



88年8月10日

No. 73

東京都腎臓病患者連絡協議会（東腎協）

事務局・〒161 東京都

郵便振替口座

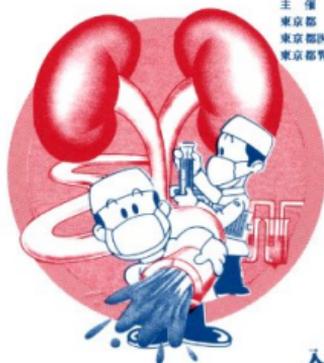
電話

昭和四十六年八月七日第三種郵便物認可
SSKA通巻一五二二号一毎月六回一の日六の日発行
昭和六十二年七月二十一日発行

現在、慢性腎不全で人工透析を受けているのは全国で七万人以上、東京都でも八千人を超えています。東腎協は、都民に腎臓が重要な役割を果たしていることの認識を深めてもらうため、東京都、東京都医師会の三者主催で「腎臓病を考える都民の集い」を開催しました。これは、その記録です。

腎臓病を考える都民の集い

—腎臓の大切さをご理解いただくために—



主催
東京都
東京都医師会
東京都腎臓病患者連絡協議会

入場無料

総司会 松村 満美子

- ◆シンポジウム
「小児の腎臓病」
「腎臓病の早期発見」
「腎臓移植のはなし」
- ◆医療・生活相談コーナー
- ◆パネル展示
- ◆体験発表
ネフローゼ患児の母
東京都腎臓病患者連絡協議会副会長
腎臓移植者の会「ゆう」会員

日時 11月22日日

午後1時30分～4時30分（受付：午後12時30分）

会場 東京都勤労福祉会館ホール

中央区新富町1-13-14 ☎03-552-9131 地下鉄日比谷線八丁堀駅下車2分

●おもな記事●

- ◎主催者あいさつ（東京都、東京都医師会、東腎協）..... 2
- ◎シンポジウムⅠ（伊藤克己、北岡建樹、横山健郎）..... 4
- ◎シンポジウムⅡ（伊藤克己、北岡建樹、横山健郎）..... 13
- ◎体験発表（古澤史子、柳光夫、後藤廣）..... 25



「都民の集い」発行に当たって

東京都腎臓病患者連絡協議会会長 石川 勇吉



東腎協は、昨年十一月で結成十五周年を迎えました。そして、記念誌の発行、会旗の設定、会員証の製作などを行い、その最後の催しとして、東京都、東京都医師会、東京都腎臓病患者連絡協議会の三者の主催で、シンポジウム「腎臓病を考える都民の集い」を開催いたしました。この催しには、財団法人腎臓病研究会、社団法人腎臓移植普及会のほか全国腎臓病患者連絡協議会、茨城県腎臓病患者連絡協議会、千葉県腎臓病患者連絡協議会、埼玉県腎臓病患者友の会、腎臓移植者の会「ゆう」等の協賛を得て開催いたしました。

東腎協は結成以来、「腎疾患の早期発見、早期治療の確立、その為の検尿制度の確立、腎臓病の認識と予防意識の向上」を一貫して訴えて参りました。しかし、現実には、透析患者は全国で八万人、東京都でも八千人を超えたと報告されています。

東腎協も結成十五周年を機に思いを新たにして皆様に腎臓病の理解を深めていただき、腎臓病の克服を目指して運動を進めたいと考えております。今回、報告集を発刊することになりました。御協力を頂いた、各団体各位に御礼を申し上げますと共に、御あいさつを申し上げます。

東京都腎臓病患者連絡協議会
東京 協

千瀬浩也のつわり

1930年

「千瀬浩也のつわり」は、昭和46年8月7日発行の増刊号です。この号は、千瀬浩也先生の「つわり」をテーマにした、読者の声や先生からの返答が満載です。また、この号には、腎臓病に関する最新のニュースや、患者の体験談も掲載されています。ぜひ、この号を手に取り、先生からのメッセージを聞いてください。

千瀬浩也先生は、腎臓病の専門家として、多くの患者を救ってこられました。先生の「つわり」は、患者の心をつかむ力があるからです。この号を通じて、先生からのメッセージを多くの方に届けてあげたいと思います。

また、この号には、腎臓病に関する最新のニュースや、患者の体験談も掲載されています。ぜひ、この号を手に取り、先生からのメッセージを聞いてください。

1971

主催者あいわひ

東京都
東京都医師会
東腎協

松村 ご案内のように東京都と東京都医師会、そして東京都腎臓病患者連絡協議会、この三者の主催により、今日は集いでございます。

医療関係の方を初めとして、一般都民の方にも今日はご参加頂いています。まず開会に当たって、主催団体を代表してご挨拶を申し上げます。

東京都衛生局医療福祉部長長竹内敏博さん、お願いいたします。
東京都衛生局医療福祉部長
竹内 敏博

ご紹介頂きました東京都衛生局医療福祉部長長竹内でございます。本日は多数の皆様のご列席のもとに腎臓病を考える都民の集いを開催することが出来ましたことを主催者の一人といたしまして大変嬉しく存じ、心から感謝申し上げます。と思います。

私も東京都といたしましては都民の健康を生産にわたって守っていくことを都政の重要な柱として、全力を挙げて取り組んでいるところでございます。その為に保健医療体制の整備、都立病院の整備など都民の生命と健康を守る様々な施策を実施しているところでございます。

本日の会との関連のあります腎不全につきましては、公費負担を実施いたしますと共に都立病院においても重要医療として取り組んでいるところでございます。しかし残念ながら腎不全患者は年々増加しております。ちなみに慢性腎不全によつて人工透析を受けておられる都内の患者さんは八、〇〇〇人を超えています。そこで都民の皆様には健全な日常生活を営む上で、腎臓が重要な役割を果たしていることの認識を一層深めて頂き、学校、職場などでの健康診断

の機会には積極的に受診されるなど腎臓病の予防に日頃から心掛けて頂きたいと強く希望するものでございます。

また今日、慢性腎不全に対する根治療法といたしましての腎臓移植が医学的にも十分確立されておりますものの、腎臓を提供して下さる登録者が少ないために、必ずしも移植を希望する方々に応えるまでには至っていないのが現状でございます。

本日の集いを通じて腎臓提供へのご理解とご協力が一層高まることを願つてやみません。終わりに本日も集まりの皆様方にはこれまでにもまして腎臓病の予防、早期発見に心掛けて下さることを切望いたしますと共に腎移植の推進に特段のお力添えを下さるようお願いいたします。どうも有難うございました。

松村 主催団体の一つ東京都を代表いたしまして衛生局医療福祉部長長竹内敏博さんでございます。続きまして東京都医師会を代表して福井光寿さんお願いいたします。

東京都医師会

福井 光寿

東京都医師会の福井でございます。本日は本来ならば松永会長が参りましてご挨拶申し上げます。ところでございますが、公務で出向しておりますので、私が替わつて主催者の一人としてご挨拶申し上げます。

ただいま竹内部長からお話がございますが、東京都医師会では学校検診、あるいは成人病検診、住民検診、あるいは老人検診等、行政と協力いたしまして、腎臓病の早期発見に努めているところでございますが、今お話がございましたように腎臓病の患者は減るどころか、むしろ増えていく傾向にございます。腎臓病が進行いたしますと慢性腎不全になり人工透析ということとなりますが、現在日本では七四、〇〇〇人の人工透析している患者がおり、部長の話があ

りましたように東京都でも八、〇〇〇人の人数を数えている状況でございます。

これに対する根治療法としては腎臓移植でございますが、アメリカでは年間九、〇〇〇件もの腎臓移植が行われておりますが、日本では五〇〇件足らずでございます。先月一〇月一八日上野公園におきまして腎臓移植の推進月間として本日司会をしてらっしゃる松村さんの総会司会で腎臓移植の推進のキャンペーンを実施したところでございます。腎臓病は早期に発見することが必要でございます。腎臓病の発見は簡単な試験紙

でその発見の糸口がつかめるはずでございます。東京都医師会の管下の診療所では、どの医院でもこうした検査はできるはずでございます。

今日はそういった意味でこの腎臓病を考える都民の集いをいたしました。それを承り、また、体験者の発表もございします。どうか本日お集りの方々が一人でも多くの方々にご吹聴頂きまして、腎臓病を少なくしていくことにご協力頂ければ本日の集いが実のあるものとなると思っております。主催者の一人と

いたしました休日にもかかわらず、ご参集頂きましたことにて、厚く御礼してご挨拶にかえます。有難うございました。

松村 福井光寿先生有難うございました。それでは続いて東京都腎臓病患者連絡協議会を代表して石川勇吉会長のご挨拶でございます。

東京都腎臓病患者連絡協議会 会長 石川 勇吉

みなさん今日は、ただいまご紹介に預かりました東京都腎臓病患者連絡協議会の石川でございます。

私どもの会は昭和四七年一月結成いたしました。今年で一五周年を迎えたわけでございます。そして日頃から「透析に苦しむ患者は私たちだけでたくさんだ」ということから、今から七年前だと思いますが、国及び地方自治体に腎臓病の予防、早期発見、早期治療、そして透析導入、腎移植の推進、更に完全な社会復帰が出来るようにということ、私たちだけで苦しみのある透析はたくさんだということから国、その他に要望して参りました。

本日一五周年記念のこの集い、東京都及び東京都医師会のご協力を得まして主催団体として厚く御礼申し上げます。また各県の腎臓病の会、あるいは腎ネフの会等の皆さんにもご出席頂きましたことを、この席上を借りて厚く御礼申し上げます。

予防すれば透析に至らないように治すことが出来、悪くしても透析に至るまでの期間を伸ばすことが出来、こういう苦しみを味わわないで済む、自己管理というものをしっかりすれば透析導入に至らないで済むということもございします。これから後に行われます先生方のお話を良くお聞き願って、ご本人だけでなくご近所の方にもそういうことがあるということをお話頂き、お広め頂いて、今後こういうような患者の増えないように、皆さんの死後の腎臓の提供などもお願いしたいと思います。簡単ではございますがご挨拶にかえさせて頂きます。

松村 石川勇吉会長のご挨拶でございました。今、皆様の前にご登壇頂いております東京都医師会の先生方、わざわざ、日曜日にも

かわらず駆けつけて下さいました。ご紹介させて頂きたいと存じます。東京都医師会の代議員会議長、市川先生でいらっしゃいます。それから杏林大学医学部の客員教授でいらっしゃいます。それから東京都医師会理事の竹内先生、それから東京都医師会の同じく理事でいらっしゃいます安藤先生、先生方ありがとうございます。

「受けよう検査、守ろう腎臓」をスローガンに、これは全国統一のテーマでございます。愛と健康の贈り物、献腎運動を推進しようということで厚生省の主催で昨年が第一回、日比谷野外音楽堂で行いました。第二回、今年は一〇月三日仙台で全国大会が開催されました。先ほど福井理事からお話がありましたように東京都の大会は上野公園でいたしました。そして、今日この東京都民の集いというところでございます。今日は最後までどうぞ皆様ご清聴よろしくお願したいと思います。

北園 野崎

時頼 京口

シンポジウム
I小児の腎臓病
腎臓病の早期発見
腎臓移植のはなし

伊藤 克己

北岡 建樹

横山 健郎

松村 シンポジウムを始めたい

と存じますが、まず最初によつと皆様方にお断りとお詫びを申し上げたいと思います。と申しますのは皆様の御手元でございますプログラムの御手元でございますつきまして多摩老人医療センター医長、中川成之輔先生が載っておりますが中川先生、良性の脳腫瘍の摘出手術をなさいます、東京都立駒込病院に入院中でいらつしやいます。良性なのですが、ちょっと手術が長引いた関係で、もう少々安静を要するとのこと、皆様に、今日来られないことをぜひお詫びをして下さいと申しかついてまいりました。で中川先生の後輩でもいらつしやいますが、昭和大学藤が丘病院の内科助教授、北岡建樹先生、真ん中にいらつしやいます。中川先生のピンチヒッターを快くお引受け下さいまして、

今日はお話をさせて頂くことになっております。北岡先生には改めてお礼申し上げたいと思います。

シンポの先生方の経歴

それでは御出席の先生方のご経歴を簡単に紹介申し上げます。一番こちらにいらつしやいます東京女子医科大学の小児科教授伊藤克己先生。小児の腎臓病について今日はお話頂く予定でございます。伊藤先生は昭和三十九年慈恵会医科大学を卒業なられて、ずっと慈恵の医局にいらつしやいます、五八年から女子医大の教授でいらつしやいます。今日は小児の腎臓病についてお伺いする予定でございます。

そしてそのお隣、先ほどちょっとご紹介いたしました北岡建樹先生でいらつしやいます。北岡先生

は昭和四五年に東京医科歯科大学を卒業になりまして、都立大久保病院にご勤務の後、昭和五二年から昭和六三年まで丘病院の内科助教授でいらつしやいます。今日は腎臓病の早期発見についてお話を頂く予定でございます。

