



名誉会長は語る

—末期腎不全医療の過去、現在、未来—

稲生 綱正*

インタビュー 奥田 健二**

—— 先生お生まれは東京でございますね。
 (稲生) 関東大震災の時に、滝の川で生まれた
 そうです。

—— ご先祖は愛知県ですね。

(稲生) ええ、親父は愛知県の半田市です。

—— 学習院で初等科、中等科、高等科とお
 学びになった。

(稲生) 大学がなかったわけですから高等科を
 卒業するとどこかいかなくてはならない。同期
 生にはあまり医者になるのが多くなかったんで
 すけれども医学部に行きましてね。

—— 高等科の3年のときに太平洋戦争が始
 まった。大変な時代に学生時代をお過ごしにな
 ったわけですが。

(稲生) 要するに戦争中は皆さんある程度はお
 聞き及びでしょうが、生活に必要な物がなくな
 っちゃいましてね、食べる物も苦労しました。わ
 れわれの同クラスの文科の連中は大学生の途中
 で学徒動員で皆戦争に出ました。最後には本土
 決戦だとかいって、アメリカ軍が房総半島に上
 陸して来るという話が出まして、こちら日本の
 内地には、鉄砲も無いというような事態ですか
 らね。それで竹やりで戦えなんて言われたんで
 すから。あのころは、神風を信頼していた。日
 本国民がまあ一途だったからあんな戦争が起こ
 ったのでしょうか、他を知らないというか世界を
 知らないという事であんな敗戦になったんでしょ

う。結局は原爆を落とされて、それでこれはとっ
 ても駄目だという感じがピンと来たし、それで
 白旗あげたと、それでなんとかあとはみんな助
 かったというのが実状じゃないんですか。あの
 時の天皇陛下の詔勅というんですか、それを聞
 いた人が当時は、すべて天皇陛下万歳と云う心
 境でしたからね。その愛国心に燃えた国民の中
 には憤慨した人もありますけれども、あの頃
 になるとやっとなんか戦争が終わったって
 いうのが本当の気持ちだと思います。私のと
 ころなんか東京の渋谷に家があったのですが、
 そこから小学校から大学までいったんですけ
 れども、とうとう戦争始まってから都内が危
 険になって年寄り達は千葉の方へ引っ越して、
 こんどは千葉も危なくなると山形の方へ引っ
 越しました。終戦の時はちょうど夏休みで、
 都会の食料が尽きて山形に餌を取りに帰って
 きたところなんです。それで山形に滞在中に
 終戦になってしましまして、すぐ帰れなかつ
 た。東京行きの列車が走れるようになるまで
 1週間位かかりました。それまでは大学医学
 部は卒業はしていないんで、それがまあおか
 しなことに、あの当時昭和20年の3月に我
 々は卒業予定だったのです。そしてさっさと
 卒業させて軍医として働けというわけでした。
 ところが急に2月頃になってから卒業が延び
 たんです。ご存知かもしれませんが3月10日
 に東京大空襲がありまして、そのあと天皇陛下

* 日本透析医会名誉会長

** 広報委員会委員長

が視察されたんですけれども、その後急に我々の卒業が延期になったんです。すでに我々は卒業試験を済ましてしまったもんですから、やることないですよ。それで医局実習と称しまして丁度インターンみたいな事をやらされたんです。その時にもう空襲で東京都内が焼け野原ですから、大学病院なんか、火傷とか外傷の患者がいっぱい入って来ました。ドクターは、若いお医者さんもみんな戦争に行っちゃっていません。それで年寄り和我々学生、まあちょうど4年卒業して少しは医者らしいというか、多少知識をもっているだろうなどということで我々が本当に外来や当直など、医者代理を勤めていたわけです。そんなことで、あまりにも外科の患者が多いんで、外科に入っちゃったという、全くおかしい経過なんです。もっとももう一つには兄貴がやっぱり医者で、千葉大卒で内科やっていたもんですから、兄貴と同じでは頭があらぬという事で外科に入ったようです。

—— 終戦の翌年にご卒業になって、お話しになったようなことが契機になって東京大学の第2外科に入局されたんですが、入局されると早速これ赤道直下でございますか、マーシャル群島のアンガウル島の診療所に出向という事で、こういうことは当時は稀じゃなかったわけですね。

(稲生) 稀じゃないというよりも医局長命令ですよ。若い医局員は、医局長に言われたら、もうそのとうり封建的に順法する習慣だったです。当時、かつての日本の委任統治領であったアンガウル島からアメリカ軍が日本の農業のために肥料(燐鉱石)を採取して持って行ってよろしいと、そういうことです。ただし労働者を日本から出し、そして労働者の健康を管理する医者を出せというGHQからの命令がきました。それでやっぱり災害というのが考えられるから外科医も出すべきだ、ということで東京大学の第2外科の方に外科医の出向依頼がきたわけです。

ね。その頃、もっともまだ古い人たちは戦争から帰ってきたり帰ってこなかったりだものですから、いちばん若いドクターが選ばれた訳です。我々同時に入局したのが8人いるんですけれども、いちばん若いのが私と飯田君2人だったんです。それで医局長からおまえ2人で行けとそれだけのことです。本当は3ヶ月というのに途中で日本からの船が来なかったので帰るわけには行かず、6ヶ月の島流しになっちゃったんです。

—— まあ、この間の戦争をはさむ前後あたりは大変だったろうと思うんですけど、先生のお書きになった本を読ませていただきますと、結構楽しくおやりになった感じも受けるんですが。

(稲生) それは戦争中に比べれば、ともかく島に行ったり食べ物には不自由しない、それから決して空襲みたいなけがに遭うこともまずなさそうだ。ただ船に乗るときには皆さん一応水盃ですよ。船がいつ、海には沢山の機雷が設置してあったもので、船がそれに引っかかって沈んじゃうということがちょいちょい経験されますから、なるべく安全に行くってことになってましたが、それでも船で行くってのは相当な危険を伴って、それで若いチョンガーが行けってということになったわけです。

—— ああ、なるほど。

(稲生) いちばん若いのが指名されて、それで臨床をあまり経験していませんでしたが、ただ戦争中学生実習みたいなこともすでに1年半やって居たのがある程度役に立ったようでした。

—— でまあ半年間でお帰りになって、国立相模原病院にご出向になったんですが、そこではかなり沢山の症例をご覧になったようで、一般外科医としての基礎的な技術を習得なさったように伺っていますけれど。

(稲生) 昭和23年4月に帰ってきましたら、ちょうどその時我々の5年先輩の方が相模原病院の外科医長に就任になったんで、それで、その時

誰か若いのを連れて行きたいという話がありまして、医局長から「おうおまえら2人南方ボケでそれを回復するのにちょうどいいから行ってこい」とこうですよ。それで結局その医長さんに連れられて、同行したわけです。その後我々のクラス4人までそこで勤務しました。さすがにあのころはまだ近くにしっかりした病院がなかったものですから、この国立相模原病院が地域のセンターでしたので、虫垂炎の手術が夜中も多くて、もうアッペの手術なんて飽きたなんていったら医長さんに怒られました。

—— あの時、私外科じゃないもんですから、今も外科のことはほとんど分からないんですけど、当時、外科手術後の腎不全てのをかなりご経験になったというか、あったわけでございますか。

(稲生) それはまず戦争最中に広範囲の火傷なんかありまして、腎不全になる。それでも無尿になって、尿素窒素などが上がって、いわゆる尿毒症の症状だけは分かっていたものですから、こうなるとその人の命はあと1週間だと予言され、大体その頃死ぬわけです。これはもうしょうがない。で、こういうことを経験しましたし、また、私が相模原にっている時の本名病院長が水分電解質代謝の研究が好きっていうか、こういう事を少し皆さんやってみませんかという話がありました。それがたまたま北海道の札幌で日本外科学会の総会があって、そのあとビール飲みながらそういう話になっちゃって、それじゃやりましょうということでした。当時は、患者自体をベッドごと計るスケールベッドがありませんから、体重の変化をどうやって計るかということです。そしたらさすがにあの辺は、まあ当時はあの看護卒ですかね、兵隊さんが看護婦さんをやってる場合があるんですよ。また以前は軍病院の看護婦さんですからなんでもかんでも言う事を聞いてくれるんですよ。それで考えたのは体重計を2つ置ましてね、2

人の看護婦さんが担架に患者さんを乗せてそれぞれの体重計に乗るんです。その合計から風袋全部を引けば患者の体重が出るわけですよ。そこで手術後何回も測定して体重曲線を出しました。

