

# 外科医と国家

— 日・米・南アにおける心臓移植の受容過程 —

博士学位申請論文

早稲田大学大学院政治学研究科

小久保亜早子

## 目次

序論.....	1
第1節 問題の所在.....	1
第1項 外科技術「心臓移植」の受容困難性.....	1
第2項 外科技術にとどまらぬ心臓移植.....	2
第2節 研究の目的.....	4
第3節 先行研究の検討と本研究の独自性.....	13
第4節 研究方法.....	25
第1項 作業手順.....	25
第2項 分析枠組み.....	27
第3項 アクター: 外科医と政府.....	40
第4項 心臓移植の受容過程の分析.....	45
第5項 心臓移植の受容過程の国家間比較.....	45
第5節 各章の構成.....	46
<b>第1章 心臓移植と南アフリカ—心臓移植の受容過程—</b> .....	<b>48</b>
第1節 心臓移植の受容過程.....	49
第1項 「死を判定できるのは医師だけである」.....	49
第2項 「人体実験」性の不問.....	53
第3項 臓器摘出の容易化.....	55
第4項 南アフリカ医学における心臓移植.....	59

第2節	道具としての心臓移植: ナショナル・プライド .....	62
第1項	国際社会からの孤立 .....	62
第2項	外科医と国家 .....	67
第3項	こころの拠り所の推移: イギリスから米国へ .....	71
第3節	文化要素群としての心臓移植 .....	79
第1項	適合性: アメリカ産外科技術 .....	80
第2項	「人体実験を許容する」文化要素 .....	81
第4節	本章のまとめ .....	84
<b>第2章</b>	<b>心臓移植と米国—心臓移植の受容過程—</b> .....	<b>85</b>
第1節	心臓移植の受容過程 .....	86
第1項	米国内での心臓移植レース .....	86
第2項	新しい死の判定の埋め込み .....	88
第3項	人体実験の制度化 .....	93
第2節	道具としての心臓移植: ナショナル・プライド .....	100
第1項	外科医のナショナリズム: 心臓移植と宇宙開発のリンク .....	100
第2項	理想像としての「世界一」 .....	106
第3節	医師と政府 .....	108
第1項	スポンサーとしての政府 .....	109
第2項	モンデール議員による公聴会 .....	115
第3項	専門家主導 .....	118
第4節	心臓移植に付随する文化要素: ヒーロー外科医 .....	122
第5節	本章のまとめ .....	128
<b>第3章</b>	<b>心臓移植と日本—心臓移植の排除過程—</b> .....	<b>129</b>
第1節	心臓移植の排除過程 .....	130
第1項	「新しい死の判定」の失敗 .....	131
第2項	「人体実験」との対峙回避 .....	134
第2節	道具としての心臓移植: 「米国に追いつく」 .....	139
第3節	医師と国家 .....	144
第1項	医学と政治: 医学研究費から .....	145
第2項	医師と政府: 管理される医師 .....	150

第3項	医学界: 医局構造.....	154
第4節	文化要素群としての心臓移植: 医師たちの連携欠如.....	157
第1項	適合性: アメリカ産外科技術.....	158
第2項	文化的抵抗.....	162
第5節	本章のまとめ.....	185
<b>第4章</b>	<b>心臓移植と周辺—ミシシッピと北海道—</b> .....	<b>186</b>
第1節	道具としての心臓移植.....	189
第1項	ミシシッピ.....	189
第2項	北海道.....	199
第2節	「周辺」にとってのナショナル・プライド.....	214
第1項	米国.....	214
第2項	日本.....	220
第3節	本章のまとめ.....	231
<b>結論</b>	.....	<b>233</b>
第1節	南ア・米国・日本の心臓移植をめぐる諸条件の比較.....	233
第2節	「問い」への答え.....	236
第1項	1. なぜ、どのように心臓移植は国際レースとなったのか?.....	236
第2項	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?.....	240
第3項	問い「日本の心臓移植はなぜ頓挫したのか」への答え.....	244
第3節	本研究の意義と課題.....	247
付録	3か国の年表.....	251
	文献一覧.....	252

## 初出論文一覧

本研究の一部は、過去に発表した雑誌論文に基づいている。

第1章の一部は次の論文に基づいている。

小久保亜早子「心臓移植と南アフリカ」『早稲田政治公法研究』98、2011年。

(南アフリカが心臓移植を正統化する過程を、世界システム論の視座から考察)

小久保亜早子「心臓移植」が社会に受容される過程: 南アフリカ事例の一考察『科学技術社会論研究』10、2013年。

(南アフリカ社会に心臓移植が受容される過程を外科技術と社会の関係から考察)

第2章の一部は次の論文に基づいている。

小久保、亜早子「心臓移植と国民統合」『早稲田政治経済学雑誌』388、2015年。

第3章の一部は次の研究ノートに基づいている。

小久保亜早子「心臓移植を「文化触変」で分析する試み」『科学技術社会論研究』13、2016年。

## 特記事項

- ① 本研究では医学的内容が多いが、なるべく本文か本文の脚注で解説している。
- ② 第1章でのバーナードに関する新聞記事の一部は、ケープタウン大学図書館の C. Barnard collection に保管されているものを引用しているが、出典不明の記事がいくつかあるので、C. Barnard collection at University of Cape Town(CBC, UCT)であることを表記するとともに、筆者が出典を推測できるときに出典?と表記した。

# 序論

## 第1節 問題の所在

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。一方、日本では受け入れ難かった心臓移植は、当初から諸外国では受け入れられていた。本研究ではこの差異に注目する。

### 第1項 外科技術「心臓移植」の受容困難性

心臓移植とはどのような外科技術なのか。現在、臓

、初期にはさまざまな点から人々にストレスを与えていた。免疫反応など技術的な問題だけでなく、ドナー(特に生体)をどう選択するのか、あるいは多くのレシピエントから誰を優先的に選択するのか、さらに臓器を部品のように扱ってよいのか、など人類にとって負荷の大きい問題が山積していた。それでも先行して普及しつつあった腎移植と違って、初期の心臓移植には特別な問題点があった。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革新的な外科手術の最初は人体実験である、という点からである。順に説明する。

#### ① 「心臓は心の在処である」という考えの否定

一般的に心臓は、感情や心の宿る場所として考えられてきた。医学者は17世紀には心臓の神秘的なイメージを信じなくなっていたかもしれないが、少なくとも素人にとって心臓とは感情や心と関係のある神秘的な場所であった<sup>1</sup>。しかし心臓移植という手術は、心臓はポンプにすぎないという事実を人類に突きつけることになった。

#### ② 「死の判定」の変更

臓器移植(生体ではなく死体)には脳死体を必要とするものと、必要としないものがある

<sup>1</sup> J. F. B. (unknown) “  
1967, pp. 1258-1259.

*South African Medical Journal* 41(48),

る。必要としない臓器移植の代表は腎臓である。腎移植の場合、心停止した死体の腎臓であっても生着は可能である。ところが心臓や肝臓は、心停止した死体の臓器ではまず生着しない。そのため血流遮断から速やかに移植する必要があり、必然的に心拍動が保たれている状態での死を診断しなければならない。今までは心停止をもって死を判定してきたのに、死の判定を変更しなければならないのである。これは社会に大きな動揺をもたらすことになった。

### ③ 革新的外科技術の「人体実験」性

外科技術の最初は、どんなものでも実験的手術である。たとえ動物実験で良好な成績を修めることができたとしても、ヒトでの最初の手術は実験的にならざるをえない。さらに前述した二点の問題を孕んでいるという点から、人類にとってまさしく革新的な外科技術である。心臓移植は外科技術としてはある程度確立されていても、まだ拒絶反応への対処が確立されていなかった当時、術後の生存期間は長くはないことが予想されていた。腎不全の治療には人工透析があり、たとえ移植腎が生着しなくても、人工透析で死を免れることが可能である。これに対して心臓移植では代替治療はなく、移植心臓が生着しない場合は死を免れることができない。免疫抑制療法が確立されていない時代、心臓移植は患者の生死を賭けた実験であった。このような心臓移植を最初に行うということは人体実験といわざるをえない。それを許容するのかどうかという問題提起を、この外科技術は社会に突きつけたのである。

こうした諸問題から、初期の心臓移植は社会には受け入れ難い外科技術であったといえる。

## 第2項 外科技術にとどまらぬ心臓移植

心臓移植は社会に受け入れ難い外科技術であるにもかかわらず、南アフリカ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。たとえば、南アフリカが行った3日後に米国で最初の心臓移植が行われ、続いてインド、フランス、イギリスなどで、短期間で次々に行われ、翌年の8月には日本で初めて、そして世界で30例目が行われた。世界初の心臓移植を行った南アフリカの外科医は、世界中から称賛され、ヒーローのように扱われた。医療に関係のない人々でも、世界初の腎臓移植を行った外科医の名を知らなくても、世界初の心臓移植を行った外科医の名を知る人は多い。日本でも、日本初の心臓移植を行った外科医は当初は称賛されて

いる。このように心臓移植は国際レースであった。

通常、外科技術で競われることは「治療成績」のはずである。術後の患者の状態が術前より改善することで、その手術が評価される。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」を競ったことであった。なぜ心臓移植は国際レースになったのか。心臓移植の、外科技術自体とは別の側面に理由を見出すべきであろう。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。

国際レース当時に日本も心臓移植を一度は行っていたが継続しなかった(本稿ではこれを「頓挫」と表現する)が、南アフリカや米国などでは継続していた。本論で詳述するが、もともと先進的に心臓移植を研究・開発してきたのは南アフリカではなく米国である。南アフリカの外科医バーナード (Christiaan Neethling Barnard<sup>2</sup>) は米国で技術を学び、米国から人工心肺装置を入手して心臓外科を始めた<sup>3</sup>のであって、世界の研究の先端にはいなかった。一方、米国外科医たちは第2章で詳述するように、科学技術で先進でなければならないという米国の統合理念のような考え<sup>4</sup>に強くコミットしていた。米国政府が心臓移植レースに勝利することを直接的に米国の外科医たちに求めていたわけではないにもかかわらず、外科医たちはみずからレースに勝つことに猛進していたのである。本研究では、南アフリカは心臓移植先進国でもないのに国際レースに勝ち、米国は心臓移植先進国でありながら国際レースに負け、そして日本は心臓移植が頓挫という特殊な経過を辿ったことから、この3か国を比較分析する。本論で詳述するが、国際レースの発信源は米国である。米国外科医たちは宇宙開発レースと心臓移植レースをリンクして考えていたのだが、この事実は、外科医たちが心臓移植に患者救命のための外科技術以外の意義を見出していたことを示しており、同時に心臓移植は米国の外科医たちに特別な感情をもたらせていたことを示している。この感情はナショナリズムとってよいのではないだろうか。

---

<sup>2</sup> 1922年生まれ、アフリカーナー、ケープタウン大学卒業、1955-1958年に米国ミネソタ大学に留学、グルーテスキュール病院心臓外科教授。

<sup>3</sup> Heart of Cape Town Museum *Transplanting LIFE: The Story of Chris Barnard Heart Surgeon Extraordinary*; Groote Schuur Hospital (leaflet), unknown, p. 6.

<sup>4</sup> 井出義光は『アメリカの地域』のなかで、ナショナリズムとは表現していないものの、アメリカの求心力で最大のものは「アメリカこそ世界のなかで最もすばらしい国である」という信念(アメリカ的信条)であろうという(井出義光『アメリカの地域: 合衆国の地域性』弘文堂、1992年、25-26頁。)

ここでナショナリズムについて定義しておきたい。多用されている定義は「政治的な単位と民族的な単位とが一致しなければならないという政治的原理である」<sup>5</sup>。しかし、米国外科医たちが政治的単位(国家)と民族的な単位との一致を目指して行動したとは思えない。米国の外科医たちの感情は、国家のために努力しようという忠誠心と表現できるものである。コーンは記している「ナショナリズムとは、国民国家に対して個人の最高の忠誠を捧げるべきであると感じる心理状態のことである」<sup>6</sup>。本研究ではナショナリズムの定義としてこれを採用する。

## 第2節 研究の目的

筆者の最大の関心は「日本の心臓移植はなぜ頓挫したのか」である。国際レースのなか日本初の心臓移植が行われたが、その後継続することはなく、再開は31年後になった。「頓挫」という表現について説明しておきたい。世界で最初に心臓移植が行われたのは1967年であるが、この当時に日本で心臓移植が行われることなく、1999年に日本で初めての心臓移植が行われたなら、この問いは、「なぜ日本の心臓移植は遅れて行われたのか」になるのだが、1968年に日本で行われていながら(世界で30例目)、2例目が行われたのが1999年と、大きな時間の差が開いたので、「なぜ頓挫したのか」になるのである。

この問いについての満足できる答えは、先行研究からは今のところ見いだせない。先行研究の多くは大きく分けて二つの仮定に基づいている。一つは、先進国である日本の社会に、近代的医療である臓器移植は根づくはずであるという仮定である。この仮定では初例を行った外科医は患者扱いである。たとえば日本の心臓移植第2例を施行した大阪大学心臓外科教授松田暉(1999年)は、2011年に和田が亡くなったとき、自身のブログで和田が「悪役」であったことを率直に語っている「心臓移植において社会を敵に回してしまった方です。・・和田移植は確かに問題を起こし日本の脳死からの移植を遅らせてしまったわけですが、でも再開まで31年も掛けてしまったのは医学会やマスコミ、社

---

<sup>5</sup> アーネスト・ゲルナー『民族とナショナリズム』(加藤節監訳)岩波書店、2000年、(原著は1983年)、1頁。

<sup>6</sup> Kohn, Hans *Nationalism: Its meaning and history*, New York: Reinhold, 1965, p.9.



会であったということです」<sup>7</sup>。また、和田より一世代後の腎移植外科医太田和夫<sup>8</sup>は、移植医療への社会の不信感の原因は和田移植であると著書のなかで述べている。太田より年配の人は臓器移植と聞くと「あっ、あれか」と眉をひそめるといふ<sup>9</sup>。こうした考えでは初例に問題があったから長らく心臓移植（臓器移植全般）が再開されなかったのであり、もし初例が別の状況で行われていたなら心臓移植は日本で根づいたはずである、と仮定されている。移植外科医の多くはこの考え方を持っているようである。和田移植がなければ、日本の臓器移植が遅れることはなかったと考える立場であり、ひとつの事例だけが原因であったと信じる立場である。

しかし、問題があったとはいえ、ひとつの例の影響力はそこまで絶大になりうるのだろうか。どんな外科手術であっても、症例を積み重ねて技術レベルが向上し、安定した成績に至るのであり、最初から完璧な手術などない。手術を必要とする患者は常に存在することから、手術を継続せざるをえず、断念されてしまうことの方が稀である。筆者が問題にしたい点は、むしろ、心臓外科医たちが第2例に行動を移せなかったことである。その理由に、外科手術として稀有な経緯をたどった和田移植の大きい影響力が関連しているのではないだろうか。

一口に和田移植といっても、和田移植を構成する問題点は単一ではない。よく言われる死の判定の問題や心臓移植の手術適応の問題は主要な問題点ではあるものの、まだ言説化されていない問題点があるのではないだろうか。むしろ専門家たち(外科医に限らず)は、和田移植の分析を避けて封じ込めてきたのではないだろうか。第3章(日本の章)で後述するが、専門家たちが意識の下の深いところに閉じ込めておきたかった問題点があるのではないだろうか。本研究では、この「言説化されていない」問題点を探りたいので、専門家たちの置かれていた状況を、医学界コミュニティの構造、米国に対する心情、そして日本の国際社会における立ち位置など、複数の視座から分析する。

もう一つの仮定は、「近代的医療である臓器移植は根づくはずである」という仮定とは逆に、そもそも心臓移植(臓器移植)が日本社会に受け入れられる外科技術ではないという仮定である。詳しくは次節で後述するが、この仮定からは、仮に初例が、技術的にも、かつ手続き的にも完璧な手術であったとしても、やはり心臓移植は日本社会に受け入れ

<sup>7</sup> 「和田寿郎札幌医大名誉教授死去」兵庫医療大学学長ブログ、2011, 02, 15, [http://www.huhs.ac.jp/president/index.php?e=153\\_2017年5月1日DL](http://www.huhs.ac.jp/president/index.php?e=153_2017年5月1日DL).

<sup>8</sup> 東京女子医大腎臓病総合医療センター所長(1989年当時)

<sup>9</sup> 太田和夫『臓器移植はなぜ必要か』講談社、1989年、274頁。

られない、となる。この考え方は、多くの研究者たちによって、日本社会の文化的背景から説明が試みられてきた。日本では現在でも、心臓移植を含めて臓器移植がなかなか根づかないので、文化的な説明はある程度妥当なのかもしれない。しかし、それでは、諸外国で心臓移植が受け入れられたのは、日本とは文化が違うからという答えで終わってしまう。

外科技術は患者の救命という重要なニーズ<sup>10</sup>から生まれる。文化が違うから日本の心臓移植が根付かないという考えでは、重要なニーズがあるにもかかわらず技術が文化に働きかけて文化の側が変わるという可能性を排除することになってしまう。特に技術が外来のものである場合、技術に伴う送り手側の文化が、受け手側の文化に働きかけて受け手側の文化を変容させることがあるという文化触変論を排除することになってしまう<sup>11</sup>。また、たとえ文化的な理由が存在するとしても、外科技術の重要な役割からして、文化の差は心臓移植の受け入れにおいて絶対的な拒絶の理由にはならないと筆者は考える。

こういう言い方も可能かもしれない。受け入れがたい外科技術を拙速に受け入れなかった日本はごく堅実であると。日本は文化的に拒絶すべき外科技術を拒絶したのであって、諸外国に比べてむしろ自然だったのであると。ところがよく振り返ってみると、事実単純ではなかった。というのも最初は、他国と同様、日本社会は心臓移植が行われたことに歓喜し、外科医和田を称賛したのである。もともと日本社会に心臓移植を拒絶する根本的な理由があったなら、そもそも「歓喜」しなかったはずである。なぜ歓喜したのだろうか。こうも言えるかもしれない。日本社会が文化的に心臓移植を拒絶する理由を上回るような、歓喜する理由がこのときにかぎっては存在しており、したがって日本の文化的には受け入れがたい心臓移植ではあったが、最初はなんらかの無理をして「歓喜した」のであると。本論ではこの推測に沿って分析していく。

ここで本研究の研究範囲を示すために日本の心臓移植の歴史を概観する。筆者の分析では再開までの31年間は4つの時期に区切ることができる。

#### 第1期(第1例のころ) 刑事告発

1968年に日本初の心臓移植が行われてから、刑事告発がなされ、不起訴になる1970年頃までの時期である。歓喜から一転、告発という大きな落差に、手術関係者だけでなく、

---

<sup>10</sup> 患者は少ないので、ニーズは量的なものではなく、なにかできる方法として「最後の手段(人道的な意味として)」と言う意味のニーズのこと。

<sup>11</sup> 平野健一郎『国際文化論』東京大学出版会、2000年、53-76頁。

社会が動揺した時期である。

#### 第2期(1970年代) 外科医の沈黙

心臓外科医たちが「心臓移植」という言葉を発しなくなった時期である。この現象の詳細は第3章で解説するが、心臓外科医たち自身か心臓移植を語ることがタブーであったと感じていた。

#### 第3期(1980年代) 脳死論議

日本社会が脳死を受け入れるのかどうかをめぐって、専門家たちだけでなく、一般人も交えて議論になった。報道番組で取り上げられたり、議論の場が設けられたりしたが、議論は長引き収拾がつかなかった時期である。

#### 第4期(1990年代) 制度化

1990年臨時脳死及び臓器移植調査会(いわゆる脳死臨調)が発足し、脳死論議の収束を経て1992年の最終答申<sup>12</sup>で脳死は人の死であることが表明され、1997年日本の臓器移植法が制定され、1999年日本の心臓移植が再開されるまでの時期である。

筆者は日本の心臓移植がなぜ頓挫したのかに関心があると述べたが、これを解くために、心臓外科医たちが第2例に行動を移せなかった理由について考察する。そしてこの問題を解く手掛かりとして、日本の心臓外科医たちがなぜ沈黙したのかを考察する。すなわち研究対象の時期は第1期までとする。和田移植の絶大な影響力を考察するとき、言説化されていない問題点は、心臓外科医たちが沈黙した理由と関係があるであろう。

ここでタブーについて説明しておきたい。ダグラスは著書『汚穢と禁忌』のなかで述べている。タブーは「确实なるものが揺らぎかけたとき、それを支える。タブーは知的・社会的無秩序を防ごうとする」「共同体全体が一種の共同謀議を行うことで初めて成立する」<sup>13</sup>もので、「共同体を支える目に見えない構造が覆されないよう、それを保護している」<sup>14</sup>。これは部族社会に関する研究であるが、生活の場としての共同体だけでなく、グループという共同体にも同様な現象は当てはまると思われる。日本の医学界という秩序あるコミュニティのなかで、それまでの規範とは逸脱したものに遭遇した時、秩序が乱されることを防ぐために、一種の共同謀議によってその逸脱したものをタブーにするの

---

<sup>12</sup> 『朝日新聞』、1992年1月23日朝刊、「脳死は人の死」答申。ただし、脳死を死と認めない少数意見も盛られた。

<sup>13</sup> メアリ・ダグラス『汚穢と禁忌』(塚本利明訳)筑摩書房、2009年、(原著は2002年)、12-14頁。

<sup>14</sup> 同上、27頁。

である。つまり心臓移植という外科技術のある要素が、医学界コミュニティの秩序を乱すと捉えられたから、心臓移植を語ることがタブーにされたという現象である。このような表現だと、無知ゆえに怖れてタブーになったと捉えられそうだが、そうではなくて、心臓移植という外科技術そのものがタブーにされたのではなく、第3章(日本の章)で後述するように、外科医たちが心臓移植を語らなくなった(外科医たちの沈黙)という差異を強調しておきたい。心臓移植のどのような要素が、医学界コミュニティの秩序を乱すと感じられたのか、本論で明らかにしていく。

また、日本で受け入れられなかった外科技術は、諸外国ではスピーディに受け入れられたようにみえるが、諸外国はほんとうに心臓移植を難なく受容したのだろうか。前述した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、という問題点から心臓移植は受け入れ難い外科技術であるが、そのような外科技術を社会が受容するとき、なにか強い人為的な力が作用したことが推測できる。諸外国もこうした人為的な力が作用した結果、難なく受け入れたようにみえるだけなのではないだろうか。前述したように、心臓移植に関するナショナリズムが存在していたことから考えて、もしかしたらそれは国家に関する力ではないか。

人々はまとまって共生するための帰属意識をもとうとする。たとえば、植民地だった地域の住民が国民国家を形成するときは、共有する歴史があることを強調し共通の帰属意識をもとうとする<sup>15</sup>。社会集団が自分たち同士を確認するとき、その確認「作業の過程において人々の共属感情が形成される。そこで「われわれ」とは何かという存在論的な問いに政治的な要素を提供するのが「ナショナル・アイデンティティ」である<sup>16</sup>。南アフリカでは他者(黒人)を意識した帰属意識(白人同士の)としてのナショナル・アイデンティティの形成、あるいは米国では多文化社会を前提にした国民統合の手段としてのナショナル・アイデンティティの形成を通じて、心臓移植は国民国家の統合に寄与したのではないだろうか。

国民統合と言っても本研究では、国民国家建設のときの統合ではなく、すでに国民国

---

<sup>15</sup> ベネディクト・アンダーソン『定本 想像の共同体:ナショナリズムの起源と流行』(白石隆、白石さや訳)書籍工房早山、2007年、(原著は1983年)、274-310頁。インドネシアはボルブドゥールをロゴとして使用することで国民的アイデンティティを強化しようとしたという。

<sup>16</sup> 中谷猛「「ナショナル・アイデンティティ」の概念に関する問題整理: 国民国家論研究のためのノート」『立命館法学』3・4号下巻(271・272号)2000年、1301-1332頁。

家としての形式が備わり、ある程度の国民統合がなされている国家が、統合を継続するために払う労力としての「国民統合」と捉えることにする。米国、南アフリカ、日本は、この当時すでにある程度国民統合されている。米国は独立戦争、南北戦争を経ており、人種統合は依然なされていないが、一定程度は統合されている。南アフリカはボーア戦争を経て統合されている。ただし、黒人を排除した、白人社会の統合である。日本は明治維新、さらに第二次世界大戦後の米国占領を経て統合されている。すでに統合されている国家では、しばしば国民の中の亀裂が問題になるが、一体性を維持するために、国家は大きな労力を払っているはずである。国民統合に貢献できると考えられる手段は常に利用されているはずである。ナショナル・アイデンティティの形成はその道具のひとつである。

国家とは、ある領土内の社会的統制を追求する強制的かつ継続的な集合体である<sup>17</sup>。統合を維持するための求心力はどこから来るのだろうか。たとえば白人社会の統合のために黒人が排除されたという研究がある。マークスは南アフリカと米国で人種支配が制度化(アパルトヘイトとジム/クロウ)されたことは、白人間の対立を抑えることに役立ったという。「白人間の対立を悪化させる人種問題は、統一を推進する道具と化した」という<sup>18</sup>。

南アフリカでの心臓移植は世界初であったため、南アフリカ政府にとって心臓移植は国民統合に利用できる道具と考えられたのではないか。世界初の心臓移植を行うことは南アフリカのナショナル・アイデンティティの形成のために有効だったのではないか。

「世界一になること」に激しくこだわる米国では、心臓移植で先進することは米国の統合に利用できる手段として米国政府によって捉えられていたのではないか。科学技術で欧米に追いつくことを目標としていた日本政府は、外科技術で欧米に追いつくことは日本の統合に利用できると考えたのではないか。

中谷によると、個人と集団との2つの領域にまたがる人間の社会意識のあり方を考察する場合、歴史的なパースペクティブをもつ分析概念としてナショナル・アイデンティティは有効であるという<sup>19</sup>。「ナショナル・アイデンティティ」の機能とは、国民一人ひ

---

<sup>17</sup> アンソニー・W・マークス『黒人差別と国民国家: アメリカ・南アフリカ・ブラジル』(富野幹夫ほか訳) 春風社、2007年、(原著は1988年)、22頁。

<sup>18</sup> アンソニー・W・マークス、前掲書、34頁。

<sup>19</sup> 中谷猛「「ナショナル・アイデンティティとは何か」 中谷猛ほか編『ナショナル・アイデン

とりが彼らの属する共同体から承認されたいと望み、承認を感じさせることにあるという<sup>20</sup>。単純化するならば、ナショナル・アイデンティティの機能は二次元的である。個人と政治的共同体の間という垂直方向と、個人間の水平方向の二次元で機能する。「個人＝市民と共同体の関係が二重の意識状態にある。政治的共同体への帰属意識と個々の市民の連帯感情につながる共属意識という二重の意識状態である<sup>21</sup>」。垂直方向の機能は「社会的な差異をめぐる相互の関連性を国民的な統合という権力作用に収斂させ、国家への帰属意識、すなわち忠誠の調達と一体性の確保へと編成する<sup>22</sup>」ことである。そのときこの帰属意識を補強するものは「ナショナルなもの」を基盤とする共属感情である。歴史性・民族性や伝統・集団の記憶など共通の文化的土壌から住民相互信頼や共属意識が育成される<sup>23</sup>。

ナショナル・アイデンティティは、文化装置(人々の多様な意識をある政治的方向に収斂させる仕組み)の側面からみれば、元来文化的要素であるアイデンティティを政治的な表現に転換し、国家へと回収する転換装置として考えられるという。イデオロギーとしてのナショナル・アイデンティティは主に国民統合のための言説であり、広く国家への帰属意識の強化を図るためにナショナルな感情に訴えることを目的とする。つまり、政治的シンボルをつうじて国家への忠誠を調達するための政治の様式であるという<sup>24</sup>。

本研究ではこのようなナショナル・アイデンティティの心理的効果について注目する。ただし、中谷の議論に国際社会という軸を追加して考察する。個人が共同体からの承認を望むのと同様に、国際社会において国民や政府は他国からの承認を望んでいる。それによって自国の立場を解釈し国家の身元が保証され国民も政府も安心できる。そうであれば、ナショナル・アイデンティティは他国からの承認を通じて自国のイメージを解釈する作業ということもできる。特に承認が称賛である場合は、ナショナル・プライドを持つことができ、ナショナル・プライドをもつことで国家への帰属意識が高まるのと同時に共属感情の基盤が強化されるだろう。ここでナショナル・プライドを定義しておきたい。自国が世界一のことを成し遂げたときや、世界初のことを成し遂げたときなどに、

---

ティティ論の現在: 現代世界を読み解くために』晃洋書房、2003年、21頁。

<sup>20</sup> 同上、12頁。

<sup>21</sup> 同上、13頁。

<sup>22</sup> 同上、18頁。

<sup>23</sup> 同上、12頁。

<sup>24</sup> 中谷、前掲書、18頁。

国民として国家を誇れる感情を抱くが、本稿では、この国家を誇れる感情をナショナル・プライドと定義することにする。

冷戦当時、米国を中心とした自由世界というイメージが形成されていた。米国は自由世界のリーダーであることを強調し、南アフリカ政府は自由世界の一員であることを強調していた。米国の強い影響下にあった日本では、経済的豊かさと国際社会への復帰に向かって国民の心が束ねられていた。これらは肯定的な自国イメージである。他国からの承認を求め、それを通じて自国の立場を解釈しようとするという意味で、ナショナル・アイデンティティといえる。特に米国は、自由世界のリーダーであることを他国に承認させようとして、「米国は世界一」でなければならなかった。他国からの承認のために希求していた「世界一」は、同時に米国内で共属感情を強化したであろう。

政府は国民統合をしなければならない責務を負っている。米国の章で後述するが、たとえば米国の「科学技術で先進する」信念は、国民の心を鼓舞し、束ねた。やはり南アフリカの章で後述するが、南アフリカでは「自由世界の一員である」という自意識をもつことで国民に誇りをもたせた。日本は欧米に追いつこうとし、その結果驚異的な経済成長に達したことで、国民は自信を取り戻せた。心臓移植を実施したことは先進的科学技術の代表例として、欧米に追いつけたというナショナル・プライドを日本国民に持たせたのである。

ナショナル・プライドとナショナル・アイデンティティの関係についてだが、前者は後者の要素であると考えている。田辺俊介によると、人々は、ネイションに対する誇りや威信を政治的なものと文化的なものという異なる二つの次元でとらえているという。すなわち、「世界への影響力」や「軍事力」など対外的な面に誇りを抱くのが政治的なナショナル・プライドで、「文学芸術」や「科学技術」、「スポーツ」など文化的分野に誇りを抱くのが文化的ナショナル・プライドである。田辺によると日本では前者に誇りを抱く人が少ないのに対し、後者に誇りを抱く人が多いという<sup>25</sup>。しかし米国ではこの両者ともに誇りを抱くという<sup>26</sup>。心臓移植は先進的な外科学技術として、こうしたナショナル・プライドを持たせ、その結果、ナショナル・アイデンティティ形成に貢献したのではないだろうか。

---

<sup>25</sup> 田辺俊介『ナショナル・アイデンティティの国際比較』慶応義塾大学出版会、2010年、86-89頁。

<sup>26</sup> 同上、154-156頁。

そこで以下の問いを設定する。

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?

本論で述べるが、心臓移植が称賛されたのは、ナショナル・アイデンティティ形成に心臓移植が有効だったからではないか。また、国際レースには米国が大きく関係していたのだが、継続するかしないかの差には、米国との関係(米国と南アフリカ、米国と日本)が影響していたのではないか。

ここで、心臓移植の「継続」について定義しておかなければならない。外科医にとって論争的な外科学術は、最初から易々で行えるわけではなく、患者本人に訴訟(刑事・民事)を起こされたり、他の専門家たち(医者たち)に反対されたり、専門家以外の人々から反発されたりしうる。それでも手術を継続できれば、本稿では心臓移植を「継続した」と定義する。つまり、本稿タイトルでは「心臓移植が受容される」と表現し、社会のコンセンサスに注目しているものの、社会全体のコンセンサスを必要不可欠な条件とは想定していない。心臓移植の継続の形にはさまざまなものが想定できる。たとえば法制度化である。日本の心臓移植は、1997年の臓器移植法施行によって再開した。たしかに外科医たちにとって法制度化がもっとも安心して手術を継続できる状況ではあるが、たとえ法制度化がなくとも訴訟を起こされることがあっても、外科医たちは手術をやめずに継続するという場合があるだろう。それも心臓移植の「継続」と考える。いかなる状況であっても、とにかく心臓移植を継続できれば「受容」ではなく「継続」と定義することにする。

ではなぜタイトルに「受容」としたのかというと、それは日本の事情を特別視するためである。日本は一度は心臓移植を行ったので、一時的には「受容」と表現できるのだが、その後継続しなかったという意味で、「受容」ではなく「頓挫」と表現している。本論では比較しようとしている南アフリカや米国の「受容」との差異を強調するために、「受容」と「頓挫」の差を明確に区別して使用したい。

ところで本稿では呼び方として「医師」と「医者」とどちらも使用しているが、厳格に「医師」という呼び方は専門性が強調された表現で、「医者」はより社会性が感じられる表現に思う。本研究では医者たちは観察の対象



であり、功名心をもったり、同僚と敵対したりと、社会的な側面に関心を払っているの  
で、そのようなときには「医者」を使用することにする。

また、本稿での「西洋」、「欧米」、そして「米国」の表記の使い分けについてだが、必  
ずしも厳密ではないが、文化については「西洋」と表記し、文化だけでなく  
一般的なことを述べるときで、かつ米国と限定できないときは「欧米」、限定できるとき  
に「米国」と表記する。

### 第3節 先行研究の検討と本研究の独自性

心臓移植を論じるためには、臓器移植全般を論じるべきであろう。日本で臓器移植が  
定着しない理由については、さまざまな説が唱えられてきた。たとえば臓器摘出に関す  
るものだけでも数多くの説がある。東洋医学者たちによる臓器部品論批判、法学者や倫  
理学者による(レシピエントである)患者の権利侵害論、文化人類学者による身体損傷に  
対する文化的な恐怖による説明、宗教学や日本学者による日本人の宗教意識にみられる  
心身一元論である<sup>27</sup>。さらに脳死に関しては、日本では80年代に脳死論議が起り、医  
学専門家から一般市民まで、様々な議論が闘わされた。たとえば、医療現場に対する市  
民からの不信感<sup>28</sup>や、医学専門家ではない論者からの脳死判定に関する不信感<sup>29</sup>が表明さ  
れた。また、死を純粹に自然科学のテーマとして扱おうとする立場<sup>30</sup>から、死を哲学的・  
宗教的意味づけとして扱おうとする立場<sup>31</sup>まで表明され、「死をめぐる権力闘争」<sup>32</sup>のよう  
な現象まで起きた。

このように臓器移植に関する視座はさまざまなものが設定できるが、本研究では、国  
家との関わりをあぶり出したいので、臓器移植の文化・哲学・宗教的側面を観察するこ  
とよりも、あるいは、脳死そのものに焦点をあてるよりも、心臓移植に関して国家がど  
う関わったのか、あるいはどう利用したのかに焦点をあてることにする。

---

<sup>27</sup> 池田光穂「医療人類学の可能性:健康の未来とは何か?」池田光穂・奥野克己編『医療人類  
学のレッスン』学陽書房、2007年、22頁。

<sup>28</sup> 中島みち『見えない死』文藝春秋、1985年、102-160頁。

<sup>29</sup> 立花隆『脳死』中央公論社、1986年、94-191頁。

<sup>30</sup> 中原英臣「これでいいのかシリーズ2、〈病院〉はこれでいいのか」『図書新聞』4月17日  
号、1993年、1頁。

<sup>31</sup> 米本昌平「脳死と臓器移植—その問題史」『ナーシング・トゥデイ』3(12)、1988年、39-42  
頁。

<sup>32</sup> 林真理『操作される生命 科学的言説の政治学』NTT出版、2002年、58頁。

筆者のアプローチに近い先行研究として、ロックの文化人類学的なアプローチがある。これは新しい死の判定(脳死)をどう乗り越えたかについて、欧米と日本を比較して研究している。欧米では専門家主導で脳死を社会に受け入れさせ、日本では議論に素人が参加し専門家が主導権をとれなかったと分析している<sup>33</sup>。ただ、日本の脳死論議は1980年代以降の現象であって、心臓移植が初めて行われた70年前後には、議論はごく一部のひとりに限られていた。1970年ころまでを扱う本研究では、独自に分析しなければならない。しかもロックは国家のかかわりについては関心を払っていない。本研究では国家のかかわりに特に関心を払うことにする。

もう一つの、心臓移植が受け入れ難い理由として筆者が挙げた点、人体実験がどう正当化されたのかについては、米本が米国と日本について分析している。米国では学会や政府がガイドラインを作成し、臓器移植を一般を実験的医療と位置づけ、人体実験の制度化を行った。他方、日本では人体実験という言葉を使用すること自体が避けられ、正面から向き合っただけでなかったという<sup>34</sup>。米本は、人体実験に向き合えなかった理由については検討していない。筆者は、人体実験の議論を避けたというよりも、当時の日本に人体実験を正当化する論理そのものが存在していなかったのではないかと考えている。

ところで「人体実験」というイメージの悪い単語を本研究であえて使用する理由を説明しておきたい。第二次世界大戦直後、医学実験に関するニュルンベルグ法典(Nuremberg Code)<sup>35</sup>が決められた。このきっかけとなったニュルンベルグ裁判は、ナチスの行った残虐な人体実験を糾弾したが、日本の医学界にも、731部隊のように、大戦中の医学者たちが組織的に人体実験をしていたという負の過去がある。捕虜を実験材料として、細菌兵

<sup>33</sup> マーガレット・ロック『脳死と臓器移植の医療人類学』(坂川雅子訳) みすず書房、2004年、(原著は2001年)。

<sup>34</sup> 米本昌平『先端医療革命』(第3版) 中央公論社、1993年、48-49頁。

<sup>35</sup> A report by ad hoc task force on cardiac replacement National Heart Institute(以下 National Heart Institute とす), *Cardiac Replacement: medical ethical psychological and economic implications*, U.S. Government Printing Office, 1969, pp. 77-80. ニュルンベルグ法典は、人体実験に関する道徳、倫理、法律などの問題に関する10か条の基本原則で成り立つ。①自発的同意がある、②代替できない有効性、③十分に裏付けられた実験、④不要の心身の損傷を受けない、⑤死や重篤な障害に至る明白な理由はない、⑥方法の危険性より人道的重要性のほうがまさる、⑦障害や死の危険性から保護される、⑧実験は熟練した研究者によって行われる、⑨実験終了の自由は患者にある、⑩実験継続が死・重篤な障害を起こすと予想された時は実験を中止する(*Ibidem*, pp.77-78.)。さらに治療と結びついた臨床研究に関する原則と、治療と結びつかない臨床研究に関する原則とが検討された。人間の生命を救い、健康を保持し、苦痛をやわらげるために、新しい治療を行おうとする医師の自由を支持する勧告もなされた(*Ibidem*, pp.79-80.)。

器の実験をしたり、凍傷を起こさせて研究したりと、疾患の治療でもないのにただ材料として扱っていた<sup>36</sup>。「革新的外科手術」は治療として行われるので、こうした人間をただ材料として扱う「人体実験」とは異質ではある。「実験的医療」という単語の使用でも代替可能ではあるが、それではなにかごまかしているようで、本

、より良い目標が想定されているのに対し、「人体実験」と言うときはより良い目標が想定できないのに実験を断行するような、人道を踏みはずしているような印象をもつだろう。手術を行うとき、もちろん、救命という目標は設定されているが、同時に患者を道具としても扱っていることに本論では注目する。だれでも知らず知らずのうちに患者を道具として扱ってしまうことがあるという事実を目をそらさずに、心臓移植という外科技術に人々がなにを期待したのかを追及していく。つまり心臓移植はナショナル・プライドを高めるために利用されたのではないか、という観点をもちつけて分析を進める。

また逆に、心臓外科医たちはメディアからこの単語を非難として使用され傷ついてきた。たとえば第3章(日本の章)で引用しているが、和田を擁護した上石一男の著書のタイトルは『心臓移植は人体実験か』<sup>37</sup>であるが、メディアから非難されたことを憤慨していた。後年の川島(曲直部寿夫の次の大阪大学教授)は、とある新聞に心臓移植を「人体実験にも値しない(1976年)」と書かれたことに憤慨していた<sup>38</sup>。人格者であろうとする日本の医師たち(第3章で論述している)には「人体実験」という単語は行動を抑えられるのに有効な非難として使用されてきたのであり、彼らを傷つけてきた。本当は人体実験であるが、日本の医師たちはそれを直視できないという、いわば日本の医師たちの脆弱性に留意したい。こうした理由から、あえて「人体実験」という単語を本研究では使用する。

先行研究の多くは心臓移植を臓器移植のひとつとして捉えてきた。そのため問いは、「なぜ日本の臓器移植は」という臓器移植一般についての問いであった。この問いでは初期の心臓移植の固有の問題を拾い上げることができない。というのは、臓

、どうしても説明できない現象があるからである。初期の心臓移植にかぎっては、専門家たちだけではなく素人たちの注目を、しかも世界の注目を集めたという事実を説明できないのである。初期の心臓移植は国際レースのように先を争って行

<sup>36</sup> NHK スペシャル「731部隊の真実～エリート医学者と人体実験～」2017年8月13日(日)午後9時00分～9時49分放送。

<sup>37</sup> 上石一男『心臓移植は人体実験か』全国医療問題懇談会、1974年。

<sup>38</sup> 川島康生『心臓移植を目指して：四十年の軌跡』中央公論事業出版、2009年、33-34頁。

われた。新聞報道は心臓移植が行われるたびに「世界で何番目にどこの国で誰が行った」のかを、第1例からのリストと共に掲載していた(図1 および図2)。世界初の心臓移植を行った南アフリカの外科医バーナードはヒーローのように扱われている。このころの心臓移植には他の臓器移植にはないような、特別な意義があったと考えなければならない。それは医師たち、患者たちという当事者にとっての意義だけでなく、外科医にとって、社会にとって、あるいは国家にとって特別な意義があったのではないか。それは外科技術としての意義というより象徴的な意味だったのではないだろうか。だからこそ和田移植の影響力は絶大になったのではないか。

# HEART PATIENTS: 25 LIVING

ABOUT half of the world's human heart transplant recipients have survived since the first operation was performed 10 months ago. A total of 53 transplants have now been performed.

