

THE JOURNAL OF THE JAPAN CLINICAL DIALYSIS

# 日本透析医学会雑誌

4/10

Vol.3 No.2 (8号) 平成元年4月10日 特集号

## 創立一周年記念シンポジウム

『あすの腎不全対策  
—— 末期腎不全について ——』

### 司 会

社団法人 日本透析医学会 会 長

稲 生 綱 政

### シンポジスト

社団法人 日本透析医学会 副会長

平 沢 由 平

東京女子医科大学 腎臓病総合医療センター 教 授

太 田 和 夫

日本人工臓器工業協会 会 長

森 合 敬 忠

全国腎臓病患者連絡協議会 会 長

油 井 清 治

時事通信社 厚生福祉 編集長

松 田 鈴 夫

厚生省 保健医療局 局 長

北 川 定 謙

# 日本透析医学会雑誌

---

## 目次

### ご挨拶

社団法人 日本透析医学会 会長 稲生 綱 政

社団法人 日本透析医学会 副会長 平 沢 由 平

東京女子医科大学 腎臓病総合医療センター 教 授 太 田 和 夫

日本人工臓器工業協会 会 長 森 合 敬 忠

全国腎臓病患者連絡協議会 会 長 油 井 清 治

時事通信社 厚生福祉 編集長 松 田 鈴 夫

厚生省 保健医療局 局 長 北 川 定 謙

あとがき 太 田 裕 祥

## 『あすの腎不全対策 ―末期腎不全について―』

司会 社団法人 日本透析医会

会 長 稲 生 綱 政

## ○シンポジスト

社団法人 日本透析医会

副会長 平沢 由平

東京女子医科大学 腎臓病総合医療センター

教 授 太田 和夫

日本人工臓器工業協会

会 長 森合 敬忠

全国腎臓病患者連絡協議会

会 長 油井 清治

時事通信社 厚生福祉

編 集 長 松田 鈴夫

厚生省 保健医療局

局 長 北川 定謙

- 司会(稲生) 日本透析医会の会長を務めております稲生でございます。昨年21日、きのうになりますか、日本透析医会が社団法人として厚生省のご認可をいただいたわけでございます。それ以来ちょうどまる1周年。その記念事業の一つといたしまして、ここに『あすの腎不全対策 ―末期腎不全について―』というシンポジウムを企画してみたわけでございます。

ご存じのように、昨年12月末で、日本の慢性透析患者さんの数が8万人を越えるようになってまいりました。私ども、日ごろこの方面のお世話をしている医会におきまして、この際、このような医療は現状でどうなのか、その問題点は何なのか、そして今後どうあるべきかというようなことを、1周年を記念いたしまして、医療側はもちろん、メーカーさん、あるいは社会的な立場の方々、患者さん、そして行政の立場の方というような各方面の最先端の方をお招きして、いろいろとお話を承り、少しディスカッションしてみようと、こういう企画でございます。皆様のご協力を得まして、意義あるシンポジウムでありますように祈るわけでございます。

それでは早速、皆様方のお話をまずお伺いすることにいたしたいと存じます。前の名前でご案内と思いますが、まずそれぞれの立場の方に10分ずつお話を願って、最初お2人の方にスライドをお願いするものですから、今の場所でごらんいただいて、その後、壇上でディスカッションさせていただこうかと思っております。

まず、当医会の平沢副会長から、この医会、そしてこのシンポジウムの趣旨、並びに透析療法の現況と今後を、ひとつよろしく願いいたします。

## ●平沢

ご紹介いただきました平沢でございます。現在、この医会の副会長を務めさせていただいております。

社団法人となりまして1年を経過いたしました。今までの活動内容の若干をご紹介して、ご批判とご教示をいただきたいと存じます。

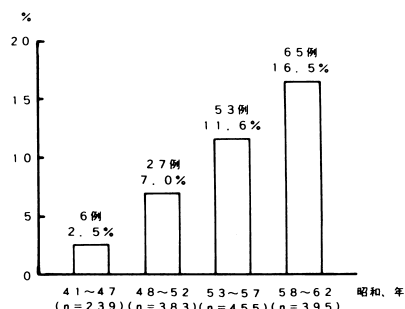
私のお話は、現在の腎不全医療が抱えている問題、特に透析治療が抱えている問題が主なる内容になると思いますが、まずそれを少しお話し申し上げまして、医会の活動を後で総括してみたいと思います。

### 透析医療の現況と課題

1. 糖尿病透析患者の増加
2. 高齢透析患者の増加
3. 新しい合併症（透析アミロイド症）の蔓延
4. 腎移植希望者の増加

現況と課題ということで、二、三テーマを挙げてみました。ご承知のとおり、糖尿病透析患者が非常にふえておりまして、その具体的な治療ということになると、しばしば難渋している現状でございます。これの対策というのはこれから非常に重要になると考えます。同様なことで、高齢透析者の増加がみられます。それから、新しい合併症の対策をどうするか。これこそ、現在の透析が抱えている最も大きな問題かもわかりません。それから、腎移植の希望者が大変多くなってまいりまして、透析医としても、これに対して対応を迫られているというのが現状であります。

慢性透析導入患者のなかで糖尿病性腎症患者の占める割合の推移



これは、私どもの病院で過去約20年間の糖尿病の患者さんの透析に入る割合の経過を示しております。5年ごとに区切ってありますが、毎年約1%の割合で増え、最近では、導入患者の20%以上を糖尿病の患者さんが占めるようになってきております。

### 糖尿病性腎症対策

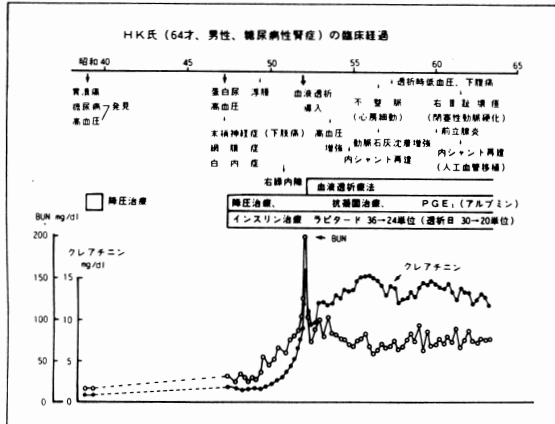
- (1) (社)日本糖尿病協会の予防・教育活動への協力
- (2) 糖尿病医、眼科医との協同診療

この対策であります。1つは、糖尿病の治療をしっかりとやって、予防できないかという問題が最も重要なテーマではないかと思いますが、そのために糖尿病のお医者さん、および眼科のお医者さんとの協同診療が必要であると思えます。なお、できれば糖尿病を専門にやっていらっしゃる方に透析治療の担い手の一部になっていただきたいということをお願いとして前からもっております。

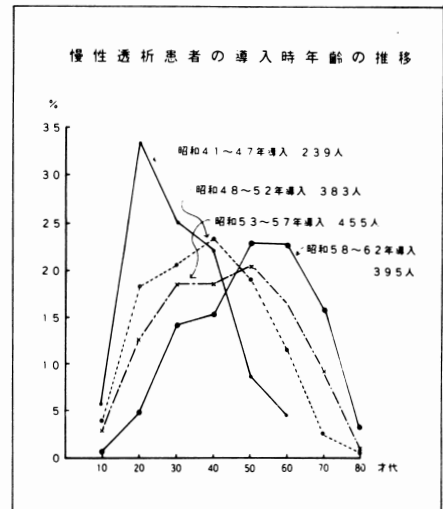
それから、私どもの会として具体的な活動の

1つとして、社団法人日本糖尿病協会の予防教育活動への協力ということが大事なテーマになるのではないかと考えております。この支部は各県にございますので、そういうところと具体的な予防活動を展開すべきではないかと思います。

高齢透析患者の対策であります。私ども、現場で治療しております、ここにあげたようなことの制度化があればいつも思っております。長期入院ではなく、生活と治療の場が提供されれば、内容的に大変よくなるのではないかと考えているわけでありまして。



スライドは糖尿病の腎障害が重くなりまして、透析治療に入ってから11年ちょっとたつ患者さんの経過を示します。上の方にいろいろな体の症状や合併症を記してあります。非常に多くの異常が起ってきますので、糖尿病の患者さんの治療というのはなかなか容易ではありませんし、非常に専門的な知識を要するわけでありまして、糖尿病を専門にやっていたら先生方の協力を得られれば、治療がより合理的にいくのではないかと考えております。



スライドは私共の患者さんの透析導入時の年齢分布を示しておりますが、過去20年間を、約5年区切りでみております。昭和40年代の前半は、20歳代の患者さんが導入時年齢としては一番多かったのでありますが、以後だんだんに高齢側に傾いてきておまして、最近では50～60歳が最も数が多い人たちであるということになってきております。一般人口の高齢化ということも関係しておりますし、恐らく腎疾患そのものの進行性がかなり効果的に抑制されてきているという現実も反映していることではないかと推察しております。

## 高齢透析患者対策

生活と治療の場の確保と制度化



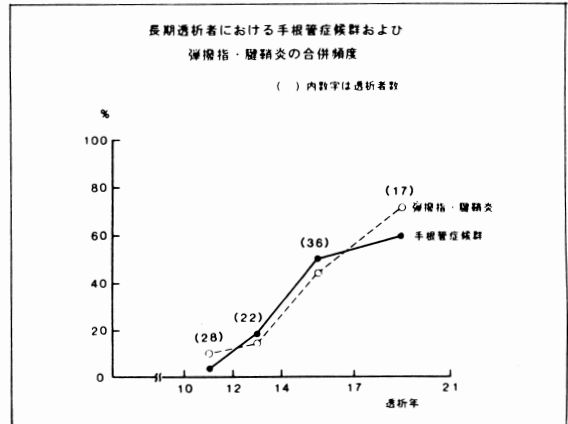
これは特養ホームに入っている患者さんで、腎不全を起こして、CAPDをやっているところですが、身体的に不自由な人や通院困難な高齢者ではこのような生活の場と治療の場が同時に保障されるというのが一番好ましい治療のあり方ではないかと思っております。もちろん、家庭でできる場合は最もいいわけですが、家庭を失ってしまっている人も数が多いわけでありまして、こういう場所がないと、入院治療を続けながらということになりますと、生活の場は失われてしまいますので、余り好ましいことではないと思います。

### 透析アミロイド症の対策

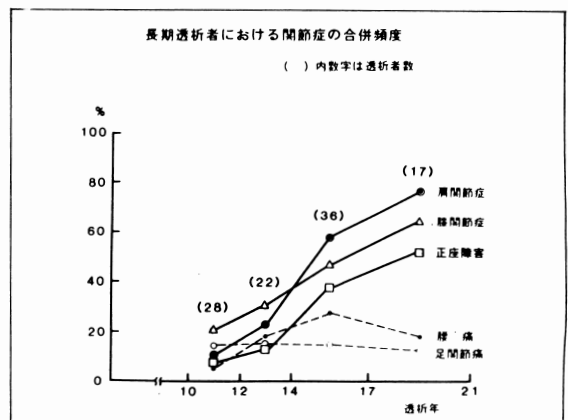
- ①高機能透析法の開発・普及
- ②生体適合性の高い透析法の普及

新しい合併症の問題でありまして、これから透析治療そのものについてかなり改革を図らなければならないと思われるのがございます。その代表であります、透析アミロイド症と呼ば

れるものがあります。対策としては、高機能透析法を開発・普及する必要があること、それから、生体、適合性の高い透析法を普及させる必要があると考えられます。



スライドはアミロイド症の症状の一つであります、手根管症候群とか、ばね指腱鞘炎というようなものの発生の割合を示しましたが、透析期間が長くなると急速に増加しておりまして、20年くらいになりますと半数くらいの患者がこういう合併症を起こしてまいります。



同じように、アミロイド症に基づくと思われる関節障害の合併頻度を示しました。肩や膝な

どに関節痛や関節の運動障害があり、また、正座ができないというようなことも起ってまいります。これも同様に、透析期間が長くなりますと、患者さんは急速に増加してまいっております。

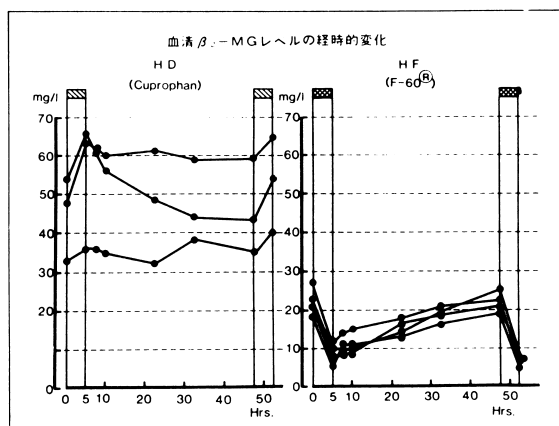


今申し上げましたのは、関節とか骨の障害とかという運動器の障害でありましたが、最近、61歳で肺炎を起こして亡くなった患者さんがおりまして、この人は前から関節の障害をもっていたのでありますが、剖検させていただいたところ、胃や腸の粘膜下、平滑筋層に非常に広い範囲のアミロイド沈着症を起こしておりました。少し緑色に光って見えるのがアミロイドであります。ほとんどの筋肉に非常に広範に沈着しておりまして、胃腸の働きの障害を起こしていたことに関係していたのではないかと推察されました。