—— 体重計2台ですね。

(稲生) そうです、前と後ろとですねえ。それで結構立派な体重の測定値が出ましたね。そんな事からついでに電解質代謝について調べたら、「まあ、たいそうなことやってくれたねえ」とか言って院長さん喜んでくれました。その後、東大第2外科に帰ってきましたら、丁度その頃、木本先生が心臓外科を始めておられて大動脈瘤の手術とか、それから心臓の手術とかをやるというとその後尿が出なくなるんですよ。そうしちゃ腎不全で死んだ、腎不全で死んだというわけです。それで当時の渋沢先生が、そのこのポストでして、この腎不全を何とかしなくちゃいけないということになりました。渋沢先生がゴルフの文献などでは透析やれば、まあ、ちょうど朝鮮戦争の後でして、戦傷の腎不全の90%の死亡率を透析で50%に低下させたと言う事から、何とかしてそれをやろうということになりました。ところが、その当時はそれこそ貧乏国で外貨なんかありません。日本は金ないから器械は買えない、でも理屈はそんなに難しく無いから我々で作れないことも無い。たばこ状に巻いたセロファン紙だって、そんな事から手作りの人工腎臓を作り始めた訳なんです。

—— 先生の学位論文は「外科患者の術前術後における水分出納について」ですが、そのころの日本では、こういう外科手術前後の水分出納、電解質の知識はどの程度普及していたのでしょうか。

(稲生) 昭和20年代前半では、いわゆる点滴は末期の患者しかやって居なかったのです。一般の例えば胃の手術かなんかで術後は当日と翌日に生理食塩水を500~1,000mlどばっと両大腿

部に皮下注射してそれでおしまい。それくらいの知識だったのです。実はその、相模原の院長が言うには体重計による術後の体重曲線を見てごらんと、患者さんの体重が大体手術後3日から4日たつと4kg位減ることがはっきりしました。そりゃ水が足りないんだよという事で我々が、術後1,000mlとか2,000mlとか最初は生食、そのうちカロリーを考えて5%のブドウ糖、そういうものを点滴始めたんです。そうしたら非常に患者の経過が順調にいくわけです。それで、院長先生よろこんじゃいましてね。そしたら今度カロリーをもっと上げよう、10%にすれば食べなくても基礎代謝までいかななくても800カロリー位まで取れると。で、ますます患者さん元気になったわけで。

—— 10%のブドウ糖で？

(稲生) 10%のブドウ糖で。そこまでは良かったのですがもう少し欲張りましてねえ20%なら基礎代謝位いくじゃないかと1,000ml位点滴すればね、そしたらね大失敗しました。というのはあの、分かっていたんですけどもね、高張ですからね、あまり速く注入すると、デハイドレーションを起こすんです。それで1分間30滴という事で点滴を指示してやったんです。ところがねえ、腕がくたびれるから勝手に速く点滴を落としてしまった。そしたら途端に急に具合悪くなる。まあその頃でしたから医療事故にならないですんでますけれど。

—— ハイパーオスモラルコーマですね。

(稲生) はい。ようするに脳の脱水状態になるわけです。それでやっぱり、危険なものは使えないって訳で、それ以来まあ10%のブドウ糖、その次はいろんなものを使いましたけれども。

—— 当時昭和25年位まで、日本の術後急性腎不全のかなりの部分は脱水が一番だったでしょうか？

(稲生) 多かったですね。一つは、火傷もそうですね。すぐに十分輸液してやりゃ、ほとんど

あまり腎不全にはならないですけど。

—— 当時はそういう知識が全然なかったわけですね、戦前からずっと。

(稲生) なかったですよ、はい。点滴やってりゃもうご臨終という時代だったので。

—— それは欧米でもほとんど、まあ、コルフ先生が出る頃まではあまりなかった。

(稲生) そうですね、私が相模原に行っていた時に、そこの院長先生がミネソタ大学のワンゲンステーン教授がこういう文献出してらって教えてくれました。それで手紙を出したらちゃんと返事と文献を送ってくれました。それが我々より4、5年前の仕事だったですよ。ちょうど朝鮮戦争はなやか成りし頃の年の瀬だったです。

—— さて、まあ、それで昭和29年にこれ、先生が中心になってでございましたね、AK会というの、Artificial Kidney と Analytic Key の両方の頭文字の意味でお作りになったわけでした。

(稲生) それは研究グループの名前です。

—— こういうグループを作ろうやという動機といますか、その点を。

(稲生) いや、それはね医局に入りますといくつもの研究班があるわけです。で、私は渋谷先生の研究グループで仕事をさせていただいて学位論文をそこでまとめさせていただいた。ちょうど昭和29年に渋谷先生が群馬大学の教授になって行かれましたのでボスがなくなった。その後を誰が引き受けるかってんで、結局こっちにおはちがまわってきまして、で渋谷先生に相談したら、「お前若すぎるけれども他にいないからお前やれ」って言われて、結局研究班長になりました。そして臨床的な研究課題として人工腎臓をやっていたので、いわゆる透析班、透析研究班と言っていたんですけども、そんなの面白くないからAK班でいいという事でAKグループと言う名前になりました。

—— 私、大変驚いたんですが、翌昭和30年

には手作りで人工腎臓を開発されたり、それから犬の肺型人工腎臓を開発されたり、既に不均衡透析症候群とか、それに対する緩柔透析法とかを提唱されておられるわけですがけれども、これは、まあ、手作りであったというのは先ほどお話しがあったように外貨不足で購入できないという事情があった訳ですね。

(稲生)で、何とかして助けたいという事でセロファンチューブを手で巻いてみたり、といった状況で。

—— そうするとあのプライミングボリュームがものすごく変動して…。

(稲生)亡くなった方もいた。まあ、一番最初のうちはですね、こんな大きなのは使えなかったんですよ。もちろん今のプライミングボリュームとは格段の相異がありますが、必ず500~1,000ml位の輸血をしないとおっかないくらいの物だったし、それでも少しは血漿交換になりますから多少の意味はあったでしょうが。でもそれなりに一生懸命チューブをつぶして使うとか色々工夫はしてきましたけれど。

—— で、患者の透析中もしくは透析後の症状から、こういう不均衡症候群と言うのがあるんだという事をお気づきになったんですか。

(稲生)当時特に犬の肺を使ったときなんですよ。あれはものすごく面積が広いんですよ22㎡位になるかな。透析するとかえって気持ち悪くなる。要するに脳幹門の問題のようなのですが、頭の中がおかしくなったような感じがすると言う人もいましてね。血中尿素窒素などの落ちかたが激しいものですから、血清浸透圧のバランスがガタガタになる。電解質でもKを除いているのに逆に上がってみたりNaが下がってみたり、まあ、灌流液をうまく調整すればいいんですけども。そこで血液流量をうんと絞ってみればそれ起らない。要するに能率を落とせばよいわけです。そんなことでやっぱり急激な変化はいけないんだな、という意味で緩柔透析と

いう、言葉がでたわけです。患者さんの症状から少しゆっくりやりなさいよと、血流量でなく面積ばかり最初のうちは考えていましたから。

ゲル状のセロファンも乾燥セロファンによる透析の5倍以上の効率になるんです。ですから面積がそんなに大きなくても、ものすごいスピードで尿素窒素などが下がっちゃうんです。そういう影響でむしろ格差を減らしてやった方が患者さんは楽だと、そのかわりそれだけ時間がかかるわけです。そういうことを経験的に知って緩柔透析を言い出したわけです。

—— 犬の肺を使うっていうのは気管のほうから透析液を入れるわけですか？

(稲生)はい、そうです。

—— 肺動静脈に患者の血液を通す。

(稲生)はい、それがね、もう既に当時オランダのキャンベルと言う人が、犬の肺を人工肺のかわりに人間に使っているんですよ。体外循環を使ってアノキシーになったのを犬の肺を通して酸素化している。

—— 気管から空気を送る。

(稲生)取り出して動静脈に人間の動静脈をつなぎまして、その犬の肺に人工呼吸して酸素化してやる。それならば空気かわりに灌流液を入れてやれば透析になるんじゃないかという考えです。結構やりましたよ50例位やりましたか。

—— これはホルマリンで処理すれば異種に対する抗原性が無くなる？

(稲生)はい、結局まあ異種動物ですから、犬の肺の血管に人間の血液を通しますと人間が抗体を持っていないうちはかまわないですが、1週間から10日たちますと抗体が当然でてくるわけですよ。それで再度使いますと今度はアナフィラキシー起こす、それじゃあ困る。まあ、繰り返し使えないのでそれでどうしようかと、そして犬と豚なんかで一生懸命やってみたんですけども、抗原性を抜くにはホルマリン処理したら無くなる。ある程度組織が固定されますけれど