This chart lists the surviving patients.

Where and surgeon	When	Recipient and Condition
South Africa (C. Barnard)	21-1-68	Phillip Blaiberg (59) (Back at home)
United States (D. Cooley)	3-5-68	Everett Thomas (47) (Back at work)
France (C. Dubost)	12-5-68	Fr. Charles Boulogne (55) (Allowed visitors)
United States (D. Cooley)	22-5-68	Louis John Pierro (54) (Back at work)
Canada (P. Grondin)	23-6-68	Gaetan Paris (in 40s) (At home, to work soon)
Chile (J. Kaplan)	28-6-68	Maria Penaloza (25) (Satisfactory)
United States (D. Cooley)	3-7-68	George de Bord (in 40s) (Good progress)
United States (D. Cooley)	21-7-68	Fred Everman (58) (Condition good)
United States (D. Cooley)	23-7-68	Henry Jurgens (57) (Condition good)
Japan (J. Wada)	3-8-68	Nubuo Miyazaki (18) (Symptoms of hepatitis)
United States (D. Cooley)	19-8-68	Carl van Gates (50) (Progressing well)
United States (N. Shumway)	23-8-68	Leonard Drake (42) (Progressing)
United States (R. Lower)	24-8-68	Louis Russel, jun. (Progressing)
United States (M. Debakey)	31-8-68	William Caroli (50) (Progressing)
United States (H. Bahnson)	31-8-68	Unknown (Progressing)
United States (N. Shumway)	31-8-68	Robert McKee (51) (Progressing)
Brazil (G. C. Fretre)	2-9-68	Hugo Orlandi (42) (Favourable)
United States (Cleveland doctors)	4-9-68	Howard Lawson (50) (Progressing)
United States (M. Debakey)	5-9-68	James Singleton (47) (Progressing)
South Africa (C. Barnard)	7-9-68	Pieter Smith (52) (Progressing favourably)
United States (D. Cooley)	12-9-68	Dusan J. Vlaco (16) (Satisfactory)
United States (M. Debakey)	20-9-68	Bernard B. Pfohl (Good)
United States (Anonymous team)	21-9-68	Philip T. Barnum (Good)

図 1 南アフリカの新聞、Cape Argus?, 1968年9月30日(C. Barnard collection at University of

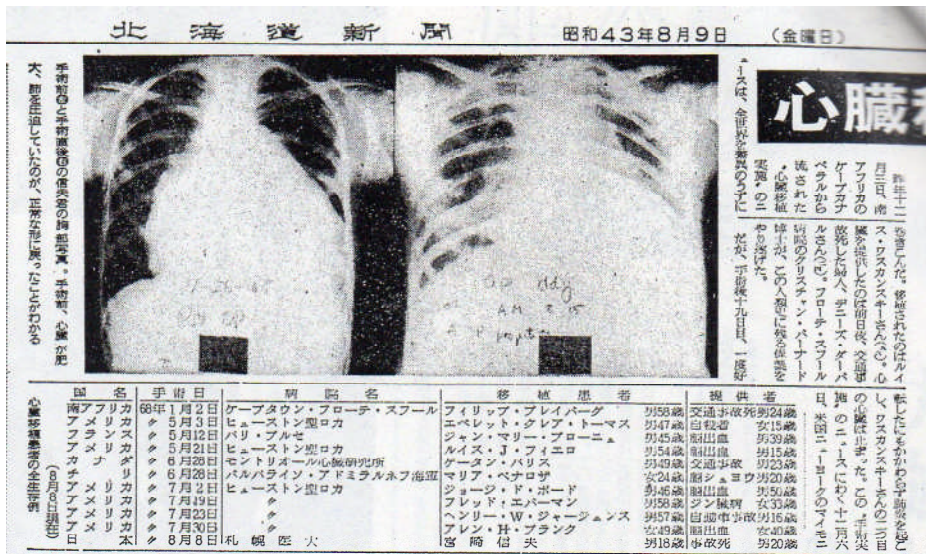


図 2 『北海道新聞』1968年8月9日

心臓移植がなぜ外科医たちの間で競われたのかについては、McRae の分析が示唆に富んでいる。これはドキュメンタリーであって学術研究ではないものの、外科医の功名心が自伝やインタビューから描写されており、実際に心臓移植がレースであったことを根拠づけている<sup>39</sup>。特に米国外科医たちが冷戦のさなかに、宇宙開発と心臓移植をリンクして考えていたという事実が示されたことで、本

外科医の功名心は否定的に捉えられている。和田移植に関して考察した研究者の多くは、外科医たちがいつ心臓移植を意図したのかを気にしていた<sup>41</sup>。つまり、ドナーとなる患者の前で医者が邪まな心をもったと責めているのである。というのは、伝統的な日本の医師像では崇高な人格者が想定されており、功名心をもつこと、つまり患者を利用して有名になろうとすることは、この医師像から大きく逸脱することになり許し難いのである。本稿ではこうした考えにとらわれず、外科医に功名心が存在することを前提にして考察する。つまり、外科医は患者を利用してヒ

<sup>39</sup> McRae, D. *Every Second Counts: The Race to Transplant the First Human Heart*, London: Simon & Schuster, 2006.

<sup>40</sup> 宇宙開発と心臓移植のリンクについては、各章で後述している。

<sup>41</sup> 吉村昭『消えた鼓動：心臓移植を追って』筑摩書房、1986年、153-181頁。または中島、前掲書、124-129頁。あるいは小松美彦『脳死・臓器移植の本当の話』PHP 研究所、2004年、220-255頁。

ヒーローになろうとすることがあるという事実を直視する。そして外科医個人の功名心はもちろんのこと、それにかぎらず国民国家は、国家のために、つまり国民にナショナル・プライドをもたせようとして心臓移植を利用しようと意図する場合があること、さらにそれに影響されて外科医自身もナショナル・プライドを背負ったナショナル・ヒーローになろうとすることを想定する。前述の通り、人々が心臓移植に期待したものを、国家や国際関係と関連づけて捉えることにする。

また、心臓移植が華々しく報道されたという現象を考察する研究として、Nathoo のイギリスメディアの研究がある。過熱報道は外科医たちを心臓移植に駆り立てることになった反面、当時の報道は、医学と報道の関係を転換することになり、議論のための公共空間を形成したという。外科医たちのモチベーションを形成したものの一つは国際的な報道であることを示唆している。

なぜ諸外国が先を争って心臓移植を行ったのかについて考察する時、心臓移植の先進国である米国の、国際社会における影響力を軽視することはできない。世界に外科技術を広めたという点だけでなく、外科技術以外のなにかを、つまり象徴的な意義を諸外国に伝えていたのではないだろうか。また、米国の心臓移植に注目することは、日本の外科医和田が、なぜ日本にとって受け入れ難い心臓移植を行ったのかについて検討することにもなる。これについては和田本人の突出したキャラクターを挙げている研究<sup>42</sup>はあるものの、米国の影響力を検討しているものは見当たらない。米国が日本に与えた影響は大きい。たとえば、第3章(日本の章)で詳述するが、日本初の心臓移植を行った外科医和田は過度のアメリカ中心主義者であった。和田は心臓外科の先駆的な研究地ミネソタ大学に留学しており、ここで米国心臓外科医たちと価値観を共有した可能性が高い。そこには米国の心臓移植をもっともリードしたシャムウェイ(Norman Shumway)や、世界初の心臓移植を行った南アフリカの外科医バーナードもいた。また、米国外科医たちが宇宙開発レースと心臓移植レースをリンクして考えていたことは前述したが、和田以外の日本の心臓外科医たちも、宇宙開発と心臓移植をリンクして考えていた。日本の心臓外科医たちは米国の心臓外科医たちと価値観を共有するかのようであった。さらに、宇宙開発と心臓移植のリンクは外科医だけでなく南アフリカ社会にも日本社会にもみられる。南アフリカの新聞は「1960年代の人」としてアームストロング(Neil A. Armstrong)<sup>43</sup>とバ

---

<sup>42</sup> 米本昌平(1988年)、前掲書、マーガレット・ロック、前掲書、中島みち、前掲書など。

<sup>43</sup> 1969年、初めて月面に降りた米国宇宙飛行士。

一ナードを選出しているし、作家大宅壮一は和田の著書に巻頭言を寄せている「二十世紀後半から二十一世紀にかけての人類最大のビジョンは、宇宙開発と心臓移植である」<sup>44</sup>。これは奇妙な現象である。宇宙開発レースは米国とソ連だけが殺気立っていたことで、南アフリカも日本も有人宇宙飛行を計画してはいなかった。心臓移植にみられるような、科学技術で先進する米国の価値観を、南アフリカや日本も抱いていたということなのか、あるいは米国の価値観に引きずられたということなのだろうか。その答えは、当時の米国の、国際社会における大きな影響力に見出せるであろう。

冷戦時代の米国は、19世紀的な意味での植民地を保有する「帝国」ではなくて、「植民地なき帝国」<sup>45</sup>であったという。第二次世界大戦後の「ポスト植民地化」とは、基本的に「植民地なき帝国」としての米国が、共産勢力の伸張を排除しつつ、同時にかつての支配者たるイギリスやフランス、オランダ、そして日本の介入も排除し、世界各地に「自由主義」の独立国を誕生させて、米国を中核とするグローバルな市場システムのなかに再統合していく過程であった<sup>46</sup>。

その米国にとってレースに勝つことはなにを意味していたのか。米国では「普遍性」の標榜(たとえば「自由主義」)が国民統合の軸となり、特異なナショナリズムの原理となっている<sup>47</sup>。「アメリカは強度の理念主義である。多文化と多民族の統合を支えてこなければならなかった事情から、普遍主義的な理念と制度を必要としてきた。米国は血統や言語、伝統に基づいてではなく、まさに人類大の普遍的理念、ユートピア的な夢に基づいて生みだされてきた国家<sup>48</sup>」であるため、「世界一」、「世界初」のような理想をもつことは、米国統合において重要な意義がある。

さらに米ソ冷戦下では、「世界一」、「世界初」になることは、冷戦に勝つためにも重要

---

<sup>44</sup> 北海タイムス社編『心臓移植: 和田グループの記録』誠文堂新光社、1968年、序文。

<sup>45</sup> 藤原帰一『デモクラシーの帝国』岩波新書、2002年、80-92頁。藤原帰一によると、アメリカは旧宗主国からの植民地を援助しながら内政に干渉し、直接統治しないが影響力を行使する「非公式の帝国」のシステムを巧みに発達させていったという。

<sup>46</sup> 吉見俊哉「グローバリゼーションとアメリカン・ヘゲモニー」テッサ・モーリス＝スズキ・吉見俊哉編『グローバリゼーションの文化政治』平凡社、2004年、49頁。ただし木畑洋一によると、米国は米国自身もフィリピンなどの植民地をもちながらも、他の列強の植民地支配を批判する議論を展開し、冷戦の文脈のもとで脱植民地化過程をむしろおしとどめる役割を演じつつ、そうした支配国としての様相への自己批判を育む契機を欠いたまま、現在に至っているという(木畑洋一「現代世界と帝国論」『歴史学研究』776、2003年、2-8、53頁。)

<sup>47</sup> 塩川伸明『民族とネイション: ナショナリズムという難問』岩波書店、2008年、68頁。

<sup>48</sup> 吉見俊哉(2004年)、前掲書、49頁。



な意義があった。両超大国はなるべく多くの国をそれぞれのブロック内に取り込むという形で国際関係を組織化することに努力を傾けた結果、50年代には両陣営内では同盟内統合がかなり進んだ。60年代に入って世界経済が急速な成長を遂げていくと、同盟内統合と高度成長による相互依存の進展は国内政治と国際政治の結びつきを強め、両者が相互に影響しあう関係が顕著になった<sup>49</sup>。心臓移植でみられる現象は、同盟内統合しようとする米国が産みだした価値観を、他国も無理して呑みこんでいった結果なのではないか。米国社会が心臓移植へ向ける感情を知ったからこそ、他国も追従しなければならなくなったのではないか。

古矢は「世界のアメリカ化」は、軍事的支配、経済的援助、文化的浸透をいわば三位一体として進展してきたという。

「援助」や「支配」が米国から同盟諸国にむかうモノや資本や軍事力の一方的な流れを意味していたとするならば、「浸透」は文化や価値をおくりだす側の意志だけでなく、それを受容する側のある程度積極的な自己変革の意志をも必要とする点で双方向的であったということが出来る。そして「援助」や「支配」という契機が、それらをうけいれる国々の物的生活やインフラストラクチャーを目にみえて「近代化」することをとおして、「世界のアメリカ化」をうながしたとするならば、「浸透」は

50

「浸透」の結果なのかもしれない。

吉見は、「アメリカ」が、米国国内の存在であると同時にそれを超えて世界的な存在でもあるという二重性を構造的に帯びていることを指摘している。「アメリカとは一つの国であり、同時に世界である。われわれはアメリカ化やアメリカニズムを、アメリカ社会を統合していく文化過程や原理として理解するのとまったく同時に、そのようなアメリ

<sup>49</sup> 菅英輝「序論 冷戦の終焉と六〇年代性: 国際政治史の文脈において」『国際政治』126, 2001年、1-22頁。

<sup>50</sup> 古矢旬『アメリカニズム: 「普遍国家」のナショナリズム』東京大学出版会、2002年、307頁。

カ社会に向けて外部から注がれるまなざしや受容のプロセスとしても考えることができる」<sup>51</sup>。心臓移植は「アメリカ化」の一形態だったのだろうか。本論で後述するが、南アフリカ社会は米国にすり寄るかのような態度をとっていた。また、第3章(日本の章)で詳述するが、米国に敗戦していない南アフリカと比べて、日本は米国に戦後支配されていたから一層、その影響が強かった。心臓移植を無理してでも早期に行うということは、米国の価値観が浸透し、「自己変革の意志」をもった結果なのではないか。

こうした米国の影響力(冷戦体制下の同盟内統合およびアメリカ化)の視点から心臓移植を研究したものは、現時点で渉猟しえた範囲では存在しないため、本稿は和田心臓移植の分析において新たに国際関係の視点を提供することになるだろう。

また、日本初の心臓移植が北海道で行われたという事実にも注目する。一般的にナショナル・プライドを高める出来事は、その国家にとって重要な地域で行われるはずであるという期待がある。実は世界初の心臓移植は、南アフリカよりも前にミシシッピで行われていた。ドナーはヒトではなくてチンパンジーなので、異種間移植ではあったものの、移植された心臓は拍動したのである。しかし、当時のミシシッピは公民権運動に激しく抵抗しており、米国では恥の地域と考えられていた。また、中央集権制の日本では、北海道は辺境である。その国家にとって中枢ではない地域、すなわち従属理論や世界システム論でいうところの周辺に当たる地域で、ナショナル・プライドに関わる行為が行われたとき、社会はどう反応するのだろうか。中央がナショナル・プライドを高めると信じられることを周辺地域が実行すれば、周辺地域は自らの地位を向上させプライドを高めることができると期待するであろう。本研究ではその周辺地域として、米国のミシシッピと北海道を比較分析する。周辺地域は周辺だからこそナショナル・プライドを高めることを実行しようとするかもしれないが、周辺で行われた場合の国全体の反応は決して称賛だけとはかぎらない、という点で二つの地域には相似点を見出せる。地方(周辺)の視点を採り入れることは、心臓移植を最初にすることがいかにナショナル・プライドを高めることになるかと信じられていたかを明示することになるであろう。このような地方―中央の視点での心臓移植の研究は現時点では存在しない。

以上述べてきたように、本

---

<sup>51</sup> 吉見俊哉『親米と反米: 戦後日本の政治的無意識』岩波書店、2007年、20頁。

① 外科技術の伝播と受容を国際関係の視点から分析している。

前述したように、米ソ冷戦発生後、両陣営内では冷戦体制下の同盟内統合が進み、米国は自由世界のリーダーであり続けようとする時期であった。外科医と国家の関係を分析するのに際して、心臓移植が伝わった当時の時代背景である冷戦と米国覇権(ヘゲモニー)に注目した。外科医個人と国家の関係を国内政治の視点だけからでなく、冷戦における同盟内統合や科学技術競争、日米関係、南アフリカの国際的地位などをはじめとした国際関係の視点から分析する。

②文化触変論

心臓移植が国際レースになった現象や、南アフリカの外科医がヒーローとして扱われたことなど、初期の心臓移植には外科技術としての側面だけでなく、人々の思想・価値観が込められた文化的な側面を見出すことができる。文化は人々が「生きるための工夫」として作り出し、蓄えてきた一つ一つの工夫が無数に集まってできた全体と考えられる。この一つ一つの工夫、文化の全体を構築している部分を「文化要素」とよぶ。文化を文化要素という無数のモザイク片からできているモザイク絵にたとえることができ、部分が全体を構成し、全体は部分の総和以上の特性をもつという意味で、文化にはシステム性が備わっている。さらに文化が境界を維持しようとするメカニズム「境界維持機構」が備わっていること、文化要素には多義性、多機能性があることからシステム性の特徴がある<sup>52</sup>。特に日本にとって臓器移植は米国から輸入した外科技術であり、外科技術に文化的側面があるとすれば、外来文化の受容、つまり米国からの文化要素群の受容ととらえることができる。心臓移植の受容にかかわる文化的側面を、平野の文化触変論を用いて分析する。日本の医師たちが心臓移植の文化的側面に「アメリカ文化」を見出した時、なにを感じたのかを考察することで、なぜ心臓移植を語ることがタブーになったのかを知る手掛かりになるだろう。

③周辺、中央、そして国際社会のダイナミックな関係を捉える。

本稿は、地方ー中央の統合とアメリカ化の関係をダイナミックに描き出すことになる。心臓移植を行うことがナショナル・プライドを高めると思われていたからこそ、周辺の外科医はそれを早く行うモチベーションを抱く。第4章(周辺の章)で述べるように、米国内の周辺ミシシッピは、中央が重要視する米国の統合理念を梃子にしてミシシッピの

---

<sup>52</sup> 平野健一郎、前掲書、11-16頁。

名誉を回復しようとしたかにみえる。しかし周辺であるために、その名誉は巧妙に排除されるのである。また、中央集権体制の強い日本で北海道の外科医和田は、中央が重要視する米国を梃子にして名誉を獲得しようとしたかにみえる。周辺地域は中央が尊重している価値を利用して名誉を獲得しようとするが、直接的な中央への働きかけだけではなく、中央が重要視している外国を利用して試みようとしたかにみえる。

ただし「周辺」といっても、ウォラーステイン(I. Wallerstein)の提唱した世界システム論<sup>53</sup>で論じられている資本主義的な経済分業体制としての「中心」－「周辺」というより、外科技術の開発とその伝播に注目した「中心」－「周辺」の「周辺」を扱う。もちろん資本主義経済の中心と外科技術の中心は無関係ではない。心臓外科の「中心」は米国であるため、経済的な中心と重なっているため関連性は存在するが、本稿では特に外科技術に特に焦点を合わせる。分析において関心を払うのはアイデンティティである。国家間の関係が中心と周辺の関係にあるとき、かれらのナショナル・アイデンティティはどうなるのだろうか<sup>54</sup>。そして本研究ではさらに国内における「周辺」に関心を払うのもので、入れ子構造のような、国内における「中央」－「周辺」関係を扱う。国内においても、地域間の関係が中央と周辺の関係にあるとき、かれらのアイデンティティはどうなるのだろうか。特にローカル・プライド、ナショナル・プライドといった、人々をつなぐ絆を産出する心の拠り所に関心を払うことにする。

④複数の学問領域を越境している。

本研究は、国際関係論、科学技術社会論、医学史という複数の学問領域の視点から多角的に心臓移植を分析している。主な学問領域は、国際レースや国家間の文化触変を扱う意味で国際関係論であるが、冷戦下の出来事を扱うという意味では冷戦史、心臓移植という特定の外科技術を通して医学を振り返るという意味では医学史といえる。また、外科技術と国家政府の相互関係に焦点を当てているので科学技術社会論でもある。科学技術社会論は比較的新しい学問分野なので、次の節で解説する。

<sup>53</sup> イマニュエル・ウォラーステイン『入門・世界システム分析』（山下範久訳）藤原書店、2006年、（原著は2004年）。

<sup>54</sup> イマニュエル・ウォラーステイン、前掲書、53頁。この著書のなかで、ウォラーステインはナショナリズムについても述べている。「ナショナリズムは、身分集団／アイデンティティであり、国家間システムのなかに位置づけられている主権国家の組織に基礎をおいて存在している。ナショナリズムは、国家の諸組織がバラバラになるのをふせぐ最低限の結合剤の役割を果たす。・・国家の指導者のがわからのナショナリズム的な目標に向けた公的な努力は、その国家がすでに強力であることの証拠としてではなく、その国家を強化するための努力として分析されるべきである（同書、137頁。）」。

## 第4節 研究方法

本研究では臓器移植全般ではなく、心臓移植に限定して論じる。なおかつ、研究対称とする時期は、1968年前後の、初期に限定する。対称とする国は日本だけでなく、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、継続した国として南アフリカと米国、継続しなかった国、つまり心臓移植がいったん実施されたが頓挫した国として日本を分析する。研究材料は3か国の新聞などのメディア、医学ジャーナル、外科医の自伝、議会議事録などである。分析対象は、前述した心臓移植が受け入れ難い理由に挙げた3点のうち2つの点について、つまり、死の判定の変更をいかに乗り越えたのか、人体実験をいかに正当化したのか、という過程である。なお、1点目の「心臓は心の在処である」という考えは、人類に共通していることであり、他の2点のように対処の差が明確には表れにくいと思われたので分析対象にはしていない。分析対象とするアクターは3か国の外科医と政府である。各国の社会はどのような無理をしてこのふたつの要素を受け入れ、なぜそのような無理をしたのかを、外科医たちと政府の行動から、あるいは両者の相互作用から検討する。そして心臓移植を継続した国である南アフリカと米国の分析から得た継続の条件を見出し、継続しなかった国である日本において、その条件があったのかどうかを分析する。その作業を通じて、心臓移植を継続した国としなかった国との差がどこから生まれたのかを考察する。

### 第1項 作業手順

本研究の大きな枠組みは、後述する「外科技術と社会」である。革新的外科技術は最初、社会との摩擦(反対される)を起こすことがあるが、専門家、患者、そして社会の間の相互作用が起こったのち、受け入れられることがある。そのプロセスの分析に科学技術社会論と文化触変論の手法でアプローチする。次節の「分析枠組み」で詳述する。

分析のために注目する概念は『医療倫理』である。社会が受け入れ難い点である、「死の判定の変更」と「人体実験」性の2点について、医療現場での倫理的観点から分析する。死の判定を変更することは、それぞれの社会にとって大きなフラストレーションであるが、医師たちはいかにして社会を説得したのか、あるいはできかったのか、また、一般的には人格者とみなされている医師が、人体実験になってしまう最初の手術に向けられる倫理的非難を、いかにしてかわすのか、あるいはかわせなかったのかを、南アフリカ、米国、日本についてこの2点を明らかにすることが本研究の出発点になる。

特に本研究は国際関係論の研究として、科学と政治の関係を注視する。国家政府は科学に何を期待し、どう利用するのか、あるいは科学者は国家政府に何を期待し国家をどう利用するのか。冷戦下の南アフリカ、米国、日本、それぞれの政府の行動には、西側諸国の一員としての行動、あるいは西側諸国のリーダーとしての行動が認められる。とくに米国と南アフリカ、米国と日本の対一関係のなかでの行動が特徴的である。南アフリカで世界初の心臓移植が行われると、外科医バーナードは親善大使のように世界各国を訪問し、米国大統領やローマ法王など、著名人と面会した。南アフリカは心臓移植を行いやすくするために法制度を改定した。米国が先進的であったにもかかわらず、南アフリカが世界初の心臓移植を行うと、米国内では臓器移植を推進しようとする政治的流れが起こった。そして世界中で競うように心臓移植が行われるようになった。「科学と政治」という視角からこれらの現象を考察する。

心臓移植という外科技術が国際レースになったという現象は、外科技術のトランスナショナルな伝播と受容、そして外科医たちのトランスナショナルなネットワークを介した現象ともいえる。南アフリカも日本も、冷戦時代の米国ヘゲモニーの下、心臓移植の発信源である米国の側の「自由世界」に属していた。近年ほどグローバル化が進んでいなかったこの時代、情報伝達も、人の移動も、物の運搬も、まだ限定的であったが、ミネソタ大学のような先駆的地域で外科技術を取得した諸外国の心臓外科医たちは、帰国後、互いをライバル視して切磋琢磨し、学会や学術論文上で情報を交換したり、価値観を共有したり、あるいは励まし合っていたことが想像できる。特に南アフリカの第1例のあと、心臓外科医たちの心臓移植への関心はさらに高まり、この喧騒が、当時米国での学会に参加した和田を含めた世界の外科医たちを感化したのであろう。たとえば日本の外科医和田は、第4章で詳述するように、日本の心臓外科コミュニティではダークホースでありながら、米国をはじめとする外国の外科医たちの行動に勇気づけられていた。トランスナショナルな現象を、外科医たちのモチベーションや心の拠り所といった心理的な側面に注目して分析する。心臓移植レースは、アメリカの技術だけでなく価値観も世界に拡散するトランスナショナルな現象だったのではないか。

米国は「植民地なき帝国」と言われるほど、影響力が大きい。「アメリカ」は米国国内の存在であるのと同時にそれを超えて世界的な存在でもある。なぜ心臓移植が国際レースだったのかを分析するのに、この視点から考察する。留学した外科医たちは米国の外科医たちと価値観を共有し、米国外科医たちを模倣しようとしたかに見える。その結果、

トランスナショナルな現象が起きたのではないか。

また、心臓移植という外科技術とともに諸外国に拡散したものは、単なる外科技術だけではなく、価値観を含む文化要素群をも拡散していた。アメリカの価値観に共感しアメリカの模倣をしたことは、受け手側の社会に文化的な抵抗をもたらした可能性がある。というのは、トランスナショナルな現象は自国のナショナリズムと相容れない場合があるからである。

分析の焦点は「ナショナル・アイデンティティ」であり、特に注視しているのは、人々の「国家や地域への愛着・プライド」である。国家を誇る気持ち、地域を誇る気持ち、それらプライドを傷つける他国からの支配、あるいは中央からの支配、などに関心を払う。国民国家統合において促進的に機能するのが「国家を誇る気持ち」であり、抑制的に機能するのは「自国に対して自信をもてない気持ち」である。「自国に対して自信をもてない」理由のひとつとして挙げることができるのが「他国からの支配的影響力」である。地域の次元でも同様のことがいえる。地域統合において促進的に機能するのが「地域を誇る気持ち」であり、抑制的に機能するのは「地域に対して自信をもてない気持ち」である。その理由のひとつとして挙げることができるのがやはり「中央からの支配」である。

## 第2項 分析枠組み

本稿は、「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を分析する。

### 1 革新的外科技術と社会：摩擦発生の主体

革新的技術が生まれるとき、社会に受け入れやすいものだけが社会にとり込まれ、社会が変わることはないのだろうか。もっとも端的な考え方は、「技術はそれ自体の論理をもっていて、資本制生産がこれに適合しうる限りにおいてのみ技術は進歩する」というものである<sup>55</sup>。社会は動かぬものとして想定されている。その対極にあるのは、エリユールの「技術の自動性」である。技術はそれ自身の「合理的見地」から、その進歩の方向性

<sup>55</sup> 若林一平「技術論の死と再生」『科学・技術論の新局面』技術と人間、1973年、50頁。ただし菰田文男『国際技術移転の理論』有斐閣、1987年、13頁から引用した。

が決定され(技術の自動性)、この自動性は技術的合理性に反する不合理なものを排除していき、人間はもはや選択の主体としての地位を奪われるという<sup>56</sup>。技術が主となり、社会は技術本位に動くものとして想定されている。技術と社会の関係において、技術は独立変数なのか従属変数なのかを問うならば、独立変数と考えるのはエリユール、従属変数と考えるのは若林である。しかし、どちらかしかないと考えると、説明できないことは多いだろう。

技術と社会は相互に影響を与えているのではないか。「技術は、社会の価値や規範の転換・変容を引き起し、それに導かれることによって進歩している<sup>57</sup>」のではないか。飯尾は「技術の転成効果」という概念を提起している。技術の進歩はある時代の社会の必要性・目的にもとづいて生じる。その限りにおいて技術の進歩は価値・規範や目的の従属変数である。しかし、このように考えるだけでは、価値・規範の大きな変容、したがってまた社会システムの変革もありえないことになる。この変容・変革が生じるのは、技術が当初予定されていた本来の目的を超える、それ以上の意外な効果・利用用途の創出をおこなうからであるという。新たな意外な利用用途が、新たな目的を、そしてまた価値・規範の体系の変容を事後的に導くという<sup>58</sup>。この考えは、心臓移植に外科技術としての目的を超える利用用途があるかもしれないことを示唆していて興味深い。技術と社会が互いに影響を与えて変化していくという考えは、心臓移植を検討するにあたって重要な視点を提供することになる。

次に外科技術の特徴を説明する。外科技術は科学技術のひとつと考えられているが、一般的な科学技術とはやや違う特徴がある。科学技術は経済システムの論理のなかにあるが、外科技術はそうではない。患者救命という重要なニーズから生まれる。そのなかには商業的利益と結びつくものもないではないが、商業的利益を目的とするような直接的な関係はない。では外科技術をどうとらえるべきなのか。

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。これを臓器移植にあてはめるとどうなるのか。それまで死の判定は心停止をもってなされていた。それが人工呼吸器など医療技術の発達によって、不可逆的昏睡(短時間で心停止する)の状態が発生した。他方、心

<sup>56</sup> ジャック・エリユール『技術社会』上(鳥巢美知太郎ほか訳)すぐ書房、1976年、124頁。ただし菰田文男、前掲書、14頁から引用した。

<sup>57</sup> 菰田文男、前掲書、23頁。

<sup>58</sup> 飯尾要「技術と社会構造の連関について」『経済理論』200(7)、1984年、1-24頁。



臓移、死の判定を変更しなければこの技術を利用できない。社会がこの技術に利用価値を見出すなら、死の判定を変更するだろう。社会がその外科技術に価値を見出すならば、心臓移植という技術が社会の価値・規範を変容させる。心臓移植を有用と考えないとか、あまりにもその代償が大きい場合は、死の判定は変更されず、技術は利用されないだろう。

## 2 革新的外科学技術と政治：道具として利用される客体

ところで、科学技術は多くの人間にとって有用だからこそ、技術が社会を変革するという現象が起こるのであろうが、心臓移植を必要とする患者はごくわずかである。ごくわずかしかない患者のために、その社会は価値・規範を変容するのだろうか。社会の価値観・規範が変革されるほどの衝撃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、外科学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。心臓移植には、患者にとっての有用性だけでなく、その社会の多くの成員にとっての有用性が存在したのではないか。筆者は第1節で心臓移植が象徴的にみられていたと述べたが、その有用性のために心臓移植は象徴的にみられていたのではないだろうか。

近代では、科学技術は人々の生活を豊かにするものとして考えられ、科学を研究し技術を進展させることは当然のように善とされてきた。科学技術と政治は、さまざまな次元で結びついている。経済的成長や軍事的利用のための科学技術政策として、明確にむすびついている場合もあれば、イデオロギーや、国民統合の道具として利用されるという、抽象的な結びつきの場合もある。

政治は純粋に科学技術的なテーマにおいてさえも、科学的真実とは別に科学を恣意的に利用する場合がある。政治が介入し科学的知見が捻じ曲げられた「ルイセンコ事件」は、政治化された科学は全体主義の社会においてはしばしば悲劇をもたらす教訓となった。ルイセンコはソ連の科学者として1928年ころ頭角を現し、ソ連の正統な生物学を破壊した。彼はメンデルの遺伝学を資本主義的な陰謀だと断言し、「春化处理」の有効性をでっち上げた。スターリンは遺伝子を信じた科学者たちを反革命的であると追放、または粛清してしまった<sup>59</sup>。

---

<sup>59</sup> ウィリアム・ハッパー「科学の危険な政治化」(法村俊之訳)マイケル・ガフ編(菅原努監訳)『アメリカの政治と科学: ゆがめられる「真実」』昭和堂、2007年、(原著は2003年)。

逆に政治が強く介入して科学技術をスピーディに進展させることがある。代表的なもの、原子力爆弾の製造のための「マンハッタン計画」である。大学ごと研究者を動員し、ロスアラモスに集結させ、短時間で原子爆弾を完成させた<sup>60</sup>。このプロジェクトは科学研究開発局で発足されたが、この局は戦時の愛国心に頼っていた。プロジェクトの大規模な技術的側面が陸軍工兵隊のマンハッタン地区へ移され、国防研究委員会の指揮下におかれたとき、科学者たちは家庭から引離されて、機密を守るという条件の下で戦時の仕事を負わされていたのである<sup>61</sup>。

技術の発展の方向に、政治が影響を及ぼすための手段は、研究開発支援だけではない。規制や、税の支払い猶予、保証付きローン、関税保護、他にも様々な公共政策手段が利用でき、実際、しばしば実行に移されている。その結果、技術の進歩のほとんどは、どんな技術が必要とされているか、求められているかを定義し、財源を配分し、それらを産み出すように計画された政府と産業の政策プロセスの直接的な産物である。研究開発支援の方向を規定し、それに影響を与える国家の役割は、必然的に科学技術活動を国家目的と結び付け、その目的に向かう技術的発展の過程にバイアスを与えることになる。このことは安全保障分野において最も顕著であるが、ほかに例えば宇宙、農業、厚生など、特別な国家目的をもって行われる規制などの政策に影響を受ける、他の多くの分野においても顕著である<sup>62</sup>。

しかも近年、スコルニコフが指摘したように、技術の可能性は過大に評価されるようになった。「先端技術は富や能力の拡大に貢献しただけではなく、手に余る課題に対処するのに必要な選択肢を拡大するために頻繁に利用されてきた。希少資源の代替物であれ、飢饉を防ぐために生産性を高めた穀物であれ、奇襲攻撃を未然に防ぐための軍事行動の監視手段であれ、あるいは国民的威信を高めるための月面着陸であれ、必要な技術が、常に需要に応じて開発されてきた」<sup>63</sup>のである。

科学技術の進展は国家政府如何でどうにでも変わる。国家的威信をかけて宇宙開発を行い、国民にナショナル・プライドを持たせる場合もある。1957年、ソ連が人類初の人工衛星スプートニクを打ち上げた。この出来事はソ連の大きな技術的偉業を米国に見せ

<sup>60</sup> Carlson, E. A. *Times of Triumph, Times of Doubt: Science and the battle for public trust*, Cold Spring Harbor: Cold Spring Harbor Laboratory Press, 2007, pp.67-75.

