

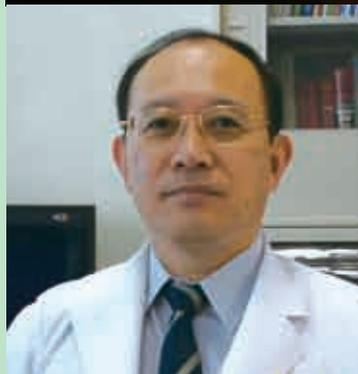
Vascular Street



～命の大切さを考える パート4～

福岡大学病院

脳死・生体肺移植プログラム 5周年記念



呼吸器・乳腺内分泌・小児外科

主任教授 岩崎 明憲 先生

准教授 白石 武史 先生

名誉教授 白日 高歩 先生
(現 福西会病院院長)

はじめに

福岡大学は2005年7月に脳死および生体肺移植実施施設として認定された。2006年に第1例目の脳死肺移植を実施し、肺移植プログラムはすでに5年が経過した。移植総数は10例を超え、九州の脳死・生体肺移植施設として地域に定着した。2010年7月には全面的に臓器移植法が改正され、今後臓器提供数も増えるだろう。肺移植医療には各部門の協力が必要である。そこで、皆さんに福岡大学が世界に誇る「福岡大学病院の肺移植チーム」の現状を紹介したい。平成23年3月18日(金)に福岡大学病院新館のメディカルホールにて記念講演会が開催された。福岡大学の肺移植の取り組みがさらに進むよう、また、さらなるステップアップを期待したい。Vascular Street は毎年12月、クリスマス特集として「命の大切さを考える」企画をしているが、今回で第4回目である。

福岡大学肺移植プログラムの歩み

福岡大学肺移植プログラム 責任者：白石武史准教授にきく

朔：白石先生、今日の講演会は様々な方がお集まりになってますね。

白石：学内だけでなく学外からも、患者さんをご紹介いただいた先生方にもお越しいただいております。普通に行われるようになってきた肺移植ですが、これには非常に長い歴史があり、学内の先生方のご協力で、どうにか現実に上手くスタートしたプロジェクトだと思います。従って、皆さんに、いままでの報告をする義務があります。

朔：本日、会場にお越しいただいております白日先生が肺移植のプロジェクトのスタートを切られて、すでに相当な時間がたちました。白日先生のご指導で若いスタッフたちが、世界の先進施設でトレーニングを行い、10数年前で福岡大学に肺移植を行うために集まってきたと聞いています。

白石：お話しの最初は、1983年の白日先生と川原先生のトロントでの出来事から始まります。トロントには Toronto General Hospital という有名な大学病院があります。この病院で初めて肺移植が実施されたのが1983年です。白日先生は、当時1983年、実際にトロント大学に留学されており、その場面に遭遇されたと同っております。

朔：白日先生の性格ですから、日本でも肺移植や臓器移植を推進しなければいけないと強く思われたのだらうと推察いたします。

白石：福岡大学には白日先生を中心に徐々に肺移植のチームが構成されていきました。ただ、本格的肺移植を始めるには、まだ臨床力が足りないと、私はメルボルンのアルグレート病院に行かせていただいて、直接肺移植のトレーニングをうけました。後に、福岡大学の若い先生方もそこでのトレーニングを継続しています。

朔：そういう絶え間ない努力が実って、福岡大学病院は肺移植の認定施設を得ることが出来ました。これは非常に難しい関門でしたけれども、当時、東北・京都・大阪・岡山大学の4つの大学が先行して肺移植を始めていました。このような大学が安定した成績を出してくれたので、日本全国に広げなければいけないということになったと聞いております。追加承認されたのは、福岡・長崎・東京・千葉の4つですけども、千葉はその後降りましたので、実際には7つの大学で移植が行われております。注意してみますと、私学は福大のみですね。

白石：純粋に私学だけで肺移植をやっているのは福岡大学だけということになります。そのようにして肺移植が行われるようになってきましたが、1例目は2005年の認定から1年後に行われました。そのわずか1ヶ月後ですけれども、生体肺移植を実施することが出来ました。時系列をみますと、2006年の10月28日に脳死移植が行われて、その約1週間後に人工呼吸器から離脱、移植が成功しました。一種の興奮状態に我々はいたのですが、その時に九州大学から小児肺移植の打診がありました。おそらく順番が逆