どね。そしてやってみたらなるほどアナフィラキシーが起こらなくなった。0.5%だったか0.1%だったかも知れませんがホルマリンの生食水でもって犬から取り出した肺を先に還流してしまうと人間の血液を通して犬の抗体が人間に生産されないんです。またこのフォルマリン固定によってむしろ肺胞が丈夫になって破けにくくなって、これは非常に助かるという事になったわけです。

—— 何回位が使用可能だったんですか？

(稲生) いやいや、1匹の犬のは1回です。

—— 1回ですか。

(稲生) はい。2回は駄目です。それですから、いっぱい腎不全が出たら犬が幾ら沢山居てもたまらないですよ。

—— それからこれは当然の事だろうという気がしますがけれども、人工臓器の研究開発を推進するため、東大の理学部、工学部の協力を得て機械工学、流体力学の研究もあわせて、人工内臓研究会と言うのを東大内部で発足されて、それが東大だけじゃなくて、だんだん他の大学の人も参加するようになって、昭和39年に日本人工臓器学会の設立に到って先生が初代理事長をおやりになったわけですが、この間の事について何か。

(稲生) そうですね、結局はですね我々があまりにも機械的な知識がなかった当時は、人工腎臓だけでなく人工心肺だとか色々な工学的要素が必要だった。そこで、たまたま東大の工学の渡辺先生等をお願いしたら「じゃあいらっしゃい」と、そこで機械の組立までやりました。渡辺研究室はやらして下さったんですがね。で機械の組立とはどんなもんかという基礎的な事を色々教わりました。そしてこういう研究はこういう分野の研究室に頼めばいいという方向性を教わったわけです。医者共がこちらで全部やったらとてもたまりません。学生さんの講義なんかも聴かしてもらったんですけれども、何かも

う、変な式が出てくるとちんぷんかんぷんで大学の学生さんの講義もお手上げでしたけれども、例えばこういう方法だったら機械工学とか応用化学とか、あるいは電子物理とかいろんな方面があるわけですから、その概論を教わりまして、それで、じゃあこういう仕事だったらどこにお願いすればいいか、そういうことを教えていただきまして、そうすると機械をまとめる段階で何処かとタイアップしてやって行くとどんどん結果が出てくる訳です。そういう意味の協同的な研究会、それで人工内臓研究会と言う様な事を始めたのが最初でした。

—— それと、あの、日本透析学会の前身の人工透析研究会、あれとは何か関連がございますか。

(稲生) いや、あれとは直接関係ないんで、人工透析研究会はもともと千葉の小高先生が始めたんです。

—— ああ、そうなんですか。

(稲生) その頃もちろん我々の方が先にやって居ましたし、当時は腹膜灌流が主体だったので人工腎臓は腎臓のお偉方には拒否されたものです。当時の腎臓病の大家はあんなもんやったって一時的なもので、そんなもの意味ないとか言われていたんですよ。まあそうでしたけれども臨牀的に成績がよくなって、昭和41年頃だったと思うんですけれども人工透析療法が保険で認められましてからずっと一般的になってきまして、これをもうちょっときちんと開発しなけりゃいけないという事で、千葉大学が人工透析研究会を始めたと思います。

—— それで、先生が犬による腎移植の実験を開始されたのは昭和33年と伺っていますが、これは。

(稲生) これはですね、まず、昭和29年頃から透析を始めまして、まだもちろん慢性透析はやってなかったんですけれども、透析でやっと昭和32年頃から患者さんが生きるようになったんで

す。何回かやれば何週間くらい生きるということが分かりました。ところが先輩に「あんなのどうかと思う。患者は入院したまんまでいずれは死んじゃう。あんな半端な患者さん生かしていかわいそうじゃないか、ほんとに良くするんならいいけどあんな半端な事でどうするんだ」と言われました。そしたらどうしたらいいか、腎臓なら二つあるから一つもらって来たらどうだろう。色々文献読みましたら、キャパシティーは一つで十分だと生理の本に書いてあるんですね。だったらやってみようかなと。血管外科は教室のテーマで血管を扱う人はいくらでもいましたし、いくらでも教えてくれました。じゃあやってみようかということでやって、勿論その当時から拒絶反応はある程度分かっていたけど、こんなにもならねえものかをつくづくその時に初めて分かったんです。それから犬を選べばというか、犬の兄弟ですね、そのなかにうまく行くのが有るわけですよ、いわゆる今でいう同系みたいなのが、そうするとテクニカルにはこれでいい。その内にアメリカの方でも一卵性双生児で成功している。テクニックはこれで何とかなるんじゃないかと言うところまで行ったわけです。そして昭和38年にイムランが出てきてアメリカの方でマーレーが同種移植に成功した。さっそく、木本先生から「こんな文献がでてるよ」とか言われてまして。それから改めて移植実験を再開したわけですよ。

——— まあ、この、犬の腎移植の実験を開始されたのが昭和33年で、第1回目の生体腎移植をされたのが昭和39年ですからこの間6年間もあるわけですが、その6年かかったというのは、（稲生）ですからね、一時やって大体昭和35年位までやっていたんですけども、何とかテクニック面はいい。しかしまだ普通の犬同士でもだめなんだ。結局は1週間、ひと月で駄目になるから、これじゃ話にならない。そこは拒絶反応の壁ですね。どうやって防ぐかステロイド

をちょっと使ってみたんですけどせいぜい延びてもひと月、これじゃ話にならない。臨床に使えないんでやめたっていうのか、中断してたんです、4年位ですか。そしたら、昭和38年だったと思いましたが、例のイムランが出てきた。相当テクニカルな基礎は出来ていたものですからね、さっそく臨床に応用したんですが、なかなか最初のうちはうまく行きませんでしたよ。——— でああ、9例目から生着率がようやく段々向上してくるわけですけども、私以前スターツルの書いた『ゼロからの出発』と言いましたか、あれ読んで移植医というのは大変なもんだなあと分かった様な気がしたんですけども、先生もストレス潰瘍をおやりになった様なんですが、移植医の心身にかかる負担というのは通常どのようなものですかね、

（稲生）軌道が出来てその軌道の上を行くっていうのは、そうストレスにはならないと思います。でも新しい、これは仮に移植ではなくても新しい医療、臨床行為をするという事は、これはどんな場面でも相当なストレスがあると思いますし、今では倫理委員会なんかあるからかえってそういう場面では気楽だと思いますよ。当時はそう言うのはなくて、何とかしてやろうという気概だけでやるわけですから、経験がないうちはありとあらゆる事を考えながらやんなきゃならない。それでもうまく行かない。そして、経験の上に立って、まあ、患者さんには悪いんですけども、結局患者さんの死体を乗り越えて、段々段々成長していくと言うか、良くなっていく。最初からなかなか新しい医学で言うのは容易に成功しない。軌道の引かれたものは別ですよ。そういう事で、透析についてもそうだったです。最初、我々が作った人工腎臓は途中で破裂しちゃいましたね。ショックになって慌てて止めて、そして又輸血からやり直して、それで確かに亡くなった方もありましたけれども、その当時は尿毒症は助からないもんだっていう

常識が行き渡ってましたから、そういう事で問題にならなかった。

—— なるほど、昭和41年、先生は肝炎で入院されるわけですが、この当時はまだオーストラリア抗原が発見されておきませんので、B型肝炎かどうか、

(稲生) B型ですね。後になってから分かった訳です。当時はGOT、GPTもね一般に測定されてなかったです。たまたま輸血部で、うちの外科のメンバーが兼任していたもんですから、その先生が私のGOT、GPTを測ろうって言うわけです。測ったら1,000以上もあったです。それで私は年令がもう40歳だから、40過ぎてこんな上がっちゃったら必ず肝硬変で死ぬなんてこうはっきり言われました。さっさとうまいものを食べて寝てなさいと言われた。うまいものを食べて言ったって吐き気がして、食べないんだよという事を話しましてね、とにかく安静だと云うことで安静にしてたら、まあ不思議に良くなっちゃったものですからね。

—— これは透析か移植かわからない、両方おやりでしたから、透析肝炎ですかねえ。

(稲生) 透析でしょうね。それまで当時は全部輸血が必要で素手でやってましたからね。

—— それから、大学紛争でございますね。これ私は昭和42年の卒業で、実は経験しているんですけど、信州大学の方で。まあいろいろ研究者にとっては、ずいぶん障害になったとも思うんですが。

(稲生) 現実問題としましてね、あれは昭和42年の春頃からでしたか、学生はほとんどストに入っちゃいましたし、確かね9月、10月だったかな、祭日の日に研究室にヘルメットを被って覆面をした団体が入ってきました、ほとんど研究室が閉鎖された。ただ病室の方には彼ら来ませんでしたから、居場所も病棟の一室に移しまして診療だけは続けられました。でも研究事業はいっさいストップ、しかも閉鎖されている方に

