

## 移植外科医から腎臓内科医に期待するもの

名古屋大学大学院医学系研究科病態外科学講座泌尿器科学

大島 伸一

腎移植の医療としての価値については議論をする余地がないほど、その成績や QOL の高さは定着しており、本稿では、腎移植は価値のある医療であることを前提に論を進めたい。

臓器移植医療が成立するためには、臓器不全で移植を希望する患者と臓器の提供者が必要である。移植医療に従事しているわれわれには、移植を受けたいという人の希望と臓器を提供したい、提供してもよい、という人の希望とが結びついたときに、それをかなえることができる能力がある。いわゆる移植外科医であるわれわれの願いは、移植を希望する人に移植の機会が与えられればそれを実現したい、そして、移植を受けた人の臓器がより長く生着し、より QOL の高い生活を続けて欲しいということに尽きる。

したがって、内科医に期待することは、これらを満たすために、移植外科医の能力の限界を知り内科医として補えるところは補って欲しい、特に、外科医に任せるより内科医が扱ったほうが患者にとって良いことは、内科医が積極的に関わって欲しいということである。そして、現在、わが国のみならず世界的に大問題となっている移植のための臓器の不足について、この分野に取り組む医療人の共通の課題として、臓器不足の解消に協同して尽力をして欲しいということである。

結論は以上であるが、これらにつき筆者の今までの経験を含め、もう少し具体的に述べたい。

### 1. 腎移植医療に内科医として積極的に関わって欲しい

腎不全医療は腹膜透析も含め血液透析と腎移植に大きく分かれるが、腎移植は外科手術からスタートするという治療の性質から、外科系の医師が当初から深く関わってきた。免疫抑制療法の主流がイムランとステロイドという時代が 1970 年代の末まで続いたが、この時代の最大の問題は腎移植後の生存率の向上と短期の生着率の向上にあった。すなわち、合併症の併発を起こさずに拒絶反応を抑えるには、どのような免疫抑制療法が至適であるか試行錯誤の時代であり、これらを克服することが最大の課題であった。

拒絶反応は、カルシニューリンを主体にした免疫抑制剤による現在の免疫抑制療法に比べると、拒絶反応の現れ方も強く、その抑制方法の優劣が重大な合併症を引き起こすことにもつながり、特に、移植術後の 3 カ月間にこれらが集中したことから、この期間をいかに安全・確実に乗り切るかが術後管理の重要な点であり、したがって、この間は手術を担当した外科医による管理というのが当然の状況であった。

腎移植後 6 カ月、1 年を超えて腎臓が長期に生着する時期になってくると、生命に直接に影響を与えるような緊急的な合併症は少なくなるが、ステロイド剤を中心に免疫抑制剤の長期投与によるさまざまな慢性的な合併症が引き起こされ、慢性期の管理の重要性が現実的な問題となってくる。移植後 1 年を超える患者が増えてくると、いくつかの施設では、移植医療に内科医の参加を求めるようになり、特に移植後長期の患者の移植腎の状態

の管理だけでなく、全身状態の管理を担当する内科医が現れるようになったが、いまだにその数はきわめて限られている。

なぜ、腎移植医療に興味を持つ内科医が少ないのか。

この原因には、移植外科医側からの積極的な接触がなかったことが一因かもしれないが、筆者は内科の腎不全医療のなかに腎移植医療が教育として組み込まれていなかったことが最大の原因かと考えている。腎臓内科医にとって腎移植医療は修得すべき必須の医療知識・技術として位置づけられていなかったことは事実であり、その理由については、さまざまな議論があるかと思われる。免疫抑制剤による腎臓障害、循環器障害、耐糖能障害、肝臓障害、悪性腫瘍の発生など、外科医が移植後の患者を長期にわたって管理するには限界があり、むしろ内科医の能力が必要とされる場所だと思われる。また、腎移植における病理診断は、ときに拒絶反応なのか薬剤による障害なのかの判定に決定的な役割を果たすことがあり、その決定によっては治療法が全く逆になるという危険なものでもある。最終診断が臨床経過と併せて総合的に行われるのは当然としても、病理診断がいかに重要であるかは言うまでもなく、この分野においても腎臓内科医の能力が必要とされている。

腎移植は、長期の移植腎の生着率が格段に向上したとはいえ、腎不全後の治療目標を30年と考える場合、腎移植あるいは血液透析だけでこれを乗り切るには困難なものがある。筆者は、腎不全後最低30年という治療過程について、透析療法と腎移植をいかに組み合わせるかを乗り切っていくかという治療の設計が必要であり、この治療計画を総合的に考えるのは、外科医ではなく内科医の役割であると考えている。

