

# チュートリアル 黄色いカード (1)

## 和田移植について

一般的に手に入れられる情報からは、比較的否定的な内容しか読みとることができない。本であっても、インターネットであってもどこまでが事実かは不明である。以下、下線部分は筆者による。以下は、日本語版ウィキペディアから。

和田寿郎

出典:フリー百科事典『ウィキペディア (Wikipedia)』

和田寿郎（わだじゅろう、男性、1922年（大正11年）3月11日-）は日本の心臓血管外科医。

概説

日本初の心臓移植手術を1968年8月8日に行った。北海道札幌市生まれ。北大教授で、国際法をアメリカで学んだ和田禎純の長男。弟の和田淳もブリティッシュ・コロンビア大学の医学者で、ワダテスト（wadatest, 大脳の言語優位半球の判定法、てんかん等の脳外科手術で用いられる）の開発者として著名。医学の道を志し、旧制札幌一中から北海道大学予科を経て、同大学医学部を1944年に卒業した。当時の医学者としては珍しく積極的にマスコミを利用し、自分の研究成果や手術を発表していた。ベン・ケーシー式の白衣をいち早く取り入れ、当時札幌医科大学では胸部外科以外の医師達はまだ長袖の白衣を着用しており、院内関係者は一目見ただけで胸部外科の医師だと分かったという。アメリカ留学の間に培った合理主義を重んじ、自らの髪の毛は、短髪に刈り上げ、それは手術中に髪が落ちないようにとただ汗をかかないようにとの配慮だったという。涙もろく、患者の中にはファンも少なくなかったと言われているが、一方で功名心が強かったと評されている。

心臓外科医としての歩み

1950年に北大医学部講師を辞め、アメリカへ4年に渡る留学をする。ミネソタ州立大学、オハイオ州立大学胸部外科、ハーバード大学などで研鑽を積む。ミネソタでは、世界初の心臓移植を執刀した南アフリカのクリスチャン・バーナードと知己を得、さらに犬を使った動物実験で画期的な成功を収め、その後も世界の心臓移植を牽引し続けたノーマン・シャムウェイともここで知り合った。

1954年に帰国。和田の母校である北大医学部は彼の復帰を受け入れなかった。それ以来、旧帝国大学系医学部に敵愾心を抱くようになったとも言われている。初代学長大野精七の招きで新設されたばかりの北海道立札幌医科大学助教授に就任。

1958年に同医大に胸部外科が創設されると、36歳の若さで初代胸部外科教授となった。当時画期的だった人工弁「ワダ弁」を自身の考案によって開発し、弁置換術において日本一の実績を誇った。なお「ワダ弁」は、後にバーナードによる世界初の心臓移植手術にも用いられている。論文の数と術例の豊富さで、歴史と伝統を誇る北大医学部第二外科に対抗した。その後も人工心臓の心内直視下手術（開心術）における使用時間の向上とともに、心臓外科における未知の領域を開拓していった。例えば1968年には大血管完全転移症に対する根治手術のひとつであるマスタード手術に日本で初めて成功している。戦後の日本の心臓血管外科をリードし続けた東大の木本誠治、東京女子医大の榎原阨らに次ぐ地位を築き、1977年にはその榎原の招きで彼の後任として東京女子医大附属日本心臓血圧研究所教授に転任。退官後、和田寿郎記念心臓肺研究所を開設し、現在に至る。

日本初の心臓移植を執刀

1968年8月8日に和田寿郎を主宰とする札幌医大胸部外科チームは日本初、世界で30例目となる心臓移植手術を実施。ドナーは21歳の溺水事故を起こした男子大学生。レシピエントは18歳の高校生。多弁障害を抱え、人工弁置換術では根治出来ない、とされる患者であった。手術は約3時間半をかけて明け方、終了した。レシピエントは意識障害がなかなか回復しなかったが、やがて意識回復。8月29日には屋上で10分間の散歩をし、その回復振りをマスコミに披露した。その後一般病棟に移ったが9月に入ると徐々に食欲不振に陥る。検査の結果、輸血後の血清肝炎と診断された。術後においても発症が現れていたという、意識混濁の症状も進みはじめたレシピエントは、10月に入って一旦、小康状態を発表されるが、手術後83日目の10月29日に食後にタンを詰まらせ長時間にわたる蘇生術の甲斐も無く呼吸不全で死亡した。と発表された。

心臓移植後の経過

レシピエントの死後、それまでくすぶっていた疑惑が一気に噴出した。それは胸部外科が発表した全ての事実を否定するほど多岐にわたるものであった。同大第二内科から人工弁置換術のため転科してきたことを隠蔽し、さらに多弁障害ではなく、僧帽弁だけの障害で、二次的に三尖弁の障害はあるがこれらは第二内科が依頼した弁置換術で治療の可能性があったため、このレシピエントがそもそも心臓移植適応ではなかった可能性も発覚した。転科前の第二内科による診断内容と、胸部外科によるそれは、ほぼ同時期に診断が行われたにも関わらず相当の隔たりがあった事も疑惑に拍車をかけた。

ドナーが小樽市内の病院から札幌医大へ搬送された直後、麻酔科の助手から筋弛緩剤を借り、それを注射し、それに抗議した麻酔医を蘇生の現場から追い出した。さらにこの麻酔医は移植後の拒絶反応を和らげるため「ソルコーテフ」という薬を10筒も（通常は1、2筒）大量投与したことも目撃している。この一連の証言から、胸部外科医師団が溺水患者に対して必ずしも適切な処置を施していた訳ではないことが明らかになった。

移植のためのドナーには必須（不可逆的な脳死を脳波平坦という事実で証明する必要）と当時でも認識されていた脳波をそもそも取っていなかったり、ドナーの検視時に心臓提供者だという事実を警察に伝えていなかったために、詳細な検索を監察医から受けることなく火葬に付され、死の真相解明は不可能となった。数時間後に和田教授自ら、警察に連絡を取り、事情を説明したが時間が経過していたため病理解剖は出来なかった。

一方、レシピエントの死後、彼の元の心臓が3ヶ月以上にも渡って行方不明になり、病理解剖学者の手元に渡った時には、検索前にも関わらず、何者かが心臓中央部から切断しており、さらには4つの弁もばらばらに摘出されて、心臓移植適応かどうかで問題になっていた大動脈弁が心臓の切り口に合わない（他人のもの可能性がある）など、不可思議な事実が次々と

明らかになった。

1968年12月、和田心臓移植は大阪の漢方医らによってついに刑事告発される。1970年夏に捜査が終了し、告発された殺人罪、業務上過失致死罪、死体損壊罪の全てで嫌疑不十分で不起訴となった。札幌地検はこの捜査のために、3人の日本を代表する医学者達に、各一人ずつ1つの項目について鑑定書作成を依頼したが、それらは終始曖昧で決断を下しかねているような論調で、全ての鑑定人に対する再聴取が必要なほどであった。

また、1973年3月23日、当時の心臓移植手術の妥当性に関して日本弁護士連合会の警告を受けている。医の倫理と、個人の功名心とのせめぎ合いの中、貴重な二つの人命が生体実験によって奪われたとの厳しい意見も出ているが、日本の閉鎖的な大学病院の体質の中、真実は今もって闇の中である。

当時、札幌医科大学整形外科講師の地位にあった作家の渡辺淳一は、この心臓移植を題材に地の利を活かして関係者から詳しく話を聞き、「小説心臓移植（のちに白い宴と改題）」を発表した。綿密な調査で知られる吉村昭も心臓移植を追った小説「神々の沈黙」の中でこの手術に関して触れており、後にその取材ノートともいえる「消えた鼓動」を発表した。

