に術後早期は免疫抑制剤の量が多く、副作用の出現も多いのです。



主な免疫抑制薬の副作用

- ステロイド…感染・消化性潰瘍・骨粗鬆症・糖尿病・高血圧・高コレステロール血症・肥満・大腿骨骨頭壊死・精神症状・白内障・緑内障・美容上の問題(満月様顔貌・にきび等)
- シクロスボリン…腎機能障害・高血圧・高コレステロール血症・多毛・歯肉肥厚
- タクロリムス…腎機能障害・高血圧・糖尿病・手指のふるえ
- ミコフェノール酸モフェチル…下痢・嘔吐(胃腸炎)・食欲不振・貧血・白血球減少
- アザチオプリン…貧血・白血球減少・肝障害・食欲不振・嘔吐
- ミゾリビン…白血球減少・食欲不振・嘔吐・口内炎・脾炎
- エベロリムス…脂質異常症・高血糖・浮腫・腎機能障害

腎移植

何歳まで移植が可能ですか?

手術に耐えられる健康状態であれば、年齢のみで腎移植が制限されません。しかし、実際には心肺機能などの面から、70歳ぐらいまでが限度とされていることが多いようです。

遺伝子の型(組織適合抗原)は合っている必要がありますか?

組織適合抗原(HLA抗原)とは、拒絶反応の原因となる物質です。HLA抗原が合うほど移植後の腎機能は良好ですが、医学の進歩により、合っていなくても良好な機能を得ることができるようになり、HLA抗原の適合は必須条件ではありません。

血液型は合っている必要がありますか?

生体腎移植の場合、ドナー(腎提供者)の血液型が一致・適合している(例:O型→A型)方が移植された腎臓の機能が良好な傾向があります。しかし、術前の処置により、血液型が違っていても(不適合例:A型→B型)移植は可能です。

腎不全の原因によって違いがありますか?

原疾患(元々の腎臓の病気の原因)は腎移植の適応に影響はありませんので、例えば、糖尿病でも大丈夫です。ただし、一部の腎臓病では、移植した腎臓に同じ病気が再発し、腎機能が悪くなることがあります。

クロスマッチとは何ですか?

レシピエント(受腎者)の血液中にドナーの臓器を攻撃する抗体がないかを調べます。術前に行ないますが、原則として陽性(=抗体が存在する)ではすぐには移植はできません。

維持透析を受けないで行う献腎移植登録申請とは?

2012年より、日本臓器移植ネットワークへの腎移植レシピエント(受腎者)希望者の献腎登録が維持透析導入前よりできることになっています。ただし、一定の腎機能低下基準を満たしている方のみです。このような形で登録申請をし、小児の方2名で維持透析を受けず腎移植が行われています。(2015年3月現在)

夫婦間での腎移植が増えていると聞きましたが?

生体腎移植では夫婦間移植が急速に増えています。移植成績の劇的向上とドナーからの腎臓摘出手術が内視鏡下で可能になり負担が小さくなつたことなどが影響しています。

改正臓器移植法では親族優先提供ができると聞きましたが?

2010年1月より可能になりました。臓器提供の意思をあらかじめ登録しておくことが必要です。優先提供できる親族の範囲は、配偶者と子、父母です。優先提供範囲に兄弟は含まれません。

改正臓器移植法の施行後、変わったことはありますか?

献腎移植件数はほとんど変わっていません。脳死下で提供された腎移植が大きく増えました。一方、心臓死後の腎提供は減っています。また、I型糖尿病患者さんへの膵腎同時移植件数が大きく増えました。

Q & A

慢性腎不全患者さんの医療費と社会福祉サービスについて

慢性腎不全の患者さん一人にかかる医療費は、透析で年間500～600万円、腎移植では初年度800～900万円、2年目以降は年間200～300万円と言われています。

これらの費用も、医療費助成制度を利用すれば、患者さんの自己負担を軽減していただくことができます。

1 血液透析・CAPD導入の患者さん

身体障害者手帳

- 身体障害者福祉法に定められる障害に該当する場合、市区町村の障害福祉担当の窓口に申請すると身体障害者手帳が交付されます。
- 障害の種別・等級に応じて様々な福祉サービスを利用できます。
- 具体的なサービスとして、医療費の助成、公共交通機関の運賃割引、所得税・住民税等の税金の控除・減免などがあります。
- 腎臓機能障害の等級は1～4級まであります。障害の程度が重くなれば、上位級へ変更を行うことができます。