そして、そのお隣は国立佐倉病院副院長の横山健郎先生でいらつしやいます。横山先生は昭和三六年に千葉大学を卒業になりまして、千葉大学第二外科に長くいらつしやいました。そして昭和四八年、国立佐倉病院が出来た時点で、佐倉病院の副院長を務めていらつしやいます。今日は腎臓移植のお話をメインにしてお伺いする予定でございます。

そして司会が、大体シンポジウムの司会者の紹介というのは、総合司会がすることになっているのですが、今日は総合司会もシンポ

ジウムの司会も私でございますので、ちょっと簡単に自己紹介をさせて頂きたいと思っております。私、松村満美子と申します。よろしくお願ひします。

千葉大学を卒業してNHKを経、昭和三年からフリーで仕事をしておりますが、なぜ腎臓病とかわかってしまったかといひますと、先ほど石川勇吉会長さんから、東腎協も一五年というお話でございましたが、私の属しておりました腎研究会、こちらも一五年になります。腎研究会が出来ましたときに患者さんのための雑誌を作りたい、「腎不全を生きる」という雑誌でございますが、これを手伝ってくれないかと言われたのが、私ももてございまして、その後それの二冊目か三冊目のときに子供たち会ってしまつたんですね、大島洋美ちゃん、岡市ゆかりちゃん、

座波寿江ちゃん、それから笹谷裕美ちゃんといったお子さんたちが、かなり年齢が高にもかかわらず、どうみても小学生にしかみえなかった、自分の子供は非常にすくなく育つていて、その時三歳でございました。これで自分の子供はアーこんな元気でいのだらうか、申し訳ないな—というのがきっかけで五年、このお仕事をささやかにお手伝いをさせて頂いている次第でございます。そこで今日も司会を務めさせて頂くわけですが、先生方の貴重なお話、どうぞ皆様、地域社会に持ち帰ってご喧伝頂きたいと思えます。

それではまず最初に小児の腎臓病につきまして伊藤克己先生からお願いたします。

小児の腎臓病

伊藤 ご紹介頂きました女子医大の伊藤でございます。

私に今日与えられたテーマにつきまして簡単に要約してみますと、子供の慢性腎不全になる数、それから慢性腎不全になる前に在宅で治療している人の数、それから腎臓病の発見される動機、そし

て現在、腎臓病の治療が早期発見によりまして非常に早くから行われており、腎不全になつていく子供さんの数が少なくなつております。先ほど東京都の先生から全体には増えているんだという話を受けたのですが、子供さんが腎不全になる数は少なくなつており、非常に喜ばしいことであると考えております。この四点についてお話をまとめて頂きたいというように思います。

それでは本題に入りまして、現在、年間新しく透析に入ってくるお子さんの数は全国で大体一〇〇から一二〇人ぐらいとされていきます。この数は全人口の比率からいきますと一〇〇万人に一人ぐらいということになります。ですから東京都でいきますと年に一〇もしくは一二三人が一八歳以下で透析に導入される数だろうと解釈いたしております。この数は昭和五三年の時点を一〇〇から一五〇に増え、それまでほとんど一〇〇から一〇〇から一二〇人ぐらいで一定化されてまいりました。この陰にはいろいろの協力があつたものだと

学校検尿の成果

その一つといたしましては学校検尿が行われ始めたのが昭和四九年からです。そしてその成果が少しずつ表れまして、五三年、丁度五年もしくは六年過ぎた時点でこの成果が表れました。早期に発見され、早期に治療が可能になつたということが、その数を一定化する原動力になつただろうというように思います。一方、現在、全国で在宅もしくは医師の治療が必要であつて学校に通つている腎臓病の子供さんの数はおよそ二〇〇もしくは二五万といわれております。その数からいきますと決して腎不全になるお子さんの数が大人と比べて多いという訳ではないと思えます。

そして、年間一〇〇人と申しまして五三年、五四年を境にいたしまして、慢性腎炎と称する疾患で治療して腎不全になる人の数と生まれながらにして先天性の腎奇形、あるいは尿路奇形というものを、もつて腎不全になる人の数が少ずつ変動しております。慢性腎炎もしくはネフローゼの患者さんが腎不全になるといふ数がど

んど減つております。そして先天性の腎臓の奇形もしくは尿路感染症ともいふものが主体となつて腎不全になります。このことは一つには治療が早期に行われ、要するに早期に発見されて適切な治療が行われているからこそ慢性腎炎もしくはネフローゼで腎不全になる人は少なくなつてきたものと思われまふ。でも総数では一〇〇であることには違いはありません。ということとは逆に先天性のもので生まれつき腎臓が片方だけのであつたり、あるいは生まれつき腎臓が小さかつたりというお子さんが腎不全になつていく数が非常に多くなつてきているということだと思えます。これは言い替えますと生れつきの病気にたいしては発見される診断術が非常に進歩したということがあると思えます。そして、一歳、二歳、三歳という小さな年齢でも発見された患者さんが治療を諦めずにどんどん続けていくようになりました。

小児の人工透析

透析が始められた当初、ここに透析を始められて二〇年あるいは

二〇何年とられる方がおられると思いますが、私が卒業した当時ですから昭和四二―三年に透析を子供さんにやろうと思いましたが、子供さんの透析の枠は一切ございませんでした。よつするに子供さんでもし透析をやったときにはしなくていいという判断をされおられました。しかし、現在ではいくら小さなお子さんでも透析が出来るようになりました。これはCAPD(持続的外来腹膜灌流法)もしくは透析器の小さいものが開発されて、体重が一〇キロ以下でもどんだんどんだん透析に導入されてまいります。これは治療の進歩だと思えます。でも方が一腎不全になったときにも子供さんは成長しなければなりません。そして社会に戻っていかねければならない訳ですから、そのためには移植ということが考えられなければならぬと思えます。

最近では、腎臓の移植はどんな小さなお子さんでも出来るという考えのもとに立っており、私たちが外科の先生、ここにおられる横山先生などにお願ひして、どんなに小さくても移植はしてもらおうですという考えで進んでおりま

す。そしてその治療の最終目的は腎移植がお子さんの慢性腎不全には絶対的の適用であるという考えを私たちは崩しておりません。私たちがお子さんの腎臓病を診

ていくときに早期に発見し、早期に適切な治療をする。そして患者さんと医者との間のコミュニケーションをしっかりと持って、正確な治療が行われていくならば、腎臓病を持つお子さんの数というものとはどんだんどんだん少なくなっていくてくれるだろうと思えますし、そして、二回目も申し上げることも失礼ですが、万が一腎不全になったとしても希望が全くない訳ではございませぬ。現在、腎不全になっておられるお子さんの三分の一以上はもう既に日本で腎移植が行われております。ですから長期にわたって腎不全で透析をし、学校へ行かなければならない子供の数はどんだんどんだん少なくなつております。そして最後に私たちが、新しく腎移植が出来るならば、数以上に腎移植が出来るならば、たとえば、亡くなった方から腎臓をもっともつと頂けることが可能になってくるならば一年間に新しく透析を始める子供さんの数

は一〇もしくは二〇人ですから、それ以上に腎臓が手に入れば、慢性腎不全で透析をしているお子さんの数は零になると思えます。そして移植が出来る機会が導入される数よりも将来おそろく多くなれば、透析を経ないで、あるいは透析の期間をできるだけ短くして、移植を受けることが、私たちが小児科医の希望であると思えます。

松村 伊藤先生ありがとうございます。小児の腎不全患者というのには、数はもともと大変少ない、全人口からいけば一〇〇万に一人ぐらいというは何っていましたか、今の先生のお話のなかで、透析に導入されるのが年間一〇〇人から一二〇人、その子たち以上に移植が増えていけば零になることも可能だ、ということでなか光が見えてきたような気がいたしました。ありがとうございます。

それでは、続きまして北岡建樹先生に腎臓病の早期発見のお話を伺いたいと思えます。

腎臓病の早期発見

北岡 北岡でございます。先ほ

どご紹介がありましたように、先輩の中川先生がちょっと具合の悪い状態です、中川先生の面白い話が聞けなくて残念な人も多からうと思えます。けれども、代役がうまく出来るように頑張つてみたいと思えます。

先ほどからお話がございますが、この会はいわゆる保存期腎不全といいますが、まだ透析に入っていないような人、ネフローズの人とか慢性腎炎の人、それから長期の透析を行っている方々もいらっしゃると思います。長期透析療法というのは日本では非常に進歩しておりまして、年間六、〇〇〇人ぐらいでしょうか、全国で七万数千人もの透析患者さんがいらつしやるわけですね。最近では透析のものとになる原疾患が、高齢者の腎硬化症、糖尿病とか膠原病とかの二次性の腎疾患といわれるものが、原因として目立つことが多いようです。一次性の腎疾患といいますが、いわゆる慢性腎炎、あるいはネフローズ症候群というものが、治療がかなり進歩しているというところを示しており、相対的に一次性的腎疾患からきている腎不全、末期腎不全の人が少なくなつてい



いうことになると思います。

実際、長期透析療法も非常に多様化し、快適透析と申しませうか、いろいろな方法が行われています。一〇年間以上の透析を行っている人もますます増えてきているということになります。生命の維持については問題はないのですけれど、残念ながらいろいろな合併症、長期透析の合併症という問題が出ております。具体的には骨とか関節を障害する腎性骨症あるいは二次性の囊胞腎というものが腎臓に出来まして、そこから血尿とかごく少数でございますが悪性化するものがあるとか、あるいは透析アミロイド症と手根管症候群の症状、あるいは神経障害とか、不整脈やあるいは心臓の方の問題など、いろいろな大きな問題を含んできている訳です。実際長期透析を行っている人につきましては精神的肉体的にも、本当に患者さん自身大変なことなのですけれど、それに至るような人の数を少なくするということが非常に大事になってくると思われます。

これはある施設の慢性腎不全の患者さんのアンケートによった成績ですけれども、自分自身が慢性

腎不全までになったという、自分なりの判断ですね、どういう理由で慢性腎不全になったかというようなアンケートをしたことがあるんです。実際、末期腎不全になるまで症状がなかったとか、忙しすぎて病院を受診する機会がなかったとか、あるいは自分自身の病気に對する自覚がなかったんだとか、あるいは専門の先生がいなかったのだから、いろいろな理由で末期腎不全に至ってしまったという訳です。そういう意味からしますと腎臓病の早期発見というのが非常に大事になってくると思います。

結論的にいえば早期発見、実際いろいろと法的にも行われておりますけれども、尿検査をやるといふことですね。蛋白尿なり血尿というものが発見されましたら、医療機関を受診して専門の先生に診てもらって、その原因、それから腎機能検査、あるいは必要に応じて腎生検といいますが、その原因疾患の探索ですね、そして今後の推定とかいうものも行われる訳です。そういう原因、腎機能検査、つまり腎機能に応じた日常生活、食事療法、あるいは薬物療法というようなものが行われればよい訳



横山健郎先生



伊藤克己先生

です。私どもが毎日何気なくトイレに数回、五、六回といえますか、行っている訳ですけれども、この尿というのは非常に大事な訳ですね。腎臓の機能の働きの表れとして尿が出てきている。一日一、〇〇から一、五〇〇ccほどの尿ですけれども、そのなかには非常に優れた情報が入っているという訳です。

腎臓は体内の老廃物を排泄

腎臓の働きというのはご承知だと思いますけれども、体内で代謝された老廃物を排泄するといえますか、尿素窒素とかクレアチニンとか尿酸とか、そのものを排泄してきます。それ以外に体の中の水分とかナトリウム、カリウム、カルシウム、リンなどの電解質を調節

する。あるいは酸塩基平衡といまして、体の中の血液のPHは弱アルカリ性になっているのですけれども、そのために酸の排泄を行う。さらには、このような体液の調節、老廃物の排泄以外にもホルモンの働きもある訳ですね。貧血の改善といえますか、エリスロポエチンというホルモンが腎から産生され、これが骨髄に作用して貧血を改善させるとか、あるいはカルシウム、リンの代謝に非常に関係深いビタミンD、活性化ビタミンDの作られる場所であるとか、あるいは血圧の維持に大事なレニン、アルドステロン系の基になるレニンの産生、そういうようなホルモンの働きもあるのだという訳です。

そのような腎臓の総体としての

働きの表れとして尿が出てきているのです。実際普通の淡黄色、黄色の尿をわれわれは、何気なく見ている訳ですけれども、突然、目で見て分かるような血尿が出るとか、あるいはミルクのような尿が出るとかですね、そういうことがあれば、これは慌てて医療機関に受診すると思うのです。それじやなしに目で見ても分からない顕微鏡的血尿、あるいは蛋白尿、こういう場合にもやっぱり検査しなければいけない。現在では学校、職場、あるいは生命保険の加入時とか、妊娠の人であれば妊娠時に医療機関で尿の検査が行われます。いろんな方法で尿の検査が絶えず行われていると思うのです。ところが、そこで蛋白尿が出ていますよ、あるいは血尿が出ていま