研究資料がある、あれはきつかったですよ。それで安田城が落城して、それから約3ヶ月結局は昭和43年2月かそこらでしようかね、また何とか少しずつでもやんなきゃいけない。ただもう研究室の封鎖を解いて少しでもいろんなものが測定できるようにするのにやっぱり半年かかりましたね。で若い研究者は自分達でシステムを作ってやると、偉い人はもう研究なんか手を出さなと言っわけです。それまでは教授の任命で医局長が決まったんですけども、当時もう医局員の中から勝手に選挙で選び出した訳です。もう年寄りなんか全然かなわないですからね、そして研究活動を始めたんですが、やっぱり経験不足のせいとか何と言いますかね無駄なものすごく多いですね。で結局はやっている本人達が色々我々まあその頃古手だったもんですから、相談にきて、お互いに知恵を合わせてやろうって、段々そういう意味では良くなって来た。ただその頃何をやるにもいちいち我々が手を出さな事出来ないような色々な複雑な機構がありまして、もう研究なんか止めようかなとは思ったんです。そしたらたまたま医科学研究所の方から声がかかり、それで昭和45年にそちらに移ったわけです。

—— まあ先生の当時のお立場から言うと大学紛争は罪ばかりでな感じでございましょうか、しいて功がなんかあるとすれば何ですかね。

(稲生) まあ確かにいわゆる昔は封建的、正にその通りです。ですからそれを直すと言う意味では、当時は先ほども申し上げました様に、お前あっち行けって言えばそれっきりでしょう。個人の意志なんてのはまったく無視されてました。確かに後になってみれば、それだけ先輩も考えがあって指導してくれたと思います。自分が勉強する気になればそれなりに修業も出来ました。しかし南洋から帰ってくりゃあすぐにおまえはあんな熱帯ボケしているんだから相模原へ行けと、個人的なまあ環境も境遇も何にも

無視されましたから、確かに現代じゃ通じなくなる。そりゃあ分かりましたね。まあそういうことがどんどん改まるようならば紛争も意味があったのかも知れないけれども、いわゆるサンパ的な考え、一回つぶさなけりゃあ良いシステムは出来ないんだという、そりゃあある程度分かりますが、ただ損害の方が大きかったような気はします。

—— なるほど、でいよいよ昭和45年6月1日に東大医科研助教授になられて、その年の12月に臓器移植生理学研究部の教授にご就任になった。人工臓器移植診療科も設立された訳ですが、先生は当時両方の長でいらっしゃるわけですか。

(稲生) 前任の石橋教授が兼ねてたわけで、そして石橋教授が昭和46年の3月で定年になられたのです。で、病院長も全部引き受けたわけです。外科とそれから癌病態それから移植外科研究部長など研究部、それから診療科作ってそれと病院長兼ねて、北本先生という内科の教授が定年退職されたもんですから一時内科まで兼任でやって、無茶苦茶ですよ。もう勉強する暇がなくてあちこち走り回ってましたけれどね。

—— 教授にご就任になる事の精神的な重圧というか、責任感というか、或いは一つやったろうというご抱負等があったと思うんですが。

(稲生) 逆にね助教授時代ならば、半年しかなかったんですけれども、あんまり社会的っていうか、そういう所に時間は取られませんでした。だからやりたい仕事っていうか研究はどんどん進められました。ところが教授ばかりじゃなくて病院長や他も兼任になってますと、もう自分の研究面の事はまったく出来なくなりました。ただ一番大事なのは自分の研究部の研究費をねどうやって集めるかですよ。文部省から来る研究費なんてのは年間300万円位しかないでしょう。それだけじゃとっても思いきった研究出来

ない、それであっちこっちに顔出して文部省とか厚生省とか科学技術庁とか、そういう所のいろんなテーマに顔を出してそれで研究費をもらって来るんです。そういう仕事に専念して、でこっちはまあ研究室の人達がやりたい事をやりなさい、私はテーマと方向性だけを指示する、そうすると有難いことにみんなやってくれるんですよ。なるほどというか、そのかわり金だけは何とかしてやるから使いたいだけ使えって、まあそう大見栄は切った事ないですけどね。年間2,000万集めて、決してゼネコンみたいな事はやりませんでしたけれどね。

—— まあ教授という立場はいろいろ役職を兼ねるもんですから、研究と両立というのは特に日本では難しいでしょうね。

(稲生) ですから、研究室のいわゆるミーティングで言うのを週にいっぺん必ずやっているんですけども、こん時は楽しくてね、言いたいこと言うし、言いたい放題で、あちはどうのこっちはどうのとそれでこれが唯一の何て言うんですか、ストレスの解消でしたね。

—— それで昭和49年の3月に臓器保存研究会を設立されて会長に就任されるわけですけども、まあこれは臓器保存の場合腎臓でしたでしょうか。

(稲生) いや。

—— とは限らない。

(稲生) はい、当時これをやり出したのは東京医大の小崎先生、今の八王子の医療センターにおられます。そのボスの東京医大の高橋教授が何とかして死体臓器の保存をうまくしないと、せっかくもらっても駄目になるというような事を色々と言われまして、それで移植学会の時に是非やろうじゃないかという事になって、こっちはどっちかっていうとまあ引っぱり出された様な感じなんです。

—— これはあれですよ、だいたい心停止後摘出するまでの時間がかかるほど、保存期間

も短くなるわけですがけれども。

(稲生) 保存期間と言うよりも阻血時間が長くなれば機能の再現が難しくなりますよね。腎臓なんかで言えばだいたい30分過ぎればどんどん落ちていく、もちろん死ぬ前の状態もありますから一概には言えませんがだいたい普通30分以内がまず回復する、それ以後は死ぬ前の状態を観察して、せいぜい1時間位までならなんとかかなるといのが、常識的だったわけです。だけど、心停止前にクーリングなどをやっていると、それがだんだん伸びていますから。

—— 死体腎移植に限り、肝臓やら心臓と違って心停止後の摘出で使えるんだと、こういうふうに医学会は言ってきたわけですが、これはまあそれ自体間違っていない訳ですが、レスピレーターを付けて心停止に至るまでずっと見てそれで摘出したんでは実際には使えない。勿論遺族の了解を得てですが、病院によっては途中でレスピレーターを止めて、で心停止を待って摘出する、それでなければいたんで使えないというのが実態でしょう。一方で救命救急センターなんかでも患者が沢山来るところは、救命救急医が言うには、レスピレーター付けても脳死になることは確実に分かる患者も多い。そういう患者にレスピレーターいちいち付けてたらベッドが一杯になって新しい患者が受け入れられないと、で、もしそういうことになれば、それに対する社会的な非難の方が死体腎って言うか臓器を提供しない事よりも強い。ですからそういう患者さんには最初からレスピレーターを付けないという場合もあるようなんですけれど、こういう実態というのは多くの国民は知りませんね。それから、それとちょっと違うかもしれませんが脳波学会基準と言うのが昭和40何年か、まあ和田移植と関係あったかどうか知りませんが脳波学会基準で言う脳死判定基準が出来て、しかしその時に脳死をもって人の死と考えるかどうかということには全く言及していない。

和田移植に対するマスコミの反応が強かったためかも知れませんが。このように、日本の医者はみんなさわらぬ神にたたりなしみたいになって逃げたというような事を言う人もいるし、私もそう言われてみればそういう面もあるかなあと思うんですが。そういうような事を含めてやはり背景には日本人独特の国民性というか、社会構造というか、その真実を言ってもなかなか冷静に受け入れられない。その社会全体で叩くとか、あるいは感情的に叩くとか、その個人の意見が言いにくいというような国民性でしょうかね。そこらあたりは私の感じでも、ちょっと日本の社会は確かに難しいかなという事は分かるんですが、日本の特に移植関係医が事実とか実態を国民に知らせた方が早く移植が進んだんじゃないかなんて思うこともあるんですが、先生いかがなものでしょうか。

(稲生) それはねえむしろ移植外科医がやるとまずいと思うんです。逆なんです。この前の移植学会の時ですか、曾野綾子さんという作家がいます。その人はクリスチャンらしいのですけれども、与える心っていうんですか、死んだときにこっちが欲しいって言っちゃ悪い。だけど与える方は決してやぶさかでないだし、それがまた一つには幸福なんだと、そういう趣旨でやるべきであるという事を盛んに言っていました。もちろんその方もまたドナーカード持っているんですけど、そういう趣旨がなかなか日本人には難しいですね。もらう方はもらう方で、けっこう外国へ行って移植してきたりするし、そういうことを一生懸命サポートして寄付なんか集めたりしているのに、あげる方になるとね周りから文句言われる。そういう考え方がちょっとおかしいと僕は思いますし、もう一つには、スウェーデン方式のような死の社会的な考え方はかね、病院長が権限持っているわけですから。だから日本の医療が本当に信頼されて医者がこうだって言ったら、間違いなくその

