



Newsletter ひろば

2006年12月

Newsletter ひろば 2006年12月号(隔月発行) 編集/発行 特定非営利活動法人血液情報広場・つばさ
電話: 03-3207-8503 メール: sodan@flrf.gr.jp URL: <http://www.5f.biglobe.ne.jp/~hiroba/>

もくじ

特集: 移植治療と栄養管理 今滝 修先生.....	2 P
G-CSF 在宅自己注射についての一問一答.....	10 P
ひと: HLA研究技師からボランティアの世界へ 小川公明さん.....	12 P

全国規模のコールセンター(がん電話相談センター)の設置を

NPO法人つばさ 代表 橋本明子

国立がんセンターを基点に医療情報センターが発足し、インターネットでも多くの「情報」が発信されています。患者さん向けの病院案内や医療の受け方も、たくさん送り出されています。近年のこの様子を情報過多とも言いますが、情報不足に較べたら、情報は多い方が良いことは言うまでもありません。

問題は、個々の患者さんには処理しきれない、という点にあると思います。たとえばインターネットで見たこと、手にした一冊の解説書。それらについて、「これってどうなんだろう」と、一緒になって考えたり、問い合わせたりする場が必要だという事です。

また、いま治療中の患者さんとそのご家族は、難しい説明内容や見えない先行きに戸惑い、情報よりもやさしい言葉やあたたかい領きの方が必要、という瞬間が少なからずあるはずです。

前号では「声呼吸することのたいせつさ」についてお話ししました。

長い治療生活では、やりきれない

思いが蓄積しやすく、その鬱積は、時に医師からのたいせつな説明や、周囲の人の優しさも受け付けないほどの障壁にまでなってしまうことがあります。思いを言葉にして発散することは、やってみると想像以上の効果があります。かたくなになつていた心が、ほっと和みます。

そのためには、「はい、もしもし」と穏やかな声で受止める電話相談が、ひとつの大きな助けになります。

高度で新しい情報があるなら、それと一緒に読み解くためのコールセンターが必須です。

9年に及ぶ電話相談で多くの人の語りを聴いてきた立場から、つばさは今、大規模コールセンターの設置を訴えます。日本のがん高度先進医療を心あるものにするためにも、優しい声で対応するシステムを作りましょう。

永年での設営では費用にも無理が生じるかもしれませんが、数年間予定の期限設置でよいと思います。

そこで聴かせていただいた患者さんのお話からは、日本医療にいまこそ欠けているものも見えてきます。つまり

電話して助けられる患者・家族さんから、逆に情報をいただくことにもなります。医療の受け手と送り手が、共に歩む形にもなるのです。

2007年2月24日には、NPO日本臨床研究支援ユニットさんとの共催により、3回目の公開フォーラム「がん先端医療を速やかに患者に届けるには」を開催しますが、今回はテーマをコールセンター設置の意義と設置の訴えに絞り込みます。私たち自身も微力を尽くします。ですから国や行政や社会全体にも共に考え行動を開始していただきたいのです。

早急に、何らかの形で全国規模がん電話相談センターの設置を訴えます。

特集

移植治療と栄養管理

元 静岡がんセンター 血液・幹細胞移植科
現在 香川医科大学附属病院 第一内科

今滝 修 先生

はじめに

「栄養」というと誰もがイメージするように、「生きるうえで必要な要素」です。では、入院治療をして過ごす間に摂取する栄養は、治療にとってどのような意味があるのか、摂取の仕方は治療に影響はあるのか無いのか、基本に立ち返りながら一緒に考えてみたいと思います。

栄養とは何か

栄養は生きる上で必要な要素ですから、空気と水も広い意味で栄養になります。小学校の家庭科の時間で、役割から分類されている「3大栄養素」を習いました。これは最もわかりやすい栄養の概念です。つまり、食事を摂るあるいは作る際に各食品素材の役割を考えるとうまくバランスが取れるというわけ方になっています、この「3大栄養素」の分類方法は非常に画期的だと思います。(1)

説明する必要もないかと思うくらい周知の知識ですが、まずは3大栄養素を構成するそれぞれの要素を具体的に見てみます。エネルギーになるものが、糖と脂質です。体をつくるものは、たんぱく質と一部脂質とミネラルが入っています。体の調子を整えるものが、ビタミン、ミネラルです。(2)しかし例えばたんぱく質はエネルギーにも体を作る要素にもなっ

ていて、ひとつの要素に役割が重複した部分もあります。(2)

食事を取る際にはこの3大栄養素を考えるわけですが、食べた後これらの要素が体の中でどうなっているのかというと、非常にシンプルでたった4つの成分になるだけなのです。4つの成分とは、水分が大半で、あとは脂肪、たんぱく質、無機質(骨、ミネラル)です。(3)

自分の体の中にある成分を具体的に知りたいとき、最近では計測器(体成分分析機、別名スキャン)が開発されています。前述しましたが、食べるときは3大栄養素を気にしながら摂取しますが、最終的には体の中では4つの成分になってしまします(4)ので、各種栄養素の体内での最終成分を、体成分分析機を用いて測定することで、自分の食事の内容や気をつけるべきことがある程度分かり、栄養療法における自己管理が可能になります。(5)自宅にあれば、なかなか重宝する機械だと思っています。

摂取必要量のもつめ方

1、厚生労働省・エネルギー所要量

「3大栄養素」はいずれも体を構成するための大切な要素ですが、摂取する上で優先順位をつけるとすれば、最も大事な要素は「体内から早くなくなるもの」

です。それはエネルギーになるもの、すなわち糖と炭水化物です。糖と炭水化物は一日単位でなくなっていくものですので、最優先で補う必要があります。たんぱく質など仮に1週間摂取しなくても、早々には無くならないので優先順位としては1つランクが下がります。誤解されると困るのですが、これはあくまで順番を考えればということ、決してたんぱく質は週単位で補っておけばよいということではありません。一部の水溶性ビタミンは1日単位で無くなりますので毎日摂取が必要ですが、他の多くのビタミンは月単位で摂取していれば、体に蓄えられるだろうと言われています。(6)

ではここで、最優先で気にする必要がある栄養素「エネルギー」について考えてみましょう。必要なエネルギー量の求め方はいくつか方法がありますが、一般的なもの、厚生労働省が毎年表に出しているエネルギー所要量です。年齢と性別とで体重あたり必要なカロリー量が決まっています、活動量(4段階に分かれた運動量)を掛けて算出します。(7)私の場合で計算してみますと、30代で男性ですから赤線で囲んだところになり(8)、日中それほど動く仕事ではありませんので運動量は13です。(9)これらの数字を掛け算すると1,450kcalとなります。現代の一般的な生活感覚からすると、かなり

少ないと感じられるかもしれませんが、これが、厚生労働省が掲げているエネルギー所要量です。(10)

2、ハリス・ベネディクト式

もうひとつは病院でよく使う計算方法、ハリス・ベネディクト式です。身長・体重・年齢の計算式で推定するエネルギー量の求め方です。まず基礎エネルギーを算出し(11)、それにどれぐらい運動するかを乗じて求めます(12)。そして病院では、病気の人を対象に計算しますので、病気の侵襲度合いを掛け算します(12)。同じく私でやってみますと、病気がないと仮定して侵襲因子1.3を掛けます。すると、2371kcalになります。(12)え?!さっきと全然違うではないか、と思われる人も多いと思いますが(13)、ここで言えることは、どちらの必要量が正解というのではない、ということなのです。

栄養不足の人、および栄養過多の人が一定割合いるとして、栄養不足になればなるほどそれによる障害が起きますし、栄養過多の場合も糖尿病や成人病などの問題が起きます。そのような危険が発生しないだろうというエネルギー量を考えれば、厚生労働省の栄養所要量が最低限度のエネルギー量の指標として適切です。ハリス・ベネディクト式は計算のベースに「その人の活動量」が加えられますが、スライド(14)をみてお分かりのように、必要なエネルギー量にはある程度幅が出ます。結局、厚生労働省の栄養所要量は低めに見積もられていると考えた方がよさそうです。(14)