であれば、このケースはお断りしたであろうと思います。非常にリスクの高い移植だということで断られ我々の所にまわってきました。第三者の意見を聞くために大阪大学で症例提示したり、聖マリア病院からは人工心肺小児用を移送したりと、わずか1週間で準備を行いました。幸いこのケースは上手くいったのですが、学内の他の施設から厳しいご意見を頂戴しましたけども、非常に上手く経過されて、現在は運動会にも出て活発にしている、ということ聞いています。

朔：その1年後には初めての生体肺移植、これも成人間でドナー1人で行われたもので世界で初めてでした。前の症例は、世界で最も若い生体肺移植の症例。初期の2症例が、特徴ある症例であったということも、福岡大学の肺移植の特徴ですね。

白石：2010年1月には、脳死の両肺移植が初めて行われました。この歴史を見ていただきますと、段階を踏んで難しい症例を経験し、偶然にもうまくいってる。つい最近経験したのは、肺高血圧の肺移植です。肺高血圧の肺移植は、肺移植の中で最も難しいものですが、10例超えたところでこういうチャンスがまわって参りました。全体の成績ですけども、現在まで11例になりまして、残念な手術死亡が1例ございます。10%程度が悲しい結果になる手術ですが、平均的なところかもしれません(図1)。



図1

朔：今日ご提供していただいた図によりますと、社会復帰を果たしたのは7名。うち2名の方が晩期死亡されております。現在、回復中が3名。今日、多くの皆さんにご理解していただきたいことは、肺移植がいかに学内のみならず学外の協力も必要かということですね。これから法改正があつて件数も増えてくると思いますけども、いろいろな形で協力をいただきながら前進していくものですね。

突然訪れた機会：第1例目の脳死・生体肺移植

呼吸器外科 講師：平塚昌文先生

平塚：私は、ドナーチームの責任者をさせていただいています。1例目の脳死移植ですけども、症例は32歳の男性で、当院の血液内科で悪性リンパ腫に対して化学療法、骨髄移植を行った患者さんで

のための座席を確保します。人として扱って、大切に持って帰ってくるということになります。これまで行ったところは7ヶ所ありまして、一番近いところは九州大学になりますけども、一番遠いところは北海道です。

朔: ドナー班としての先生方の心がけがありますね。携帯は常に持つ。いつかかってくるか分かりませんので、常に持っていないといけない。それから、遠出や海外出張はなかなか行けないので、大変だと同情しますね。

樋口: この前、たまたま東京である試験を受けておまして、ちょうど電話がかかかってきて、試験を受けずに途中でやめて帰ってきたということもあります。

術後回復の要：臓器移植麻酔・SICUの役割

麻酔科 SICU 助教：重松研二先生

重松: 私は、肺移植手術の麻酔管理、それに引きつづく SICU の実用管理についてお話をします。肺移植手術は、手術が肺や気管支、肺動脈など生命維持に不可欠な呼吸器系、循環器系の操作が必要です。麻酔科の管理は、元々呼吸器管理、循環器管理が主ですので、肺移植手術の麻酔では気道の確保、酸素化、心機能、脳血流の維持などが困難になる場合があります。移植前の患者さんで、まともにこの肺機能検査が受けられない場合もありますので、最後の検査が2年前ということもあります。肺高血圧は必ずチェックします。これは、評価から患者さんが麻酔、手術に耐えることができるのかどうかを判断します。肺移植手術、麻酔管理の流れですが、呼吸状態が悪化したときに導入するのが PCPS (経皮的肺補助装置) です。術前評価で麻酔導入が不可能な場合、具体的には酸素を投与しても、酸素化が維持出来ない、あるいは肺高血圧があって、麻酔導入後の血圧低下で循環動態が不安定になる場合には、導入前に PCPS を導入して、酸素化を維持した状態で麻酔導入を行います。人工心臓は PCPS で酸素化や血行動態が改善しない症例に導入します。両肺移植は、一時的に肺が全く機能しない時間がありますので、人工心臓を選択します。