<sup>61</sup> ドン・K・ブライス『政府と科学』（中村陽一訳）みすず書房、1967年、39-43頁。

<sup>62</sup> ユージンB・スコルニコフ『国際政治と科学技術』（薬師寺泰蔵・中馬清福訳）NTT出版、1995年、（原著は1993年）、37-40頁。

<sup>63</sup> ユージンB・スコルニコフ、前掲書、299頁。

つけ、米国はそれに反応してその翌年には the National Aeronautics and Space Administration (以下 NASA と略す)を設立した。ディクソンによると、スプートニク・ショックは米国の戦後の科学政策における決定的なターニングポイントであったという。科学と技術においてソ連が優位に立つという恐怖が(それが正当なものであろうとなかろうと)民間の研究に対する連邦政府の助成を増額するのを正当化するのに利用された。ケネディ大統領は科学と事実上の「恋愛」に陥っていたという。科学は新しいフロンティアをつくりだすものとされ、都市開発、天気のコントロール、海洋の開発とともに、人間を月に送ることに期待がかけられた<sup>64</sup>。助成を通じて政治は科学に関わろうとする。人類で初めて月に行ったことは、米国国民にナショナル・プライドを持たせることになった。しかし政策の変更とともに、進展させようとする科学技術は変わる。科学予算は基礎研究も応用研究も増加し、研究開発に対する連邦の支出総額は、1960年から1968年まで実質で42%増大した。しかしケネディ政権時代の基礎研究のための支出は、ジョンソンのときには効果検証され、ニクソン時代では、政治的優先順位の最下位にされた<sup>65</sup>。

政治家が科学や科学者を利用することがあるのと裏腹に、科学者が政治的な影響力をもつことがある。前述したマンハッタン計画を指揮したブッシュ博士(Vannevar Bush)は国防研究委員会に属していたが、1939年大統領執行府のなかに緊急管理局が含まれ、このなかに科学開発局が置かれると、大統領に接触する権限が与えられた。これによって広大な行政関係の網をたぐるための梃子を与えられたに等しい状況となり、科学者の使用に大きく影響するような政府の政策に対して、彼は強い影響力を發揮した。たとえばレーダーが第二次大戦中に時機を逸せず使用されたのは、ブッシュ博士が選抜徴兵局に十分な影響力を加え、若い電子工学の専門家を徴兵から守ったからである<sup>66</sup>。

こういう例もある。1960年代米国の科学者は、権力機構の内側で、かつてなかったほどの大きな影響力を行使した。ディクソンによると、前述のようにケネディを動かしたのは、ケネディ大統領の科学顧問であり、MIT放射線研究所の前所長であるジェローム・ウィズナー(Jerome B. Wiesner)である。彼は、科学への大規模な支出がいかにも民需を増大させるかを、大統領に説いた。彼は諮問委員会のネットワークをあやつって、海洋学か

<sup>64</sup> ディクソン D.『戦後アメリカと科学政策: 科学超大国の政治構造』(里深文彦監訳)同文館、1988年、(原著は1984年)、40-43頁。

<sup>65</sup> 同上、43頁。

<sup>66</sup> ドン・K・プライス、前掲書、40-41頁。

ら消費者保護にわたる広範なテーマについての報告書を生み出したが、*Science* の編集者フィリップ・アベルソン(Philip H. Abelson)に言わせれば、「ウィズナー博士は、わが国の平和時の歴史を通じて、どんな科学者ももっていなかったほど大きな、見える権力と見えざる権力を蓄積し行使してきた」のである<sup>67</sup>。

心臓移植と政府の関係はどうだったのだろうか。外科医たちは政治的な影響力をもったのだろうか。政府は心臓移植という外科技術に介入したのだろうか。結論を先取りすることになるが、心臓移植において、南アフリカ政府や米国政府は大いに関わっていた。国家にはなんらかの意図があったはずである。その関わり方は必ずしも公正とはかぎらない。

### 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

外科技術全般を含む医学に目を転じてみる。西洋医学の「病因論」は、西洋文化を基盤として生まれた。病因を病原体に求めることで、病原体の除去(感染症に対する抗生剤や外科的切除)が治療であると考えられるようになった。しかし、この思考法は決して必然ではない。東洋医学では「病因論」的な考え方ではなく、身体内の調整に主眼が置かれている。病原体の除去よりも、それに打ち勝つ「自然治癒力」を生体に促すことで治療しようとするのである。どの医学が受け入れられるのかは社会によって違ってくる。

医学は、それを「科学」と見せるにせよ、あるいは一つの「分野」、「学問領域」、「技術」、また「職業」と見せるにせよ、文化の一部である<sup>68</sup>。

医学が文化の一部であるのと同様に外科技術も文化の一部である。たとえ同じようなニーズから生み出されるとしても、人々の価値観を基盤に、さまざまな工夫がなされた結果、ある特定の形の技術として生み出される。この意味では、外科技術は文化の一部といえる。フェルカーは外科的介入を支持するイデオロギーは、科学に対するアメリカ的情熱であるという。その技術の利用、診断への「科学的」アプローチ、そして盛大に

<sup>67</sup> ディクソン、前掲書、42-43頁。

<sup>68</sup> L・ロマヌッチ＝ロスほか編『医療の人類学』（波平恵美子監訳）海鳴社、1989年、(原著は1983年)、482頁。

宣伝される外科の「奇」等の故に、医学の有効性に対する法外な信仰として表現されるという。また別のイデオロギーとして次のように指摘している。

人体を、病気になり、あるいは摩耗し、修理や取り替えがきき、生命を維持するためには外科医によって除去されうるような、多くの部品からなる機械であると見なす考え方である<sup>69</sup>。

この考え方は現代外科学の基礎ともいえるが、この考え方を許容するかどうかは社会によって差があるだろう。治療方法だけでなく、どこに治療のゴールを設定するかも社会によって変わりうる。極端に「生きていること」にこだわることは、人工呼吸器などで完全に医療管理された状況が発生させる。それを人間的な生と考えるかどうかは、その社会の文化によって違おうだろう。

医療は、個人の生と死に直接的に深くかかわりを持つが、医療は社会的承認と支持によって可能であり、それだけが独立した閉ざされた体系を持つものではない<sup>70</sup>。

社会にとって技術はある日突然実行されるが、つねに社会に簡単に受け入れられるとはかぎらない。人びとが使用するようになり、社会一般に受け入れられるまでは年月を要する場合がある。特に文化的に抵抗を受ける技術は、社会の側の変化に時間を要するか、技術そのものが改良されるなどの過程を経てはじめて社会に受け入れられる。医学技術も同様に、文化的に抵抗を受けるものがある。

人間の生と死にかかわる事柄は、社、またそれから幾分か独立した形で存在する文化によって強く影響を受けたりするものである。技術的な変化あるいは科学的な認識の変化はもちろん、社会的な変化が

<sup>69</sup> M・E・フェルカー「手術室におけるイデオロギーと秩序」(武井英雄訳)L・ロマヌッチ＝ロスほか編『医療の人類学』(波平恵美子監訳)海鳴社、1989年、492-493頁。

<sup>70</sup> 波平恵美子『病と死の文化: 現代医療の人類学』『朝日新聞』社、1990年、35頁。

即座に反映されるものではない<sup>71</sup>。

文化は決して固定的なものではなく、たえず動いているものだが、全体としては、大体安定した状態にあり、継続性が維持される。異なる文化をもつ集団が、持続的な直接接触を行って、いずれか一方または両方の集団の元の文化の型に変化を発生させる現象を文化触変とよぶ<sup>72</sup>。それは基本的には、一つの文化が旧平衡の状態から新平衡の状態にいたる過程である<sup>73</sup>(図 3]。

文化触変について、平野を引用して説明する。外来文化要素はまず他の文化から「伝播」し、それを受容するかもしれない文化に「呈示」される。外来文化要素の伝播・呈示がされるとき、特定の文化要素を空間的に移動させる役割をする人がいる。この担当者を「文化運搬者」とよぶ。「留学生、お雇い外国人教師、外国人技術者、宣教師、さらに貿易商人、植民者、外国旅行者・観光客、そしてときに軍人も外の文化から新しい文化要素を運んでくる」<sup>74</sup>。心臓移植という外科技術を外国から持ち込む外科医も、文化運搬者である。米国ミネソタ大学に留学していた南アフリカの外科医バーナード、日本の外科医和田も、米国から文化要素を持ち込む文化運搬者といえる。

しかし外来文化要素は必ず「選択」されるわけではなく、「拒絶」されたり、「黙殺」されたりすることがある。このときフィルターの役割をするのが受け手の文化の側にある必要性和適合性という条件である<sup>75</sup>。適合性が選択・受容のカギとなるのは、隣接する文化要素のあいだに機能的な連関性があるからである。さまざまな文化要素のあいだに強弱さまざまな機能的連関性という関係があるので、そこに構造が生まれ、文化全体が一つのシステムを形成していると考えられる。新しい文化要素は隣接することになった従来の文化要素と不適合であることが多い。従来の文化要素が機能不全を生じ、人々が生きるために不都合になってきたので、別の文化要素と置き換えなければならなくなったのであるから、周囲の文化要素とはいくらかは不適合なのである。平野はトインビー

---

<sup>71</sup> 同上、35 頁。

<sup>72</sup> 平野は1936年の「覚書」(Redfield, R., Ralph, L. and Melville, J. H. "Memorandum for the Study of Acculturation", *American Anthropologist*, 38(1), 1936.)を引用している。

<sup>73</sup> 平野健一郎、前掲書、57-59 頁。

<sup>74</sup> 同上、60-66 頁。

<sup>75</sup> 同上、60-63 頁。

(Arnold J. Toynbee)を引用して「いもづる式現象」ということばを使用している<sup>76</sup>。通常発生するケースは、新来の文化要素と、その周辺に位置し機能的連関性をもつ従来の文化要素の双方がともにある程度変化することによって適合度を高めるという変化である。これがさらに進んで、変化が周辺の文化要素につぎつぎに伝染していく「いもづる式現象」となり、さらに、受け手文化が当初予定していた限度を越えて、文化要素がつぎつぎといもづる式に変化していく場合である。しかし、平野によると、文化にはそのシステム性ゆえにホメオスタティックな性格があるため、ネガティブ・フィードバックにより平衡状態に戻ろうするという。外来の文化要素が導入され文化蝕変の環境に置かれた瞬間から、境界と内部構造がそれ以前よりも明確にされ、同一性を維持しようとして外来の異物(文化要素)を排除しようとする動きが始まるという<sup>77</sup>。

当時の日本はアメリカ文化の影響を強く受けていた。日本は第二次世界大戦で米国に敗戦し、占領されたあと、政治的、軍事的、そして経済的に米国の支配的影響下にあった。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。その時、新しい外科技術とともに送られてくるアメリカ文化は、日本人のナショナリズムに影響したことだろう。

たとえ受け手文化による選択のフィルターを通った文化要素であっても、文化的抵抗をうけることがある。最初はフィルターを通った文化要素が一応受け手の文化のなかに収まって、効果を発揮し始めると、従来の文化要素によって生活をしてきた一部の人々は、生の根拠を崩されたように感じ、新来の文化要素に激しい敵意をもよおして、それを排斥するようになる<sup>78</sup>。

心臓移植を構成する文化要素にはアメリカの文化要素群が含まれている。特に、人体実験を許容するような文化要素には外科医を英雄視する価値観が大きく関わっているが、日本の伝統的な医師像は崇高な人格者である。革新的手術の最初の患者は人体実験の被験者でありながら、日本の伝統的な医師像は人体実験をするとは想定されていない。しかしこの受け入れ難い文化要素が含まれている心臓移植の実施を、第3章(日本の章)で後述するように、日本でも最初は歓喜してむかえた。心臓移植がナショナル・プライド

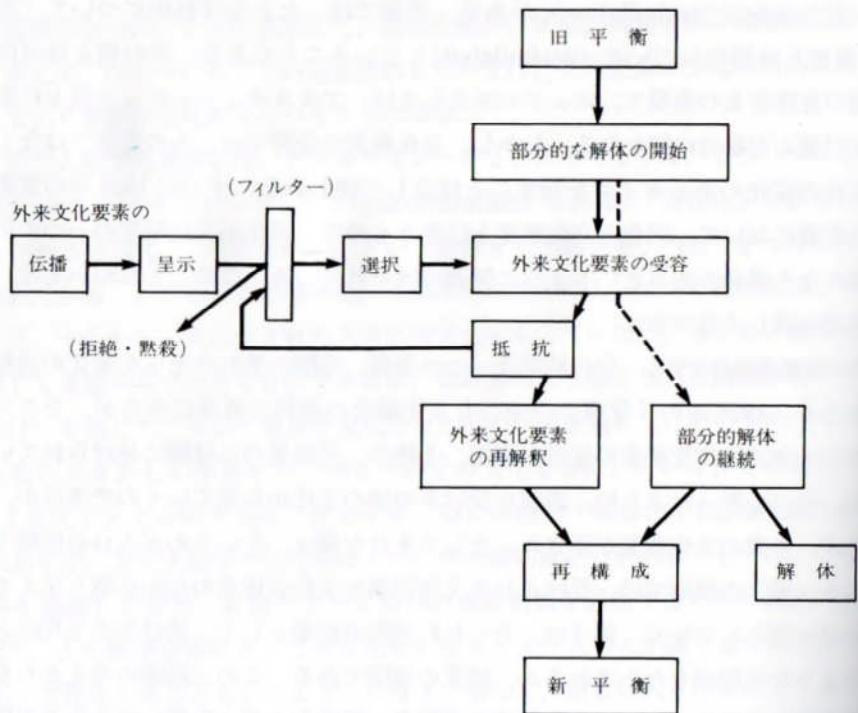
---

<sup>76</sup> A・J・トインビー「歴史の研究」『歴史の研究 第17巻』(刊行会訳)経済往来社、1971年、406-413頁。文明間の邂逅接触(エンカウンター)を説明するのに使用した(平野健一郎、前掲書、86頁。)

<sup>77</sup> 平野健一郎、前掲書、84-86頁。

<sup>78</sup> 同上、86-87頁。

を高めると感じられたからにちがいないが、その心臓移植とともに送られてきたアメリカの文化要素群に文化的抵抗が起こったのではないだろうか。



出典：平野健一郎「文化変容」松崎巖監修『国際教育事典』アルク、1991年、625ページ。

図 3 文化触変の過程 平野健一郎『国際文化論』から引用<sup>79</sup>。

#### 4 革新的外科技術の正統化過程：医学界コミュニティーの政治過程

歴史的に外科技術のなかには、当初は奇異にみられ、その有効性が根拠づけられた後もしばらく批判され続け、なかなか正統性を得られないものがあった。たとえばドラッグステッド(Lester R. Dragstedt)の迷走神経切除術である。胃潰瘍の治療として1943年こ

<sup>79</sup> 平野健一郎、前掲書、58頁。



る始められ、後年、治療としての地位が確立されたが、当時は有効性を示す結果を報告しても医学界では激しく抵抗されていた<sup>80</sup>。

この意味で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。通常はこの過程は顕在化しない。というのも、専門的知識のない素人の市民は蚊帳の外に置かれているからである。

ところが心臓移植は違っていた。心臓移植は前述したように、社会を揺さぶる大きな問題があり、しかしだからこそ社会の大きな注目を浴びたため、素人も多大な関心を寄せることになり蚊帳の外にはいられなくなったのである。こうした点を考慮すると、新しい外科技術が社会に受け入れられるまえに、いくつかの過程がある。

最初の段階は前述したような専門家たちに妥当と判断される過程である。本稿では学界内での妥当性獲得過程としておく。この過程ではまず、純粋に技術に有効性があるかどうか判断される。ただし、純粋に科学的根拠によって妥当と判断されるとしても、妥当性ありと判断される範囲は最初からピンポイントではない。科学技術社会論の研究者藤垣は、著書『専門知と公共性』のなかで一般的な科学技術と社会の関係を考察している。そのなかで「ジャーナル共同体」という概念が使用されているが、これは現代の専門主義、専門分化を支え、その知識生産を権威あるものと認め、支える機構として定義されている。科学者の業績は専門誌に公刊されてはじめて生産物として認知される傾向があるが、信頼ある専門誌に掲載許諾され、公刊されることによって、ある科学的知識が専門分野における「正統性」を確保するという。ジャーナル共同体は、その専門分野における知識が妥当であるかどうかを判断する「妥当性境界」を形作る。査読者の判断の積み重ねとして形成されていて、最初から確固たる境界があるわけではなく、科学者のコミュニケーションの結果として形成されるという<sup>81</sup>。藤垣の考察の対象は主に科学ジャーナルであるが、この考察を本研究に応用するならば、外科医を含めて専門家たちのコミュニケーションは「ジャーナル」だけでなく学会などでも行われている。外科技

---

<sup>80</sup> Waisbren, S. J. and Modlin I. M. "Lester R. Dragstedt and his role in the evolution of therapeutic vagotomy in the United States" *American Journal of Surgery*, 167, 1994, pp.344-59.

<sup>81</sup> 藤垣裕子『専門知と公共性: 科学技術社会論の構築へ向けて』東京大学出版会、2003年、13-51頁。

術の有効性が評価されるのは医学界というコミュニティのなかであり、外科医が学会で報告したり、医学専門誌に掲載されたりすることで新しい手術手技がコミュニティのなかで認知され、知識として共有される。こうしたコミュニケーションを通して、外科技術の妥当性境界が形作られる。

ギアリンの「妥当性境界」概念は、ジャーナル共同体を単位とした科学者による **Boundary Work** を表現している。境界は「はじめからそこにある」のではなく、「ひとびとが引こうとする」のであり、科学者たちの相互行為の結果として引かれるのである。これは、「科学的」と呼ばれるものに実は多様性があることを示している<sup>82</sup>。こうした議論は科学的知識に関するものであるが、外科技術の場合はさらに実行を伴う。動物実験では妥当とされている医学的知識であっても、ヒトに応用することは別の段階である。医学的有効性だけでなく、倫理についても検討されなければならない。しかも、その有効性を評価するとき、患者のなにをもってその指標とするのかについては価値判断が含まれるため、医学界でその技術が妥当と判断される領域は広がる。幅のある妥当性ではあるものの、医学界内で妥当性を得られることを本稿では「医学的妥当性」獲得と呼ぶことにする。

次の段階は社会での正統性を獲得する過程である。医学界内ですでに正統化されている外科技術は、社会から特別な異論が出ないことが多く、専門家による正統性獲得と社会での正統化の段階はほぼ一致している。しかし、内容によっては社会にすぐには受け入れられない技術もあるので、その場合、社会に説明したり、説得を試みたりして、時には長い討議の過程を経て、技術が社会に受け入れられることになる。日本の臓器移植の正統性獲得はこれに該当すると考えられる。1985年、厚生省の研究班が脳死判定基準を報告した頃が専門家における妥当性獲得の時期とすれば、最終的に1997年の臓器移植法施行<sup>83</sup>したときが、脳死が社会に受け入れられたときであり、臓器移植が社会で正統性を獲得したときである。逆に、文化的な葛藤から、専門家があっさり引き下がり、技術が社会に拒絶されることも理論的にはあるだろう。代理母は日本では今も原則的には実行されていない<sup>84</sup>。

---

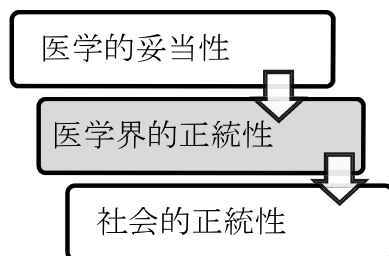
<sup>82</sup> Gieryn, T. F. "Boundaries of Science", Jasanoff, S. et al. eds. *Handbook of Science and Technology Studies*, California: Sage, 1994.(藤垣、前掲書、31-51頁、から引用。)

<sup>83</sup> この間、脳死論議を経て脳死臨調の脳死容認の報告が出されている。

<sup>84</sup> 長野県下諏訪町の産婦人科医は、代理母出産を実行してきたことを2001年に公表している

正統性と正当性の差異について説明しておきたい。「正当性」とは広辞苑<sup>85</sup>では「法律・社会通念から正当であると認められる状態にあること」である。たとえば心臓移植が社会に「正当」に受け入れられるとは、法律・社会通念上に脳死が正当と認められてからということになる。この意味では脳死がまだ社会に認知されていない時代、心臓移植が「正当性」を得られる可能性はない。これに対して「正当性」がないまま心臓移植を行うけれども抵抗されない状況が「正統化」である。たとえば、文化的に葛藤があったとしても、医者の権威が強ければ、社会は脳死を認めざるをえないかもしれない。後述するが南アフリカでは外科医バーナードの権威が強く、社会に脳死を受け入れさせていた。このように「正当性」がないままでも心臓移植に抵抗が起こらない状況が存在する。それを「正統化」とみなす。社会の一部に異論が残ったとしても、実行できるようになったときに「正統性(legitimacy)」を得られたときであるという意味で、「正当性(justice)」とは別に考えたい。南アフリカでは、社会に異論が残ろうとも心臓移植が受け入れられたという意味で、心臓移植の「正統性」を獲得したといえる。

前述の例「迷走神経切除術」は、有効性が根拠づけられた後もしばらく医学界内で抵抗されていたので、医学的妥当性と現実に行われるようになる(抵抗されない)段階とはずれていた。学界では外科技術に関して妥当性が判断されるのだが、その判断とは別に、学界という閉じられた社会で正統化される過程が存在することを示している。このように外科技術が医学界内で抵抗されずに行うことができる段階を、本研究では「医学界での正統性獲得」と呼ぶことにする(図 4)。



たとえば外科分野は違うが、医学史研究者 Schlich は、近年の骨折の治療方法が、器械

図 4 革新的外科技術の正統性獲得過程

(<http://e-smc.jp/special-reproduction/sr/surrogate/history.php>, 2016年9月17日, DL.)。しかし日本産婦人科学会は代理母を認めていない([http://www.jsog.or.jp/about\\_us/view/html/kaikoku/H15\\_4.html](http://www.jsog.or.jp/about_us/view/html/kaikoku/H15_4.html), 2016年9月17日, DL.)。

<sup>85</sup> 新村出編『広辞苑』第5版、岩波書店、1998年。

材料を使用する手術に移行していくとき、科学的根拠を示すだけでは外科医たちには受け入れられなかった手術手技が、徐々に受け入れられるようになっていく過程を分析している<sup>86</sup>。この研究では、国によって、文化によって、あるいは外科医たちの組織構造によって受け入れられ方が違うことが論述されており、医学的妥当性と医学界内での正統性に差があることを示していて興味深い。つまり、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外科医コミュニティ(学界)内で正統化されない場合があり、そのときは実施されないのである。あるいは逆に、学界内で妥当と判断されない技術であっても、別の理由から正統化され実施される場合もあるかもしれない。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。学界内での正統性獲得過程とは医学界内の政治過程と違ってよいだろう。これから論じる南アフリカ例では、学界内での心臓移植の正統性は、医学技術的な妥当性というよりも、イデオロギーやナショナリズムのような論理で獲得したものではないかと想定している。また、米国では、心臓移植の正統性は、医学技術的な妥当性だけでなく、フロンティア精神や「米国は世界一」というアメリカ中心主義の理念のような価値観から獲得されていたのではないかと想定している。もちろん、正当な技術であるなら医学界で正統化されるのを必ずしも待つ必要はない。非難を浴びて医学界から排除されることになるかもしれないが、孤独を恐れない専門家ならば実行可能であろう。第4章で後述するミシシッピ例のときにはこの意味で、手術は実行されたが米国医学界コミュニティ内での心臓移植の正統性は獲得されなかったと想定できる。

#### アクター：外科医と政府

心臓移植が社会に受け入れられる過程は、①受け入れ困難な科学技術と社会のあいだの問題に視点をおけば、革新的外科技術を实践する外科医と社会の緊張として、②国際関係に視点をおけば、冷戦時代の米国覇権下における、ナショナル・プライドを高めるための国家の行動として、さらに科学技術の開発元と受け入れ先の社会の間のトランスナショナルな文化摩擦として、③医学史に視点をおけば、外科技術が医学界で正統化される過程として、分析することが可能である。本研究はこれらの視点すべてを、日本、

---

<sup>86</sup> Schlich, T “The art and science of surgery: Innovation and concepts of medical practice in operative fracture care, 1960s-1970s” *Science, Technology, & Human Values*, 32(1), 2007, pp.65-87.

米国、南アフリカ各国の外科医と政府に焦点をあてることで分析しようとするものである。

世界最先端の外科技術を行おうとする外科医のモチベーションにはナショナリズムを見出すことができる。心臓移植を推し進めようとする外科医は、政府に支えられていたのではないか。本研究では、国際社会で展開された、心臓移植をめぐる外科医たちと政府の相互関係を分析するために、上記の三つの視点に配慮しながら、外科医と国家の関係を分析する。アクターとして想定しているのは外科医と政府である。本稿での両アクターの位置づけと全般的特徴について説明する。

## 1 外科医

社会に受容されがたい医学技術が生まれたとき、専門家はどう行動するのだろうか。社会との摩擦をどう処理するのか。外科医たちは、死の判定の変更と、人体実験の容認という困難なことを社会に受け入れさせようとするアクターである。社会からの抵抗を受けて簡単に引き下がってはいない、心臓移植を実行して患者を救うことはできない。彼らには固い決意と、行動していく強さがあったはずである。外科医たちの固い決意をもたらしたものは何だったのか、外科医たちの強さを支えたものは何だったのか。

ただし先を争って心臓移植を行おうとした外科医たちにとっては、もはや心臓移植は単なる外科技術ではなかった。本論で論述することになるが、患者のためだけでなく、別の理由があった。たとえばそのとき、南アフリカはアパルトヘイトのために世界中から批判されていたので、国家の信用を取り戻したいという動機があった。また、冷戦下の米国は、1957年ソ連に宇宙開発で後れをとり(スプートニク・ショック)、科学技術で先進しなければならないという強い危機感にとらわれていた。ソ連よりも、どこの国よりも早く、月へ有人飛行しなければならないと信じられていた。第2章で詳述するが、この信念は、米国外科医たちのところに、心臓移植をどこよりも早くしなければならないという信念に置き換えられていった。ケネディが人類で初めて月に行くと米国国民に誓ったように、心臓外科医たちは自分たちが人類初の心臓移植をなすとげると、心に誓ったのである<sup>87</sup>。このように外科医たちは、ナショナリズムから心臓移植へと突き動かされていった。

---

<sup>87</sup> McRae, D., *op.cit.*, p.110.

ここで外科医の特徴について触れておきたい。一般的に想定されている医師のイメージは内科医のことが多いが、内科医と外科医とは大きな差異がある。内科医は診断することに時間と労力を費やし、診断したあとの治療の資源はほとんど薬物であるのに対し、外科医は診断されている症例の手術適応について判断し、手術を決めたら実行にうつすのみで、外科医の時間と労力は手術そのものと術後管理に費やされる。外科医はリーダーシップを発揮して手術を実行し、手術中は緊張を強いられ、ときにドラマチックな展開になることもある。それゆえ手術が無事終了すると大きな達成感を得る。リーダーシップを発揮して行動にうつすという意味で外科医には実行力が必要で、手術の結果を引き受けるという意味で外科医の責任は逃げようがないほど明確である。

米国では外科医(外科医一般)は英雄である。フェルカーによると米国には外科医(外科医一般)は全能であるという強力なイデオロギーがあるという。

*彼は麻酔をかけられた患者に対して、現実には生殺与奪の権を握っている。われわれは外科医の切ることによって治す能力と、その熟練に対する信仰を通じて、彼らを崇めたてまつる。かつては聖職者の機能であった「手を当てる」という秘儀が、治療のための努力において、われわれの身体の「中に」当てられた手という象徴作用によって強められてきた。*

・外科医(外科医一般)は医療システムの階層制の頂点にいる。その地位にはすべての権力が内包されている。外科医は自分の専門家としての活動を「物事の自然の秩序」として受け入れ、そう受け入れていることを他の者たちに示す。一つの公然の行為として、手術は地位、熟練した技術、知識と技能、自立、支配、自然を支配するための科学の利用といったメッセージを伝える<sup>88</sup>。

また、別の社会学者たちも外科医について同様の表現をする。

*外科はきわめて男性的な仕事であり、高い報酬を得られ、それに名声と特権が伴い、そして社会的評価が非常に高いので、外科医は一種の文化(的)英雄と*

---

<sup>88</sup> M・E・フェルカー、前掲書、492-503頁。

みなされるほどである<sup>89</sup>。

外科医たちは、精巧な技術を編み出してきたが、それを通じて、外科医たちと、医療システム(欠点はある)と、国家(手術のための財源を確保する)に対する、社会の尊敬と感謝の念を増大させてきた。手術の成功はしばしば見せ物的な華々しさをもち、官僚的冷淡さと個人の無力の時代にあつて、その栄光が個人に凝集するので、手術の秩序は、不要な手術、手術の一時的流行や欠陥、医原病、増大する医療費等に対する同僚や社会からの批判を無害なものに変える<sup>90</sup>。

特にこの時代の心臓外科医は特別な存在であった。

第2章(米国の章)で実証を試みるが、外科医が勇気を振り絞って新しい外科技術を実践するとき、そのモチベーションはアメリカ的理念を原動力としていたのではないかと筆者は推測する。外科技術であっても、純粋に患者のためだけであるとは限らない。外科医は功名心から行おうとしたのかもしれない。あるいはイデオロギーから、またはナショナリズムからその革新的手術を行おうとしていたのではないかと推測する。

特に本研究では、外科医の動機に注目する。革新的外科手術を初めて行うとき、外科医たちの心には強い葛藤が起こる。リスクの大きいその手術は、一方で患者を救い、外科医をヒーローにするかもしれないが、他方で患者を死に至らしめ、単なる実験と非難されるかもしれない。この賭けにも似た行動に至った外科医には強いモチベーションがあったと考えるべきである。また、外科医たちのつながりや外科技術の伝播がトランスナショナルな現象であったことから、外科医たちは他国の外科医たちに励まされていたのではないかと推測する。心の拠り所のひとつは米国外科医たちの価値観だったのではないかと推測する。

なお、本研究で「外科医」と表現するものは心臓外科医のことである。混乱を避けるため、もし、それ以外の意味で使うことがあれば、「外科医一般」、「移」などと別な表現をすることにする。

<sup>89</sup> Parsons, T. *The Social System*, the Free Press, 1951, p.467.あるいは Sidel, V., Sidel, R. *A Healthy State: an international perspective on the crisis in United States medical care*, Pantheon Books, 1977, pp.76-7.

<sup>90</sup> M・E・フェルカー、前掲書、508-509頁。

また、外科医たちが連携できたのかどうかに注目する。困難な外科技術を社会に受容させるには外科医個人の力では困難である。結論を先取りすれば、南アフリカでは外科医たちと政府は一丸となって行動していたし、米国では外科医たちは政府によって連携されていた。ところが日本では外科医たちの連携は確認できなかった。連携を促進したものは何だったのか、あるいは連携を阻んだものは何だったのか。ナショナル・アイデンティティや国家政府などのような国民国家に関する要因から考察する。

## 2 政府

外科医たちは、社会の要望に応えようとし、人々に感動を与え、ナショナリズムを満足させたかもしれない。彼らは何に心の拠り所を見出し、支えられていたのか。想定している重要な要素は、外科医の政治的な強さ、もう少し広い範囲では専門家としての強さである。社会に新しい医学技術を受け入れさせるとき、いかなる力が発揮されるのか。そしてそのちからを支える構造はなにか。その構造としては、国民のナショナリズムや、政府の介入を想像できる。

科学技術を社会に受け入れさせる過程とは、ある種の権力闘争といえるかもしれない。専門家たちが自律的に行動するならば、素人たちからの批判を恐れずに突き進むことは可能であろう。それでも、専門家たちを引き止める抑制因子は数々表出する。政府はそのときどうしたのか。

もし民主的な社会でないなら、ある権威が外科技術についての正統性を提供することで、外科技術を社会に受容させることは可能であろう。しかしそうでない社会では、心臓移植という困難な外科技術を実行可能にするために、政府は外科医と社会のあいだに入って調整者になる必要がある。心臓移植を必要とするような、少数しかいない患者のために、政府のモチベーションが高まり積極的に調整したと考えるには無理がある。国民の生命を守るという保健行政のためだけではない、国家にかかわるような、別の重大な理由があってはじめて政府のモチベーションが高まるのではないか。心臓移植がその国にとって、医学的な意義だけでなく、ナショナル・プライドを高めるものであるとみなされるなら、政府は調整することでナショナル・アイデンティティの維持拡大を図ろうとするかもしれない。つまり政府は国民統合のために、心臓移植を利用したのではないか。

本研究で国家政府と表現しているものは、国民に対して強制力を行使できるアクター



あるいは調整するアクターとして、また、国民国家と表現しているものは、国民が忠誠心や義務感を向ける対象であり、または国民個人に帰属意識を与えてくれる(アイデンティティを提供してくれる)主体である。

### 第3項 心臓移植の受容過程の分析

前述したように、心臓は心の在処であるという考えを否定されること、死の判定の変更の問題、そして人体実験性という倫理的問題のために、心臓移植は受入れ難い。たとえ医学界で妥当と判断されても、社会は容易に認めないであろう。ところが心臓移植の場合、1967年から70年頃のごく短期間で、世界中で行われ、そのうちの多くの国(社会)が受け入れていったのである。このような短期間での心臓移植の受け入れには不自然さを感じる。なにか人為的な力の働きや政治過程を考えざるをえないが、それは外科医のナショナリズムや国民国家のナショナル・アイデンティティの維持拡大のような、国民統合に関係した力が作用していたのではないかと推測している。それを論証するために、本研究では特に、死の判定の問題と人体実験性の問題を、外科医とその周辺の専門家たち、そして国家政府がいかに対処したのかに着目して分析する。

### 第4項 心臓移植の受容過程の国家間比較

日本初の心臓移植は称賛されていた。たとえ1例だけでも、心臓移植が称賛されたという事実は、日本も南アフリカや米国と同様に心臓移植を「受容した」といえる。重要な違いは、継続したかどうかである。心臓移植を継続した国はどのような過程を経て心臓移植を受け入れたのかを分析し、この分析から得た知見を利用して、心臓移植を継続しなかった日本は、どのような過程を経て心臓移植をいったんは受け入れ、どのように頓挫させたのかを考察していく。

心臓移植を継続した国として南アフリカと米国、継続しなかった国として日本、の3か国の国家間比較を通じて、日本を相対化し、今までに見出せなかった問題点を明らかにしていきたい。そして結論を先取りして言うことになるが、3か国を並べて検討すると、米国の価値観が南アフリカや日本に伝染していくようすを確認することができる。つまり米国の影響力の大きさを知ることになる。外科技術と冷戦同盟の中心である米国と、世界の予想を破って心臓移植レースに勝った南アフリカを比較対象にすることで、国際レースのなかで行われた日本の心臓移植の意義を見出すことができるであろう。

さらに南アフリカと日本を比較すると、米国の影響力の浸透する程度に大きなギャップを見出すことになる。

## 第5節 各章の構成

本研究では、①なぜ、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、という問いを解いていく。3 か国には1950年代から1960年代まで、様々な国内的・国際的な重大事が発生していた。本研究はこうした背景に留意する。特に、冷戦時代の米国の、国際社会での影響力を考慮する必要がある。そして最後に「日本の心臓移植はなぜ頓挫したのか」という問いに解答を見出す。

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ていく。そのときの分析の焦点は、社会には大きなストレスになる、死の判定の変更という問題と、心臓移植の初期が人体実験であるという問題である。主要なアクターである外科医と政府の行動、両者の関係を中心に分析し、心臓移植と南アフリカのナショナル・アイデンティティの関係を論じる。

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る。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。米国外科医たちや米国政府はどう行動したのか。心臓移植と米国のナショナル・アイデンティティの関係を論じる。

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ついての分析である。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の問題に前2か国と比べて日本はどう対処していたのかを分析する。そして心臓移植と日本のナショナル・アイデンティティとの関係を論じる。心臓移植を継続しなかった日本だが、意外にも前2か国と共通する点があった。従って他の章とは別に、日本で心臓移植が継続されなかった理由を、さらに文化触変論の視点から検討する。心臓移植という外科技術が一度は受容されていたが排除されるまでの過程、さらに外科医たちが心臓移植を語ることをタブーにした理由を、受け手側の関連文化要素とナショナリズムに配慮して考察する。

第4章は、前3章とは視点のレベルを変えて、国家単位から国内の地方と中央の関係

に焦点を当てて、周辺で行われた心臓移植を比較する。世界初の心臓移植を行っていないが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の辺境で心臓移植を行って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する。

結論では、各章で得られた分析結果をまとめ、①なぜ、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、の問いに答える。そして最後に、「日本の心臓移植はなぜ頓挫したのか」という問いの解答を示したい。

## 第1章 心臓移植と南アフリカ－心臓移植の受容過程－

これから述べる南アフリカは、心臓移植を拙速に受入れた例として論じる。本来受け入れ難い外科技術を社会が焦るように早く受入れるとき、その外科技術はナショナル・アイデンティティ形成を促したから、社会に受け入れられたのではないだろうか。

世界初の心臓移植のレシピエントは虚血性心疾患のために心不全を呈してグルーテスキュール病院(Groote Schuur Hospital)入院中の、余命わずかと考えられていた 53 才白人男性であった。世界初のドナーは歩行中に車に衝突され脳挫傷を負い、グルーテスキュール病院に搬送された 24 才白人女性であった。世界初の心臓移植の報道は世界を駆け抜け、米国社会も多大な関心を払った。外科医バーナード (Christiaan Neethling Barnard<sup>1</sup>) は南アフリカ国内ではスター扱いされ、国内の水泳大会優勝選手へのメダル贈呈者<sup>2</sup>になったり、ケープタウン大学のフットボールの試合ではキックオフ<sup>3</sup>をしたり、切手にもなった<sup>4</sup>。バーナードはほどなく離婚するのだが、すぐに 19 才のモデルと再婚しており、こうした経緯はマス・メディアの関心を惹き、まるで映画スターのように追い掛け回された<sup>5</sup>。彼は米国でテレビに出演したり、当時のジョンソン大統領(Lyndon B. Johnson)と面会したりした。イギリスでもテレビ出演したり、バチカン市国でローマ法王にも面会したりした<sup>6</sup>。

南アフリカの医学界の反応は称賛しかなかった。*South African Medical Journal* の 1967 年 12 月 30 日号では、編集者が心臓移植第 1 例に祝辞を述べている。「南アフリカで最初の腎移植(これも同じ外科医)のときの反応に比べて、心臓移植の第 1 例をめぐる社会の反応はその比ではない」、なぜなら「心臓移植の第 1 例は世界にとっての第 1 例だからである」。さらに編集者は、「心臓が昔から人間にとって感情のある場所として特別の臓器であるから」こそ、「心臓移植は科学の偉大な進歩である」と称えている<sup>7</sup>。心臓はポンプにすぎないという考えは科学の進歩を意味した。

外科医バーナードは最先端の医学の象徴となり、かつヒーローとなった。序論で述べ

---

<sup>1</sup> 1922 年生まれ、アフリカーナー、ケープタウン大学卒業、1955-1958 年に米国ミネソタ大学に留学、グルーテスキュール病院心臓外科教授。

<sup>2</sup> 出典不明(*The Chris Barnard Heart Fund: Vir Fonds?*)、1969.3.1. (C. Barnard collection at University of Cape Town、以下 CBC, UCT と表記)

<sup>3</sup> 出典不明(*The Chris Barnard Heart Fund: Vir Fonds?*)、1969.1.12.(CBC, UCT)

<sup>4</sup> Kyle R. A. and Shampo M. A. "Pioneer heart transplant surgeon" *Journal of the American Medical Association*, 232(7), 1975, p.727

<sup>5</sup> *Cape Times*, "Barnard married in midnight ceremony" 1970.2.14.