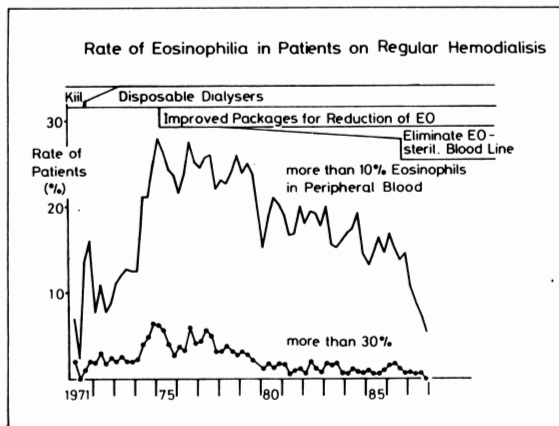
同じ患者さんの心臓の血管の壁でありますけれども、全周ではありませんが、少し膨れ上がってアミロイドの沈着を起こしております。もっと進めば強い血管障害を起こしてくると予想されるのであります。

今までは、運動器を主体にこの合併症が存在するというのはわかっていたのでありますが、そして一部では全身性にも起こってくるということも報告されていたのでありますけれども、全身性に、特に消化管の粘膜、あるいは粘膜下層、それから血管系にこのようかなり強くアミロイド沈着症を起こしてきたのは初めて経験いたしました。18年透析をやっている61歳の男の方でありましたがこのように全身性に起るとすれば、いずれ死因に直接つながってくる可能性があると思います。この対策は可及的に急がなければならないと考えます。



このアミロイド症の原因は、血液にたまってまいります $\beta_2$ -ミクログロブリン ( $\beta_2$ -MG) に由来いたします。本来は腎臓から処理される物質であります。一種の老廃物でありますけれども、これが現在の透析では取り切れておらない。スライドの左側の方は普通の血液透析であります。 $\beta_2$ -MGはかなりの高いレベルになっております。しかし、高機能膜を使った高機能治療法

を用いれば、右側の方に示したように、かなりのレベルまでは下げられると最近では思っております。ですから、さらに材料のいい透析法の進歩に期待したいと思っております。それによって、多分、かなり抑制可能な病態ではなかろうかと考えております。



スライドは昭和50年ころから問題になりました好酸球増多症の経緯を示します。初めは、原因はわからなかったのですが、間もなく透析材料のエチレンオキサイドガス(EOガス)による消毒によって起こってくるということがわかってきたのであります。1971年ころからEOガス消毒の材料が使われ始めました。そういたしましたら、好酸球増多症を起こしてくる人たちが急増してまいりまして、そのうちの何割かは透析時に過敏症を起こして、呼吸困難とか血圧低下とか、いろいろな副作用を起こしたわけでありまして、EO消毒でない材料を次第に用いるようになりまして、そのうちEOガス消毒でないものは保険料を加算されるというような対策も加わってまいりまして、EOガス消毒でない材料が積極的に使われるようになってまいりまして、ごく最近では、血液の好酸球数はほぼ正常化してまいりました。しかし、この好酸球増多症や過敏症がほとんど解決されるまでに

10年以上かかっているわけでありまして。さきほどのアミロイド症もこれと同じように、もう何年かたてば、その発生を効果的に抑制することができるのではないかと期待しているわけでありまして。

### 透析患者の社会復帰の促進

#### (1) 医学的課題

体活動の増強対策

骨・関節症の予防対策

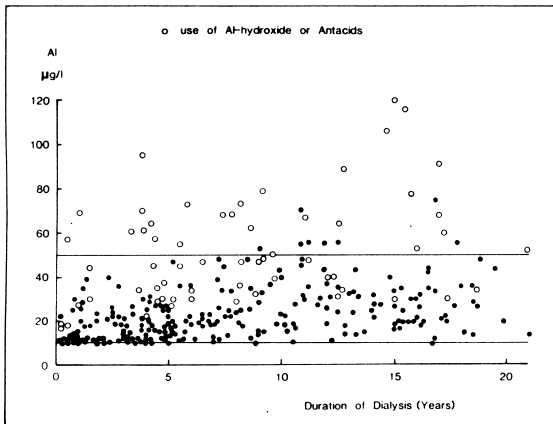
#### (2) 社会的課題

雇用促進対策の充実

それから、長期透析に伴うもう一つの問題は、社会復帰が現実まだ余りよろしくないということでありまして。患者さんにとってはこれが一番大きな希望なのであります。これには医学的課題と社会的課題があると思っております。医学的な課題は私どもの責任であります、アミロイド症などによって骨とか関節に症状があって、それで復帰がうまくいかないということがあります。それから、体の活動力が低いということもあります。幸い、この活動力の低い方は、エリスロポエチンが遺伝子工学的につくられて、この臨床応用が今検討されております。その意味では、間もなくかなりの解決をみるのではないかと思います。

社会的課題の方こそ、非常に難しい問題を含んでおりまして、実際、雇用促進対策というのは国でもいろいろやっていますけれども、なかなか内部障害患者さんの方には十分にそれが及んでおらないというのが実態でありまして、多くの関係の方々にお考えいただければと思うわけでありまして。

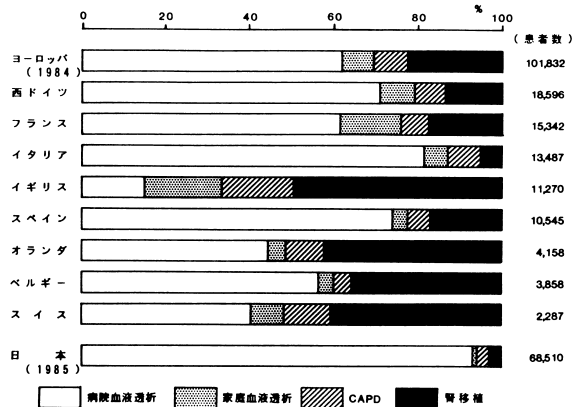




スライドはアルミニウムの血中濃度を私どもの患者さんで示しておりますが、なお50マイクログラム／リッターを超えている人たちがいるということでもあります。この大部分はアルミニウムを含む薬を服用しているためであります。この中で100を超えているようなレベルが長期に続けば、脳の障害とか骨の障害を確実に起こしてくると思われるのでありまして、医学的な対応ももう一つ進まなければならないと思います。幸い、今回の医療費改定により水道水の逆浸透処理が健保で認められましたので、透析液の中のアルミニウムはほとんど除くことができるということで、アルミニウムの中毒からの予防がこれからは相当可能になると思います。

やっている私どもの立場にしても非常に大きな希望でありますし、患者さんの希望も最近はずます大きくなってきているわけであります。この対策としては、1つは、地域的な腎バンク活動を推進するという。それから、正しい移植ができるようなシステムを確立するということが必要と考え、現在、透析医会ではその方向での努力を続けているわけであります。もう一つは、実際の移植を進める上で一番大きな障害になっております提供協力医の名誉、あるいはメリットを保障する方法がないかということでもあります。これがないと、どうしてもこれからは強力にこの対策を進めるのは困難になると思います。

透析療法および腎移植による生存者数と割合



**腎移植治療の普及対策**

- (1) 腎バンク活動の推進
- (2) 地域的腎移植システムの確立
- (3) 臓器提供協力医の名誉とメリットの保証

スライドはいろいろな国の慢性腎不全の患者が、どういう治療によって現在生きているかという割合を示しております。一番下が日本でありまして、ごらんのように、諸外国に比べまして、日本は極端に移植患者数が少ない。それから、家庭透析をやっている患者さんの数も少ないというのが現実でありまして、これはどうみても不自然な姿でありますし、患者さんの要求にもこたえていない姿であります。この実態を取り組み対象として、これからは真剣に考えて

移植治療を普及させたいというのが、透析を

いかなければならないことではないかと思っております。

#### 透析医会の事業の現況

1. 適正透析の実施  
導入時期、維持透析の内容
2. 合併症対策  
実態分析、地域的対策
3. 適正な保存期治療の普及
4. 災害時の透析医療対策
5. 腎移植推進に対する協力活動
6. 透析スタッフの研修活動
7. その他

最後になりましたが、今までお話し申し上げました現在の腎不全医療における課題を透析医会は取り上げまして、スライドのような事業を現在展開しております。1つは、正しい透析をやるため、導入期、あるいは維持透析の適正化あるいは合併症の対策、こういうものに取り組んでいくということで進めております。適正透析については、地域的に検討機関を設けて、皆さんに協力いただくということをやっております。合併症の方は、実態を分析して、地域的な

対策を検討してゆくことにしております。ご存じのように、透析治療は単一医療機関でできる仕事ではないのでありまして、いろいろな機能をもった施設の共同作業によって初めて実績を上げることができる医療であります。入院治療対策を含めて、この地域的対策を重要視しなければならないと考えております。それから、特に糖尿病の保存期治療の重視というのはこれから非常に重要なことになるのではないかと思います。それから、災害時の透析医療対策。これは具体的に対策案をつくるということで作業を進めております。腎移植推進に対する協力活動、これは先ほど申し上げましたような課題についての具体的な協力活動を各地域で進めるということが今進められております。スタッフの研修活動、これは現在一番力を入れてやっておりますのは、透析技師の国家ライセンスをとるための教育活動であります。そのほか、いろいろな関係団体との協力活動などを進めているというのが現況であります。

問題点の取り上げ方になお不十分な点が多かろうと思うわけですが、透析医の立場として医道に立脚した取り組みを真剣に展開していきたいと考えております。どうぞよろしくご指導、ご協力をお願い申し上げる次第であります（拍手）。

●司会 平沢先生、どうもありがとうございました。

ただいまのお話にも出てきましたように、慢性透析を受けている患者さんの根治療法として望まれるのは、何といたっても腎移植でございます。いろいろ話題も多いことですが、腎移植を中心に慢性腎不全対策ということにつきまして、女子医大の太田教授からお話を伺いたいと存じます。太田先生、よろしく申し上げます。

## ●太田

女子医大の太田でございます。また、当会の理事で腎移植推進委員会の委員長をさせていただいております。きょうは腎移植の現状をご紹介すると同時にどのようなことが問題になっているかという点につきまして、ディスカッションの話題を少し出させていただきます。

皆さんもご存じのように、腎移植はこのようなところに腎臓を植えます。よく、腎臓をとってかわりに新しい腎臓を入れるというようにお考えの方がいらっしゃると思いますが、普通は自分自身の腎臓には手を触れずに、ちょうど盲腸の裏あたりのところに提供された腎臓を植える術式が選ばれています（図1）。

この腎移植に最近大きな変化が起きました。その動機になったのは、ここにありますサイクロスポリン、ないしはシクロスポリンという薬の登場です。これは抗生物質ですが、我が国には数年前より輸入されるようになり、治験を行い、現在は一般的に広く使われるようになってまいりました（図2）。

この薬は非常に有効で、拒絶反応を抑える力からいいますと、従来のアザチオプリン、(イムラン)より遙かに強力で、アザチオプリンだと拒絶反応を全く起こさない症例が30%前後でしたが、この新しい薬を使いますと、60%ぐらいが拒絶反応を起こさないで済む。またたとえ、起こした場合でも、大部分はまたもとに戻せるというところから、非常に有力な薬として注目を浴びているわけです。