和田心臓移植から再び日本で心臓移植が開始されるまで30有余年が経過し、和田の免疫学を無視したと取られてもやむを得ない、強引な心臓移植手術の強行が日本の心臓移植、ひいては臓器移植の遅滞を招いたとの批判もある。臓器移植という特殊な医療は、社会風土、倫理、人生観、宗教、博愛精神、などさまざまな要素から成り立っており、この心臓移植一件で、臓器移植の遅滞を招いたと結論付けるのは議論の余地があるが、少なからず影響を与えたと考えるのは無理からぬことでもある。

主な経歴

- \*1944年北海道大学医学部卒業（主席）
- \*1944年北海道大学医学部第二外科入局、同大特別研究生、「凍傷の研究」で医学博士
- \*1947年北海道大学医学部第二外科講座講師
- \*1950年ガリオア留学生としてアメリカ合衆国へ留学
- \*1954年札幌医科大学外科学講座助教授
- \*1958年札幌医科大学第二外科（胸部外科）教授
- \*1977年東京女子医科大学日本心臓血圧研究所外科学教授
- \*1987年定年後、和田寿郎記念心臓肺研究所を開設し同所長
- \*1988年国際心臓胸部外科学会会頭

昭和大学のホームページ上にある内容。

和田心臓移植「事件」[http://www.wedu.showa-u.ac.jp/~noushi/c\\_ethics/wada.html](http://www.wedu.showa-u.ac.jp/~noushi/c_ethics/wada.html)

1968年8月8日、北海道立札幌医科大学において日本で初、世界で第30例目の心臓移植手術が行われた。手術を行ったのは、当時、外科学第2講座（胸部外科）の和田寿郎教授であった。

ドナーとなったのは、小樽市郊外の蘭島海岸において遊泳中に溺水した当時21歳の男子大学生であった。この大学生は、発見された時、既に心臓及び呼吸が停止していたが、救急車で運ばれる途中に蘇生した。当初、彼は同市内の野口病院に搬送され回復に向かっていった。しかし7日18時30分ごろ様態が急変し、急遽札幌医大に転院することになった。その後、同日22時10分に脳死と判定された。

一方、レシピエントとなったのは、心臓弁膜症と診断された18歳の男性であった。この男性は札幌医大において内科的治療を受けていたが、人工弁置換手術を受けるために胸部外科に転科することになった

心臓移植手術は、8月8日2時5分から同日5時37分にわたって行われた。当初、マス・コミ等はこの手術を現代医学の驚異として絶賛した。しかしレシピエントが83日間生存した後、1968年10月29日に死亡すると、その評価は180度変わっていった。また医学界においてもこの移植手術に関して、批判が噴出するようになった。そして同年12月3日に大阪の漢方医ら6人が大阪地検に和田教授を殺人罪および業務上過失致死罪で告発することによって和田心臓移植は、和田心臓移植「事件」となった。

この告発をきっかけとして、札幌地検が捜査を行うにしたがってこの移植手術及び手術にいたるまでの手続きにおいてさまざまな疑惑が持ち上がるようになった。特にドナーに関しては、蘇生のための治療が充分に行われたのか、そして心臓摘出時にドナーは死亡していたといえるのか（ドナーに関する心電図および脳波計の記録も残されていなかった）、等々が批判的となった。他方、レシピエントに関しても、本当に心臓移植が必要なほどの状態であったのかが議論的となった。

日本弁護士連合会は、この件に関して1969年9月には「心臓移植事件調査特別委員会」を設置し、独自の調査を開始した。特に日弁連は、この件を患者（ドナー及びレシピエント）への医師の人権侵害と位置付けた。これにより日本における臓器移植は人権問題として認識されることになった。

さまざまな疑惑に包まれた和田心臓移植「事件」であったが、1970年8月21日に札幌地検は、札幌高検と最終協議の上、和田教授に対する告発を不起訴処分とした。その主な理由としては、起訴にいたる十分な証拠がない、というものであった。このことは「医の密室性」と呼ばれることになった。

和田心臓移植「事件」はこれにより終了したが、ここで残されたのが移植医療への不信であった。特に日本において'70年代は臓器移植における「暗黒時代」とまでささやかかれ、臓器移植は口にすることはばかされるような状態が続くことになった。このように和田心臓移植「事件」は、その後の日本における臓器移植、とりわけ脳死からの臓器移植には多大な負の影響を与えることになった。

参考文献

- 共同通信社社会部 1998『凍れる心臓』共同通信社
- 町野朔、秋葉悦子 1993『脳死と臓器移植(第2版)』信山社
- 中山研一 1992『資料に見る脳死・臓器移植問題』日本評論社

ちなみに、UMIN 上には和田氏のトリオジャパンセミナー上での発言が掲載されている。

第3回トリオ・ジャパン・セミナー 1994年9月3日開催 <http://square.umin.ac.jp/trio/seminar/seminar3.html> から抜粋

和田寿郎氏

東京女子医科大学を7年前に定年退職し、現在は有楽町の和田記念心臓肺研究所に勤めております和田でございます。

実は30年来の友人のスターズル教授が只今帰られるという事を全く知りませんで、スターズル先生がおられるときに私がお話できれば良かったのに戸惑っている次第です。

ところで私は、今から27年前、4分の1世紀以上昔のことになりますが、当時世界で30人目、またあの手術の時点では世界で2番目に長生きした宮崎信夫さんの心臓移植を担当したものであります。

このトリオ・ジャパンの会に以前ちょっとお伺いしたとき、こういった集まりが、皆様と日本のお医者さん達とで持てないものかとかねがね考えていたところでもございました。

いろんな事が報道されますので問題をわかりやすくするために、私は最も関心の深い心臓移植を中心にお話をしたいと思います。その訳は、心臓は人の心の臓器というふうに長い間考えられて来た臓器でありますから、心臓移植を良く理解すれば他の臓器移植にまつわる問題が理解されやすいと考えるからであります。

人の心臓を他の方の心臓と取り替えると言う事は私ども札幌の心臓移植の前の年、約9ヶ月前にケープタウンのバーナード教授によって行なわれておりますが、その2年前にはアメリカでチンパンジーの心臓を人間に入れております。

心臓の病気を外科で治す歴史は、今世紀の初めからいろいろ行なわれ、最近では心臓の中を目で見ながら弁を取り替えるという事も当たり前に行なわれるようになり、豚や牛の心臓の弁を人間の弁と取り替えることも広く行なわれております。これは心臓の病気の一部分が悪い場合はそれを取り替えるという研究が進んだためで、当然のことながら心臓全体が悪い場合は心臓そのものを健康なものを取り替えるという研究は世界各国で1940年、今から50年ほど前から続けられてきたわけでありまして、その結果今日では既にもう数千人を越える方々が心臓移植の恩恵を受けております。今日のこの会には、心臓移植を受けて新しい心臓で元気になって結婚をされお子さんができた方もいらっしゃっております。

その方々に先ずおめでとくと申し上げます。

人間の心臓や肝臓の移植では、皆様もご存じのように脳死の問題が基本になりますが、なぜ日本では27年も経つのに、そしてアジアでも移植が行なわれるようになってきているのに、日本では医者の中で脳死という事の意見が一致しないまま今日に至っております。

手術の手技から見ますと肝臓移植のほうがずっと難しいのであります。その肝臓移植に一生をかけて取り組んでこられたのが先ほど帰られたスターズル先生です。

私が心臓を移植した昭和43年、1968年は手術の後の拒絶反応を押えるために新しいリンパ球血清がアメリカでできたばかりであったのですが、スターズル先生やハーバード大学の故ハーケン先生等友人が協力してくれましてアメリカ中を探してそれを集めて札幌まで飛行機で緊急に送ってくれたのであります。