次に、SICU での術後管理ですが、術後管理も呼吸循環管理が中心となります。他の手術の術後管理と違う特殊な点は、分離肺換気による人工呼吸管理が必要になってきます。移植肺は新しい肺で、肺は膨らみやすいので、むしろ、高い軌道内圧をかけることは禁忌となります。それよりも移植肺は、移植後に肺胞に水がたまった状態ですので、ピープをかけてあげる必要があります。また、血管拡張作用のある一酸化窒素、NO を吸入して、肺動脈圧を下げる治療しています。このように呼吸器の設定内容が違うために、呼吸器が2つ、一酸化窒素吸入装置が必要になりますので、術後にレシピエントのベッドサイズのスペースが、ある程度広いスペースが必要となります。以前は、呼吸器や機械のスペースの関係から、手術後しばらくの間は、ベッド2床分を使って管理していましたが、SICU は4床しかありませんので、他の入床患者さんが入室出来なくなりました。

朔: SICU の増床、それとクリーンルームの増設などがかなえばいいのですが、現状としては4床でやっていくしかありませんので、

SICU を利用される先生方、看護師さん、臨床工学士の方々や医療従事者の方々のご協力とご理解を得ながら、運営するしかありません。

新しい生活へ向けて：臓器移植の現場

呼吸器外科 助教：柳澤 純先生

柳澤: 肺移植によりそれまでの生活は劇的に変わりうるという効果もあります。まず、私が最初に経験した症例は、21歳の男性で、病名はびまん性汎細気管支炎。近年では、抗生物質の進歩により、このびまん性汎細気管支炎も症状が著明に改善して、そのまま治療されるケースもありますが、治療に反応しない場合には、肺移植が適用となります。この方も15歳の時にびまん性汎細気管支炎と診断されております。呼吸機能が低下し、高校は途中で退学、その後、一時症状は改善しましたが、また再び悪化して、自宅が中心の生活となっていました。この方の主治医の先生の、強いすすめもありまして、私たちの施設に肺移植の登録評価ということで紹介を受けました。2年が経過して、2010年1月23日に臓器の提供がありました。実際の脳死両肺移植も、1月23日に行われております。手術自体は順調に終了し、術後経過も良好に経過していきました。術後は6時間おきにレントゲンをとりまして、私たち外科以外にも麻酔科の先生、呼吸器内科の先生、循環器内科の先生、ナース、リハビリの方、コーディネーターの方といろいろな人の力を借りて術後管理を行っていきます。この方は術後5日目に抜管しております。移植された肺に慣れてなくて、呼吸の仕方がわからないという状況で、非常にストレスも溜まっておりました。積極的にリハビリを進めるわけですが、まずはベッドサイドからのリハビリ。ここで十分に基礎的な力をつけて、その後はリハビリ室で重りを使った筋力トレーニングや持久力をつけるトレーニングを十分に行います。今では一人で ICU にも行けるようになり、3月には退院となっております。約3ヶ月の入院期間で、大きな合併症もなく退院できたのですが、術後1年過ぎた今、自動車の免許を取りたいということで、今現在、自動車学校に通っているところです。

次は、33歳の女性です。2006年にリンパ管筋腫症が肺気腫のような病気になりまして、2008年には在宅酸素開始となり、2009年には脳死肺移植登録されています。去年の5月ごろからは、左の気胸を頻繁に繰り返すようになりまして、気胸を繰り返すこと自体





朔: もう一つ、気をつけていることに移植医療を推奨しないことも言われています。これは、コーディネーターは忠実な立場に立ち、良い情報も悪い情報も事実をすべて提示し、移植を受けるかどうかは患者さんとご家族自身が決断する。しかし、この選択もつらいと思います。

高石: 医療者は望まれる治療を全面的に支援します。待機中は、定期フォローが当院の場合は、受診時に外来で状態を把握し、待機中の精神的支援や感染防止に関する指導、移植に関する情報提供も継続して行っています。呼吸不全状態の患者さんは、日頃の感染防止策に関する指導と実践がとても重要です。脳死肺移植登録の場合は、患者支援以外に登録作業に登録事務作業があります。登録申請書類の作成、採血の手配と実施および検体発送、患者さんが遠方である場合は、フォロー先の担当医と連絡調整なども必要になってきます。また、年度末には登録中の患者さんの登録更新作業もコーディネーターが進めます。インフォームドコンセントを行う場合は、必ずコーディネーターが出席し、説明後のフォローアップも行っています。