通りですというふうにして、これは適応できる死体なんだからということを決めるようなシステムになれば、それは最高だと思います。けどそれはなかなか日本じゃね無理かなと思いますよ。それに常識を増やすにはどうするかという問題でもあります。それには移植医がやったら必ず叩かれます。ですからむしろこれは患者団体なりあるいは周りの人からやってもらうしかないんじゃないかという気持ちですね。それで社会死という考え方をちょっと作文にはしてみてるんですけど、まだ公表していませんけど。

—— それをお話しいただけないですか。

(稲生) いやいやこれはどうってことないんですけども、たとえばね、今確かに身体障害者これが社会に出て活躍するというのを非常にほほえましい事にしてます。僕もそうだと思うんですが、ただある程度以上の身体障害者、たとえば無脳児は極端ですけども自分でどうにも生きて行けないような人があるとします。それを無理矢理に生かしているという言い方は悪いかも知れませんが、それでいいのかということです。そりゃ親は子供可愛さに、親の生きているうちはいいですけどね、もし親が亡くなったら、そりゃ完全な養護施設がどんどん来てきてそこであくまでも責任を持つ、これはまた一つの方法。そうでないとすればね、その辺を割りきっちゃうとか何とかですかね、それと本当に先ほどおっしゃったようなもうこれは脳死だと分かっているような患者さん、それをそれこそチューブ症候群でつないで生かすのはどういう事かって言う事ですね。私はそういう意味じゃ比較的割りきっちゃっていると言うんですけども、この辺で病室の回診してあまり重症になると「家族はなんて言ってるんだ」と、家族の方が「どうしても」という言い方をします。そりゃその場合は我々が知識の限りやんなきゃいけない、しかしそうでなければ単なる延命処置は極力少なくする方針でやっていますよ現実

に。

—— その状態の時はリビングウィルでもあれば別ですけどもそれがないと患者自身が意志表明をできない状態ですよ。

(稲生) ええそうです。ただこれは臓器提供とは関係なくそういう方針でしている。それが段々浸透してくれば、せつかく亡くなるんならあげましょうかというほうに、一般の人がそういう様な亡くなる方に対する概念を持ってくれないとなかなか移植推進も難しいかなという感じも一方ではあります。また、移植とは関係なく、人間はまだ生きていられるかも知れないけれども社会的にはもう死亡したと同じと、法のけじめをつけるといっちゃ悪いですけども、そういう概念をもうちょっと持った方がいいんじゃないですか。そういうふうにも私は考えているわけですよ。

—— それから、これはマスコミが主に言っている事かも知れませんが、医者の中からもそういう意見を聞いた事がありますけれども、日本の医者はお行儀悪いから国民の信頼が得られないんだと、だから脳死臓器移植と言ったって信用できない、だから出さない。とこういう様な意見もありますけれども、これはいかがお考えでしょう。

(稲生) ですからその辺は、我々最初に透析だとか移植をやった頃はまだ倫理委員会も何も無かった時代ですよ。と言う事は結局は患者さんとのコンタクトだと思います。完全に一生懸命になってやれば、医者だって人間ですから完全はいないですミスも出る場合があります。ただお互いの意志が疎通していれば必ず相手は許してくれる。それが通じて死体の提供でも何でもなると思うんです。昔は良かったんでしょうが最近の日本の医者っていうか臨床医が信頼を失っている。これは全世界的な事かも知れないですが、訴訟問題などが多くなっている時代ですから、個人の権利を主張するのに馴れすぎ

てそうなったのかも知れませんが、お互いの意志疎通一生懸命に幾らでもやってあげれば、まず問題が起きないと思うんですよね、そういう習慣をもっともっとなつけていけばそれなりに相手は一応理解してくれるし協力してくれるんじゃないでしょうか。

—— お話を少し進めまして、昭和52年に日本で第1回目の国際人工臓器学会を開催されて委員長をなさっていますね。

(稲生) 組織委員会委員長で、会長さんはコルフさんですね。

—— これは、第1回目の国際医学会を日本でやるということは初めての事なんですかねえ。(稲生) いや、じつはこれはねえ、コルフさんのインターナショナルシンポジウムだったんですよ。ところが実際に蓋を開けた、開会式をやってから、これだけの人達が集まって、これだけの事をやってくれるんだから、コルフさんの提案でこれなんとか学会にしようということになったんです。それで、常陸ノ宮様に改めて報告に行った次第で、最初のシンポジウムに来て、お話いただいたら外国の人達も感激して、これはもう第1回の学会にしようという事になって、シンポジウムから急に学会になった訳で。

—— 昭和56年からですか、カリフォルニア大学のテラサキ教授の協力も得て、いわゆる当時US腎と言いましたか、何年間に亘って50個位日本に空輸して来て、移植をやられた訳ですが、本来の主旨が必ずしも達せられなかったことや、当時の状況をお話し下さい。

(稲生) それは確かに申し訳ないと思うのですが、ただそれはもう一つこういう事があったんです。当時はアメリカでも、勿論死体腎を受ける人はいっぱいいるんですけど、彼らは、土曜、日曜に腎臓が出ましても受け入れ病院というか、ドクターがいないんですね。それでそういう時に、余っちゃうというか、取る方はもう、取らなきゃならないわけです。持っていく場所がな

い。それが年間100個位も有った訳です。それで向こうも考えまして、もし日本で使えるものなら使ってみなさい、それがまた一つの死体腎の普及に役立つならばということやってみたんですね。ただそれには費用もかかる事ですし、その頃でも1回やると150万円位ですか、これはもうアメリカ人がやる場合も同じだんですけども、UNOSというところにちゃんとそれだけのお金を渡して、それでいただくわけです。これは向こうの適合性の検査だとか、それから亡くなる方の保障になるわけですね、だからその時でも日本ではやっぱりすぐそれが払える人でないとできなかった。そういうことで日本でもずいぶんやらしてもらったけれども、結局はそれだけということになっちゃって、確かに一時増えましたが。けれども、なかなか日本人の既成概念というんでしょうか、それを変えるっていうのは難しいものだと思いますねえ。

—— それから昭和57年の4月に、先生は停年まで敢えて一年を残して退官されるのですが。

(稲生) 東大第2外科在局中に研究助手がとんだアクシデントで亡くなったことがありました。それから医科研に來まして助教授の松倉君が、たしか中国に私が行っている時だと思っんですけど急に亡くなってしまった。更にそのあとに助教授になってもらった水野君が亡くなってしまった。そういう意味で非常に私は、健康管理というかなんていうか、これでいいのかと自分自身に責任を感じました。それで、もっと平たい事をもらしますと、最後までいると名誉教授だって言うんですよ。だからとんでもないと、俺はそんなものになる資格無いから今やめるといって、半分はへそまがりって言われそうで。

—— まあ先生が退官されてからの状況というのは、私どもが考えても、むしろ現役の時よりお忙しかったんじゃないかと、透析医会だけじゃなくて、他にも沢山いろいろな、医療関係の法人の理事長などをおやりになっておられる

わけですが、その、いかがでございますか、退官されてからかえって忙しいって感じが強かったのですか。

(稲生) 勿論そうだったと思います。社会的に、あっちこっちに引っぱりまわされて、で本当はやめる時に、同僚で厚生省の医務局長がいたんですが、くたびれたからそろそろどっか、伊東でも行ってのんびり開業するからって言ったら、いくらでも世話してやるよって言うわけなんです。ところが、そいつがなんてことない、その厚生省のなんとか財団の審査やれだの、あっちこちなんだかんだ引っぱりまわして、ただ、まあ何も仕事がないよりは、有り難いことかなと思っておりますよ。こっちは普通の人間だから一生暇があったら悪い事でもしそうだけでも、暇がなくてこき使われている方が性に合っているんじゃないかと、私自身思っている。ただ一番困るのは頭がついて行かなくなります。今でもうちは外来なんかの診療を实际やっていますけれども、そういう面でね、ミスがあったら申し訳ない、これだけはなんとかしなけりゃならないといっても頭がついてこなければどうしようもない。やっぱりある時期には、引っこむべき時には、引っこまなきゃならないという事を最近つくづく自覚しております。

——— まあ、それにしましても日本透析医会の、当時まだ都道府県透析医会って言いましたでしょうかね、昭和58年会長を平沢先生のたつての要請でお引き受けになった訳ですけども、この透析医会というのいろいろと状況などを考えると、随分引き受けるかどうかと、おそらくお悩みになっただろうと私は思いますけれども、敢えてお引き受けになった先生のお考えなどをお聞かせ下さい。