<sup>6</sup> McRae, D., *op.cit.*

<sup>7</sup> J. F. B. (unknown), *op. cit.*

たように、受容されにくいはずの心臓移植は、南アフリカでは不自然なほどあっさり受容されていく。心臓は心の在処ではなくポンプにすぎないという考え方に社会は反発せず、これから述べるように、死はあいまいに恣意的に判定され、そして「人体実験」と批判されるべき倫理的問題はレシピエントを美化することで不問にされる。さらに臓器摘出に関するスキャンダルには法改定で対処し、臓器摘出はむしろやりやすくなっていく。

本研究では、こうした驚くほど急速な受容過程を明らかにし、その理由を南アフリカのナショナル・アイデンティティ形成の視点から考察する。当時、南アフリカはアパルトヘイトのために国際社会から孤立していた。しかもアパルトヘイトにより、黒人とは分離した社会を築いた白人たちであったが、南アフリカの白人社会は歴史的に分裂していた。国際社会から孤立していた南アフリカであったが、世界初の心臓移植を行うと外科医バーナードは世界中から称賛された。心臓移植は、国際社会から孤立していた南アフリカ社会に何をもたらし、南アフリカの白人社会の統合にどのような意義をもたらしたのか。

## 第1節 心臓移植の受容過程

### 第1項 「死を判定できるのは医師だけである」

世界初の心臓移植は、手術直後に発刊された医学雑誌 *South African Medical Journal*, 1967年12月30日号で以下のように詳述されている。注目すべきは、ドナーの人工呼吸器を止めた理由である。

女性は午後4時前に自動車事故に遭い、多発骨折で意識のない状態(血圧60mmHg)でグレートスクール病院に搬送された。救命処置のあと、午後10時に麻酔科によって人工呼吸器が装着される。このときの心電図は正常であった。脳外科医は、脳損傷は致命的で治療しようがないと診断している。女性は午前0:45に手術室に入室、一方レシピエントの手術は午前1:30に始まった。午前2:20、ドナーの人工呼吸器が止められると、2:32にドナーの心拍は停止し、心摘出が始められた。ドナーの心臓がレシピエントの手術室に運ばれたのは午前3:01だった<sup>8</sup>。

南アフリカの初例では、脳死を診断したのではなく、脳外科医が「治療しようがない」と判断したから人工呼吸器を停止し、心停止を待った。重篤な脳損傷のために呼吸が停

---

<sup>8</sup> Ozinsky, J., et al “Cardiac Transplantation-the Anaesthetist’s view: A Case Report” *South African Medical Journal*, 41(48), 1967, pp.1268-70.

止した患者において、人工呼吸器を止めれば心停止するのは時間の問題である。当時はまだ、脳死の概念が明確ではなく、死の判定は論議を呼んだであろう。現在なら人工呼吸器を止めてよいタイミングは、少なくとも脳死を判定したあとだけであるが<sup>9</sup>、この論文にはそもそも「脳死(brain death)」という用語がない。この点について、2例目のドナーの死を判定した医師ホフエンベルグ(Raymond Hoffenberg)が近年になって告白している。「当時、米国のハーバード大学の脳死の判定基準(Report of the Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death)があればよかったのに」(Hoffenberg 2001)。

ロックによると、南アフリカの最初の心臓移植が行われた1か月後、ハーバード大学の麻酔科医ヘンリー・ビーチャー (Henry K. Beecher M.D.) が医学部長に要望したことから、「意識を取り戻す見込みのない患者」に関する緊急問題を検討するために委員会が設置された<sup>10</sup>。それまで医師たちは、集中治療室という閉鎖された世界で、患者の死が切迫し、もはや死が避けられないと信じたときに人工呼吸器のスイッチを切っていた<sup>11</sup>。6か月間の討議の末(1968年8月)、そこでは「不可逆的昏睡」の特徴として、感覚、反応、動き、自発呼吸、反射の消失を挙げ、「すぐれた確認手段」として脳波検査を挙げていた<sup>12</sup>。つまり、当時は「脳死」という概念が明確ではなく、いつ死を判定するかの基準はなかった。この例ではあいまいに死を判定し、人工呼吸器を止めたのである。

そのホフエンベルグは2例目のドナーの死を判定している。診療したのは、水泳中にくも膜下出血になった若い男性患者である。この患者について移植チームから、「死」の宣告と心臓が移植に適していることを確認してほしいと要請されたのである。彼は、まだ心臓が拍動している患者に「死」を宣告することに不安を感じるが、もし躊躇すると、彼自身の反体制<sup>13</sup>という立場からして、国の誇りを高めたバーナードの功績を貶めようとしていると疑われるだろうと悩んだという。というのも彼は、政治活動を理由(Suppression of Communism Act)に職場追放がすでに決定されていて、この夜がグルーテスキュール病院での最後の勤務であった<sup>14</sup>。

1例目は脳外科医が「脳損傷は致命的で治療しようがない」と診断したから人工呼吸器を止めていた。前述のホフエンベルグの論文によると、2例目は神経学的反射がないことを理由に外科チームに患者を渡していた。

<sup>9</sup> 日本ではいまでも慣例化していないが、米国では慣例化している。

<sup>10</sup> マーガレット・ロック 前掲書、79-80頁。

<sup>11</sup> デイヴィッド・ロスマン『医療倫理の夜明け: 臓器移植・延命治療・死ぬ権利をめぐる』(酒井忠昭監訳)晶文社、2000年、(原著は1991年)、222頁。

<sup>12</sup> マーガレット・ロック 前掲書、79-80頁。

<sup>13</sup> ホフエンベルグはその後、イギリスに移住し、高名な内科医になっている。

<sup>14</sup> Hoffenberg, R. "Christiaan Barnard: His First Transplants and Their Impact on Concepts of Death", *British Medical Journal (Clinical research ed.)*, 323(7327), 2001, pp.1478-80.

確かに南アフリカには法律上の死の定義はない。バーナードが心臓移植後に、招待されてエジンバラのロイヤル医学会で講演したとき、「医師が診断したときが「死」なのだ、そのとき臓器摘出できるのだ」と言っていた<sup>15</sup>。この講演は1968年11月に行われたが、当時すでに8月にはハーバード大学臨時委員会が脳死判定基準を発表しており、バーナードはこれを無視したことになる<sup>16</sup>。

南アフリカの医学界内で、死の判定を問題にする意見として筆者が確認できたものは、シャピロ(Hillel A. Shapiro)の脳波の必要性についての意見のみである<sup>17</sup>。「心臓移植が現実的になって、それまで要請されなかった死亡診断を正確にしなければならなくなった。心拍が残った状態で心臓を摘出できる条件とはなにか。当時、脳波検査の精度がまだ確立されていなかったが、脳死が疑われるドナーの評価には、脳波が最も重要である」と記されていた。

新聞、*South African Medical Journal* で筆者が確認できた範囲では、南アフリカでは、翌年8月に報告されたハーバード大学の基準についても触れている記述はなく、死の判定について議論が起こるといっても、この基準は無視されていた。ここで追加しておく、脳波は1982年の時点も南アフリカでは脳死判定の条件にされていない。後年の南アフリカの論文<sup>18</sup>では脳死判定に関する記述がみられるが、脳幹反射の消失という臨床的脳死判定であり、やはり脳波測定は条件にされていない<sup>19</sup>。つまり、反射の消失、無呼吸など、医師の主観的な評価のみで脳死を診断しているということである。ただ、脳死の診断の方法は必ずしも世界的に一致しているわけではなく、なおかつ、法的に診断を規定しているかどうかも各国さまざまであり、この時の南アフリカが突出していたわけではない。Stuartの論文(1981年)で紹介されている28か国のうち13か国では脳死は法的に定

---

<sup>15</sup> 出典不明(*Sunday Times?*)、"Death: Trust doctors-Barnard", 1968.11.13. (CBC, UCT) バーナードは米国ミシガン州オランダのホープ大学で表彰されるが、このときのスピーチでも、「医師が死を診断したときが死なのだ」と言っていた(*The News-Palladium*, "Pioneer heart surgeon talks at Holland", 1968.11.25.)

<sup>16</sup> 小久保亜早子「心臓移植」が社会に受容される過程: 南アフリカ事例の一考察『科学技術社会論研究』10、2013年、114-27頁。

<sup>17</sup> Shapiro, H.A. "Brain Death and Organ Transplantation", *Journal of Forensic Medicine*, 15(3), 1968, pp. 89-90.

<sup>18</sup> Cooper, D.K.C., Devilliers, J.C. et al. "Medical, legal and administrative aspects of cadaveric organ donation in the RSA", *South African Medical Journal*, 62, 1982, pp.933-8. この論文は脳波検査で脳死判定が複雑になって臓器提供が遅れてしまうことを怖れていて、不足している臓器の提供をうながそうとするものであった。

<sup>19</sup> Stuart, F.P., Veith, F.J. and Cranford, R.E. "Brain Death Laws and Patterns of Consent to Remove Organs for Transplantation From Cadavers in the United States and 28 Other Countries", *Transplantation*, 31(4), 1981, pp. 238-244.

脳死判定は国家間で差違があり、法律で規定する国もあれば、南アフリカのように規定しない国も多い。また、脳死判定に脳波を条件にする国もあれば、条件にしていない国もある。

義されている<sup>20</sup>。残り 15 か国のうち 10 か国<sup>21</sup>は、脳死は医学的に受容されていて「死の宣告」として使用されている。残り 5 か国の、デンマーク、イスラエル、日本、ポーランド、スウェーデンは脳死を死としては受容していない。また、脳死診断に脳波か脳血管撮影を要するかという点については、24 か国中 10 か国<sup>22</sup>が必要としていた。脳死判定に脳波を使用しないからといって、決して南アフリカが特殊というわけではないが、第 2 章で後述するように、米国のように脳死診断で心臓外科医たちが悩んできた国がある一方、心臓移植初例の国でありながら、南アフリカは脳死について無頓着ともいえる態度をとり続けてきた国であったといえる。

後述するが、南アフリカの「臓器提供と検死」法(Anatomical donations and postmortem examination bill, Act No.24 of 1970)を制定するときの特別委員会(Select committee)でも、バーナードはまた持論を述べていた。「患者が死亡したかどうかを決定できるのはただひとり、医師だけである」<sup>23</sup>。やはり証人のひとりとなった循環器部長シュリレ(Val Schrire)が死亡時刻について出席者たちに意見を求めた。草稿として載せられていた「受容されている医療に則って(in accordance with accepted medical practice)、人が死と判断されたときが死亡時刻である」という文章があるが、これを決定するのは裁判所には困難ではないかと。これについてバーナードは、「患者が死亡したかどうかを決定できるのはただひとり、医師だけである。ゆえに『受容されている医療に則って』を判断することは困難なことではない」と答えている<sup>24</sup>。つまり死の判定に裁判所は関係なく、医師だけが決定できるとの主張である。結局、法律で医学的事実である死を規定する条文は採用されなかった。バーナードの「死を決定できるのは医師だけである」は押し通されたのである。

死の判定を医師が独占できるようにした外科医バーナードの強さは驚くべきものである。結局、バーナードは心臓移植に関して、南アフリカ医学会(Medical association of South Africa)から金メダル、南アフリカ科学技術アカデミー(South Africa Academy of Arts and Science)からもメダルを授与された<sup>25</sup>。

心臓移植が始まった当初、脳波の必要性を唱える意見(Shapiro, 1968)が南アフリカ国内にも存在しながら、その声はかき消され、南アフリカの医学界では脳死を精確に診断し

---

<sup>20</sup> アルゼンチン、オーストラリア、オーストリア、カナダ、チェコスロバキア、フィンランド、フランス、イギリス、ギリシア、イタリア、ノルウェー、プエルトリコ。スペイン、米国。なお、米国、カナダは州によって差がある。

<sup>21</sup> ベルギー、ドイツ、インド、アイルランド、オランダ、ニュージーランド、南アフリカ、韓国、スイス、タイ。

<sup>22</sup> アルゼンチン、オーストリア、チェコスロバキア、フランス、ギリシア、イタリア、ポーランド、スイス、タイ。

<sup>23</sup> “There is only one person who can determine whether or not a patient has died, and that is the doctor.” Republic of South Africa Report of the Select Committee on the Anatomical Donations and Postmortem Examination Bill, Order of the House of Assembly, 1969, p.2. から。

<sup>24</sup> *Ibidem*, pp.1-2.

<sup>25</sup> Heart of Cape Town Museum, *op. cit.*



ないことが正当化された。

## 第2項 「人体実験」 性の不問

当時の心臓移植は、動物実験ではある程度の成績を出すことができても、拒絶反応についての対処方法がまだ確立されていなかった。患者は手術をしなければ必ず死亡するが、手術をしたからといってしない場合に比べて延命できるとは限らず、この意味で手術は挑戦的なものになる。治療成績の不確定な外科技術は「人体実験」として批判される。

実験的医療である心臓移植をおこなうことの倫理性について、南アフリカの新聞紙上<sup>26</sup>には問題点が提起されていたが、筆者が確認できた批判はこのくらいしかなかった。

心臓移植が人体実験であるという疑念は、以下のように、レシピエントの勇気を称えることで脇にどけられる。世界初の心臓移植のレシピエントは、53才の白人男性ワシュカンスキー(Louis Washkansky)である。彼が術後、ベッドに腰掛けている姿の写真は新聞などで報道され、彼の勇気が称えられた(図 5)。かれは術後 18 日で死亡するのだが、1 年後には大きな墓石が建てられ追悼記念式典が行われる<sup>27</sup>。式典にはバーナードなど病院関係者が列席するとともに、南アフリカ心臓移植 2 例目のレシピエントのブライバーク(Dr. Philip Blaiberg)の夫人も参加しており、最初のレシピエントが受けた称賛は次のレシピエントへ受け継がれる<sup>28</sup>。



図 5 ワシュカンスキー(左)とバーナード <https://www.westerncape.gov.za/general-publication/chris-barnard-performs-worlds-first-heart-transplant>, 2018 年 1 月 14 日 DL.

2 例目のレシピエントは 59 才の白人男性、歯科医ブライバークであった。彼は術後 1 年 7 か月生存したのだが、当時、世界の心臓移植レシピエントの生存期間は短く、長く

<sup>26</sup> *Cape Times*, Adam Small “The ethics of transplants” 1968.2.5.

<sup>27</sup> 出典不明(*Cape Times*?), “Barnard’s tribute at heart man’s grave”, 1968.12.30.(CBC, UCT)

<sup>28</sup> 小久保亜早子、前掲論文。

ても数か月間だったことから考えれば、フライバーグの生存期間は抜きんでて長かった<sup>29</sup>。ゆえにこの例はバーナードたちの技術の正当性を裏づけた。しかも彼は退院して社会生活を楽しむまでに回復したので、フライバーグがなにか行動すると新聞で報道され、数多くのインタビューを受けていた<sup>30</sup>。外科医バーナードだけでなく、レシピエントもマス・メディアの注目の的だったのである。この例では特に、手術の成功が過度に強調された。フライバーグの水浴び写真(図 6)が報道されていたが、彼はこの写真のために、「水際まで連れて行かれ、抱きかかえられて海の中に入り、写真を撮られ、それからまた抱きかかえられて浜辺に上がったのである」<sup>31</sup>。



図 6 フライバーグの水浴び <http://www.magnumphotos.com/Catalogue/Ian-Berry/1968/SOUTH-AFRICA-First-heart-transplant-NN121368.html>, 2018 年 1 月 18 日 DL.

彼が医療関係者だったことは、人体実験という批判をかわずのに効果的であった。この手術を外科医が強制したのではなく、患者が選んだということが示唆されたからである。南アフリカにおいては特に、白人で、成人で、なおかつ医療関係者であるということは、好条件となったと考えられる。国家のために勇気ある決断をしたことへの補償のために、レシピエントは美化されていった<sup>32</sup>。このレシピエントの胸像は現在、グルーテスキュール病院の心臓移植博物館に展示されている。

当時の南アフリカの政治的状況において、患者が手術を拒否できたのかについて想像しておかなければならない。アパルトヘイトで多数派の黒人たちを排除している白人社

<sup>29</sup> 和田寿郎『ふたつの死からひとつの生命を』道出版、2000 年、84-5 頁。

<sup>30</sup> 吉村昭 (1986 年)、前掲書、101-104 頁。

<sup>31</sup> マーガレット・ロック 前掲書、76 頁。

<sup>32</sup> 小久保亜早子、前掲論文。

会は、白人たち自身にとっても抑圧的であったことが想像できる。2例目のドナーの死を診断したホップフェンベルグは当時、前述したように政治的な理由で職場を追放されることになっていた。すでにバーナードは名声を高めており、この状況において、レシピエントにとっても、ドナーの家族にとっても、ドナーの死を診断する医師にとっても、拒否する選択肢はなかったかもしれない<sup>33</sup>。

### 第3項 臓器摘出の容易化

世界初のドナーとなったのは24才の白人女性デニス・ダーヴァル(Denis Darvall)である。彼女とともに交通事故に遭った母親は即死しているが、デニスの父(Edward Darvall)は、妻と娘を同時に失うことになるにもかかわらず、デニスの心臓摘出を承諾した。この話は、やがて父の勇氣ある決断として美化されていく。かれはドナーの父となってから、900通以上の手紙をあらゆる国から受け、さらにイタリアのポント・テレサ(Ponte Tresa)町から、その自己犠牲に対し表彰された<sup>34</sup>。バーナード心臓基金<sup>35</sup>もかれにメダルと賞金を授与した<sup>36</sup>。現在、心臓移植博物館には、デニスの事故現場が模型で再現されている。

#### 1 黒人ドナー・スキャンダル

2001年に亡くなったバーナードを追悼する近年の論文には、1例目のドナーが白人であったことは強調されているが、2例目以降の人種については触れられていない<sup>37</sup>。実は、2例目はカラード、3例目は黒人であった。しかもその3例目の黒人ドナーに対しての扱いは問題であった。当時、新聞の取材のために南アフリカを訪れていた作家吉村昭によると、突然倒れた黒人女性が病院に搬送されたが、脳出血による昏睡のため氏名を聞き出すことができず、家族を捜し出すことができぬままドナーとなったというのである<sup>38</sup>。これについてはスキャンダルとして新聞に報道され、南アフリカの記者らによって追跡・取材が行われた。その後、ドナーの身元は判明し、手術5日後、調査していた政府の地方行政官が非白人居住区(西ケープタウン Guguletu)を訪問し、ドナーの家族を病院の

<sup>33</sup> 同上。

<sup>34</sup> 出典不明(*The Chris Barnard Heart Fund: Vir Fonds?*), "Medallions for first transplant, 1968.10.12(CBC, UCT)

<sup>35</sup> バーナードたちは、世界初の心臓移植によって莫大な寄付(100万ランド)を、鉱山業会社や投資会社から受けた(*Cape Times*, "For the heart of a nation: a R1m. gift, Mining, finance giants give cash for UCT transplants" 1968.1.20.)。これによって、バーナード心臓基金が設立された。

<sup>36</sup> 出典不明(*The Chris Barnard Heart Fund: Vir Fonds?*), "Medallions for first transplant, 1969.3.22. (CBC, UCT)

<sup>37</sup> Brink, J.G. and Cooper, D.K.C. "Heart Transplantation: The Contribution of Christian Barnard and the University of Cape Town/Groote Schuur Hospital" *World Journal of Surgery*, 29(8), 2005, pp.953-961.

<sup>38</sup> 吉村昭『神々の沈黙: 心臓移植を追って』文藝春秋、1984年、231-236頁。

霊安室に連れて行き対面させた。病院長から説明を受けるが、心臓を摘出したことは告げられるも、家族の承諾なくして心臓を摘出したということについての弁明はなかったという。家族は知らぬ間に心臓をとられたことについて憤りを南アフリカの記者に伝え、法的な対処を検討すると言っていたが<sup>39</sup>、結局、バーナードは訴えられなかった。米国でも遺族が見つからずに心臓を摘出されたドナーがいたが、後に遺族が見つかり、外科医ロウアー(Richard Lower)は訴えられている<sup>40</sup>。南アフリカでの黒人の社会的状況のためか、このスキャンダルはすぐに静かになった。

当時は黒人が問題を抱えても、変革させることはきわめて困難な状況にあった。南アフリカ共和国の人口比率は当時、白人は18%、黒人は70%と黒人は多数派であったが<sup>41</sup>、実質的な投票権はなく、政治的なアクセスがまったくできない状態にあったのである。白人たちやマス・メディアが沈黙したとはいえ、黒人たちはどう感じていたのか。筆者はひとつだけ黒人の怒りを記述した文献を確認できた。黒人で構成される政党であるアフリカ民族会議(ANC: African National Congress)が発行している“SECHABA”という月刊誌の記事である。

南アフリカの人種主義者が黒人の生命を軽く扱い、死亡したかがわからないのに黒人女性から心臓を摘出した。女性の夫は彼女を探しに病院に行くが、白人の医師にお茶とビスケットを出されただけで聞き入れなかった。臓器摘出に関する法律では、摘出には親族の同意が必要とされている。もし親族が見つからない場合でも、遺体を医学的目的ならば使用してよいとされているが、ただしそれは死亡して24時間経過してからである。それにもかかわらず外科医はそれを待たずに心臓を摘出してしまった。しかも、死亡後の臓器摘出は彼女の宗教上許されないことだった<sup>42</sup>。

この雑誌は南アフリカ共和国だけでなく南アフリカ地域の黒人の政治活動団体(現在の与党)が発行しているものだが、当時の南アフリカ共和国では黒人の政治活動は禁止されていたため、南アフリカ共和国内の一部の国民の目にしか触れなかった可能性が高い。後述するが、結局、この事件では社会の論点は外科医バーナードへの非難ではなく、臓器摘出のための法の改定に移っていった。黒人の不満は押さえつけられ、レトリックは

<sup>39</sup> *Cape Times*, “Heart donor collapsed in street”, 1968.9.13. (CBC, UCT)、あるいは吉村昭、前掲書、226-9頁。

<sup>40</sup> McRae, D., *op.cit.*, pp.277-281.

<sup>41</sup> The Department of Statistics *South African Statistics*, Pretoria, 1970.

<sup>42</sup> Unknown “Body snatchers: why no publicity foe Barnard’s third transpla *SECHABA*, 3(2), 1969, p.14.

「家族の承諾」問題に切り替えられていく<sup>43</sup>。

南アフリカではいくつかの私立病院は複数人種を患者として受け入れていたが、州の行政府が運営する病院は人種ごとに隔離されていた<sup>44</sup>。救急車も通常、人種ごとに分離され利用されていた。アパルトヘイトによる診療拒否が原因で発生した不幸な事件は多かった。やや後年(1984年)だが、たとえば搬送先の病院が重傷であることを理由に他院に患者を送ると、そこでは人種を断定することだけで時間を浪費し、処置が遅れ患者は死亡した。また、自動車事故の被害者が、同乗者を収容した救急車に人種を理由に拒否され路上に放置されたが、通りがかった黒人により白人の病院に運ばれる。しかしそこでも診療を拒否され、別の病院の黒人病棟に転送されるまで長時間未処置だった(1984年ころ)<sup>45</sup>。グルーテスキュール病院は黒人患者を受け入れていたが、皮肉にも、だからこそドナーも確保できたのである。黒人を診察してはいたものの、白人より軽く扱っていることは容易に想像できる。心臓移植という素晴らしい医学のために黒人の尊厳が失われたとしても、スタッフたちはかまわないと感じたのだろうか。

1967年の南アフリカ共和国の乳児死亡率は白人 2.32%、カラード 13.15%、アジア系 4.51%、そして平均寿命(1959-1961年)は、白人男性 64.73才、カラード男性 49.62才、アジア系男性 57.70才と、白人とその他の人種との格差は大きい<sup>46</sup>。黒人の統計資料は存在しないので、カラードの数値から想像するしかないが、カラードよりも悪かったことは想像できる。別の資料(Trengove-Jones)には、一部の地域(districts)のだけではあるが黒人の統計資料が存在する。1960年の乳児死亡率は白人で3.0%、1970年には2.2%と低下しているが、黒人は10.1%(1960年)から12.4%(1970年)と、むしろ悪化している<sup>47</sup>。この資料からは、黒人に提供される医療が非常に限定的であったことが示唆される。南アフリカ社会では、公式的には存在しないかのように扱われる黒人は、一般的には医療から排除されているにもかかわらず、皮肉にもグルーテスキュール病院には受診可能であり、結果として、ドナーとして南アフリカ(白人)社会に貢献することになった。

## 2 法改定

南アフリカ政府は、最初の黒人ドナーのスキャンダルのあと、法律を改定することで対処した。移植に関してもっとも重要な法律は「解剖法」(Anatomy Act; Act No. 20 of 1959)である。それによると、死後、医学的目的のために臓器を摘出することが可能とされて

<sup>43</sup> 小久保亜早子、前掲論文。

<sup>44</sup> ロジャー・オモンド『アパルトヘイトの制度と実態:—一問一答—』(斎藤憲司訳)岩波書店、1989年、(原著は1985年)、75頁。

<sup>45</sup> 同上、75頁。

<sup>46</sup> The Department of Statistics, *op.cit.*

<sup>47</sup> Trengove-Jones, S. *A Study of Health and Health services in South Africa since 1960*(Thesis of Master of Commerce), Pietermaritzburg: University of Natal, 1977, pp.21-3.

いる。バーナードが南アフリカで心臓移植が可能と考えた根拠である。身元不明の黒人ドナーのスキャンダルから社会が問題にしたのは、「ドナーの家族の同意がなくても、臓器を摘出できるのか」であった。これに対して議会では、この法律について審議するという厚生大臣の声明の後、議会審議ではなく特別委員会(Select committee)を設立することになった<sup>48</sup>。この委員会で議論された結果、法律は改定され、新しく「臓器提供と検死法」(Anatomical donations and postmortem examination bill, Act No.24 of 1970)となった。臓器提供の許可をするのはだれかだが、1970年の法改定では、配偶者、子供、親、兄弟となった(Act 2-(2)-(a))<sup>49</sup>。注目すべきは但し書きである。「もしこれらの親族が見つからない場合は、地区の医務官(a district surgeon)が身元不明者の死亡後に臓器を摘出することを認可する」としている(Act 2-(2)-(b))。身元不明者でも、捜索しても家族を見つけられなければ、心臓移植のドナーになれることがより明確になったのである。

黒人ドナーのスキャンダルは1例だけではなかった。バーナードが南アフリカで最初の心・肺同時移植を行った時(1971年)も、家族の承諾なしで黒人をドナーにしていた<sup>50</sup>。若い黒人男性の身元が当初、判明しなかったのである。この件では、バーナードは事後に、ドナーの親族たちに居住区へ会いに行き説明している<sup>51</sup>。しかしながら、妻は居住区を行政から説明のないまま追い出されてしまう<sup>52</sup>。

当時の南アフリカ共和国は、たびたび発生する黒人の暴動に対して、武器で鎮圧し、逮捕者は拘留中に死亡することがあった<sup>53</sup>。その死因は拷問によるものと推測されるが、いい加減な死因が公表されたという<sup>54</sup>。端的に言えば、黒人の生命は軽視されていた。たとえ患者であっても、黒人ドナーに対する配慮がなかったとしても不思議ではない。

政府は黒人にかぎらずあらゆる国民に自由を制限した。共産主義禁止(1950年)、集会禁止(1956年)、人種混合政党の禁止(1968年)、黒人意識運動禁止(1977年)などによって、国民は人種によらずだれもが集会することができず、政治運動の一部は強く禁止されて

---

<sup>48</sup> Republic of South Africa *Report of the Select Committee on the Anatomical Donations and Postmortem Examination Bill*, Order of the House of Assembly, 1969.

委員会は1969年2月17日から同年6月2日まで計12回開催された。報告書によると、委員は12人、うち8人が医師(Dr.の表記)、議長は国民党員(J. T. Kruger)である。

<sup>49</sup> Republic of South Africa *Government Gazette*, 57(2662), 1970.

<sup>50</sup> 出典不明(*Cape Times?*), "Donor's wife was not approached", 1971.7.27. (CBC, UCT)、あるいは、*The Times*, "Donor's widow did not agree to heart-lung graft", 1971.7.27.

<sup>51</sup> 出典不明(*Cape Argus?*), "Mr. Gunya: Bamard explains", 1971.8.7. (CBC, UCT)

<sup>52</sup> 出典不明(*Cape Times?*), "Heart donors two opinions: Mrs. Gunya may have to leave", 1971.7.28. (CBC, UCT)

<sup>53</sup> たとえば、アフリカン・ナショナリストのステイーヴ・ピーコウは、1977年9月6日拘留中に死亡。当初の警察発表は「ハン・スト」だったが、真実は拷問による「外傷」だったという(ウッズ1990, x i)。

<sup>54</sup> ドナルド・ウッズ『ピーコウ(上)』(常盤新平訳)岩波書店、1990年、(原著は1978年)、vii-x viii頁。

いた。政府を批判することは白人にとっても危険なことだったのである。2例目のドナーの死を判定したホッフェンベルグはこのとき、反アパルトヘイト活動<sup>55</sup>を理由(Suppression of Communism Act)に職場追放がすでに決定されていた。政府の強圧的な態度は、ホッフェンベルグ医師のような白人に対しても向けられていたのである。反体制であれば職場を追放されるという雰囲気の中かで、政府を自由に批判することなどまず不可能であろう。

また、メディアと政府の関係はどうだったのだろうか。当時の南アフリカ共和国では、検閲が厳しく、メディアの自由度は小さかった。反政府寄りの発言をするメディアは、業務を続けられなくなることもあり、新聞社は業務停止にされ、廃業させられることがあった。たとえば、1950年代、『ガーディアン』紙、『ニュー・エイジ』紙、『スパーク』紙の編集者と記者は、共産主義禁止法により禁止命令を受けた。自由党の機関紙『コンタクト』の3名の編集者も同様の処分を受けた。ケープタウンの週刊誌『トーチ』の編集者、『アフリカ・サウス』紙の編集発行人も禁止命令を受けた。さらに、やや後年になるが、1977年に『ワールド』紙の編集者は拘禁され、同紙は発禁となった。反アパルトヘイト運動活動家スティープ・ビコの拘禁中の死について精力的に報道していた『デイリー・ディスパッチ』の編集者ドナルド・ウッズも国内公安法により発禁処分となった<sup>56</sup>。この環境では、ジャーナリストたちがドナー・スキャンダルを追跡して取材を続けるということはほぼ不可能であったろう。

トンプソンによると、アパルトヘイト社会は、精神的な緊張と暴力によって、がんじがらめになっていた。白人たちについては自殺が異常に多かった<sup>57</sup>。死亡率(人口10万人あたり)は白人男性25.6人(1965年)で、64-67年の間、常に20人を超えている<sup>58</sup>。この数値は同時代の日本男性の自殺死亡率(17.3人)<sup>59</sup>よりも高く、生きづらかったことが想像できる。

#### 第4項 南アフリカ医学における心臓移植

当時の南アフリカの医学水準はどの程度だったのか。心臓移植という外科技術が、この国の医学水準、医療水準として自然であったのかを検討しなければならない。まず心臓移植を可能にした南アフリカの科学的あるいは医学的基盤について触れておきたい。

---

<sup>55</sup> Raymond Hoffenberg From Wikipedia, the free encyclopedia, [http://en.wikipedia.org/wiki/Bill\\_Hoffenberg](http://en.wikipedia.org/wiki/Bill_Hoffenberg), 2014年7月14日DL.

<sup>56</sup> ロジャー・オモンド、前掲書、223頁。

<sup>57</sup> レナード・トンプソン『南アフリカの歴史』(宮本正興ほか訳)明石書店、1995年、(原著は1990年)、356頁。

<sup>58</sup> The Department of Statistics, *op.cit.*, p. c-14.

<sup>59</sup> <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/tokusyu/suicide04/2.html#2> 厚労省Hp自殺死亡率(人口10万対)の年次推移、2014年3月27日DL.

南アフリカは医学教育にしても医療政策にしても、イギリス帝国のシステムを基礎とし成立している<sup>60</sup>。初期の南アフリカの医学研究は、南アフリカ連邦設立(1910年)時、南アフリカ医学研究所(South African Institute for Medical Research)が設立したこと(1914年)と最初の医学講座がケープタウン大学に開講になった(1912年)ころから始まる。第二次世界大戦までは、医学研究への資金援助は貧弱だったが、科学産業研究のための南アフリカ議会 CSIR(Council for Scientific and Industrial Research, Act 33 of 1945)が 1945年に設立されてからは変わった<sup>61</sup>。

CSIRとは、南アフリカの資源を国益となる科学研究に向けるよう、政府に助言するために設立された、南アフリカにとって最初の科学議会である<sup>62</sup>。その背景には、南アフリカの後進性がある。戦後、南アフリカは小規模な産業改革を経験し、農業や鉱山業経済から、より多様な産業経済に変化した。それが今度は、あらゆる技術的な問題を引き起こした。『ビッグ・サイエンス』時代が到来し南アフリカと先進国とのギャップが拡大していくと、国家にとって産業研究をとりまとめることは、経済そして戦略上の必要性からはやむを得ないことになったのである<sup>63</sup>。

とりわけ、1965～73年の国内総生産(GDP)は、年平均5.1%という高い成長率を示した。というのも、60年代は世界的資源ブームに乗じて大量の外国資本・技術が導入され、飛躍的に拡大・発展していったからである。同部門で蓄積された資本は積極的に国内投資にまわされ、製造業部門を育成する大きな原動力となる一方、道路、港湾をはじめとする社会資本の整備を促進した<sup>64</sup>。

南アフリカ経済の原動力となった鉱業を支えてきたもののうち、黒人の安価な労働力は看過できない。たとえば1967年の鉱業労働者のうち8100人が白人、57万8000人が非白人である<sup>65</sup>。労働者には40億ランドの賃金が払われたが、白人には27.8億ランド、非白人には12.2億ランドだったという。つまり、90%近い非白人(黒人)の労働者に対して支払われた賃金は、たった30%しかなかった。月給で言えば、白人に285ランド、非白人に18ランドということになり、16倍の格差であったという<sup>66</sup>。本研究の目的は南アフリカ政府の黒人に対する搾取を非難することではないが、経済成長の影に黒人への搾

<sup>60</sup> Van Rensburg, H. C., Harrison D. "History of health policy", Harrison, D., ed. *South African Health Review*, Health systems trust, 1995, pp.95-118. (<http://www.hst.org.za/publications/south-african-health-review-1995>, 2014年3月31日DL).

<sup>61</sup> Brock, J.F. "Some highlight of medical research in South Africa", Brown, A.C. ed. *A History of Scientific Endeavour in South Africa: a collection of essays published on the occasion of the centenary of the Royal Society of South Africa*, Cape Town: the Royal Society of South Africa, 1977, pp.192-194.

<sup>62</sup> Marais, H. C. *Perspectives on Science Policy in South Africa*, Pretoria: Network, 2000, p.69.

<sup>63</sup> Basson, N. *Passage to Progress: The CSIR's Journey of Change 1945-1995*, Jonathan Ball, 1996, p.15.

<sup>64</sup> 北村かよ子「南ア経済の特質」林晃史編『南アフリカ: アパルトヘイト体制の行方』アジア経済研究所、1987年、前掲書、110-111頁。

<sup>65</sup> ただし、金鉱業に従事したのは60%強であった。

<sup>66</sup> Unknown "the facts in black & white" *SECHABA*, 3(2), 1969, p.17.