すよと言われて、専門医に受診して、これは非常に大変なことだからいろいろと検査してみようという方式がスムーズに出来れば良いのです。実際、蛋白尿がでていますよと言われましても、検査してみなければ分かりません。それこそ昔、中世のころではウロコポイストというのでしょうか、尿を見てその患者さんの健康状態を把握したり、あるいはその人の運命までもその尿で判断したのだという話があります。現在の尿の検査では、蛋白尿がどうかとか、血尿がどうかとか、あるいは糖尿が出ていのかとか、ウロビリノーゲンといえますか肝臓の方の検査も一緒に入っています。けれども、そういう異常な尿を十分評価し、適切な指針といえますか、医療方針がたてられればいわけです。尿の検査には試験紙法という検査以外にもズルホサルチル酸法とかあるいは煮沸法という、蛋白尿を定量検査するいろんな方法がいろいろあります。具体的に一日蛋白がどれくらいでているのだというところで分かる訳です。ネフローゼ症候群の場合には、一日三・五グラム以上という大量の蛋白尿が続く訳で



北岡建樹先生



松村満美子さん

蛋白尿と血尿について

蛋白尿とか血尿が出ましても、これが全て腎臓病ではないということも知っておかなければいけません。機能的な蛋白尿といいますが、運動時とか発熱時とかあるいは起立性蛋白尿という腎疾患とは無関係な場合もある訳です。です

すね。これはちよつと笑えばなしになりますけれども、ビールは泡立つ方がおいしいのかもれませんけれども、尿の方はあまり泡立っては良くない。あまり泡立つ尿というのは蛋白尿が大量に入っているとよくいわれております。そういう意味で毎日私どもが数回排尿しているその尿というものを良く診なければいけないということです。

から蛋白尿が出たからソレ腎臓病だというものでもありません。そういう意味で専門家の先生に受診する必要があるということです。血尿についても同様です。目で見て分からない血尿もあるのだということですね。尿検査の試験紙法の中に潜血反応というのがありますけれど、そういう潜血反応の検査をして血尿かどうか検査することが大事です。尿の検査では繰返し検査するということが、それから早朝の尿ですね、比較的濃い尿で検査することが大事であります。水をいっぱい飲んで薄めた尿で検査すると反応が鈍くなったりすることがあります。それから潜血反応が出たという場合でも、やはり尿の沈渣というものを見まして、実際に赤血球が出てい

るかどうかを確認する。実際赤血球が出ていなくて潜血反応が陽性の場合には、ヘモグロビン尿とかミオグロビン尿とか、特別のことを考えなくていけないのです。それから潜血反応が出てましても純粋に内科的な疾患だけやなしに、意外と膀胱、尿道あたりの泌尿器科的な疾患もあるんだということも知ってなければなりません。

このような職場、学校の検尿検査の結果については、ある資料によりますと小児では〇・二五％、大学生では〇・五％、成人では二ないし三％程度の人がなんらかの腎臓病に関係した蛋白尿あるいは血尿によるというデータがあります。実際この場合には無症状、偶然に発見された蛋白尿(無症候性蛋白尿)という訳です。では、このように発見されましたチャンスプロテインウリアといいますが、これは大部分が18A腎症ということが分かっております。こういう18A腎症というのは比較的前後は良いとされていますが、先きの推移をみるために腎機能検査、あるいは腎生検というような検査をしてみても経過を追っていく必要があると思います。いずれにしても早期発見という面につきましては尿の検査が一番大事で、それに対して適切な評価をして、腎機能検査、腎生検、そしてその腎機能にに応じた形で日常生活、あるいは食事療法、あるいは薬物療法、そして高血圧があれば血圧を下げる薬とかですね、そういう薬物療法というようなことで、現在の腎臓の機能を出来るだけ保ち、それ以上に悪くしないということが大事であろうかと思えます。

松村 北岡先生ありがとうございます。腎臓病というのは本当に症状が少なくて初めの方は分かりにくい。蛋白尿、血尿を指摘されるのも学校検尿とか職場検尿で初めて気づかれたという方。今

まで大勢の患者さんたちにお会いしてもそのように言っていられないやいました。それをわり保存的にかきなり長くやつた方、それから発見してから透析導入の非常に短い方、やっぱりその人の生活態度に負うところが多いような印象を私も受けております。最終的な腎臓病の治療というのは、根治というのは移植しかない訳でございますが、それで続きまして腎臓移植のはなしをお願いいたします。

腎臓移植について

横山 横山でございます。お二人のお話にもあったと思うんですけども、昔は尿毒症になると亡くなりました。それが昭和四〇年代の初めから人工透析あるいは血液透析という方法が発達しまして、今では二〇年を超える方々、生命の維持ができるような世の中になってきたんですが、それで、それなりに機械が発達した中で、どうして腎臓移植が必要かということからお話ししたいと思っております。

血液透析の発達といましても

これはやはり透析には道具を使いますし、それからそれを維持して行くノウハウ、それは我々医師側がやるメーカーさん、あるいはそれをコントロールする機械を作る機械屋さん、あるいはそれに必要なお薬を作る薬屋さんなどという総合的な力で日本の人工透析というのは発達してきているわけです。例えばヨーロッパだとかあるいはいわゆる中進国などはとてども日本ほど人工透析を維持できません。国全体の力として維持できないという意味なんです。しかし、そうであっても日本では血液透析してる人が今七万人を超えたと。しかし皆んなが皆んな二〇年生きるという保証はないわけなんです。それから血液透析している人で非常に具合いい人も多いわけですし、毎日自分の仕事を十分なさっている方も多くいんですが、そうでない方も多いことは事実です。

そこで今、北岡先生から腎臓のお話がありましたけど、もうちょっと繰り返してみますと、腎臓の働きというのは尿を作るということと代表されるわけですけど、そ

の我々が見る持っている働きというのは水だとか電解質の調節、あるいは酸だとかアルカリの調節、それからホルモンをつくる臓器として、あるいはビタミンを活性化するとか、他のホルモンの臓器と運動して我々のカルシウムだとかそれから微量な電解質を調節するそういう沢山の働きを持っているのが腎臓なんです。

で、腎臓移植というのはそういうまごとの腎臓の機能をそっくり腎臓が駄目になっている人に入れてやるというのが、腎臓移植の目的であり主眼であるということなんです。人に他人の腎臓を入れて上手にケアーしてやると、全く腎臓が悪くない人のようにその人が再生するということになってくることになるわけです。そういうことが腎臓移植ということなんです。

腎臓移植の成績

じゃあ今、腎臓移植の成績はどうなんだということなんです。最近この二三年で大変腎臓移植の成績はよくなりました。腎臓移植の成績を表現するのに移植した腎臓が働いているか働いてないか

ということと判断する評価があるわけですけど、それを「生存率」といっています。植物の「活着率」といって我々人間では移植すると「活着」といいますけど我々人間では移植すると「生着」というんですが、生存率というのが今一年で生体腎、つまり親だとか兄弟からもらって腎臓を植える移植で、だいたいどこでも日本中で九〇%、つまり一〇人

に九人位は一年間着くと。それから死体腎移植、これは二つになった方からですね、腎臓を亡くなった方から、一つひとつをそれぞれの腎不全の患者さんに植える移植のことですけど、死体腎移植でも八〇%という数値があがっています。これは全腎協の皆様は機関誌で今年の移植学会の詳報ということで記事が載っておりますのでご存じだと思いますが、それは、それ以前にの成績とどうして違っているんだと申しますと、シクロスポリンという薬が日本では早いところでは八二年からですけれども、だいたいこの二三年使われるようになったために非常にいい免疫抑制効果というものがありますために、それだけ成績が上がりました。それ以前では、イムランだとか副

腎皮質ホルモンという免疫抑制剤を使っていますけれども、それだけで使ってたんですけれども、その時は五年で比べて見ますと大体二人に一人しか着かなかつた。死体腎移植ですね、死体腎移植では二人に一人しか着かなかつたということですけど、シクロスポリンを使いがちとては五年で七〇%の人が着くという具合になってきております。これは非常にいい数字がでてきたということで大変成績が上がつてきたというのが今の移植の現状です。

で、腎臓移植いたしますと、先ほどの透析中のいろいろな合併症、あるいは併発症というものとれますし、予防できるということになっております。ただ、腎臓移植には腎臓移植のやはり悩ましいままでしょうか、問題があるわけです。もともと神経が移植しているように人間や生物界をつくっていただいているわけじゃないようございまして、他人の腎臓を移植いたしますとどうしてもご存じのように拒絶反応というのがでてくるわけです。で、この拒絶反応というのはです、多かれ少なかれ出ると考えた方が植える前は

気が楽だと思えます。ただ、今申しましたように拒絶反応の薬というものが発達してまして、これからもまた発達するでしょうから、その拒絶反応を抑える力というのはだんだん強くなっていくということは期待できるわけです。ただ拒絶反応を抑えるのに薬だけに頼るというやりかたは危険です。やはり拒絶反応を防ぐためには、我々移植屋から申しますと、やはりその人間といましようか生物としての相性、これを英語でいうとHLAと、組織適合性がいいか悪いかということと判断するわけです。

で、どうして拒絶反応が起こるかということ、やっぱり人間個人は自分と同じ蛋白質でないと受け付けずという性質を持っていてわけです。それが本当は病気になるかからない、例えば肺炎にかからないだとか、それから結核にかかっても治ると。そういう働きをするものものなんですけれども、そのものが移植をする時に拒絶反応の方に働くということになっていきます。ただ似たもの同志非常に似たもの同志を、一番似たもの同志といまますと一卵性の双生児、双子です

ねその方同志では拒絶反応は起こりません。これはその方々をついている蛋白質が同じだからです。そういうわけで似たもの同志を探しますと拒絶反応が起こりにくいと、それから抑えやすいということが経験的にも分かっているわけです。そういうことで移植するために、移植によって起こる拒絶反応を防ぐ方法というのは、大きく分けまして二つで、一つはもうしも似たもの同志を探してその間で植えるというやりかた、それから植えた後は移植免疫抑制剤を上手に使うというやり方。この二つに分かれてくる。で、移植免疫抑制剤が非常にいいのがでると申してもこれもまた使いようで、免疫抑制剤が副作用が起きますというところもないわけではあります。従つて、移植免疫抑制剤はシクロスポリンだけではなくて、副腎皮質ホルモンあるいはイムランだとかあるいはプレドニンだとかそのようなお薬を薄く広く組合せて使うとか、あるいはその人に向いた使い方をするとかそういうようなやり方をするわけです。出さず、腎臓移植をやった効果という

グラムで後ほど体験発表がございまして、移植すれば全員が必ず着くというわけでもございませぬし、着いている間は大変幸せという方もあるでしょうし、先ほどもいりましたように成績のうえから今ですと五年で区切つてみますと、死体腎移植で一人のうちに二人ぐらいは腎臓を諦めて透析に戻るといいうことも起きているわけですが、これも、そういうことの内容については後ほどの体験発表におまかせしたいと思っております。

腎移植を進める体制

ところで、今年の一〇月は腎移植推進月間ということと東京でも、また全国大会が仙台で松村満美子さんの総合司会で行つたわけですから、その前に日本の腎移植を進める体制といましようか、そういうことが厚生省では各地方に地方腎移植センターというものの一四置いてきました。これは始まったのは昭和五三年から始まったんですけれども、今年東京都では虎の門病院が地方腎移植センターに指定されてその活動を開始しているわけです。そういう地方腎移植センターでは移植の希望す

シンポジウム
Ⅱ小児の腎臓病
腎臓病の早期発見
腎臓移植のはなし

伊藤 克己

北岡 建樹

横山 健郎

松村 一通りお話を頂きましたが、もっと話し足りないという部分がおありかと存じます。伊藤先生にお伺いしたいのですが、小児の透析患者の場合、ある程度成績もそこそこで、まあ日常生活も不自由ない程度に元気にしていても、やっぱりなるべく早期に移植をした方がいいものなのでございませうか。透析をしているお子さんが健康な子供の年齢よりもずっと小さく見える、これを何とかしてあげたいと非常に感じ込んでございませうけれども、いかがでございませうか。

小児の腎臓移植の時期

伊藤 今、松村さんが言われたように、子供さんが腎臓を悪くな

つてまいりますと透析の前に既に背の低い人がおります。また、慢性腎不全という病気を身長が低い

がゆえに発見されたというお子さんも、時には見る訳です。一方、指輪がありましたように慢性腎不全になって透析に入ってから日にちが短ければ短いほど、腎移植の成績もよいようです。そして、透析に入ってから身長伸びは少なくとも、透析を思春期前に切り上げて移植を行った人であるならば、身長が伸びていきます。俗に言うキャッチアップグロスというのですが、思春期前に移植が行われるというのことが、身長を大きくする一つの要因のようです。ですから今、松村さんの言われたように、背の小さいお子さんをどうしてやるんだということなんです。最初から小さかった腎不全の子供さんの身長を大きくするのは難しいかも知れません。ですから多少なりとも腎不全に入つてから背が伸びなくなった人を思春