(稲生) そうですね、透析療法学会の方をやれというお話もあるにはあったのですが、しかし本来学会と医会は何かとうまくやってくるのが本当でしょう。学会で反対される人もいました

が、やるからにはこちらは法人化が必要で、木本先生がおられたからうまく行ったところもあるでしょう。お互いに協調しあってやりましょうよ、ということで始まった訳です。今の学会理事長の越川先生、あの先生なんかは、是非こういう事は一緒にやろうという話しを向こうからいただきましたね、そういう意味じゃあやってよかったかなと思っています。厚生省に行ってもね、いろいろな問題があるからと言われてね、私はそんなはずはないと、それなら改革しましょうと、やる以上はね。とにかく法人を創れと言われていたから、いろいろ話し合っ、先生が来ちゃあしょうがねえとか何とかあって、協調して一緒になってやりたいということが、ひとつの目的で、始めたんです。ですからなれるかどうか分からなかったんですが。

——— それにしても先生が会長に就任されて4年もかかった。こんなご経験は先生も初めての事でしたでしょう。

(稲生) これも早く法人認可される方法についての話しもありました。しかしあくまでもこっちはまっすぐに押し通したんです。最初のうちは受け入れられなかった。分かっていたんですが、そして日本医師会の方にも始終行っちゃあ、こういう訳だ、こういう訳だ、向こうが言ってくれば、それに対してまた対応するというのを続けた訳です。

——— ところで、日本透析医会が社団法人になる前の年の昭和61年に、これは保健医療局長の諮問機関の腎不全対策推進会議、これは現在事務次官の諮問機関で…。

(稲生) 昇格しておりますね。

——— 腎不全対策推進会議の委員にご就任になっておられるわけですけども、どのような議題が主に話し合われたのですか、方法論等でしょうか。

(稲生) 具体的な問題としては例の腎移植推進月間、毎年10月にやっていますでしょう。あれ

の企画だとかあるいは構想だとか、今後どうするとか、まあ最初はどのようなふうに始めるというところから始まったんですけど、それともう一つはいろいろ難病の一つである腎臓病に対する、いろんな研究費なんかを出しているんですけど、そういうものの受け入れ体制とか、そういうようなことを審議しているわけです。最近私あまりお呼びがないから、やってんだかやってないんだか知りませんが、少なくとも私がこの会長を辞任したんで、今度は平沢先生にお願いしてあります。

——— ところで、厚生省としては日本で死体腎移植を推進したいというのは本気でしょうね。
 (稲生) 本気だと思います。それでネットワークを盛んにやっています。

——— と、申しますのはね、私どもの地方でも当初は透析医会が主体になって腎不全対策協会の設立しました。10年近くも前ですが、そして救命救急関係医療機関の協力の取り付けが一番大事なんですと何年にも亘って主張して来たんですが、まるで県なんか知らん顔なんです。ところがそんな要請なんかとっくに厚生省から各都道府県に来ていることが分かって大変心外に思ったことがあるんです。まあ、2～3年前から県もやっと本気でやってくれているようですが、趣旨が十分地方にも行き渡っていると厚生省では考えておられるんですかね。

(稲生) いや、それがね、私、実は東京23区と神奈川まで含めたセンターの会議があるといつも座長をさせられているんですけども、その時に厚生省の人も出てきて話すともみんな分かるんです。それぞれ通達が行っているはずなんですけれども。まあ、行っても読まないと言えばそれまでですけど、ああいうミーティングなんかにどんどん顔を出すということをしないと、はい通達しましたからなんていうことをやっていると駄目ですね。

——— 腎不全対策推進会議で、そういう事に

も留意するように先生からも言っていただければ有り難いんですが。

(稲生) チャンスがあれば言いましょう。ただ、今度おそらく平沢先生がかわられると思いますので平沢先生からも是非そういう事で推進していただければと思います。

——— ところで、白菊会の会員になっておられますが…。

(稲生) 私は、最初から例の東京の腎臓移植普及会のメンバーでもあるし、そういう意味でドナーカードを持っていたんですけども、65歳になってふっと思いついたのは、もうそろそろ臓器も役に立たなくなるだろうと、その時にたまたま私の同級生で解剖やってた山田君というのがさかんに献体の事を言ってくるわけです。使ってくれる臓器がありゃそりゃいいんですけど、ちょっと無くなりそうで、献体し合うということになっちゃったんですよ。

——— 今、献体数は減っておりますか。

(稲生) そんな事はないですね。この頃増えています。年寄りが大部分ですけど。その点は随分理解される様になったから、献体が増えればその内に死体腎だけじゃなくて死体臓器も増えるんじゃないかと思ってますけど。

——— ところで、やっとまあ、最近国会でも脳死、臓器移植に関する法律の立法化がされるか、というような状況になって来たようですが、スウェーデンのように脳死はですね全部、人の死であるから、死体に対する治療は無いとして、遺族の意志の有無に関わらず治療を中止すると、臓器提供の有無に関わらず治療を中止すると、要するにレスピレーターを止めると、これはスウェーデンくらいしか私は聞かないですけども、他の国はまあ一応選択の余地を残してあるようにも聞きますけれども、そこには医療経済的な患者負担とかいろいろな問題もからんでいるんでしょうけど、選択の余地を残すのと、脳死は一律人の死であるとはっきりする、私は医

学的にはそっちの方が正しいだろうと思うんですけども、かといって国民感情も無視する訳にはいかないわけで、先生はこの点はどのように考えていらっしゃるんですか。

(稲生) 私はスウェーデン方式に大いに賛成で、そうあるべきだと思っています。亡くなった方の遺族から、そういう時の考えての事を聞くことが時々ありまして、本当に意識がなくなって、そして回復の見込みが全くない場合、お金の問題じゃなく精神的な負担というものを考えていきたい。長く息だけさせているのは、決して遺族にとってありがたい事はないって言うんです。そう言った人が大体70%です。がむしゃらに生かさせてのは、ほんの10%いるかいな感じです。色々聞いてみますとね。ですから私はスウェーデン方式で当然あるべきだと思うし、実際に立ち会っている医者が、相手の心情を見抜いているんじゃないで結局コンタクトなんですよ。家族がどうしようかって言ったら、むこうが、もうそれこそおまかせしますと言うような事で、こうこうだからこの辺でという事を言いきれないですがね、その辺に問題があると思います。でも、それは向こうの勿論ある部分の相手方の意志を尊重する事は必要ですから、絶対にスウェーデン方式は日本ではできないと思いますけど。むしろ積極的にチューブ症候群は無くす事にもって行くべきだと私は思います。

——— 脳死臓器移植を容認するかどうか、日本でやるかどうかというのは、国民的合意が必要なんだとかですね、それから、立法化がないから、法律がないからやれないんだとか言うような意見が往々にしてあるんですが。まあスウェーデンは別として、これはいわゆる基本法ですから、その欧米と一口に言ったっていろいろ国によって違ってしまうけれども、欧米の移植先進諸国ってのは決して脳死臓器移植が国民的な合意を得てスタートしたわけじゃないし、立

法化されてその法による裏付けのもとに始まったわけでは全然なくて、医学会のコンセンサスというか、やるべきだということで始まって、あとから徐々に立法府が追認したり国民がついてきたり、あるいは私の聞く限りでは、イギリスなんかまだ脳死臓器移植に関する法律がなくて、その、ない理由ってというのは、死の判定の問題はすべからず医学会が決めるものであって、そこに立法府が介入するのはおかしいし、それから脳死の判定方法だって将来科学が進歩していったような方式じゃなくてもっと早く脳死の判定ができるようになるかもしれないと、その場合立法府がなかなか対応できない。そういうような二点からあえて立法府が脳死を含めて死の判定問題には介入しないということを決議している、と聞いている訳ですけど、この脳死移植というのは国民的合意が必要とか立法化が必須だとか、マスコミを含めて多くの意見がそうだったわけですけど、先生どうお考えですか。

(稲生) 死ってというのは個人の問題ですよ。それはたしかに心臓死の三兆候とか言って今までのしきたりとしてあります。それはなるべくだったら守った方がいいのかもしれない。しかし、今度かりに移植の方の問題も個人の治療なんです。だから、個人対個人、もし臓器提供があるとなれば、個人同士が良ければそれでいいじゃないですか。もしトラブルがあるならお互いに止めればいい事で、それをなんで第三者ががやがや言わなきゃならないのかっていうのが私は不思議でしょうがないんです。この人が病気になる、あるいはそういう事を想像してそうなる嫌だからっていうのはそりゃまあ分かるんだけど、そりゃ個人の問題だから、そういう人は拒否すればいい、私はそういう考えなんです。勿論、脳死判定基準は順守するという大前提が有っての話ですが。少しあんたはいきすぎているって言われる事があるんですけども、そこ