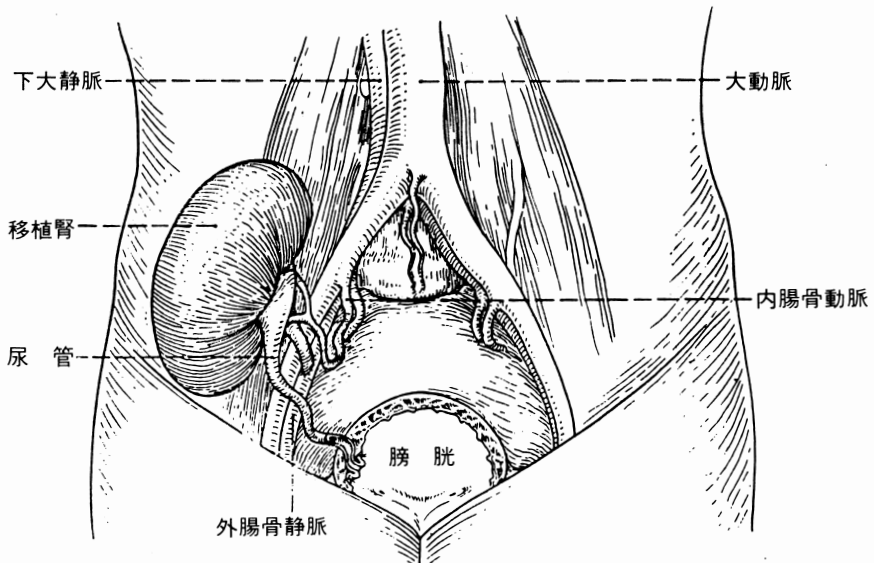


図1 腎移植の手術方法

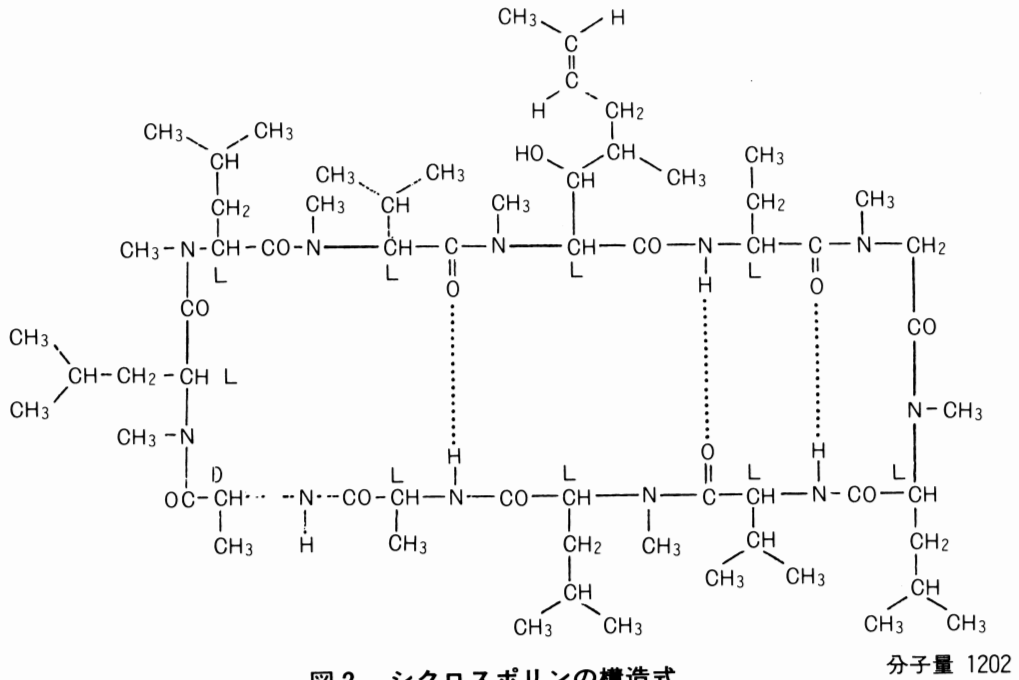


図2 シクロスポリンの構造式

ただ、この薬には腎障害を起こすという欠点があります。腎臓を植えて腎臓の障害を起こしていたのでは何もならないのではないかといわ

れますが、確かに非常に大きな問題です。しかし、これも薬の投与量を工夫することによってかなり克服されております(図3)。

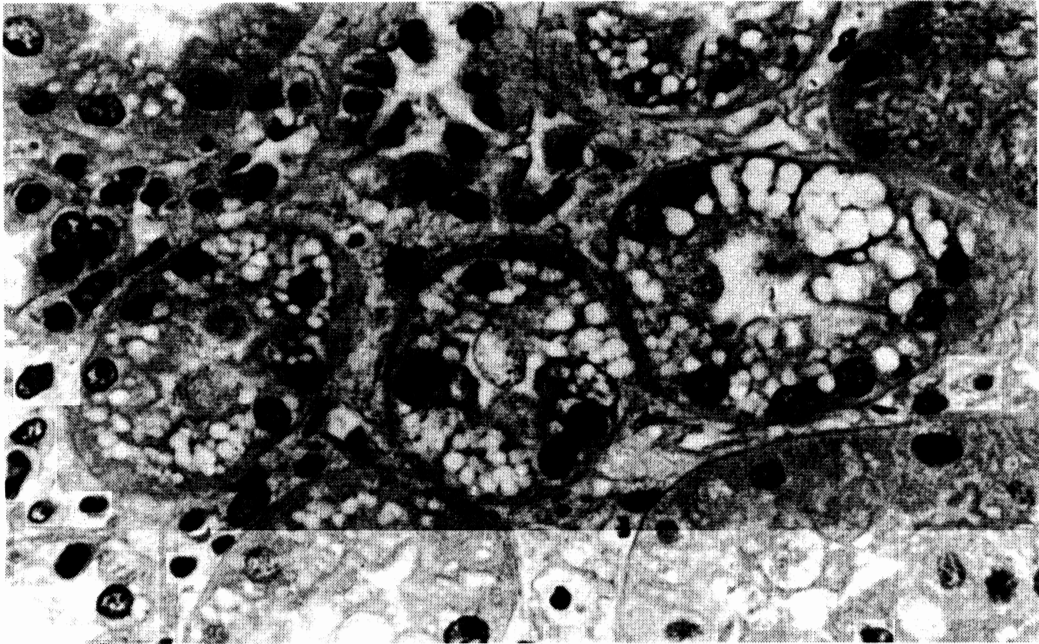
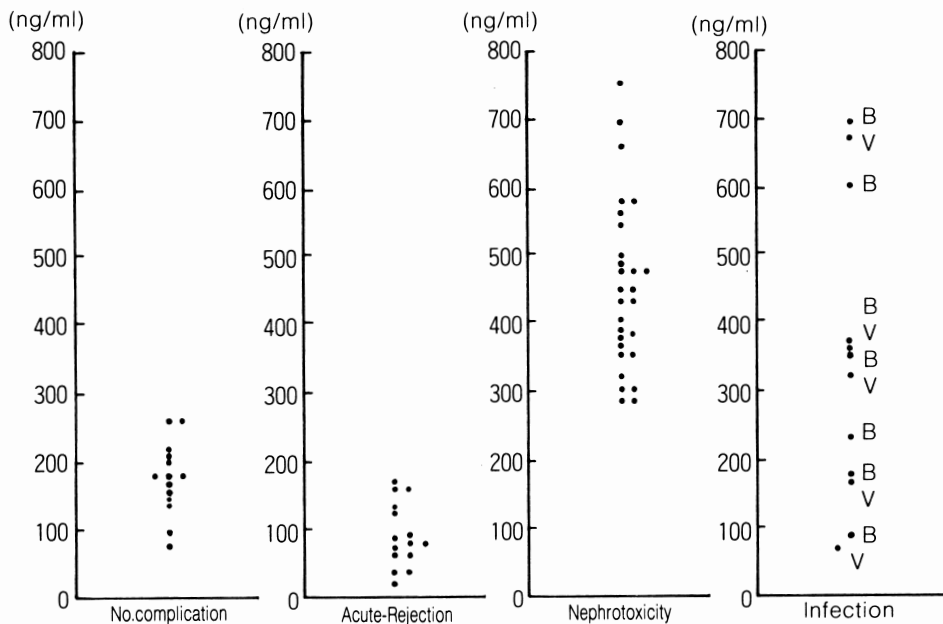


図3 移植腎の組織変化

これはその一つの例ですが、一番右側が急性拒絶反応を起こした症例、この場合は薬の血中値が非常に低いところにあります。また、真ん中の高いところにあるのは、腎毒性が見られた症例です。すなわち、血中のレベルが高いときには腎毒性を起こす。低過ぎると拒絶反応を起こすということになります。また一番左側は感染をおこした症例です。感染症例は低いところにもありますが、高い方で起こしやすい。このようなところから、薬の血中値をはかりながら薬を投与していきますと、こういった副作用はかなり防げるということがわかってきて、この有用性が確定しているわけです(図4)。

もちろん、この薬を使えばすべてがうまくいくわけではなく、やはりいろいろと副作用が出ます。そのため、例えば私どものところでもこの薬を450例ぐらい使いましたが、そのうち355例について、この薬を使った患者がその後どのような経過をとったかをみますと、CYA、これはサイクロスポリンの略ですが、実際にサイクロスポリンを使い続けていたという症例はわずか15%しかありません。一番下に「Combination」と書いて、大部分の症例はほかの薬との併用によっています。特に最初に出ましたアザチオプリン、その薬とこのCYAの両方を併用すると、割合副作用もなく、また免疫抑制の面でもうまくいくようです(図5)。



特に問題のない症例は200ng/ml前後、急性拒絶反応は200ng/ml以下、腎毒性は300ng/ml以上、感染症は広く分布するが200ng/mlより高いものに多い。なお、Bは細菌、Vはウイルス感染を示す。

図4 Ciclosporinの血清濃度 (trough level)と副作用、合併症

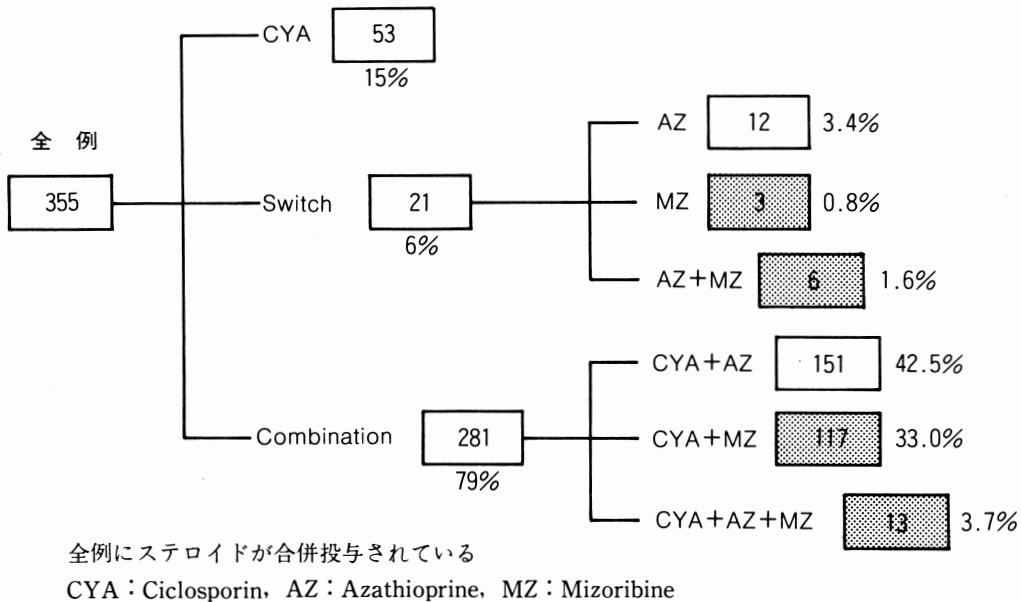


図5 CYA例における免疫抑制剤の推移

そうこうしておりますうちに、また一つ有力な薬が出てまいりました。これはOKT3という薬で、MUROMONAB-CD3というのが一般名ですが、通称、OKT3という方が通りがよいのでこれを使います。この薬はヒトのT細胞の持つ表面抗原であるCD-3に対するモノクローナル抗体でハイブリドーマを使ってマウスの腹水としてつくった薬です。拒絶反応のときの主役を演ずるヒトのT細胞にこれが作用すると、その細胞の機能をなくさせてしまうという薬です。これは拒絶反応を抑えるのに非常に有効な切れ味のいい薬で、この薬の出現によって、さらに移植の成績が向上しました(図6)。

このようにいろいろな薬が登場してきたため、腎移植の成績は大幅に向上しました。従来ですと、生体腎移植で1年生着が70%前後、死体腎で40~50%といわれておりましたものが、最近では生体腎は5年で80%ぐらい、死体腎も70%ぐらいとそれにほとんど劣らない成績が出るようになってきました。患者が生きている、すなわち生存率で見ますと5年でも90%以上という成績が出ております。このようにして、腎移植がかなり安全で、しかもいい生着率が得られるという時代になったわけです(図7)。

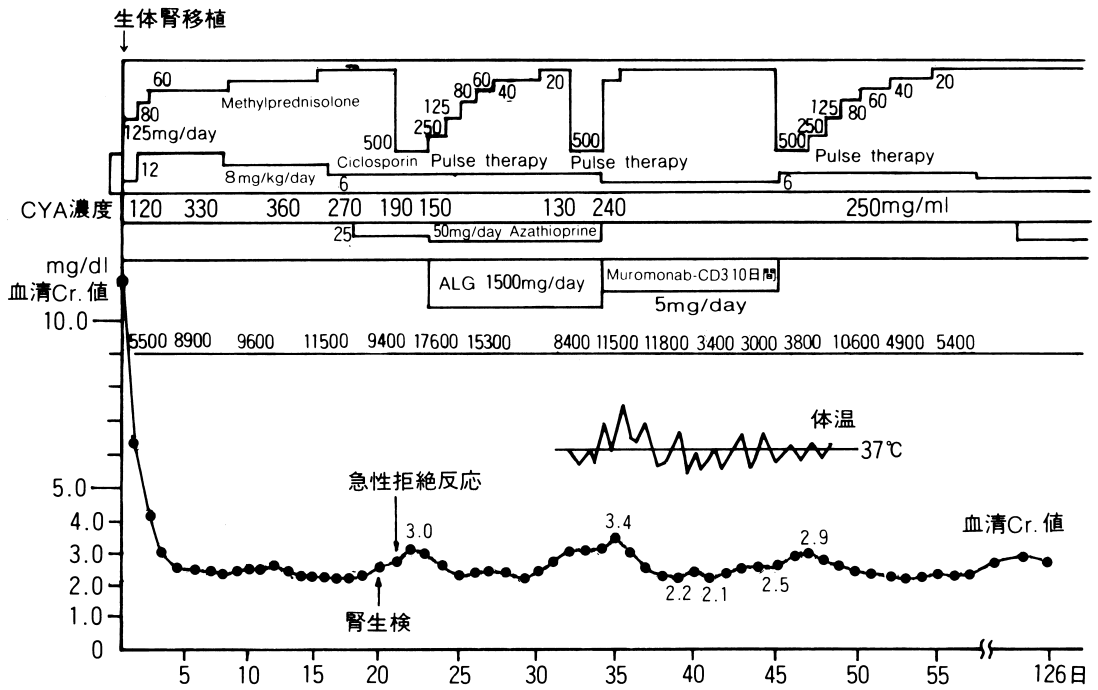


図6 症例1の臨床経過

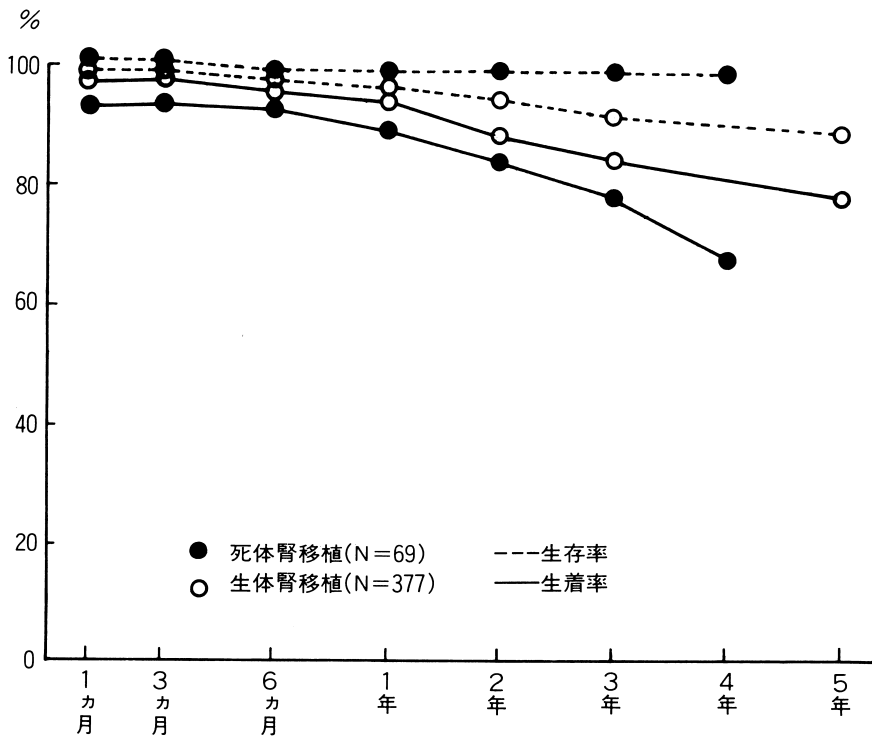


図7 腎移植の成績 (CYA例)