## 2. 透析患者に正確な情報を流していただきたい

筆者は献腎移植こそ本来の移植医療のあり方であると、積極的にこれを進めてきたが、1980年代に、愛知県では1年間に60腎の提供を得るところまでいった。この活動を通じて感じたことを述べさせていただく。

ある施設で1年間に5人も6人も透析患者が献腎移植を受けたことがあり、その施設から、なぜ自分の病院からこんなにたくさんの方が移植を受けるのか、他の施設の実態はどうなのか、という質問があり、調査をしたことがある。その結果は、積極的に移植医療を腎不全治療の選択肢として考えている施設と全くそうではない施設とに極端に分かれた。これは1980年代でも腎移植の成績も安定した時期のことで、「腎移植は危ない医療」という言い方が通用しなくなった時期のことである。このときの調査結果では、施設によっては献腎移植希望がゼロであり、したがって何年にもわたって献腎移植を受けた患者が1人もいないという状況が明らかにされた。この結果は、移植医療を受けさせないようにしようとする意図があるのではないかと質問されたときに、そうではないと論証するのが難しいような状況であった。言うまでもなく、腎移植は移植を受けたいという人と、臓器を提供したいという人の両者の希望が一致して成立する医療である。そのため、施設の医師の方針が客観性を欠いているとすれば大変重大な問題となる。そのときには、この調査結果については施設名を出して公表すべきだという強い意見もあったが、最終的には施設名を伏せて公表するにとどめた。透析施設によっては移植医療に積極的でないばかりか、むしろ否定的であるという事実をどのように考えたらよいのか、医療施設の経営者ともなれば、経済的な配慮なしに物を考えることができないのは当然であるが、そこには自ずから限度があるのも事実である。これは10年以上も前のことであり、保険診療上、さらに財政的に厳しくなっている現在では、経済問題が以前よりも深刻になっていると思われる。今後、情報公開が進むのは確実であり、腎移植医療の現状を正しく伝え、患者の希望を最大限生かすことができるような対応をお願いしたいと思っている。

### 3. 腎移植の成績が向上し、適応も拡がり、提供者の手術法が変わったことを伝えていただきたい

次に腎臓の提供に関することであるが、家族を中心とした健康人から腎臓をいただく場合と亡くなられた人から腎臓をいただくという2つがある。健康人から腎臓をいただく生体腎移植では、われわれが移植を開始した頃に比較して格段の成績の向上が得られている。そのこともあって、今では従来では考えられなかったような移植適応の拡大が行われており、以前では禁忌とされていた血液型不適合間の移植も行われるようになってきており、その成績の向上にも目を見張るものがある。また、腎臓提供者の手術も腹腔鏡下手術で行われるようになり、腹部への大きな切開創が残ることもなくなり、術後のQOLの向上には著しいものがある。このように、腎移植の最近の大きな変化について、新しく正確な情報を常に流していただき、治療の選択肢を決定するときの材料として患者側に提供していただけるようお願いしたいと思っている。

### 4. 死後の腎臓提供推進について協力していただきたい

移植成績の向上に伴い全世界で提供臓器の不足が大きな問題となっており、とりわけわが国では深刻な問題となっている。わが国では、現在13,000人以上が献腎移植を希望しているが、種々な条件を考慮しても、年間2,000腎以上の献腎の提供を得ることは不可能な数ではないと判断される。内科医の先生方にも、死後の臓器の提供について、積極的にさまざまなキャンペーン活動に加わっていただければ心強い限りであるが、そうでなくとも、脳死下での提供と心臓死下での提供との法的な違いについては機会あるごとに説明をしていただければ幸いである。

ご存知のように、わが国の臓器の移植に関する法律は、脳死下での臓器提供に厳しい制限をつけたと同時に、従来から行われてきた角膜と腎臓の提供に関する法律をそのまま準用し、心臓死の場合には家族の同意があれば死後に腎臓の提供が可能であることを認めている。しかし、法律制定の際に行われた脳死の議論があまりに広く行き渡ったためか、現在もなお、この問題の混同が続いており、臓器の移植に関する法律の公布以後腎臓の提供が少なくなり続けており、その背景にはこの誤解が大きく影響していると考えられる。

また、ドナーカード、意思表示シールなどについても、これを積極的に普及すべく協力をしていただければと期待する次第である。