

透析医のひとりごと

「腎移植を中心に取組んで」 平野哲夫

学園紛争などのためもあり、医学部卒業後の展望が混沌とする中で、どうにか医師免許を取得、泌尿器科を専攻し47年になります。当時の北大泌尿器科学教室は、いくつかの研究テーマの一つに慢性腎不全の治療があり、諸先輩の大変な苦勞の中で透析（血液・腹膜灌流）と腎移植への臨床が始まったばかりでした。有効な末期腎不全の治療法がなく、長期の在院患者の大部屋から個室への移床は死を意味し、患者さんはまさに「座して死を待つ」絶望的な状態でした。

1969年当時は、外シャントによる連日の手術室での血液透析治療であり、腹膜灌流も腹壁からのストレーターの挿入、腎移植もHLAタイピングによる組織適合性検査という概念が導入され始めた時代でした。個人で透析機を購入し病院に寄付し治療を受けるなど多難な時代から、医学研究の進歩・医療関係者の多大な取組・患者組織の大きな運動などで、現在の、世界で最高水準といわれるわが国の透析治療法の進歩・確立、更生医療などの公的医療が、現在の32万人を超える医療の実現に至っていると考えています。

末期腎不全時の代替療法に取組みほぼ47年、透析医の立場でものをいうのは少し口幅ったいのですが、根拠的治療法の一つである腎移植を中心に取組んできた経験から発言させていただきます。

昨年9月、某テレビ局アナウンサーが、「自業自得の人工透析患者なんて全員実費負担にさせよ。無理だと泣くならそのまま殺せ！」とブログに書きこみ、最初は批判に対し罵倒・開き直りをしましたが、結局、謝罪したと報じられています。その中で、「人工透析を受けている患者さんの8~9割が自業自得」、「そんな奴、生きているのが嫌になるまで叩け」、「殺せ」、「徹底的に駆逐しなければ、害虫は増える」とまで表現したとされています。

最近、各界で不適切な発言・謝罪が続発していますが、結局はその発言者の日常の考え方が偶々出たもので、単なる謝罪・一部取り消しでは解決されない本質的な問題を含んでいると考えられます。また、同様に考える人々が存在していると思われ、絶対に見過ごしにできず、社会保障全体の見直しなどが計られる中で、ヒトの生きる権利も含め、自分が取組んできた経験から今後に重大な危機感を持っています。

私自身は、医師免許取得後5年目頃から腎移植に取り組む事が中心となり、ラット腎移植手術実験などに取り組む中で、組織適合性・免疫抑制などの重要性を認識し臨床に結びつける事から始まりました。長年の慢性腎不全治療という漠然とした取組みの中で、慢性腎臓病（CKD）の提唱と末期腎不全の代替療法が確立し、腎移植の移植腎生着率・患者生存率の向上は目覚ましいものがあります。

わが国の年間腎移植件数は2016年で1,617例、生体ドナー提供件数が1,440例（89,1%）・献腎（心停止

下提供) 61 例 (3.8%)・献腎 (脳死下) 116 例 (7.2%) と生体腎提供がほぼ 90% を占めています。我々の経験でも、生体腎移植の増加の背景には、配偶者間提供 (生体提供の 60% 近く)、透析を経ない先行的腎移植、ABO 不適合間腎移植、糖尿病性腎症への腎移植の拡大などがあげられますが、透析療法のデメリットを十分に補うことが可能な腎移植の推進が非常に重要と考えています。

もちろん、40 年近く取り組んできた死後 (脳死下・心停止下) の献腎移植件数は未だ少なく、その推進にさらに頑張っていきたいと考えています。献腎移植症例数がなかなか増加せず、献腎移植希望登録から腎移植手術実現まで平均十数年の待機が必要という残念な状況で、長期待機が長期透析による種々の合併症を作り腎移植成績の低下原因となっています。腎移植を希望して外来を受診し、早急な腎移植が希望であれば、生体腎移植を選択するしかないとまず初めに説明せざるをえない現状です。

慢性腎臓病患者が、将来、末期腎不全の代替療法の必要性が予想される段階で、早期に透析治療と共に腎移植の選択があることを、慢性腎臓病治療に携わる医師に是非インフォームしていただきたいと思います。まもなく引退を考える、腎移植を中心に取り組んだ医師の立場からのお願いです。

市立札幌病院腎臓移植外科 (北海道)