もちろん移植した患者が亡くなったり、腎臓が拒絶反応でだめになったりすることはまだまだありますが、私どもがサイクロスポリンを使って実施した446例のうち18例の方が亡くなっています。脳卒中あるいは肺炎、なかには自殺という方もありますが、この方は腎臓の働きがありながら自殺してしまいました。

それから、何らかの理由で腎臓がだめになってしまったというのが生体腎377個で39個あります。アザチオプリンの時代には急性拒絶反応で駄目になる例が多かったのですが最近、むしろ慢性拒絶反応が多くなってきております。その次に多いのが一番下の死亡です。これは患者が亡くなったために腎臓がだめになったという例です。その次が急性拒絶反応ということで、従来とはかなり様相が変わってきております。

では、そのよくなった理由を考えてみると、まず一つは、薬がよくなった、新しい薬ができてきたということが取りあげられます。次に、感染症などに対して使える薬がいろいろとふえてまいりました。そこにインターフェロンとかアシクロビル、その他γグロブリン製剤などが並んでおりますが、こういう新しい薬が出てきたために、従来でしたら手をこまねいていたような感染症を治すことができるようになってきました。それから、上の方にあるCTとかエコーとか、そういう新しい診断技術がいろいろと導入されてきました。そのために感染症なども早くみつけることができるようになったわけです。

次に、新しい型の手術といえますか、カテーテル手術などが導入されております。そのために、従来ですと消化管出血を起こすと、開腹して胃を切り取って血をとめなければならなかったのですが、そうしますと、いろいろと合併症を起こしやすく、たとえば縫ったところつかないというような問題がありました。ところが、

最近ではそういう場合にカテーテルを用いて血管を閉塞させ血をとめるとか、内視鏡を使って局所にアルコールを注入してそれをとめるなど、開腹手術をしないでやる治療法がいろいろとできてきました。そのため移植患者にとって非常に危険な操作である手術をしないで済ますことができるので、またさらに成績が上がったわけです。

最後に、医療レベル。いわゆるICU的な治療を含めた医療レベルが非常に向上してきたことも成績がよくなったというような理由の一つでしょう。これらの総合的な結果として成績の向上がえられたと考えられます(表1)。

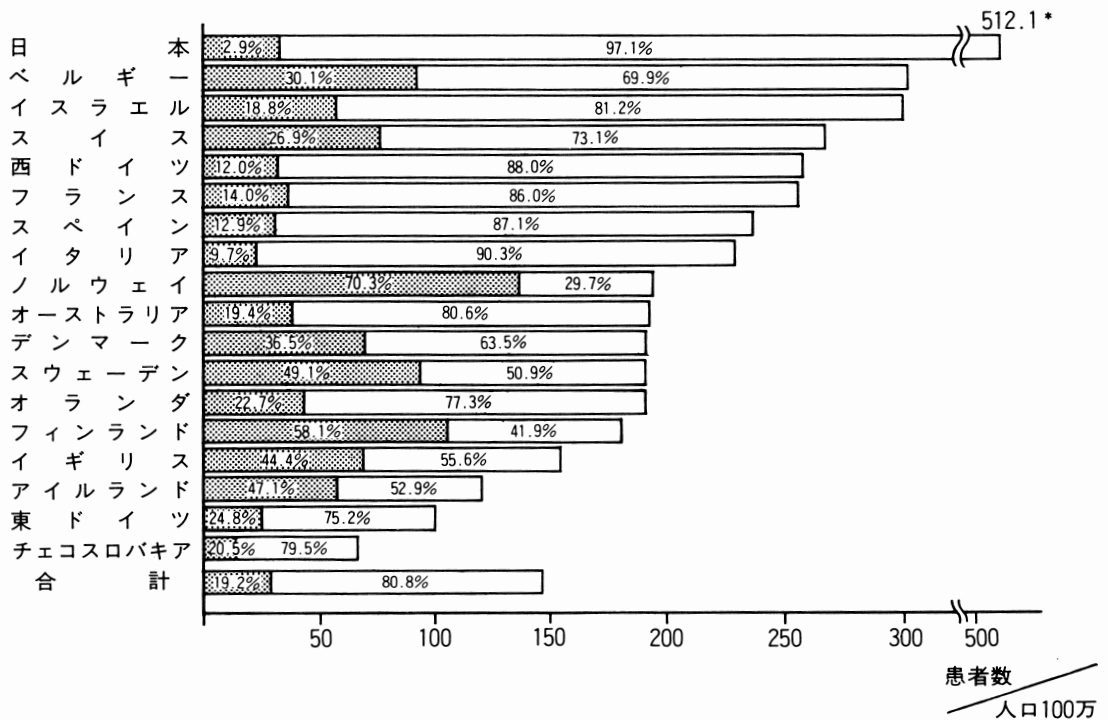
図8は欧州各国と日本の透析、移植の普及をみたものです。我が国で移植が非常に少ないところを示しております。例えば、ノルウェーのような国では、透析で生きている人がわずか3割、移植で生きている人が7割というように、腎不全になったら、移植で生きている人が普通で、透析で生きている人は一部であるという割合になっております(図8)。

そこで、いつも問題になるのは、日本で臓器移植がなぜ進まないかということですが、その一つとして、まず脳死が認められていないということが挙げられます。腎移植は脳死でなくてもできるということになってはいますが、心臓がとまってから1時間以内に臓器を冷やさなくてはならない。そうしますと、実際には心臓がとまってからご遺族にお話をし、了解が得られた後、摘出のためのチームが来院して臓器をいただくということでは、臓器を冷やすまでに1時間以内というのはほとんど不可能に近いわけです。私どもの調査でも、亡くなってから話がついて臓器が提供されたのはわずか2～3%で、



表1 腎移植の成績が向上した理由

1. 新しい免疫抑制剤（法）の登場	3. 新しい診断技術の開発
①シクロスポリン、ミゾリピン ②ALG, モノクローナル抗体 ③ランダム輸血, DST ④アフエーシス ⑤リンパ系分割照射 (TLI)	①CT, エコー, NMR ②吸引生検法 ③免疫学的モニタリング
2. 新しい治療薬剤の登場	4. 新しい治療技術の導入
①インターフェロン ②アシクロビル ③各種抗菌剤, 抗PC剤 ④各種ガンマグロブリン製剤	カテーテル手術 a) 塞栓法による止血, 腎摘 b) 血管形成 c) 尿管形成
	5. その他
	①経験の積み重ね, 治療のシステム化 ②一般医療のレベルの向上



\*日本のデータのみ1984年12月31日現在

図8 各国における透析患者の移植患者との対比 (1983年12月31日現在)

90何%は脳死の段階でお話がついているということです。すなわち、脳死を死として、そこでお話をし出してくれなければ実際の臓器提供には結びつかないというわけです。また皆さんもご存じのように、脳死というのは非常にわかりにくいということがいわれますが、呼吸をしていない人たち、要するに呼吸をする中枢である脳幹の部分まで含めた脳全体がだめになった人たちで、大脳がやられても脳幹部が機能している植物人間とは明らかに違います。

よく新聞紙上などに、脳死からの生還とか、脳死が助かるとか、いろいろと出ますが、実際、私どもが定義しております脳死というのはもっと厳格なもので、まず必須条件を満たさなくてははいけない。すなわち、器質的に、はっきりと脳が壊れているという証拠がなくはいけない、深昏睡など臨床所見ばかりでなく、まず原疾患が確定していなくてははいけない。さらに、回復不能であるということがはっきりしているものに限るということです。

また、脳死で意識を取り戻したというようなことがしばしば報道されますが、これは厳格な意味での脳死の条件に合っていないということが多いわけです。特に急性の薬物中毒や、薬を使っている状態とか、低体温、このような場合にも脳死と類似した状態が出ることがあります。私たちが考えている脳死は、そういうのを除外しているのです。(表2)。

心停止後1時間以内に腎臓を冷やした状態に置くことができれば、後はかなり長くもちます。心臓死でも1日くらい、脳死の場合には2日ぐらいいまではこのような簡単な装置に入れて冷や

しておいてももちます。

さらに循環装置にかければなおよくもって、現在1週間に向かってチャレンジをしているという段階です。

## 表2 脳死判定基準

### 1. 前提条件

- 1) 器質的脳障害により深昏睡および無呼吸を来している症例
- 2) 原疾患が確実に診断されており、それに対し現在行いうるすべての適切な治療をもってしても、回復の可能性が全くないと判断される症例

### 2. 除外例

- 1) 小児(6歳未満)
- 2) 脳死と類似した状態になりうる症例
  - (1) 急性薬物中毒
  - (2) 低体温
  - (3) 代謝・内分泌障害

### 3. 判定基準

- 1) 深昏睡
- 2) 自発呼吸の消失
- 3) 瞳孔
- 4) 脳幹反射の消失
- 5) 平坦脳波
- 6) 時間経過

※上記(1)~(5)の各条件が満たされ、6時間経過後の変化を確認。

脳死の状態で摘出した腎臓の大部分はすぐに尿を出す、心臓死の場合はしばらく尿が出ないものが多い、このすぐ尿が出る、出ないという2つに分けて成績をみると、植えてからすぐ尿が出たというものは、死体腎すなわち献腎の場合でも91%の4年生着が得られている。しかし、腎臓が傷んでしばらく尿が出なかったという場

合には63%しか生着しておりません、そういうことで、植えてすぐ尿が出る腎臓は生体腎よりむしろいい成績が得られているというのが現状です(図9)。

それではなぜ臓器提供が進まないのか、これにはいろいろ理由があると思います。私は透析

と移植と両方やっております関係上移植を受けたいという透析患者さんの気持ちも非常によくわかります。そんなことから移植を推進する努力をしているわけですが、腎の提供に直接ご協力いただく脳神経の医師は移植について特に積極的な必要性はありません。そこで、受持ちの患者が脳死になってもなかなか遺族にお話をしてくださらないということになります(図10)。

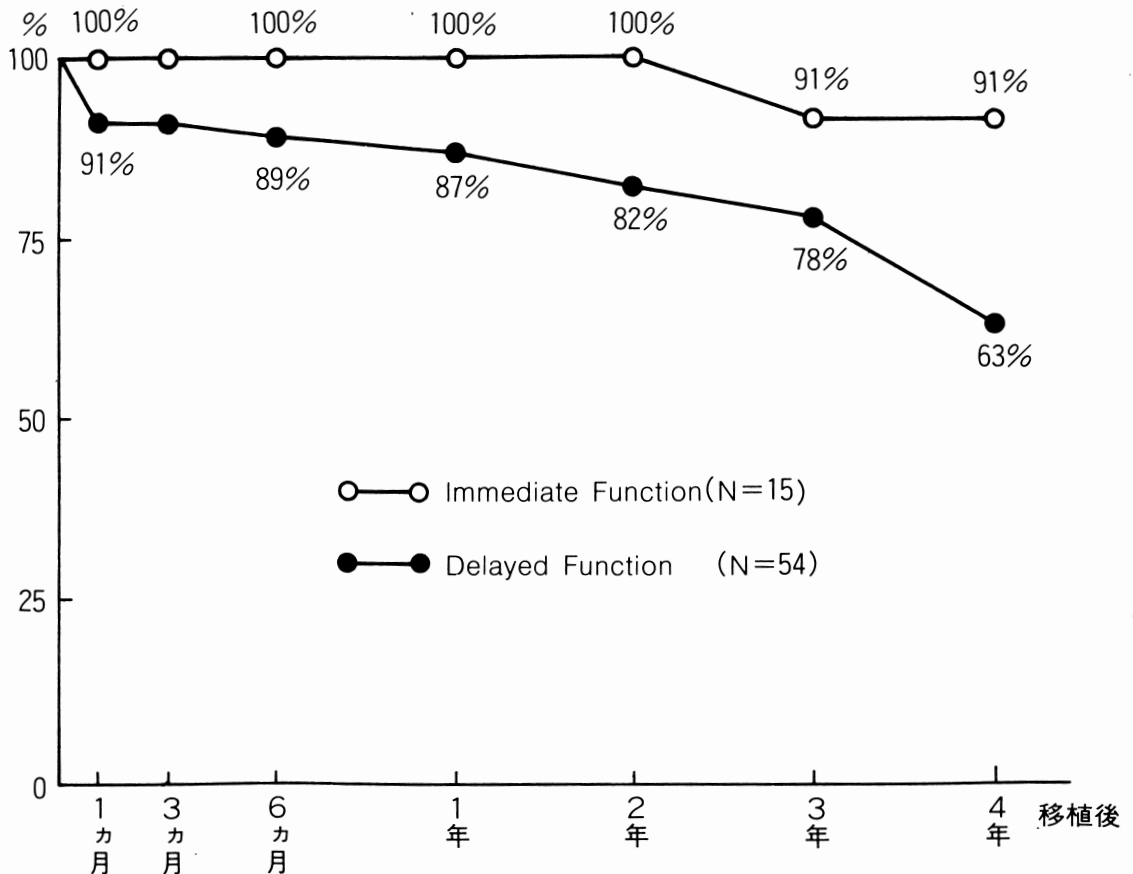


図9 死体腎移植における腎機能発現様式と生着率

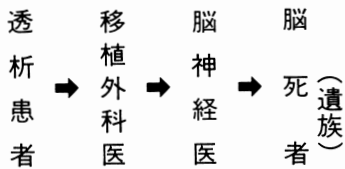


図10 臓器の入手を困難にしている条件

たしかに、脳神経の医師の立場になって考えてみると、積極的な必要性はありませんし、身内の方が亡くなって悲しんでおられる遺族に話にくいというようなこともあります。また、ちょっと表現は悪いのですが、報いられない余計な仕事になってしまうということです。さらに、訴訟に巻き込まれたりすると困る。ないしは院長から、「トラブルがおきると困るからそういうことはやめておきなさい」といわれると、それ以上は動くことができない。こんなことから、なかなか臓器提供が実現しません（表3）。