期前に移植が出来れば、身長はある程度望めると思っています。しかしながら、二〇歳、あるいは二二、三歳になってからの最終身長が平均値に追いつくかどうかについては、未だ十分な効果は得られていないようです。これから研究も進むだろうと思いますが、出来るだけ早い時期に移植をし、社会に戻っていったときに、みんなからお前ちびだ、ちびだと言われないような体を持つていくということだ、私たちが小児科医の最大の仕事だろうと思っております。

松村 その移植の面で横山先生いかがでしょうか。やはりその辺の成績というものは出ているのでしょうか。

横山 小児の移植になりますと伊藤先生の方がずっと経験がおありで何ですけれども、伊藤先生、小児の腎臓移植、成績そのものは、

先ほど私お話したのですけれども、あれは成人の成績で、あれより一般的に良い、小児は本当に成績が良いというのが一般的でございませうね。

伊藤 そう思っています。最近シクロスポリンが導入されてからの成績というのは、私たちが今、四四一五名、シクロスポリンを使って一八歳以下のお子さんを、移植科の先生にしてみらっている訳ですが、拒絶反応で腎臓を外した、外さなければならなかったという人の数が二入しかいません。で、亡くなられた方は一人もおりません。そして移植後の成績も、一年の生着率が大体九二・三%まで持つていくことが可能だと思えます。ですから大人の方と比べても何の遜色もありません。大人と比べて見劣りするものではなく、むしろ良いんでは

先ほど私お話したのですけれども、あれは成人の成績で、あれより一般的に良い、小児は本当に成績が良いというのが一般的でございませうね。

ないかという気がしています。

松村 子供の場合は特に良いという事です。やはり子供の場合は生体腎移植が圧倒的でございますよ。

伊藤 はい、その通りです。お父さん、お母さんが多いと思います。でも、年間一八歳以下で長期透析を受けているという人の数は三〇〇―三五〇しか全国でいせん。その人達の殆どが腎臓移植を希望しています。大人は七万います。腎移植を受けようと希望されている人が、もし半分いたとしても三万待っている訳です。もし、亡くなった方が腎臓を提供してくれる場合、子供は三〇〇人待っており、大人は三万人待っています。その中で、小児科の患者さんが大人と比べ死体腎移植を受ける率、可能性というのが、非常に少なくなります。やはり優先的に子供が死体腎を受けられるようにはかっ

てもらわなければなりません。

松村 北岡先生、小児とは限らず原疾患がいろいろと変わってきているというお話が、先ほどございましたが、その辺のところもうちよっとお話頂けますでしょうか。

透析導入の原疾患

北岡 最近の透析導入患者さんの原疾患ですね。確かに一〇年ぐらい前まではいわゆる慢性腎炎、慢性糸球体腎炎というような、腎臓をおもととした病気による腎不全が大部分でした。慢性腎炎から慢性腎不全になって尿毒症、透析という道筋だったのです。最近では糖尿病による腎不全の発症が目立っています。糖尿病というのは全身性の疾患ですから目とか、血管、腎臓、神経などの障害される病気になる訳です。主として血管の障害といえます。腎臓そのものは血管の塊のようなものですから、血管が悪くなりますと腎臓そのものが障害を受けてネフローゼ症候群などをおこして、最終的に腎不全になってしまう。同じような血管を障害するものとして膠原病、SLEというものと、その他いろいろ種類がありますけれども、広く膠原病と言われるようなものがあります。それから高血圧による腎障害ですね。最近では血圧を下げる薬が発達しましてかなりいいんですけれども、高血圧が長く続いてしかもコントロール

が不良な場合ですと、腎硬化症といまして腎臓に対して悪影響が及びます。コントロールがまづかたたりますと腎機能を悪くして腎不全、尿毒症となります。良性腎硬化症以外にも悪性腎硬化症といまして血圧のコントロールが全然出来ていない、拡張期の血圧が一二〇―一三〇がずうっと続いている状態をいいます。眼底出血や、うっ乳頭といえます。視力の障害が起こったり、いろいろな全身的影響がきます。腎臓と血圧というのは非常に密接な関係がありまして、腎臓の機能が悪くなれば血圧も高くなる。そして、また血圧が高くなるとそれがまた腎臓に波及して腎臓の機能を悪くする。そういう悪循環を起してくる訳ですね。そういう意味で血圧のコントロールというのは非常に大事だということです。

その他にも、それまで殆ど健康であったお年寄りの人の場合でも、やはり血管が段々と動脈硬化となり、良性腎硬化性の変化を起してきます。実際、高齢者の腎機能というのは殆ど青年期の半分ぐらいになってきています。ですから何等かの高血圧とかブラスアルファが加わってきますと、腎機能をガタンと悪くしてしまうのです。最近はそのような二次性の腎疾患というものからきた腎不全というものが非常に多くなってきたという事です。

血圧のコントロール

松村 血圧のコントロールという場合、本態性高血圧、何か良く理由が分からないけれども血圧が高いという人がございますね、この本態性高血圧と腎との関係というのは今のところ未だあんまりクリアーにはなっていないのでございますか。

北岡 本態性といえますと、原因不明という訳ですね。血圧の原因としていろいろ原因がある訳です。ホルモンの問題、あるいは血管神経を調節するような神経的な問題とか、食事の塩、あるいはストレスとかいろいろなものがございます。例えば、かぶさってきているということが言われています。

先になれば、おそらくその原因がはつきりするのかも知れませんが、いずれにしても、いろいろな高血圧を悪くするような増悪因子ですね、



国立佐倉病

横山健

昭和大学藤か

北岡建

東京女子医

伊藤古

それをなるべく避けていくというのが治療にもつながる訳だと思えます。食事の塩のとりかた、大体日本人の場合は塩をとりすぎているといわれています。WHOの値でも一〇g以下にしないという指觸がございます。塩のとりかたや、日常生活での精神的なストレスですか、そういうものも避けることは必要と思われれます。一方、本態性高血圧というものがあるのと長くいきますと、これが腎硬化症といえます。これが腎硬化症をするという訳ですね、そういう意味で先ほど腎と高血圧は非常に密接に関係があるんだということです。

死体腎移植の成績を上げる

松村 ありがとうございます。今までに日本で〇歳から九九歳までが透析を導入されているというお話を聞き、最近では糖尿病性の腎不全というのも大変増えてきているように何っております。

横山先生、移植の成績を上げるために生体腎でしたら、よく輸血を移植の前にするということはいわれておりますが、死体腎の場合はなかなかそれが難しいということ

もございますし、その辺、成績を良くするための具体的な方策などお教え頂けますでしょうか。

横山 移植の成績を決めるのに、先ほど申し上げましたのはHLAのことだけだったのですけれども、移植の成績に関係がある事柄といえますと、先ず第一番には先ほどお話ししたようにHLA、HLAの中にはA、B、DRと三つを大体対象としているんですけれども、特にDR、HLAのDRを重視して、その合方をいい方にするというのが第一番で、これは振り返って成績を調べて見ますと、シクロスポリンを使うようになってからも、シクロスポリンを使わないイムラン、ブレドニンの時の例でも、そういうふうにはやはりHLAを合わせた方がよろしいという数値は、我々の施設で数は少ないですけれども出てますし、それから世界的に非常に数の多い何万例という数に合わせて統計した例でも出てまいります。で、従いましてまず成績を左右する因子というのはまず第一番にHLAと、その次には組織適合でもクロスマッチといっていますね直接腎臓をもらう方の血清と腎臓

を出す方のリンパ球と反応させる。ちょうど輸血のときにクロスマツチ、クロスマツチといつて行つていけるわけなんですけれども、それと似た考えなんですけれども、そのクロスマツチを行つて反応が出るような場合はやめた方がよい。無理してやっても成績があまり上からないという数値が出てきています。これが組織適合に関すること。

それから今、松村満美子さんの方からお話がありましたけれども輸血のことですが、これは今から一〇年くらい前に調べてみたところ輸血をして、そしてH1Aを合わせてですね、昔は輸血を経験のある人に移植をした成績と、それから移植をした人でも輸血がなかった人との成績を比べてみたら、その当時の医学の常識としては輸血した方が悪いんじゃないかと思つたところが逆の結果が出たということがある訳です。

で、そういうことで生体腎移植をするときには、ある条件でH1Aをやつて、そしてリンパ球とリンパ球を合わせてMLCというのをやるんですが、高く出るような場合は輸血をやつて移植をする

いうことは言われています。死体腎移植の場合は輸血の経験のある人と輸血の経験のまったくない人と比べてみると、やっぱり輸血の経験のあるの方が成績がよろしいということになります。同じH1Aの組合せでも、ただ、あんまりいっぱい輸血をやり続けにやり続けた人、たとえば五〇単位以上、一〇〇単位以上、今までやりつづけた人はそれほどいいとはいえない。輸血をすればよいほどいいというんではないということであります。

ただ、透析の患者さんも今、透析の方法が進歩しまして輸血の機会というのが減つて、多分全体として減つてきておられると思ひますし、それから先ほど北岡先生の方から話がでたエリスロポエチンという、血液を作るというのを促す腎臓から出るホルモンなんですけど、これも今、パイクといひましようか薬としても二年ぐらいい、二、三年でしようか、二年ぐらいで実用に供せられると透析患者の貧血というのも相当それで輸血を必要としなくなるという事態が参ると思ひます。その時に死体腎移植の移植を植えるときに輸血

をするのかしないのか、これはその二、三年後新たに問題として登場してくるのではないかと思つています。

腎臓提供者の年齢

松村 ありがとうございませう。ドナーが死体腎移植の場合です、提供者が若ければ若いほどいいというお話、事故などで不幸を受けて亡くなった方などから提供というお話だったので、生体腎ですと年齢的に大体上限どの辺まで今、頂いているんでしょうか。

横山 今、日本では腎臓が払底しているといひますか、少し、少な気味なですね、ですから昔より少し年齢が、だんだん上がつてきました。現実には免疫抑制剤が良くなつてきていること、それから移植の経験、我々の方、医療機関ですね、経験を積み重ねて成績が良くなつてきていることによりましてですね、年齢が上がつてきております。大体六五歳ぐらいが一応年齢としては考へているんですが、腎臓を出す方ですね、ただ、それでも個人差というものがあつて、今で六五歳といひますと

老人保険の適用になるギリギリか、県によつて違ひますが、昔はその辺で切つたのですが、今ではもうちよつと上まで上がつてきています。

ただその際ですね、年齢はおよその目標としてはその辺ですけれど、その方が腎臓を提供して本当に残りの腎臓で生活を十分やつて行けるかどうかといひことは、念を以て調べて頂いて、そして決定するということになります。年齢だけで腎臓が出せる、出せないという訳ではありませぬけれども、一つ年齢といひるのは大きな条件になります。

松村 昔、ドナーカードが出来たころは大体五〇歳以上の方からは頂きませんから、「五〇歳迄のお守りのつもりでお持ちになつたら」なんて、私も勧め方をしてたんですが、最近は大體六五歳ぐらいいは、死体腎の場合も頂戴するんですか。カードを持つている人の場合、大體六五歳ぐらいいまでといひことですね。一昨年でしたか六四歳の御母様から頂いてちゃんとしていられるという方のお話も伺つております。一方、子供の方でございませぬけれども、伊藤先生、

透析の導入よりも移植が非常に多くて大体三分の一ぐらいは移植をしているというのですが、一方でズットと透析をやっているお子さんも結構いらっしゃいますね、親ごさんから血液型が違って頂けない、その辺の子供たちが何とかならないかなーというのが、私どもがお手伝いするキツカケなんです、今のところ死体腎が出なければどうしようもないのですか。

伊藤 そういうことになると思いますけれども、でも、長期に渡って透析をやっているお子さんがすべて廻りの私たちが見るほど悲惨だなーと思う感じでやっていたら、私のお子さんは比較的少ないこと、私たちの数になっていないと思います。非常に明るくやっておられます。腎不全のお子さんは、多くの大人の方がこれからどうなるかと思うほど子供さんはあまり深刻に考えてなくて、学校にも通っておりまして。今私たちのところで、学齢期に入ったお子さんが小学校で大体一週間に四時間ぐらいしか学校を休みません。そして、中学校になりますと火木土の準夜に入って透析をやってもらおうということになりますと一週間のうち二時

間ぐらいの欠席で済んでしまう訳です。これは非常に技術が良くなったからだと思います。ですから背が伸びないとかいうようないろいろな諸々の問題は他にあるかも知れませんが、お子さんは非常に元気にやっていることは確かです。ですから出来るだけ元気なうちに亡くなった方から腎臓が得られればそれに越したことがない訳です。