NPO法人つばさ 定例フォーラム

血液がん ～より良い治療とより良い治癒のために

移植治療と栄養管理

静岡がんセンター

香川大学医学部

血液・幹細胞移植科

内分泌代謝・血液・免疫・呼吸器内科

今滝 修

2006年7月29日(土) ヤンセンファーマ株式会社会議場

栄養療法とは

栄養とは・・・
 生体が生命活動を維持する上で必要とされる要素。→ **空気と水も！**

栄養には・・・
 成分は3つ。

役割から分類 →

栄養療法とは

でも役割は重なったりしている・・・

1. エネルギーになるもの
 糖質(炭水化物) 脂質
 → 足りない → だんばく質
 → 余分なもの → 身体に蓄積

2. からだをつくるもの
 たんぱく質・・・身体のすべての成分
 脂質・・・細胞膜の成分
 ミネラル・・・骨の成分

3. からだの調子を整えるもの
 ビタミン
 ミネラル

(1)

(2)

栄養療法とは
 バランスのよい食事・・・

食べる時には「役割」を気にして。

↓

食べた後は「成分」を気にして。

↓

では成分を個別にみてみましょう。

(3)

栄養療法とは...成分？

体の構成成分は4つ

(4)

栄養療法とは...成分のバランス

いろいろな栄養を摂取して
 ↓
 最終的に4つの構成成分に

(5)

栄養療法とは

1. エネルギーになるもの
 糖質 炭水化物
 → 1日単位で消費・枯渇

2. からだをつくるもの
 たんぱく質 脂質
 → 週単位で消費・枯渇

3. からだの調子を整えるもの
 ビタミン ミネラル 微量元素
 → 月単位で消費・枯渇

(6)

エネルギー所要量

1日の エネルギー所要量 の求め方。

1日の基礎代謝量×生活活動強度(指数)

(7)

エネルギー所要量

年齢(歳)	男		女	
	身長(cm)	体重(kg)	身長(cm)	体重(kg)
1～2	83.6	11.5	83.6	11.5
3～5	102.3	16.4	102.3	16.4
6～8	121.9	24.6	120.8	23.9
9～11	139.0	34.6	138.4	33.8
12～14	158.3	47.9	153.4	45.3
15～17	169.3	59.8	157.8	51.4
18～29	171.3	64.7	158.1	51.2
30～49	169.1	67.0	156.0	54.2
50～69	163.9	62.5	151.4	53.8
70以上	159.4	56.7	145.6	48.7

第六次改定 日本人の栄養所要量(厚生労働省から)

(8)

エネルギー所要量

生活活動強度と指数	日常生活活動の例		日常生活の内容
	生活動作	時間	
I (低い) 1.3	安静	12	(1) 散歩、買い物など1時間程度の歩行 (2) 大部分は座位での読書 (3) 勉強、読書、テレビ、音楽鑑賞
	立つ	11	
	歩く	1	
II (やや低い) 1.5	安静	10	(1) 運動、仕事などで2時間程度の歩行 (2) 食事、散歩、家事等立位での業務が多い (3) 大部分は座位での事務、読書
	立つ	9	
	歩く	5	
III (標準) 1.7	安静	8	(1) 生活活動強度II(やや低い)の者 (2) 1日1時間程度の比較的強い身体活動 (3) 大部分は立位での作業であるが、1時間程度は座作業、漁業などの比較的強い作業に従事
	立つ	8	
	歩く	5	
IV (高い) 1.9	安静	5	1日のうち1時間程度は激しいトレーニングや水泳の練習、農作業の果樹作業などのような強い作業に従事している場合
	立つ	5	
	歩く	1	

第六次改定 日本人の栄養所要量(厚生労働省から)

(9)

エネルギー所要量

1日の エネルギー所要量 の求め方。

1日の基礎代謝量 × 生活活動強度(指数)

↓

$$= (22.3 \times 50 \text{ kg}) \times 1.3$$

↓

$$= 1450 \text{ kcal/day}$$

(10)

必要エネルギー量

1日の 必要エネルギー量 を計算しましょう。

ハリス・ベネディクト式(Harris-Benedict)

基礎エネルギー消費量(BEE)

男性: $66 + (13.7 \times \text{体重 kg}) + (5.0 \times \text{身長 cm}) - (6.8 \times \text{年齢})$

女性: $655 + (9.6 \times \text{体重 kg}) + (1.7 \times \text{身長 cm}) - (4.7 \times \text{年齢})$

(11)

必要エネルギー量

1日の 必要エネルギー量 を計算しましょう。

基礎エネルギー消費量(BEE) kcal/day

× 活動係数(activity factor: AF) 1.0～1.8

× 侵襲因子(stress factor: SF) 1.0～2.0

$$1824 \text{ kcal} \times 1.3 \times 1.0 = 2371 \text{ kcal}$$

(12)

必要エネルギー量
vs.
エネルギー所要量

1日の必要量を満たすのに十分な摂取量(厚生労働省)

1450 kcal/day

体内で消費される推定熱量(ハリス先生)

2371 kcal/day

$<$

(13)

食事摂取基準

「第六次改定 日本人の栄養所要量」
 厚生労働省 公衆衛生審議会答申資料から

正常域: 幅がある

(14)

入院治療と栄養

1、必要エネルギーの計算

では、がん治療にあたって、どのようなエネルギープランを立てれば良いでしょうか。入院したところのある多くの人が、入院して間もなく痩せてしまった、という経験をお持ちかもしれません。(15) 少し昔の研究ですが、入院時の栄養障害を評価したところ40%の人は入院時にすでに栄養障害があり、入院するとさらにやせる、ということがわかっています。患者さん達の実際感覚でも、病気が診断されたショックで食べられなくなってしまうていたとか、また、入院したときに病気がとても悪くなっていた(その為に入院治療を勧められた)ということもあるはず。つまり、入院というイベントが発生しただけで、食べられないという精神的な作用に加えて、病気そのものも影響するなど、いろいろな悪条件が重なってしまっていることになります。(16)

栄養障害が起きるいろいろな「条件」のひとつに、「病院の食事」もあります。病院の食事はその人が必要なカロリーよりも低めに設定されています。2,300kcal (2,000kcal) などエネルギー設定に何段階かありますが、2,000kcal を越えるエネルギー量が適用されるのは大柄の若い男性くらいで、ほとんどの患者さんには2,000kcal 未満の食事が提供されます。これは、先ほどのエネルギー算出法で言うと、厚生労働省のエネルギー所要量に基づいて計算されているためで、これ

では多くの患者さんが痩せてしまっても当然かもしれません。(17) また、病院でよく使うハリス・ベネディクト式のエネルギー量の求め方でも、基礎活動量が低めに見積もられていて幅もあり、個々人にとって十分かどうか、分かっていないのが現状です。(18) つまり、エネルギー量には個人差があるにもかかわらず、過剰にならないように配慮された理論式です。いろいろな因子を係数で掛けるということを前述しましたが、0.1 違えば数全体のエネルギー量百パーセントが変わってくるような、すごくアナログな式なのです。(19)

2、入院治療と食欲

とても大事なことは、食事をどう摂っていくのかということです。熱力学にエネルギー保存の法則(「すべてのエネルギーの総和は常に一定である」)というのがありますが、食事摂取と食欲の関係はこの物理法則にたとえることができます。ジェットコースターは最初高いところにいる時は速度が遅い。それが滑り落ちていくうちにエネルギーがスピードに変わります。(20) 入院中の食欲も同じで、最初のうちは食べられているのですが、治療が開始になると食べられなくなりますが、しかし、食事が摂れなくなっても、何らかのエネルギーを残しておくようにして、これを回復の際にまた食事のエネルギーに変えていきましよう、という考え方です。(21) そして治療中は、一度低下した食欲はなかなか回復しませんが、移植治療中は可能な限り食事のエネル