取があったことは少なくとも言えるだろう。こうした社会的構造を固定化するためにアパルトヘイトは貢献した。

医学研究の話に戻るが、1936年以降、外科研究に関する重要なトピックとして挙げることができるのは、ケープタウン大学に実験的外科手術のための部門が起動するようになったことである。循環器系の生理学において高度な発展がみられ、心臓の弁置換の研究は進展した。特にバーナードは重要な役割を担った<sup>67</sup>。1958年、心臓外科をグルーテスキュール病院で創設し、人工心肺を使用して心室中隔欠損や人工弁置換術などの開心術を行うようになっていった(Heart of Cape Town Museum unknown)。また、前述したように1967年には、腎移植を南アフリカで最初に行っている。

南アフリカにおいては、医学研究の進展は鉱山業と密接に関係している。世界初の心臓移植が施行されたあと、鉱山業会社グループ(The Rand Mining Group)がケープタウン大学に計100万ランド(1400万円)を寄付したため、心臓疾患と臓器移植のための研究所(Heart Disease and Organ Transplant Institute)が設立された。これによって、移植術後の拒絶反応の研究が進んだのである<sup>68</sup>。1968年8月、バーナード外科チームは、1968年度の科学技術学会賞(The associated. Science and Technical Societies' National Award for 1968)を授与されている<sup>69</sup>。1969年、十分な予算を得て、CSIRに医学研究のための委員会(医学委員会(S.A. Medical Research Council)1969年)<sup>70</sup>が設立されているが、心臓移植のすぐあとであったことは、単なる偶然ではないだろう。南アフリカの科学技術政策が先進国とのギャップを埋め合わせるために作られ、それが産業研究とともに医学研究を促した。とくに鉱山業の発展は心臓移植を可能にした基盤となり、医学研究を進展させたのである。

つぎに南アフリカ共和国という国全体として、このとき心臓移植という先進技術を行う必然性はあったのか、国民に必要な技術だったのかを検討したい。統計によると、白人の死因で最も多い疾患は循環器疾患(Disease of the Circulatory System)である。循環器疾患のすべてが心疾患とはかぎらないが、比率としては多くを占めており大いに参考となるはずである。1960年では26.6%であったのが、1970年には48.6%と増加しており、確かに対処しなければならない課題であった。ただし黒人の死因として循環器疾患は、1960年に5.5%(男性)、1970年には12.0%と、死因としては増加しているものの、圧倒的に低い。黒人の死因で多いのは感染症(21.1%:1970)であり、白人の1.7%に比べて極端に高く、保健サービスが悪かったことを示唆している(Trengove-Jones 1977, 37-48)<sup>71</sup>。また、心臓移

<sup>67</sup> Brock *op.cit.*, p.192.

<sup>68</sup> *Ibidem*, p.206.

<sup>69</sup> 出典不明(Cape Times?), "Award for transplant team", 1968.8.22(CBC, UCT).

<sup>70</sup> Brock *op.cit.*, p.194.

<sup>71</sup> Trengove-Jones の死因と人種の関係は、以下を出典にしている。①Republic of South Africa; Dept. of Statistics, South Africa Statistical Yearbook 1966, ②Republic of South Africa; Dept. of Statistics, South African Statistics 1974, ③Republic of South Africa; Dept. of Statistics, Report No 07-03-04: Bantu

植の対象となった患者のほとんどは白人であった<sup>72</sup>。前述したように、乳児死亡率や平均寿命の人種間格差からも、保健医療がほぼ白人のためのものであることがうかがえる。心臓移植は白人のための、限局した、かつ際立って高度な外科技術であったと言わざるをえない。

## 第2節 道具としての心臓移植：ナショナル・プライド

バーナードが心臓移植を行った時、南アフリカ在住の6才だったマックレー(Donald McRae “*Every second counts*”の著者)は、「南アフリカが心臓移植の中心になったと思ったときには武者震いした。我々は世界中から嫌われていたが、神秘的なバーナードがヒーローとなって現れた」と回想している<sup>73</sup>。また、前述したホッフェンベルグは、アパルトヘイトで世界から孤立していた南アフリカにとって、心臓移植は結果的に福音(a godsend)になったと述べていた<sup>74</sup>。

当時の臓器移植のなかでも、とくに心臓移植は注目された。治療法としての外科技術という意味より、前人未踏の領域に進んだ外科技術という象徴的な意味で讃えられたと言った方が適切である。つまりレシピエントの予後に関心があるのではなく、「最初に心臓移植をやった英雄はだれか」に関心が集まったのである。

### 第1項 国際社会からの孤立

次に、南アフリカが急速に心臓移植を受容した理由について検討する。筆者の目的は南アフリカの倫理的問題を取り上げるのではなく、南アフリカ社会がそうしなければならなかった理由を、南アフリカのナショナル・アイデンティティ形成の視点から検討することである。

1952年以降、国連総会は、アパルトヘイトを非難する決議を毎年可決させたが、その後、アジアとアフリカの独立国が増え、それぞれに議席が与えられるようになると、ますますアパルトヘイトに大きな注意を向けるようになっていった。1967年までに、総会はアパルトヘイトに関する特別委員会と特別ユニットを設置し、南アフリカの人種政策を告発する出版物を次々と発行していった<sup>75</sup>。

アパルトヘイトが南アフリカに根を下ろす一方で、それ以外のアフリカでは、政治権

---

Death in Selected Magisterial Districts 1968-1971, ④Republic of South Africa; Bureau of Statistics, Report on Death, South African and South West Africa. 1959-1962: Vol I -Causes, (Abrahams (pty) Ltd., Pretoria, Rp 45/1965).

<sup>72</sup> レナード・トンプソン、前掲書、354-355頁。

<sup>73</sup> McRae. D., *op. cit.*, pp.9-10.

<sup>74</sup> Hoffenberg *op. cit.*, p.1479.

<sup>75</sup> レナード・トンプソン、前掲書、373頁。

力は逆の方向へと流動し、1960年頃には、アフリカの民族主義は東方および南方へと向かい、イギリス領にも押し寄せていた。1960年の初め、イギリス首相マクミラン (Harold Macmillan) はケープタウンの南アフリカ議会で、大陸中を席卷していた「変革の風(ウインド・オブ・チェンジ)」について語り「南アフリカがアフリカの民族主義(ナショナリズム)に抵抗しようと試みるならば、イギリスは南アフリカを支援しない」と言明した<sup>76</sup>。その翌年の1961年、南アフリカは英連邦から離脱する。英連邦加盟諸国がアパルトヘイトを批判し続けたばかりでなく、国内でアフリカーナーとアフリカ人双方の民族主義が高まったためである<sup>77</sup>。南アフリカが大英帝国と結びつきが強かったことから考えれば、この事態は南アフリカにとって大きな痛手となったかのようにみえる。

## 1 分裂の歴史

南アフリカが世界から嫌われていた理由はアパルトヘイトである。しかし政府はアパルトヘイトを継続していく。南アフリカは白人と黒人という人種間で分裂していただけではなく、白人社会も分裂していた。オランダ系白人のアフリカーナーの社会とイギリス系白人の社会は歴史的に分裂していた。南アフリカは、17世紀半ばにオランダ東インド会社がケープ半島に上陸したことをきっかけに、オランダ人によって植民地化される。さらにその後、イギリスが1795年、ケープ半島を占領する。最終的に、1910年に南アフリカ連邦として統一を果たすことになるのだが、その前に、二種類の白人は戦争をしている。

1899年から1902年のボーア戦争(アフリカーナーは第二次自由戦争と呼ぶ)では、イギリスがなんとか軍事的勝利を収めたものの、以後共に生きていかなければならないアフリカーナーとの和睦が必要になった。マークス(Anthony W. Marx)によると、この和睦は黒人を排除することで達成されたという。アフリカ人の排除が白人の国民統一を助け<sup>78</sup>、イギリス人とアフリカーナーの亀裂が生じるたびに、人種支配という軟膏が平和を保つために塗られた<sup>79</sup>。1934年、スマッツ(Jan Christian Smuts)の南アフリカ党<sup>80</sup>とヘルツォーク(James B. M. Hertzog)の国民党<sup>81</sup>は融合し連合党となったが、二人の意見は一致した「南アフリカに白人国家を作り上げるためには、分化の原則を先住民政策の原則とすること

---

<sup>76</sup> 同上、371-372頁。

<sup>77</sup> ロバート・ロス編『ケンブリッジ版世界各国史 南アフリカの歴史』(石鎚優訳) 創土社、2009年、(原著は2005年)、159頁。

<sup>78</sup> アンソニー・W・マークス、前掲書、132-178頁。黒人を排除することはアフリカーナーの強い要望であった。

<sup>79</sup> 同上、176頁。

<sup>80</sup> レナード・トンプソン、前掲書281頁。イギリス系白人に支持されている。

<sup>81</sup> アフリカーナーに支持されていた。

がきわめて重要である<sup>82</sup>」。

1948年に国民党が勝利すると、以後30年間にわたって、圧倒的多数のアフリカーナーの支持を得る。国民党は政府を支配することを通じて、白人としての人種的な目的を果たすだけでなく、アフリカーナーとしてのエスニックな目的をも果たそうとした。1949年、プレトリアでフォルトレッカー(開拓移民: アフリカーナーの歴史)の記念碑が建立された。碑にはアフリカーンス語で「南アフリカ、我らは汝のために」と刻まれ、アフリカーナーの6人に1人が除幕式に参加した。1957年には残存していたユニオンジャックやイギリス国歌「女王陛下万歳」の公的地位が破棄された。そして中央の政治システムから黒人参加のあらゆる痕跡を消し去っていく<sup>83</sup>。

1958年フェルヴールトが政権をとると、人種支配とアフリカーナー民族主義とのつながりは頂点になる。アフリカーナー主義を信奉するかれの見解では、国民党が代表するのは「単なるありふれた政党ではなく、進行中の国家」であり、「イギリス人も帝国より南アフリカを優先するときのみこの国家に受け入れられる」のであった<sup>84</sup>。

変革の嵐はフェルヴールトにとって好機となった。このマクミランの論理に食いつき、「南アフリカ白人の民族主義(ナショナリズム)は、提携をもはや望んでいない帝国から公式に独立する根拠となる」と主張したのである<sup>85</sup>。スマッツと同様にフェルヴールトも全白人の和解を主張したが、両者は全く別の立ち位置から出発していた。スマッツがアフリカーナー主導だが、多くのイギリス系白人により支持されている政党を利用して、君主制連邦のうえに国家を建設しようとしたのに対し、フェルヴールトはほぼ排他的なアフリカーナーの政党を利用して新しい共和国を樹立しようとしたのである<sup>86</sup>。

1961年、国民党政府は白人選挙民の国民投票で過半数を確保し、南アフリカ連邦を共和国に変えた。こうして南アフリカの大英帝国からの離脱のプロセスが完成した。Barberによると、共和国宣言は白人ナショナリズム(white nationalism)を推進した重要な要素だが、もっと重要だったのは、1960年代初期に認識された白人社会へのさまざまな脅威だったという。外的環境からの敵意、域内での非白人革命の恐怖によって、南アフリカ白人は、彼らの特権的地位を守るために団結したのである<sup>87</sup>。マークスによれば、アフリカーナーがイギリス系白人と協力するために、アフリカーナー民族主義(ナショナリズム)から「白人の共和主義」にレトリックを変えたという。国家は非常に精緻な形態の人種

---

<sup>82</sup> Dubow, S. *Racial Segregation and the Origins of Apartheid in South Africa, 1919-36*, London: Macmillan, 1989, p.133.

<sup>83</sup> アンソニー・W・マークス、前掲書、159-161頁。

<sup>84</sup> 同上、161頁。

<sup>85</sup> 同上、162-3頁。さらに、ソ連に支援されたアフリカ民族会議に抵抗して白人を統一するため、共産主義の脅威というイメージも利用したのである。

<sup>86</sup> Barber, J. *South African Foreign Policy, 1945-70*, Oxford University Press, 1973, p. 135.

<sup>87</sup> *Ibidem*, p.136.

支配を通じて、アフリカーナーの利益と白人統一の両方を推進した<sup>88</sup>。アパルトヘイトは、白人優位主義事業とアフリカーナー民族主義事業の二つを駆動輪として、国家の定義に「白人とアフリカーナー人」という多義性をもたらした<sup>89</sup>。

分裂の歴史をもつ白人社会は統合のための求心力を必要とする。マークスによると南アフリカは黒人を排除することで国民統合を成し遂げたという<sup>90</sup>。もしマークスの言うとおりなら、南アフリカがアパルトヘイトを止めるときは白人社会が分裂するときである。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が、アパルトヘイトを継続したまま国民統合を維持しようとするとき、悪評を跳ね返す必要があったろう。心臓移植は南アフリカの悪評を跳ね返し、国民統合の維持に寄与したであろう。他方、黒人を排除することで統合を維持する社会は、白人たち自身にとっても窮屈な社会である。批判を自由に表現する空気はなく、死の判定や手術の倫理性に反発したくても、それを表現できないでいたのではないだろうか。

## 2 広報宣伝としての心臓移植

心臓移植直後には心臓移植の正統化と国外向けの広報宣伝のような活動が南アフリカの医学界にみられた。1968年、グルーテスキュール病院は心臓移植を行った世界の外科医たちを招待してシンポジウムを行ったのである<sup>91</sup>。招待されたのは米国のカントロヴィッツ(A. Kantrowitz)(米国初)、クーリー(Denton Cooley)、リリハイ(C. Walton Lillehei)、イギリスのロス(D. Ross)(イギリス初)、インドのセン(P.K. Sen)(世界で6例目、インド初)、カナダのグロンディン(P. Grondin)(カナダ初)、チリのカプラン(J. Kaplan)(チリで初)、ブラジルのゼルビニ(E. J. Zerbini)(ブラジル初)など13人である。7月13日から16日までケープタウンで開催され、レシピエントやドナーの選択、手術手技や拒絶反応の診断と治療などについて議論がなされた。政府が直接関与してはいないものの、ケープ州の支援はうけていて、州行政官(Dr. J. N. Malan)があいさつのスピーチを行うなど重要会議であることが伝わる<sup>92</sup>。新聞の写真では、全員が記者会見場に集まり、まるで南アフリカが心臓移植の中心となったかのようにすらみえる。ちなみに、この会議の内容は出版されているのだが、その編集者は、南アフリカ国内でバーナードを唯一批判したシャピロであった(ダーバンのナタール大学の法医学教授)<sup>93</sup>。批判はトーンダウンし、彼はこの「催し物」

<sup>88</sup> アンソニー・W・マークス、前掲書、163-4頁。

<sup>89</sup> Posel, D. "The Apartheid project, 1948-1970", Ross, R., Mager, A. K., Nason, B. eds. *The Cambridge History of South Africa Volume 2*, 2011, p.327. <http://dx.doi.org/10.1017/CHOL9780521869836.007>, 2014年7月18日DL.

<sup>90</sup> アンソニー・W・マークス、前掲書。

<sup>91</sup> *Cape Argus*, "Doctor's summit" 1968.7.13.

<sup>92</sup> Shapiro, H.A. ed. *Experience with Human Heart Transplantation*, Durban: Butterworths, 1969, preface.

<sup>93</sup> Shapiro, H.A., 1968, *op. cit.*

の調整者となっていた<sup>94</sup>。

1 例目の心臓移植の術後にバーナードが米国に行った際、ニューヨークで在米南アフリカ国連大使ボーサ(Roelof Frederik Botha)<sup>95</sup>に会っている。バーナードは、「バーナードが偉業を成し遂げたことは南アフリカにとって素晴らしいことである。というのも、米国人の多くは南アフリカを原始的な国と誤解していたからだ。南アフリカ政府は旅費を出すから、もっと多くの国に行ってたくさんの人々に会い、メッセージを伝えてほしい。心臓移植のことだけでなく、我が国のコスモポリタンのな社会についても」と言われていた<sup>96</sup>。実際にバーナードは、南アフリカ広報活動研究所(the Public Relations Institute of South Africa)から金メダルを受賞し、広報官から「すばらしい大使」と称賛された<sup>97</sup>。

南アフリカ社会は、国際社会からの批判や国連には敏感である。前述した臓器提供に関する特別委員会では後述するように、バーナードは報道規制を要望しているが、証人のフリードマン(D. Friedmann: 南アフリカ報道協会(the South African Press Association)の代表者)はこう述べていた<sup>98</sup>。

*ドナーやレシピエントの氏名に関して秘密を課すことは、国連のような、外国からの南アフリカへの批判に武器を与えることになる。南アフリカは臓器移植に関してなにか隠していると思われる。情報開示は、南アフリカ共和国は何も隠していないことを示すことになり、批判をかわすことができるはずである。*

フリードマンはイギリスでバーナードとイギリスの医師たちの討論が放映(BBC)されたことに触れて<sup>99</sup>、「イギリスの医師たちはすでに南アフリカの心臓移植をよく知っていた。外国に公表されていたからこそ、余計な批判を抑えることができたはずである」と公表の重要性を主張していた。というのも外国報道は驚異的にスピーディだったのである。5例目の手術のレシピエントがカラードであったことは、グルーテスキュール病院は公表しなかったため南アフリカの報道協会(SAPA: South African Press Association)は患者の氏名を伏せていたが、術後1時間でアメリカ報道協会(the Associated Press of America)は情報を入手していたという。南アフリカで非白人が心臓移植をうけている事実こそ、広報宣伝になるはずだが、公表していなければ信用を取り戻す可能性は失われていたであ

<sup>94</sup> 小久保亜早子、前掲論文。

<sup>95</sup> その後、南アフリカ外務大臣(1977-1994)になっている。

<sup>96</sup> McRae, D., *op.cit.*, pp.243-244.

<sup>97</sup> *The Times*, "Gold medal for Prof Barnard", 1968.4.3.

<sup>98</sup> Republic of South Africa (1969), *op.cit.*, pp.111-20.

<sup>99</sup> *Ibidem*. ジャーナリストのマルコム・マッグリッジ(Malcolm Muggeridge)が南アフリカを中傷したという。

ろう。

政府は国民全体の医療水準には大して関心はなく、心臓移植をはじめとする先進医療を推進することで、「南アフリカは安定し文明化された国であり、「自由世界」の不可欠のメンバー」というプロパガンダを実践していたのではないだろうか。つまり、心臓移植は南アフリカ共和国の広報宣伝としての意義が強かったのである。

## 第2項 外科医と国家

### 1 戦略

ホフエンベルグは最初のドナーには白人が「選ばれた」とし、白人のレシピエントのために黒人ドナーの心臓が採られたと批判されないように大きな配慮がされたはずだという<sup>100</sup>。

バーナードは2回目の米国留学から帰国した後(1966年)、心臓移植を行う野心をもつようになったという<sup>101</sup>。実際に心臓外科医たちは世界初の心臓移植を行うにあたって戦略をもっていた。ホフエンベルグが言うように、ドナーもレシピエントも白人にしなければならないと考えていたのである。まず、バーナードは循環器部長シュリレに心臓移植を行いたいと申し出たが、彼の提案は心筋症<sup>102</sup>の黒人をレシピエントにするというものであった。これに対してシュリレは怒る「グルーテスキュール病院は黒人で実験しているという非難を受けることになってしまう。ドナーもレシピエントもどちらも白人でなければならない」<sup>103</sup>。

実は心臓移植の最初のチャンスは1967年11月22日に訪れていた。ケールドン(Caledon)にいる医師から、交通事故で重傷脳損傷を負ったカラードの男性患者がいるとバーナードに連絡が入ったのである。バーナードはドナーにするつもりでそれを受けたが、シュリレは抵抗する。結局、ドナーの血液型がレシピエントと一致していることが判明したものの、ドナーの心臓に問題があることが明らかとなり、医学的理由で移植を断念したのである<sup>104</sup>。幸か不幸か(おそらく幸運にも)、バーナードはカラードのドナーで心臓移植を行う機会を逸した。この後、「ドナーもレシピエントも白人で」戦略は明確になった。

そして、その10日後には、白人のドナーが現れ、世界初の心臓移植が行われた。前述したように、諸外国の記事はこの手術を讃えた。彼らの白人へのこだわりは功を奏したのである。こうした戦略は、外科医たちが心臓移植を施行するにあたって、南アフリカ

<sup>100</sup> Hoffenberg *op. cit.*, p.1479.

<sup>101</sup> Barnard, C. N., Pepper C. B. *One Life*, Macmillan, 1970, pp.244-252.

<sup>102</sup> 心筋症とは、心筋が変性し厚くなったり薄くなったりして心臓の機能不全を呈した状態。

<sup>103</sup> Barnard, C. (1970), *op.cit.*, pp.250-251.

<sup>104</sup> McRae, D., *op.cit.*, pp.180-182.

で行うということが国際社会にどう映るかを意識していたことを示している。

*South African Medical Journal* には、この手術について、グルーテスキュール病院を中心としてさまざまな論文が特集掲載された。1967年12月30日号の巻頭言は、死亡した患者ワシुकンスキーへのお悔やみから始まり、グルーテスキュール病院外科主任教授ルー(J. H. Louw)による病院とケープ州政府とのユニークなパートナーシップの説明や州政府への謝意、米国の同僚たちへの謝意、さらにレシピエントのワシुकンスキーとドナーの父ダーヴァル氏を「手術成功に貢献した」として紹介している<sup>105</sup>。次は、南アフリカ医学会からのバーナードの人物紹介と名誉学位授与の提案、さらに前述の麻酔医 Ozinsky による論文以外にも、心臓移植の動物実験の実績を強調する論文<sup>106</sup>、ドナー選択の正当性を強調する論文<sup>107</sup>、レシピエントに心臓移植の適応があったことを強調する論文<sup>108</sup>、組織テストでの正当性を強調する論文<sup>109</sup>、手術の成功を強調するバーナードの論文<sup>110</sup>、臨床実験の正当性とドナーからの臓器摘出の法的正当性を強調する論文<sup>111</sup> (病院からではなく、ケープタウン州政府病理学研究所から)、拒絶反応がなかったとする解剖所見<sup>112</sup>、などである。グルーテスキュール病院だけでなく、ケープタウン全体が心臓移植の成功を一丸となって強調していたように思える。前述した、*South African Medical Journal* でのいくつかの称賛の記事も併せると、南アフリカ医学界全体でこの手術を後押ししているようにみえる。

世界初の心臓移植は、すでに外科医だけの問題ではなく、グルーテスキュール病院だけの問題でもなく、南アフリカ共和国という国家の問題になっていた。なぜここまで国家や国際社会を意識していたのだろうか。それは、バーナードの初めての開心術<sup>113</sup>に遡ると理解できる。

---

<sup>105</sup> Louw, J.H. “We regret to record the death of the patient, Mr. Louis Washkansky, on 21 December 1967” *South African Medical Journal*, 41(48), 1967, pp.1257-1258.

<sup>106</sup> Barnard, M. S. “Heart transplantation: an experimental review and preliminary research” *South African Medical Journal*, 41(48), 1967, pp. 1260-1262. 著者は同じ外科チームのバーナードの弟。

<sup>107</sup> Bosman, S. C. W. “Selection of donor for cardiac transplant” *South African Medical Journal*, 41(48), 1967, pp.1262-1263.

<sup>108</sup> Shrire, V., Beck W. “Human heart transplantation: the pre-operative assessment” *South African Medical Journal*, 41(48), 1967, pp.1263-1265.

<sup>109</sup> Botha, M.C. “Human heart transplantation: the tissue typing tests” *South African Medical Journal*, 41(48), 1967, pp. 1265-1267.

<sup>110</sup> Barnard, C. N. “the operation: a human cardiac transplant: an interim report of a successful operation performed at Groote Schuur hospital, Cape Town” *South African Medical Journal*, 41(48), 1967, pp.1271-1274.

<sup>111</sup> Smith, L.S. “the acquisition of human tissue for transplantation purposes: legal requirements in South Africa” *South African Medical Journal*, 41(48), 1967, pp.1274-1276.

<sup>112</sup> Thomson, J.G. “Provisional report of the first human heart transplantation” *South African Medical Journal*, 41(48), 1967, pp.1277-1278.

<sup>113</sup> バーナードは米国で外科技術を学び、米国から人工心肺装置を入手して南アフリカで心臓外科を始めた。



## 2 政府と外科医

バーナードは1958年、初めて開心術を行った。この患者はカラードだったのだが、当時の首相のフェルヴェルト(Hendrik Verwoerd)は、「我々には世界のどこでも活躍できる医師がいる。患者の肌の色を見たか、白ではない。我々は人々を分離する、しかし、この褐色の少女はアフリカーナーの医師に救われた」と演説した<sup>114</sup>。アフリカーナーに強く支持されていた政府<sup>115</sup>にとって、先進医療を行うバーナードがアフリカーナーであったことは重要であった。それと同時に、先進医療の恩恵を受けるのは白人だけではないことを示すことにもなった。

後述するが、1960年2月、イギリス首相マクミランがアフリカ人民族主義(ナショナリズム)の台頭を認めたとき(「変革の風(ウインド・オブ・チェンジ)」)、フェルヴェルトは共産主義の脅威というイメージを利用して、ソ連に支援されたアフリカ民族会議(ANC)に対抗して白人を統一しようとした<sup>116</sup>。3月にはシャープビル事件が起こるが、「この反乱を起こしたのは共産主義者であり、ANCは、世界制覇を目論むモスクワの指示を受けた共産主義組織である。帝国本国は熱帯アフリカを共産主義者の浸透にさらしている」というプロパガンダを行った<sup>117</sup>。南アフリカの対外向けのプロパガンダは、ヨーロッパ人とアメリカ人の冷戦時代の恐怖と偏見にぴったり調子を合わせていた。それによると「南アフリカは安定し文明化された国であり、「自由世界」の不可欠のメンバーとして、国際共産主義と絶え間なく戦い続けている<sup>118</sup>」である。

先進医療を行うバーナードはこのプロパガンダを根拠づけた。バーナードはこのあと、1967年には南アフリカで最初の腎移植を行い、確実に政府の期待にこたえていく<sup>119</sup>。そして世界初の心臓移植のときには南アフリカ首相フォルスター(B. J. Vorster)から祝意の電報が送られた「世界的偉業を心から祝福する」<sup>120</sup>。

死の判定に関してバーナードは「死を決めるのはただひとり、医師だけである」と強硬な態度を貫いたが、前節で述べたように、彼をあからさまに批判する南アフリカ人はほとんどおらず、それどころか、シュリレなどの上司を含めてスタッフたちがバーナードを支えていた。外科医バーナードの強さは、前節で述べた「特別委員会」でも発揮されていた。この委員会発足の理由は、臓器提供を許可するのはだれかという問題のはず

<sup>114</sup> *Die Vaderland*, 1958.7.30. (McRae. D., *op. cit.*, p. 63.からの引用)

<sup>115</sup> 歴史的には二種類の白人はボーア戦争(1899-1902年)を経て国家統一(1910年)をするが、統一当初は優勢ではなかったアフリカーナーが大戦後は支配権をにぎるようになる(1948年)。

<sup>116</sup> アンソニー・W・マークス、前掲書、163頁。

<sup>117</sup> Barber, J., *op.cit.*, pp. 53-54, pp. 57-59, pp. 80-82. (レナード・トンプソン、前掲書、375頁から引用。)

<sup>118</sup> 同上。

<sup>119</sup> Barnard, C. (1970), *op.cit.*, pp.248-249.

<sup>120</sup> *Cape Argus*, 1967.12.4, ““Wonderful” says Mr. Vorster”.

だったが、バーナードは証人として初回の委員会に参加し、持論を展開した。本筋から離れて彼が主張したのは、「マス・メディアはドナーもレシピエントも氏名を公表すべきではない、公表を法律で禁止すべきだ」というものだった<sup>121</sup>。かれは、ドナーに関してスキャンダルがおこるのは、マス・メディアが騒ぐからだと考えていた。当初黒人ドナーの身元は別の女性が誤報されたという経緯があり、ますます混乱したからである。このような混乱は、マス・メディアのせいであり、患者がだれであるかを特定しなければ、そもそもスキャンダルにならなかつただろうということである。また、この3例目のレシピエントは白人男性だったが、黒人の心臓を移植されたことで、南アフリカ特有の問題も起こってしまった。彼は白人として扱われるのか、白人用のレストランに入れるのかと揶揄されたのである<sup>122</sup>。このような問題点から、バーナードはそもそもドナーもレシピエントも特定されるべきではない、として患者のプライバシーが守られるべきであると主張したのである<sup>123</sup>。

委員会ではバーナードの要望について議論された。新聞報道連合(Newspaper Press Union)の代表者たちが「たとえ公表を禁止しても南アフリカ国内だけに有効であるだけで、外国の報道機関をどうすることもできないので全く効果がない(ジャッジ: Judge)」とか、「公表しないと間違った氏名を報道し混乱させる(ノートン: Norton)」などの反論が主張された<sup>124</sup>。

対外的な視点からも反論があった「心臓移植がメディアによって包み隠さず報道されたからこそ、南アフリカを非難しようとする国連からのあらぬ疑いをかけられることを防ぐことができ、世界からの非難を減弱できた(フリードマン(D. Friedmann: 南アフリカ報道協会(the South African Press Association)の代表者)」<sup>125</sup>。

しかしながら、結局、バーナードの要望どおり、本人の意思に反して公表することは禁止されることになり罰金規定とされた(14-(1)&(2))。政治的な場面でのバーナードの尊重のされかたは驚くほどである。

さらに外科医バーナードは政府までも恐れなくなっていく。彼はアパルトヘイト批判まで公言したのである。1969年4月、彼は主張した「白人医師と非白人の医師との報酬の差を縮小すべきである」<sup>126</sup>。その半年後には商業会議所の晩餐会で、国民党支持者たちを前にして「アパルトヘイトを続けていては南アフリカにとって未来がない」と主

<sup>121</sup> Republic of South Africa, *Report of the Select Committee on the Anatomical Donations and Postmortem Examination Bill*, Order of the House of Assembly, 1969, pp. 19-20.

<sup>122</sup> 出典不明(Cape times?), ““Black heart” Smith is not shunned 1969.1.12. (CBC, UCT)

<sup>123</sup> Republic of South Africa (1969), *op.cit.*, pp.19-20.

<sup>124</sup> *Ibidem*, pp.39-59.

<sup>125</sup> *Ibidem*, pp.111-120.

<sup>126</sup> *The Times*, 1969.4.22, “Barnard plea on pay for non-whites”.

張した<sup>127</sup>。会場は大混乱になったという<sup>128</sup>。しかしホッフエンベルグがリベラルであったがゆえに職場を追放されたのとは対照的に、バーナードは野放しであった<sup>129</sup>。

国家の英雄のように扱われているバーナードを、南アフリカで批判することは困難である。というのも、このころの心臓移植の成績は悪く、治療成績から心臓移植が批判されてもやむをえない状況にあった。2例目のフライバーグの長い生存期間は例外的で、世界的に術後の生存期間は長くても数か月間だけだったのである。しかし、バーナードは自分を利用している政治をさらに利用し返して、心臓移植を社会に受容させていった。あるいはこうも言えるかもしれない。バーナード自身、国家の期待という重荷を負い、たとえ心臓移植の成績が悪くても移植を続けざるをえなかったと。

南アフリカは白人社会の統合を維持するためにアパルトヘイトを継続しようとし、同時にアパルトヘイトで汚れた国家のイメージを回復させたがっていた。ホッフエンベルグは、ドナーの死の判定を依頼されたとき、バーナードの邪魔になることを恐れていたが、こうした意識は彼だけでなく、南アフリカ社会全体にもあったのではないだろうか。たとえば、身元不明の黒人ドナーについて、病院内ではドナーとすることについて反対した者がいなかったこと、委員会でバーナードが意見を述べれば、議論にはなっても、結局、多くの点が聞き入れられたこと、心臓移植のために産業界から寄付が集まったり、そしてドナーやレシピエントを美化していったりするようすは、心臓移植をやりやすくするために、人々が自発的に協力したかのようである。このように、強制されてもいないのに心臓移植のために協力できたのは、南アフリカ国家のためであつたらうし、白人にとっても自由ではないこの国では、そうせざるをえなかったのであろう。

### 第3項 こころの拠り所の推移：イギリスから米国へ

建国当初から南アフリカにとって重要な国はイギリス帝国であった。金の産出、産業を支える投資、貿易といい、あらゆる経済活動は帝国に依存してきた。他方、アフリカーナーにとって帝国支配の排除は積年の夢であった<sup>130</sup>。アフリカーナーの民族主義(ナシ

<sup>127</sup> 世界中を周るバーナードはアパルトヘイトのことをしばしば責められていた(Barnard, C. N.(Brewer C. ed.) *The second life: memoirs*, Cape Town: Vlaeberg, 1993, p.229)。しかもバーナードには、心臓移植の実験や世界初の手術において多大な貢献をした黒人の助手ナキ(Hamilton Naki)がいた。ドナーの拍動心を摘出したのは彼であると、後年のうわさまであり、バーナードは配慮せざるをえなかったと、筆者は想像する。

<sup>128</sup> *The Times*, 1969.11.3, "Barnard at center of apartheid dispute".

<sup>129</sup> これが功を奏したのかは不明だが、その後グルーテスキュール病院の人種統合は進み、1986年ころには、ICU、病棟、救急部、外来患者などはほぼ統合され、全患者(そのうち75%が黒人)のために利用されるようになった(Benatar, S. R. "Special Report Medicine and Health Care in South Africa" *The New England Journal of Medicine*, 315(8), 1986, pp.527-532.)。

<sup>130</sup> Freund, B. "The Union Years, 1910-1948: Political and economic foundations" Ross, R., Mager, A. K., Nasson, B. eds. *The Cambridge History of South Africa* Volume 2, 2011, pp.1885-1994. <http://dx.doi.org/10.1017/CHOL9780521869836.007>, 2014年3月31日DL.

ヨナリズム)が白人社会の緊張を高まらせないように、フェルヴァルトは「白人の共生」に配慮した<sup>131</sup>。歴史的に南アフリカとイギリス帝国の関係は深い、帝国の支配を排除しながら、同時にイギリス系白人の緊張を高めないようにすることは困難なことである。たとえ政治的な場面でユニオンジャックを排除したとしても、他の場面では以下のように帝国と南アフリカの絆を見出すことができる。そこには白人社会のアンビバレントな感情を認めることができる。

### 1 イギリスへのアンビバレントな感情

たとえばイギリスと南アフリカの関係の深さは心臓移植に関する一連の報道からも知ることができる。世界初の心臓移植を世界で最初に伝えたのは BBC であった。当日(12月3日)午前11時に南アフリカ放送局(SABC)がニュースを流すと、イギリス BBC がとらえて全国放送でニュースを流したのである。するとそれは、驚くべき一大ニュースとして全世界に伝えられた<sup>132</sup>。手術翌日、イギリスではドナーとレシピエントの写真入りの記事がフロント・ページを飾った。バーナードは記者に直接報告してもいないのに、国内・国外メディアは手術を知るようになり、BBC 含めて外国テレビスタッフたちがぞくぞく病院に到着したという。記事内容はいずれも、「心臓移植は歴史を創った」「少女の心臓が瀕死の男を救った」など祝意に満ちていた<sup>133</sup>。結果的にイギリスは、南アフリカに貢献したのである。

南アフリカの報道は、次のようにイギリスからの評判を気にしている。バーナードは、ヨットで世界一周した Sir Alec Rose や元イギリス軍人 Colonel Mitchell とともに、「年の人」12人のひとり選ばれ、障害者のリハビリテーションのために英国議会が主催したランチに招待された。これを南アフリカの新聞は誇らしく報じていた<sup>134</sup>。また、バーナードがアパルトヘイトに関する批判を公的な場で主張したことは前述したが、興味深いのは、南アフリカのメディアがイギリス社会の好意的な反応を喜んで報道していたことである。*Cape Argus* によると、二つの大手新聞が彼の発言を褒めていたという<sup>135</sup>。イギリスの新聞社 *The Sun* に“がんばって、バーナード(Keep it up, Dr. Barnard)”、あるいは *Daily Mirror* にも“よく言ってくれた(Full credit to him for speaking out)”と書かれていた。アパルトヘイト批判を記事として書くことができない南アフリカのメディアにとって、間接的にアパルトヘイト批判を行うと同時に、バーナードがイギリスに褒められたことが誇りのようである。

また、報道の方法に関してイギリスは南アフリカにとって重要な模範のようである。

<sup>131</sup> アンソニー・W・マークス、前掲書、163頁。

<sup>132</sup> 吉村昭(1984年)、110頁。

<sup>133</sup> Nathoo, A., *op. cit.*, pp. 58-59.

<sup>134</sup> *Cape Times*, London, “Barnard one of UK’s 12 men of year”, 1968.10.1.

<sup>135</sup> *Cape Argus*, “Barnard is praised in Britain”, 1969.11.3.

特別委員会で報道に関する議論がなされたことをすでに紹介したが、いかに報道規制が困難であるかをイギリスを例にして主張していた。委員会当時、イギリスではすでに心臓移植が行われていて、イギリス保健相のケニース(Kenneth Robinson)が議会で述べた「患者が同意していないのに氏名を公表しないように病院側に忠告した。国立心臓病院(The National Heart Hospital)はその通りしたのだが、氏名は漏れてしまった」<sup>136</sup>という件を、イギリス報道協会(British Press Association)の例としてフリードマンが挙げていた。南アフリカにとってイギリスは参考にするべき例であった。

ただし、南アフリカが一方向的にイギリスに関心を持っていたのではなく、イギリスからも南アフリカに多大な関心を寄せていた。1968年5月3日、世界で10例目の心臓移植がロンドンで行われた(Dr. Donald Ross)。イギリスの反応は、冷静をよそおいつつも10例目となったことについてのくやしさが伝わってくる。たとえば、イギリスの医学界の反応として *British Medical Journal* を取り上げると、1968年1月20日号の Leading article では、ドナーの蘇生処置をいつ辞めるのかはこれから問題となるだろうと批判的に述べている。*British Medical Journal* 5月11日号では、称賛するものの、国内の循環器センターが争って心臓移植に傾くことを戒めている。心臓移植は決して最良の治療法ではなく、それと並行して心疾患の原因を探求し予防する努力、人工弁の開発をすべきという。この次の号では、メディアの騒ぎすぎを指摘し、すでに有名な病院での有名な外科医に宣伝は必要なく、南アフリカなら技術を称える必要があったかもしれないが、イギリスの外科技術にそのようなことは不要であると皮肉交じりの自信を語っている<sup>137</sup>。医学の先進性は国家の誇りであるという考えを垣間見ることができると同時に、イギリスにとって心臓移植は一大事ではなく、南アフリカやメディアが騒ぎすぎなのだと言いたいようである。こうしたイギリスからの批判は、南アフリカに先を越されたことへの嫉妬であったと考えられる。

バーナードにもっとも批判的だったのもイギリスであった。彼は日本政府に招待されて来日しているが、このときの新聞社によるインタビューで各国を訪問したときの印象を語っている。「各地で批判も受けたし勇気づけられもしたが、国としてはイギリスで最も強い非難を受けたように思う<sup>138</sup>」。前述したようにバーナードはイギリスの BBC テレビに出演したが、このときは冷やかに扱われる。キャスターが「イギリスの医師たちは、心臓移植は未熟な段階にある技術なのでまだすべきではないと言っている」と言うと、バーナードは「こうした意見をもつ医師は、心臓はこころが宿る場所であると信じる人々

<sup>136</sup> Republic of South Africa (1969), *op. cit.*, pp. 111-120.