付け加えさせて頂けるならば、そうならないで済むような努力を私たちにすべきだと思えます。要するに腎不全にならない予防、管理体制というようなものをしっかりと持つことが必要だと思えます。

その結果が今、子供さんの腎不全の患者さんの数を一〇〇もしくは一二〇に抑えることが出来たと考えられます。大人の方は二次性のもが増えています。大人の方は、子供さんの方では少なくなりますが、先ほど話したように慢性腎炎で慢性腎不全になる人の数は増えてはいません。おそらく腎臓病に対する恐さを一般の方が知っておられて、早期発見に努力されている結果だろうと私思っております。

早期発見に

寄与する学校検尿

松村 やっぱり学校検尿なんか大変に大きく寄与している部分でございましょうね。

伊藤 私はそう思います。集団で大人の方で職場検尿をやることは容易なことではないと思います。子供さんの場合は否応なしに学校に持っていかなければなりません。そうした時には九〇何%の受診率、そして二次検診の受診率が八〇―九〇%、これは他の国では絶対ありえないことだと思えます。ですから昭和四九年から行われ始めました学校検尿、これは学校保健法を一部改正して頂いた結果だろうと思えます。これは多くの先輩方が国の行政機関、あるいは教育機関にお願いした結果だろうと思っております。

松村 それで先生どうなんですか、将来的には腎不全までいく可能性はあっても、学校検尿でかなり早期に発見されました腎不全にいくのを非常に遅らせる、うまくすれば八〇いくつ、お棺に入るまで透析は導入しないで済むまでキープというのは可能なんですか、

ざいましょうか。

伊藤 私、十分な管理を早期に行えば、腎不全になる人の数は極端に減るだろうと思えます。といえますのは、今の会場の中で膜性増殖性腎炎という名前でも腎不全になった方もいると思います。そして多くの本には膜性増殖性糸球体腎炎というのは癖が悪くて腎不全になりますという表現をしておりますけれども、今、学校検尿が始まって一〇年経ちました。その間に小児で発見された膜性増殖性腎炎の方が腎不全になったという人はごく一部の症例に限られています。たとえば五三年ぐらいまでですと膜性増殖性腎炎の方が腎不全になったという人の数が比較的多かったのです。ところが今、膜性増殖性腎炎と診断されても腎不全にならない人が非常に多くなりました。それともう一つは腎臓病の治療が医者も上手になりました。患者さんの方をもっと上手になりました。要するに非常に早い時期に蛋白や血尿の出ているのをキャッチしまして、適当な治療をやって頂いて、それから適当な生活指導をしてもらって、その人たちが腎不全になるというお子さん

は、ごく一部の症例を省いてはあつてはならないかと思ひますし、ないんだらうと思ふんですね。これは早期に発見出来れば出来るほどその比率は少ないと思ふんです。

で、話の中にもありましたように先天性のものを省けば、私は二次性に腎臓病になった人が腎不全になるというのは、もう極力防げるだろうと思ひますし、その管理体制をスーッと大人の方に持つていつて貰えればなおいいだらうと思ひますけれども、小児科と内科の間に穴がありまして受け渡しがうまくいかないということも一つ医療体制を考えなければならぬんじゃないかと思ひます。

学校検尿の問題点

松村 ありがとうございます。伊藤先生の今、お話がございましたように小児科にかかつています。それから学校検尿を続けている段階で、ある程度フォローしていても高校からパッとときれちゃう、小児科にかかつていたのが内科にかかちだすところで連携プレイがうまくいかないというのが、非常に問題でございますね、これ

は制度的な問題もございますのでしようけれども、現場のお立場ではこの辺大変はがゆくお感じになつていらつしやるんじゃないかと思ひます。

伊藤 はい、おそらく北岡先生も同じことをお感じになつていらつしやると思ひますし、そこでカルテが切れてしまう人が多いですね、その受け渡しをどうするとか問題だと思います。例えば私たちのところはカルテが一つしかございません。内科に移つたときに小児科のカルテがそのまま内科にいつてしまいます。

子供さんの腎臓を診ていく上で一つ空白期間があるということをよく内科の先生からも指摘されますし、内科の先生がなぜ内科にいつたり送り込まれないんだと、小児科が悪いと言われません。でも私たちはそんなことではないです。これをもつていつてくださいますと、これまでの経過表を持つていつてもらつています。実際は患者さんがどつつかへいつちやうんです。高校までは何と来てもらつていますけれども、高校から大学に入り、大学から就職するという形になりますと腎臓病があるがゆえに大学

入学や就職がうまくいかないと人が沢山居るんです。そして、腎臓病の場合、外から見ればわかりませんが、通院していなければ病気とは思われませんので通院を止めてしまいます。

たまたま就職し、大学に入つたという時になつて、また大学あるいは会社で健康診断をやりますと北岡先生が言われる蛋白尿、血尿でいつちかかります。そうしますとその間、一年とか二年とかいつのが空白期間ですよということになる訳です。この会場の中に透析をやつている人のうち、おそらくその期間が空白になつた人が、何人もいると思ふんです。そしてアールあのと診ていつて貰えばナートという人が、一〇〇人透析の患者さんゐたかと思ふれば、三〇人ぐらゐいるのではないかと私思ふんです。

長期透析の問題点

松村 そうだとおもいます。就職のとき、社会の医療現場だけでなく、社会の受け入れ体制の問題もありませんが、腎臓病があると就職出来ない、大学にもいつて貰えない、現実にあるもんで、から、

隠してしまつたというケース、沢山聞いております。子供の問題から大人の問題になりますが、北岡先生、長期透析、今日こちらにいつしやる方、透析やつている方も大勢いつしやると思ふのです。長期透析で骨の問題とかいつんな問題がございますが、最近特に顕著な例がございますか。

北岡 一〇年以上の長期透析の人の合併症の中で一番日常生活で困るといつますか、非常に苦痛となる痛みとか、シビレ感とかの出現があります。特に腎性骨症といいつすけれども、原因としては腎臓でビタミンDの活性化が行われる訳ですけれども、それが障害されるためにかルシウム、リン代謝の異常が関係しまして骨に障害が出来る訳です。

骨、あるいは関節の周囲といつところにもいつんな障害が来まして、関節痛とか骨痛が認められます。最近では、これにアミノイド・シスという物質が、関節の周囲に沈着しまして、手根管症候群といつ病態が注目されていつています。長期透析の人はご存じと思いつすけれども、一、二、三指でしようかね、主としてシビレ感とか痛

み、感覚の異常、そういう神経を圧迫して起る障害が出てきます。これに對しては、根本的な打つ手が今のところなくて、治療法で様子を見たり、手術をして経過を観察しています。β₂マイクログロブリンというのがアミロイド物質の基だと考えられている訳ですけれども、このβ₂マイクログロブリンというものを何等かの方法で十分除去できないかということが研究されています。

透析の膜そのものを変えてみるとか、あるいは吸着物質といいますが、β₂マイクログロブリンというものを吸着してしまふ、そういう物質を併用するとかですね、最新の透析膜、H₂F膜といいますが、使いましたそれを除去してしまおうということが、盛んに検討されております。現在の段階ではまだやりと難しい状況です。かなり除去できるのですけれども、実際、体内に沈着した物質がどこまで除去されるかということが問題になっております。手根管症候群が出現することは抑えることが出来るかも知れませんが、すでに沈着した物質を除去できるかどうか、これはまた別問題にな

っております。外科的な方法で症状その他は改善されることはできません。手術適応といえますが実際手術をする時期が、どれくらいのところであればいいのかという基準も各施設によって違うと思います。

それから先ほど横山先生の方からエリスロポエチンの話がありました。腎性貧血という貧血の問題ですね。食事療法、あるいは透析の治療をしつかりやつていて、施設では、貧血というのが大体、全体のグルーブの中でかなり少ないんじゃないかと思うんですね。中にはヘマトクリット値で二〇%を割って一五・六から一八%ぐらいのところまで維持されている人もいますかも知れません。最近、蛋白同化ステロイドの中でかなりいいタイプのもの、チオデロンという薬がありますけれども、そういう薬が治療することも一般化してきました。男性の方には問題ありませんが、女性の場合ですとやはり毛が濃くなったり、あるいは声がかすれたりというようなこと、男性化現象といえますか、そういう副作用が起りますのでなかなか使いたくないことがあります。

ところが現在、貧血の治療でエリスロポエチンという、腎臓から出るホルモンですね、それが合成されております。週に三回ぐらいの割合で注射していきますと約一カ月でヘマトクリットが大体三〇—三五%まで上がってきます。反応がない場合にはエリスロポエチンの投与量を増やしていく訳ですけれども、いずれにしても三二—三五%ぐらいのヘマトクリットを維持することが可能となります。現在はまだ治療の段階ですが、近い将来、透析患者さんの場合には貧血で悩むということはもうなくなるだろうということが予測されます。ですから日常生活の上で貧血で悩むことはもうなくなりません。輸血をする必要もありませんし、チオデロンというような薬物、男性化現象のあるような薬物に頼ることもなくなるであろうと思われま

CAPDと透析と移植

松村 透析生活というのは昔から比べれば、本当によくできておりますね。

北岡 透析装置そのものにつきましても、現在殆どの施設では重

曹透析による快適透析が行われていると思います。それでも無症候透析ができない人の場合にはナトリウム濃度を上げてみたり、あるいはメイロンというアルカリ化剤を加えた方法で、透析困難症といましようか、透析時の血圧の低下とか不快な症状をなくすように努力されております。

松村 横山先生、今のお話を受けてまして、先生は外科でいらつしやいますが、公的な立場でCAPDと透析とそれから移植、この三者を腎不全になった場合どううふうに考えていったらいいのかアドバイスをして頂きますでしょうか。

横山 そうですね、それぞれ一長一短といましようか、特に膜を使う、膜をいっても腹膜を使う、いわゆる血液透析の進歩というの、いは非常にあります。先ほども申し上げたのでありますが、少なくとも今から二年前はですね、今のように透析者というのは、この世のなかにはいなくなつたのですけれども、二一年経つた現在何万人という人が尿毒症から救われてるというこの進歩は今後も続くと思うのです。

です。すから今、一番大問題である透析者の骨症ですね、お話がありました。それからアミロイドージスの問題、これも相当前に、特に今、膜でもって非常な努力を皆さんなされておられますし、引いて駄目なら押ししてみろとか、引いたり押ししたり、あるいはいろんなやりかたで膜を使ってやっておられまして、それから膜の活性化の問題でも非常に精力のやっつてますので多分、早晚アミロイドージスも機械的には克服できるのではないかと、いろいろに思っております。

ただ残念ながらですね、はつきりとしたアミロイドージスで腎臓移植をやつて、で、アミロイドージスが完全に採れましたというほどまではつきりではないのですね、アミロイドージスそのものが指摘されたのが最近のことですし、それから欧米ですとアミロイドージスになる前に移植が行われてしまいます。そういうことで移植によるアミロイドージスの治療効果についてはまだはつきりしませんが、ただ予防効果ははつきりとしているということができると思えます。

す。そういう意味でいいますとアミロイドージスに関しましては移植の予防効果ということがあります。それからまた骨症に関して、要するにカルシウム代謝、カルシウム異常に対する問題ですけれども、これは透析とは別の問題として腎移植後ですね、別な形ですけれども、とることがあります。異所性沈着という形ではなくて、むしろ大たい骨頭壊死というような問題とか、それからきしつのカルシウムの異常ということが出てまいりますので、ただ、起きてくる原因については違ったメカニズムというのがあるんですけども、移植になれば骨の問題すべて型がつくという訳ではありません。まだこれ以上にこれはありません。またとして、移植と透析の共通のメインターマとしてやっつていかなければいけないかと思えます。

CAPDについてはもともといいは何といつても家庭で、自分でできるということでありまして、ただ膜の大きさからいうとCAPDは確かに大きいのですけども、β2ミクログロブリンをCAPDでやっつて除くかといえますと、そういう症候はないという訳です。家庭生活のしやすさという意味ではCAPDはいいかと思えますが、現実には病態といましようか、我々がみる病態としては我々としてはどちらかというと血液透析の方を、まあ症例によってはでしようけども選ぶことが多いのではないかと思います。

ただそれらの危険度といましようか、特に女性の場合なんですけど、日常生活といましようか、先ほど子供の話が出まして、教育・成長という問題でこれはもう絶対的にどちらを成人と子供でどちらを先にやると、同じ条件が合った人がいるとすれば子供の方を選ぶというのが我々の常識です。それは成長・教育ということ、それから成績がいいということ、今後からの問題ということもありません。それから同じような問題で女性については出産という問題があります。これは透析・CAPDの出産例というものは、CAPDは多分ないと思いますが、透析例ではないわけではないうすけども生れてくる子供の成熟さの程度とか期待感とかそれから分娩の危険度とかいうことを比べてみますと、やはり腎移植の安定期の出産の方が、透析者の出産よりは安全、なおかつそういう意味でのよりよい出産が期待できるのではないかと、いろいろに思つてますし、また数字といましようか、パーセントですけれども率から申し上げますとそういう意味で出産については、移植の患者さんの安定期の方が勧められるというふうな大体なつてゐるのではないかと思つてます。この辺は伊藤先生、またなにかお考えがあるかと思えます。