表3 脳神経医が臓器提供に積極的でない理由

1. 積極的な必要性がない。
2. 遺族に話にくい。
3. 報いられない余計な仕事になる。
4. 訴訟に巻きこまれる心配がある。
5. 院長の許可が得られない。

次に、臓器を摘出する現場を考えてみますと、移植医の立場からいわせてもらえば、まず連絡が間に合わないという場合がしばしばあります。また、承諾を得るのに時間がかかる。手術室が、ふさがっていて、いざそのときに利用できない。また準備が間に合わないということもあります。そのほか、病院のスタッフは摘出手術に経験が少なく、摘出にいったチームは向こうの病院の事情がよくわからない。さらに、お互いに人間

関係がない場合が多いということから、ぎくしゃくしてうまくいかないということが起きがちです。摘出する側としては、何とかして臓器の役に立たせたいということから、つつい急いで態度や言葉が荒くなってしまうということもあります。さらに、東京ですと監察医務院がありますし、また交通事故などでは、警察の了解がえられないことも多く、このようなことからもうまくいきません（表4）。

表4 臓器摘出の現場でおきる問題

1. 連絡が間に合わない。
2. 承諾を得るのに時間がかかる。
3. 手術室が使用できない、準備が間に合わない。
4. 摘出病院のスタッフが不馴れ。
5. 摘出チームが提供病院に不馴れ
6. 両者間に人間関係がない。
7. 急ぐあまり言葉や態度が荒くなる。
8. 警察および監察医務院の了解がえられない。

しかし、現実提供していただけると、素晴らしい結果が生まれます。これは一例ですが、1人の方からの提供で2人の方に臓器を植えて、しかもそのお2人がそれぞれ子供を3人と1人合計4人おつくりになっているという、こんな現実もあるわけです（図11）。

特に小児の場合は、移植が大切で、腎は成長に欠かすことができない臓器です。ごらんのようにこの患者は足が曲がっております。頭の割合に体が小さい。このように発育が悪い。これは移植をした直後の写真ですが、こういう方も移植すれば翌年から学校に行けるようになりまして、足の曲がりも大分治ってきています。この



図11 一人の腎が2人に植えられ4人の子供ができた。

写真の2人はともに腎移植を受けておりますが、このようなことで非常に元気になります。

腎臓移植を行ない、無事に成長を続けることができるようになりました。

先天性ネフローゼという病気があります。この病気では生まれつき尿に蛋白が漏れて1~2才で死亡してしまいます。この患児は1日に100グラム近く蛋白が漏れるという大変な重症例で、蛋白を補っても間に合わないので、とりあえず両方とも腎臓を摘出してしまいました。それからCAPDという新しい腹膜灌流法で3年間維持しまして、体重が9キロぐらいになってから、

透析療法は対症療法です。しかし移植は根治療法です。特に子供たち、それから将来ある若い人達、こういう方はやはり移植して病気を治していくということがぜひ必要だと思いますし、また、私どもとしましてはこれを推進していくことが、透析に関係した医師としても非常に大切なことであると考えております(拍手)。

●司会 どうもありがとうございました。

次は、透析その他、医療用具を供給していただいているメーカーのお立場から、日本人工臓器工業協会・森合会長さんのお話を伺いたいと思います。森合さん、よろしく願いいたします。

●森合

私、日本人工臓器工業協会(工臓協)の会長の森合でございます。工臓協は、できましてから来年でちょうど10年になるわけでございますが、現在加盟各社が32社になっております。この中で透析に関連するお仕事をやっておられる会社が約13社入っております、人工腎臓部会というようなものをつくりまして、日常いろいろの活動をやっているような次第でございます。

人工臓器ということでございますので、先ほどお話がありましたような移植に関連したような、あるいはまた薬に関連したようなお仕事は、私どもとしては直接関与していないわけですが、広く世情一般に人工腎臓、このようにいわれておるダイアライザー、回路、機械装置、その他もろもろの用具的なもの、薬事法でいわゆる医療用具といわれておりますものを製造販売し、医療機関を通じて患者さんにお届けしている、このような仕事をやっている団体でございます。

こういうお仕事は、さかのぼると歴史的には非常に古くなるわけですが、最近の情勢で申し上げますと、日本の人工臓器の関係は非常に進んできております。これは、生体に関連した高分子材料、あるいは特殊な膜分離の技術、あるいはまた、最近いろいろいわれておりますエレクトロニクス関係の機器関係の進歩、このようなものに支えられまして、この関係はそういう新しいテクノロジーを入れた製品が続々と生まれているような状態でございます。そのようなものが、結果的には医療機関を通じま

して患者さんの方にお届けできているということでございます、そういうことでみますと、日本のこの関係は、世界的にみても目覚ましい進歩・発展を遂げているのではないかといいても過言ではないと思います。

特に私どもはその中で、ダイアライザーというようなことがマスコミ等でも過去話題になったことがございますが、こういう関係では世界の供給基地のような形もある面ではもっております。昔は随分と輸入されておったわけですが、最近は国産の一貫メーカー、ないしは加工メーカーの製品が非常に多くシェアを占めるようになりまして、そのほかに、世界に相当輸出されているというような状況でございます。徐々に輸入されているものが減ってまいりまして、大体10%くらいになってきているのではないかと思われますが、いずれにしても、日本のこの関係のメーカーの開発力、あるいはまた供給力は抜群ではないかと、業界としてはいささか思っておる次第でございます。

我々は器具関係をやっている関係ではございますが、広く透析療法の社会的なあり方、制度のあり方というような問題について、どうしてもビジネスとして考えざるを得ないというような立場に置かれておまして、日本のみならずアメリカ、あるいはまたヨーロッパの透析医療の背景になっている制度的な問題は今どのように変わっているのか、あるいはまた、今後いろいろの国がどういう政策をとろうとしているのかというようなことを非常に関心深く見守って

いるような次第でございます。我々は単に利益を追求する一つの企業ではございますが、一方では、社会的に透析医療を陰で支えている力になっているという自負をもっておりまして、そういう意味で、各国の透析療法の背景事情については、我々もいろいろ勉強しているような次第でございます。

各国とも、この透析医療は、一口でいいますと、いわゆる高度先進医療というような位置づけが従来はされておったと思います。現在もそういう位置づけが大体定着しておると思いますが、それは相当普及してきた先進医療であるというようなことで、いろいろの角度から透析医療については見直しを迫られているということもまた一つの現実ではないかと思えます。そういう高度医療ということは、相当物の関係を装置、あるいはそのほかの設備としてもたざるを得ないというようなことで、投資型の医療になる。当然、高額医療になる。このようなことで、各国とも医療費の膨張に対する政策として、透析の問題はどうするかということが一つの痛い問題になっているのではないかと思うのでございます。しかし、この辺は国の経済的な所得、ないしは民力というようなことで、各国とも透析に関連する政策はまちまちのように見受けられます。日本は、そういう立場で考えますと、非常にうまくシステムが動いている国ではないかと考えております。先ほど来お話がございましたように、医療、医学の非常にすばらしい先進的な進歩、我々メーカーの開発力、制度的なサポート、こういう3つのファクターが非常にうまく機能して、日本の透析がうまくいっているのではないかと、我々はこのように理解しているような次第でございます。特に制度の面については、私どもとしましては、先ほど申しましたように、非常に興味深くみておるような次第でございます。

こういう角度で各国別の状況を少し概観してみたいと思うわけではございますが、アメリカの場合は、透析の分野につきましては開発先進国でございました。一時は国家的な開発プロジェクトもつくりまして、世界をリードしたという時期があったわけではございますが、その後、メディケアのシステムの一環として透析が入っているわけではございますが、1986年に至りまして、メディケアの中に入っている制度にDRG、あるいはまたPPSというような診断群別の定額払いの制度を導入するということが行われるようになりまして、この前後からでございますが、私どものみ見る範囲では、透析の質の方が大分様子が変わってきているのではないかというような感じがいたします。

アメリカの場合は、医療ビジネスとして非常にいろいろの仕事が花盛りではございますが、こと透析に関しましては、どうも質の方は少しおかしくなっているのではないかというような感じがいたすわけではございます。端的には、透析器の再使用、再使用ということが非常に頻繁に行われるようになってきておりまして、医療機関のうち6割くらい、実際にダイアライザーの再使用その他、4回から6回くらいは普通になされるというようなことになりまして、で患者さんの方にもはね返ってきているように短い時間に経済的な効率を上げた透析をするということで、そういうしわ寄せがいろいろの面見受けられました。

また一方、私どもの物の立場から申し上げますと、アメリカは開発先進国ではございましたが、現在アメリカで膜から一貫して製品を手がけている、ダイアライザー透析器を手がけているという会社はわずか1社になってきております。大分撤退した会社もできてきておりまして、これは必ずしも我々の立場だけがこのよ

うなものに非常にかかわっているわけではございません。社会的にいろいろファクターがあるわけですが、そういうことになってきております。

昨年の初めには、ダイアライザーの再使用問題につきまして、上院でいろいろ問題が取り上げられまして、FDAの方は再使用を事実上公認するというような方向で腹を固めまして、マスコミ等でもにぎやかな話題になったわけですが、そういう面を考えますと、経済的な面に走り過ぎて、透析の医療の質が大分おかしくなっているのではないかと考えているわけでございます。

ヨーロッパ諸国の方は、経済圏としては一つのまとまりをもっておりますが、各国で透析関係の制度はばらばらでございますが、保険機構との契約ベースで運営している国、あるいはまた年間予算で運営している国、いろいろございます。一部の国では、アメリカと同じように再使用等も非常に盛んになっておりますが、ヨーロッパ全体ではまだそんなに再使用は行われておりません。いずれにしても、日本に比べれば大分様子が違うということがいえるかと思えます。

こういうことで、世界を振り返ってみますと、先進国以外の韓国、台湾、そのほかの経済開発国も、徐々に透析分野では患者さんがふえるようでございます。これは、日本、ヨーロッパ、アメリカ等とはまだ比較になりません。韓国等においてもまだ3,000人くらいでございますので、実際に恩恵を受けている患者さんはまだまだ少ないわけでございます。

私ども、常日ごろ感じておりますのは、そういうことで、システムとして制度がうまく運営

されているということに感心しているわけですが、これはどういうことかと考えますと、国の公的な保障制度の中の位置づけがしっかりしているということがいえるのではないかと。体系としましても、技術料の中に人工腎臓というものがきちっと点数がつけられ、また、その中で物としての材料費がきちっと金額が決められている。こういう国は世界ではないわけですが、そういう技術的な位置づけ、ないしは物の取り扱いが非常に明確にされているという仕組みになっておりまして、そういう意味では、この建前は日本の特色でもあり、また透析医療を支えている根幹ではないかと理解しておりますので、こういういい点は今後とも維持発展させるべきではないか。こういうことで透析の質が守られる、あるいはまたダイアライザー、その他の材料費がきちっと決まっているということで、我々も安心して一つの事業を進めることができ、またこれが患者さんの方のベネフィットにつながっているわけでございますので、ぜひ今後とも、そういう根幹を崩さないような考え方が必要ではないかと考えています。

メーカーの責任ということを中心に触れてまいりますと、1つは、メーカーとしてダイアライザー、その他透析用具についての供給責任でございます。これは、先ほどいいましたように、日本の開発関係のメーカーが非常にしっかりした体制をつくっておりますので、オイルショック時のような入手難に陥るとか、供給が不安定になるというようなことは全然ございません。むしろ、日本の供給メーカーが世界に対する供給を少し手控えた場合に、世界がどうなるかというくらいでございますので、この点はまず問題ありません。

それから、先ほどもお話しがございましたよう



に、透析医療の対応の変化に伴いまして、新しいニーズに対応した性能の向上、あるいはまた改良開発、研究開発、このようなことは今どんどん進められておりまして、特に新しい膜の開発を通じまして、先ほど長期透析におけるアミロイド症という問題もございましたが、それに対応するような膜、装置、このようなものの開発も、業界としては次々と進めているような次第でございます。

安全性等の問題につきましても、従来、透析医療において問題にされました課題をメーカーサイドとして、EOGの問題、あるいはまたヘパリンの問題、ウェット化の問題、生体適合性というようなことをいろいろ改良してきているような次第でございます。

そういうことで、我々としていろいろサポートした体制をつくっておるわけですが、ひとつ今後とも、こういう席で申し上げるのもどうかと思いますが、安定した我々の生産体制に対する配慮がいろいろの意味で必要ではないかと。業界としては、先ほどいいましたように、ビジネスとして利益、利潤を前提にした一つの

再生産活動をやっているわけですが、そういう開発の成果を患者さんにお届けするためにも、我々の生産体制がしっかりした価格体系のもとで、適正な利益のもとでなされる、このようなことが必要ではないか。僭越ではございますが、そのような感じがいたします。