<sup>137</sup> Donaldson, M., Dawkins, M., "Heart Transplant Publicity", *British medical journal*, 2(5602), 1968, p. 433.

<sup>138</sup> 『朝日新聞』1969年9月26日朝刊、「心臓移植は続けたい: バーナード、和田両博士語る」。

である」と切り返し、さらにキャスターが「ドナーは懸命な治療を行われずに心臓を使われてしまったといううわさが立っている」と言うと、バーナードは「適正に治療された」と反論した。こうしたやりとりは、南アフリカの新聞に「バーナードがイギリスの批判を打ち返した」と書かれた<sup>139</sup>。南アフリカではイギリスの嫉妬に対しては反発し、称賛については誇らしく報道していたのである。やっかみへの反発はアフリカーナーの民族主義(ナショナリズム)を満たしたであろうし、帝国からの称賛はイギリス系白人の民族主義(ナショナリズム)を満たしたであろう。

話は少し違うが、南アフリカの白人が亡命する先がイギリスであることも両国の関係の深さを示している。前述したホッフェンベルグはイギリスに移住したあと、高名な医師になった。『ビーコウ』の著者、ジャーナリストのウッズも、亡命先はイギリスであった<sup>140</sup>。後年になるが、前述した作家マックレーも政治的理由で1984年にイギリスに移住している<sup>141</sup>。南アフリカ人にとって逃げ込める地はイギリスであり、イギリスは南アフリカを批判しながらも、逃げ込んできた南アフリカ人を受け入れてきた。

## 2 米国への擦り寄り

イギリスは1962年から63年にかけてケニア以南の主要なアフリカ植民地の独立を次々と承認し、その帰結が68年のスエズ以東からの駐留英軍の撤退の決定であった<sup>142</sup>。かつての大英帝国は、戦後の冷戦構造でパワーを失っていたが、「自立」した大国としての地位を保持しようとしていた<sup>143</sup>。イギリス初の心臓移植の報道では、ナショナリズムがあからさまに表現されたのである。国立心臓病院(National Heart Hospital)の外科医たちはメディアのためにあるカードを持ってポーズをとった。そのカードにはユニオンジャックに“I'm Backing Britain”と書かれていた<sup>144</sup>。この年からイギリスでは、イギリスの経済をよみがえらせようと、自発的残業をすとか「イギリス製を買え」という意味で“I'm Backing Britain”キャンペーンをおこっていた。そのうち政府がこの運動を強化するようになり、ユニオンジャックのカードやバッジが使われるようになったという<sup>145</sup>。このときのイギリスのキャンペーンに沿って、心臓移植のときにもナショナリズムを高める道具として、“I'm Backing Britain”カードが使われたのである。やはりイギリスも、レシビ

<sup>139</sup> *Cape Times*, “Barnard attacks U.K.critics”, 1968.1.22.

<sup>140</sup> 映画『遠い夜明け(Cry Freedom)』(ユニバーサルピクチャーズ配給、リチャード・アッテンボロー(Richard Attenborough)監督・製作、ケヴィン・クライン主演、ドナルド・ウッズ原作、イギリス、1987年。)でウッズの亡命劇が描写されている。

<sup>141</sup> <http://www.curtisbrown.co.uk/donald-mcrae/> 2014年4月3日DL.

<sup>142</sup> 菅英輝、前掲書、5頁。

<sup>143</sup> 橋口豊「冷戦中の英米関係: スカイボルト危機とナッソー協定をめぐって」日本国際政治学会編『冷戦の終焉と六〇年代性』日本国際政治学会, 126, 2001年、52-64頁。

<sup>144</sup> *Sunday Telegraph*, 1968.5.5. (Nathoo, A., *op. cit.*, pp. 121-122. から引用。)

<sup>145</sup> [http://en.wikipedia.org/wiki/I%27m\\_Backing\\_Britain](http://en.wikipedia.org/wiki/I%27m_Backing_Britain) 2012年7月23日DL.

エントをスターのように扱っていた。*The Times* は、術後 3 週間のレシピエントの写真を一面に掲載するが、彼は看護師たち 5 人と共に笑顔でポーズをとらされており<sup>146</sup>、南アフリカのレシピエントたちと似たような状況であった。しかしこのレシピエントはこの写真掲載の 20 日後、死亡している。

南アフリカの国民党(アフリカーナーの政党)が政権を執った 1948 年、南アフリカ経済に最大の利害関係がある国はまだイギリスであったが、1960 年代から 1970 年代初めの好景気の時代、米国による貿易と投資が目覚ましく成長する<sup>147</sup>。前述した自由世界のメンバーであるという南アフリカのプロパガンダは、国際社会との絆を求める心情から生みだされたものであろうが、特に米国との関係は、南アフリカにとって心の拠り所となる。イギリスの力が衰えるにつれて米国の重要性は増していく。

アイゼンハワー(Dwight David Eisenhower)政権では、米国は南アフリカを、その人種政策にもかかわらず同盟国として扱い続けた。ウランの生産国である南アフリカは国際原子力機関の加盟国となり、米国と共同で原子力研究を行った。1960 年のシャープビル事件<sup>148</sup>によって生じた逆風は長続きせず、米国はアパルトヘイトを非難する国連決議に賛成したが、ビジネスはすぐに元通り再開され、その 12 月に米国航空宇宙局(NASA)は、南アフリカに三つの衛星追跡ステーションを設置する合意を結んだ<sup>149</sup>。後述するように南アフリカは心臓移植と宇宙開発をリンクして考えていたが、この考え方は米国を心の拠り所とするようになったためと思われる。南アフリカにとって重要な国はイギリスから米国にシフトしていった。

アフリカーナー政権は帝国の支配を排除したものの、後ろ盾を必要としていた。南アフリカと米国の関係はまだ浅いものであったが、心臓移植に関する米国の価値観をそのまま呑みこむことによって米国との関係を深めようとしたかのようである。

世界初の心臓移植のあと、このように関係を深めた米国の称賛は南アフリカ社会を歓喜させた。*New York Times* に「近代科学の偉業のひとつ」、「宇宙開発や分子生物学分野における進展に匹敵する」と称えられた<sup>150</sup>。1 例目のレシピエントは死亡してしまったのだが、すぐにバーナードは渡米する。テキサスでジョンソン大統領と会った後<sup>151</sup>、クリスマスイブに CBS テレビに出演した。テレビのない国からやってきた外科医はそつなくインタビューをこなした<sup>152</sup>。それを南アフリカの新聞 *The Star* は「バーナードは米国で

<sup>146</sup> *The Times*, "Patient doing fine-and looking well", 1968.5.29.

<sup>147</sup> レナード・トンプソン、前掲書、377-378 頁。

<sup>148</sup> 1960 年 3 月 21 日、パス法反対集会を開いていた 1 万 5 千人の黒人に向かって警察が無差別発砲し 69 人が死亡、180 人が負傷した。

<sup>149</sup> レナード・トンプソン、前掲書、380-381 頁。

<sup>150</sup> *New York Times*, "Historic heart experiment", 1967.12.5.

<sup>151</sup> McRae, D., *op.cit.*, p.233.

<sup>152</sup> *Ibidem*, pp.9-10. 南アフリカではテレビは共産主義のプロパガンダの道具だからと禁止され

最も影響力ある番組で偉大な成功をおさめた」と評した<sup>153</sup>。

バーナードはサンフランシスコで開催された米国循環器学会(the American College of Cardiologists)にも招待された<sup>154</sup>。そこでスピーチを行い、かつての留学先の上司たちたちにも偉業を称えられ、*The New York Times*には「スタンディングオベーションだった。」と書かれた<sup>155</sup>。

イギリスが心臓移植に批判的で米国は心臓移植レースの発信源であったためか(米国の章で詳述する)、あるいは南アフリカとの関係がイギリスに比べて両義的關係であったためか、米国では南アフリカに批判的な報道は目立たなかった。

前述のように南アフリカの新聞からは、バーナードがイギリスに褒められると喜び、イギリスに批判されると反発するという、南アフリカ社会のアンビバレントな感情を見出すことができたが、これに対してバーナードが米国のテレビ出演に成功するとはしゃいで伝えるようすは、イギリスには後ろ足で砂をかけるのに、米国にはすり寄るかのようである<sup>156</sup>。

このように、南アフリカが世界初の心臓移植を狂喜した背景には、米国の影を見出すことができる。米国が心臓移植の発信源であったことについて、ここで少し触れておきたい。心臓移植を行える国は、科学技術の先進した国であるという考えは当時、世界中にみられた。特に世界で初めて心臓移植を行うことは、その国の世界最高級の科学技術の先進性を示すことだけでなく、外科医個人の勇気が称えられるムードも形成され、このため心臓移植はレースになっていく。「米国」の章でも触れることになるが、マックレーによれば、レースの起源はスタンフォード大学の心臓外科医シャムウェイらの報告であったという。1960年10月10日、サンフランシスコで開催されたアメリカ外科学会(the American College of Surgeons)のフォーラムで、シャムウェイとロウアー(Dick Lower)が犬の心臓移植実験に関する報告をした。その場では特別な反応はなかったということだが、メディアに採り上げられたのである<sup>157</sup>。これに刺激されて、米国初の心臓移植を行うことになる、ニューヨークのカントロヴィッツはレースに参加するようになった<sup>158</sup>。さらにこのころ、他にも心臓移植に近い外科医たちがいた。ミシシッピのウェッブ(Watts Webb)とハーディ(James D. Hardy)である<sup>159</sup>。

米国は大戦後、国際社会の中心となり、科学技術で先進しようとするが、その最たる

---

ていた。

<sup>153</sup> *Ibidem*, p.240.

<sup>154</sup> *Ibidem*, P.266

<sup>155</sup> *The New York Times*, “Barnard predicts animal heart use”, 1968.3.3.

<sup>156</sup> 小久保亜早子、前掲論文。

<sup>157</sup> McRae, D., *op.cit.*, pp.92-95. マックレーによると、とりあげたメディアとは次のごとし。 *San Francisco Examiner* (Allen J. F.) 1960.10.11.

<sup>158</sup> *Ibidem*, P.96.

<sup>159</sup> *Ibidem*, P.93.



ものが宇宙開発であった。米国は1957年のスプートニク・ショック以来<sup>160</sup>、科学に国家の威信をかけるようになっていた<sup>161</sup>。米国社会ではしばしば、心臓移植レースと宇宙開発レースはリンクして語られた<sup>162</sup>。詳しくは第2章(米国の章)で後述するが、外科医たちが宇宙開発レースとリンクして考えていたことから、心臓移植レースは米国外科医たちのナショナリズムの発露といえるだろう。

バーナードは心臓外科の最先端であるミネソタ大学への留学<sup>163</sup>や1966年に2度目の米国留学をしているが、米国外科医たちの、心臓移植に猛進してくようすを目の当たりにして影響されたにちがいない。米国発信の心臓移植レースに、バーナードは後から参加したのに勝ってしまったのである。そして調子よくも、米国社会の称賛を思うままに得たのであった。

興味深いことは、宇宙開発レースと心臓移植レースのリンクを、南アフリカ社会も共有していたことである。南アフリカ政府の行動から推測できる政府の意図は、「自由世界の不可欠のメンバーである」ことを強調することによって、南アフリカの悪しきイメージを払拭することである。前述したように南アフリカ政府は、共産主義と戦っていることを強調し、NASAに衛星追跡ステーションを設置させることに合意していた。1969年7月にアメリカのアームストロングが月面に降りると、バーナードはアームストロングとともに、南アフリカの新聞*Sunday Times*の「1960年代の人」に選ばれた<sup>164</sup>。月とも関係なく、心臓移植研究の最先端でもなかった南アフリカであったが、その社会は米国国民と価値観を共有するかのようにはバーナードをみていた。こうしてバーナードの心臓移植は、諸外国(特に米国)に称賛されることで南アフリカの誇りを回復させ、国際社会での孤立感をやわらげたのではないだろうか。

なぜ、南アフリカは米国と価値観を共有するのだろうか。吉見は、第二次世界大戦後の世界において、「アメリカ」はきわめて多くの社会で自己想像のための重要な媒介項となっていたことを指摘している。戦後世界に君臨した「アメリカ」という他者は、それぞれの社会の自己構成に作用してきたという<sup>165</sup>(こうしたアメリカ化については第3章(日本の章)で詳述する)。南アフリカ社会が、米国人の、宇宙開発と心臓移植をリンクする考えを共有したのは、イギリスよりも米国を心の拠り所にするようになった南アフリ

<sup>160</sup> 1957年10月4日、ソ連が人類初の人工衛星「スプートニク1号」を、米国にさきがけて打ち上げた。

<sup>161</sup> 廣重徹『科学の社会史(下)』岩波書店、2002年、108頁。

<sup>162</sup> たとえば、*The New York Times*, “The neglected battleground in heart transplants” 1968.11.18. には、スタンフォード大学の関係者の言説として、と「心臓移植の国家的威信をかけたレースは、人類を月に送る国際的競争と同様に熾烈だった」と記載されている。

<sup>163</sup> そこには米国の心臓移植研究の先駆者シャムウェイ(Norman Shumway: スタンフォード大学心臓外科教授)もいた。

<sup>164</sup> *Sunday Times*, “Sunday Times names C. Barnard and Neil Armstrong”, 1969.12.9.

<sup>165</sup> 吉見俊哉(2007年)、前掲書、21-24頁。

カの、「アメリカ」を媒介項とした自己想像だったのかもしれない。つまり、南アフリカはアメリカの価値観を内在化させたのである。

さらに1968年とは国際社会にとって特別な年である。冷戦下、自由世界のリーダーであろうとする米国は「世界一」にこだわってきたが、ベトナム戦争や経済危機で米国の信頼が揺らぎ、自由世界の中でのパワーが低下していた。他方、日本や西独は1960年代、高度経済成長の結果、国際経済における地位を向上させていた。これは西側陣営内部での政治的発言力の増大を意味し、米国への経済的挑戦であった<sup>166</sup>。この文脈に沿えば、南アフリカの心臓移植は科学技術における米国パワーへの挑戦とみることができる。

1978年、米国はイギリスを追い抜いて、南アフリカの最も重要な貿易相手国となる<sup>167</sup>。南アフリカにとって重要な国が、イギリスから米国に変わっていく過渡期、南アフリカ社会は米国との一体感を求め、心臓移植でそれを達成したといえるのではないだろうか。つまり南アフリカ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、自国のナショナル・アイデンティティを維持拡大したのである。

### 3 ロゴとしての心臓移植

国際社会から孤立した理由であるアパルトヘイトを、非難されながらも南アフリカは白人社会の統合のために継続し、他方、南アフリカの誇りを回復させてがっていた。この意識は外科医バーナードやスタッフたち、そして国民にも浸み込んでいたのではないだろうか。バーナードやホッフエンベルグが国家を意識せざるをえなかったように、グルーテスキュール病院のスタッフ、レシピエント、ドナーの遺族そして政府などのあらゆる国民が、国家を意識して心臓移植のために協力してきた、あるいは協力せざるをえなかったかのようである。

人々はまとまって共生するための帰属意識をなにかもとうとする。たとえば、植民地だった地域の住民が国民国家を形成するときは、共有する歴史があることを強調し互いの帰属意識をもとうとする。独立後のインドネシアはボルブドゥールをロゴとして使用することでナショナル・アイデンティティを強化しようとしたという。1950年代、インドネシアの小学校に配布された〔歴史絵画〕シリーズには、9世紀のジャワ仏教隆盛の時代の卒塔婆が描かれており、イスラム教徒の国でありながらボルブドゥールを国家の勲章として扱っていて、アンダーソンはこれを「政治的博物館化」と表現した<sup>168</sup>。心臓移植はこうした「ロゴ」として、南アフリカの白人社会の一体感を創出したのではないだろうか。結果的に心臓移植は、緊張関係にある白人社会の統合に貢献した。*South African*

---

<sup>166</sup> 菅英輝、前掲論文。

<sup>167</sup> レナード・トンプソン、前掲書、377-8頁。

<sup>168</sup> ベネディクト・アンダーソン、前掲書、297-299頁。

*Medical Journal* の編集者はバーナードの功績を讃えてこう述べている「彼が冴えない地方の出身(a humble rural district background)であったことは、英語を言語とする南アフリカ人とアフリカンス語を言語とする南アフリカ人を感謝の気持ちで結びつけた」<sup>169</sup>。

心臓移植はその後、南アフリカで継続される。1970年代、拒絶反応をまだ乗り越えられない心臓移植は世界中で行われなくなっていくが、米国のシャムウェイと南アフリカのバーナードは継続していた。1980年代、免疫抑制剤の開発が進むと、米国を中心に心臓移植は再び行われるようになる。臓器移植全般に関して、当初からも特に先進的ではなかった南アフリカだったが、2000年代の現在も特別先進的ではなく、臓

170

		(Groote Schuur)	Heart of Cape Town
	40	2007	1967
12	3		30

」とされ、南アフリカにとって歴史的な偉業と称えられている。黒人たちが統治するようになった現在(2010年ころ)の南アフリカ共和国でも、心臓移植は国家的な誇りとされているようである。というのも、バーナードのチームにはナキ(Hamilton Naki)という黒人の助手がいたが、現在の南アフリカ人たちは、バーナードの功績に大きく貢献したこの黒人に注目するようになったのである。彼のことはドキュメンタリー映画“Hidden Heart: Hamilton Naki and Christiaan Barnard” (C. Karrer & W. Schweizer 製作: スイス)にされているが<sup>171</sup>、南アフリカでこの黒人に関する議論が起こったという<sup>172</sup>。統治者が白人から黒人に代わっても、白人のための外科技術であった過去も、黒人ドナーのスキandalという過去も不問にされ、やはり南アフリカにとって心臓移植は誇りなのであった。

### 第3節 文化要素群としての心臓移植

前述したようなレースになった現象や、南アフリカにおけるナショナル・アイデンティティ形成に心臓移植が貢献したことなど、初期の心臓移植には外科技術としての側面

<sup>169</sup> J. F. B. (unknown), *op. cit.*

<sup>170</sup> <https://www.odf.org.za/2013-06-11-09-17-45/statistics.html>, 2014年9月10日DL.

<sup>171</sup> <http://hidden-heart.com>, 2014年3月31日DL. “Hidden Heart: Hamilton Naki and Christiaan Barnard”, Karrer, C., Schweizer, W. directors & writers, Switzerland, 2008.

<sup>172</sup> *The Guardian*, “Film on black surgeon in first heart transplant team rekindles controversy”, 2009. 6.1, <http://www.theguardian.com/world/2009/may/31/black-surgeon-first-heart-transplant>, 2014年4月3日DL.

だけでなく、人々の思想や価値観が込められた文化的な側面を見出すことができる。南アフリカや日本にとって、臓器移植は米国から輸入した外科技術である。序論で述べたように、外科技術に文化的側面があるとすれば、外来文化の受容、つまり米国からの文化受容ととらえることができる。後述する第3章では、日本における文化触変過程として分析しているので、南アフリカにおける文化触変過程についてもここで触れておきたい。日本と米国の文化の差ほど、南アフリカと米国の文化の差は大きくないものの、心臓移植に関する文化要素が、全く抵抗なく受容されたとは限らないので考察する。

序論の「分析枠組み」で述べたように、平野の外来文化要素の受容過程に沿って、心臓移植に関連している文化要素を「死の判定」という文化要素と「人体実験を許容する」文化要素から成り立っていると考えることにする。まず「死の判定」についてだが、前述のように南アフリカでは、独自に死の判定を変更しているため、外来文化要素ではない。従ってここでは、「人体実験を許容する」文化要素についてのみ考察する。この文化要素は南アフリカに文化触変を起こさせていたのかどうか。

まず「受け手の文化の側にある必要性」についてだが、心臓移植が重症心不全患者にとって最後の治療方法であるという意味では、たとえ患者数が少なくても、医療としての「必要性」があるといえる。他方、前述してきたように、南アフリカは国際社会で孤立しており、ナショナル・アイデンティティを模索していたといえるので、心臓移植が文化要素がフィルターを通る条件としての必要性が備わっていたといえる。次に「適合性」について考察する。

### 第1項 適合性：アメリカ産外科技術

「適合性」とは、外来の文化要素が選択され、受容されたときに、それと関連をもつことになる他の文化要素群とのあいだの適合性のことである。「フィルター」の役割は伝統と価値とをいかに変えることができる。ある程度以上からある程度以下の適合性であり、どの程度の適合性が予測されれば選択されるかは必要性の度合いによって決定される<sup>173</sup>。

南アフリカの医学研究は歴史的にイギリスとの関係が深かった。南アフリカは、イギリス系およびオランダ系などの白人たちで構成されていて、文化的には西洋式であり、医学教育も建国当初すでにイギリス式であった。著明な医学者はイギリスで教育を受けている。たとえば本稿で文献を引用した医学者ブロック(John F. Brock)<sup>174</sup>は、オックスフォードとロンドンの病院で医学を学び、ケンブリッジ大学で医学を研究した<sup>175</sup>。外科医

<sup>173</sup> 平野健一郎、前掲書、63頁。

<sup>174</sup> 1905年、ポート・エリザベス(Port Elizabeth)で生まれた。

<sup>175</sup> Brown, A.C. ed. *A History of Scientific Endeavour in South Africa: a collection of essays published on the occasion of the centenary of the Royal Society of South Africa*, Cape Town: the Royal Society of South Africa, 1977, pp. 493-494.

バーナードの上司で循環器科部長のシュリレ<sup>176</sup>は、ケープタウン大学で医師になった後、ロンドンの国立循環器病院(the National Heart Hospital)で臨床経験を積んだ<sup>177</sup>。

南アフリカの医学教育は米国との関係も深く、たとえば上記二人は米国にも留学していた。また、医学研究全般においても英米どちらとも関係が深かった。たとえば栄養科学分野では、蛋白質の欠乏と代謝障害の関係、および食事内容と疾患との関係の研究は、南アフリカ CSIR による援助だけでなく、イギリスの多数の基金と米国の国立衛生研究所(National Institute of Health: 以下 NIH と略す)によって支援されていた<sup>178</sup>。

留学生は受け手の側から他の文化に特定の文化要素を求めていく文化運搬者の代表である<sup>179</sup>。バーナードは米国に留学し、心臓外科という外科学の専門分野を南アフリカに運搬した。当時の外科技術はイギリスよりも米国から輸入しているもののほうが多かったようである。また、現時点のインターネット上でケープタウン大学の図書蔵書<sup>180</sup>を、“surgery”で 1960 年から 1967 年を検索すると、92 件ヒットしたが、米国で出版されたものが 40 件と最も多く、次いでイギリス 30 件であった。序論で述べたようにバーナードは米国で外科技術を学び、南アフリカで初めての開心術や腎移植を行っていた。開心術を行うのに必須の人工心肺は米国から輸入していた。

こうした状況から、南アフリカの医学界にとって、アメリカ医学を受け入れることはたやすかったと考えられ、「適合性」があったといえる。日本が、米国に敗戦の経験をもつ敗者として、アメリカ医学を強制的に受け入れなければならなかったのは大きく違い、進んで取り入れることができる文化であった。この意味で、文化要素の適合性に関しては、相当高い状態にあったと言えるだろう。

しかし平野が言うように、適合性 100%では新しい文化要素とは言えない。受け手の文化全体に適合しているのであれば、その文化要素は元からある文化要素と同じであるから、とりたてて外来の文化要素を取り入れる努力をする必要はないはずである。その文化要素が、受け手側文化のなかの関連する部分に適合するかどうかの問題になるのである。新文化要素は、当初、それら隣接の文化要素となんらかの程度において適合しないが、文化全体としてはその新要素がどうしても必要なものであるという状況が、拒絶か選択かの場面に適合性の問題を投げかけるのである<sup>181</sup>。

## 第2項 「人体実験を許容する」文化要素

<sup>176</sup> 1917 年、キンバリー(Kimberley)で生まれた。

<sup>177</sup> Commerford, P. and Vogelpoel, L. “

*Clinical Cardiology* 26,

2003, pp. 300-301. [http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/clc.4950260613/pdf.2015\\_10\\_3](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/clc.4950260613/pdf.2015_10_3) DL.

<sup>178</sup> Brock, J.F., *op. cit.*, pp. 201-202.

<sup>179</sup> 平野健一郎、前掲書、67 頁。

<sup>180</sup> [http://aleph20.calico.ac.za/F/?func=file&file\\_name=find-b&local\\_base=uct01pub](http://aleph20.calico.ac.za/F/?func=file&file_name=find-b&local_base=uct01pub) 2015 年 10 月 21 日、DL.

<sup>181</sup> 平野健一郎、前掲書、63-64 頁。

人体実験を許容する文化要素は、南アフリカにとって新しい文化要素だったのか。シュリレとバーナードのレシピエントとドナーの人種選択の戦略については前述したが、少なくとも心臓移植がレシピエントにとって実験であることは認識していたといえる。繰り返しになるが、最初バーナードは黒人のレシピエントを提案していたのが、上司であるシュリレは「黒人で実験している」と国際社会から批判されることを恐れた。このことは、南アフリカ社会では黒人で実験することは許されるという認識が存在したことを意味すると同時に、実験的手術を白人のレシピエントに行うことは南アフリカだけでなく国際社会でも許されると予想していたことになる。つまり、実験的手術であっても白人ならば国際社会は許容し、黒人の場合、たとえ患者が同意していても国際社会は許容しないと予想したのであり、国内向け倫理と国外向け倫理の二重基準が存在していたことを意味する。重要なことは、人権を尊重したうえで患者が同意すること、つまり民主的手続きを経た「自発的同意」であるかどうかなのだが、南アフリカにふさわしい表現をすれば、「自発的同意」に見せかけることができるかどうかであった。

「民主的手続きを経て患者の同意を得る」ことは、ひとつの文化要素である。近年は「臨床研究における倫理性」として議論されているが、実は当時まで、南アフリカ医学ジャーナルで「倫理 ethics」が話題になることはほぼなかった。筆者が *SAMJ* で検索したところ、“ethics”という単語が使用された最初は、1968年1月の米国からの論文<sup>182</sup>や2月のカナダからの論文<sup>183</sup>である。これらの論文では人体における臨床研究の倫理性を考察している。したがって、当時の南アフリカ医学界において、人体実験についての倫理性を問題にしていたのかは疑わしい。南アフリカ国内から初めて「インフォームド・コンセント」の必要性に言及した論文<sup>184</sup>が掲載されたのもやはり1968年である。この論文では米国麻酔科医ビーチャー(Beecher H.K.)の論文が引用されており、南アフリカでは倫理に関しては米国を習おうとしていることがうかがわれる。つまり、当時の南アフリカには、民主的に、倫理性に配慮した人体実験を許容する文化はなかったと思われる<sup>185</sup>。

<sup>182</sup> Lasagna, L. “Some ethical problems in clinical investigation” *South African Medical Journal*, 42(1), 1968, pp. 2-5.

<sup>183</sup> Rice, D. I. “The ethical aspects of medical responsibility” *South African Medical Journal*, 42(8), 1968, pp. 188-191.

<sup>184</sup> Bauling, R. E., “The responsibility of a public authority in providing medical services” *South African Medical Journal*, 42(1), 1968, pp. 5-8.ここでは、主に米国から思想を採用している。

<sup>185</sup> しかしこれは、南アフリカに限ったことではなかった。患者での実験を問題視するようになったのは、米国ですら1960年代からであり、「患者の自己決定」という思想はもっと後になってから生まれた。第2章で後述する米国も、人体実験への配慮はほとんどなく、「人体実験」の非倫理性に対処するために制度化している(臓器移植だけでなく実験的医療全般について)。南アフリカでも、日本でも、「患者の自己決定」という思想は米国から1990年前後に輸入している。たとえば南アフリカで、医療の倫理性を医学教育に採り入れる必要性が示されたのは1980年代後半であり(Benatar, S. R., Jenkins, T. “Teaching medical ethics in South Africa” *South African Medical Journal*, 73(8), 1988, pp.449-452.)、ここでも多くを米国から習おうとしていた。Benatarの別の論文(Benatar, S. R. “Ethics, medicine, and health in South Africa” *The Hastings Cent Report*, 18(4), 1988, pp.S3-

従って、南アフリカには当時、民主的手続きを経ない「人体実験を許容する」文化要素がそもそも存在していたということになる。

平野は文化を擬人化して述べている「文化は、他の文化と接触することがなければ、その境界を自覚することがないであろう。・・文化触変があつて、文化の境界ができ、それと同時に文化触変の環境もはっきりと姿を現すのである」<sup>186</sup>。文化要素が新しいものであれば、抵抗が目立ったはずであるが、前述のように、南アフリカ国内においてレシピエントの人体実験であるという批判は、抑制されていたのかもしれないが目立たなかった。また、心臓移植の数年後、バーナードは心肺同時移植を開始しているが、この新しい手術に関しても倫理に関する抵抗は目立たなかった<sup>187</sup>。つまり、南アフリカではこの「人体実験を許容する」文化要素は、これから第2章・3章で詳述する米国や日本に比べて、外来文化要素(米国から)と在来の文化要素との間の機能的連関性の調整が必要なかったと考えられる。

前述したようにレシピエントが自発的に手術を希望したように演出されていたが、これは民主的(患者人権の尊重)である素振りであり、実態は、医者への権威で反論を抑圧するパターンナリズムであると思われる。医療現場での「パターンナリズム」とは、端的に言うと、医師が患者を子ども扱いし患者の決定を無視することである<sup>188</sup>。このような文化は、南アフリカ特有の事情のもとでは社会に根付いていたことが想像できる。黒人たちの人権軽視、白人であっても政府を批判できないようにする圧政、こうした状況のもと、レシピエントへの実験的手術の非倫理性を問題とする思想そのものが形成されてこなかったのかもしれない。後述するように日本でも医者は権威であったが、非倫理性を攻撃してきたのは別の医師たちであった。南アフリカではグルーテスキュール病院が一枚岩となっており、批判は巧妙に回避されたか、あるいは南アフリカの自信を取り戻させた「心臓移植」を、アフリカ政府や産業界が支援するようになっており、批判は封じ込められたと考えるべきであろう。民主的手続きを経ない「人体実験を許容する」文化要素は南アフリカにはそもそも存在しており、人権尊重を謳う西洋的思想こそ新しい文化要素であり、この思想に基づいた批判は、南アフリカのパターンナリズムや関連する文化要素(人権軽視)によって排除されたと解釈するのが妥当であろう。

---

8.)では、医者—患者関係におけるパターンナリズムが問題視されているが、医者のパターンナリズムは少なくともこのころまで存在していたことを意味する。

<sup>186</sup> 平野健一郎、前掲書、81頁。

<sup>187</sup> 前述したように、このとき目立ったのは、黒人のドナーの身元は最初不明であったことである。

<sup>188</sup> グレゴリー・E・ペンス『医療倫理 1: よりよい決定のための事例分析』(宮坂道夫、長岡成夫共訳) みすず書房、2001年、(原著は2000年)、17-18頁、32。政治的個人主義は倫理学における個人の自律原理と深く結びついており、1960年代初頭に始まった医療倫理学においては、自律は最初から、死や生殖も含めて、患者が自分の身体について自分で決定するという権利の意味で使用された。自律の倫理はパターンナリズム的倫理への反動として発展してきた。

また、黒人ドナーに対する態度でも人権軽視が端的に現れていた。前述したように、黒人ドナーのスキャンダルが起こってから臓器提供の法改定をしている。グルーテスキュール病院は白人にはしないであろうことを、黒人ドナーにはしてしまったのだが、南アフリカは臓器提供がむしろ得られやすいように法を変更しており、患者自身および遺族の感情を尊重する、つまり人権を尊重する方向とは逆行する形になった。

南アフリカでは、心臓移植を構成する文化要素「人体実験を許容する」は新しいものではなく、文化的抵抗はないまま心臓移植は受け入れられていた。

#### 第4節 本章のまとめ

南アフリカが心臓移植を受容した過程は不自然に思えるものであった。死は恣意的に判定され、人体実験という批判は不問にされ、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た。特に2例目のレシピエントについては勇気を讃えるだけでなく過度に手術の成功が強調された。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になった。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することになったのである。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、自国のナショナル・アイデンティティを形成していた。

心臓移植が南アフリカに文化触変をもたらしたのかについても考察した。国際社会で孤立していた南アフリカは、ナショナル・アイデンティティを模索していたので、心臓移植の文化要素群がフィルターを通る条件としての必要性が備わっていた。また、外科技術に関しては歴史的に米国から多くが輸入されており、心臓移植の外来文化要素群との適合性は高かった。しかも「人体実験を許容する」文化要素は南アフリカ社会にとって新しい文化要素ではなく、文化的抵抗はないまま心臓移植は受け入れられていた。



## 第2章 心臓移植と米国—心臓移植の受容過程—

米国は独立戦争、南北戦争を経ており、人種統合は依然なされていないが、一定程度は統合されている。ただし移民国家である米国の社会は多民族・多文化社会であるため、米国政府は国民統合に労力を払うことになる。当時から、そして現在も、米国は心臓移植において世界をリードしてきた。その米国で心臓移植はいかに受容されたのか、死の判定は米国でいかに処理されたのか、人体実験はいかに正当化されたのか。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、米国社会に受け入れられたのか。

まず1964年に、ミシシッピでチンパンジーをドナーにして心臓移植が行われたが、世界初と称賛されるどころか、きびしく批判された。その後、別の心臓外科医たちによって実行間近になっていたが、死の判定が足かせになって足踏み状態にあった。そして南アフリカが心臓移植を行うと、米国外科医たちは足かせが外れたかのように、先を争って心臓移植を行っていったのである。米国2例目の心臓移植が南アフリカ例の3日後にカントロヴィッツによって行われると、以後、堰を切ったように世界中で心臓移植が行われるようになる。1968年末までに世界で103例行われたが、米国ではそのうち54例（とくにテキサスの心臓外科医クーリーは17例）の心臓移植が行われた<sup>1</sup>。

米国にとって南アフリカの心臓移植は衝撃であった。たとえばあるジャーナリズム研究ではこの情報がどのように伝達されたのかを分析するのに、ケネディ暗殺やアイゼンハワーの発作と比較している<sup>2</sup>。このように米国では、心臓移植は特別な手術と考えられていた。

米国は心臓移植をリードしてきたにもかかわらず、南アフリカに先を越され世界初の心臓移植をやりそこなった。これによって事態は急転回する。南アフリカの例は、外科医たちだけでなく米国政府をも動かす転機となったのである。そこでは「アメリカは世

<sup>1</sup> National Heart Institute, *op.cit.*, pp. 65-75. この報告書には、世界で101例の心臓移植が掲載されているが、米国社会が気にしていたソ連は、75例目、1968年11月5日に行っている。

<sup>2</sup> O'Keefe, M.T. "The First Human Heart Transplant: a study of diffusion among doctors" *Journalism Quarterly*; 46(2), 1969, pp. 237-242.

界で一番でなければならない」というアメリカ的理想があらわに展開された。

1968年という年は国際政治史において重要な年である。管は1960年代を国内政治と国際政治の共鳴現象として捉えている「60年代は国内政治で発生する出来事がグローバルな現象として国際政治に影響を及ぼし、さらに国際政治が国内政治にフィードバックするような時代であった」。そして冷戦史からみればキューバ危機以降、米ソ間に緊張の緩和が強まる時期で、冷戦体制の変容が国内社会の変化を伴っていく時期であった<sup>3</sup>。1968年、ベトナム戦争でのテト攻勢、米国バークレー大学・西ベルリン・パリそして東京の学生運動、キング牧師暗殺、プラハの春(民主化運動)、NPT(核兵器の不拡散に関する条約: Treaty on the Non-Proliferation of Nuclear Weapons)調印など、世界的規模で多様な衝撃の事件がほぼ同時期に多発した。まさにこの時期、心臓移植レースが展開されたのである。

## 第1節 心臓移植の受容過程

### 第1項 米国内での心臓移植レース

第1章でも触れたが、当時の米国には、心臓移植を特別視する異様な雰囲気があり、激しく心臓移植レースを展開していた。繰り返すが、心臓移植レースが特殊な点は、治療成績を競ったのではなく、「一番目」を競ったことである。ある米国の医学者に言わせると、「伝染病」だった<sup>4</sup>。第1章で述べたが、McRaeによれば、レースの起源はシャムウェイらの報告であったという。1960年10月10日(サンフランシスコ)、アメリカ外科学会(the American College of Surgeons)のフォーラムで、シャムウェイとロウアー(Dick Lower)が犬の心臓移植実験に関する報告をするとメディアに採り上げられた。心臓外科医たちはここで、人への応用について触れたわけではなかったが、*Time*では「いまや臓器移植の偉大なターゲットは心臓である。冠動脈疾患の患者がいつの日か、事故被害者の若い者の心臓を移植されて助かるだろう」と紹介された<sup>5</sup>。ニューヨークのカントロヴィッツはシャムウェイとロウアーの論文に刺激されてレースに参加<sup>6</sup>、ミシシッピのウェ

<sup>3</sup> 菅英輝、前掲書、3-4頁。

<sup>4</sup> グレゴリー・E・ペンス『医療倫理2: よりよい決定のための事例分析』(宮坂道夫、長岡成夫共訳) みすず書房、2001年、(原著は2000年)、107頁。

<sup>5</sup> McRae, D., *op. cit.*, pp. 92-95.