障害者医療費助成制度

- 身体障害者手帳による医療費助成制度があり、保険適用分の医療費自己負担が助成されます。対象者には医療証が市区町村窓口にて交付されます。市区町村により対象等級の差異や所得制限があります。

特定疾病療養受療証

- 加入中の健康保険による医療費助成制度です。人工透析に関わる医療費(保険適用分)の自己負担が月1万円(所得によっては2万円)となります。
- ※この制度の適用は申請をした月からとなります。透析を導入した月から利用する場合、その月内に各健康保険へ申請しなければいけません。
特に月半ば以降に導入した患者さまについては早急な対応が必要となります。

自立支援医療(更生医療18才以上)

- 身体障害者手帳による医療費助成制度(身体障害者手帳の所持が前提)。
- 手帳の障害名によって助成される対象の医療内容が決まっています。
- 指定された医療機関で利用できます。
- 世帯の所得に応じて、一定額の自己負担を医療機関で支払う必要があります。
※利用には必ず事前申請が必要となります。さかのぼりは原則的には認められません。また、医療内容が限定されているため、他科の治療等、目的が違う場合は利用できません。
※生活保護受給中の方も、自立支援医療(更生医療)の申請が必要です。

日常生活用具

- CAPD導入の場合は日常生活用具の一つとしてCAPD加温器の給付が利用できます(3級以上)。購入額の9割(給付限度額あり)が助成され、自己負担は1割分になります。

障害年金(20才以上)

- 国民年金・厚生(共済)年金加入者が年金加入中に初診日がある傷病で、一定の障害に該当する場合、障害基礎年金・障害厚生(共済)年金として年金を受給できる制度です。
 - 窓口は国民年金は市区町村の国民年金係、厚生年金は年金事務所、共済年金は共済組合。
 - 申請にあたっては以下の受給要件を満たしていることが必要です。
 - ①障害の原因となった傷病の初診日(昭和61年3月31日以前は発病日)に国民年金または厚生(共済)年金に加入している。
 - ②一定期間の保険料の滞納がない。
 - ③障害認定日もしくは現在、政令に定められた障害の状態である。
- ※人工透析をしている場合は基本的には障害年金2級に該当します。

慢性腎不全患者さんの 医療費と社会福祉サービスについて

2 腎移植予定の患者さん

自立支援医療(更生医療18才以上)

- 制度内容については前述を参照してください。

育成医療(18才未満)

- 基本的な助成内容は更生医療と同様で、育成医療の場合は身体障害者手帳を取得していくなくても利用できます。
- 所得に応じた自己負担があります。

腎移植後の特定疾病療養受療証について

特定疾病療養受療証は透析を行った場合にのみ利用できる医療費助成制度です。腎移植を行い、透析を行わなくなるとこの制度も利用できなくなります。

3 腎移植後の患者さん

身体障害者手帳

- 制度内容については前述を参照してください。すでに1級の身体障害者手帳を所持しておられる方は、そのまま1級として手帳を所持できます。したがって、移植前に利用していたサービスは引き続いて利用できます。また、術前に3・4級であった方は術後1級へ変更することが可能です。

更生医療(18才以上)

- 制度内容については前述を参照してください。
- 術後の免疫抑制療法についても利用できます。

障害年金(20才以上)

- 制度内容については前述を参照してください。
- 障害年金をすでに受給している場合、その後の経過が良好であれば支給停止となります。
- 移植前に障害年金を申請されていない時、移植後でも申請できる場合もあります。その場合、移植後のデータに加えて、移植前の人工透析実施の有無、検査データなども考慮され判定されます。

ここで示した内容は平成24年10月末現在のものです。今後、変更されることがあります。
具体的な対応については各医療機関の担当者(部門)にご相談ください。

●編集担当者からのメッセージ

日本の腎不全あるいは慢性腎臓病患者さんの数は国民人口の10%を超えるとも言われます。高齢化する日本の人口構造の中で、末期腎不全から透析医療が必要となる患者さんの年齢も高齢化しており、透析医療の開始年齢は平均で70歳程度となっています。また、生活習慣病である糖尿病は、過去20年間、依然として日本国内で患者数が増加しています。そのため、透析医療が必要となる患者さんの背景疾患としても糖尿病性腎症が増加し、現在透析を開始する患者さんの中でも最も頻度の高い腎疾患となっています。今後もしばらくは、透析医療あるいは移植医療が必要な末期腎不全の方は増加することが予測されています。