ギー(食欲)維持することがたいせつです。移植ユニットの中では、一時期食欲が回復することがあります。しかし、回復したと思っても家にいるときと比べれば大した食事摂取量ではありません。したがって、生着して退院できる状態になれば、できるだけ早く退院することが望ましいのです。(22)

造血細胞移植と栄養療法

1、栄養アセスメント

次に栄養アセスメントの話です。栄養アセスメントは2種類あり、主観的包括の評価、客観的栄養評価の2つです。(23) SCC の移植病棟では、入院すると最初に栄養士さんがお部屋に来ます。そして簡単な問診と診察をしまして、主観的な栄養評価をします。客観的栄養評価は、主観的栄養評価で栄養障害があると判断された場合に行なう血液検査などです。(23)

2、主観的包括的评价

主観的栄養評価は専門的・技術的な内容は何も含まない非常に簡単な方法です。入院する前の体重の変化、食事の内容、おなかの症状がないか、などを中心に問診し、あとは二の腕のぶよぶよしたところを触らせていただきます。(24、25) これで栄養状態が良好ではないと判断された方には、その時点で栄養療法を開始します。この最初の主観的包括評価で、栄養状態良好と判断される方と、そうではないと判断される方の割合は半々

です。

ところで「評価はそんな主観的なことで良いのか」という疑問もあると思います。しかし、この方法を考えたカリフォルニア大学の研究グループは、2人の臨床家が判断することで主観的であっても信頼できる評価法として利用できると思っています。2人で判断して栄養療法が必要かどうかというのを決めればそれで十分だという訳です。実際にわれわれもこの方法で評価し栄養療法を行なつてみて、計算して栄養療法を適応するかどうか決めるやり方に比べて、栄養障害が少なくてすむということがすでにわかっております。(26)

栄養療法の実際

1、栄養サポートチーム

SCC の栄養管理は栄養サポートチーム(Nutrition Support Team: NST)が行いますが、考え方の基準は経腸静脈栄養学会の規程に基づいています(27)。ところで血液内科があるような大きな病院ではほとんどNSTが存在します。これはいわゆる多職種チームで、最近流行のチーム医療のひとつです。チーム医療とは3種以上の職能が参加しているということが条件です(28)。実際には、SCC のNSTは経腸静脈栄養学会の示す、多くの要件を完全には満たしていません。

入院したらやせてきた！

なんで？

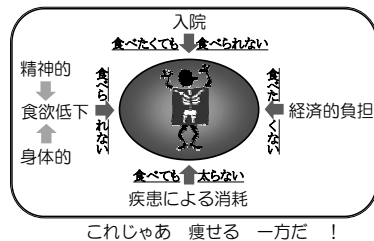
- ・発病のショックで？
- ・入院がショックで？
- ・病気が急に進行？
→ まさか悪液質っていうやつ...？！



- ・体重計が...
- ・病院が乾燥して...

(15)

入院患者を取り巻く栄養障害



(16)

入院が栄養状態に影響？



A病院
1800 kcal
1600 kcal
1400 kcal
1200 kcal
ハーフ食
メニュー

これじゃあ
何にも食べられない！

(17)

必要 最低 推定 エネルギー量？

基礎エネルギー消費量(BEE) kcal/day
 × 活動係数 (1.0~1.8)
 × 侵襲因子 (1.0~2.0)

幅があてあまい。

(18)

入院したらやせてきた！

なんで？

食べるべきエネルギー量が...
 ・理論式だから「個人間差」
 ・過剰にならない「最低」
 ・アナログだから「推定」

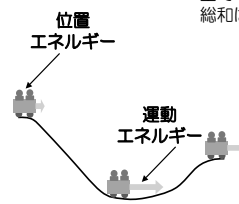


食べても...
 ・体内に吸収されていない
 ・体内で有効利用されていない

Detelsky AS, JPEN J Parenter Enteral Nutr. 1984 Mar-Apr;8(2):153-9.

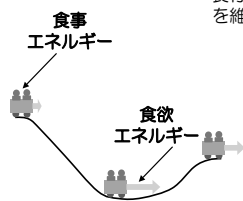
(19)

エネルギー保存の法則〔熱〕力学

全てのエネルギーの
総和は常に一定である。

(20)

エネルギー維持の法則

食行動(エネルギー)
を維持しましょう！

(21)

食行動を維持する

食行動(エネルギー)を維持しましょう！

生着したらできるだけ早く退院しましょう！

衛生面での管理が
十分であるものに限ってそして
間食も...

(22)

栄養アセスメント

(assessment of nutritional status)

- ☆ 主観的包括的評価
(subjective global assessment: SGA)
 特殊な機器を用いず病歴や食生活の問診をもとに
 栄養状態の初期評価を行う。
 ・・・・スクリーニング
- ☆ 客観的栄養評価
(objective data assessment: ODA)
 栄養評価方法のひとつであり、SGAで栄養障害があると
 判断された症例を対象に実施する。
 ・・・・対象症例評価

(23)

主観的包括的評価
(subjective global assessment: SGA)

問診表

1. 体重の変化
過去6ヶ月の体重減少
過去2週間の体重変化
□増加 □減少 □変化なし
2. 食物摂取量の変化 (平常時との比較)
□変化あり □変化なし 変化の期間 週
食べられるもの
□固形食 □完全液体食 □水分 □食べられない
3. 消化器症状 (2週間以上の持続)
□なし □軽度 □中程度 □下痢 □食欲不振 その他
4. 機能状態 (活動性)
機能障害
□なし □あり 持続期間 週
タイプ
□日常生活可能 □歩行可能 □寝たきり
5. 疾患および疾患と必要栄養量の関係
初期診断
代謝需要 (ストレス) : □なし □軽度 □中程度 □高度

(24)

主観的包括的評価
(subjective global assessment: SGA)B: 身体所見
(スコア : 0=正常 1=軽度 2=中程度 3=高度)

皮下脂肪の減少 (三頭筋、腹部)
 筋肉消失 (四頭筋、三角筋)
 浮腫
 仙骨部浮腫
 腹水

C: 主観的包括的評価
 栄養状態
 □栄養状態良好 □中程度の栄養不良 □高度の栄養不良

Ottley FD
Nutrition. 1986 Jan;12(1) Suppl:S15-9. Review.

(25)

まずは「栄養こんにちは」

「こんにちは！」と挨拶するだけで・・・

こんなにも分かる？

食事と体重の動向

ただし2人の臨床家が判断

Detelsky AS, et al.
JPEN J Parenter Enteral Nutr. 1984 Mar-Apr;8(2):153-9.

(26)

栄養サポートチーム(NST)

経腸静脈栄養学会の規定する条件

- ・施設長が承認している活動であること。
- ・複数の職種が連携し実践している。
- ・基準、規約に基づいて活動している。
- ・個々の必要性に応じた栄養管理計画が作成されている。
- ・定期的に栄養状態の再評価を行い栄養管理計画が見直されている。
- ・栄養管理の経過が記録されている。
- ・定期的な事例の検証が行われている。

日本静脈経腸栄養学会HPより

(27)

栄養サポートチーム(NST)

NST参加資格

医療従事者3職種以上が参加していること。

医師(必須)・栄養士・看護師・薬剤師



チーム医療

日本静脈経腸栄養学会HPより

(28)

移植医療と栄養

移植医療の栄養療法そのものは、30 年程前からゆつくりとした変遷があります。

1、1970年代

移植が始められた頃は、移植の時には中心静脈カテーテルを入れて栄養するのが絶対に良いとされてきました。それは、最初この当時トーマスさんが移植を開発し、ちょうど同じ時期に中心静脈カテーテルが開発されて、両者を併用するとすごくいい効果が上がるだろうということが進められてきました。(29、30)