スターズルのスターは奇麗なお星様、ズルは鶴なので私は彼に星鶴さんというニックネームをつけているのです。勿論、脳死臓器移植全般に広く貢献しておられる方で肝臓だけの脳死が問題ではないのです。

ところでトリオ・ジャパンという皆様の会は、一言でいいますと、日本で脳死臓器移植ができないから外国へ行って移植を受けて帰ってきた方々を中心に、日本でも一日でも早く心臓、肝臓、すい臓、肺移植ができるように、アジアでも台湾やタイ、韓国で行なわれているこの21世紀の恩恵が日本でも受けられるように、日本の社会、またある意味では日本の医者も啓蒙するといった基本的に暖かい人間の自然の心でまともって臓器移植を推進するように、外国の同じような集まりと協力しながら世の中に貢献しておられる方々の集まりというふうに私は考えております。

話は戻りますが心臓移植が初めて行なわれた1967年の年末、世界では人間の心臓を取り替える、これは大変などんでもないことをするという反響が起りました。

しかし私を初めバーナードや彼と一緒に研究生生活を送った、ミネソタ大学のシャムウェイ教授やリリハイ教授等、(当時は皆若かったのですが)同じ教室で心臓移植の基本的研究に従事していたものは、そしてまた欧米の心臓外科のトップの人たちは多くの心臓病を手術で治せるようになったけれど、心臓全体がいたんだものは取り替えるしか方法がないと知っておりましたので、それぞれの立場でいつの日か移植をするという考えを潜在的に持っておりましたので、バーナードの手術を機会に私を含めて当時の若手の第一線の心臓外科医達は相次いで世界の各国で心臓移植を開始したのであります。

しかし拒絶反応に対する薬剤の発展がなかったために手術後早く亡くなる方が多いことかわかるとともに、せっかく心臓を頂いた方に申し訳ないといういわゆるドナーとの人間関係で、心臓移植の手術を始めた医師達が批判をされ次々告発、告訴、また一度だけでなく何回も訴えられるという事が起こるようになってしまし、数年のうちにほとんど心臓移植は止まってしまったのでございます。

そういう結果がわかってくる前の初期の時代は、先程申し上げましたように外科医達が次々この移植手術に参加したのであります、日本では私以外はこの手術を手掛けることがなかったのであります。

宮崎さんが手術後83日目になくなってしばらくして、大阪の漢方医や評論家の人たちから殺人罪として告発を受けました。何回も審議を受けた後、3年かかって高等検察庁から不起訴の決定を得たのであります、その間に国内では心臓移植乃至は脳死移植という事を批判的に見る考えが起って来たのであります。

臓器移植に関係する基礎医学の人達が、なぜ早く亡くなる方と長く生きられる方があるのかという問題を解決するために、いろいろな研究を重ねてサイクロスポリンという薬が見出され、その薬をかるうじて心臓移植を続けていたスタンフォード大学のシャムウェイ(ミネソタ大学での私の仲間ですが)がこの新しい薬を用い、また組織適合性の研究がいつそう進んで、これらを用いて手術が安全に行なわれるという事がわかるとともに、欧米だけでなくオーストラリアやアジアの台湾などでも、どんどん今日行なわれるようになって来たのであります。

振り返ってみますとこのようにして欧米やアジアで心臓移植が再開されるようになった1970年、今から25年も前になりますが、その頃からマスコミもそれまでの批判的な意見から、今度は元気になった患者さんの活動状態の報告、例えばボストンマラソンに参加したとか、自転車でアメリカを横断したとか、また結婚して子供さんを生んだとか、心臓移植は21世紀に向けての新しい治療というムードに変わってきて、今日では先程申し上げましたように、移植も普通の手術の一つになってきているのであります。

ところが日本では、私どもの移植に対する告発があった1968年から10年も後に行なわれた筑波大学での肝臓脳死移植、

それに続いて行なわれた脳死臓器移植の外科医達が、次々と今度は医師免許証を持った医師達によって、法的手段で殺人罪として告発されるという世界で例を見ないことが起こったのであります。

幸いなことにこれら告発されたお医者さん達は（私の場合は不起訴になりましたが）どなたも罪というふうにはされてお

りません。

しかしこのことは日本の臓器移植を行なおうとするお医者さん達を精神的に萎縮させてしまって、例えば腎臓は二つあり

ますから、脳死に関係ない腎臓移植までもその数が減るといふふうになってしまったのであります。

この27年間諸外国では最初の良くない手術の結果で、途絶えていた脳死臓器移植が肝臓も腎臓も勿論心臓もサイクロスポリンの出現によって、そしてまた新しい薬剤の研究によってどんどん再開され、全世界で移植は先程申し上げた通り普通の手術というところまで到達し、今では手術そのものよりもドナーの方が不足でこれをどうしたら良いかと、別のグループの研究者がドナーが現われるまでの時間を稼ぐために人工的な臓器、例えば人工肝臓、人工腎臓というのを繋ぎに使うという研究、臨床を次々としている時代に入っております。

この27年間、日本では臓器移植を始めるのに必要なドナーの生きている間の（生前の）署名入りのドナーカードの準備、また救命救急医療及びそれらに関係するお医者さんとの問題、緊急に臓器移植を受ける患者さんをセンターに運ぶといったジェット機またはヘリコプターの問題、ドナーのプライバシーの保護、それよりもなによりも医師免許証を持った医師の間での脳死臓器移植についての同意即ちインフォームド・コンセントが全く作られていないままで来ていることは、国として考えなければいけない重大なことだと思っております。

国会で脳死臓器移植の法律を作るといふ事は、法律ができれば移植ができるという事は、考えてみますとこうした脳死臓器移植再開の基本的な整備、準備ができないままでのスタートは日本の将来の医療に必ずや問題を残し、医療の本質をこの安易な法律を通すことにより見逃すといふ事になる危険を孕んでいると言えるところだと思います。ここ暫く脳死臓器移植は行なわれておりません。手術をする医者がいろいろ言われることを恐れて外国へ患者さんを送っているのもそのことを裏付けております。脳死に全く関係のない腎臓移植ですら近年著しく少なくなってきたのをどう説明したら良いのでしょうか。

近頃臓器移植に関係するお医者さんはドナーが現われなものでいうことをよくいうようではありますが、医者の中でドナーを見つめる努力、協力をすることがないからだといふふうにも言えると思うのであります。

話は変わりますが、ここにいらっしゃる矢永先生は、スターズル先生のところで右腕として活躍され日本に帰ってこられた方です。先日大内厚生大臣が臓器移植は慎重にやると良いのではないかと発言されています。

矢永先生は告発されてもなにも心配のないことはおわかりのことと思います。あなたがお役に立てると思う患者さんがおられたら肝臓移植をされたらいかがでしょうか。スターズル先生の心で次々とおやりになったらいかがでしょうか。スターズル先生が肝臓移植を始めた頃は全くきちがい扱ひされたことはご存じでしょう。彼がまだコロラド大学にいたときのことで

日本ではドナーがいらないと言いますが、札幌の心臓移植のときの記録をご覧ください。数百人の方が自分が死んだらドナーになりたいと申し出ております。80才の方もおりました。この25年の間に消えるようになってしまったのは何のせいで

でしょうか。

ドナーは私に言わせれば人間愛として潜在的にいると考えております。

国を問わず人間に共通する人間愛によって脳死臓器移植が諸外国で広く行なわれ、その恩恵を受けた患者さんは毎日のように増えております。しかしドナーと手術を受ける患者さんの間を取り持つことは医者でなければならぬのであります。