松村 続いて伊藤先生。
伊藤 いえ、小さいお子さんはほとんど、CAPDです。例えば体重が一五kg以下ですと血液透析よりもCAPDの方がカロリーも入りますし、それから血管の確保を必要としますからCAPDを使つておられます。CAPDを使つて所定の位置に腎臓を植えてもらうということをお願いしているわけです。ですから、移植については私は横山先生に付け加えることはございませぬ。ありがとうございませぬ。

松村 北岡先生、何か追加するお話はございませぬか。

CAPDの問題点

北岡 CAPDは確かに快適といいますが、血液透析に比べますと、コンテインアスに、持続的に行われますから、尿素窒素とかクレアチニンとかの変動の幅が少ないということがひとつ上げられています。それから血液の酸性アルカリ性を決める血液ガス(酸塩基平衡)ですね、血液のPHそれも比較的に安定しているというように、それが認められます。で、透析の人がCAPDにいった場合には、かなり快適であるという話を耳にいたします。ただ問題はやはり自分でしなきゃいけないということでしょうか。お腹の中に、五〇〇ml、二、〇〇〇ccの透析液の出入れをするわけです。医療側の方から積極的に押し進める状況は、シヤントがどうにも使えないような人が長期血液透析の場合で、てくるわけですね。グラフトといひまして人工的な血管によるシヤント造設をやる場合ももちろんあるんですけども、どういふはずみか植えたグラフトも詰まっちゃうこともあります。いろんな血小板機能を抑制する、薬を使つて

なんとかするんです。このようなシヤント機能の不良な場合には、本人自身も諦めるかも知れませんが、CAPDにはいることが多いようです。また、心血管系の障害の強い人の場合にもCAPDは効果的です。

それから逆に、医療側で反省しなきゃならないことは、患者さんからの希望があった場合でもなかなかそれを実行させにくいような面があるのじゃないかという気もするんです。といいますのは透析施設が十分あるようなところでCAPDの患者さんは非常に数が少ないですね。もう血液透析を受け入れる余裕がない、そういう施設ですとかかなり積極的にCAPDを押し進めるという面がありまして、これもやはり医者の方の良くないことなんですよ。その姿勢ですね、それが問題であるろうかと思えます。

それからCAPDの問題点といひますのは、おなかの中に管を入れていく訳ですけども、そのカテーテルの方の生着といひますか、くつき具合、これが問題になることがあります。慣れない人がやつたりしますというんな意味

で不潔になつたりして、トンネル感染とか腹膜炎とかを起こすことがある訳です。最近では、非常に良く慣れた人、ベテランの人の場合ですと殆どこのようなことはなくなりつつあるようです。ただ、腹膜カテーテルというものは生体にとつて異物です。昔の外シヤントですね、ああいう形でおなかの中に入っているのです。ですから管の回りがどうしてもきたなくならないことがありますので(松村・腹膜炎起こす)、腹膜炎を起こしやすくて、生体とろましくいうようなカテーテルの開発ということ、私たちがハイドロキシアバタイトという物質、骨の成分と一緒にすけれども、そういうものをくつつけてみると非常によく生体となじむのではないかという実験しております。将来的にはそのような工夫されたカテーテルでCAPDが行われると思います。結論的には、自分でしなければなりません、非常に快適であるといふことを強調したいと思ひます。

献腎思想を広めるには

松村 ありがとうございまして。CAPD、透析、移植、この

三者、うまく組合せていくのが大変なことだと思ひますが、施設によつて透析の設備がしっかりあるところはCAPDの患者さんが少ない。それから透析の施設があまりないところではCAPDの患者さんが多い。患者さんがどちらに適合しているかということ、そのCAPDと透析を選ぶのではなくて、施設の都合が多少入る部分があるのではないかというのを、私は外野の人間として良く感じるんでございましてけれど、やっぱり実際問題として多少はそういうこともございましてしようね。

時間もなくなつてまいりました。時間がなくなつてまいりました。腎臓病そのものの問題もさることながら、腎不全になつてしまった患者さんたちのために、その最終的には腎移植を勧めるといふのが、厚生省も、東京都も、医師会も、いろんなところで献腎運動をやっている訳でございまして、こういう献腎、献するといふ字ですね、ドナーカードを持つ人を増やそうといつても、もう一〇年以上になりますけれども、まだ一〇万人をそこそこしかドナーカードを持っている人が増えないのが現状でございまして、そ

の辺、私なんかもマスコミに働くものとしてどうやれば、もっともつとドナーカードを持って下さる方が増えるのだろうか、いろんなキャンペーン行事などやると少し増えるんですが、それ以降また頭打ちになってしまおうというのが現状なんです、先生方、一言づつ何かいいアドバイスがございましてらお教え頂きたいと思うんですが、伊藤先生なんでしょうか、特に子供は移植させたいと思えます、(伊藤先生・献腎に対してですか)はい、献腎思想をより勧め、より広めるために私も本当にどうしたら一番いいんだろうと思うんですがございますけど……。

伊藤 私たち小児科医は腎臓を出来るだけ多く貰わなくてはならないということで、マスコミ、あるいは行政の面から、いろいろとご協力頂いていることは十分承知をしております。そして協力願わなければいけないと考えております。現在、献腎は少なくとも一〇万人の方に協力を頂いた訳ですから、今後、ドライバーズ管理、免許証のときに一緒にドナーカードをつけるのかというようなことも出るには出ると思えますけれど、や

はり日本人的な考え方から一律に腎臓をくれと決めますと、日本人というのは私、決してそれに対して賛成する人種じゃあないのではないかと思うんです。

やはり、今やって頂いています本当に草嚙むような小さな、いや大きな仕事です、少しずつの仕事ですけれど、その仕事を続けたいらう以外にないんじゃないかという気がするんです、この上から、お国から、東京都のごことに今おられる方にくれつついてカードを全部渡しても、意外と納得していないというのが実態だろうと思うもんです。駄目だと思うんじゃないかと、やるんだという姿勢でやって頂ければというように思っています。

松村 ありがとうございます。北岡先生、献腎運動だけに限らず、最後一言には、

北岡 私の施設では、腎移植があまりまだ十分行われていません。ですから、私自身も献腎についての具体的な案をどのように出せばいいのかわからないことばかりです。私どもの大学におきましても細々と生体腎移植をやっております。けれども、もしも交通事

故などから移植に使用できる腎臓が入ったとしても病院内のシステムが十分出来てない状況ですね、ですから、まず私どものやらなくてはいけないことは、その受け入れ側の方のシステムづくり、これがまず第一です。

それから献腎につきましては、いままで地道に行われていました努力をですね、継続して頂くこと、これが非常に大事だろうと思うんです。ただ、法的な面でも、自動車免許交付のところで義務づけるとかですね、そういうことは、なかなかやりにくさろうと思うんです。地道な形で何とか腎臓を手にいられるように努力するしかないんだろうと思います。

松村 それから他に付け加えることは、

北岡 長期血液透析の人をかなり多く診ているんですけども、今の伊藤先生のお話の通りの印象をもっています。透析療法というものに対しては国全体からあたたかい支援を受けているわけですから、自分自身もやはりそれに応えて体重のコントロールはしっかりとすると、或いは血液データの異常を指摘されたら素直に反省、

自覚して、もっと自分自身の健康、透析患者としての健康ですね、これをもっと医療側のいるんならドバイスに応じやっていたらいいと思います。それでなければ透析療法のお金の無駄使的なことになり兼ねないわけですから、その辺のところをお願いしたいと思えます。

横山 献腎運動についてですけれども、常日頃から「腎不全に生きる」でつか、あれで我々医者よりも活発にやっておられる腎研究会に本当に頭が下がりますけれども、経験から申し上げまして、腎臓を出していただけるかどうかという事を、紹介されて私がお聞きすると三人にお一人の方は、最近ではOKしていただける。必ずしもドナーカードをお持ちではないわけなんです。で、ドナーカードを今、腎臓移植普及会で一〇万枚ちよつとしようか、その他の腎臓バンクで全部で日本国中合わせますとやっぱ一五万を超えてきております。五二年の六月、最初に出されたわけですから丁度一〇年経ったわけなんですけれども、そういう数字になっているわけ

で、ドナーカードがもう少し多く出たほうがいいんじゃないかなと隣近所の奥様に聞いてみた。持つてないけどいつでも腎臓を出しますとこう言っている。もつともその方々は、私が腎臓移植をやっていることを知っていたからだと思ふんですけれども、ただそういう意志があつてもドナーカードを持つまでの手続きや投函がめんどうくさいという面もあるかと思ふんです。

で、ドナーカードというのは、確かに枚数が多ければ多いほどいいですし、以前の厚生大臣が一〇〇万枚ということをおっしゃられるのですから、それに近づければいいと思ふんですけれども、ただこの思想は、今、お二人の先生がおっしゃったように、松村さんを代表とする民間の方々が手弁当て無報酬です、おやりになって無報酬というのには誠に意味が高いというふうな思ひます。ドナーカードの数には出てきませんけれども実質的には相当の浸透だと思ひます。

も、やはり近親者がお亡くなりになる時に、その主治医なり医療従事者が声をかけてドナーカードをお持ちかどうかというのを、或いは献腎する意志があるかどうかということをお聞きすることが必要かと思ひます。そういうことによつて潜在的にドナーカード保持者の意思表示というのがはつきりするわけですが、それを現在、まだ各医療機関でそこまでいってないところだと思ふんです。後で聞きますと、忙しくていいでしょう、いろんな事情に紛れて実際はドナーカードを持っていたんだけど見せる暇もなかったというお話も後で聞きますし、聞くことも少なくないわけです。ですからむしろ医療機関がそういう時に積極的に、何も恥じることはないわけですから、献腎の意志があまりどうかというをお尋ねするといつじやないかというふうには私は思っています。

つばり一番誤解の少なく、またその意図とする目的を達するの一番いい方法じゃないかと思ひますので、また何かの機会があれば我々いつでもお手伝いしたいと思ひています。

善意の力で献腎運動を

松村 ありがとうございます。

先生方から大変貴重なお話を沢山いただきました。私からも今日は透析をやつてらっしゃる方も沢山いらつしやうと思ひますので是非申し上げたいと思ふんですが、ご自身自身が死体腎提供を受けたいと思つていらつしやる方、おられると思ひます。その方たちはご自分の身内の方々何人の方に、ドナーカードをお勧めになつてらつしやいますでしょうか。透析を實際、今やつてらっしゃる方が日本中で八万人からいらつしやるわけですが、それでドナーカードが善意の第三者のドナーカードが殆どというのが現実でございます。透析をやつてらっしゃる方も甘えることなく自分自身、自分は透析をしていて出来ればドナーの腎臓をいただける、そのかわり自分は角膜の移植、自分が死んだ

時には角膜を提供したいという登録をしているんです、と胸をはつて言える方が死体腎移植を希望する方全てであつて欲しいと思ひます。やっぱりこういうヒューマンな気持というのは透析者もそれから一般の人も持たなければいけないではないか。

透析者の社会復帰の問題もそうだと思います。社会の受け入れ体制も非常に悪いのは事実でございますが、積極的に社会復帰を透析者の方々も透析者ではなく、透析者という意識でもつて積極的にドナーを叩けば開かれる道が一つ二つ目は駄目でも、三つ四つ叩いていくうちにどこかで開かれるかも知れません。積極的な社会復帰を是非していただきたいと思ひます。

それともう一つドナーの問題でございますが、これはもう今の時代ではなくなつた方の腎臓を下さという時代ではないと思ふんです、私は、お亡くなりになる方のご遺族の方に、一部ではあります。が亡くなる方(例えば御子息)の肉体があります。この世に残る可能性のある道。二人の人間をこの亡くなつて行く方は救う可能性が

ある。そういう道も残されているという形で私は献腎運動をこれから進めていくべきなんじゃないかと思ひます。

それとお医者様方にもお願いしたいことがございます。脳外科とか外科の救急病院の先生方、脳死の問題、移植の問題に御自分は反対であるという施設長の方がいらっしゃる所ではどうも腎の摘出が手遅れになるというケースをいくつか聞いております。そんなことがないように。決して上から降ろしたのではなく善意の献腎であり、善意のドナーであり、そして善意の受け手でありたい。そのプロセスでいやな人は腎提供する必要は全くないと思ひます。誰もが皆んなやりましようなんていうことは全く必要ないと思ひます。私は提供したいという人がいる。私は欲しいという人がいる。そのパイプになる方が途中で邪魔をしないでいただきたい。今日は東京都医師会の先生方も沢山いらつしゃいますので、その辺のところを医師会の中でお話しをしていただければ非常に幸ひでございます。お時間も過ぎましたので、これだシンポジウムを終わらせていた