工業会としても一つ大事なものは、この制度の維持のために、及ばずながら、各方面に対する働きかけをしていこう、こういうことをやっております、特にメーカーというわけではございませんが、一つの企業として、国の政策に対するいろいろの提言を申し上げ、お役に立つべきではないかと考えております。日本の場合、患者さんがいずれ10数万人の時代になるわけですが、そういう時代を迎えまして、我々としても一つの政策に対するいろいろの働きかけを分担していくべきではないかと考えているわけでございます。

雑駁でございましたが、メーカーとしてのいろいろの考え方を申し上げた次第でございます(拍手)。

●司会     ありがとうございました。医療用具に関しては非常に心強いお話をいただきました。今後ますますよろしくお願ひしたいと存じます。

次は、透析を受けておられる患者さんの立場から、全腎協の油井会長にお話をお願いしたいと思います。よろしくお願ひいたします。

#### ●油井

ご紹介をいただきました、全腎協の会長をいたしております油井でございます。よろしくお願ひをいたします。

本日は、このような記念シンポジウムに、私ども福祉と医療を受ける立場の発言をお許しい

ただく機会を与えていただきまして、大変に厚く御礼を申し上げます。私は、医療と福祉を受ける患者の立場として、腎不全がかつて不治の疾患として、回復しないものは尿毒症により数週間で死亡する、そういう時代があったことを原点としまして、その後、医療技術の進歩によ

り、人工透析の開発、救命から社会復帰の望みも得られるような現代になったことを、またさらに今日では、先ほどから先生方のお話にもありましたように、腎移植という完治療法により、完全社会復帰の可能性が出てきている、このような今日であることを強く感じておる一員でございます。

我が国の患者数は、先ほどのご説明にもありましたように、62年の末の統計によると、8万人の大台を越えて8万553人といわれています。私たち全腎協の会員は現在4万8,000人でございます。私たちの組織が51年ごろから運営委員会を中心に、提起のために問題の検討を始め、54年の第9回広島総会で、腎疾患総合対策確立のための私たちの考え方を初めて提起しました。このことは、近い将来10万人時代が来るといわれる透析患者の急増を見越し、一種の国民病ともいわれてきた腎臓病による悲劇を最小限に食い止め、急増する透析患者への歯どめと、透析予備軍をこれ以上ふやさないという中心目的を実現するため、腎臓病の予防、早期発見、早期治療の体制確立を訴えるため、私たち患者自身が立ち上がったわけです。

しかし、問題提起をした昭和54年ごろは、患者数も3万2,000名ぐらいいったと思います。それが現在では8万人を超えるという、実に8年間で2.5倍という加速急増する現状を見詰めますと、腎不全対策は休むことなく早急により一層の確立を願うものであります。

初め私どもがこの腎疾患総合対策の提起をしたころ、難しいことをいっても一般会員にはびんとこないのではないかというような全体的雰囲気でしたが、各種の会議とか集会、そういうもので繰り返し論議を重ねてきました結果、次第に認識が高まりまして、各都道府県組織の実

践課題ともなり、今日では幾つかの成果を上げているのが現状であります。また、医療の進歩につれ、透析の目的や性格が、生きるための透析から社会復帰を目指すための透析に変わってきたことも事実であります。しかし反面、人工透析の長期化に伴い、当初予想もしなかった長期透析患者の骨代謝異常や副甲状腺機能亢進症、アミロイド沈着等の合併症が新たな問題として現在我々患者を苦しめているのも実情であります。

私たち患者は、透析それ自体で生活の質が低下し、さきの合併症が加われば、さらにその質は低下します。このため、就業時間が制約され、失業する者も社会復帰ができない人も多くいるのが現状であります。そのため、透析施設の診療時間に縛られることなく行える利点から、CAPDが普及しつつありますが、これとて完全なものではないと思います。

慢性腎不全唯一の根治療法として、腎移植推進の必要性が叫ばれ続けておるのは事実であります。私たちの調査においても、腎移植を今すぐにでもしたいという人が26.4%、お医者さんの勧めがあればしてもいいという人が全体の半数ともいえる48%というような高い数字になっております。しかし、我が国の実施件数は年間500例ぐらいいらして、しかもその過半数が私たち肉親の情に依存する生体腎移植であるということであり、欧米等の先進諸国に比べれば、腎提供は著しく少ない現状といわざるを得ません。そのため私たちは過去7年間、街頭に立って、国民の皆様に腎バンク登録を訴えてきております。

移植のため、腎臓提供は提供者の自主的判断に基づく善意を基本とすべきものであるということは、先ほどから先生方のご説明にもありましたが、今回、残念なことに、私どもと同じ患者の2人

の方がフィリピンで非血縁者の提供による生体腎移植手術を行ったことが明るみに出ております。ご存じのとおり、移植手術は善意に基づく腎提供を推進してきた私たちにとっては、この事態は極めて残念といわざるを得ません。今回の問題の根本的原因は、我が国における腎臓提供の絶対的不足にあることは議論の余地がないことであります。

以上のような経緯から、一部にかねてから伝えられていた日本人のフィリピンにおける生体腎による腎臓移植の事実が明るみになり、またこの移植手術には2,000万円前後の費用が仲介者の手によって動いたことなど、私たちにとっては極めて残念な情報が相次いでおります。

今こそ私たちは、我が国が抱える本質的矛盾を解決する抜本的方向、腎疾患総合対策確立へ

●司会      ありがとうございました。

それではここで、いわゆる社会的な面を時事通信の松田編集長さんからお話ししたいと思います。松田さんは、この面ではご造詣が深いはずなのですが、最初のうち辞退され、きょうはきつと思切ったお話をしていただけないかと期待しております。どうぞ松田さん、よろしく願います。

●松田

どうも私の立場は、今までの方々、それからこれからの方と違いまして、専門もなければ、コウモリみたいなもので、いささか歯がゆいのでありますが、テーマに即しまして3つの点に絞ってご指摘申し上げたいと思います。

1つは、日本透析医会創設のモチベーションに関連してであります。医療というよりは医療経済、さらに医療経済というよりは利益追求の装置産業として、透析は批判され、非難された時期があったと思います。そのことへの反省、

の道を全力を挙げて急がねばならないと思っております。情勢の急速な発展から立ちおくりしている私たちの認識を克服して、腎不全対策とは何か、何から始めるべきかという実践の面からも認識統一をする一方、今日の情勢の展開に即応した患者会、全腎協の主体性を確立することが急務だと私は感じております。

最後に当たりまして、私たちが安心して受けられる透析医療の研究・進歩が進み、21世紀への展開として、人工腎の携帯、埋め込みの実現ができる日を夢みているとっては、私たちの希望といえるかもしれませんが、このことを将来の展望としてお話をしてお話ししたいし、私の受ける側としての意見を述べさせていただきます。どうも皆さん、ありがとうございました(拍手)。

あるいは反発が今日の医会創設への大きな跳躍台になったと聞いております。

最近、透析医療を医療外要因で批判、もしくは非難する声は明らかに小さくなっていると思います。それには日本透析医会の創設とその社会的認知がはずかしくて大きな役割を果たしているようにも思います。しかしながら、批判され、あるいは非難される実態が果たしてなくなったのかどうか、ここらあたりで原点に戻ってピュアレビューをすべきではないかと思えます。

2番目は、透析医療の転換に向けた挑戦の必要性であります。メディカルケアからヘルスケア重視の時代に入っていると私は考えております。にもかかわらずとあえて申し上げますが、いただいた資料によりますと、日本の人口10万人当たりの透析患者数は、アメリカの1.5倍、西ドイツの2倍、フランスの2.2倍、スウェーデンの4.5倍、イギリスの5.8倍に達しております。先ほど来、糖尿病性腎症の増加が指適されておりますが、聞くところによりますと、日本の糖尿病患者はおよそ200万人、アメリカは約1,100万人と聞いております。日本の透析患者数がアメリカに比較してさえも1.5倍というのは、私ども素人にはなかなか解しがたい数字であります。この際、予防のために、例えば母子保健法、学校保健法、労働安全衛生法、あるいは老人保健法による検尿の義務化を図るべきではないかと考える次第であります。よし、コストベネフィットの問題があろうとしても、少なくとも老人保健法による40歳以上の検尿の義務化はそう難しいことではないのではないかと思います。もちろん、検尿に限らず予防、ヘルスケアの手段を総動員すべきことは当然だと思えます。

透析医療の転換に向けた挑戦の必要性の2番目ですが、それはクオリティー・オブ・ライフを重視した医療の必要性を強調することに尽きると思えます。患者の高齢化、あるいは透析期間の長期化に対応した医療サービスはもちろんのことでありますけれども、患者のメンタル・ディスオーダーに着目した包括医療を、医師、看護婦、あるいはソーシャルワーカー、MSW、PT、場合によってはOTがチームを編成して実施すべきではなからうかと考えます。雇用の場、仕事等を含め、患者の生きがい、あるいは意欲、活力の確保、維持への援助に社会福祉側面から接近すべきではないかとも考えます。さらに、患者の社会復帰、クオリティー・オブ

・ライフの向上からも、キドニーマシンの超小型化、超高性能化を含めまして、一層の技術革新を図るべきだろうと考えます。

最後に3番目ですが、それは透析医療に従事するマンパワーの質と量の確保の問題であります。医師、特に優秀な若手医師の透析医療への参入はどうか、今後引き続いて期待できるかどうかという問題であります。急性期、もしくは合併症による危機状態を克服し、患者が安定期に入りますと、ご指摘の2番目で申し上げました透析医療の転換に向けた挑戦をしない限りは、医師の仕事はかなり単調になり、ひたすら忍耐を要求されるのではないかと考えるのであります。したがって、既往の医療概念から推測すると、かかる透析分野への新衆の新規参入は余り期待できないのではないかと憂慮するのであります。

2番目は、患者の高齢化、透析期間の長期化に伴い、コーメディカル、特に看護婦の患者に対する精神領域での援助が重要性を増すのではないだろうかと思えます。また、看護婦の忍耐力は医師にまさって要求されるものと思われまます。臨床工学技士制度が法定され、聞くところによりますと、透析医に認定医制度が導入されるという話でもあります。看護婦にもそうした支援制度、あるいは支援体制を導入できないものかどうか、ご検討願えたらありがたいと思えます。

以上3点、テーマに沿いましてご指摘申し上げまして、終わりいたします。どうもありがとうございました(拍手)。

●司会 いろいろ示唆に富んだご発言、ありがとうございます。

それでは真打ちといたしまして、明日の腎不全対策を行政の立場から、お忙しい北川局長さんをお願いしたいと存じます。よろしく願いいたします。

## ●北川

ただいま大勢の演者の皆さんからお話を伺っておりまして、腎不全の問題、この20年の間に大変な進歩をもたらしたものであるとつくづく思うわけでありまして。その反面、きょう平沢副会長からの話にもありましたように、透析そのものの中でもいろいろ新しい問題が起こっている。技術の開発というような非常に前向きな問題はもちろんでありますけれども、長い透析医療を受ける過程で起こってくる新しい問題、あるいはそういう生活環境が非常に制約されるということからの患者さん自身の生活の問題、これからまだまだ解決をすべき問題が、この透析そのものの中にもあるわけでありまして、私はこれから少し、透析の前後の問題も含めまして、腎不全の予防、あるいは透析の後の移植の問題までも含めて、これから行政がどう対応していくかというようなことについて簡単にお話を申し上げたいと思います。

まず最初に、今まで行政も腎不全対策に関しまして、学会の医療の分野の進歩、患者さんのいろいろな社会的な要請に対応して、行政もこたえ、これに対応してまいっておるわけですが、それを簡単にレビューしてみたいと思います。

まず最初に、行政が人工腎臓問題について対応したのは昭和42年12月でございます。人工透析の医療保険の適用、こういうことでもあります。その後、47年に至りまして、国公立病院に対する人工腎臓装置の整備・充実、この2本の柱がこの時期10年くらい間に透析医療の社会的な普及ということに非常に大きな影響を及ぼした

のではないかと思うわけでありまして。

この47年には、あわせて人工透析に更生医療の適用、あるいは子供に関しましては育成医療の適用というようなことをやったわけでありまして、そういう費用面からの対応が図られたわけでありまして。また後でも申し述べさせていただこうと思いますが、この間に腎不全、あるいは腎疾患の死亡率の改善というものが急速に進んだわけでありまして。

しかし、人工透析の問題も一つの壁がありまして、昭和50年代の半ばごろになりますと、死亡率の改善というのはとまってしまっていて、今や、特に高齢者においては死亡率がふえている。これは当然のことです。人間、いつまでも生きられるわけではありませんから、人工透析の適用を受ける患者さんといえども、やはりいずれ死は訪れるわけでありまして。これは別の面からいうと、新たに腎不全というような状況に入ってくる患者さんの数が減っていないというところに一つの問題があるのではないかと考えるわけでありまして。

話をもとに戻しまして、昭和52年6月には、腎提供者等の登録制度を実施しております。これは先ほどの患者さんの代表のお話にもありましたように、透析から腎移植への希望は非常に強いものがあるわけで、医学的にもこれを当然支えているわけでありまして。また、諸外国においても非常に腎移植は進んでおる。にもかかわらず、我が国においてはこの面が非常におくられておる。そういうところを一步前進させる一

つのきっかけをつくったのが、この登録制度ということになるかと思えます。

同じ年には、国立佐倉病院を、国としては腎移植センターと位置づけまして、国全体の腎移植を推進するいろいろな技術的な開発、あるいは社会の情報ネットワーク等の基幹的な位置づけをしたわけでありませう。

その後、さらに昭和55年には、いわゆる角膜及び腎臓の移植に関する法律でございませうが、このときに角膜に加えまして腎移植が法的に整備をされたということでありませう。