この27年、この点が諸外国と日本で異なってきたはいなかったかと思つづく考える者の一人です。医師の心を身に付けてこられた若い世代に矢永先生がこの27年の歩みを背負う代表者の一人としてやってくだされれば、今は既に何万人もの日本人医者がこの壁を破る者の味方になってくれる時代であると信じます。法律の制定ではありません。もし私が若かったら何と

しても脳死臓器移植を再開させたい気持ちで一杯です。このままでは患者さんがかわいそうです。

長い間ご清聴をありがとうございました。

なお皆様がよく理解できるようにという気持ちで、表現の仕方や言葉遣いが適当でなかったところが幾つかあったかと存じますが、私の臓器移植の再開を願う一心のためであったことと善意で解釈していただくことをお願い致します。

ありがとうございました。

## 日本弁護士連合会は和田教授宛と札幌医科大学長宛に以下の警告と要望を出した。

和田心臓移植事件に対する日本弁護士連合会の警告調査報告書（要旨）（1973年3月23日）

1968（昭和43）年8月8日、北海道立札幌医科大学において和田教授とその医師団により行われた日本最初の心臓移植について、日本弁護士連合会は1973（昭和48）年3月23日、和田教授に「警告」、札幌医科大学長には「要望」を発した。

臓器提供者（ドナー）の側には死亡時期の認定その他で犯罪成立の可能性があり、また臓器受給者（レシピエント）の側にも生存確率が甚だ低い状況下で敢えて手術を行ったことで、いずれもドナー、レシピエントの人権上、重大な疑義ありとした。

### 札幌医科大学和田教授宛警告

当会は、昭和四三年八月八日、貴殿により行われた宮崎信夫に対する心臓移植事件を調査したところ、別紙報告書のとおり、人権上看過し得ない種々の問題点のあることが明らかとなりました。ついては、今後このような問題を引起さないよう次の点に留意され人権の尊重を第一義とする医療の進歩を図られるよう万全を期されたい。

一、心臓移植における受給者の適応は、当該心臓移植に関係のない内科医を含む複数の医師の対診の下に決定すること。

二、提供者の死の判決は、当該心臓移植手術に関係のない麻酔科医を含む複数の医師の対診の下にこれを行うこと。

三、関係資料の散逸を防ぎ、爾後の検案に支障なからしめ、いやしくも、隠匿または湮滅を疑わしめるような行動をしないこと。

右のとおり警告します。

### 札幌医科大学長宛要望

当会は、昭和四三年八月八日、貴大学和田教授により行われた心臓移植事件につき調査したところ、別紙報告書のとおり

人権上看過し得ない種々の問題点が明らかとなりました。つきましては、貴大学におかれましては、今後次の諸点に留意され、かかる事件が再発することのないよう善処を求めます。

一、心臓移植手術の施行は、当該外科医の恣意に任せることなく、必ず大学当局に申告の上、委員会等適当な機関に諮りその許可なしは認可の下に行われるよう留意すること。

二、心臓移植手術における受給者の適応は、当該心臓移植手術に関係のない内科医を含む複数の医師の対診の下に決定すること。

三、提供者の死の判定は、当該心臓移植手術に関係のない麻酔科医を含む複数の医師の対診の下にこれを行うこと。

以上二、三とも診断に当る医師と当該手術に当る医師との間には、師弟関係、親姻族関係のないことが望ましい。

四、関係資料の整備と保全には特に留意され、爾後の検策に支障なからしめるため、大学病院としての指導的立場を堅持すること。

以上、本件心臓移植事件の経過に鑑み、要望いたします。

人権擁護委員会心臓移植事件調査特別委員長報告

(昭和四七年三月四日、同年十一月一日理事会承認)

一 調査の目的と方法

昭和四三年八月八日、北海道立札幌医科大学において、和田教授とその医師団により、日本最初の心臓移植手術が行われた。

近畿弁護士会連合会は、同年十一月三日開催の人権擁護大会において、前記心臓移植手術（以下本件という）は人権上重大な疑義があるとして、日本弁護士連合会に対する善処方を要望した。

日本弁護士連合会は、昭和四四年九月、心臓移植事件調査特別委員会（以下委員会という）を設置することとし、同年一月一日、委員長以下七名の委員を選出した。

委員会は、その目的を本件につき、人権侵犯の有無を究明するとともに、一般的な死の認定その他臓器移植に伴う法的・倫理的規制の問題をも検討することとした。

中略

六 本件心臓移植の医学的評価

一 組織適合テストは行なったか

心臓移植手術は同種移植であるから、必ず拒絶反応が起る。これを最少限に止どめ、移植を成功に導くには、Donorとrecipientとの組織が近似していることが望ましい。これは、Donorとrecipientが遺伝的にも血縁的にも近い程よいことである。学者は、これを組織適合性因子が近い程よいと言っている。これを検査するのが組織適合性テストである。

組織適合性テストには、血液型によるものでも、赤血球（凝集反応）、白血球（凝集反応その他）、リンパ球（殺細胞試験）、血小板（凝集反応）といろいろあり、その他各種のテストがある。

この組織適合性テストは免疫学に属するものであるから、胸部外科医が直ちに出来るとは思われない。それで前述したアメリカのNational Academy of ScienceのBoard of Medicineのいうように、心臓移植をする医師団は常に免疫学者の協力が得られるような態勢になっていなければならないのである。

和田外科では、そのような態勢になかったのはもちろん、ABO型血液型以外には、何らの組織適合性テストもしていない。宮崎信夫はAB型で、山口義政はO型で万能供給型であった。しかも和田教授は「現在のところ血液型以外に信頼のおける心臓組織の適合性の実用的判定法はない。腎臓の場合、よい組織型の組み合わせで、四、五年の遠隔成績は良好であるが、腎臓拒否反応に関与する抗原は、心臓への拒否反応を起こさせるものとは違ふと考えられる。そして組織の組み合わせを考えずに心臓移植を行なってもよい組み合わせになる確率は三〇パーセントあり、少なくとも六ヶ月の生存可能性が考えられる」と述べている。

南アのバーナード教授が、世界最初の心臓移植をワシコンスキーにしたときに、免疫学者ボウタ博士の協力を求めたことと、和田教授のそれとは余りにも違いすぎる。

二 循環動態は改善されたか

宮崎信夫の術前の病状は、右心カテーテル検査の結果、著明な肺動脈圧上昇がみとめられたので肺高血圧症が当然予想されたのである。

肺高血圧症の場合、心臓移植手術を禁忌とするかどうかは、議論のあるところであろう。肺高血圧症が可逆性のときは禁忌とするとの論もある。何れにしても重要問題である。これは心臓移植によって、患者の循環動態が果して改善されるかどうかという問題として論議されるのである。

心臓移植を受けるような患者の循環動態は、その心臓移植の適応となる心臓疾患と密接な関係を持ち、しかも一般に長期にわたるため、患者の血管系にも非可逆的な器質的障害がおこっていることが少なくない。それは動脈硬化症その他の動脈壁の障害や末梢の毛細血管床の病変の発生進展ひいては体循環の高血圧、高コレステロール血症などである。これらのうちには、原心臓疾患の原因としては関係しているものもある。これらのどれ一つを見ても、解決が容易でないものばかりである。このような状態のところ、いままで比較的健常であった心臓を移植するのであるが、この心臓を取換えただけで、他の悪条件が改善されるかどうか甚だ疑問である。