2、1980年代

しかし1980年代になると、本当にそれでいいのだろうか、ハーバード大学の研究者たちが言い始めました。背景には、骨髄移植のほかに末梢血幹細胞移植が行なわれるようになったこと、移植の対象者が増えつつあったこと、さらに移植の副作用を抑えられる「補助療法」が発展してきたこと、などがあります。たとえばそれまで骨髄移植は、生着するまでにかなり日数がかかっていたのですが、末梢血幹細胞移植は生着までの期間を短くすることができず。そうすると、中心静脈カテーテルも長期間つけておく必要がないことになります。(31、32)

3、1990年代

やがて、もし口から食べられるのであればそのほうが断然良い、と考えられるようになります。中心静脈カテーテルに

は合併症が出やすいことが既にわかっていましたので、それによる不利益があります。また、さい帯血という新しいドナーソースが出てくることで、移植対象者に高齢者が含まれるようになりました。高齢者には、カテーテル挿入が必要となるような侵襲的な処置はしないほうがよいだろうということになった訳です。また、補助療法も大きく発達してきます。白血球を増やすお薬(G-CSF)、感染症を減らすためのお薬などが開発されました。日本では91年には骨髄バンクができ、続けてさい帯血バンクもできていきます。(33、34) さらに、移植対象となる疾患がかなり多岐に渡ってきました。(35)

4、2000年以降

国内の医療施設に栄養サポートチームがどんどん立ち上がってきています。全体には補助療法の一環として、それぞれの病院でチーム医療の一環として始まったことです。最初は感染症を少なくしたいということから移植分野の補助療法が発展したわけですが、次第に患者さんの入院治療の質が上がるような方向へ、最終的には栄養と治療についても考えるようになった、というのがこの30年間の流れです。(36)

5、NSTの利点

具体的に、栄養サポートチームがあることの利点を挙げてみます。ひとつには、栄養関連合併症が低下するということです。栄養障害の程度、どの患者さんに栄養療法をどのタイミングで行なえば良い

のか、ということが手早く把握できるようになります。患者さんにとっては、病院食のメニューがある程度選択できるようになります。またとても大事なことです。食事は食べられなければ意味がありません。調理の人達がどれほど栄養のあるものを作っても、患者さんの口に合わないければ結局意味がないことになってしまふのです。したがって栄養サポートチームがきちんとコミュニケーションをとっていれば、ある程度は嗜好が尊重される可能性があります。そうすることで比較的良好な栄養状態が維持できることになります。(37)

静岡がんセンターの栄養サポートチーム

1、腸管免疫の維持

SCCでの栄養サポートチームについては、前号のNews Letter ひろばは静岡がんセンターの紹介の中にありますので、全体の態勢がどうなっているのかは是非それをご覧下さい。SCCでは個人対応食という工夫をしています。入院治療が開始しても可能な限り食べたいというエネルギーを維持するために、患者さんの嗜好に合ったものを提供しようということ。つまり、移植治療中に食べられないのはある程度仕方ないことです。考え方の背景には、少しでも食べるという習慣を維持することを目的とします。考え方の背景には、胆汁の流れが保たれて、腸管の中の細菌層の乱れが少なく、ひいてはそれによる合併症、感染症

や粘膜障害が少なくなる、という良好な生理反応が維持されるという理論があります。腸管免疫という概念がありますが、これが維持されるためと考えられます。(38)

2、栄養療法パス

患者さんがある時期に食べられなくなったとして、どのようなタイミングでどのような介入(医療者側からの働きかけ)をするか、それをある程度幅を持って決めます。この介入スケジュールをまとめたものを栄養療法パスといいます(39)。幹細胞が輸注されて免疫抑制状態が、最も強い時期に副作用が強く出ますが、そのときに可能な限り経口摂取を維持するように介入をします。栄養士さんが定期的にタイミングを見ながら患者さんのところに伺い、食事の内容を直接的にお話します。それをもとに栄養サポートチーム(栄養士、医師、薬剤師、看護師)で相談し、さらに工夫して進めていくというシステムです。

3、症例と食事

30代の方が急性骨髄性白血病の治療で移植を行ないました。摂取カロリーが徐々に落ちて移植後1週間ではほとんど何も食べられない状態でした。棒グラフで示しているのは口から摂るエネルギー量です。一部の栄養は点滴で適宜補っていますが、丸で示したようにアルブミンが下がって栄養状態は悪化しています。様々な栄養関連合併症が引き続いて起こり、それに適宜対応しながら介入してい

1970年代には

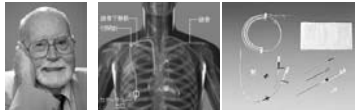
Dr. Weisdorf
造血幹細胞移植中には
中心静脈栄養が絶対的に良い！

- <背景>
- ・中心静脈カテーテルの開発
 - ・骨髄移植手技が未開発
 - ・骨髄移植対象者の限定
 - ・補助療法が発展途上

Weisdorf SA, Transplantation. 1987 Jun;43(6):833-8.

(29)

1970年代には



E. Donnell Thomas
Fred Hutchinson Cancer Research
Center
Seattle, WA, USA
b. 1920

Fred Hutchinson Cancer Research Center HP
(<http://www.fhcc.org/>) から

国立循環器病センターHPから

(30)

1980年代には

Dr. Szeluga
造血幹細胞移植中には
中心静脈栄養は必須ではないかも？

- <背景>
- ・中心静脈カテーテル合併症の判明
 - ・HLA不一致移植
 - ・自家幹細胞移植(自己末梢血)
 - ・骨髄移植対象者の拡大
 - ・補助療法が発展

Szeluga DJ, Cancer Res 1987;47(12):3309-16

(31)

1980年代には



国立がんセンターHPから

(32)

1990年代には

造血幹細胞移植を含めた高度管理治療下
中心静脈栄養より経口栄養が絶対良い！

- <背景>
- ・中心静脈カテーテル感染症がこんなに
 - ・ドナーソースが多様化(末梢血・臍帯血)
 - ・移植医療の高齢者への適応
 - ・補助療法がかなり発展(消化器症状の予防)

Souba WW, N Engl J Med 1997; 336(1):41-8, 1997

(33)

1990年代には



(34)

1990年代には

造血細胞移植の治療対象となる疾患

血液悪性疾患

急性白血病、骨髄性リンパ性 (AML, ALL)
慢性骨髄性白血病(CML)
悪性リンパ腫
非ホジキンとホジキン (HL, NHL)
骨髄異形成症候群と骨髄増殖性疾患
(MDS, MPD)
多発性骨髄腫(MM)

固形腫瘍

子宮がん、転移性またはハイリスク症例)
神経芽細胞腫
卵巣がん
肉腫
膵臓腫瘍
小細胞肺癌
脳腫瘍
腎臓がん

遺伝的障害

サラセミア
鎌状赤血球症
免疫不全症 (重症複合型、混合性、
ワイスコット・アルドリッチ症候群)
ファンconi貧血症
骨大理石病
酵素欠損症

他の悪性疾患

重症再生不良性貧血
発作性夜間血色素尿症、
後天性免疫不全症
自己免疫疾患
(多発性硬化症、全身性硬化症、
全身性ループスエリテマトーデス、
慢性関節リウマチ)

資料:Contemporary Nutrition Support Practice: A Clinical Guide, Laura E. Materson (編集), Michele M. Gattuso(編集)

(35)

そして2000年を迎えて

病院内 栄養サポートチーム(NST)
の立ち上げ

- <背景>
- ・補助療法の一環として

- ① 感染症の発症・重症化の予防
- ② 各種副作用の予防・軽減
- ③ 栄養障害の予防・改善

日本静脈経腸栄養学会HP (<http://www.jnsen.jp>) から

(36)

栄養サポートチーム(NST)

NSTがあるとこんなに便利～！

- ・栄養関連合併症が低下する。
- ・栄養障害の程度が分かる。
- ・栄養療法の対象が分かる。
- ・栄養状態が把握できる。
- ・病院食メニューが選択できる。
- ・食事の嗜好ができるだけ尊重される。
- ・比較的良好な栄養状態が維持できる。