このようにして、腎不全対策の行政対応が少しずつ進んできているわけでありませうけれども、先ほども申し上げましたように、一つの問題は、腎不全に入ってくるころの問題であります。現在、例えば一歳半とか三歳児健診とかいって、乳幼児の健康診断、健康管理の行政対応が進められているわけでありませうが、この中でも尿の検査をする。さらには、学校保健でも尿の検査をする体制が整備されてきておるわけでありませうが、この過程で学童期の腎不全の患者さんは急速に減っていきおるわけでありませう。しかし、学校を卒業するころ、つまり大学に入るとか社会に出るとか、こういう状況の中で腎臓病の患者さんたちの生活が医学的な管理から離れてわからなくなってしまう。これが現在抱えている一つの大きな問題でございまして、厚生省といたしまして、ここのところに着目をしまして、昭和60年に小児慢性腎疾患の予防、管理、治療に関する研究班を大きく組織して、きょうこの会場にもお見えでございませうけれども、我々の先輩の石丸先生にその全体を統括していただいているわけでありませう。

腎疾患というのは長い生涯にわたっておつき

合いをしていかなければならない病気であるわけでありませうから、先ほども申し上げましたように、途中で医者さんの管理から離れてしまふ、そこところが非常に大きな壁になるわけでありませうして、これを何とかしてうまくシステム化していきたい。これは非常に難しい問題があります。学業を続ける、あるいは就職をするということについて、腎臓病をもっておるといことが表に出れば、それはとりもなおさずハンディキャップになるわけでありませうから、そこを医師、専門家もそうでありませうし、社会がどうやってサポートしていくのか。それは、個々の企業としては排他的に働くわけでありませうけれども、そこを国民的なコンセンサスでどうやって改善していくのか。これは今後さらに続けていかなければならない大きな課題になるわけでありませう。

もう一つは、腎移植の問題であります。先ほど来お話にもございませうように、我が国の人工透析の患者数に比べまして、移植をする実績が極端に低い。1けた以上も低いということになっておるわけでありませう。簡単に数字を申し上げてみますと、これは1986年の数字でありませうけれども、アメリカでは年間に7,000例を超す腎移植が行われている。ヨーロッパ社会においても7,000を超す移植が行われている。しかるに、我が国では500例余である。こういうことでありませう。

脳死の問題も先ほどお話がございませう。それから、死体に関する日本人の感情というような問題も、これを阻害する要因にはなっておるわけでありませう。しかし、それは単に日本人だけがそういうことであるのか。アメリカ人、ヨーロッパ人と比べて、本当にそこが違うのだろうか。仮にそうであるとしても、それはそれとして一歩前進するためには何らかの方策がな

いものであろうか。先ほど来もお話がありましたが、腎提供をする医療場面、腎提供医療機関ということになりましようか、交通事故、あるいは急激な病変等で死に至る患者さんを抱えた医療機関、そこでは腎移植へのインセンティブは全く働かないわけでございます。そのところを意識を変えていただく。あるいは、もっと経済的なインセンティブ、あるいは技術的なインセンティブを何とか整備していくということをやらなければいけないわけであります。

さらには、諸外国では腎提供者と腎移植を行う医療機関の間にコーディネーターというような機能もあるやに聞いておるわけであります。こういう機能がどういう形で日本の社会に生まれていくのであろうか。これはこれからの問題でございますけれども、これらの点を踏まえて、行政としてもそういう現場の体制づくりにいろ

いろなお手伝いをすることができるのではないかと考えております。

現在、今申し上げました2つの点に絞って、厚生省の中に腎不全対策推進会議というものを設けまして、いろいろと関係者のご議論を集約させていただいております。今後はさらにそれらの結論を踏まえて、きょうの透析医会のメンバーの先生方を初め、移植を推進されておられる先生、あるいは社会の一般的な識者、いろいろな分野でいろいろとご相談しながら、これから前進を図る努力をしていく必要があると思っております。なかなか難しい問題でありますけれども、国の予算を投入する、あるいは行政がいろいろな面で接着剤になっていくというような対応をしながら、この腎不全問題を一步でも前進させる必要があると考えておるところでございます。どうもありがとうございました。(拍手)。

●司会 北川先生、どうもありがとうございました。

それでは、6人の演者の先生方、壇上の方にお席を移していただきたいと存じます。その準備の間、もしフロアの方から6人の先生方にご質問があれば、用意をしておいていただきたいと存じます。どうぞ先生方、恐縮ですが、壇上の方へお運びください。

今申し上げましたように、フロアの方で、この6人の演者の方々に何かご質問なりご発言ございませんでしょうか。

●荒井

茨城県からまいりました荒井と申します。北川局長さんにぜひお尋ねというより、ご要望を申し上げたいのでございますけれども、お話の中で最後にコーディネーターの問題がございました。厚生省といたしましては、研究班が今、我々のためにいろいろなあれをしてくださっているそうですけれども、民間的でなくて厚生省指定の公的なコーディネーターをつくる予定はございませんか。

今、腎バンクには約20万の方が登録してくださっているわけです。ところが、いざ、その方々が脳死の状態になったときに、病院に入院されたときに、主治医の先生、外科医の先生はお忙しくて、たとえ登録をしておっても、時間的な制約がありまして、なかなかご家族を口説いていただけないわけです。そういうときに、各県内に4、5名のコーディネーターの方がおりますれば、外科医の先生から通達を受けまして、その先生が飛んで行って説得をしていただくと

というような制度を設けていただきたいと思うわけですが、いかがなものなのでしょうか。

●司会 移植のときのコーディネーターの問題だと思いますが、北川先生、何かご発言願えますか。

●北川

「コーディネーター」という言葉がございませぬけれども、日本の場合にはまだそういう実態がないわけでありませぬ。今ご質問の方の「公的な」という意味は、いろいろ考えられると思ふのです。コーディネーターという仕事を、ボランティア的な位置づけではなくて、経済的にもきちんと確保していく。もちろん、さらに進めば、身分制度上もそういうことを考えていくかというふうなお話であろうかと思ふわけがございませぬけれども、そこのところは現在、こういう形にしようという原案があるわけではございませぬので、関係の医学会、あるいは医療の現場の

関係者とも十分に相談をしながら、どういう格好であることが一番有効に機能していただけるだろうか。日本の医療界の場合に、プライバシーの問題だとか、患者と医師との関係の問題だとか、第三者的なコーディネーターがその間に入るということは、なかなか困難があるかと思ふます。そういう意味からいけば、「公的な」といわれた社会的に認知された職種が生まれてくるのが望ましいのかもしれない。そこところは今後積極的に検討していく必要があろうと思ふます。

●司会 ありがとうございます。

ちょっと補足させていただきますと、学会の方では今一生懸命検討しておりますから、そちらの方である程度結論が出れば、先ほど局長さんからもお話がありました腎不全対策推進会議あたりでもこれから大きな話題になろうかと思ふます。もうちょっとお待ちいただければと思っております。

ほかによろしゅうございませぬか。

●森

全腎協の副会長の森と申します。太田先生にお伺いませぬけれども、移植をした場合、私も腎不全患者は溶れん菌が体に入って抗原抗体反応を起こして腎臓が悪くなつたと本で読みま

したけれども、移植をした腎臓に対して、私もはそういう体質をもつていますので、再度腎炎になるという危険性はないかどうか、それについて太田先生、よろしくお伺いませぬ。

●司会 太田先生、よろしくお伺いませぬ。



●太田(和)

腎炎になる可能性はあります。腎臓をもって  
いる人は常に腎炎になる可能性があるわけです。  
移植を受けた人に腎炎が再発した、ないしは新  
しい腎炎ができたという報告はかなりあります。  
そういう場合はまた次の腎臓を植え直すなど次  
の対策を考えなくてはなりません。

また、そういった体質をもっているということ

は発生しやすいということにもつながります。  
もちろん、もとの病気の再発もありますが、必ず  
しも全部が全部それで起きるわけではありませ  
んし、腎炎といいましてもいろいろな種類もあ  
ります。その種類によって再発のしやすいもの、  
しにくいもの、ないしは植える時期によりまして  
もまた相違が出てくるということがありますの  
で、いろいろと研究が進められている段階です。

●司会 もうよろしゅうございますか。

それでは、これからディスカッションに移りたいと思います。皆様6人の方々が非常に熱心なお話をいただきました関係上、これから討論をする時間が大分少なくなってまいりました。実は、このディスカッションで、合併症対策であるとか、社会復帰の問題であるとか、透析あるいは移植というような治療法が社会的に、あるいは収益性というような問題も含めて、今後のあり方を討議してみたいと思ったわけでございますが、そのような時間もございません。

そこで、まず医療側から社会、あるいは行政の方に、21世紀に向かって、これからの腎不全対策の上で社会的に、あるいは行政的に一番望ましいことは何でしょうか。まず平沢先生、太田先生の方から一言ずつお願いの項目をおっしゃっていただきたいと思います。

●平沢

お願いはたくさんございますが、私は、透析医療がこれからも宿題をたくさんもっていると  
思います。ですから、透析医療がよりよいもの  
になることに伴って起こってくる保険上、ある  
いは行政的なご努力を行政当局にまずお願い  
したいということが第1であります。当面、器具類、  
あるいは使う材料、そのほか透析方法も入ると  
思いますが、これに改革を加えていく必要がど  
うしても出てくると思いますので、そういう  
ことをひっくるめた治療の根底を支えていた  
だきたいということがまず1つ。

それから、お年寄り、あるいは家庭生活が  
できないという人、これは目の障害や足の障害、  
そういうことで病院に通えないという人もひ  
つくるめですが、そういう人たちが少しずつ  
しょうが多くなってくると思うのです。これに、  
生活の場と治療の場を一緒にした場の提供を  
してくださるような制度を認めていただけないか、  
つくっていただけないか。

この2点をひとつお願い申し上げたいと思  
います。

●司会 ありがとうございます。

では、太田先生からお伺いしましょうか。

### ●太田(和)

平沢先生が2点お話しになったので、私も2つお願いしたいと思います。

1つは、臓器移植——まず腎移植のことですが、やはり法制化をしっかりといただきたいと思っています。今、成績をみてもおわかりのように、脳死で提供していただくということは、植えられる患者さんにとっては非常にいいわけです。脳死で臓器を提供しても罪に問われないという法制化をしっかりといただきたい。

と申しますのは、現状ですと、移植をする医者側は、たとえ訴えられても、この患者さんを何とかしてあげたいという気持ちはあるのですが、提供する脳神経の先生方の立場で考えてみますと、正直いって、その先生方にとっては協力してあげるという立場であって、特に自分たちに必要な仕事ではない。しかもそれで訴えられてしまっただけではかなわないという気がしますので、どうしても引っ込み思案になります。ですから、臓器を提供したいという遺族の意思を生かして、いただきたいという方につなげることができるよう、そのようなことをしても罪に問われないようにしていただきたいということです。

日本の移植は随分おくれてしまった。また、いろいろとトラブルもありました。そういったことで、これをしっかりするためには法制化で

いくよりほかに方法がないのではないかという気がいたします。それが第1点です。

もう一つは、今申し上げたように、臓器を提供する脳神経の先生にとっては、正直いいますと余計な仕事。それぞれ日常のスケジュールをもって働いているところに、たまたま臓器移植の話がでてきますと、業務などはめっちゃめっちゃになってしまいますし、大変ご迷惑がかかると思うのですが、そのようなことから解放する、ないしはそれに見合うことを何かしてあげるということを考えなければと思います。

あとは、日本人の意識改革といいますか、死んだら臓器を提供するというような考え方に変えなくてはいけない、それに伴っていろいろな負担がかかるようではいけませんので、そういった人たちに負担を与えずに、むしろ臓器を提供して下さったということに対して、何かメリットを与えるということ。これは非常に難しい面がありますが、提供したことによっていろいろと不利なことを受けなくて済むよう制度的なものを提供者と脳神経の先生と両方に対してお考えいただければ非常にありがたい。実際的にはシステムとしてファンドみたいなものをつくって、そういうものに対して何かしてあげるということを考えていかないと、どうしてもうまく動かないのではないかという気がしております。

●司会 どうもありがとうございました。

ついでとっては申しわけないのですが、工臓協の森合さんの方は、先ほどいろいろとお話しいただきましたが、この際特にまた、先ほどのお話以外に行政なり何なりをお願いというか、ご希望なり何なりございますか。

### ●森合

移植の問題が先ほどお話がございましたが、この療法の主流は引き続いて人工透析という手法で行われていくわけだろうと思います。

私どもはこの関係の技術的な課題に対しては、先ほども触れましたように各社とも非常に力を入れて、また実際に課題解決に挑戦もし、また達成もしていると思うのですが、事業の基盤を考えると、各社ともある意味では逆に不安定になってきている。この点が各社ともある意味では悩んでいる問題でございます。これは、医療用具とか薬の経済的な動きというものが大體過当競争で、そのような傾向をたどるようございまして、一般的なそういう問題はあるわけ

ですが、患者さんが将来10万人以上になるというような状態を考えました場合に、果たして我々の事業基盤が支え切れるかどうかというような不安、こういう問題があります。技術的な課題には十分こたえられる。しかし、事業に対する継続性については、各社とも一様に不安をもっている。その一つの逃げ道は、輸出とか、新しい分野の製品開発というようなことでやっているわけでございますが、透析に関していえば、その辺の業界に対する医会なり行政の方々のご配慮がある時点ではどうしても必要とするのではないだろうか。こんなことが考えられるわけでございます。

### ●司会

ありがとうございました。

きょうはお願いの会のつもりではないのですけれども、今のようなお話に対して、北川局長さん、先生の個人的なお考えでも結構ですが…。

まず第1は、透析方法の治療を支えるような保険、その他の行政的な施策。それから、透析の患者さんの、殊に重篤な合併症をもった人の生活の場、あるいは治療の場を設定してほしいというような平沢先生のご意見。