この場合、移植心が患者の血行動態の改善に寄与しない、逆にこの悪条件に順応させられ、原疾患と同様もしくは更に重症な心障害を起こすこともあり得るわけである。

本件においては、患者宮崎に肺高血圧症があったために、移植心が肺高血圧症という病態を克服できず、逆に移植心がこの肺高血圧症に順応させられ新しく、一種の肺性心の状態におちいることを余儀なくされたのではないかとみられる。

三 手術後の宮崎信夫の症状

宮崎には心臓移植を契機として、移植心の心筋層を中心に拒絶反応の出現が見られ、術後の経過の比較的後期には、冠状動脈枝にも拒絶反応が現われた。これにより心筋組織の障害が進行し、心臓機能の低下がもたらされたのである。

術後に心臓腔、胸膜腔、さらに腹腔に広汎高度な緑膿菌その他の感染症が発生した。これらのうち心臓腔のものは心外膜と心膜の強度の癒着をもたらし、心臓の運動性を著しく妨げたものと察せられる。この心臓はこの癒着のため、剖検時に心臓本体と分離することができなかった。この感染症の発症には、ステロイド、イスランなどの免疫抑制剤の影響が考えられる。

なお、和田教授の論文中には、これらのことは全く記載されていないのであるが、札幌医大の中央検査部の成績によると、すでに昭和四三年八月一九、二二、二四、二八、二九日および九月上、中旬に数回も宮崎の胸水から緑膿菌が証明されており、同一〇月七日、一二日には腹水からも緑膿菌が証明されている。また、剖検時の腹腔内の膿汁の培養により、緑膿菌を含む二種類のグラム陰性桿菌が証明され、心外膜・心膜・胸膜の組織学的検査で、グラム陽性球菌、グラム陰性桿菌が検出されたのである。

手術時の人工心肺、輸血などにもついで、血清肝炎が発生した。この血清肝炎は、従前から患者の肝の慢性うっ血による障害の基礎の上に成立したものであるから、患者の衰弱にあづかって力があつたと考えられる。

前にふれたように、この移植心が患者の血行動態を根本的に改善できず、逆にその病態に順応することを強いられ、一種の肺性心の状態におちいることを余儀なくされた。これは右心室の強い肥大により明らかである。

宮崎の切除心(重さ四九〇g)の左心室心筋層の厚さ一、五cm、右心室のそれが〇、八cmであるのに対し、移植心(重さ一、〇八〇g癒着した心膜を含む)の方は両側の心室心筋層の厚さがいずれも一・三(正常は〇・二一〇・三cm)であった。よって、心臓移植の直前まで長期間にわたって障害を受け肥大した宮崎の右心室の心筋層の厚さが〇・八cmに止まっているのに、僅か八二日間で正常であった筈の移植心の右心室のそれが一・三cmになったとは、この短期間に非常な負荷が及んだものと解せられる。更に左右の心房壁に、切除心の切断端にはない心筋線維の萎縮と間質の硬化が強く、かつ広汎に生起していたことは、明らかに術後の一時的な冠血行の杜絶ないし不全によって招来された一種の心筋硬塞的な変化である。

移植心内部の神経細胞は変性ないし壊死におちいり、神経線維も膨化を示して、神経成分の再生像は全く見出されないから、神経系を介して心臓機能の調節にはかなり障害があつたものと想像される。

手術後、骨髄における巨核球一栓系の著明な障害が招来され、肝障害とあいまって、高度の出血傾向となってあらわれた。とくに腹腔内その他における大出血は死亡の重要な因子の一つとなつたものと考察される。(巨核球は血小板《栓球》の母細胞で、血小板は血液を凝固させる作用がある。この血小板が減少すると出血傾向となる)。このことも和田教授らの論文には全然記載されていないのである。

しかし、中央検査部の検索によると、術後ほとんど全経過にわたって末梢血中の栓球数が二一三ないし七一八万/ $\text{m}^3$ で中央検査部のすすめで、栓球(血小板)輸血が行なわれた時期に一時的に一五万/ $\text{m}^3$ 位(正常は二三一五万/ $\text{m}^3$ )にまで増加した。末期における腹腔内その他への大出血以前にも出血がくりかえされていたことは、心外膜、心膜における血鉄索の沈着からも推測されるのである。この骨髄における巨核球一栓系の生成障害の成因は明らかでないが、心臓移植に伴う免疫学的造血障害、イムラン、ステロイドなどの骨髄障害作用などが想定される。

患者宮崎の脳は著しく萎縮されていた。これは術中術後の脳への血流低下がその主な条件となつたものと解せられる。宮崎は手術後一週間意識回復せず八月一三日には和田教授をして「いつ flimmern 細動が起るかわからない」とあわせてさせたことによつても想像がつくであろう。宮崎の脳の重さは一、一五〇gで、相当する年令男子の平均値一、四八七・八gに比して三四〇gも軽減していたのである。くわしくは剖検所見によると次のとおりである。「本例では、大脳皮質のかなりの萎縮と前頭葉基底核部、脳橋、小脳などさまざまな部位における神経細胞の強い色素融解、脂褐素の沈着、Punrinje 細胞の空胞化その他の変性が見られ、そのほか小軟化巣の発生なども認められている。これらの変化のそれぞれの成り立ちの条件を推定することは困難であるが、少なくともそのかなりの部分は、手術中あるいはそれ以後の経過中に生起した酸素欠乏によりもたらされたものと考察される」

これは明らかに脳障害であり、脳軟化症の経過を踏んでいると考えられる。それは、この少年に一種の老化現象が比較的短い期間に起こつたようなものである。報道などによつても術後の宮崎は、子供っぽい動作や、たどたどしい言葉使いが目立つたとされていることもこれと符合する。

更に末期には臍壊死の発生が認められた。その発生にあたり、ステロイド剤使用の影響が見逃がせない。

#### 四宮崎信夫の死因および死亡の時期

和田教授によると宮崎の死因は「かようにして臨床的に着実な回復を示し、自覚症状も著しく改善し、また、他覚的にも確実な軽快な過程を示す程に回復していた。しかしながら、術後八三日目、一〇月二九日未明、就寝後、咳嗽をともなつた喀痰を喀出せぬまま、急激な呼吸困難に見舞われサイアイーシスが出現し・・・・・・一〇月二九日午後一時二〇分死亡した」「タンがつまつたといつても、ちょっとしたはずみのもので、しかもほんの短い間のものでした。不運がかさなつたといふ方がいいようがない。死はあつというまに訪れたのである。そして臨床的にも解剖学的にも、免疫反応とは関係なく、また移植心臓も死の直前まで整脈を保ち、異常がなかつたと認められた」「死因は急性呼吸不全である」となっている。

しかし、剖検の結果は、患者が著しくやせおそろえていたことが明らかにされ、高度広汎な感染症による消耗、拒絶反応、心外膜心膜の強い癒着による心臓の運動障害、肺性心などからなる心不全、末期におこつた腹腔内その他の大出血が死因となつたことを物語っている。そして心臓内には凝血が存在し、窒息死の兆候は見出されなかつたのである(急性呼吸不全・・・・・・:窒息死の場合は血液が暗赤色流動性で凝血しないのである)。

宮崎の死亡時刻も和田教授らの発表通り、昭和四三年一〇月二九日午後一時二〇分とは理解しがたいのである。宮崎の病理解剖は藤本教授の指示により布施裕輔助教執刀のもとに同日の午後二時四〇分(死後一時間二〇分)に開始されたのであるが、この時すでに全関節にわたる死後硬直が確認されたのである。死後硬直は死後二一三時間にまず全関節、頭部の筋肉に始まつて、段々と身体の下方に及ぶので全身にまで及ぶのは六八時間または一二時間位かかるのである。そして死後二四一八時間の後にその起つた順序にしたがって行つて行くのである。藤本教授の鑑定によると、死亡時刻の推定は、昭和四三年一〇月二九日午前一時ないし七時、あるいはその数時間以前ということになる。