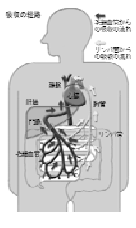
(37)

個人対応食

腸管機能が維持される

- ・腸の動きが保たれる
- ・胆汁の流れが
- ・腸管内細菌の乱れがない
- ・腸粘膜の損傷が少ない
- ・腸管由来の合併症が減る

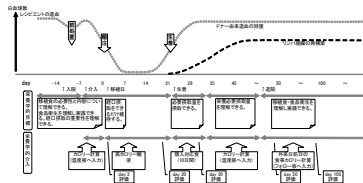
腸管免疫が維持される



国立循環器病センターHPから

(38)

栄養療法パス (同種移植用)



(39)

ます。(40)次の方は、エネルギーは経口である程度保たれていますが、やはり立て続けにいろいろな副作用が出ました。しかし、すっぱいものが好きだとのことでしたので、好みに応じた味付けをして食事を維持できるようにした症例です。(41)

ではどれほどすばらしい食事が出てくるのかみてみましょう。実物はこの写真に示すようなもので、それほど美味しうではないと思います(42)。え、こんなもの？(43)、サンドイッチなどちよつと乾燥していたりして(44)、すぐくショックを受けられるかもしれませんが、移植中の人でもその人が希望する味にして出すと、案外きちんと食べられます。逆にこのような質素なものでよければ、おそらく全国のどの病院でも工夫できるはずです。SCCだけでしかできないようなことでは意味がない、全国のNSTのある病院で同じような対応ができれば良いと思います。

給食室もどの施設とも大きな変わりはない、普通の給食室です。写真は夕食の準備時間で、この時間はスタッフが比較的多くいますが、栄養士さんが言うには「設備としては、90年代風の古いもの」で、特に先進的な場所ではありません。(45)

4、退院後のチェック

移植後の栄養療法の基本は、食欲をできるだけ維持すること、生着したら早期に退院しようということ。それが本場に簡単な我々の主張です。(46) SCCの栄養士さんとはとても熱心な方々で、図のような退院資料を作って渡し

ます。(47)外来診療でも追跡して、その後どれだけ食べていますか、という優しくて厳しいチェックをしてくれます。(48)このような活動は、ある程度は栄養士さん達の熱意で実現できているという側面もあるのですが、全ての病院でも実践可能なシステムを開発したいものです。

そして最後に、この質素な個人対応食のお値段ですが、質素な食事にもかかわらず費用は高い、では納得できません。患者さんの負担は、通常の病院食を食べる場合と比較して、1日40円が加算されるかどうかです。「食事費」そのものは以前からほとんど変わっていません。2006年4月からは計算上、1日ごとではなく1食ごとに計上するようになり、1日のうち2食分しか食べていないのに3食分の費用を取られるということがなくなりました。いずれにしても、何ら高額な費用を請求される訳ではありません。(49)

まとめ

栄養療法というかなり地味な話題ではありますが、最近では移植治療の期間中、食事摂取量が十分できた方が、移植の成績も良くなるという衝撃的な報告がなされてきています (Mattson J. et al. Bone Marrow Transplant. 2006 Nov;38(9):629-33)。食事は、治療中の生活の質(QOL)を保つために重要な因子のひとつです。今後も新しい治療法、栄養療法が開発されることを望んでいます。

質問1

58歳の悪性リンパ腫の患者。2005年9月に末梢血幹細胞移植を受けました(2006年7月のフォーラム会場での質問です)。現在副作用で腎機能が悪化、血圧の薬を服用しています。普段の生活はどのようにしたら良いでしょうか。また食事の留意点についておしえてください。

今滝先生

退院されている方ですね。ここまでの話は入院時の病院側の工夫で、家に帰ることで食欲は回復するという前提です。しかし長期に食べられないでいるとしたら、何らかの腸管障害が残っているはずですので、その検査が検索です。ご質問の方の場合、腎臓と血圧に障害があるということですが、おそらく移植に関連した病態だと思いますので、ナトリウムの制限をし、窒素バランスをみていただくことを勧めます。食事ですが、現在はいろいろなサプリメントなどがありますから、それらで補いながら栄養を維持すると良いかと思います。

質問2-1

近年はサプリメントが簡単に手に入りますが、自由に摂取しても良いのでしょうか？

今滝先生

是非とも病院の栄養士さんと相談して、一日の窒素の量、カロリー摂取量などを算出していただいでください。

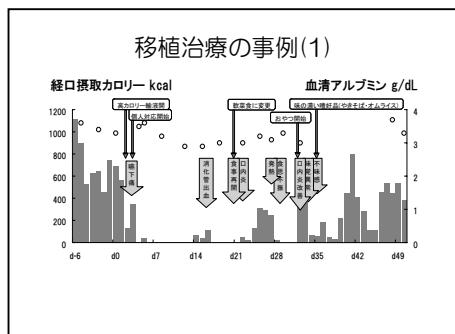
質問2-2

栄養士さんに相談してから、というのはとてもたいせつなことだと思いますが、常に忙しそうな病院スタッフに上手にお答えいただけるコツはありませんか？

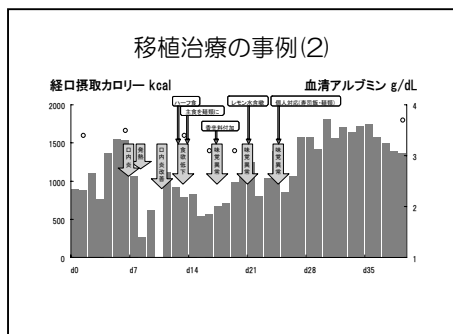
今滝先生

患者さんからのレスポンスがあると関わりたくなる、と栄養士さんがよく言います。遠慮しないで、家での食事のことも相談してください。その際は是非、具体的に書き出すなどして相談に行くと、栄養士さんも答えが返しやすいのではないかと思います。

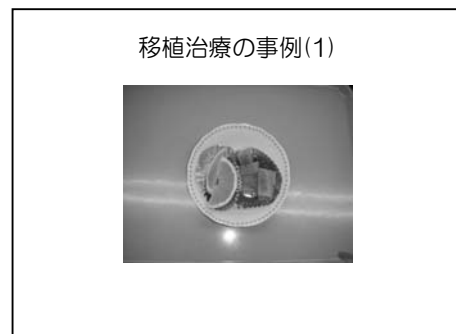
2006年7月29日 つばさ主催定例フォーラム(株式会社ヤンセンファーマ会場)にて集録



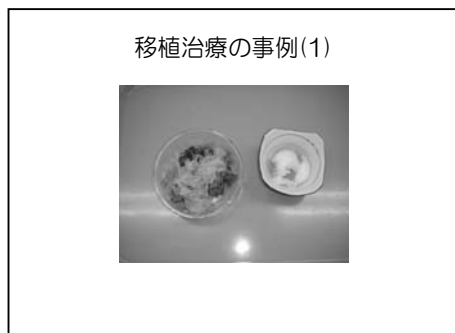
(40)



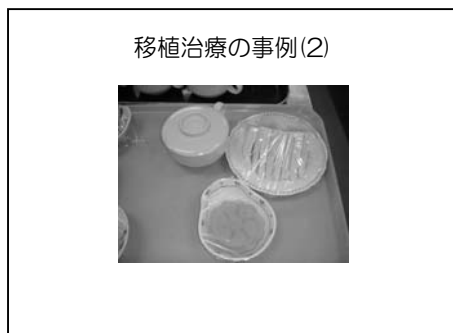
(41)



(42)



(43)



