博士学位申請論文概要書

外科医と国家－日・米・南アにおける心臓移植の受容過程－

早稲田大学大学院政治学研究科
小久保亜早子

研究の目的

1968 年 8 月、日本ではじめての心臓移植が札幌医大の和田寿郎教授らによって行われた。当初は称賛されていたが、翌年、刑事告発される。鑑定の結果、不起訴が決定されたが、結局、その後日本では心臓移植は行われず、31 年後の 1999 年になって再開した。

心臓移植は本来、以下の点から社会には受け入れ難い外科技術に思われる。①心臓は心の在処という考えを、心臓はポンプにすぎないという考えに譲らなければならないこと、②死の判定を変更しなければならないこと、③革新的外科手術の最初は人体実験である。それにもかかわらず、南アフリカの外科医バーナード（Christiaan N. Barnard）が世界初の心臓移植を 1967 年 12 月に行うと、堰を切ったように世界中で心臓移植が行われていった。通常、外科技術で競われることは「治療成績」のはずであるが、心臓移植の「国際レース」が特殊だったのは、「治療成績」ではなく、「一番目」を競ったことである。人々は心臓移植に、人類が大きな壁を乗り越えたかのような、象徴的な意義を見出していたようである。本研究では、国際レースに勝った南アフリカ、心臓移植先進国でありながら国際レースに負けた米国、そして心臓移植が頓挫した(継続しなかった)という特殊な経過を辿った日本、この 3 か国の心臓移植の受容過程を国際関係論の視点から比較分析した。

筆者の最大の問題意識は「日本の心臓移植はなぜ頓挫したのか」である。とくに心臓外科医たちが第 2 例に行動を移せなかった理由を明らかにしようとした。

そこで以下の問いを設定した。

1. なぜ、どのように心臓移植は国際レースとなったのか?
2. 心臓移植を継続した国と継続しなかった国の違いはどこにあったのか?

研究の分析枠組みと方法

本研究で分析に使用する主要な枠組みは、「革新的外科技術と社会の関係」である。外科

技術を科学技術のひとつとして捉え、「科学技術社会論」の枠組みを応用しつつ、以下の4つの視角から、心臓移植という革新的外科技術の社会への受け入れられ方を国際関係論の視点などから分析した。

① 革新的外科技術と社会: 摩擦発生の主体としての外科技術

外科技術のニーズは生命に関わるため緊急性が特に高く、たとえ社会側の受け入れ準備が整わなくても、急いで導入されることがある。まだ拒絶反応への対処が確立されていなかった当時、術後の生存期間は短いことが予想されたため「人体実験」的側面があったこと、そして、死の判定を変更しなければこの外科技術を利用できないことなどから、社会に変容を迫り、摩擦を発生させる。

② 革新的外科技術と政治: 道具として利用される外科技術

心臓移植を必要とする患者はごくわずかであるが、ごくわずかしかいない患者のために、その社会が価値・規範を変容するとは考えにくい。その変容を強いられても心臓移植を受け入れることがあるとすれば、外科技術としての理由とは別の理由も存在したからではないか。外科医たちはナショナリズムから心臓移植の国際レースを展開し、国家政府はナショナル・アイデンティティの維持拡大に心臓移植を利用した可能性がある。これらの可能性を本論で分析・検討した。

③ 革新的外科技術と文化触変: 文化要素としての外来外科技術導入

留学生は外の文化から新しい文化要素を運んでくる文化運搬者である。米国ミネソタ大学に留学していた日本の外科医和田は、米国から文化要素を持ち込んだ文化運搬者といえる。当時の日本は米国の支配的影響下にあり、多くの面でアメリカ的価値にすすんで共感、あるいは共感せざるをえない状況にあった。心臓移植がナショナル・プライドを高めると感じられたとしても、新しい外科技術とともに送られてくる、関連するアメリカの文化要素群は、日本の医師たちの思想・価値観、そしてナショナリズムに影響したのではないかという観点からも分析した。

④ 革新的外科技術の正統化過程: 医学界コミュニティの政治過程

外科技術が社会に受け入れられる過程とは、外科医(外科医一般)や関連する専門家たちの間、すなわち医学界というコミュニティ内での攻防の過程と言える。もし外科医が、外科医仲間(医学界)からの批判や、他の専門家たちとの対立を凌いで、外科技術の正当性を認めさせれば、結果的に外科技術は医学界に受け入れられるだろう。専門家たちも一般社会と同様に、思想・価値観、イデオロギーやナショナリズムを抱いている。技術的に妥当