朔: 移植実施後は、入院中に免疫抑制療法に対する自己管理についての指導が行われていますが、移植された臓器を拒絶反応から守り、免疫抑制による副作用を早期発見、あるいは少しでも回避するためには、患者さんの自己管理能力が重要になりますね。

高石: 自己管理に関する指導項目は多く、患者さんの理解に合わせ複数回にわたり指導する必要があります。退院後は本人だけでなく、支援される家族への指導も大切です。退院後の外来受診時には診察に同席し状態を把握するとともに、自己管理状態の確認、精神支援、状況に応じて各種の指導を追加して行っていくことも多いですね。

朔: 細かい作業を行うことで両者の信頼関係が確立し、長期にわたる患者支援を円滑に進めることができるのですね。

高石: 移植が実際に行われるときには、移植全体が円滑に進むように全体の流れを把握し、様々な部門との連携を図っていく必要があります。摘出チームが発券すると、在院している医師の数は激減し、検査チームの医師はドナー情報の把握および手術のプランニング、手術関連部門との調整など多忙を極めます。そのためコーディネーターは、患者の入院手配、入院病棟との連絡調整、レシピエントおよび家族のケア、JOTNW との頻繁な連絡調整、事務部門との臓器搬送にかかわる緊急車両調整、空港や駅に緊急車両を待機させる場合は、各種交通機関と JOTNW、事務部門の間を橋渡しするような役割もあり、多岐にわたる調整が必要になります。これらの作業が半日の間に集中し、そして無事に移植開始となります。臓器はレシピエントの手術中に搬送されてくるため、確実に臓器が予定時間に到着するよう、肺摘出チームと事務部門、JOTNW との調整を行っています。そして、長時間の手術を待っておられるご家族への支援も必要になります。移植は、非常に多くの方々の努力と支援によって成り立っている医療です。

さらに、なによりも忘れてはならないのは、この医療の根幹であるドナーの方とその御家族の存在です。脳死臓器提供は、ドナーの遺言であり、夢でもあります。そのお気持ちに賛同されたご家族がド

ナーさんを亡くされるという辛い状況下で臓器提供を決断されています。この方々が何よりも望まれているのは、提供された臓器が順調に機能し、その結果患者さんが元気になり、人生を取り戻されることです。移植を受けられて患者さんは、退院までに酸素を吸入する必要がなくなります。何気ない日常生活の動作の中で、酸素がない喜び、運動耐応力の改善を実感されています。しかし、待機中の患者さんの中には、人が亡くなるのを待っているようで罪悪感を感じる、と悩んだ方がおられました。

朔: 病気で苦しんでいる人の役に立ちたいというドナーさんとそのご家族の希望を叶えられるのは、レシピエントである患者さんだけです。患者さんが元気になって人生を楽しんでもらうことが何よりドナーさんへのお礼になると思いますが重い感覚です。私たちに医療者は、そのお手伝いをしているに過ぎない。しかし、重い問題ですね、しかし、この感覚のリレーが重要ですね。

命のリレー：脳死肺移植「ドナー班」の働き

呼吸器外科 助教：樋口隆男先生

朔: 臓器移植法（改正法）が施行されて、まもなく半年になりますが、まず、改正法施行後の脳死化臓器提供について、臓器提供の流れ、提供件数の推移についてお話をお願いします。