誰しも、透析医療あるいは移植医療を受ける必要があると聞いた時は、落胆されることだと思います。また、これを受け入れることを否定したいと気持ちになると思います。家族あるいは職場に対して負担をかけることを気に病む方も多くいらっしゃいます。

日本の腎不全治療、特に透析医療あるいは移植医療のレベルは高く、安心して診療を受けていただける環境が整っています。国からの経済的支援も世界の中でも最も手厚い方で、大きな経済的負担なく透析医療や移植医療を受けていただくことが可能です。日本の透析患者さんは他国の透析患者さんより長生きです。また、移植患者さんの移植後の成績も素晴らしい、移植後10年を経ても90%以上の方の移植腎が機能しています。

腎不全患者さんにとって重要な事は、悲しくとも今後の治療選択、つまり透析医療あるいは移植医療の内容を正確に認識していただき、医療スタッフと協力して生きる力を取り戻していただくことです。この小冊子は、日本腎臓学会、日本透析医学会、日本臨床腎移植学会、日本移植学会、日本腹膜透析医学会が共同で、2007年から刊行しているものです。その累積発行部数も60万部を超えています。図解入りで分かり易く透析医療と移植医療の内容を紹介し、医療費あるいは社会保障制度についても触れております。是非とも読んでいただき、ライフスタイルに合った腎不全治療の選択していただきたいと思います。また遠慮なく、冊子の内容で気になる点は、かかりつけの医療スタッフにご相談ください。実際の治療法がよりイメージしやすいように映像でお伝えするDVDも用意しています。

最後になりますが、この冊子の作成・出版に関わってくださった関係各方面の方々に深く感謝いたします。

(腎移植推進委員会 西 慎一)

●「腎不全 治療選択とその実際」追加注文について

1回の注文で、1施設につき1箱(30冊)、無料で送らせていただきます。ただし、送料は着払いでお願いします。また1施設につき、*年間最大3回(90冊)を上限とさせていただきます。(*2018年版の第1回目の発送から1年間)

尚、DVDとディスプレー箱は終了致しました。冊子のみの発送となります。

- 本冊子を追加希望される方は、下記①～⑥までの項目をご明記の上、
FAXにてお申し込み下さい。(様式は自由です)

FAX番号 **06-6879-3749**

- ①注文回数 1回目、2回目、3回目 いずれかお書き下さい。
- ②〒郵便番号・ご住所
- ③ご施設名(病院・大学)、部署名(科名)
ご担当者名 (着払いのため、対応できる方のお名前を必ずお書きください)
※注文された上での受け取り拒否はご遠慮願います。
- ④お電話番号
- ⑤FAX番号
- ⑥配達業者、配達日・時間の指定がございましたらお書きください。
(配達日を指定される場合は、注文日より1週間後以降の日時をご指定ください)

※FAXへの記入は、できるだけ大きく判読しやすい文字でお願い致します。

- 本冊子に関わるお問い合わせ先

関西メディカル病院

Tel. 06-6836-1189 (冊子専用ダイヤル)

この冊子は、日本腎臓学会ホームページ、日本透析医学会ホームページより
ダウンロード・印刷することも可能です。併せてご活用くださいますよう
お願いいたします。

日本腎臓学会HP <https://www.jsn.or.jp/>

【TOPページ→学術情報→小冊子】

日本透析医学会HP <http://www.jsdt.or.jp/>

【TOPページ→ガイドライン・刊行物→ガイドライン(他団体との共作・発行)】

腎移植推進委員会

- | | |
|------------------------|--------------------|
| ● 西 慎一 (神戸大学) | ● 秋葉 隆 (関川病院) |
| ● 伊藤洋輔 (にれの杜クリニック) | ● 重松 隆 (和歌山県立医科大学) |
| ● 柴垣有吾 (聖マリアンナ医科大学) | ● 杉谷 篤 (米子医療センター) |
| ● 高原史郎 (関西メディカル病院) | ● 水口 潤 (川島病院) |
| ● 守山敏樹 (大阪大学) | ● 横山 仁 (金沢医科大学) |
| ● 森 典子 (静岡県立総合病院) | ● 酒井 謙 (東邦大学大森病院) |
| ● 両角國男 (アドバイザー・増子記念病院) | |