であるから技術が正統化され実施されるとはかぎらず、外科医たちの文化や組織構造如何では技術的に妥当であっても医学界コミュニティで正統化されない場合があり、そのときどのような抵抗を受けるのかを分析した。

本研究では多くの先行研究とは違って、臓器移植全般ではなく心臓移植に限定して考察した。なおかつ、外科医に功名心があることを否定的に捉えず、むしろ前提として考察を進めた。研究対称とする時期は、1968 年前後に限定し、国際社会にとって、冷戦下の特別な時期であることを特に意識した。分析対称とする国は日本、心臓移植を最初に行った南アフリカ、そして心臓移植の先進国である米国の 3 か国とし、心臓移植が社会に受け入れ難い理由の 2 点、死の判定の変更をいかに乗り越えたのか、「人体実験」性をいかに正当化したのかを検討した。分析の焦点とするアクターは外科医と政府であり、主要な資料としては、3 か国の新聞などのメディア、医学ジャーナル、外科医たちの自伝、議会議事録、政府や医学研究所の報告書などである。

各章の構成

第 1 章では、世界初に心臓移植を行った南アフリカでどのように心臓移植が社会に受け入れられていったのかを分析した。死は恣意的に判定され、人体実験という批判は勇気あるレシピエントを称える演出で不問にされ、そして法改定によって臓器摘出を容易にすることで、心臓移植は受容されていたことが分かった。もっとも突出していたのは、「死の判定ができるのは医師だけである」と、死を恣意的に判定できるようにした外科医バーナードの強さである。その強さは南アフリカ政府に支えられていた。アパルトヘイトのために国際社会で孤立している南アフリカにとって、心臓移植で米国に称賛されたことは特に勇気づけられることであった。心臓移植は南アフリカの自信を取り戻させ、分裂の歴史をもつ白人社会にとって、心臓移植は南アフリカのロゴとして、白人社会の統合に貢献していた。南アフリカの白人社会と政府は心臓移植を道具として使用し、米国を利用してナショナル・プライドを高めていたと結論するに至った。心臓移植は南アフリカのナショナル・アイデンティティの維持拡大に貢献したといえる。

第 2 章では、心臓移植先進国の米国について、第 1 章と同様に分析を進めた。南アフリカとの大きな状況の違いは、研究ではリードしていたにもかかわらず、米国はレースに負けたという点である。米国は心臓移植の先進国であったにもかかわらず、死の判定を変更できずに心臓移植を実行できないでいたが、南アフリカに先を越されたことで、米国政府

と外科医含めて専門家たちは大きく動いた。死の判定に関しては、専門家たちが判定基準を作成するなどして、主導権をとることで社会に受け入れさせた。人体実験性に関しては、心臓外科医を英雄視するアメリカ文化と、委員会などによる制度化によって正当化されたと結論した。専門家たちが主導権をとることができた理由は、米国政府が彼らを連携させたからである。冷戦の米国政府はスプートニク・ショック以降、宇宙開発に国家の威信をかけるようになっていたが、科学技術の先進性として象徴的に捉えられていた心臓移植の国際レースにも負けたことは、米国政府を動かす契機になった。共通の文化や共通の歴史をもたない米国のナショナル・アイデンティティは、抽象的理念になる傾向があるが、そのうちの一つ「フロンティア精神」は、心臓外科医たちのモチベーションを形成し、米国の理想像「米国は世界一」は米国政府を行動させた。世界初を逃した米国は、国内に向かってはナショナル・プライドのために世界一を目指さなければならず、国外に向かっては世界一になって、自由世界のリーダーでいなければならなかった。心臓移植は米国のナショナル・アイデンティティの維持拡大に有効だったから、米国社会に受容されたという結論にいたった。

第 3 章は、心臓移植をいったんは受け入れていながら頓挫させた日本に焦点を当てた分析である。南アフリカと米国の分析を踏まえて、死の判定を変更する問題や人体実験性の問題について、前 2 か国と比べて日本はどう対処していたのかを分析した。今までの外科技術同様に、心臓移植も西洋から輸入できると信じた外科医和田は、新しい死の判定も手術適応も米国のものに拠り所を求めてしまい、結局日本社会での説得に失敗したと結論づけた。