太田先生は、腎移植を法制化して、一番問題なのは、脳死の判定、あるいは死の判定をしてくださる先生方、殊に脳神経の先生方に不満のないようなどはっきり申し上げてもいいと思うのですけれども、そのような方法がないだろうか。それから、判定に対して、そういう先生方に対する対応、あるいは提供者のご家族のことだと思いますが、そういうものに対する負担にどのように対処するか、これを何とかできないだろうかというようなご意見だと思います。

森合さんは、殊に人工腎臓、透析の医療機器を扱う事業が安定化できるようなことをしてほしいというようなご希望ではないかと思えます。その点も簡単に結構ですが、何かご意見をお聞かせいただければ幸いです。

### ●北川

一遍に解決する問題ではない、また行政の側が一方的にどうこうできる性質のものではないわけでございます。関係者の間でいろいろと意見交換をしていくということをこれからさらに

深めていくことがスタートになるのではないかと思うわけでございます。私どものサイドから、これは印象として申し上げるわけですが、平沢先生の第1の、透析医療における技術開発

経費の問題でございます。これを行政的な一般的にいう研究助成みたいなことの対応になるかどうかという問題でございます。一方では、市場がまだまだ拡大をしていっているという状況の中で、市場メカニズムという性質の中で技術開発がうまく展開されているのではないかと、このような認識をもっておるわけでございますが、そのところは間違った認識であるかどうか、さらに議論を深めていく必要があるのではないかと思います。

第2の、患者さんの生活の場づくりの問題でございます。お話のとおり、特にお年寄りの場合には動けなくなるわけでございますから、そういう状況を従来の概念の病院の中でやっていくのか、あるいはそうでないもっと生活の場の中で透析という医療をやっていくのか、いろいろ考えられると思うのですが、1つは、老人保健法の中でできておる老人健康保険施設というような、医療と生活の両方の機能をもった医療機関——今のところは医療機関ではございません第3の中間施設という言い方をしているわけですが、そういうものもこれから出てくるのではないかと。

それから、これはちょっと特殊なことなのですが、らい療養所というのがございます。らいの患者さんは一般の医療機関に行って医療を受けることがなかなかできない。そうすると、らいの施設の中で高度な医療を受けたいという需要が非常にあるわけでございます。これは透析だけではないわけですが、透析などという問題も非常に大きな問題になっております。そういう機能が療養所の中に入ってくるのがぼつぼつと起こっているわけでありまして。これはコストの問題とか、技術性的の問題からいって、扱いが簡単になる、だれでも扱えるようになるというその二面が解決をすれば、そういうとこ

ろに透析なら透析という技術が入っていけるのではないかと。

いろいろな考え方はあろうと思いますが、当面はそんなことで少しずつ広がっていくのかというような印象をもっております。また別のもっと積極的なご示唆があれば承りたいと思います。

太田先生の先ほどの脳死の問題、これは非常に難しい問題だと思います。前国会でも、特に医系の議員の先生方から非常に強いアピールが随分ありました。厚生省も法務省もその問題に直面してお答えをしているわけでありましてけれども、法が今の段階で積極的に死の問題をどう考えていくか、これはなかなか難しいという状況がそこで出たわけでありまして。つまり、法は、死ということは決めておるわけでありましてけれども、どういう状態が死であるのか、つまり脳死であるのか心臓死であるのか、これはまさに医学が決めることではないのかという態度に終始をしたわけでありまして。

一方、中山太郎議員を中心に、諸外国の臓器移植問題の現地視察をされて帰ってきまして、非常に強い印象をもって、この臓器移植を推進しなければならないという動きが国会の中にもあります。これが、どういう格好になるかは別として、これから法制化が進む一つの大きなきっかけになるでしょうし、また脳死を社会的に受け入れていくためのきっかけづくりには非常に重要なのではないかと考えております。私も、そういう動きの中で、これからの臓器移植を行政の面からどうサポートしていくのか、これから厚生省の中でも大いに議論から深まると思っております。

移植を推進する上でもう一つのインセンティ

ブは家族の問題でございます。一方では、臓器の売買というような概念も非常にマイナスの面としてあるわけでございます。そういう場合に、臓器を提供していただくということに対して感謝の気持ちは当然あるわけでございますから、そういうものがどの程度まで許されるのか、これもいろいろなところで議論が出て、こうだというように決まらないと思うのです。いろいろ

●司会 どうもありがとうございました。

今の問題に対して、松田さん、社会的に何かアドバイスをいただけませんか。

●松田

とてもアドバイスなどということはできませんが、私も行政に注文させてもらっていいでしょうか。

先般、欧州へ行ってまいりましたが、経済は非常に活況を呈しております。アメリカもさようでございます。日本も今、かつての成長期に次ぐ、そして恐らく近い将来こういう状態はないほどだろうと思います。そして、今こそ社会保障予算の財源を潤沢に確保すべきいいチャンスではないかと思っております。

先般のシーリング閣議決定では、社会保障予算の来年度の増額率は4.5%でしたが、4,600億円。北川さんたちは、財政当局を前に4時間とか6時間とか粘りに粘ったという話は聞いておりますが、私は決してそれで十分だとは思わない。今、社会保障予算、もちろん医療も含めまして、十分確保・積み上げておかないと、いずれといいましても、21世紀の後半には、みずからの手足を食いながら日本は生きていくという状態にならざるを得ないと思っておりますから、今こそそれを積み増しておかなければいけない。潤沢な予算の確保にひとつご努力願いたい。そ

な分野からご意見が出て、あるいは一つずついろいろな積み上げをやりながら、考え方が固まっていくのではないかと思います。

森合さんの話は、一番最初の平沢先生の技術開発の問題に含めてお答えを申し上げたということにさせていただければ幸いです。

れだけの環境はあると思います。間接税の導入でまた財源はふえるわけであります。

過去においては、社会保障予算の伸びは圧倒的であったはずであります。比較においてそれを引用するのはいいか悪いかは知りませんが、過去数年、防衛費は社会保障予算の伸び率をはるかに上回るわけでありまして、ODAは当然だといったしましても、これも非常に大きい。つまり、64年度要求の割合でいっても、ODAはたしか9.4%ですから、倍以上であります。社会経済環境は決してマイナスに働いているわけではないと思っておりますので、社会保障予算の確保とその運営の任に当たる厚生省当局におかれましては、4時間はおろか40時間でも粘りに粘って、ここは積み増していただきたい。

同時に、医療機関の経営、もしくはそこに従事される皆様には、再投資に十分ご配慮願いたいと思っております。みずから透析患者のお医者さんもいるやに聞きますが、みずからの透析器を豪華なクルーザーに乗せて航海に出るというようなことは、悪いことではないのかもしれませんが、それが再投資かどうか。私はやはり断じ

て許しがたい気持ちであります。むだ、あるいは不合理な投資はやめていただきたい。それがあれば、社会は社会保障予算の増額を許さないのだらうと思います。厚生省当局といわず、社

会保障予算の責任ある方々にそれを積み増していただくためには、ぜひともそれに十分なエクスキューズを与えてほしいというのが、この席をかりての陳情でございます。

●司会 ありがとうございます。

これについて北川先生、何かご意見ございますか。厚生大臣が答えるようなことになってしまうかもしれませんけれども……。

●北川

特別申し上げることはないと思いますが、基本的には、必要な経費を何とか確保するということはもちろんであります。ただ一方では、国の財政全体の中で厚生省予算が占めている割合が20%を超えておる。したがって、伸び率だけで他の省の予算と対比することは簡単にはいかん、こういうことがあるわけでございまして、その点についてはご理解を賜りたいわけであり

にいろいろあるわけでございまして、そういう中でどういうところをどう伸ばしていくのか。国民全体の生活水準はもちろん上がっているし、年金制度も成熟していくと、そういう中で一体厚生行政がどこにウェイトを置いていくか、これはこれからの一つの大きな課題だと思います。

私はこの壇上に上がっていますが、きょうはフロアにも大分関係者がおりますから、よく理解をさせていただけると思います。

もちろん、社会保障予算といっても中は非常

●司会 ありがとうございます。

それでは、患者さんを代表して油井さん、もう時間が過ぎておりますが、何かどうしても望みたいことがあったら、おっしゃっていただければ……。先ほどいろいろお話は聞きましたけれども、特に強調すべき1点をお話し願えればと思います。

●油井

私ども患者側としては、お願いの儀はあり余るくらいありまして、これを申し述べておったら、一日申し述べても限りがないというような状態ですが、今、司会の稲生先生からおっしゃっていただきましたように、何か特別に一番大切なことをということなので、今差し迫って私どもが特にお願いしたいというのは、やはり合併症の患者の受け入れ病床の不足という

ことだろうと思います。

今、私どもでは全国的に各都道府県単位の患者会において、その地方地方にある国公立病院の中に合併症患者の治療のベッドを確保してほしい、それから、透析施設もあわせてつくってほしいという運動を一生懸命にやっております。このことがなかなか遅々として進まないのが現

状でありまして、何とかこれを早急に実現していただきたい。これが今、私どもの新しい問題として早急に解決しなければならぬ問題だということで、今こういう発言の場をお許しいたできましたので、私あえてこの問題を取り上げさせていただいた次第でございます。

きょうは、行政、それから医療の先生方、皆さんいらっしゃいますので、ひとつ三者一体の形でこの問題を早急にご解決いただくように深くお願いいたしまして、私の発言といたします。ありがとうございました。

●司会      ありがとうございました。

ただいまのご希望は、先ほど平沢先生からも北川先生の方をお願いしたことのひとつであろうかと思えます。

最後に北川先生から、医療側へ何かご注文ございませぬか。いろいろこちらから注文させていただきますので……。

●北川

特別のことはないわけではありますが、きょうは日本透析医会発足1周年ということであります。この透析医会が結成されたそもそものきっかけ、考え方というのは、先ほど松田さんからもご指摘があったわけでございますが、これは大変結構なことだと思うのです。先ほど来、演者の先生からいろいろとお話が出ていて、透析という分野の中でもいろいろな問題が起こっていると。一方では、何か非常にお金持ちのグル

ープではないかというような誤解も社会の中にはあると。そこのところを中から積極的に問題提起していただくと。これは非常に結構なことだと思いますので、こういう形での対話といたしますか、社会へのアピールが展開していけば、物事は前進するのではないかと。特にきょうは患者さんの代表さんも一緒に入っていたいろいろな議論ができた。これは大変結構な成果ではなかったかと思えます。

●司会      本当にありがとうございました。

最後に、このシンポジウムを企画されました当透析医会の太田副会長に、このまとめの言葉をお願いしたいと存じます。

●太田(裕)

大変難しい立場でございますが、明日の腎不全対策ということを考えるためには、どうしても過去20年間のことを振り返って見なければならぬだろうと思うのです。私たちがローカルで腎不全対策を始めまして20年ちょっとたつてございますが、これが本当にかほどの医療になってくるといことは、初めスタートしたときに

は全く考えなかった、といっちは大変申しわけないのですが、事実考えませんでした。ただ、延命できればよろしい、これは何とかしなければならぬというものから入ってきたわけでございまして、その仕事为社会復帰を背景にした今日のようなところまで発展してきたということは、多くの先生方の努力の結晶だろうと思

ます。また、行政の皆様が本当にご協力くださった賜だと思えます。

しかし、将来に向かっていろいろ考えますと、ただいま先生方がお話しになったような大きな問題がございますが、幸い昨年、都道府県協議会が社団法人に認められて、これからの社団法人の扱う仕事として、本当に勇気をもってこれに向かわなければならない時代が来たと思えます。

先ほど松田先生がおっしゃったように、果たしてマンパワーがいいのかというようなことがございますが、私はそれが一番心配でございます。人間の欲というものはなかなか簡単に割り切れるものではございませんで、余り収入が上がらないものは一生懸命やらないという人たちもいるかも知りませんし、余りおもしろくないということになるとついでにこないという場合もございましょうし、何か漫然としてしまうということになりますと、これはまた将来大変なことになると思います。

しかし、昭和52年の1月、今も思い出しますが、金沢のある仲間から、腎臓が出たからとり

にこいといわれまして、夜を徹してとりにいきました。そこで、航空隊がヘリコプターを出してくれるということになっていたわけでございますが、ちょうどその晩に伊豆半島に台風がございまして、そっちへ全部行ってしまつて、金沢から自動車で腎臓を運んだことがございます。そういうことを思い出しますと、これから腎不全対策の中の移植というものは大変難しい問題があるだろうと思えますし、先ほどお話しになりましたコーディネーターの問題も、日本の国民性といたしまして、制度があれば必ずうまくいくということでもないように思います。ですから、コーディネーターという人がそこでうまく働けるような時代になるまでは、まだまだ時間がかかるのではないかと思います。

私たちは医者として、解剖を勧めるよりも腎臓を移植することを勧める方が難しい場合がございます。ですから、そういうことになってまいりますと、人々がなれるということが非常に大きな問題だと思えますが、こういうことを考えながら、これからの日本透析医会をやっていきたいと思っております。どうもありがとうございました(拍手)。

●司会　ただいまのご発言をもって、このシンポジウムの結論と申しましょうか、まとめの言葉にさせていただきますと存じます。司会の不手際で少々時間を延長したことをおわび申し上げます。

演者の皆様、きょうは本当にありがとうございました。聴衆の皆様も、本当にどうもご協力ありがとうございました。これでシンポジウムを終わらせていただきます(拍手)。



## あ と が き

毎号毎号種々な段階で不手際があって発行予定が大巾に遅れまして申し訳けありません。担当者として会員の皆様におわび致します。本年度から（平成元年）は此の点を改めまして努力させていただきます。

日本透析医会副会長兼務理事 太 田 裕 祥