きたいと思ひます。先生方どうも長時間に渡りましてありがとうございます。

◎腎臓病の研究・予防・治療から社会復帰に至る

「腎疾患総合対策」の確立を！

◎腎バンクの登録者を拡大しよう！

体験発表

明日に向かかって生かぬ

吉澤 史子
柳 光夫
後藤 廣

吉澤 史子

(ネフローゼ寛解児の母)

私ただ今ご紹介に預かりました吉澤でございます。私の息子は、ただ今小学校二年生で大変元気に毎日半袖姿で学校へ通っております。

まず発病しました事を簡単に述べさせていただきます。五九年の四月三日、ネフローゼ症候群という病名をいただきました。そこから子供と私の闘病生活が始まったわけですが、現在まで三年七カ月の闘病生活をしております。その三年七カ月の間に一カ月の入院生活がありました。最初は三カ月位というお話をいただいたんですが、それがとうとう一カ月も入院生活をする事になりました。発病した時は四歳一

年中組に入園するその年でございます。一カ月の入院ですから幼稚園は年長組の半年行っただけで、殆ど行かないと同じような生活でした。

一カ月の入院中に五回再発いたしました。退院後は再発していませんが、入院中それから退院後一年程はステロイド剤の投与をやっております。

こちらの見出しに寛解児ということで書いてございますが、実はまだお医者様の方から「寛解ですよ」というお言葉はいただいておりません。ですからこれを見ますと、これはどうしたんだと言われるので、これがまあ寛解に近づきつつあるという事は先生からいただいております。ですから、まだ寛解ということではないんですが、どうして寛解に近づいて来たのだろうか、いったいどうして

息子の病気は良くなったんだろうと思うんですね。発病した時は本当に、皆様もご経験とありますが真つ暗のどん底でした。一カ月入院しました時は私は三回病院を変えたことにしました。その中で、子供である患者と、親とお医者様

と三者が一体になって治すという目的に向かっていった時に初めて明るいものが見えるんじゃないかと。多分このことがあったから私は、子供が今普通の生活に戻って元気に小学校へ通えるんじゃないかということに気がつきました。患者にとってはとにかく病気が治りたい。親は治してやりたい。お医者様もどうかあの手この手の治療で治してあげたい。目的は同じです。病気を治す、そのことだけ。そのことだけです。患者と親とお医者様と本当に一体にならなければ、足並みが揃わな

れば駄目に決まっています。当たり前のことです。ですけど三年七カ月闘病生活をしましてこのことが一番難しかったんじゃないかと。私は体験の中で思います。

この当たり前のことをどうやってやれたかということから話していきたいと思うんですが、まず発病してネフローゼ症候群ですよというお話をいただいて、その病院に入院していたのは四日間でした。それが先生のお話で、「数年前にお一人治療したことがありますが」というお言葉が、私と主人の心の中に不安なものを残しました。「一体治していただけるのかなあ、その子と同じ病気だったのかなあ」と不安になってきました。そして私は、親がこのような不安を持っていたのでは治るものも治らないんじゃないかと悩まされたけれども、やはりいつまでも

尾を引いてなかなかその不安は消えませんでした。そして、新しい病院へ転院することになりました。

次の病院はとても大きな病院で、小児科でも規則が厳しく、一日のスケジュールがびつりございまして、四、五歳児の幼稚園年齢のお子さんは、保母さんのもとで保育をし、そして、小学生・中学生はボランティアの大学生が来て勉強を見ます。起床時間・就寝時間もとても厳しく、就寝時間になりますと本も読んでいられないくらい真つ暗になってしまいまう。一つ一つ規律がきちつとして、病院に巡り合いました。おやつの時間も決まっていますし、勿論面会の時間でも一分たりとも早く入ることはできませんでした。帰るときも「もう時間ですよ」と言われ、また子供が泣きましても喚きましても後髪引かれる思いで逃げるように帰らなければなりません。このように大変規律正しい生活を強いられる病院でした。勿論、お医者様も看護婦さんもとてま家庭での私の話を十分聞いて下さいましたし、私が子供の健康記録を作りたいというお話をし

た時も「誰にでも出来ることではありません。誰にも見せられませんが、ですけれどお母様の熱意がありますので大事な資料をお見せしますよ」ということで私は子供の病状の記録を作ることも出来ました。そういうことで何の不満もありませんでした。お医者様もとてもいい方でしたし、看護婦さんたちは手取り足取り子供を見て下さいました。いたれりつくせりの病院だったんです。ですがやはりまた転院することになりました。私と先生は足並みが揃っているんです。ところが子供がどうも足並みを揃えてくれないんです。

七カ月入院しましたが、少しも心を開いてくれませんでした。それは多分親が悪いんだなあと思いました。私は不びんな子を私がこんななさせてしまったと何時も悲観に暮れていましたが、七カ月の間に子供は、なかなか心を開いてくれませんでしたので大変な七カ月でした。ですから、いろいろな話を寄せていやな顔をしてしまわす。お友達とも仲良く遊ばせません。遊んだとしても直ぐ喧嘩をしてしまします。譲り合うことも出来ま

せん。ただただ私が面会に来る時間を待つだけ。そういう毎日でした。

これではいけないと主人と考えました。私も機嫌を取ることをしたり玩具を買ってやったり、あの手の手で面会の時間を接することにしたのですが、どういうわけか子供は全然心を開いてくれませんでした。何とか治してやりたい。

今の状態から何とかしてあげたいという一心で転院を考えました。その時子供に「退院するんではなく、一度お家に帰ってまた別な病院へ行くんだけどいいの」と聞きまして、七カ月の間に外泊したりそれから退院する方を何人も見送って、子供の中の希望というのは「退院」その言葉だけだったのだと思うんです。

ですから、退院してまた病院へ行くということで、家へ帰りましてごねたら困ると思ひまして、はっきりと子供に退院するんだけど、もまた別の病院へ行くんだと、一日お家へ帰るだけなんだというこをよく聞かせました。その時、子供はとても喜びました。はしやぎました。皆んなに「僕、退院するんだよ」といって回りました。

私は、本当に分かっているのか大変心配しました。ですが、一日家へ帰りまして、朝、起きましたら「僕、次の病院へ行くよ」とはつきりと言ってくれました。とてもふびんに思いましたが、とにかく治らなければいけません。治ることが第一の目的ですから私もくつと歯を喰いしばって、次の病院へ連れていきました。

結局、私の子供は我が儘で、氣位が高いところがございましたので、多分その辺であわなないということを感じていました。規則が厳しい、親にとってはとてもいいことだったので、放任されるよりもきちつとやっていたら朝起きて歯を磨いておしっこをちゃんと採って、そして、時間を待つて食事になるとちゃんと「いただきます」をしてお歌を歌って食べる。時間が来たからお昼寝をする。そういうきちきちとした生活が親にとってはとてもいいと思ひていました。

ところが、子供にとつては逆だったんですね。私はそこを読み取れませんでした。子供は何も言いませんからただいらいらして反発して、乱暴な言葉を言ってお友達

と喧嘩をするだけでしたけれども、そのことがどういうことか分かりませんでした。結局、病氣という制約、大変大きな制約です。子供にとっては「あれをしてはいけません、ベツトに乗りなさい。歩いてはいけません。食べるのもこれだけでよその子のを食べてはいけません」いろいろ「いけません」「いけません」が生活の中で氾濫してたんですね。病氣という制約の中で氾濫してしまう。子供は、「いけません」と言われることばかりでした。ですからその制約された規則正しい生活がとて合わない。それは、その次に移った病院が全く逆でありましたのでそのように気がついたのです。

三番目に移った病院は、小児科と内科が一緒でございました。三番目に移った病院で初めて腎臓病専門のお医者様に巡り合うことが出来ました。それまでは専門の先生がいるということも知りませんでした。小児科の先生なら腎臓だつて何だつて分かると思つて治療してまいりました。そして、三番目の病院へ行ったときに病棟は子供だけでなくて大人も一緒にいました。私が面会に行きますと、決まつて大人の方のお部屋に行っているんですね。そして、甘えていろんなお話を聞いて、面倒見ただいてはいる姿が多ございました。そこは、先程申しましたようにとても自由な雰囲気でした。面会時間もござります。ですけどそれ程厳しくありません。それから入院している時は、病院食ですから持込はしないで下さいと入院の手引きに書いてありますが、ちゃんとプレイルームには冷蔵庫がございました。子供は最高だったんですね。冷蔵庫を開ければ何でもあります。でも自分の冷蔵庫でないことはちゃんと知つてます。食べちゃいけない」と言うことも少なくなりました。全く厳しい入院生活の中からとてもリラックスした病院へ今度移りました。子供は急に私に「もう、お母さん面会に来なくてもいいよ」ということを言うようになりました。私は嬉しいのか悲しいのかちよつと戸惑いました。毎日、明日何時に来るのと時間は三時と決まつて来るのに必ず聞きました。「三時ですよ。三時」と言つて帰るんですけどま

た次の日も「何時に来るの」と聞きます。一分たりとも遅れて入ることは出来ない生活が七カ月続いたんですが、もう来なくてもいいと子供が言うんです。一体何がその言わたんだと私も不思議になりました。三つ目の病院へ移つてからは、子供はとても明るくなりました。小児科自体がとても明るいんです。そして、皆んな和やかでした。何がこんなに違うんだろうと私は考えました。段々見ていくうちに見えるものが出てきました。主治医の回診は毎日ございました。私がかつたま午前中に行つた時に、先生の回診がどのようにされているかということを目の当たりに見てびっくりしました。それはもうお医者様と子供という感じじゃございませぬ。叔父さんと子供、お父さんと子供という感じで、冗談が飛びあいます。子供は先生にちよつと出したり、乱暴な言葉で浴びせたり笑いが絶えない病棟です。

いつか長野の中学生が入院して来ました。野球をやつてまして、とても体ががっちりしているお坊ちゃんでしたが、先生は入つてくるなり「馬車馬のような足をしているね」なんていうことをすばつてその子に言うんですね。皆んながどつと笑うんです。そうするとそこで「馬車馬のお兄ちゃん」という名前がついたりします。何時も先生はそう言つて笑いをふりまいて、小さい子供に對しても頭をなで体を触つてそして帰ります。私の子供も主治医の先生と擦れ違ひます時に決まつて白衣を引っ張ります。それから足を掛けたら、とんとんとつついたりするんです。私はその度にそんなことをしてはいけないと叱りました。それが今考えますと「先生、僕をことを見ていてくれよな」と言う感じだったんですね。白衣を引っ張つたり、とんとんと先生の肩を叩いたり、足を掛けたりすることが立派な会話だったのだと思つました。

その時に息子と患者とお医者様の波長がびつたり合つてる。なんて素晴らしいんだと思つてました。患者と親とお医者様がびつたり合ふなければやはり一つの目的「治す」ということは辿りつかないと思つています。私も最初発病して何カ月過ぎました時に、子供の病氣

は親の病氣と思つて自分の闘病生活としようと思つた。その時に七カ月いた病院ででしたが、子供の健康記録を作りました。おそらく自分が病氣になった時に何をしよう。薬を投与して治していただいで診ていただく。それは先生がします。自分の体は自分が管理し、病氣を知らなければいけません。その時に子供の健康記録をつけることを思ひつきました。ここにあるものがそうなんです。まだ子供はこれを見て何かさっぱり分かりません。でもいつか分かる時が来たらお母さんがどのようにして子供の病氣を見つめていたか、これを見れば分かってくるんじゃないかと確信しています。そしてまた、この健康記録が読み取れる時期が来た時に、何か彼の中で健康というものをものごとと深く考え、また一歩進めた形で捉えてくれることも期待しております。

この健康記録は、ちよつと申し上げますと下の欄に体の状況ですね。例えば頭痛があるとか鼻水が出るとか、それから眼科に行った整形外科に行った全部その日の体

の状況を書きました。そして、ここにステロイド剤の投与の記録があります。この真中は家の子は蛋白質だけでございましたので、蛋白質がどのように出てどのようになつてと言ふことをずうつと書きました。それから副作用が出来ますので、副作用の状況一つ体重という形でとりました。これをとにかく毎日毎日書くことで子供に私が何をしているかという態度を示そうと思ひました。そしてこの記録が転院するとき大変役に立ちました。先生も私の熱意をかってくださいました。転院してからも記録を続けられることになりました。

ある日、テレビで癌のお子さんを抱えたご両親がこのようなことを言っておりました。「子供の病氣は、親の病氣です」。私が随分前にハツと思つたことそのことをすばり言つて下さいました。アツ間違つてはいなかつた。自分の病氣として捉え、自分の闘病生活として闘つて来たことが間違つていなかったと思ひました。そんな中でお医者様からは次のような言葉が出ました。「親も患者さんです」ということを最後に移つた病院の