以上の通りで、本件心臓移植手術は、術前の準備にも万全を欠き、術中にも血流低下により脳障害の原因を与え、医学上の各種問題点に対しても何らの説明が得られず、また、その克服もできず、結局、患者宮崎信夫をその推定生存期間の満了時より早期に死に至らしめたものではないかとの推定をせざるをえない。

#### 五医の倫理と和田心臓移植

医の目的は病者の治療であり、その本義は生への畏敬にある。「生への畏敬」は医の **alphe** であり、**omega** である。それはあらゆる医療問題の基本理念であり、反省する規範である。これに悖る一切の治療行為は、医の倫理に反するものであり、

医療としての意義を為さない。医療の父といわれるヒポクラテス（Hippocrates B.C 四六〇―三七七）の誓の中にも次の言葉がある。「常に患者の為を思い、苟も有害な加療を施さず、人を死に到らしめる療法を行なわぬ」と。

生体解剖事件その他不当な人体実験的医療行為が行なわれた時、医の倫理が論議されてきたが、これはわが国の医学教育にも問題があるようである。当委員会の調査した限りにおいては、わが国の医科大学中に医の哲学、医の倫理を論ずる医学概論の講座のある大学は皆無である。わずかに大阪大学において、医学概論の講義があり、岩手医科大学において年に二〇数回の医学倫理の講義があるにすぎない。このような状態であるから識者として「日本の医学を思う時、心寒きを覚えるのはまことに残念である」と言わしめるのであろう。

医の対象は生きた人間である。また、これに対し医療を施す医師もまた人間である。そして具体的な病気に対する治療法が画一的である筈はない。それには、いくつかの治療法があり、その選択は治療する医師の裁量にゆだねられるべきであろう。しかし、それは医師の恣意を許すものではない。医師の裁量は、患者にとって最善の方法を選ばせるために認められたものであり、いやしくも己れの名利や治療に名を借りた実験的行為を許すものではない。

和田心臓移植は医師の医療の範囲に属するか。これについては、藤本輝夫教授の鑑定結果のとおりで、宮崎の心臓移植手術の適応の決定とその前後の医療行為は、つねに良心的、建設的な医学的態度で臨んだというわけにはいかず、また、単なる誤診や治療の過誤の域を逸脱したもので、医師にゆだねられた裁量の範囲に属するものとはみられないのである。

#### 七心臓移植の法的評価

一心臓移植の法的規制（省略）

二本件心臓移植の法的評価

（１）医療行為の法的評価

一般的に人間の生体にメスを加えるなどによってこれを損傷した場合、それが法令または正当な業務行為によるものでなければ違法とされ、刑事罰の対象となり、民事上は損害賠償の対象となる。

医師等がこれらの行為を適法にし得るのは、それが医師法その他の医事法規に基づく正当な医療行為に該る場合に限られる。したがって、具体的な行為が正当な医療行為の範囲を逸脱している場合には、それは違法の評価を免れない。たとえば、医師のメスを加える際に、患者に対する殺意を有していた場合には、それが確定的故意にしろ未必的故意にしろ、殺人罪を構成する。あるいは、医師等がなすべき医療行為を故意に怠ることによって殺意を遂げることもあり得る。また、医師等がなすべき任意義務を怠った結果、患者の症状が悪化したような場合には業務上過失致傷罪あるいは同致死罪を構成する。

（２）山口義政関係

和田教授らのなした山口義政に対する治療行為等は、すでに述べたとおりであるが、和田教授がL医師に心臓移植手術を行なうと意思表示をした事実とその時期、人工心肺着装の事実、その他和田医師団の一連の動向等を総合すると、同医師団が山口転院直後より同人を心臓提供者として考えていたのではないかと疑念を払拭しきれない。そして、仮に同教授が、山口死亡前に同人の心臓摘出手術を施したとすれば、殺人罪を構成するものといわなければならない。

そうでないとしても、同教授らが、山口義政に対する必要にして有効な最善の治療行為を故意に怠つたものとするれば、不作為による殺人罪を構成し、不注意により怠つたものとするれば、業務上過失致死罪を構成する。

（２）宮崎信夫関係

心臓移植による生存の確率は極めて低い。それは既述のように拒絶反応等医学的に未解決な幾多の困難な原因が存するからである。そのことは本件以前、すなわち世界最初の心臓移植が行なわれた昭和二九年一月二日以降、本件発生の前日たる四三年八月七日の間に行なわれた、世界の二九の先例の統計的数字を一瞥することによっても首肯しうる。同日を標準にすると死亡例（最短二五時間・最長四六日間）は一九件全体の六五％を占め、生存例（術後最長二一九日・最低九日）は八件で全体の二八％に過ぎないのである。その他の二例は審らかでない。しかも、その後、現在までの間に、この生存者八人の殆んどが死亡している事実は、生存確率が如何に低いものであるかを知る上に貴重な資料といえる。

一方、宮崎は単に内科的治療を施すのみでも向後三年は生存可能と判断されていた（M教授の見解）し、人工弁置換手術に成功（その確率は既述のように約八〇％）しておれば、そのまま一〇年位は事務等軽労働を続けることが可能であったとされている（前同教授の見解）のである。

こうした事実（心臓移植による死亡の危険性）を認識し乍ら、死の結果の発生を容認して本件手術を敢行したものとすれば、未必的故意による殺人罪の成立を否定し得ない。

また、死の結果の発生を否定して本件手術を施したものとすれば、業務上過失致死罪を構成するものといわなければならない。

八本件に対する処置

以上の本件に関する調査結果に基づき、当金としては、本件について次のとおり処置することとした。

（１）本件に関する調査結果を将来発生することあるべきこの種事態に即し、人権擁護の目的達成のため関係各方面に対し通報する。

（２）札幌医科大学に対し、本件に関連して要望書を発する。

（３）和田教授に対し、警告書を発する。

## コーディネータについて

<http://www.jotnw.or.jp/studying/13.html> より

（社）日本臓器移植ネットワークには、全国の支部を活動拠点とする専任の移植コーディネーターが約20名います。各都道府県の腎バンク・臓器バンク、大学病院に所属する都道府県コーディネーターと連絡をとり、協力を得ながら、移植医療の普及啓発、移植希望者の登録とデータ整備、ドナー情報への対応を柱として活動しています。

### 1. 普及啓発

高校生や看護学生などの授業やサークル活動を通して学校教育の場を中心に、移植医療の知識と理解を深める講義を行ったり、ライオンクラブや生協、有志のグループに移植医療の説明や普及啓発への協力や参加を求めたり、イベントに参加して意思表示カードを配布します。

また、医師や薬剤師、検査技師などの医療従事者や関連機関に対し、移植医療に関する情報を提供し、チーム医療としての

支援・協力・理解を得られるよう依頼します。

## 2. 移植希望者の登録とデータ整備

日本で第三者からの臓器提供を受けるためには、臓器移植ネットワークに登録していなければいけません。1万5千人を超える腎臓移植希望者の新規登録の受付・データの入力・登録データの整備は各支部で行い、臓器移植法施行後の心臓・肝臓・肺などの移植希望者については本部において、全国ネットのコンピューターで一括管理しています。年1回、移植希望者の更新を行います。