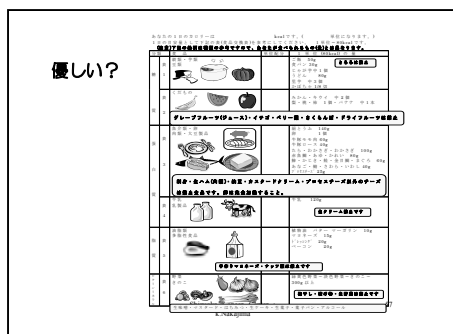
(44)



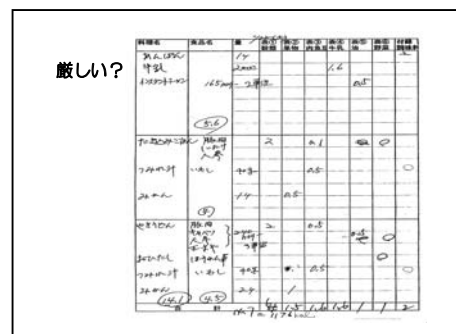
(45)



(46)



(47)



(48)

患者さんの費用負担

病院	患者
食事療養費 640円/食	食事費 260円/食
特別食加算 76円/食	選択食加算 廃止
栄養管理実施加算 120円/日	栄養管理実施加算 40円/日
病院収入 2268円/日	患者負担 820円/日

(49)

前号の News Letter 『ひろば』(特集「静岡がんセンター訪問記」)をご希望の方、ご一報ください。

03 - 3207 - 8503 (水・金 12時～17時)

G-CSF在宅自己注射の一日も早い認可を

好中球が産生できない(免疫力が低い)状況の患者さんに投与されて効果を上げている薬、G-CSF。しかし注射薬であることから病院内でしか投与できず、「G-CSFを打つ以外は治療の必要がなく、学校や会社に通っても良いのだが」という患者さんは、自宅で投与できればとても助かります。そのために始められた「自宅投与認可」の活動ですが、認可に至るのは近い？遠い？

運動の一日も早い達成に向け、その意気込みも含めて、代表の山田百合香さんにおさきました。

G-CSFは、どのような薬でしょうか？

生体が感染と闘う際に重要な役割を果たすのが白血球ですが、その中の一種に「好中球」があります。その増殖を促進するのがG-CSFです。「皮下注射タイプ」の薬として、日本では1991年に認可されました。しかしG-CSFは、そもそも人間の体で産生されるもの、天然物質なのです。その本来の白血球の産生が困難となる「好中球減少症」という病気があり、始めはその治療の為に人工的に造られたものが、お薬として使用されて来ました。

なぜ「注射」という投与の仕方なのでしょう。飲み薬があれば病院に通わなくてもすみますが。

そうですね、同じ効能の飲み薬があれば問題ないのですが。しかし「生体内でも産生されるたんぱく質」と同じ物質がこの薬で、非常にデリケートなものらしいです。したがって製薬会社さんも「注射タイプ」創れなかったということらしいです。認可をめぐつても、この薬のデリケートさはひとつのポイントかもしれません。

「在宅自己」注射の認可を求める理由(利点)をおさらいすると？

G-CSFを在宅で自己注射する利点は、なんとと言っても「冬場、感染症患者さんもとくさん集まっている病院に行かなくてもよい」ことにあります。抗がん剤治療が一息ついて、そこからは感染症対策としてG-CSFが必要になったとして、そのために外来に通う途中で人込み(交通機関や病院の待合室)を通らないといけない、という人がわずかでもいたら、とても矛盾しています。

しかし「注射等の医療行為は医業を成す者しかしてはいけない」という法律がありますから、現時点ではG-CSF投与が必要なら、外来や入院で受けなければなりません。ですから「糖尿病治療のインスリンのようにG-CSFも自己注射してもよい」の一文を厚生労働省に書いてもらえると、この矛盾をなくすことができるわけです。

しかし「自宅で、自分で注射」ですから、なかなか問題点も多いのでは？

もともと大きな問題点は、G-CSFを投与した際に発生しうる副作用です。好中球の増え方は人それぞれで、ゆっくりな人と早い人がいます。「好中球の量はもう充分」という状態になってもさらに打ち続けたり、素人判断で規定量よりたくさん打ってしまうと、増え過ぎによつて脾臓が腫れることなどが考えられます。最悪の場合には(規定量の10倍程度)脾臓破裂を起こしてしまうケースも想定されます。

したがって、たとえば投与から○日後には血算に通院すること、など安全の為にガイドラインは必須です。在宅投与といつても、医師(や保護者)の管理下に置く、という環境整備を前提にすべきです。

山田さんが認可要請運動(署名活動)を始めたきっかけは何ですか？

私は1992年3月に悪性リンパ腫になり、半年間の治療で寛解に至るといふ経験をしました。それから14年が経過したのですが、今も苦しいがん治療の経過中の方々がたくさんおられますよね。近年、私だけがいわば「のうのうと」適度な元気で暮らしていることに、同じ病気の皆さんに申し訳ないように感じるようになりました。このままで良いのかなあと、考えれば考えるほど「焦るほど」の気持ちにまでなつたのです。「後輩の病気の方達のために、何かをしなけ

れば」と。そんな折に「はりゆうパパの悪性リンパ腫体験」というHPを見て、G-CSFが自己注射できないことで困っている人たちが数多く居る様子を知って「少しでも、力になれば」という思いが、この運動に立ち上がるきっかけでした。



治療前

署名活動中、心に残ったエピソードをひとつお話ください。

ひとつ挙げるとすれば、文化祭の飛び込み演説です。

2005年11月にある医大・看護学校の文化祭に行つて、署名運動をしました。顧問の先生や実行委員長に許可を頂いてから始めたのですが、最初はおでんなどの模擬店の方達に「今、署名運動をしているので、お話だけでも聞いていただきたいのですが」と話けると、内容も聞かずに「そういうのは、ちょっと」と2度も断られてしまいました。やはり無理か、と挫折しそうになり、何も出来ず、立ち尽くすばかりの時間が流れました。水色の空に飛行機が悠々と飛んでいる姿が印象に残っています。しばらくして何回か逡巡してから、やっと「声と勇氣」を振り絞って話し始めたら、少しずつ聴いてくれる人が増えたのです。やがて話しかけてくれる人も出てきて、たとえば「水泳部の主将です。部の50人

に署名してもらって、後日送ります」と言ってくださったり、帰り際には「がんばってください」と少し遠くから声を掛けてもらったりしました。その水泳部の方は、別の日の医大&看護12大学の水泳大会に呼んでくださり、異例の「マイクでお話」の時間を下さいました。その様子は新聞にも載りました。また別の大学の文化祭では、水泳大会で私を見かけた人が文化祭の実行委員関係者だったこともあってすんなりと運び訴えをすることができました。また更にそこで、日本中に「医療学生ネットワーク」をもっている学生さんが興味を持ってくれてことで、その後は署名が爆発的に増えました。

いま思えば、あの「帰りがかったあの瞬間」を乗り越えたからだ、と思っています。(笑い)

ほかにも2万人の人が署名をしてくださったわけです。次々と送られてきた署名の入った封書を手に、あの日の医学生さん・看護学生さんたちの曇りない笑顔を思い出しました。患者さんやご家族に、明るい希望や夢を届けたいと、心から思っています。

会のゴール(運動のエンドポイント)は?

G-C-S-F在宅自己注射が厚生労働省の書類で「OK」になることです。つまり、診療報酬上、在宅自己注射指導管理の項目に名前が記載される一文が加えられること、です。似たような認可では糖尿病患者のためのインスリンは以前からありますが、最近では2005年にC型肝炎患者治療のためのインターフェロン

の在宅自己注射が認められました。

認可されたら、そこでゴール、すなわち終了です。「G-C-S-F在宅自己注射認可を求める会」は、会とは名づけていますが、時限の会なのです。

認可に至る、その一番の障壁は?