樋口: 脳死状態になられた患者さんのご家族に、臓器提供の機会があること、さらに移植コーディネーターからの説明があること。説明の承諾があった場合には JOTNW（日本臓器移植ネットワーク）の方に連絡がある。ここからのスタートになりますけども、コーディネーターが家族に説明をして、拒否する意志がないということを確認して、それから家族の最終的な承諾を得る。その後法的な脳死判定が2回行われまして、摘出、移植手術ということになります。JOTNW に連絡がありまして、大体2日間かかって臓器摘出が行われます。臓器提供件数の推移は2010年7月17日に改正法が施行されて、急激な勢いで増えております。7月16日から12月の間に、脳死化の臓器提供は29件あついています。続きまして、ドナーの評価から臓器摘出までです。私たちドナー班の1日を紹介したいと思います。私たちが携わるのは、最後の方で、まず、JOTNW のコーディネーターがドナーとして妥当かどうかという判定をいたします。もし、妥当ということであれば二次評価が始まり、第1回の脳死判定を行います。これは、アメリカンコンサルタントという専門の先生方が行います。その後第2回の脳死判定が行われますけども、その時に移植施設にレシピエントの意志確認および初期情報をシートとして情報が流れてきます。大体、白石先生の電話1本から始まるわけですけども、電話がかかってくるのは夜中で、急いでスーツに着替えて白衣を持って移植医療室に向かいます。着いた頃には、膨大な数のドナー情報があります。それに目を通して移植の準備に取りかかります。各地から各施設の臓器移植チームが、臓器提供部に揃い、摘出チームの評価が行われます。これが第三次評価になります。その後摘出のミーティングを行いまして、手術に向かいます。福岡大学に届きましたら、早速スタッフに渡して移植手術に向けて手術がスタートいたします。大体、使う手段としては定期便、チャーター便、もしくはヘリコプターやチャーター機を使いますが、定期便であっても新幹線であっても、大体臓器

す。骨髄移植後に閉塞性細気管支炎を発症し、1年ぐらゐの間に肺機能が20%ぐらゐまで低下してきています。パフォーマンスも落ちてきて、2006年の1月には脳死移植登録となっています。レントゲンをよく見ますと縦隔気腫、皮下気腫がみられます。待機すること9ヶ月、順位は82位と比較的早い段階で順番が回ってきました。2006年の10月28日、夜中の2時半にJOTNW(日本臓器移植ネットワーク)から「ドナーが出た」との第一報が入りました。私たち肺移植チームは、急いで病院にいきまして、送られてくる莫大なデータに目を通し、そして福岡大学で移植が可能かどうかを1時間の間に決めなければなりません。まず院内調整として、当時、病院長でありました白日教授、麻酔科の比嘉先生、心臓外科の田代先生、消化器の山下先生に連絡を取り、また検査部や看護部、薬剤部、オペ室等に連絡を取って、大学病院として実施可能かどうかを決めます。それと同時に、レシピエントの意志の確認も行わなければなりません。突然連絡がきましたので、レシピエントの不安が強かったのですが、最終的には「受けます」ということで、第一報より1時間10分後に大学病院としての臓器受け入れを決定いたしました。そこで、我々ドナー班は7時5分の福島行きの飛行機に乗るために、福岡大学病院の膨大な機材を持って、5時すぎぐらゐに出発しました。このときは、肝臓は名古屋、心臓は大阪、小腸は東北から摘出チームが来てます。白日先生、川原先生、移植の第一世代と言われる先生たちも駆けつけて来られ、循環器内科の先生、ICUのスタッフの全面協力を得まして、無事移植手術が行われました。術後も順調に経過し、術前20%程度だった肺機能も、移植後は60%を超えるようになり、この間歯科口腔の先生にマウスケアをしていただき、呼吸循環管理またリハビリの先生にお世話になって、最終的には酸素なしで独歩で退院となっております。この患者さんは、社会復帰にも意欲的でリハビリを積極的にやっておられました。移植後6ヶ月、原疾患であります悪性リンパ腫の再発が確認されました。

朔: この患者さんは大変でしたね。血液内科の方に転棟になって悪性リンパ腫の治療を継続されたんですが、悪性リンパ腫の悪化とウイルス感染症によって残念な経過をとられました。しかし、ご家族の同意を得て、剖検をされましたが、移植した左肺の方には拒絶反応は全く見られてませんでした。移植はうまくいったに違いありませんね。