先生が言つて下さつたんです。あつ、これで私の波長と先生の波長がびつたり合つたと思ひました。何でも言えるようになりました。何でも聞けるようにもなりました。そして、ここで初めて息子と私とお医者様との波長がびつたり合つて三者一体になつて治療することが四カ月続きました。四カ月後退院し、再発はありません。おかげ様で幸いのこと本当に何もなくて退院してから今に至つておりますが、何と言つてもお母様方お父様方は治してやりたい一心で、何でもやろうというのには皆さん同じだと思ひます。その中で三者一体ということが一番大事であると感じました。それからその次は病氣との付き合ひ方があるんじゃないかと。疲れない形で病氣と闘つていくと言うやりかたがあるんじゃないかと言ふことを思ひつきました。

それはやはり病氣の性質、自分の子供の病氣はどういう病氣かということを知るということが大切だと思ひます。私はたまたまこういう記録を作りましたが、その病氣の性質を知つて、そしてその病氣と仲良く付き合つていくという

やり方をすれば意外と氣が楽になります。落ち込むこともないと思ひます。病氣を知つて良くなつた時にはもともと健康であつたわけですから健康であるわけです。これは病氣に勝つているわけですね。ところが、病氣になつてしまつたということは、その時の抵抗力がなく、病氣の力が勝つてしまつたわけです。ですからもともと健康で、病氣に打ち勝つ力があつたわけですから、退院してからは私は子供を鍛えることにしました。それはあくまでも運動させるといふことではなくて、心を開かせて欲求を満たし、そして、少しずつ健康を取り戻していくというやりかたです。

幸いにして寛解の方に進んでおりますが、先生は一生付き合ひましょうと言つて下さつております。寛解といひましてもまだまだこれから再発もあると覚悟しております。本当に一生付き合ひなければならぬ病氣だと思ひます。これからも大勢の方々の励ましと愛情とお力添えがあつたことを忘れず、感謝の氣持を持って、そして、また息子との闘病のドラマを続けて行きたいと思ひております。

柳 光夫

(東京都腎臓病患者
連絡協議会副会長)

今ご紹介に預かりました東腎協副会長をしております柳と申します。私は透析導入から今日で八年八カ月と九日になります。透析導入以来、入院することもなく外来透析で過ごしているわけですから、むしろ透析患者というよりも透析人というのが正しいのかも知れません。私はこの壇上で話をさせていたいておりますが、一見健康者の人と変わりなく、どこが身体障害者だと思われかも知れません。しかし、私は紛れもなく週三日、一日五時間の人工腎臓による血液透析を受けなければ、たどころに尿毒症になり、命が奪われてしまいます。私が何故、このような難病と言われる慢性腎不全による人工透析を受けるようになり、また、その導入までの過程と導入後の精神的・肉体的葛藤の中で、これらをどう克服して現在に至っているか、私自身の体験を通して腎臓病について関心を持っていただける切っ掛けになれば幸いです。

と思います。

私は過去の辛い思い出や話をすることは好きではありませんが、今でも九年前のことを振り返ればはつきり思い出すことが出来ます。私は昭和五一年一〇月に受けた会社の健康診断で尿検査の際蛋白十以上というところで腎機能検査を受けましたが、腎機能に異常がなくデータも土〇となり、自分なりに判断して疲れるものだろうと決めてしまつたことが重大なミスであつたと考えます。その頃、腎臓病に関する知識はゼロに等しく、またこの世で癌以外の病気で治らない病気はないだろうと勝手に解釈してしまひ注意もしくなつてしまいました。

しかし、依然として五二年にも蛋白が検出され、医者の注意もなくそのまま過しておりました。が、五三年になり身体に異常が出始めました。体が怠くなりいくら寝ても寝足りなく、顔、足がむくむようになり尿の出も悪くなり五三年の一月に入院ということになりました。病名は慢性腎不全です。原因はよく分からず糸球体腎炎だろうという事です。それでも、入院当初はその意味もよく分からず、前にも述べたように癌以外今日の医学で治らない病気はないだろうと考えた私は、主治医から「君の病気は一生治らないよ。透析に入るか移植しかないね」といわれ、精神的に脆く崩れていく自分をどうすることもできませんでした。

その時、私には小学校三年生と一年生の二人の男の子がおり、私自身透析ということもよく分からず、自分たち家族の生活、子供の成長期に対する親の責任など様々な思いが頭を駆け巡り、涙がとめどなく流れるのをどうしようもなく悲劇の主人公へと落ち込んでいったように思われます。今だから言えますが、その当時、仕事面において大器晩成型だと私は自負しておりまして古いにもそういうふうに出ておつたものですから、そういう可能性への脱落も加わり、その落ち込み方ははたが見ても滑稽に思えたと思います。その間、女房を始め家族へかけた苦勞は大変なことにように思えます。しかし、家族の協力も会社の理解もあつて元の会社へ復帰することができ、ともすれば病気に負けてしまひそうになり、そんな時、家族のこと、子供の将来を考えて生き抜いて参りました。そんな折、本日、講演していただいた横山先生のおられる国立佐倉病院に死体腎移植の登録をいたしましたので、突然、国立佐倉病院の柏原先生から移植の連絡を受けました。一瞬ちゅうちよましたが、かなり高い確率で適合性があるというお話と、その頃出来れば透析から抜きたいという気持もあり、その夜、国立佐倉病院へ向い翌日移植手術を受けました。

移植そのものは成功しましたが、残念ながら腎臓の生着はせず、三週間後摘出することになってしまいました。私はその間、何の心配もなく過ごすことが出来たという事は、移植の登録後、横山先生、柏原先生が書かれた移植の本、講演や記事を前もって聞いたり読んだりする中で、先生方に対する信頼性を深め女房の看護はもとより、先生の指示通り対応でき、その後、後遺症もなく今日に至っております。また、私自身にとってこの出来事は大きな転機期になつたことはいふまでもありません。移植手術に五時間、三週間後、摘出手術に三時間という長い時間を

体的にも克服したことは、それまでの悲劇的主人公の中にいた自分を一転させることになりました。その自信は生活行動面に現れ、ともすれば消極的な自分を積極的人間へと変えるところとなりました。透析導入後約二年後のことでした。

その頃から患者会活動を始め、一日と精神的に安定し、病氣前の自分に戻っていくことが分かり総て良い方向へと向い出したように思えてきました。ある日、透析導入時にお世話になった看護婦さんに会い、私の変わりように驚かされていました。導入時、私は精神的ひ弱さから生きていけないのではないかと大変心配してくれた看護婦さんです。後で聞いた話ですが、私が自殺するのではないかと部屋へ見に来たようです。その看護婦さんに、「まだ生きていたの」といわれても冗談として受け止めるまでになつてゐる自分に気づきました。

生とするならば、透析人は第二の人生として生き抜けることを確信した次第であります。透析導入期においては仕事で役職もなく悶々とした仕事や生活を送つて来ましたが、透析人や生活を持つことにより健康人とかわりなくフルに勤務し、残業も月四〇時間ほど行い透析とよく付き合ひ仕事に家庭サービスに患者会活動にと八面ろつびの行動をおこなつております。ともかく現在、会社では課長という役職もいただき、導入時に抱いていた不安もなく子供も今では高校三年生と一年生になり、精神的に安定した状態である毎日です。

しかし、透析とよく付き合つてゐるからといつて最初に述べましたように週三回、一日五時間の拘束時間は完全社会復帰を希望する私としては死体腎移植の登録も継続しております。移植することにより私の人生は更に開け第三の人生である移植人の道を歩きたいと考えております。

松村 柳さんありがとうございます。非常に短い時間に要領よくお話いただきましたが、柳さんと一緒にその時死体腎移植をされた女性の方には生

ました女性の南山さんの方には生着して元気に働いていらつしやいます。柳さんは非常に残念でしたが、また死体腎の出ることを希望したいと思ひます。

それでは、今度は東京女子医大で移植をされました後藤廣さんお願いいたします。先月の一〇月四日の全国の腎移植推進会議の次の日東京キッドと仙台グラフツのソフボール大会で後藤さんは確か満塁ホームランをお打ちになりました。後藤さん突然で申しわけないんですがよろしく願ひいたします。

後藤 廣

(腎臓移植者の会東京キッド)

只今ご紹介頂きました、後藤でございます。

さきほど松村さんからおっしゃって頂きましたように、五十七年三月十一日に移植して頂きました。

五十六年四月頃、体の調子がおもわしくなくなり、近くの病院に行きましたら一週間程入院が必要だと言われましたが、仕事の事も気になり、一週間ぐらいいこう

とは、一週間休養すればいいのかなと思ひ休んでおりました。そうしたら一週間ぐらいい過ぎたらなんとなく体が楽になつた様に思ひ、普通の生活に戻り仕事も普通にしていかせました。でもそれが素人のあさはかさです。

六月頃になつたら更に具合が悪くなり、仕事にたいしての意欲はなくなり、イライラしたり、とても普通の状態では、ありませんでした。でもそのとき入院していたら急性で防げたのですが……。だから毎日を過ごしているうちに九月に入つて呼吸困難に落ち入り、ただちに入院です。でも、すでにそのときは、正常にレントゲン、検査などできる状態ではありませんでした。

意識不明のまま、三週間ほど過ごしたそうです。その間、腹膜がらんりゅうを毎日続け、それとはじめはおもわしくなく、もうだめだからと家族、親せきのもので呼ばれ、でもやつと一カ月ぐらいいしてもちなおし、そのときはすでに優性腎不全になつて透析を必要とする身体になつていました。透析をするということで病院を移りました。その病院に東京女子医大の

方から先生がお見えになつていたのです。そのときが、先生方との出会いはじまりです。

すぐ移植の話をして頂き、元気で早いうちに申し込みさせて頂きました。そして何と申し込みをして二週間程で移植の電話が入りました。そのときはもう体が震え、手、足がガクガク、とても口では言い表わせません。

すぐ病院に行きました。そのときは、不適合で家にもどりませんでした。五十七年三月十一日、再度電話を頂き、移植をして頂く事になりました。その頃は成功率が五〇%で、入院日数は四一日位でした。

退院しましても何度か入院の繰り返しをしました。それから二年後、三人目の子供にも恵まれ、元気に育っています。

お陰様で今は家族や社員、また病院の先生方はじめ皆様方全きに感謝して一生懸命生きております。とりとめの話になりませんが、どうもありがとうございます。

松村 突然にもかかわらず後藤さんありがとうございます。どうぞ今まで以上のスポーツマンで頑張ってください。お時間も過ぎま

した。これで閉会にしたいと思えます。閉会のご挨拶を鈴木重任東京都衛生局特殊疾病対策課長さんからお願ひいたします。

閉会のあいさつ

東京都衛生局特殊疾病対策課長

鈴木 重任

東京都の腎対策を担当しております。特殊疾病対策課というところにおります鈴木でございます。本日はお休みのところを大勢の方、お集まりいただきましてありがとうございます。先程数えましたが、四五〇人の方がお集まりいただいております。千葉とか埼玉、それから茨城からいらつしやっている方もいらつしやいます。これでプログラム終わるわけですから、松村さんには長時間に渡りそれこそ全部の司会をお願いしてまいましてどうもありがとうございます。

シンポジウム、伊藤先生それから北岡先生、横山先生かなり明るい希望の持てるお話でした。吉澤さん、柳さん、それから急にお願いしました後藤さんからも貴重

な体験を伺うことができました。皆さんもこれを機会に腎臓の大切さをよく考えていただくと同時に、献腎にご協力いただけたらと思います。

今日も数人の方、献腎の登録をしていただいております。最後にこの会に協力していただきましたいろいろな団体の皆様、幹事の皆様に深く御礼を申し上げます。ありがとうございます。どうもありがとうございます。

松村 それでは皆さん長時間に渡りましてご清聴ありがとうございました。これで終わらせていただきます。またどこかでお目にかかりたいと思います。さようなら。

編集後記

「東腎協」73号をお届けします。といつても、これは臨時増刊号、昨年に開催した「腎臓病を考慮する都民の集い」を収録したものです。通常の会報とは別の体裁で発行することも考えましたが、郵送料のことまで考慮したいつもの形ということになりました。72号と同時に進行だったので神経を使いました。やつと発行にこぎつけ、ほつとひと息です。発行に際してはシンポジウムの先生方、松村満美子さん、東京都など関係した皆様にご協力いただきました。感謝申し上げます。なお、編集に当たってタイトル、中見出し等は加藤づけました。

今、腎臓病患者をめぐる状況は、さまざまな形で揺れ動いています。脳死、フィリピンでの生体腎移植、増え続ける透析患者の医療費問題等々、私たちが安閑としてはいけません。その解決のためにも腎疾患総合対策の確立を早急に、と願わずにはいられません。

(加藤)



昭和四十六年八月七日第二種郵便物認可
S K A 通巻一五二二号（毎月六回）の六の日発行
昭和六十二年七月二十一日発行

発行所 身体障害者団体定期刊行物協会
東京都世田谷区帖6-26-21 郵便番号