\*登録料3万円更新料5千円

## 3. ドナー情報への対応

救急病院などの臓器提供者発生施設からドナー情報を受け、移植希望者への移植が終了するまでの一連の実務は大変重要な業務です。臓器提供者発生施設に駆けつけ、主治医から患者さんの状態について情報を得てから、ドナーとして臓器提供ができる状態であるかどうかを判断します。可能であれば家族に対し、家族の意見を尊重しながら臓器提供の機会について説明をします。脳死からの提供であれば、本人の意思の確認と家族の承諾、心停止後の提供であれば家族の承諾を書面にて確認し、必要書類を作成するとともに、検査の手配、レシピエントの選択、移植施設への待機の連絡などを迅速に行います。提供された臓器を、最良の状態ですぐに搬送します。

ドナー家族とレシピエントは、実名を知らされたり、直接対面することはありません。移植が無事終了しても移植コーディネーターは、その結果やその後の経過を臓器提供側の家族や主治医に報告します。レシピエントの術後の経過を把握し、ドナー家族に対する報告と精神的ケア、レシピエントからドナー家族への感謝の手紙を橋渡しするのも、移植医療の発展には欠かせない重要な業務です。

その他、書類の作成や評価委員会への報告、移植にかかった医療費の分配など多くの実務があります。

JATCO（日本移植コーディネーター協議会）<http://www.jatco.gr.jp/sosiki.htm> より抜粋

ドナー移植コーディネーターにとって最も重要なのは、ドナー側医療従事者とドナー家族の信頼を得る事ができる専門職でなければならないと言う点にある。

これは実際にドナー発生現場で適切な対応ができることであり、このためには次のような知識・能力が求められる。

- i. 基礎的な医学知識
- ii. 脳死ドナーの適応判断・管理に対する医学的能力
- iii. 法的問題に対処できる知識
- iv. 家族との意思疎通ができる面接力
- v. 適切な調整能力
- vi. 豊かな人間性

が求められるものと思われる。

レシピエント移植コーディネーター

レシピエント移植コーディネーターにとってもまた、たいへん重要なことは、移植側医療従事者と患者の信頼を得る事ができる専門職でなければならないと言う点にある。

このためには、次のような知識・能力を身に付けておく必要がある。

- i. 基礎的な医学的知識
- ii. レシピエントの適応判断・待機管理に対する医学的能力
- iii. 術後・外来管理に対処できる知識力
- iv. 経済、医療相談に関する知識
- v. 患者との意思疎通ができる面接力
- vi. 適切な調整能力
- vii. 豊かな人間性

が求められるものと思われる。

## レシピエントのその後（就職支援など）

臨床医を対象とした冊子「TRENDS&TOPICSinTRANSPLANTATION」の「移植患者の精神ケア」のインターネット版からの抜粋。執筆は、春木繁一先生（東京女子医科大学腎臓病総合医療センター）。

社会復帰についての不安—病人？健康？

表1を見ていただく。今回から「4.社会復帰についての不安」の話に入る。

腎移植の成功率はシクロスポリンの登場を機に飛躍的に上昇して、1994年の報告では83年以降の腎移植成績をみると、1年生着率88.1%、2年生着率81.9%であったという。5年生着率でも65.7%であった<sup>1)</sup>。こうなってくると、単に移植された腎臓がどのくらいもつかといった問題を越えて、移植を受けたレシピエントがどのようにして、どの程度に再び社会復帰を果たしていくのかということが、自然と問題にされてくるのは臨床（腎）移植学の宿命と考えられる。

大きくいえば、レシピエントのQOLということになるが、ここでは問題を移植成功後再び社会（仕事や学校など）へもどっていく際にレシピエントの内心に生じる精神・心理的問題に限って話を進めることにしたい。

表 1. レシピエントの手術後ないし移植後不安

1. 拒絶反応がいつ起きるか——ダモクレス症候群
2. 合併症の不安
3. 薬の副作用についての不安——コンプライアンスの問題
4. 社会復帰についての不安——病人？健康？
5. いつまで植えられた腎臓がもつか？——再透析の不安

レシピエントの社会復帰を決めていく条件について

レシピエントの社会復帰への不安について語る前に、レシピエントが社会復帰を果たすためには、どのような条件が必要かについて考えてみたい。

今、思いつくものを挙げてみると次のようなことになるうか。

(1) レシピエントの体調、体力がどうか

(2) 移植後の管理のための通院の頻度、あるいは必要ならば入院の回数はどうか。そして、それらについての予測性。もう少し少しくだいていけば、不意の外来受診、入院がどのくらいあるか、さらには入院期間が医師が予測したとおりで済んでいるか、といったことである。安定した勤務(仕事)が続けられるか、といったことがレシピエントを受け止める(雇う)雇用者には懸念としてあるのは当然である。また、皮肉なことにレシピエントにも透析時代よりも身体状態の不安定性(拒絶反応や感染症などで仕事を休まないといけない)を感じている人は意外に多い。

(3) レシピエント本人の仕事(学業)に対する意志、意欲、取り組む姿勢、やりがい感なども条件になる。これは当然といえば当然なことである。職場(学校)の受け入れ体制がいくら良くても、レシピエント自身の意欲・意志などが移植後どうかといった問題がある。

(4) レシピエントのもつ能力(仕事力、学力)。これも移植前からの問題と、移植後の精神医学的問題(ことに「脳」の機能)からくるものがある。

(5) 家庭内、職場内の人間関係のあり方。

(6) 経済的な保障の大切さ。もちろん、収入を得るために働くのであるが、経済的な理由が第一で働かないといけない場合、収入を一定にするためには理由はなんであれ「欠勤する・休むこと」が問題になる。仕事と病気の管理との両立の問題である。

これらの問題が、全てとり除かれたとしても、なおレシピエントの内心の問題が残る。それに関してはレシピエント個人個人によってさまざまな側面がみられる。しかもよくみていくと、どこかで(1)から(6)の問題が絡んでいる(外から見ると解決したと思っていたのに)という性質がある。

移植医が成功例と判断したケースとの面接から

東京女子医科大学腎臓病総合医療センターで腎移植を受けて、完全に社会復帰を果たしたと移植医が認めているケースについて、精神科医の立場で詳しい精神医学的面接を行った。そのなかで「社会復帰をともなう不安・悩み・不満すなわちレシピエントの内心の問題」について、レシピエントの「なまの声」が語られた。そのいくつかを紹介してみる。

「移植してから復職するまでに4ヵ月少しかかった。勤めてはいるけど、今でも安定した感じがしない。なにごとにも控えめになった。責任をもったら困る。もし、自分の具合が悪くなったら(ほかの職員との間で)お互いに困る。昇進はだめだろう」(勤続28年の公務員、43歳、女性)

「移植して復帰するまでに3ヵ月かかった。そして、安定したと思えるようになるまでに1年半かかった。拒絶反応で1回入院した。ここ3ヵ月の間に5回病欠している。通勤が50分かかるけれど、疲れる。透析患者のときは昇給停止だった。今は収入は復活したことになるが、いくら健康な人とは差がある。」(勤続23年の民間会社サラリーマン、49歳、男性)

「移植を受けてから6ヵ月後に復帰した。そして安定するまでに約1年かかった。不意の外来(に行かなければいけないのが)が困る。自分は仕事への意欲はあるが、まわりがまだ自分のことを不安に思っていて“無理するな”とよく言う。たしかに自分も無理はしたくない。残業もしていない。でも何もしないのも……」(勤続30年の会社役員、55歳、男性)