ただし戦後復興を遂げてきた日本にとって科学技術で米国に追いついたという点で、心臓移植はナショナル・プライドを高める道具としてみなされていた。日本政府は一時的には法制化を誘導したが、医師たちは連携せず、法制化は頓挫した。連携しなかった理由の一つとして、閉鎖的な医局講座制が教室を越える連携をしづらくしていること、二つ目として、日本の医師たちが心臓移植の文化的側面に抵抗したことをあげた。人体実験を許容する文化要素(外科医を英雄視する文化要素と自己決定の思想)、そして米国へのアンビバレントな感情から心臓移植に付随する文化要素群は抵抗を受けたと結論するに至った。いったん受け入れた外来文化要素群を激しい葛藤を経て追い出してしまった結果、心臓外科医たちは実験的段階の手術はいかにしたら許されるのかがわからなくなり、2 例目に踏み出すことができないどころか心臓移植という言説を消してしまった。第 1 章から第 3 章ま

での分析結果を(表 1)に示す。

表 1 南ア・米国・日本の心臓移植をめぐる諸条件の比較

	南アフリカ	米国	日本
心臓移植の継続	○	○	×
死の判定	外科医の強権「死を判定できるのは医師だけである」	専門家たちによる基準作成	米国基準に依拠、外科医は刑事告発される。
「人体実験」性	演出による正当化	外科医を英雄視、専門家たち主導で制度化・正当化	「手術適応」がないと非難され、正当化できず。

第 4 章は、前 3 つの章とは視点のレベルを国家単位から変えて、国内の地方と中央の関係に焦点を当てて、周辺としての地方で行われた心臓移植を比較した。ドナーはヒトではないが世界初の心臓移植を行っていながらそれを認められなかったアメリカのミシシッピ州と、中央集権制の強い日本で日本初の心臓移植が行われるも、その外科医が刑事告発された北海道の例を比較することで、心臓移植が周辺にとっていかなる意義があったのかを検討した。

歴史的に南北戦争の敗者であり、その後は米国で最も貧しい州となり、かつ当時公民権運動に抵抗していたミシシッピは、世界のリーダーを自認する米国にとって恥のようにみなされていた。ミシシッピの人々にとって、外科医ハーディ(James D. Hardy)の心臓移植は、世界初としてナショナル・プライドを高めたとみなされるはずであったが、この手術のドナーがヒトでなかったことを理由に「世界初」とは認められずに、批判され、ナショナル・プライドを高めた偉業とはみなされなかった。開拓されて歴史の浅い北海道は、日本の辺境として、中央の政策に翻弄されてきた。「開拓 100 年」をむかえた北海道にとって、日本初の心臓移植はナショナル・プライドを高めたとみなされるはずであった。しかし中央集権構造の日本における辺境の北海道で行われた心臓移植は、一時的にはナショナル・プライドを高めたと称賛されても、外科医和田が刑事告発され、同僚の医師たちによ

って非難されると、排除されてしまった。中央と地方が統合されていない国において、周辺の地域の偉業が必ずしもナショナル・プライドを高める偉業とみなされるとはかぎらないことがわかった。

結論

1. なぜ、どのように心臓移植は国際レースとなったのか?

冷戦の米国政府はスプートニク・ショック以降、宇宙開発に国家の威信をかけるようになっていたが、米国外科医たちにも「米国は世界一でなければならない」というイデオロギーが浸透し心臓移植レースが展開されていた。それと同時に米国外科医たちの考えが米国に留学していた諸外国の心臓外科医たちにも浸透し、米国の外科技術がその価値観とともにスピーディに広がったと結論した。心臓移植レースは、米国ミネソタ大学を拠点としたトランスナショナルな医師の移動やネットワークをベースにしたトランスナショナルな技術革新競争であった。冷戦における同盟内統合が進んだ自由世界に属する南アフリカも日本も米国を重要視しており、米国が心臓移植を重要視していたからこそ、われ先に行うことは自国のナショナル・プライドを高めることになると感じられたのである。

2. 心臓移植を継続した国と継続しなかった国の違いはなにか?