までいけば皆さんもっと気楽にやれるんじゃないかと思うんです。我々が最初に生体腎移植やったときに、法律も何も知らないでやっているわけです。勿論その時には腎移植の法律はありません。そしたらある人がドナーに対して傷害罪だと言うわけですよ。そうか、そう言われてみればそうかなって訳です。あわてて厚生省に電話したんです、医務局に。そしたら、うーんちょっと分かんないと、こちらもちょっと調べてみますけどと、法務局に電話して下さいと言うんです。そしたら、そちらでも今までそういうのはない、ただ、手術をすれば傷をつける、それは傷害罪として成り立たない訳ではない。それで、もう一回よく調べますと言う。刑法の先生から改めて、本人が了解して文化的高度の目的がある場合には、罪を免れるという項目があるんだそうです。しかも本人が納得してその移植という人道的な目的でやっているのであるから、これは問題ありません。最後にはそういうことだったです。だから脳死だってね、そういうふうな道義的でしかも高度の文化的目的でやったということですから、私は問題ないと思う。しかも受ける方も受ける方で個人的な問題を、なんだってあんなに論議したがるのかなという気がしてしょうがないです。そういう事があってから法律は出来てるんです。角膜にしても、腎臓にしてもむしろ医療が先に行ってるんです。訴訟問題になったときに嫌だからという事もあって逃げ口上に法律、法律と僕は言っているような気もするんですね。

—— まさにそうですね。感覚的に嫌だから協力しないよって言えばいいのに、それだと何か格好悪いから、その口実として言っているとしか思えない場合もありますね。登録の街頭キャンペーン等で、また奉仕団体の協力を得たりしている過程でもそう思うことがあります。どうも、それ以外考えられないなど。というのは脳死が分からないと言いながら、説明しても

なかなかそれに対する具体的質問がありませんね。本当に知りたいなら具体的な質問がどんどん来てもいいはずなんですがね。

(稲生) 個人的に嫌なら拒否すればいいんじゃないですかって言うんです。

—— 話しはちがいますが、先生のスタートツル教授に対するご印象を伺ってみましょうか。彼の書いた「ゼロからの出発」を読んでも非常にその心身ともにタフで、非常に進取の気性のある人だなという印象を受けたんですが、先生は直接色々お話しになって、

(稲生) 私が一番びっくりしたのは、昭和40年にまずハワイに寄ってそれからサンフランシスコに行って、ちょうどあのスタートツルの所、コロラドに行くのが土曜日に予定されていたのです。それでアポイントメント取るのに当然土曜日は向こうは休みだろうと、月曜日にアポイントを取ったつもりでいました。そしたらコロラド大学病院の内科に可部先生っていう東大の内科の人が行ってまして、どういう経緯か知らないけれど可部先生から私が太田和夫先生といたサンフランシスコのホテルに電話がかかってきて、土曜日何時に着くかと云われました。で12時ちょっとすぎにコロラドに着くと言いましたら、そのままスタートツルのオフィスに來いっていうんです。それでびっくりしたんですが、コロラドに着いてそのまま彼の車にトランクを詰め込んでスタートツルのオフィスに行って、夕方まで検討会やったり、いろいろな話をしてくれたり、研究室見せてくれたりしました。そして、じゃ今日はこれまでって言うんで5時半頃やっと解放されたんですけれど、日曜日の朝も出て來いっていうんです。またびっくりしましてこんな先生がやっぱりアメリカにもいるんだなと思いました。そして言われた通り行ったら朝ちゃんと移植患者を回診しまして、それから日曜日の午前中に犬の肝移植の実験を手伝って、今日は午後が休みだと言うんでやっとほっとしたん

です。次は4日しか居なかったんですけど月曜日の朝6時に出て来いと云われました。夕方6時半まで居て朝6時と夕方6時に回診してるんです。移植の患者は早く異常を見つけて早く始末しないと死んじゃうんだというふうなことで12時間おきの回診などさんざん教育されてきて、やっぱりやる人はやってんだなと思って帰ってきて、私も真似したわけです。さすがにタフですね。

—— 早く見つけると言うのは拒絶反応の兆候ですか、

(稲生) それと感染ですね、抗免疫剤を使ってるんだから早く見つけなきゃ駄目だと言う事で12時間おきに患者を見ろと言うのはその当時の常識でした。

—— 死体腎移植の普及はですね、別の話になりますが、医療経済面でこりゃまあ非常にメリットがあるわけですよ。しかし心臓、肝臓移植に関しては、金がうんとかかるじゃないかという意見がアメリカでもございますよね。で日本にも、ほとんどまだされていないにもかかわらず、こういう意見が医師会なんかにもあるわけでございますけれど、先生はその点に関して、どうお考えですか。

(稲生) 前から腎臓移植の場合でも言ってるんですけど、ある程度受益者負担ということをするべきだと、アメリカにしてもですね、もらった場合には受益者は150万円位を払う。そうして亡くなった人の後の処置とかそういうものにちゃんと当てているわけです。そういう保証がなきゃドナーだってなかなか出にくいわけですし、そういうことが全く日本ではやられていない。それからそれ以外の移植関連のいろんな費用ですね、ドクターが走り回ったり何かする、それを全部保険で負担するという事はあまり虫が良すぎると思います。そういう意味である程度は受益者が負担して、それに応えられる人だったら心臓移植する、肝臓移植してもいいんじ

ないか。それは自由経済の国ですから金持ったりやそれだけのことをやってもいいと、一般の医療は保険でみるにしてもそういう特殊な治療であり個人で特に受けたいということは受益者負担にするわけですね、そういう考え方なんです。だってあの何千万円とか寄付を集めて外国行って移植するんだったらそれぐらいは負担すべきで、日本でやったらもっと安いよというわけです。具体的にねそれをこの間肝移植の何とかの会という家族の会をまとめている人が言ってました。わざわざ金を集めてまでも行ってやんなきゃいけないんだ、それでも命は大事なんだと、もしお金がかかるっていうんだったらそういうものは一般医療費とは別にその部分だけ受益者負担、そりゃ寄付集めても何でもいいんです。そうしないと一般医療が大変ですから、そういう考え方がいいと思うんです。

—— ま、それにしても低所得者に対する特例というか所得制限ですか、てなのを設けないと日本では金で命を差別するなんて言われると思うんですけど。

(稲生) それは何処だってそうじゃないですか。今の日本だって金持ってる人はいい住まいに住んでいるんだし、これは自由経済の国であればしょうがないです。

—— 日本の保険医療ってのは自由経済じゃないんですよ。

(稲生) だからおかしい。

—— 統制経済下にあるわけですよ。

(稲生) まさに共産主義ですよ。それにみんなあやかりうとするなら、それなりに保険料高くても仕方ない。そうするかどっちかですよ。これ金食うんだっていうんで特殊なものに扱うなら自由経済なんだから、そういう方法を十分とる、そうでなきゃ収支つながらないですよ。

—— でまあ、法律もそろそろ出来るかってところにきたんですが、死体腎移植の促進に関して、日本透析医会が今特にやるべきこととい

うのはどういう事があるのでしょうか。

(稲生) そうですね、問題はですね、結局先ほどのドナーのいる病院の了解っていうか、救急医療センターとかそういうところにむしろ移植医が顔を出すよりも透析医会の方でうちの患者さんをなんとかしてやりたいからよろしく頼むとってやる方がまだ移植医が行くよりはいいなという気がします。

—— 移植医が行くと誤解を招くということですね。

(稲生) それ以外は、積極的に行動をとることはしないんじゃないかと思います。そのかわりといっちゃおかしいんですけど、移植した後の患者さんを透析センターで見上げてあげるといいう事が大事だと思うんです。それぐらいの知識を持っていただいて、それで移植した後はどうせ地域ですから、近くに決まっていますからね。移植しても、それを受けたところまで通わすっていうのは良くないし、また患者さんの数とかそういうものからいっても出たところの透析センターで面倒見てあげるといいうシステムの確立が必要で、それにはある程度透析の先生方も移植の例えば拒絶反応とか感染とかいうものに対して知識を持っていただく、そういう勉強が必要だと思います。

—— 移植内科医と言うのでしょうか、ただ単に机上の知識だけである程度対応できますか。実地研修も必要でしょうか。

(稲生) やはり移植センターでの腎移植の見学とか、病室回診や移植外来診療の見学も多少必要でしょう。講習会は数回のプログラムを組んで、これは日本透析医会内部で十分やれますよ。