「退院してから職場にでるまでに3ヵ月かかった。今が移植から6ヵ月目。だいぶ楽になってきた。でも休むことが多い。病気をして復帰した、それも大変な病気で。爆弾を背負っている、という感じ。でも移植がうまくいって、このままずっともってくれば、ということで気持ちがいっぱい。まわりも、無理しないで、でも出てきてください、という雰囲気」(勤続15年の会社員、30歳、男性)

以上が、透析——移植前まで勤務歴が比較的長く、かつ安定した(受け入れ体制が良好の)職場で働いていた人たちの移植後カムバックしての声である。

ほっと一安心という気持ちと、これからの生活・仕事への、あるいはもうすでに始まった生活・仕事への不安や不満が、芽生えてきているといった面がうかがえる。

こうして、一見すると安定した社会復帰を果たしたとみえるレシピエントにも、あたかも“水面下でのあひろの水かき”のような、あるいは“サーカスの綱渡り芸人の持つ1本の棒”のような、安定を保つための“揺れる”装置としての心の動きがあることを知ることができる。

移植医療が“完璧な”治療であるならば、いいかえれば患者を全くの健康にしてくれる医療であるならば、医師も患者も何の考慮も不安も必要ないし、特別なフォローアップ体制もいらないのである。しかし、現実はそのほかのところに両者の悩みがある。今回は、比較的元気で種々の社会的条件に恵まれたレシピエントについて述べてみたが、次回はいく少しいかなるマイナスの事情や条件、さらにはハンディを背負ったケースを中心に述べてみよう(この項続く)。

## ハンディを背負ったレシピエント——とくに子供たちの場合

表1を見ながら話を進めよう。

成人のレシピエントに比べて、子供のレシピエントの場合、多くは小児時代からの腎臓病およびその原因となったものの病気や、その後に出現した合併症により2重、3重のハンディキャップをもっていることが多い。子供のレシピエントたちの社会復帰を妨げる3大障害としては、1) 難聴、2) 視力障害（ステロイドによる白内障を含む）、3) 骨障害による低身長（腎性骨病、ステロイドによる骨障害を含む）が挙げられる。

せっかく腎移植に成功しても、上記のような障害があるためにどうしても学校や職業訓練施設、あるいは本格的な就職を目指そうにもどうにもままならないということがある。そのことに（子供も親も）改めて気づいてたじろいでいる、というのが現状である。腎移植の前には想定すらしなかった（できなかった）問題が現われた、というのが親子ともどもの実感である。ことに親の戸惑いは大きい。腎不全という大きい問題は移植によってなんとかクリアした。しかし、意外にも伏兵にやられた、という感じである。

聴力の低下にうすうす気づいてはいたが、目の前の腎移植のことで頭がいっぱいでそこまでは気持ちがいかなかった。そういう親子が改めて「聾学校に通って勉強しよう」と決めるまでには、腎不全で苦しんだとはまた違う苦しみがある。その決心にいたるまでには相当の時間を必要とする。時間だけではなくて、自分ないしわが子を襲ったもうひとつの障害をきちんと受けとめ、（聾学校からやり直そうと）決断することはもうひとつ別の「大変な心の仕事——喪の仕事\*」を必要とする。

白内障などによる視力の問題も同じである。失明の不安がひそかに隠れている。今後どうなるのだろうと思いつつ「今を生きる」ことは、ちょうど腎炎やネフローゼ時代に今後どうなるのだろうと不安になりつつも、食事や生活に気をつけて生きてきた（しかし腎不全になってしまった）彼らの歴史（すなわちいやな思い出）と重なるのである。

一山越えたとと思ったら、また山があった、というのが正直な気持ちである。その山も腎不全とは違う意味で大変である。

### 表1. レシピエントの手術後ないし移植後不安

1. 拒絶反応がいつ起きるか——グモクレス症候群
2. 合併症の不安
3. 薬の副作用についての不安——コンプライアンスの問題
4. 社会復帰についての不安——病人？健康？
5. いつまで植えられた腎臓がもつか？——再透析の不安

骨の問題は単に骨の問題にとどまらない——BodyImage（身体像）につながる問題である

子供——とくに思春期・青年期——のレシピエントにとって自分が他からどう見られているか、思われているかについては大人（親たちも含めて）が考える以上に敏感である。敏感というよりも過敏である。健康な子供でも身長（ついでに体重も）についてはかならず悩む時期がある。腎移植にひそかに「背の伸び」を賭けている子供は少なくない。それが腎移植が成功したにもかかわらず、期待したとおりには背が伸びなかったとなると、落胆は大きい。成功した腎移植に感謝するゆとりすら失われてしまう。「どうして？、どうして？」と悩む。ここから「ひきこもり」が始まることもある。自分の姿・形を自分自身が改めて「受け入れる」までにはこれまた長い時間とそれに伴う心の葛藤を必要とする。それは一見すると「なんでもないよ」という顔をしたレシピエントの心のなかにも隠れ住んでいる。平気そうにしてみせる子供が、ひそかに自分の部屋では鏡とにらめっこしている。骨の問題はある時点から骨の問題ではなくなって、心（身体像）の問題になっていく。これを克服して社会に再び出ていく子供は、すごいと思う。心から拍手を贈りたくなる。そこには、もちろん両親をはじめ家族全員の「一緒にたどった道のり」がある。それが達成できる子供はたくさんいる。もちろんそうでないからといって責めることはできない。

### 周囲の理解の有無

腎移植についてまだまだ世間にはその実情が知らされていないことが多い。移植したんだからもう全く元気（もとどおりな健康を取り戻した）と受け止められるが、逆に「はれもの」扱いをされるかのどちらかである。なかなか正当に（ありのままに）受け止めてもらえない。ことに学校でそうしたことが起きる。校長先生のような上の立場の先生は受け止め方が抽象的・観念的・警戒的である。それに対して担任の先生は許容的・実際の（実情に合った）な受け止め方をしてくれる。そこで学校では2通りの対応が生まれる。戸惑うのは子供であり、親である。修学旅行や運動会などの参加したい行事のときに限ってそれが一層はっきりとした形をとって現れる。ここで混乱が生まれると（受け止める学校側に）、これを契機に子供は学校を休むことになり、その後の不登校を固定化させてしまうことになりかねない。

「いじめ」が予想する以上に存在すること

レシピエントの子供たちはわれわれが予想する以上に「いじめ」にあっている。ことに中学生、高校生の年齢に多い。言葉によるいじめもあるし、力（暴力）によるいじめもある。はっきりした差別と呼んでいい場合もある。

無視。「そばによるんじゃない!」、「菌が移るぞ!」、「相手にするな」、「○○子の菌が移る!」、「きたない」などなどの言葉によるもの。

石を投げられたり、椅子を蹴られたり、椅子をうしろから外されたり、けんかをふっかけられたり。

ひどいのはお腹を（ちょうど移植された腎臓があるところ）を蹴られたりということもある。

一口に社会復帰といってもその実態はさまざまである。こうした psychosocial な問題についてはわれわれはまだ無力である。これではレシピエントに「うち（家）で静かにしていなさい」とでも言いたくなる状況ではないか。移植医療の底（底辺）を広げていく努力があることだ、とつくづく思う。

\*喪の仕事：対象喪失反応。大切なものを失ったときに心の中に生まれるさまざまな感情。ここでいう対象とは、人物としての対象だけではなくて、大切にしていたものすべてをいう。自分を支えていた環境、役割、能力、自分の健康をも含む。対象を喪失した後、その現実を認め、失った対象を断念するまでの、心の作業をいう。腎不全も健康な腎臓を失った大きい喪失体験であるし、聴力にしろ視力にしろこれを失うことはやはり大きい喪失体験である。

脳死は人の死か

脳死に対する治療方法が見つかるまでしか通用しない考え方だと考える。