<sup>6</sup> *Ibidem*, P.96

ップ(Watts Webb)とハーディ(James D. Hardy) も心臓移植実行に近かった<sup>7</sup>。

批判されたミシシッピ例のあと、しばらくレースの熱は冷えていたが、再びシャムウェイたちが学会報告(1967年10月5日アメリカ外科学会)すると、レースの熱は再燃した。というのも、臨床応用を言明したからである<sup>8</sup>。積年の問題であった拒絶反応の研究を積み、所属機関に脳死を認めさせていた<sup>9</sup>。カントロヴィッツはこの講演を聞いて焦るようになる<sup>10</sup>。1967年11月にはシャムウェイは心臓移植を行うことを宣言した<sup>11</sup>。カウントダウンに入ったのである。

1967年12月3日、ついに世界初の心臓移植は行われた。今回はドナーもレシピエントもヒトである。しかしそれは米国の外科医ではなく南アフリカの外科医によっておこなわれたのである。米国の外科医たちは地団駄踏んで悔しがった。たとえばミシシッピのハーディは悔しさを自伝で語っている。

専門家にとっても、それを支援してきたワシントンにとっても、結果は悲惨だった。多額の予算を注ぎ込んできた米国にとって南アフリカの移植は苦い薬になった。米国はこの大きな機会を逃したことに自らを責めなければならない<sup>12</sup>。

バーナードが心臓移植を行った時のことをカントロヴィッツも憶えている。16歳の長女が朝のラジオでニュースを聴き、カントロヴィッツを起こした。「アフリカのだれかがやった!」。彼は詳細を知りたくて新聞を買いに家を飛び出したという<sup>13</sup>。カントロヴィッツは後年のインタビューで、心臓移植はシャムウェイとのレースだったと振り返っている「シャムウェイこそ第一人者にふさわしかった、自分たちはバーナードに邪魔されたのだ」<sup>14</sup>。

<sup>7</sup> *Ibidem*, p. 93.

<sup>8</sup> McRae, D., *op. cit.*, pp.172-173. 和田もこの報告から、シャムウェイが第一例を行うだろうと思ったという(和田寿郎(2000年)、前掲書、83頁。)

<sup>9</sup> Cooley, D. A. *100,000 Hearts: A surgeon's Memoir*, Austin: Dolph Briscoe Center for American History, University of Texas, 2012, p.124.

<sup>10</sup> McRae, D., *op. cit.*, p. 110.

<sup>11</sup> *The Times*, 1967.11.21, "Way open for transplant of hearts".

<sup>12</sup> Hardy, J. D. *The world of surgery: 1945-1985* the University of Pennsylvania Press, 1986, p.286.

<sup>13</sup> McRae, D., *op. cit.*, pp.202-203.

<sup>14</sup> *Ibidem*, p. 295.

シャムウェイと共に心臓移植の実験を積み重ねてきたロウアーはバーナードが実行したときには本当にショックだったという「1966年には実現に近づいていた。シャムウェイは、1967年11月にはカウントダウンに入っていた。南アのニュースを聞いてもバーナードをなかなか思い出せなかった。そうだ、前年に実験室で俺の手術を見ていた奴だ。バーナードの技術者が俺の実験室の技術者に言っていたよ。バーナードは南アに戻ったら最初の心臓移植をやるよと。しかし我々は信じなかった」<sup>15</sup>。

テキサスのクーリーはバーナードが第一例を行った時、なぜ自分が最初ではなかったのかと非常に後悔したという。しかしバーナードに電報を送る。「おめでとう。私もすぐ100例を報告するよ」<sup>16</sup>。

## 第2項 新しい死の判定の埋め込み

米国には心臓外科医たちが「ボーイスカウト定義」と呼んでいた原初的な「死の定義」が存在していた<sup>17</sup>。 *Black's Law Dictionary*<sup>18</sup>に、「死」とは、血液の循環が完全に停止した状態である」と書かれていたのである。このために米国外科医たちは足踏みを余儀なくされていた。

ここでの「埋め込み」<sup>19</sup>という表現は、社会が長い間かけて徐々に新しい死の判定を受け入れたのではなく、外科医たちが社会に働きかけ、急速な変化を伴って新しい死の判定を受け入れさせたという意味から使用するものである。南アフリカでは外科医個人の影響力の大きさによって、死の判定が変更されていたが、米国では以下に述べるように専門家集団の働きかけによって新しい死の判定が行われるようになったので、「埋め込み」という表現の方がふさわしいように思える。

「ボーイスカウト定義」のもとでも、心臓外科医たちは思い切って拍動心を摘出する挑戦を試みようとした。たとえばミシシッピのハーディらは、重症頭部損傷で人工呼吸器管理されている患者をドナー候補と考えたことがあった。しかしながら拍動心を摘出

<sup>15</sup> *Ibidem*, pp.297-298.

<sup>16</sup> Cooley, D., pp.124-5. “Congratulate me, Chris. I will be reporting my first hundred soon.”

<sup>17</sup> McRae, D., *op. cit.*, p. 128.

<sup>18</sup> Black, H. C. *Black's Law Dictionary*, 4<sup>th</sup> ed., St. Paul: West pub. Co., 1951, p.488.

<sup>19</sup> 藤垣裕子、前掲書、77頁。藤垣は著書『専門知と公共性』のなかで、公共空間を「科学技術を社会のなかに埋め込んでいくときの交渉の場」と表現し、「埋め込む」という表現を使用している。

して新しい死の定義の問題に踏み込む代わりに、チンパンジーをドナーにして心臓移植を執行した。これは実質的な世界初の心臓移植であったものの、人体実験として厳しい批判を受けることになった<sup>20</sup>。また、米国初の心臓移植(ヒトからヒトへ)を行ったカントロヴィッツは、実は南アフリカの例の前(ハーディの手術の2年後)に、一度心臓移植に挑戦していた。1966年6月29日、オレゴンから無脳児<sup>21</sup>が搬送されると、カントロヴィッツは心臓がまだ拍動しているときに摘出しようとしたのである。しかしこの時、病院の理事会からドナーについて「心摘出は心停止後に限る」と条件を申し渡されていたうえに、外科チームの他のメンバーたちの反対にも遭った。第一助手、小児科医、麻酔科医たちから、「まだ拍動している、生きています」「神だけが決めることだ、きみじゃない」と抵抗されたのである。カントロヴィッツの挑戦はこうして見送られた<sup>22</sup>。

米国外科医たちが足踏みさせられている法制度に、南アフリカのバーナードは感謝すらしたという。なぜなら、南アフリカでは心停止を待つ必要がなかったからである<sup>23</sup>。「死の判定」のために足踏みさせられていた米国外科医たちであったが、南アフリカで世界初の心臓移植が行われると、米国でも堰を切ったように心臓移植が行われていった。バーナードの手術からわずか3日後、1967年12月6日、カントロヴィッツのもとにフィラデルフィアからまた無脳児が搬送されると、ついに米国初の心臓移植が行われた(ただし、この例では心停止を待っている<sup>24</sup>)。その次のシャムウェイの例(1968年1月6日)からは、脳死ドナーから拍動心が摘出されるようになった<sup>25</sup>。米国の「ボーイスカウト」定義が変更されたわけではなかった。南アフリカ例まで、あれほど米国外科医の足枷になっていた「死の判定」が、突如として無視されたのである。米国でなにが起きたのか。

1967年12月3日、南アフリカで世界初の心臓移植が行われたあと、米国では事態は

<sup>20</sup> Hardy, J. D. *The academic surgeon: an autobiography*, Magnolia Mansions Press, 2002, pp. 302-303.

<sup>21</sup> 全米500の病院に無脳児を募っていた。無脳児とはまれな先天奇形で、生後間もなく死亡する。

<sup>22</sup> McRae, D., *op. cit.*, pp.146-152.

<sup>23</sup> *Ibidem*, p.273.

<sup>24</sup> *Ibidem*, pp.215-220., *The New York Times* 1967.12.7, "Heart transplant fails to save 2-week-old baby in Brooklyn".

<sup>25</sup> 文献には死の判定に関する記載はない。たとえば Stinson E. B. et. al. "Initial Clinical Experience with Heart Transplantation" *American Journal of Cardiology*, 22, 1968, pp. 791-803. しかし、脳出血で脳死となった43才の女性は、最初に収容された病院(El Camino)で脳死が診断されると、翌日にはスタンフォードに搬送された。脳神経外科医が脳死を確認すると手術は開始された(McRae, D., *op. cit.*, p. 254)。McRaeはこの内容を、Ed StinsonやNorman Shumwayから直接聴取したり、The archive at Stanford Medical Centerを使用したりしたという(McRae, D., *op. cit.*, pp.338)。

急展開していた。「連邦政府の態度が豹変したのである」<sup>26</sup>。12月28日、国立心臓研究所(National Heart Institute)<sup>27</sup>は米国すべての移植外科チームと、心臓外科医たちをシカゴのオヘア空港(O'Hare airport)に集め、心臓移植の将来について議論した<sup>28</sup>(図7)。この会議の目的は、①心臓移植に関する最新の研究成果を得て、②臨床応用しようとしている米国研究者たちの計画に、世界初の心臓移植がいかに影響するのかを評価すること、である。議論は心臓移植を成功させることを前提に進行した<sup>29</sup>。論点は拒絶反応など医学的なものがほとんどで、ドナーの死の判定について特に記載はないものの、米国外科医たちがこの後ぞくぞくと心臓移植を実行していったことを鑑みれば、理由不詳だが、外科医たちから「死の判定」の足枷がはずれたと考えるのが妥当であろう。「米国は一夜にして変わった。心臓移植ができる国になった<sup>30</sup>」のである。



図7 シカゴ会議 [Conference on cardiac transplantation with Christiaan Barnard and leading American proponents of heart transplantation] (December 28, 1967), <http://profiles.nlm.nih.gov/ps/access/FFBBDG.jpg>, 2014年8月4日DL。左後方に立っているのが南アフリカのバーナード。

米国は宇宙開発でソ連に先を越され、心臓移植でも南アフリカに先を越された。南ア

<sup>26</sup> Hardy, J. (1986), *op. cit.*, p.286.

<sup>27</sup> 国立心臓研究所長官のフレデリクソン(Donald Frederickson)による。彼は1975年、国立衛生研究所(NIH)長官になっている(The NIH Record Vol. XXIII, No. 14, 1981)。

<sup>28</sup> 14人の外科医たちはNIHから心臓移植の臨床研究費を受けていた。

<sup>29</sup> Box No. 44, Folder No. 15, <http://profiles.nlm.nih.gov/ps/access/FFBLL.pdf>, 2014年8月1日DL.

<sup>30</sup> Hardy, J. (1986), *op. cit.*, p.286.

例の衝撃は米国のナショナリズムに火をつけたかのようにである。注目すべきは、南アフリカ例のあとのスピーディな展開である。このシカゴ会議の3か月後、モンデール上院議員(Walter F. Mondale)のよびかけにより、1968年の3月から4月にかけて公聴会が開かれた<sup>31</sup>。外科医たちは政府によるリーダーシップや社会からの支援を要望、かれらの研究を援助してきたNIH所長は、医学研究における倫理的問題点などは、委員会という仕組みで調整していくことを提案、モンデールは社会的助言者による審議会を提案した<sup>32</sup>。後述するロスマンはこの審議会を医学者たちへのコントロールと解釈しているが、公聴会は心臓移植がきっかけであり、公聴は心臓移植が実施されていくことを前提として行われていることから、筆者は、心臓移植推進のための調整という意義があったと捉える。

それと並行して、専門家たちは死の判定に関する足枷を自らはずそうとする。ハーバード大学の臨時委員会の死の判定基準はその起点といえる。ロックによると、南アフリカの最初の心臓移植が行われた1か月後、ハーバード大学の麻酔科医ヘンリー・ビーチャー(Henry K. Beecher M.D.)が医学部長に要望したことから、「意識を取り戻す見込みのない患者」に関する緊急問題を検討するために委員会が設置された<sup>33</sup>。それまで医師たちは、集中治療室という閉鎖された世界で、患者の死が切迫し、もはや死が避けられないと信じたときに人工呼吸器のスイッチを切っていた<sup>34</sup>。6か月間の討議の末(1968年8月)、「不可逆的昏睡の定義」が発表された。そこでは「不可逆的昏睡」の特徴として、感覚、反応、動き、自発呼吸、反射の消失を挙げ、「すぐれた確認手段」として脳波検査を挙げていた<sup>35</sup>。「理性を永久に失った患者、その家族、病院、そしてこのような昏睡状態の患者に占められた病院のベッドを必要としている人たちにとって、その負担は計り知れない」<sup>36</sup>という現実的な問題と、「経験と知識が蓄積され、移

、まだ救命可能な患者を助けるために、脳に回復不能の傷害をうけた患者の組織や臓器が多く求められていること」<sup>37</sup>の調整が図られた。ハーバード大学医学部特別委

---

<sup>31</sup> National Commission on Health Science and Society(以下 National Commission とす) Hearings before the Subcommittee on Government Research of the Committee on Government Operations, United States Senate, 90<sup>th</sup> Congress, 2<sup>nd</sup> session, on S. J. Res. 145, 7, 8, 21, 28 March and 2 April 1968, 1968.

<sup>32</sup> *Ibidem.*

<sup>33</sup> マーガレット・ロック、前掲書、79-80頁。

<sup>34</sup> デイヴィッド・ロスマン、前掲書、222頁。

<sup>35</sup> マーガレット・ロック、前掲書、79-80頁。

<sup>36</sup> デイヴィッド・ロスマン、前掲書、225頁。

<sup>37</sup> 同上。

員会は「法的には死とは医師によって決定される事実の一つである」と指摘した<sup>38</sup>。新しい死に関して、医師ら専門家たちが主導権を主張したのである<sup>39</sup>。

死の判定が法的に追加されたわけではなかった。米国でもっとも早く新しい死の判定を認めたのはカンザス州<sup>40</sup>であるが、それですら 1971 年であり、数多く心臓移植が行われていた 1968 年ころには、まだ法制度としての「新しい死」は認められていなかった。米国の医学界の考えが変化したのである。それを政府や議会が後押ししたと考えるのが妥当であろう。「拍動心は摘出できない」から、「摘出できる」に変化した。なぜなら、世界のリーダーであるはずの米国が南アフリカに先を越されたからである。

医学界だけでなく、アメリカ国民も新しい死を受け入れようとする。シャムウェイが 1968 年 1 月 6 日、最初に行った心臓移植のドナーは、偶然にも南アフリカの手術について夫婦で話し合っていた<sup>41</sup>。シャムウェイがドナーとなる女性の夫に脳死について話そうとしたとき、彼から、提供については夫婦で話し合っていたと伝えられた。ドナーとなった女性は生前、娘をドナーにすることに同意した南アフリカのエドワード・ダーヴァルは“*How marvelous*”だったと称賛していたのだった。似たような事例はカントロヴィッツの例にもみられる。前述したようにカントロヴィッツの初例は心停止を待った。しかし 2 例目(1968 年 1 月 10 日)は心停止をもう待たなかった。ドナーとなった 29 才女性は脳腫瘍を患っていた。心臓移植に関するプログラムを見ていた彼女は家族に、「もし、私が死んだら、私の心臓をドナーとして提供してほしい」と伝えていた。不幸にも数日後、彼女の状態は急変、脳腫瘍のなかに出血したのである。彼女はカントロヴィッツの病院とは別の病院に搬送されたが、家族は彼女の意思を表明、ドナーとしてカントロヴィッツの病院に転送されたのである<sup>42</sup>。臓器を提供するという自己犠牲の精神は、米国外科医たちを支援したかのようである。南アフリカの心臓移植の影響は大きかった。

南アフリカに先を越されたことは、米国政府を動かし、米国外科医たちの足枷をはずすことになった。他方、必ずしもレースを意識していたわけではなかったが、南アフリ

---

<sup>38</sup> Report of the Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death “A Definition of Irreversible Come”, *Journal of the American Medical Association*, 205(6), 1968, pp.337-340.

<sup>39</sup> ハーバード大学基準の報告のあと、日本はこの基準を参考にしていく。

<sup>40</sup> Converse, R. “But When Did He Die?: Tucker v. Lower and the Brain-Death Concept” *San Diego Law Review*, 12(2), 1975, pp. 424-435. Kan. State. Ann. #77-202(Supp. 1971)

<sup>41</sup> *The New York Times*, “Donor’s husband made offer before she died.” 1968. 1.6.

<sup>42</sup> National Commission, *op.cit.*, pp.37-38.



カの例を知った米国国民たちは、死の判定の変更を受容することになった<sup>43</sup>。

### 第3項 人体実験の制度化

革新的手術が世の中に生まれ出るときには必ず摩擦が発生する。また臓器移植後の拒絶反応が克服されていないとき、心臓移植の治療効果はまったく不確定であった。この段階での臨床応用は、人体実験と言われてもやむをえないが、米国ではこうした批判はどうか扱われたのか。

実は米国でも長らく人体実験は放置されていた。ニュルンベルグ裁判はナチスの行った残虐な人体実験を糾弾したが、米国の研究者たちは自分たちに直接関係あることとは認識しなかったのである。たとえば1962年サリドマイド事件が発覚するが、服用した多くの人が、自分が治験に参加しているとは知らなかったという。このとき治験を規制しようとする法案が作られようとしたが、治験を規制することと治療を規制することが混同され、むしろ医師の権限への侵害だとされてしまい規制は骨抜きにされたという<sup>44</sup>。

米国の戦後の研究を、学問的な方向性と資金援助から引っ張ったのはNIHである。科学研究開発局長官のバナバー・ブッシュは、戦時中の医学研究の華々しい成果(ペニシリン、サルファ剤、天然痘など感染症にたいする勝利)に注目し、「医学が今まさに、もっとも英雄的な探索に足を踏み入れようとするとき、連邦政府は援助をやめるべきではない」として議会を説得し、研究資金助成の合意を形成した結果、NIH強化につながった。NIHの潤沢な研究資金は1万件の研究を助成し、その約三分の一が人体への実験に関するものだった。たとえば臨床センターの研究の病院では、NIHの7つの研究所が行っているいずれかの研究に関連した病気の患者が入院していたが、治療と研究の境界線はあいまいにされていた<sup>45</sup>。

ミシシッピのハーディの第一例はまさしく実験であった。レシピエントは68才、白人男性、高血圧性の心臓血管病を長く患っていた。昏睡状態、血圧測定不能、心房細動で地域病院に搬送され、合併していた左下肢壊疽について左大腿動脈塞栓除去術が行われるも、血流増加せず、切断を目的にハーディたち外科チームが所属するミシシッピ州立大学に転送された。心電図は心房細動で低電位を呈し、陳旧性の前中隔梗塞が示唆され

<sup>43</sup> ただし、一部の外科医は裁判を起こされた。

<sup>44</sup> デイヴィッド・ロスマン、前掲書、75-100頁。

<sup>45</sup> 同上、76-79頁。

た。循環器科が患者はあと数時間で死亡すると結論すると、外科チームは心臓移植の適応を検討した<sup>46</sup>。前述したように、このとき米国ではまだ、拍動している心臓を摘出することは認められていなかったため、拍動心臓を摘出する代わりに、外科医ハーディはチンパンジーの心臓を使うことを決意する。このころの米国では異種間移植はすでに腎臓では行われており<sup>47</sup>、ハーディは倫理的に正当化できると感じたという。この移植について彼がスタッフたちに多数決をとると、5人中4人が賛成し、1964年1月23日、世界初の心臓移植は実行された<sup>48</sup>。移植された心臓の拍動時間はわずか1時間であったものの、この例は全米で報道された。ただし当初、外科医とドナーは伏せられていた<sup>49</sup>。しかし、翌日にはドナーがチンパンジーであったことが明らかになり<sup>50</sup>、手ひどく批判を受けることになった。

実験を正当化するには本人の自発的同意が得られていなければならない。臨床実験における患者の自己決定はもっとも重要な点である。しかし当時はまだ、自己決定という概念が米国ですら明確ではなかった。もし現在から振り返って倫理的な問題を指摘するならば、ミシシッピ例のレシピエントに意識がなかったことは重大問題であった。家族が代理として合意したとされているが、レシピエントに意識がなかった点は当時の米国では特に問題にされなかった<sup>51</sup>。

また、ミシシッピではこの前に(1963年6月11日)、世界初の肺移植を行っているが、この例も倫理的問題を含んでいた。手術は、広範囲の心筋梗塞の患者(ドナー)の左肺を56才の肺がん患者に移植するものであった<sup>52</sup>が、この例のレシピエントは終身刑の受刑者で、州知事から恩赦を受けて手術をうけていたのである<sup>53</sup>。しかしこのときも、受刑者の自己決定が正当だったのかはやはり議論されなかった。

人体実験として批判されたハーディの手術とは対照的に、南アフリカの後に行われた

---

<sup>46</sup> Hardy, J., Chavez C., Kurrus, F. et al “Heart Transplantation in Man: developmental studies and report of a case” *Journal of the American Medical Association*, 188(3), 1964, pp. 1132-1140.

<sup>47</sup> ニューオーリンズのチュレーン(Tulane)大学で。

<sup>48</sup> *Laurel Leader Call*, 1964.1.24, “Heart transplant fails in Jackson”.

<sup>49</sup> *The New York Times* 1964.1.25, “Transplanted heart keeps a dying man alive for one hour”, Hardy, J. (1986), *op.cit.*, pp.271-278.

<sup>50</sup> *The New York Times* 1964.1.26, “Chimpanzee heart used in transplant to human”.

<sup>51</sup> 当時のミシシッピは南アフリカのような人種問題を抱えており、家族に拒否する選択肢が存在したのかについては慎重に検討されるべきであったろう。ミシシッピの情勢は第4章で論述しているが、黒人を排除する白人たちは同族にも厳しかったのである。

<sup>52</sup> 移植肺は後にワシントンのスミソニアン博物館に展示された。

<sup>53</sup> *Laurel Leader Call*, 1963.6.26, “Lung exchange earns freedom for convict”, McRae, D. *op.cit.*, p.121.

カントロヴィッツの米国初の心臓移植は称えられて報道された。無脳児をドナーにして、2.5週の子供三尖弁発育不全の患児に心臓移植を行ったのである。この例は確かに、ドナーはヒト(無脳児)であったが、批判と称賛という大きな落差を生じさせるほど、両例の倫理的な差が大きいものだったのかは疑問である。というのも、レシピエントは新生児であり、しかも移植心はわずか1時間45分で停止していたからである。ドナーは人間ではあったものの、レシピエントにとっては人体実験と言わざるをえないのではないか。ドナーが無脳児であったこと、無脳児を全米で募集していたことについても倫理的な問題があるように思えるが<sup>54</sup>、米国社会ではどう受け止められたのだろうか。人体実験という点については、ハーディの例と大差なかったのではないだろうか。米国社会がこの手術を称賛の目で見たとしたのは、南アフリカ例の直後だからだろう。米国こそ心臓移植の先進国なのだと、米国こそ世界一なのだと、名誉を挽回する機会になったからではないだろうか。

ミシシッピ例の後、しばらく米国では人びとを「実験」から守るという米国政府の委員会の方針(後述する米国保健省の通達#129)が遵守されていた<sup>55</sup>。それにもかかわらず、前述のように南アフリカで世界初の心臓移植が行われると米国政府の態度は一変する。やはりスピーディな動きに注目したい。すでに死の判定については前述したので、ここでは「実験」に関するスピーディな制度化を中心に述べる。

前述したシカゴ会議は心臓移植の制度化への起点になる。その後、重要な学会がベセスタで行われ、続いて米国国立心臓研究所による特別委員会が発足した。1968年9月、米国循環器学会(ベセスタ会議)が催されるが、臓器移植を国家的事業(a national effort)と位置づけ、循環器学会でありながら他の臓器移植を含めて重要問題を解決しようとする特別な学会となった。報告書の冒頭で、「医学分野の発展は国家的事業としてみなされてきたが、臓

	(a feature of that effort)			
	( )	26		8
	( )	10	NIH	4

<sup>54</sup> 通常ドナーは、救命のための懸命の努力のあと、臓器摘出を提案されるが、無脳児は死を前提に臓器摘出を提案されることになり、搬送中の処置は救命のための努力というより臓器の保存のための処置にならざるをえない。治療する側はドナーの新生児に対して良心の呵責を感じるのではないだろうか。

<sup>55</sup> Hardy, J. (1986), *op.cit.*, pp. 285.

人、公的研究機関4人、議会関係者2人、そして法曹界2人の、多様な分野からの計67人であった。大統領や議会への提案や、法制度のための弁護士会への圧力などが検討されていた。この報告書は「実務者だけでなく、法律家や政府行政官たちにも向けられたものである」と強調していた<sup>56</sup>。この時点で、心臓移植はほぼ正統化されたといってもよいかもかもしれない。

米国では、近代のダイナミックな臨床研究に適応しうる倫理的原則に、組織的なアプローチがされはじめたのは、1960年以降にすぎない。それは、米国議会、FDA(U.S. Food and Drug Administration)、NIH、および科学者団体などの共同努力によって進展した<sup>57</sup>。歴史的には、米国医学会において1946年、三つの倫理基準がまとめられた<sup>58</sup>。その基準とは以下のごとくである。①被験者より自発的な同意を得られなければならない、②実験における危険性は、あらかじめ動物実験によって確かめられなければならない、③実験は適切な医学的保護と管理のもとで行わなければならない。1964年、世界医学会はヘルシンキ宣言<sup>59</sup>を採用したが、米国医学会も後日、ヘルシンキ宣言を承認した。宣言は自発的な同意の必要性を強調している。1966年、米国医学会はさらに「臨床的研究に対する倫理的指針」を採用している。それには、「医師は患者の最大の利益になるように専門的な判断を下し、実験的処置に関する合理的な説明、予測される利益と危険などを説明したうえで、患者から(または代理の親族から)同意を得られなければならない<sup>60</sup>」とされている。

米国保健省(USPHS: the United States Public Health Service)<sup>61</sup>は1966年2月1日に、通達(Policy and Procedure Order #129)を公布しているが、これには人を実験対象とする研究を

<sup>56</sup> Bethesda Conference report “Cardiac and other organ transplantation in the setting of transplant science as a national effort”, *American Journal Cardiology.*, 22(6), 1968, pp.896-912.

<sup>57</sup> National Heart Institute, *op.cit.*, p.41.

<sup>58</sup> *Ibidem*, pp.85-87. 米国医学会の司法会議ではこう述べられている。「人体実験の実施そのものに汚名をかぶせるべきではない。恥辱と不名誉は誤用によってのみおこりうるのである。すべての人体実験に対する道徳的義務は侵害されてはならず、被験者にはその感性、福祉、安全などに関して適切なる考慮を払うべきである。・・・人に試みられる実験の中で、有害な作用のものは禁止され、無害なものは許され、良好な結果を与えるものは義務として行う必要がある(S. S. Kety)」。渥美和彦訳(1972年)の170頁から引用。

<sup>59</sup> *Ibidem*, pp. 37-50. 第二次世界大戦直後、医学実験に関するニュルンベルグ法典(Nuremberg Code)が決められたが、後年の1964年6月、ヘルシンキでの第18回世界医学会総会ではこれを認めることを宣言した。

<sup>60</sup> *Ibidem*, pp.85-87.

<sup>61</sup> NIHは保健省の下部機関である。

管理するための条件が挙げられていて、保健省の研究助成金や奨励金にもとづく医学研究に適用されることになった<sup>62</sup>。この時点で人体実験は制度化されたといえる。まずルールが作られ、そこから逸脱していなければ研究者や外科医たちは危険にさらされないことが表明されたのである。米国医学会のヘルシンキ宣言承認も、米国保健省の通達も、ハーディの手術の2年後であった。

1968年5月までにNIHは、この#129通達の順守保証書(*institutional assurances of compliance*)を1,485の研究機関から受け取っている<sup>63</sup>。このうちNIHが承認した研究機関の10%を抽出調査したところ、研究審査委員会のほとんどが科学者や医師などの同類の専門グループによって構成されており、専門家以外の素人、弁護士や牧師などをメンバーに組み入れていたのはわずか11機関にすぎなかった。これを踏まえて、1969年5月1日(南アフリカの手術後1年半)には、米国保健省129号通達が拡大公布された。これは前述の、人を実験対象とする研究で研究助成金を受諾している研究所を審査する委員会に関する特別勧告である。すなわち、委員会の委員は、「研究の性質を理解するに足る資格や能力を有するのみならず、研究施設の有する規則、関係法律、医学専門の応用に関する基準、あるいは社会的承認などのすべてにてらして、その医学研究が遂行されているのかどうかを判断する能力を要する<sup>64</sup>」。

つまり、逆説的な表現だが、上記のような判断能力のある委員会が承認すれば人体実験は可能になったのである。ルールの適用が妥当であるかどうかは、特定の個人が負う責任ではなくなり、委員会という組織が責任を負うことになり、外科医にとってより危険性が軽減された。外科医にとってより現実的なルールとなったのである。

この公布(米国保健省129号通達の拡大版)が、南アフリカの手術のあとになされたことは意義深い。南アフリカの例のあとだからこそスピーディに決められたと思われる。というのは、この公布の前の1968年11月、前述のように米国国立心臓研究所は特別委員会<sup>65</sup>を発足しているからである。内科医、さまざまな外科医(心臓外科に限らず)、疫学者に加えて、さらに精神科医、政治学者、経済学者、あるいは生物統計学者も加え、6カ月にわたり、心臓移植に関する可能なデータを集め、医学的、倫理的、あるいは経済的

<sup>62</sup> *Ibidem*, pp. 40-41.

<sup>63</sup> *Ibidem*, p. 40. このうち1,312の研究機関がNIHにより承諾された。

<sup>64</sup> *Ibidem*, pp.40-41.

<sup>65</sup> *Ibidem*, pp. v-vi. 1968年12月16日に第一回の会合を行い、1969年8月11日に最終会合を行った。

に、あらゆる角度から心臓移植が検討された<sup>66</sup>。心臓移植を推進するという方針はすでに決まっていて、実行のためには何が必要なのかを検討されたのである「国家的レベルで研究費配分を考えたときに、心臓移植のどのような基礎的研究に、重点的に研究費を注ぐべきか<sup>67</sup>」。

まず委員会の、社会の反応についての考え方が興味深い。社会がむしろ臓器移植を要求しているという認識である。

・・さらに最近では、肝臓や心臓の移植が技術的に可能になり、その治療価値が立証されるより早く、社会に受け入れられるに至っている。・・そのような劇的な進歩が広く受け入れられるようになると、心理的、社会的、法律的、経済的、倫理的あるいは宗教的問題があるにもかかわらず、社会は、この医学進歩をいっそう要求するようになるのである<sup>68</sup>。

そして臓器移植に関する委員会の姿勢はプラグマティズムに貫かれていた。というのも、かつてハーディが批判された理由「チンパンジーの心臓」は、米国国立心臓研究所臨時委員会で本気で検討されていた。チンパンジーの心臓はもはや実験ではなく、現実的なものとして費用計算されていた。

チンパンジーは、人以外の動物のうち、人の心臓移植のドナーとしては最良のものとしてされている。・・生け捕りにされたチンパンジーを繁殖させることはきわめて費用がかかる。・・アフリカで捕獲して、船で送ると成熟チンパンジーは約2,000ドルになる。・・米国での飼育には、1匹につき、1年で約1,500ドルもかかる<sup>69</sup>。

ハーディがチンパンジーをドナーにして批判されたことはたった5年で過去のものになった<sup>70</sup>。

---

<sup>66</sup> *Ibidem*, pp. v - vi.

<sup>67</sup> *Ibidem*.

<sup>68</sup> *Ibidem*, pp.37-38.

<sup>69</sup> *Ibidem*, p.26.

<sup>70</sup> その報告では最後に勧告している。「国立心臓研究所は、死の定義に対する基準を確立する

米国保健省#129の拡大公布(1969年)以前の、1964年にミシシッピで行われたハーディの心臓移植は批判されてはいたが、このとき倫理的な点について具体的に議論がなされたわけではなかった。この時、ハーディたちは無視されたのである。一方、南アフリカの例のあと、問題提起が連邦政府レベルでなされると、どうすれば人体実験が正当化できるのかが探られた結果、制度化へと推移したのである。

南アフリカではレシピエントの勇気を讃えたり、レシピエントの同意を強調したり、レシピエントの生活をメディアに露出させて手術の成功を過度に強調したりすることで人体実験を正当化していったのに対し、米国では「人体実験」そのものを制度的に正当化しようとした。ただし米国でも南アフリカと似たような演出がみられる。成人のレシピエントは報道でスターのように扱われていたのである。テキサスの外科医クーリーは世界で9番目に心臓移植を行い、わずか8か月の間に10例<sup>71</sup>と、だれよりも数多く行ったが、クーリーの患者たちに限ってはレシピエントの詳細が報じられ、まるで南アフリカで観察できた演出のような現象がみられた。たとえば、クーリーにとって最初の心臓移植のレシピエントは銀行員に復職しようとしていたが、そのデスクワークのようすが写真で載せられていた<sup>72</sup>。4番目のレシピエントがエクササイズのために自転車をこいでいる<sup>73</sup>写真とか、さらに、6番目のレシピエントがグロテスクにも、容器に入った、摘出された自分の心臓を見ているようすを撮った<sup>74</sup>写真まである。この当時の先端医学に対する米国社会の関心は並々ならぬものであったが、患者たちにスターのようにポーズをとらせて写真を撮るという演出は、結果的に人体実験の正当化に寄与することになったのではないか。クーリーは言う「外科医の勇気は問題ではない。勇気は患者の方にあるんだ。最初の患者、ワシユカンスキー(南アフリカのレシピエント)はとても勇敢だった」<sup>75</sup>。社会が心臓外科医の勇気を讃え、その外科医は患者の勇気を讃えた。後述するが、このときの米国政府は冷戦に勝つために国民に犠牲を求めていた。外科医や患者の勇気をた

---

ためのリーダーシップをとるべきである」(National Heart Institute, *op. cit.*, p.63.)。ハーバード大学委員会と同様の主張もしていた。リーダーシップをとるべきは、専門家たちと政府であった。

<sup>71</sup> ドナーがヒツジの例は省略。

<sup>72</sup> 204日生存した(National Heart Institute, *op. cit.*, p.65.)。

<sup>73</sup> 146日生存した(*Ibidem*, p.66.)。

<sup>74</sup> 149日生存した(*Ibidem*, p.65.)。

<sup>75</sup> “No-nonsense heart man of Huston”, *LIFE* 1968年8月2日

<http://books.google.co.jp/books?id=ST8EAAAAMBAJ&pg=PA34&dq=heart+pump&hl=ja&sa=X&ei=neoT4fHL0vJmAX65bjhBA&ved=0CFAQuwUwBjgK#v=onepage&q=nonsense&f=false>

2012年8月8日DL.

たえることで、人体実験は不問にされたかのようなのである。

## 第2節 道具としての心臓移植：ナショナル・プライド

米国医学界が新しい死の判定を率先して社会に埋め込む過程と、人体実験を制度化していく過程は、南アフリカの手術のあとに素早く進んだ。展開の速かった理由を、ナショナル・アイデンティティの視座から検討する。米国国内の社会的状況、米国が置かれていた国際的な社会状況から、米国社会にとって心臓移植はどのような意味があったのかを検討する。

### 第1項 外科医のナショナリズム：心臓移植と宇宙開発のリンク

米国の外科医たちはなぜ「1 番目」を競ったのだろうか。米国社会ではしばしば、心臓移植レースと宇宙開発レースはリンクして語られていた<sup>76</sup>。1957年10月4日、ソ連が打ち上げた人工衛星スプートニクが地球の軌道に達し、科学的偉業を米国に見せつけた。米国はそれまで、いつも一番であった。原子分裂の開発も、水素爆弾も、一番であった米国の自信は、大きく揺らぎ、このとき多くの批評家は、アメリカ的生活(つまり消費社会)、公共教育、そして米国政府への懐疑を口にした<sup>77</sup>。ソ連側の文献によると、スプートニクは実際には、「簡単な信号を発信する強力短波送信機しか積んでいない中空な球体」にすぎなかった<sup>78</sup>。しかしアイゼンハワー政権は、スプートニクの軍事的意義よりも心理的意義の方を心配したのである。自由世界の規範が崩れるのではないか、同盟国が米国を支持しなくなるのではないか、第三国が資本主義よりも共産主義を信用するのではないか、そして国際社会の均衡が反米に傾くのではないかと、さらに宇宙開発以外の分野でもソ連のプロパガンダが信用されるのではないかと。米国政府は、米国のプライドに鋭い打撃を与えたという意味で、「スプートニクは共産主義者たちにとって、プロパガンダとして大成功した」と結論づけた<sup>79</sup>。

---

<sup>76</sup> Fox, R. C., Swazey, J. P. *The Courage to Fail: A social View of Organ Transplants and Dialysis*, New Brunswick: Transaction Publishers 2009, p.111.

<sup>77</sup> Osgood, K. *Total Cold War: Eisenhower's Secret Propaganda Battle at Home and Abroad*, Lawrence: University Press of Kansas, 2006, p.323.

<sup>78</sup> ジョレス・メドヴェージェフ『ソ連における科学と政治』(熊井譲治訳)みすず書房、1980年、(原著は1978年)、83頁。

<sup>79</sup> Osgood, K., *op. cit.*, p.323.