認可のシステムとG-C-S-Fそのもの(在宅の必要性)が周知のものではないことでしょうか。

この認可について厚生労働省が「慎重」にならざるをえない立場であることは私にも理解できます。しかし対応の「迅速さ」に欠けていると思っています。現代の情報の流れの速さ、海外と日本の医療事情や最新事情を酌みしていただかないと、多くの患者の必要事項の審議が後手にまわってしまうと思います。話し合っていたいただきたいことが山積しているのに、ペースが遅過ぎます。しかしそうは言っても現時点では、年たった4回(4日)の会議で「他のものより早く議題にあげてもらおう」ことが大事です。そのための方法がひとつだけあります。厚生労働省は「社会の声」に敏感という特徴があるのです。ですから、もうひとつ大きな風(＝声)が「G-C-S-F在宅自己注射について、話し合ってください!」が起きて、厚生労働省に届く必要があります。そのためには署名ももっとたくさんの方に広めて、新聞やテレビや雑誌などでも取り上げていただきたいのですが、やりなれと言っても患者自身の発言が必要だと思っています。

G-C-S-F投与が必要な患者さんの中

には、「先天性好中球減少症」という生まれつき好中球が生体内で産生されない体質の方がいらっしゃるそうです。この運動をしていながらまだその病気の患者さんにはお会いしたことがないので、是非その方や保護者の方のお話を直接伺い、その事実を厚生労働省にお伝えしていきたいです。つばさを通じてでも、ご連絡いただけたら嬉しいです。もちろんお名前などは口外せず、お話をうかがって参考にしたいだけです。

最後に、いま闘病中の方々への「認可要請署名運動」以外のエールは?

治療後14年目の私の写真です。治療中からいまの元気な姿に。これをお示しするのがエールです。

共に手を携えて、前進しましょうね。



治療後

G-C-S-F認可要請運動の時系列

(山田百合香、整理)

2004年12月 G-C-S-F製薬会社3社訪問

2005年1月 ネット署名開始

2005年3月 約1,000人分の署名を持つてひとりで厚生労働省へ↓丁寧

に「おっしゃる通り」と言われ、その後には音沙汰なし

2005年秋 つばさの橋本さんからの

アドバイスで手書きの署名に切り替え。同時に協力患者団体「悪性リンパ腫と戦う会」「がんの子供を守る会」「血液情報広場つばさ」「グループネクサス」「菜の花会」「ものの木」(五十音順)が参加

2006年1月 署名10,000人突破。

2006年2月 協力団体代表者全員と共に約17,000人分の署名を厚生労働省に提出。反応は「関係学会の要望があれば検討します」。

2006年3月 各関係学会に「厚生労働省への要望」を要望する手紙発送。

2006年3月～8月 関係の先生方から直にお電話や手紙をいただき、安全性について話し合い、厚生労働省などの動向を見守った時期。

2006年7月～8月 日本臨床腫瘍学会、日本血液学会、日本臨床血液学会に「どう思われますか」の手紙発送。

2006年9月 日本小児がん学会、日本小児血液学会は「必要性」を3月の厚生労働省・薬物療法会議の題目に申請していたことを確認。また、本臨床血液学会、日本血液学会は「条件付」で厚生労働省に要望を提出する」旨の返答を頂く。

ついに冬になってしまった…。焦りと共に次の一手を模索中。

署名用紙とわかりやすい説明文を同封しました。何回ものお願いで恐縮ですが、もう少し署名活動にご協力ください。署名の送り先は山田百合香さん。(NPO法人つばさ)

ひと



HLLA検査技師からボランティアの世界へ

獣医師、衛生検査技師、認定HLLA検査技術者、認定組織適合性指導者
特定非営利活動法人 白血病研究基金を育てる会（FLRF）専務理事
株式会社ヘリタス 顧問／財団法人 骨髄移植推進財団 HLLAアドバイザー

小川 公明 さん

獣医師でありながらHLLA検査技師という珍しい肩書きをお持ちですね。

もともと獣医師になるために学校へ進んだのですが、リンパ球についての卒業論文を書いたことがきっかけで進路が変わりました。SRL（民間の検査センター）に関係のあった病理学の教授の目にとまって入社を勧められたのです。そこで組織適合検査（自己と非自己とを分けること）、いわゆるHLLA検査の部署に配属されて、全国の病院から集められた検体の判定や日本赤十字社に登録されたドナーの確認検査などを担当してきました。

SRLは大きな会社ですから、通常は他の大企業と同じく転属（HLLAに加えてHB等の輸血感染症検査肝炎の検査などの部署を回る）があるのですが、私はとても幸運なことにHLLA一本で27年間やらせてもらえました。おかげで、HLLA検査の経験とその世界の人脈をしっかり蓄積することができました。

05年8月に退職し、現在は育てる会に所属し、またこれまでの経験を活かして株式会社ヘリタスの顧問や骨髄移植推進

財団のHLLAアドバイザーも務めています。そんなわけで、こんなにいろいろな肩書きが付いてしまいました（笑）。

HLLA検査とはどんなものですか？

つい最近まで主流だった血清学的検査から先に、ごく簡単に説明しますと、採取した血液を遠心分離機にかけてリンパ球の浮遊液を採取します。それを増殖させてから数十の試薬と反応させて判定していきます。現在の主流となっているのは「DNA検査法」ですが、これはDNAの塩基配列から判断します。DNA検査法は血清学的検査より細かく、ずっと正確に見られますし、あとから検査項目を追加できるなどの利点もあります。しかし、国の制度が検査の進歩に追いつかず体外診断薬未認可なため、検査法を移行させることに二の足を踏む病院や医師が多かったのです。そこで私がSRL在籍時には、このDNA検査を広めるため全国の病院（臨床の先生方）を説得して回りました。

余談ですが、それ以前からも各地の病院へ赴いて臨床の先生に検査方法の説明をすることが多かったのですが、その

際、患者さんに接するなどの縁もあり、フォーラムにも可能な限り参加してきました。橋本さんに初めてお会いしたのも、そんな頃だったと記憶しています。

現在もHLLA型の最終判断は目視で行なう、と聞いたことがあります。

そうです。一応の検査結果は精度のよい機械が出しますが、最終的に判断するのは人間でしか行なえないのです。この判断は、ひとりの人のHLLAを決めてしまいうわけですから、経験と知識を要する、とても責任ある仕事だと思います。試薬や分類の進歩に対応していくためには勉強も必要です。それでも、人間が関わることだけに判断にグレーゾーンが生じ、判断する力量に個人差もある程度出て来ます。検査する場所や時期によって結果が異なるということもあり得るのです。ですから、安全性を高めるために複数の人間で相談したりチェックしたり、というシステムになっています。

しかし法的な強制力のある資格が存在しないというのが現状です。今後は是非、共通の物差しが必要だと思っています。学会の認定を受けた「認定組織適合

性指導者」という資格はひとつの基準になるはずですが。なのに、昨行われた第1回目の資格試験の受験者は私しかいない（笑）、現在この資格を正規格者として持っているのは私だけなんです。今後、もつと広まっていくといいなと思います。

やりがいを感じるのとは、どんな時ですか。

患者家族内にHLLAの型が合う（家族ドナーがいた）ことが分かったときなどは、職場の人間と共に喜びを感じます。チームワークの仕事ですから、喜びの共有は重要ですから。

そうそう、検査の仕事を始めて間もないとき、腎移植のドナーを決めるクロスマッチ検査を担当したことがありました。時間との勝負だったので夕方に来た検体を夜中までかかって検査し、翌朝すぐ結果を知らせました。それがその県で初めての腎移植成功だったということ、で、病院の先生がとても喜んで、新聞の切り抜きを見せてくれました。人の役に立っている、と実感できた瞬間でした。

すてきなご趣味をお持ちだそうですね。

動物と接することが好きなものですが、よく家の近所の川原で野鳥の写真を撮ります。鷹やハヤブサが集まるんですよ。それに、わが家ではポニーを飼っています。春と秋に養護学校の生徒さんとポニーを遊ばせるボランティアをしています。生徒さん達すごくいい表情をするんですが、ポニーと小児血液の患者さん（そのきょうだいも）が遊ぶなど、つばさでも何かお手伝いができるといいですね。