平塚: こういう第1例目の生体脳死移植があつて1ヶ月後、突然九州大学から生体移植の打診がありました。患者は4歳の男の子で、1例目と同じように血液疾患に対して母親からの造血幹細胞移植を行って、その後閉塞性細気管支炎に陥った呼吸不全の患者さんです。人工呼吸器に装着されておりまして、離脱の見込みがないということで、九州大学から打診されました。この症例に関しては、まず脳死移植は当時の法律では小児の肺移植は絶望的でした。そうすると、生体移植になるのですが、通常生体移植の形態であります二人のドナーからの下葉移植というのは、レシピエントが小柄な子供ですから、肺が大きすぎて無理である。となると、母親からだけの一肺葉移植はどうだろうか検討いたしました。勿論、倫理委員会を通しての移植となるわけですけども、問題点として、世界的に前例がない症例です。また、母親の下葉を植えるにしても、小さい患児の胸腔のサイズにして216%とオーバーサイズである。このようなオーバーサイズの肺が移植後に本当に機能するの

かどうかというのが問題でした。また、この症例は福大だけではなく、他の移植実施施設も打診されましたが、移植に対して難色を示しておりました。最終的にはこの子を助けるためには移植しかないということで、11月28日、ちょうど脳死移植から1ヶ月目ですけども、母親からの生体一肺葉移植を実施しました。術後、SICUでの経過ですけども、しばらくは高CO₂血症が持続しておりましたが、ちょうど11日目ぐらゐからCO₂が抜け出しまして、呼吸器から脱することが出来ました。退院後も順調に経過しまして、肺機能も徐々に改善してきております。

朔: 今まで、福岡大学の肺移植プログラムが立ちあがり5年、脳死移植が7例、生体移植が4例で、いろいろな思いをされてきたでしょうね。うれしい思い、残念な思いもあるでしょうが、まさに上記2例が福岡大学の肺移植の夜明けになる2例で、忘れることが出来ない症例ですね。

移植患者を支える：移植コーディネーターの役割

移植医療部コーディネーター：高石真美子先生

高石: 私は、移植コーディネーターの役割を担当しています。臓器移植医療は、医療の中でもドナーとレシピエントの存在によって成立するという際立った特殊性を有しています。このため、一般的な医療に比べて一段と高い医療倫理が求められ、社会への需要、普及のためには透明性の確保が不可欠です。臓器移植医療においては、その客観性と透明性を確保するために、医療チームと患者、家族の間に立ち、公平、公正で検証可能な移植医療の確立と遂行を支える存在として、移植コーディネーターは不可欠であると言われています。日本移植学会では、コーディネーターの理念を次のように定めています。具体的には、まず移植を希望される患者さんとその後の家族への支援です。日本では、肺移植医療はまだ一般的ではありません。従って、病院外で患者さんの得られる情報は少なく、ほとんど移植医療に関する情報を得ることなく来院されます。時には、誤った情報を持たれていたり、先入観により情報が歪曲されているという場合もあります。このため、医師の診察などで患者さん方の認識を把握した上で、診察後、コーディネーターの立場から情報を提供し、患者さんとその御家族の理解を深めるよう援助しています。

朔: その面談は時間を要することが多く、1時間以上かかることもしばしばですね。面談をする上で注意していることとして、何かあるのですか？

高石: 移植を理想化しないということです。移植を受けると今の状態から解放され、何もかもが発症以前に戻ることを期待してこられる方もいますので、医師の説明を踏まえた上で、再度、移植手術のリスクや術後のリハビリを中心とした闘病の困難さ、免疫療法にまつわる自己管理の重要性などを話しています。良いことを強調しすぎず、事実をありのまま伝えていく、というのが基本です。中には、呼吸不全が進行しており、余命が厳しいと思われるような患者様の場合は、ご本人へは移植が精神的な支えになることが多いため、状況をみながら提供する情報を選び、ご家族を中心とした情報提供するように心がけています。

が恐怖となっていました。2010年9月27日に脳死の左肺移植を行っております。この方は、移植の後の経過も良好で、11月に退院となっております。その後は、2ヶ月ほど福岡に滞在して通院していただきました。2月にご出身地であります、鹿児島に帰って自宅生活を始めています。自宅に帰って白石先生に届いたメールですが、「酸素のチューブがついていないこと、歯磨きも自分でできるし、顔も洗える。いろんなことが出来ないような気がしていませんけど、できるんだということに毎日感動しています。久しぶりに家族で食事をすることができて、本当に嬉しかった。こんな日がくるなんて信じられない気持ちです。今まで出来なかったことを少しずつやっていきたいと思います。」こうした言葉を見ると、本当に元気になって良かったなという気持ちになっています。