—— ところで、救命救急医にばかり協力を求めると、これがとても負担が大変だという事で、その本来の仕事を阻害するというような事もあるでしょうが、そのコーディネーターの設置、進めてますよね現に。それで他には救命救急医の実質的協力、少なくとも法律出来たらもっ

と協力してもらわにゃ困る訳ですが、協力を得やすくするにはどんな措置がほかにございましょうか。

(稲生) コーディネーターがどれだけ走り回ってくれるかですよ。ですからコーディネーターの置き方、どういうところに配属しておくか、そしてそれがうまく連絡取って常時緊急性を高めるとか、なんかチャンスがあれば、すぐに出向いて後の始末っていうかやってくれと、そういう風にしないとそらあ救急センターのドクターだけをお願いしても無理でしょうね。一言電話すればすぐコーディネーターが行って後の事は全部やってくれるという方向にしないと、そういうシステムが最大の問題、ただコーディネーターを一般の透析センターに置くわけにもいきませんからね。今度厚生省であらためて8ブロックに分けて、そこに一つのセンターネットワークを作って、そこにコーディネーターをおいて何かあればそこに連絡すればいつでも出来るというシステムを作る、ネットワークを今作っています。これは腎臓だけでなくあらゆる臓器移植という事で、これは間もなく出来ると思います。

—— 腎移植予備軍を持っているのは透析医になるわけですがけれども、でやっぱり移植を進めてほしい透析医の立場からみますとね、移植のネットワークシステムの変更が今度で三回目になる。情報センターと移植医療機関を分けるんだというようなことで、そっちの方がフェアに行われるということは分かるんですけど、我々移植していただきたいという患者を持っている立場としては、ひとつもう固定的にやってくれないかと、そうしなきゃ何処に紹介していいか分からんわというのが、正直なところなんですけど、この点いかがでしょうか。

(稲生) それで今、今度厚生省が本当にそれに本気になって、とにかく日本はひとつってわけにはいかない、以前腎臓については日本全国

のセンターとして佐倉にしたんですけれども、それが必ずしも機能しないという事がはっきりしたので、それこそ、8ブロックにして8センターで言うのを作ってそれでそれが管轄を決めるわけです。それでももちろんサブブロックが出来るかと思えますけれどもそこに集中的に、たとえば救急でもってドナーが出そうだって言えばそこへ連絡すればすぐにコーディネーターが行って色々交渉する。その間にそのドナーに対するレシピエントを選んてくれる。そして何処の病院と決まればすぐにそこに連絡するって言う風なはっきりしたセンターです。その中央の情報センターで移植をやると非常に問題が起こるんで、そりゃもう絶対やらないセンターにしようってことです。もう8ブロック構想てのはある程度できています。それをこれからどうやって具体化するか、ただこれは臓器だけじゃなくて臓器全体をするもんですから、それで脳死の問題がガタガタしてるんでなかなか踏ん切りがつかないってのが現状なんです。でも、そういう構想はある程度固まっはいるようです。そうすればすっきりするんじゃないかと思えますよ。

—— もちろん、これ臓器別ってのは非能率な事ですし、臓器全体という事で、

(稲生) まあほとんど最初のうちは臓器だけでしょうけれども、とにかく臓器全体としてのネットワークを確立しなけりゃいけないってことがはっきりしているわけですから。

—— それから、異種移植の将来展望についてお伺いしたいのですが。

(稲生) これはねー、いちばん大事な、大事なってのは何故か。いわゆる遺伝子の組み替えだと思えます。それが勝手に行われたらどんなものができるかちょっと問題なんだけれども、ある程度容認してドナー用の動物グラフトを作る。これはもう理論的には出来ないわけではない。おそらく21世紀の早い時期にはそこまで行くと思

います。そして、それでなければ仮に死体腎が相当普及しても今の腎不全の10%まで移植できるかどうかです。今、透析患者数は13万人ですか、腎グラフトが絶対不足です。

—— それに、増加率が減少傾向にあるとはいえ、まだまだ年に7~8千人増えていますね。(稲生) おそらくそうですね。10万人としてもね10%としたら1万人でしょ。年間1万の死体腎移植はまだ日本じゃ当分出来ない。まず不可能だと思う。異種しかないんですよ。で相当研究も進んでますし、要するにヒヒとかブタみたいなのがね、もう相当うまくいってますでしょ。そしたらば、今は動物同士だからあんまり文句を言われ無いけれども、人間の遺伝子を入れたのが本格的に出来だしたら、もちろん臓器だけでなくあらゆる臓器間に移植できるようになる。ブタなどは人間が一生懸命作っちゃ食ってるんですから何もこれをドナーにしたって決して悪くないでしょ殺したってね。やれることなんですよ。これはもうおそらく21世紀、遅くとも半ば位までには完成すると私は思っていますけれども。

—— さて、それから、腎移植の普及との時間的關係もあるでしょうが、人工臓器の医療費がいぶん据え置かれて安くなりましたけれども、それにしても透析患者数の増加がすごいと。それだからってあんまり安くされたら病院の経営が成り立たないわけですけども、したがって人工臓器の医療自体をもっと効率的に出来ればなあと思うんですが、こっちのほうもかなり近い将来可能でしょうか、技術的に。要するにマンパワーを少なくしてやれるとかですね、あるいは時間的な短縮は無理でしょうかねえ。

(稲生) だからむしろ逆にね、時間が長引くわけじゃないけれども、今あのCAPDでもって袋ぶら下げて歩いてますよね。それをフィルターにして、要するにインプラントブルなフィルターですよ。そういうものが開発されればそれこそ

技術料、監視料でいいわけです。そうしないとどうしようもないんじゃないかなという気がしてるんです。これからそんなに数増えないにしてもおいおいとそこまで行くんじゃないかなという感じですね。

—— インプランタブルっていうと移植しないんだから、でも血管と接続するという事になりますか。

(稲生) はい、はい。

—— そうすると血液の凝固の問題が出てきますが、人工心臓の場合もなかなか難しいというところの…。

(稲生) それがもう一息でしょう。そうなればもう全然非凝固性の材料が出来てそのフィルター使えればね。まあ最初のうちはうんと水飲まなきゃなんなかったり、少し点滴で補わなきゃなんないかとは思うんですけれども、それなりのことは不可能じゃないと思うんです。おそらく今世紀あと7年ですが、まず試作品が出来ると思います。

—— つなぐ場所としては、動静脈としては何処が普通ですかねえ。

(稲生) そりゃ完全に鼠径部ですよ。

—— 鼠径部、腸骨動静脈。

(稲生) そうです。

—— どうも大変長い間お話しいただきまして有難うございました。最後に、我々透析医会の会員の為に、社団法人日本透析医会はどういう事に留意して今後活動していかなくてはいけないかという事をお伺いしたいと思います。

(稲生) そうですね、特別に思い付くものはないんですけれども、結局は患者さんの信頼ですね。どんな医療だってそうですけれど、お互いに理解し合うという事は当然でしょうけれども、得てしてよく他からくる患者さんなんかに聞きますとあそこはどうかの、そりゃ患者も言いたい事を言うだけでしょう。こっちも他へ行って言われてるのかも知れないけれど、なかなか

忙しくなってくるとゆっくり話してられなくなりますね。それで皆さんの所ではどうしてるか知らないんだけど、うちなんかはたった25個の透析ベッドなんでそれぞれ受け持ちが一応決まってますし、透析関連の常勤医が3人いますからあんまりクレームは無いと思います。けれども私は一つのデューティーとして、月曜日の夕方、火曜日は午前と夕方、水曜日午前とだいたいその四回、回診して歩くんです。そうするといわゆる週三回の人とはひととおり顔を合わすわけです。それで言いたい事を言ってもら。そうすると、一応満足しているみたい。本当は満足しているかどうか知らない。それをやらないときには受け持ち医によって差別があるところ言い出すんですよ。そのことに対してこっちが上の立場ってわけじゃないんですけれども、なだめ役をやってなんとかうまく行っている気がしてるんです。そういう意味ではお互いの信頼関係だと思いますよ。ただ医療費の面は又別で、こればっかしはお役所が相手だからこっちがいくら希望したってなかなかその通りに行かないし、ただ現実問題として確かに週休二日制になってくると人件費だけでも大変な事ですよ。よっぽどきちんとうまくやっ行って行かないと、今ぎりぎりでしょう。

—— そうですね。

(稲生) 赤字もあります。

—— ええ、赤字の所もかなりあるみたいですね、実際に。

(稲生) 経済面となると私なかなか知恵が出ないんですけれども、人件費を安く、いわゆるマンパワーどうやって安くやってくかですかね。それにしても皆さん限度まで行ってるんじゃないんですか、人件費の面では。

—— 2時間もの間、本当に示唆に富むお話しを伺いまして有難うございました。