それは是非！お願いします。

これからの活動についてお話ください。

FLRFでの広報と募金活動、今はそれに最も力を注いでいます。05年8月に早期退職するまで、ずっと技術屋としてやってきた私にとって、ボランティアというのは新しい世界です。新鮮な思いで専心しています。

つい先日「日本白血病研究基金」の研究助成金贈呈式が行なわれたのですが、研究助成の財源は、基金を設立した方を始めとするご遺族からの寄付がほとんどを占めているのです。亡くなった大切な家族の遺産や香典、いわば主役を亡くしたことから生まれたお金なんです。つまり助ける会が集めた募金は、まだ全体の一部でしかありません。でもこれからは、多くの企業さんに白血病を撲滅しようという企業理念も持つてもらいた

い、そのスポンサーシップを高揚していくことが私の役目だと思っています。
(聞き書き 上田まなつ)



コーヒータイム

橋本明子

今夏満90歳を迎えた母が、9月下旬に家の廊下で転倒、右手首と右股関節骨折という大怪我を負った。しかし今すっかり治り、年末の帰宅を楽しみにしながらリハビリに励みつつ、病棟で仲良しになった方々々々のおしゃべりや読書で日を過ごしている。

私は、救急車で運ばれて骨折の手術をした日赤病院（40日弱入院し早期リハビリ）と今いる市立病院に、週一回のペースで見舞いに通うことになって、地方の中堅規模2施設でいろいろなことを見させていただくことになった。

90才の母の大怪我を見事に治してくださった日赤の外科はもとより、医師や看護師、理学療法士のきめ細かくていねいでも近代的なお仕事振りに感心し感謝している。日頃は移植や化学療法などの高度先進医療を通してだけ日本医療を見つめているために、正直言って最初は「どうなのだろう…」と懐疑的だった。つまり生意気にも、旧式の対応をされるのではないかという緊張感があったのだ。

市民病院に移ってから、医療スタッフの対応に問題を感じたことは無い。しかし経営は本当に厳しそうだ。「経営が大変なんだよ」と老母までが顔を曇らせる。入院患者の多くが高齢者で、外科病棟が高齢者のための施設にも見えてしまう。社会に暮らす人た

ちの多くが高齢化しているのだから当然なのだが。

大規模施設だけが日本医療の現場ではないのだと、あらためて感じている。母自身は年金を余裕ある金額で受け取っているため、「支払はどうになるから」という状況だが、崩壊寸前という年金制度を思うと、市民病院の壁の汚れを見ても気が重くなる。

ところで、ここからは余談。

手術後に貧血があったために担当医師が「少し点滴しますか？」と言ったら、母は即座に「先生、虚しい医療は止めてください」と拒否。新聞を毎日丹念に読む母だけに、点滴は全て終末期医療だと思ったようだ。ちよっと知識がまちがって入ってしまったらしい。

週に一度は説明にきてくれる薬剤師さんについても、少し誤解がある。ベッド脇での説明を終えて、お大事に、と帰った後で言うのだった。「薬屋さんみたいへんだね、患者に売り込みしな」といけないうんだから。

傷は跡形なく治りましたねと手首をさする医師に、「残念ながらも、白魚のような手には戻らないですけど」と冗談を言っただけで、医療システムの複雑化にはついて行ききれないようだ。早く退院し元ののんびりした暮らしに戻してやらねば。

数年ごとにバラエティ番組が流行らせる「血液型性格判断」によれば、B型はいい加減であまのじゃく、大人のくせに財布を持たず、お金をそのままポケットに突っ込んでいる人が多いなんて、いくら何でも言い過ぎだと思ふんですが、全てが自分にあてはまります。「そんな行動パターンは血液型を誇りにさえ思っている」と揶揄されても逆にうれしい、というところまでも。しかし骨髓移植で姉と同じA型になったおかげで、元々B型なのですが。

自分の性格を悲観されているB型の方は一人もいらっしゃらないと思います。念のため血液型による性格分類は科学的根拠が無いそうですね。血液型で性格を分類するといじめや差別を生むという考えもありますが、個人的に「合コンネタ、生活の中のおい」と思っています。

さて、根っからのB型気質ということで、日記をつけることも写真に写ることもせず、手元には移植を受けた10年程前の記録は残っていないのですが、目に触れるささいなものがきっかけになり、また節目を迎えるたびに入院時の記憶が呼び覚まされ、ある気持ちが湧き上がるのです。

それは大事故に遭遇して生存した方が、被害に遭われた方に対して「申し訳ない」と口にする気持ちにも近いような気がします。患者会に関わり出会う人が増えることで、残念な結果を迎える方のお知らせを聞くたびにその気持ちが

リレーメッセージ No.6



国立がんセンター中央病院
移植患者会 12Bnet 事務局

在家 智

は大きくなり、そして平成18年秋、国立がんセンター中央病院での移植患者数が1000人を超えたと聞いた際は、それが良いことなのか悪いことなのか複雑な思いに駆られ、なんだか後ろめたい気持ちがまた少し重くなりました。なぜ心がそんな風に動くのか、これを書いているのは師も走り回る12月なので、考えないことにします。

立ち上げを言い出した友人が元気になるまでと思つて引き受け、友人が運営できなくなったことでそのまま引き継いだものの、信念がすっかりしていないので「これでいいのか？」と迷つてばかりの患者会。その部分でも友人に対して「申し訳ない」ですし、今まで関わった患者さんとの関係も、中には失敗もいくつかあり「後ろめたい」気分にも。そんなたくさん足りない部分を、メンバーの方々に補ってもらってほしい、患者会が成り立っているのですが、どうにも取りとめのないことを書いておりますが、それは何を書いたらいいか迷っているわけでした。

まあ結論を言えば仕事も生活も、なんでも毎日を充実させれば迷うことも少なくなるのでしょけれど、本来怠け癖のある元B（と、性格判断にあること無いこと何でもかんでも血液型のせいにするのもB型の良いところ）だから直しようがない、てことで！

ご寄付ご協力者名簿、関連企業・団体

●協賛団体

特定非営利活動法人 白血病研究基金を育てる会

●賛助企業

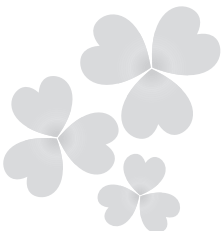
キリンビール医薬カンパニー、ノバルティスファーマ株式会社、日本シエーリング株式会社、RHC Corporation 日本支社、ヤンセンファーマ株式会社 賛助会員

●一般寄附

竹川和憲さん、大久保民子さん、今泉綾子さん、ほか匿名3名、チャリティー寄席収益

フォーラム開催などお手伝い

6月鹿児島フォーラム、7月定例フォーラム、9月大阪フォーラム、10月岡山フォーラムでは多くの方々に、とても楽しく交流しながらお手伝いをいただきました。またたくさんの方々の現地企業さんからご寄付やご援助をいただきました。お名前を載せ切れませんが、この場を借りての「深謝」です。ません！今後ともよろしく願います。



発行・編集

特定非営利活動法人 血液情報広場・つばさ

代表 橋本明子

〒154-0004 世田谷区太子堂郵便局々留

電話：03-3207-8503

相談窓口*：03-3593-3383

(水・金) 12時～17時

FAX：03-5431-5078

メール：sodan@flrf.gr.jp

URL：http://www5f.biglobe.ne.jp/~hiroba/

振込先

・郵便局 00190-6-370078

・銀行 三菱東京UFJ銀行市川駅前支店（普通）3812109

賛助・法人会費 一口 50,000円以上

ご寄附 おいくらでも嬉しい

会期 6月～5月

*患者さん相談窓口は、NPO法人白血病研究基金を育てる会とNPO法人つばさにより、協同運営されています。

*情報誌『つばさ』ATL特集と小児血液がんの2誌編集予定です。