特別講演

福岡大学名誉教授：白日高歩先生

白日：当時、私は産業医大の教授としてよばれましたが、3年3ヶ月後に福岡大学に戻って参りました。産業医大では移植が出来ない理由がありました。しかし、福岡大学にもどり、すぐに移植ができるということではありません。それから長い年月の後に現在のように移植可能になったのですが、その間、若い世代の人たちがこの移植を育ててくれたのだと思います。それから、岩崎教授がこれを全面的にサポートする私の後継者としてその役割を果たしてくれたことで、今11例、それだけの移植ができています。当時のトロントでは、そうそうたるメンバーしか手術に入れませんでした。実際に私が手術についたのは3例目だったと思います。それもドナーの摘出の方につかせてもらって、レシピエントの手術にはつけない。このときは、見学だけです(図2)。



図2 トロントにおける肺移植の様、後列右が白日先生

トロントの時に私がやったのは犬の実験ばかりです。それも一側肺動脈の閉塞試験というのを片肺を移植して、肺動脈の閉塞試験をやるという実験でした。福岡大学に帰ってきましたしても同じ実験の

続きです。臨床肺移植がスタートする時に「福岡大学も」と思いましたが、認定のための条件が第1期の認定時期には揃ってなかった為、残念ながら認定を得られませんでした。研究論文だけは通ったんですけど、すべて揃ってない状況では成功しなかったと思います。それから準備に入りましてICUをつくり、コーディネーターを高石さんをお願いしました。そして、1番重要なのは肺移植経験のある外科医ということで、これが一つのクリアすべき条件でした。私がトロントについて研究したといってもほとんど実験ばかりで、1例ぐらいしかついていたことがないので、白石先生にオーストラリアについて訓練を続けてもらっていたわけです。それぐらい非常に厳しい条件がある肺移植ですが、この意義を私なりに考えてみました。九州における肺移植の基幹施設として福岡大学は機能している。そして、心臓外科、循環器内科、病理、麻酔科、ICU、そういう各部門の総力が結集された先進医療をやっているということです。大切なのは、現在の呼吸器外科の教室が肺腫瘍、内視鏡外科、肺移植、この3つを備えている大学というのはなかなかないわけで、それを担っている教室であるということが成功した大きな力ですね。

朔：去年の法改正で臓器提供が増えたわけですけど、まだまだ臓器提供が少ないのは事実です。白日先生は、これに対する多くの努力をしたいと頑張っておられましたね。

白日：いろいろな大学で講義をさせてもらっていますが、その時に自分のいちばん自信のある話ということで臓器移植を話しています。若い学生たち、それ以外の場所でも一般の人を対象に移植の意義、ドナーである事の意義をこれからも強くうたえていきたいと思っております。肺移植は心臓と同様に、脳死肺移植の施設認定が前提とされています。どこの施設でも着手可能ではない。先行した国立4大学に続く素晴らしい実績内容を、福岡大学の関係者の方が認識していただき、評価していただきたい。そして、可能な限り早い時期に今までの評価を土台にして、臓器移植センター臨床部門を立ち上げて、病院として内外に宣伝していただきたいのです。日本の臓器移植を発展させるためには、臓器提供にも真剣に取り組まなければならない。私もこれから頑張っていくつもりです。



Prof. Saku's Commentary



小さな命、一つの命をまもるための、まさに総合格闘技である。ただ総合格闘技と違うのはそこに遊びもスタンドプレーも何もない。ひたすら命の鼓動にチーム全員が心をつなぎしている。様々な医療職の人たちが手をつなぎやれること、メッセージもミッションも最高である。福岡大学の質がさらに上がった。福大で肺移植をスタートされた白日先生、岩崎教授を中心とした呼吸器・乳腺内分泌・小児外科の皆さん、緻密なプロジェクト責任者の白石先生をはじめ移植チームの皆様、何よりドナーと家族の方々、患者さんと家族の皆さんへ、I am very proud of you!! です。