第 1 章で論じたように、南アフリカの外科医バーナードは南アフリカ政府に支えられていた。南アフリカの白人社会と政府は、心臓移植を自国のナショナル・アイデンティティを形成するための道具として使用していた。

第 2 章で述べたように、心臓移植レースに米国が負けると政府は外科医たちに介入するようになり、心臓移植を推進することを前提に委員会を発足するなどして医師たちを連携させ、連携した医師たちは主導権をとった。

日本では札幌医大内部が分裂したうえに、日本の医師たちは連携できなかった。心臓移植の技術という文化要素の導入にともなって、医学思想・価値観などの関連する文化要素群が芋づる式に入ってこようとしたときに、新しい外来文化要素群と旧来の文化要素群の衝突による抵抗が起こり、心臓移植という外来文化要素ごといったん排斥されたのである。

心臓移植を一度は実行できても、その後継続できるかどうかは、外科医たちが政府の支援を得られたかどうかだけではなく、外科医(移植外科医一般)を含めて医師たちが連携できたかどうかにもかかっていた。

問い「日本の心臓移植はなぜ頓挫したのか」への答え

もっとも筆者が明らかにしたかった点は、日本の心臓外科医たちが第 2 例へと行動を起こせなかった理由である。和田移植の影響力はあまりにも大きかった。

① 心臓移植の排除

本研究では、革新的外科技術の学界内での正統性獲得過程として、医学界内の政治過程に関心を払ってきたが、第 3 章で述べたように、日本の医師たちは、とくに医学部は封建的(権威主義的)な構造にあり、学閥を越えた医師の間の連携を生むのを困難にさせた。

また、心臓移植を輸入することは、心臓移植を構成する文化要素と密接に機能的連関性をもった文化要素群(受け手側文化にはない)をも輸入することになる。外来文化要素として、人体実験を許容できる文化要素(外科医を英雄視する文化要素と自己決定の思想)を受容することになるのだが、日本の医師像は英雄ではなく人格者であり、患者に実験をするとは想定されていなかったうえに、患者の自己決定の思想は欠如していた。また、戦後、抗いがたかったアメリカ医学への変化を受け入れてきた日本の医師たちにとって、和田というアメリカ中心主義者の外科医(文化運搬者)によって心臓移植が行われたことは、たとえこれに「米国に追いつく」という意味でナショナル・プライドを高めるという象徴的な意義を見出せたとしても、彼らにアンビバレントな感情をもたらした。伝統的な医師像を呼び戻そうとするのと同時に、アメリカ医学への反発も込め、日本の医師たちは心臓移植を構成する文化要素群に抵抗した。

② 心臓移植のタブー化

日本初の心臓移植はあまりにも注目されてしまったため、二重の意味で心臓外科医たちは凍りついた。一つは、人体実験を許容する文化要素が受け入れ側の日本文化の側には欠如していたことである。もう一つは日本の医学界秩序への配慮である。和田は当時の日本の医師たちがアメリカ医学に抗えないことを利用して、米国が特別に注目していた心臓移植を行うことで、周辺の立場から日本医学界の階層秩序に挑戦したとみなせると本論では結論づけた。外科医たちは実験的段階の手術はいかにしたら許されるのかがわからなくなり、または誰が行えば医学界秩序を乱さないのかがわからなくなり、2 例目に踏み出すことができなくなった。和田移植という固有例を批判するためのロジックが心臓移植全般に向けられると、固有の外科医に問題があったのか心臓移植という外科技術全般に問題があったのかが区別されないまま、心臓移植は排除され、心臓外科医たちから心臓移植という言説が消えていった。

心臓移植はタブー視されるようになり、最終的に沈黙は約 10 年間続き、心臓外科医た

ちが再び重い口を開いたのは 1983 年になった。この頃、心臓移植研究会が発足し、彼らは学閥を越えて連携するようになっていった。

最後に本研究の意義と課題について言及した。今まで日本の心臓移植が頓挫した理由として、漠然と初例固有の問題性が挙げられてきたが、ナショナル・アイデンティティや文化触変論のような国際関係論の視座から分析することによって、心臓移植の国際レースと、その先導者の米国に関連した要因を明らかにすることができた。外科技術は科学技術として考えられる傾向があり、ナショナリズムなどのような思想・価値観とは無縁であるかのような印象をもたれていたが、外科医たちのトランスナショナルなネットワークは、外科技術だけでなく文化要素群を受容することになり、受け手側に文化触変を起こしていたことを知ることができた。ナショナル・アイデンティティの視座から国際レースを分析することは他の分野でも応用可能であるように思えるし、文化触変論は医療関連の国際関係を分析するのにも適している可能性があると思われた。ただ、戦後の日本人の米国への感情は複雑で、限られた紙面では論述することは困難であり、ごく一部を記述するという限定的な論証にとどまった。また、本研究は地方―中央―米国の関係をダイナミックに観察することができたという点においても国際関係論の研究として意義あるものと思う。ただし、北海道の人々が心臓移植をどう考えていたのかについては、使用した資料のほとんどが地元新聞だけなので、その範囲での限定的な質的実証となっていることは今後の改善課題としたい。