米国はスプートニク・ショック以来、科学に国家の威信をかけるようになっていく<sup>80</sup>。

スプートニクは歴史的な政治的および技術的な分水嶺であった。多くの人が書いているように、スプートニクはソ連を必然的におそるべき軍事的潜在力をも暗に意味する技術的な優れた腕前を実際に示した国際的勢力として、  
第一流、ソ連国民に、ソ連が新しい科学的、技術的および工業的な基盤を築き上げるのにどれほどの進歩を遂げたのかを目の前に見せたのである<sup>81</sup>。

おそらくソ連の宇宙活動についての最初の宣伝の大成功の最も重要な効果は、アメリカの世論および指導者たちをミサイル開発、配備計画の促進に動員する助けをしたことであった<sup>82</sup>。

アイゼンハワー政権は、自由世界の信頼を取り戻すためにレースに勝たねばならないとして、ICBM(大陸間弾道ミサイル)の開発を急ぐが、衛星計画は軍事プロジェクトから切り離し、PRでは一番になることを強調するのではなく「レースではない、ソ連と違ってオープンな、平和的なもの」であることを強調した<sup>83</sup>。Osgoodによると、米国政府は米国リーダーシップに関する国際上の自信を取り戻すために直ちに何かしなければならぬと感じていたという<sup>84</sup>。

アイゼンハワー大統領は主張した「貿易、経済発展、軍事力、芸術、科学、教育、思想の世界全体、あらゆる人類の活動は、膨張(expansion)の兵器として有効である。ソ連はあらゆる冷戦(Total cold war)に勝とうとしている。軍事力のみには集中することは悲劇的な間違いである」。NSC(National Security Council 米国国家安全保障会議)は宇宙政策について、「ソ連の宇宙開発における優勢は、米国の威信と米国の指導的地位を傷つけ、米国の安全を脅かす手段として利用しうるものである」、「宇宙開発の、地球上の人々の心理的効

<sup>80</sup> 廣重徹、前掲書、108頁。

<sup>81</sup> アルトン・フライ「ソ連の宇宙活動、引き合わぬ政治の十年間」リンカン・ブルームフィールド編『宇宙と人類社会 下』(関野英夫訳)時事通信社1971年、(原著は1962年)、88頁。

<sup>82</sup> 同上、100頁。

<sup>83</sup> Osgood, K., *op. cit.*, p.329.

<sup>84</sup> *Ibidem*, pp. 344-345.

果は絶大である」、「国際上の米国の威信を高め、米国の科学的、技術的、産業、そして軍事的強さにおける自信を付けるために、米国の宇宙開発をかならず成功させなければならない」などと述べた<sup>85</sup>。

1958年に、航空宇宙局(NASA)が設立された。アイゼンハワーはアメリカの威信は宇宙開発で勝ち得るものではないと、月面到達に関心を示さない素振りを見せたが、実際には人類の月面着陸が優先的計画とされた<sup>86</sup>。この計画はケネディ政権に引き継がれた。

「黄金時代」の夢から覚めつつあった米国国民は、国に活力を与える強い指導者を望み始めており、国民の犠牲を求めるケネディの大統領就任演説は国民に精神的な糧を与えた。ケネディにとって、月は新たな挑戦の場、つまりニューフロンティアだったのである<sup>87</sup>。宇宙開発、なかでも巨額な資金を投入しての月面到達計画は、ケネディ政権のニューフロンティア政策がアメリカの対外的威信高揚を重視したものであったことを示している。

「フロンティア」はアメリカ人が新自由地を求めて西部へ移動するという地理的な意味ではあるが、地理的なフロンティアが消滅したあとも、アメリカ人の心の中に存在し続け、原動力になった。大橋によると、もしアメリカ精神に「伝統」というものがあるとすれば、それは「伝統」という意味とは逆説的にダイナミック(動的)なものであると言う<sup>88</sup>

米国にとって「フロンティア」はいかに重要だったのか。それは米国国民の間の紐帯に関連している。一般的に、ネーションを構成する要素は、歴史的領土の共有、共通の歴史的記憶、文化の共有、共通の経済圏、構成員に等しくかかわる法的権利・義務などと規定される。国家はもっぱら公的な諸制度に関連し、それ自体自律的であるが、ネーションとは文化的・政治的な紐帯を意味し、それが歴史的文化と故国を共有する者すべてを、単一の政治共同体のなかで結びつける<sup>89</sup>。この当時(1970頃)、真の意味で「ネーシ

<sup>85</sup> *Ibidem*, pp. 347-349. (NSC 5814/1 August 18, 1958. "Statement of preliminary U. S. policy on outer space".)

<sup>86</sup> *Ibidem*, pp. 348-353. あるいは有賀夏紀『アメリカの20世紀(下)』中央公論新社、2002年、41頁。有賀によると、アイゼンハワー大統領はむしろ、宇宙開発促進を要求する世論のヒステリックな声に軍産複合体が力を得て軍事産業がますます拡大することを恐れていた。

<sup>87</sup> 同上、51-54頁。

<sup>88</sup> 大橋健三郎「フロンティアとアメリカ精神」大橋健三郎編『講座アメリカの文化2 フロンティアの意味』南雲堂、1969年、53-54頁。

<sup>89</sup> アントニー・D・スミス『ナショナリズムの生命力』(高柳先男訳)晶文社、1998年、(原著は1991年)、41頁。

「ジョン・ステート」、すなわち国家の境界とネーションの境界とが一致し、国家の全住民が単一のエスニック文化を共有しているのは、ほぼ 10 パーセントにすぎない<sup>90</sup>。多くの国家が複数のエスニック文化を共有していたが、その中でも米国は突出していた。米国は社会共通の言語として英語を使用してきたものの、構成員の多くにとってそれは母語ではなかった。宗教や文化、生活様式も一様ではなく、新大陸に移植してできた社会であるため、歴史的な領土は排除された先住民を除き持っていない。「アメリカ人」は、ヨーロッパ諸国で自明のものとして存在してきたネーションからは大きく逸脱している<sup>91</sup>。「国家は民族の支援なしに現れる」<sup>92</sup>としても、米国は突出した例といえる。

W. ウィルソン(Thomas Woodrow Wilson)は 1915 年に、こう述べている「出生や出身地への愛着は完全なアメリカ人になっていないことを表しているし、何らかの民族集団に属していることと真のアメリカ人になることは、合反することだ」<sup>93</sup>。T. ローズベルト(Theodore Roosevelt)はナショナリスティックに「党派や階級のようなアメリカ人民のある部分のメンバーである前にまずアメリカ人でないものは、良いアメリカ人ではありません」<sup>94</sup>と述べている。さらに F. D. ローズベルト(Franklin D. Roosevelt)も、大恐慌と第二次大戦をとおしてアメリカ国民を指揮しながら、アメリカの原理は「精神や心」であって、「民族や祖先ではない」と語った<sup>95</sup>。つまり米国では、単一の政治共同体のなかで結びつけられる紐帯は民族や文化ではないということである。

古矢は、米国の国家形成がヨーロッパとは異なる点を述べている。①国民国家としての米国には、政治的単位の人的土台となる民族的単位が欠けている。②特定の民族や人種や土地に立脚する求心的なナショナリズムを欠く、③思想的基盤を中立的にしたため、米国は「理念国家」となった<sup>96</sup>。「アメリカ国民」という観念は、特定の民族性や言語な

<sup>90</sup> Connor, W. *Ethnonationalism: the quest for understanding*, Princeton: Princeton University Press, 1994, p.29.

<sup>91</sup> 大津留(北川)智恵子「グローバル時代のナショナリズムと市民像」大津留(北川)智恵子・大芝亮編『アメリカのナショナリズムと市民像: グローバル時代の視点から』ミネルヴァ書房、2003 年、3 頁。

<sup>92</sup> アーネスト・ゲルナー、前掲書、11 頁。

<sup>93</sup> Wilson W. 1911: Too proud to fight, address to several thousand foreign born citizens after naturalization ceremony, Philadelphia, May 10 1911, *Public Papers of Woodrow Wilson*, III, 319. (小林清一『アメリカン・ナショナリズムの系譜』昭和堂、2007 年、291 頁から引用)

<sup>94</sup> Roosevelt T., Speech at Kansas City, September 1, 1910, Leuchtenberg, W. E. ed., *The new nationalism*, Prentice Hall, 1961, p. 121. (同上)

<sup>95</sup> 同上。

<sup>96</sup> 古矢旬、前掲書、v -vii 頁。

どによって支えることはできない。単なる民族の牢獄ではない多文化の共存を保持する制度を作ったからこそ、その多様性の統合を支えるためにも、普遍的な理念を絶えず確かめ、政治社会の統合を支えなければならない<sup>97</sup>。

共通の歴史をもたない米国民が国を作り維持しようとするとき、互いを結びつける絆は中立的なものや理念的なものにならざるをえない。過去を振り返ると米国には黒人奴隷や南北戦争という暗い歴史が横たわっている。そして自分たちのルーツをたどるとばらばらである。前をみるしかないだろう。前進(フロンティアを追い求める)し続けることに価値を見出し、それ自体が目的となり、その結果、フロンティア精神は米国のナショナル・アイデンティティとなった<sup>98</sup>。

米国社会が統合のために使用する理念は、フロンティア精神だけではない。たとえば Delbanco は、米国社会の統合において、「自由」、「平等」、そして「民主主義」が宗教の代わりの紐帯として機能してきたという。1969年8月、ウッドストック・フェスティバルで黒人ギタリストのジミー・ヘンドリクス(Jimi Hendrix)が米国国歌“The Star Spangled Banner(星条旗)”をエレキギターで弾いたとき、それを認識できるという<sup>99</sup>。音楽ジャーナリストのマリーによると、ジミー・ヘンドリクスの自国の国家の解釈としていちばんよく知られている「星条旗」はこのときのものであるという。「白いギターを持った黒人、自生した稲の野原にひしめくほとんどは白人ばかりの聴衆<sup>100</sup>」。つまり、虐げられている人種であっても米国で生きていけると感じられるときの心の拠り所は、「自由」あるいは「平等」であり、現在実現できていなくても、民主主義の国家はいずれ成し遂げるであろうという期待である。

また、米国の統合は敵を見出すことでも継続される。あらゆるものから共産主義をつまみ出すことで団結し(マッカーシズム)、核の脅威をソ連に見出すことで一体となって

---

<sup>97</sup> 藤原帰一、前掲書、26頁。

<sup>98</sup> 古矢は「フロンティア」の性格は、異なった出自と文化的伝統とを有する人々が出会い、対立し、融合し、それらの過程をとおして古い文化変容し新しい文化が生みだされてくる点であるという。よかれあしかれ米国の民主主義体制の性格を規定し、独自の国民的アイデンティティを形成する原動力を供給してきたという(古矢、前掲書、92-93頁。)

<sup>99</sup> Delbanco, A. *The real American dream: A meditation on Hope*, Harvard University Press, 1999, p.96.

<sup>100</sup> チャールズ・シャー・マリー『ジミ・ヘンドリクスとアメリカの光と影: ブラック・ミュージック&ポップ・カルチャー・レヴォリューション』(廣木明子訳)フィルムアート2010年、(原著は1989年)、46頁。「ひとりの男が一本のギターでわずか3分半の間に、あの異様にむかつく(ベトナム)戦争について、すべての小説や回想録、映画をまとめたよりも多くを語った」のである。

きた<sup>101</sup>。ギトリンは「アメリカは統合を維持するための大義名分として、共産主義を使っていた<sup>102</sup>」という。

ソ連が1961年4月12日、ガガーリンを最初に宇宙に送り出すと、その43日後に米国のケネディ大統領は宇宙競争に勝つことを決意して、「この国はこの60年代が終わる前に、人類が月に降りて地球に戻るといふ偉業を成し遂げるだろう」と演説した。先のケネディの演説が行われたのと同じ月、ミネソタの科学作家のコーン(Victor Cohn)は心臓移植レースを予言した。「1970年5月1日、外科医は自動車事故の被害者の心臓を、心臓疾患の患者に移植することに成功する」。コーンは外科医シャムウェイを名指した<sup>103</sup>。シャムウェイが所属するスタンフォード大学の関係者は言う「心臓移植の国家的威信をかけたレースは、人類を月に送る国際的競争と同様に熾烈だった」<sup>104</sup>。それは国家への忠誠心といってもよいかもしれない。

あらゆるネーションは自らがネーションであると自覚することで成立している想像の共同体である、という立場からすれば、米国が自然のまとまりのないなかで一つの国を形成していった求心力は、自明のネーションをもつ場合よりもはるかに強かった<sup>105</sup>。つまり米国国民の紐帯のために、フロンティア精神、自由、平等などの理念や、あるいは敵を見出すことであっても、あらゆるものが利用された。

ミルは、ネーションは単に国民的感情の共有によってのみ定義されるのではなく、同一政府のもとにありたいと望むことを付け加えている<sup>106</sup>。同一政府のもとにありたいという意欲は、アイゼンハワーやケネディが国民の犠牲を要望したとき、それに応えようとして行動に結びつくだろう。前述のようにアイゼンハワー政権は“Total cold war”に勝つために米国国民に犠牲を求めたが、このイデオロギーは冷戦下の宇宙飛行士や兵士だけでなく、外科医たちに伝わっていた。そして後続のケネディのスピーチは外科医たちに

---

<sup>101</sup> McEnaney, L. “Cold War mobilization and domestic politics: the United States” Leffler, M. P., Westad, O. A. eds. *The Cambridge History of the Cold War [electronic resource] Volume 1*, Cambridge University Press, 2013. <http://dx.doi.org/10.1017/CHOL9780521837194.021>, 2014年3月10日DL. 日本に原子爆弾を二つ落としたあと、アメリカ人は核の脅威を感じるようになったという。

<sup>102</sup> トッド・ギトリン『アメリカの文化戦争』彩流社、2001年、(原著は1995年)、77頁。

<sup>103</sup> McRae, D., *op.cit.*, pp. 95-96.

<sup>104</sup> *The New York Times* 1968. 11.18, “The neglected battleground in heart transplants”

<sup>105</sup> 大津留(北川)智恵子、前掲書、3頁。

<sup>106</sup> E. J. ホブズボーム『ナショナリズムの歴史と現在』(浜林正夫ほか訳)大月書店、2001年、(原著は1990年)、23頁。引用元 Mill, J. S. *Unitarianism, Liberty and Representative Government*, Everyman ed., London, J. M. Dent & Sons, 1910, pp.359-366. <https://archive.org/details/lindutilitarianism00milluoft>, 2014年7月29日DL.

感銘を与えた。1962年、カントロヴィッツはケネディのアメリカ人を月に送るという決意をまねて、心臓移植を最初にやるとスタッフたちに表明した<sup>107</sup>。1962年9月、ヒューストンの外科医クーリーも、ライス大学でのケネディのスピーチ<sup>108</sup>に感銘を受けていた<sup>109</sup>。外科医たちは、心臓移植レースと宇宙開発レースをリンクして考えるようになった。このレースに勝つことに、国家的威信(ナショナル・プライド)をかけていたのである。宇宙開発レースが米国のナショナリズムから発していたのと同様に、心臓移植レースは米国外科医たちのナショナリズムから発したものであった。

## 第2項 理想像としての「世界一」

米国のナショナル・アイデンティティ「フロンティア精神」を実現させようとする、必然的に「世界初」を追い求めることになる。「世界初」はナショナル・プライドを高めるであろう。「世界初」を求めると、多くの場合「世界一」を求めることになる。「世界一」は米国理念「フロンティア精神」の理想型と考えることができる。ただし米国国民や社会が「世界一」というとき、その意味は単一ではない。単に事実を述べているときもあれば、政府が国民に犠牲を強いる(動員)ために理想として「世界一」を使用する場合、あるいは米国国民の意識を束ねよう(統合)として自負(ナショナル・プライド)として使用している場合、また、米国以外の国に向かって、米国は世界一なのだから米国側につくようにという外国へのアピール(冷戦に勝つための宣伝)として使用している場合もある。たとえば、石井が言うところの“*We are number one syndrome*”<sup>110</sup>は、第二次世界大戦後に一気に強まった、アメリカ人のなかの「自分たちは世界一だ」との気持ちであるが、これは「世界一」を自負として使用している。*LIFE*が次の戦争を避けるために「自由貿易(*free world trade*)」を作り出すことによってナショナリズムと貧困の戦前の状態を変革しなければならない<sup>111</sup>の主旨は「「世界一の国(*the No. 1 nation*)」米国である。ここでは「世

<sup>107</sup> McRae, D., *op.cit.*, p.110.

<sup>108</sup> J. Edgar Hoover, “Challenge, in a decade of hope and fear, in an age of both knowledge and ignorance”. <http://er.jsc.nasa.gov/seh/ricetalk.htm> 2013年6月25日DL.

<sup>109</sup> Cooley, D., *op. cit.*, p.123.

<sup>110</sup> 石井修「アメリカのナショナリズムと“ジャパン・バッシング”: 覇権国が没落感を味わうとき」大津留(北川)智恵子・大芝亮編『アメリカのナショナリズムと市民像: グローバル時代の視点から』ミネルヴァ書房、2003年、116-117頁。

<sup>111</sup> Editorial, “U.S. Foreign Policy, III: Its most hopeful project depends for success on the American businessman,” *LIFE* January 20, 1947, 34.

界一」を事実の自負として、かつ大国意識として使用している。1947年3月の、トルーマン大統領の議会演説について Fousek は記述している「その「世界一の国(the No. 1 nation)」は世界を二つに分けた。そして自分たちの側を「自由世界(the free world)」と呼んだ」<sup>112</sup>。Fousek によると、このときのトルーマン・ドクトリン<sup>113</sup>には普遍主義とナショナリストの価値観の融合、つまりアメリカン・ナショナリスト・グローバリズム(American nationalist globalism)のイデオロギーとしての効果があったという。グローバルな反共産主義の方針と、大国意識とグローバルな責任という方針とを合わせたものである。この演説は1991年のソ連崩壊まで米国外交に影響した<sup>114</sup>。つまり、Fousek も米国外交分析における米国の大国意識に、「世界一」を使用している。

米国は自分たちの紐帯として理念を重要視しているので、ただ単に、やみくもに世界初になればよいというのではなく、理念としての「世界初」にこだわるようである。たとえば、米国外科医たちは南アフリカの心臓移植を世界初と認め、難癖をつけて外科医バーナードを貶めることがなかった。前述したシカゴ会議にはバーナードが参加していた。米国の放送局 CBS がバーナードをニューヨークからシカゴに送り込んだのである。このナショナリスティックな場面で「米国の外科医たちとバーナードの間には明確な断裂があった」という。なぜならバーナードが得た名声は、もし自分でなかったら米国の心臓外科医シャムウェイが得るはずだったからである<sup>115</sup>。しかし米国人たちは南アフリカの外科医バーナードを排除しなかった。「世界初」だけにこだわったのではなく、それが理念であるからこそ排除できなかったのではないだろうか。米国外科医にたちにとって、心臓移植レースに勝つことはソ連のような具体的なライバルに勝つことを意味するというよりも、「フロンティア精神」という理念を実現することを意味することになるからである。まして自由世界の一員にすぎない南アフリカに、米国外科医たちが嫉妬を露にすることなどできなかった。米国外科医たちの代わりにニューヨークタイムスの記者シュメック(Harold M. Schmeck)が、ナショナリズムから発せられたと思われる感情をバ

---

<sup>112</sup> Fousek, J. *To lead the free world: American nationalism and the cultural roots of the cold war*, Chapel Hill: the University of North Carolina Press, 2000, p.130.

<sup>113</sup> イギリスがギリシャとトルコへの支援打ち切りを米国に通告したのを受けて、自由主義と全体主義の選択という二元主義的世界観を提示し、両国が全体主義者の手に落ちれば、その影響は世界中に及ぶと主張し、両国へ4億ドルの援助を供与するよう議会に要請した。

<sup>114</sup> Fousek, J., *op. cit.*, p.129.

<sup>115</sup> McRae, D., *op.cit.*, p.245.

バーナードに向けた。記者は他の医師(Dwight E. Harken)<sup>116</sup>からの非難としてバーナードにこう伝えた「シャムウェイの術式を盗んだ」<sup>117</sup>。記者は米国のシャムウェイこそ世界発の心臓移植を行うという名誉を得るのにふさわしいと考えていたのであろう<sup>118</sup>。筆者は序論で、革新的外科技術が学界内で正統化される過程におけるジャーナル共同体の役割を指摘していたが、米国では心臓移植の外科技術としての妥当性はジャーナル共同体によって正統化され、特にシャムウェイという特定の外科医を重要視することは共有されていた。

世界初の心臓移植が南アフリカで行われた時、自由世界のリーダーかつ「世界一」の米国は「世界初」を逃した。米国はつぎに「世界一」を目指さなければならなくなった。シカゴ会議やその後の NIH の行動は、本来世界一であった心臓移植の外科技術を、実務でも世界一であることを示そうとしたものである。なぜなら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つてなおかつ、自由世界のリーダーでいなければならないからである。

### 第3節 医師と政府

ここまでみてきたように、米国の心臓外科医たちを支えるものは、大胆な行動を許容する「フロンティア」精神、その理想像としての「世界一」、そしてそれを政策から裏付ける潤沢な研究費である。これらを拠り所としているためか、米国外科医たちは「専門家」としても大きな影響力をもつ。

南アフリカの心臓移植後の米国でのスピーディな展開は、米国にとって心臓移植がいかに重要な外科手術であり、南アフリカに先を越されたことがいかに米国にとってダメージであったかを物語っている。シカゴ会議からベセスダ会議までは前述した。ここでスピーディな展開が決して、連邦政府からトップダウン式に起こったのではなく、米国特有の「委員会」による合意形成の仕組みによって進んだことを確認しておきたい。特

<sup>116</sup> 高名な心臓外科医。ハーバード大学などで胸部外科教授。

<sup>117</sup> McRae, D., *op.cit.*, pp.244-5. カントロヴィッツ、クーリー、第4章で後述するハーディなど、米国内では誰もが、シャムウェイこそ、心臓移植に関して最も先進的な外科医であったと認めていた。ちなみにバーナードは、より影響を受けた研究は、1959年の Cass and Brock によるイギリスの実験であったと答えている。

<sup>118</sup> この考えは、第2章で前述したが、カントロヴィッツなどももっていた。



徹的なことは、専門家たちが主導権をとろうとするようすである。

### 第1項 スポンサーとしての政府

第二次大戦や冷戦は巨大政府が大役を果たすように仕向けた。1960年代のキャッチフレーズは「ビッグサイエンス」であった<sup>119</sup>。「ビッグサイエンス」は巨額、巨大な装置、大規模チームという意味だけでなく、政府を研究のパトロンとしたことをも意味する<sup>120</sup>。アイゼンハワー政権が、米国の威信と指導的地位を取り戻そうとして、宇宙開発政策の心理的影響を利用しようとしたと前述したが、「アメリカは世界一」を実現するために、米国は科学の研究開発(R&D)に巨額の費用を注ぎ込んでいく。Reynoldsによると主なスポンサーは政府であるが、政府は単なるパトロンではなく、研究開発費用を産業界から組みだせる仕組みを産み出す装置でもあった。1956年まで米国における防衛プロジェクトは研究開発費の半分以上を占めていたが、スプートニック以後は多くの科学分野が転換し、1960年以後は直接的な軍による支援は相対的に減少し、新たに国家科学技術財団 National Science Foundation(NSF), NASA, NIH, のような連邦機関(基金)が台頭した。それらは1970年代までに連邦研究開発費の約半分を計上しており、このような冷戦時代の「ビッグサイエンス」の力源は官産学コンプレックスによるものであったという<sup>121</sup>。スプートニック・ショック以降、1967年までの米国のNASAへの研究開発予算は急上昇していた(図8)。ケネディの演説どおりに、米国は突き進んでいった。

---

<sup>119</sup> 物理学者ワインバーグ(Alvin M. Weinberg)が、*Science* に載せた論説で使用した言説 Weinberg, A. M. "Impact of Large-Scale Science on the United States", *Science*, 134, 1961, pp.161-4.

<sup>120</sup> Reynolds, D. "Science, technology, and the Cold War" Leffler, M. P., Westad, O. A. eds. *The Cambridge History of the Cold War [electronic resource] Volume3*, Cambridge University Press, 2013. <http://dx.doi.org.ez.wul.waseda.ac.jp/10.1017/CHOL9780521837217.019>, 2014年3月10日DL.

<sup>121</sup> *Ibidem*.

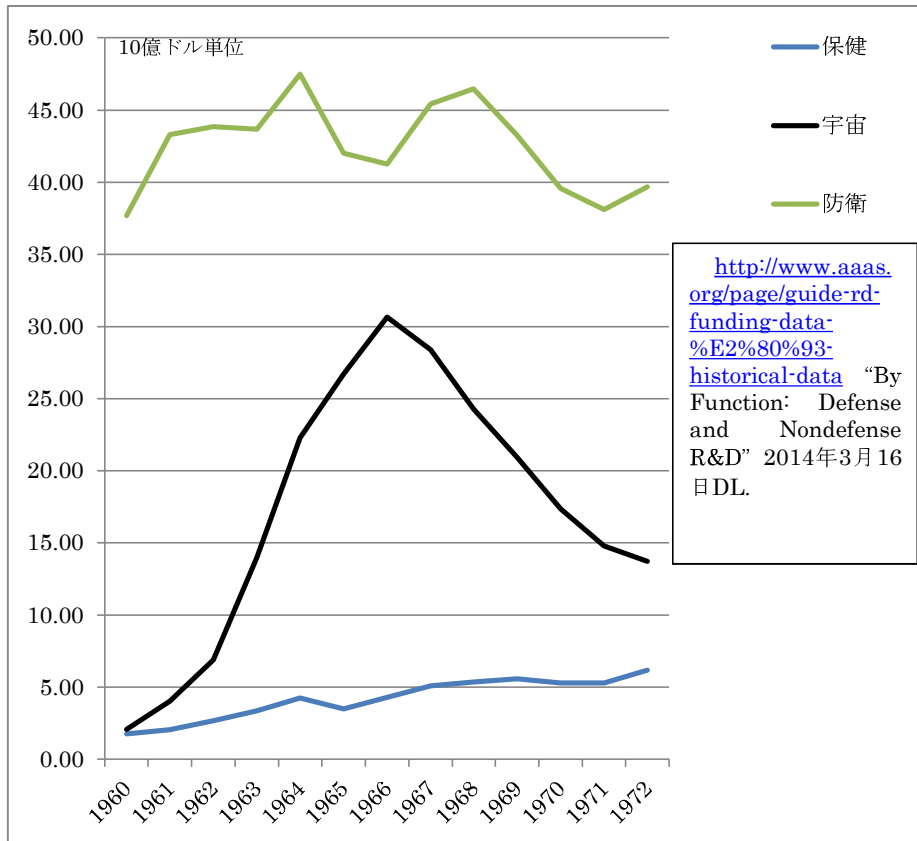


図 8 宇宙、防衛、そして保健に関する研究予算 (Source: AAAS, based on OMB Historical Tables in Budget of the United States Government FY 2013. Constant dollar conversions based on GDP deflators)

そして、宇宙開発が実社会で有益でないことを代償するかのようになり、医学にも莫大な予算が注ぎ込まれる。アイゼンハワー政権のCIAは「国際医学の年」を提案した。世界中の疾患と戦い、人類に有用な研究をする科学者を讃えようという<sup>122</sup>。

しかし、この後の米国経済は下り坂に向かう。50年代末から米国国際収支が悪化し、世界経済における米国経済の相対的比重が低下していくのである。日本や西独が60年代、高度経済成長を続け、国際経済における地位を向上させると、西側陣営内における「パワーの拡散」が進行し、米国のヘゲモニーは相対的に低下する。1968年のドル危機

<sup>122</sup> Osgood, K., *op. cit.*, pp.344-345.

は米国のヘゲモニー後退の画期を示すものであった。1968年1月の北ベトナム軍と解放民族戦線によるテト攻勢が勃発すると、米国国内の反戦運動が最高潮に達し、米国はベトナム戦争政策の転換へとシフトするが、これも米国の力の限界を露呈することになった。ベトナム戦争の負担と「偉大な社会<sup>123</sup>」建設に伴う政府財政赤字の拡大は、68年3月、大量の金の流出を招き、米国経済は危機的局面を迎える<sup>124</sup>。さらに、公民権運動やフェミニズムの運動はベトナム戦争反対、反植民地主義の運動と結びついていった。パークレー大学の公民権運動として始まった学生運動は、ベトナム反戦運動にシフトし、冷戦の中心である西ベルリンでは、「ベトナムは、あすは我が身」と認識され、米国や体制を打倒しようとする運動がおこった。公民権のデモ行進のためにワシントンに来ていたルーサー・キング牧師が、1968年4月4日射殺されるが、その後米国120以上の都市で暴動が起こり、4日間で1,190人が受傷し7,600人が逮捕された。パリでは資本主義・帝国主義を打倒しようとする学生運動(5月革命)が発生、ソルボンヌ大学(Sorbonne)に立てこもった。5月11日には376人以上が受傷し、500人以上が逮捕された<sup>125</sup>。

ホブズボームは、1945年から1973年を「黄金の時代」とし、「例外的な歴史の一面」で、その特徴は「経済自由主義と社会民主主義の結婚」とであると定義し、第二次世界大戦後、「それまで考えられなかったことをやろうとする全般的な態度が生まれたこと」を背景に、秩序の維持者としての米国とドルの存在にコンセンサスが出現したことを指摘している<sup>126</sup>。菅はこれを参考に、先進資本主義世界に関する限り、50年代に「戦後体制」、つまり、福祉国家体制、安全保障国家体制、そしてグローバル資本主義世界体制の基礎が形成されたという。とくに50年代末から60年代末にかけてこのシステムは絶頂期を迎えたが、米国のヘゲモニーの後退が60年代末に顕著となったことを反映し、70年代、80年代は、このようなシステムの崩壊過程を迎えることになる<sup>127</sup>。ベトナム戦争によって、アメリカの紐帯となるはずの「自由(リベラリズム)」が国内からも国外からも欺瞞とみられたとき、米国は国内の絆を再び産み出す必要に迫られ、かつ西側のリーダー

<sup>123</sup> 1965年1月アメリカのジョンソン大統領が打出した国内政策の構想。

<sup>124</sup> 菅英輝、前掲書、4-5頁。

<sup>125</sup> Suri, J. *Power and protest: global revolution and the rise of Détente*, Harvard University Press paperback ed., 2005, pp.164-212.

<sup>126</sup> エリック・ホブズボーム『二〇世紀の歴史』上巻(河合秀和訳)、三省堂、1996年、(原著は1994年)、403・407頁。菅英輝、前掲書、17-18頁から引用。

<sup>127</sup> 菅英輝、前掲書、17-18頁。

として再び世界からの信用を取り戻す必要に迫られていた。1968年とは米国にとって、「自由世界のリーダー」としての面子を保とうとして踏ん張って、そして力尽きる年であった。

ベトナム戦争や、「偉大な社会」政策のために社会保障費がかさむようになった60年代後半、科学の研究開発費の全体が減少していたにもかかわらず、医学(保健に関する)研究開発費は増加し続けた<sup>128</sup>。1945年、NIHの予算は約70万ドルだった。それが1955年は3600万ドル、1965年は4億3600万ドル、1970年には15億ドルに膨れ上がった<sup>129</sup>。NIH関連の複数の研究機関のうち、心臓に関係のある国立心臓肺研究所(NHLBI)<sup>130</sup>の予算は70年以降急上昇している(図9)(もっとも加速度的だったのは癌研究所(NCI: National Cancer Institute)であったが<sup>131</sup>)。

米国では1950年ころから生物医学研究の予算が伸びているが、それに関して重要なアクターが二人いたという。ロードアイランド州の民主党下院議員、フォガーティ(John E. Fogarty<sup>132</sup>)と、アラバマ州の民主党上院議員、ヒル(J. Lister Hill<sup>133</sup>)である。二人は生物医学研究の予算を、予算局の勧告を優に上回り、そして、大統領の要求額も超え、さらに行政機関の役人が適切に執行できると考えていた以上の額にまで引き上げる努力をし、1960年代末までにそれを成功させた。この時期はNIHの「黄金期」と称されており、NIHの予算は連邦議会からの資金で満たされていた<sup>134</sup>。

<sup>128</sup> Walsh, J. "Budget Background: where science stands and why" *Science*, 179(4073), 1973, p.545.

<sup>129</sup> デイヴィッド・ロスマン、前掲書、79頁。

<sup>130</sup> かつての国立心臓研究所

<sup>131</sup> 1971年、ニクソン政権下でエドワード・ケネディ上院議員が労働厚生委員会の上院の保健小委員会の議長になると、保健分野の課題に取り組み、法律制定の陣頭指揮を執った。その結果、がん研究法案が制定された。ニクソン大統領は1971年1月末の一般教書のなかでがん治療法発見のためにいかなる資金追加をも請求すると述べた「原子を分裂させたり、人類を月へと連れて行ったのと同種の集中努力が、がんの克服へと向けられるべきときがやってきたのである」(M. H.カサマユ『乳がんの政治学』(久塚純一監訳)早稲田大学出版会、2003年、(原著は2001年)、52-3頁。)。NCIはNIHのなかでも特別な研究所になった。

<sup>132</sup> 1949-67年の間、労働保健教育福祉歳出小委員会委員長

<sup>133</sup> 1955-69年の間、同職

<sup>134</sup> カサマユ、前掲書、40-46頁。これには「三者同盟」が大きく関与していたという。重要な委員会のポストについている保護主義的な国会議員団、熟練した官僚、そして果敢で機略に富んだ利益団体の支持者から構成される三者の連合である。数十年にわたる生物医学研究政策を支配していた特定の三者同盟の力を説明できる要因のひとつは、生物医学研究は「議論の余地なく自明に正しい」からである。

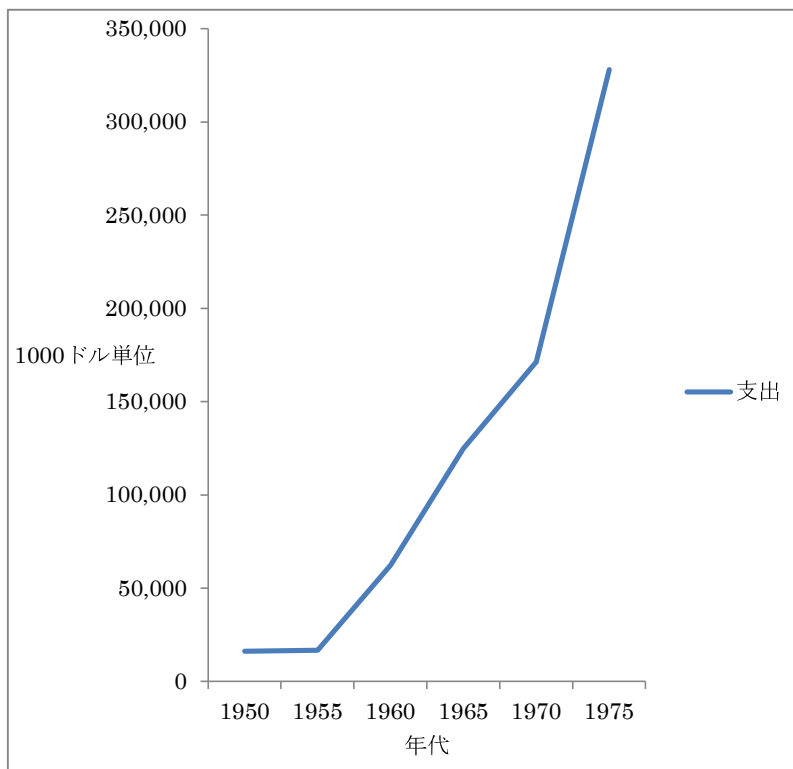


図 9 国立心臓肺研究所(NHLBI)の予算(NHLBI Fiscal Years 2003 Fact Book p.69)

国立心臓研究所は1968年12月時点で、12種の心臓移植および移植免疫の研究に対して年間約1,274,000ドルの研究費を出している<sup>135</sup>。たとえばユダヤ系の病院に勤務するカントロヴィッツの研究費が突然莫大な額に変わるようすは、米国政府が心臓移植・人工心臓関連の研究に多大な関心を持っていたことを根拠づけている。彼は1950-60年初期までは、NIHから小規模プロジェクトについて定期的な研究費を得ていたにすぎなかったのが、国立心臓肺研究所NHLI(National Heart and Lung Institute)の副所長リンガー(Robert Ringer)<sup>136</sup>のアドバイスを受けてからは、研究環境は一変した。NIHから彼の病院マイモニデ基金に直接研究費を受けることができるようになると、もう実験用の野良猫を捕まえずむようになり、優秀な研究者たちを雇えるようになったという。研究者たち

<sup>135</sup> National Heart Institute, *op. cit.*, pp.59-60. 人工心臓の開発研究費は2,545,000ドルである。

<sup>136</sup> カントロヴィッツのオリジナリティを認めていたという(McRae, D., *op. cit.*, p. 110)。

は日本<sup>137</sup>、ノルウェイ、スイス、ハイチ、キューバそして南アフリカから来ている。1966年の春、カントロヴィッツはNIHから3百万ドルの研究費を獲得しているが、これは医学史上二番目に大きな額であったという<sup>138</sup>。

巨額予算を注ぎ込んできたという事実からも、心臓移植は米国にとって特別な外科技術であったことを物語っている。このように莫大な予算をつぎこんだ研究に、政府が介入するのは当然のようにも思える。成った果実が腐って落ちるのを、みすみす指をくわえて見ることなど、米国政府には到底できないことであろう。

ところでたとえ心臓外科先進国とはいえ、当時の米国にとってこのような高度な外科技術が絶対的に必要な技術だったのかを検討しておきたい。米国の医療政策においては、長い間、公的医療保険が実現困難になっていて、医療サービスに対する国民のアクセスの保障は遅れてきた。「偉大な社会」を公約して当選したジョンソン大統領は、1965年メディケア・メディケイドをついに成立させることにこぎつけたが、ニクソン政権下の1970年前半、国民皆保険制度導入に向けたさらなる動きがみられていながら、結局、戦後最大の好機を逸している<sup>139</sup>。先進医療の研究に多額の予算が注ぎ込まれる一方、医療にアクセスすることすらかなわず外傷で命を落とすこどもが存在した<sup>140</sup>。こうした政策は、たとえば、国民皆医療保険制度が存在する一方、医学の発展には相対的に重点が置かれてこなかった、日本の医療政策とは対照的である。すなわちアメリカの医療政策は、公的医療保険制度の整備を通じた「医療への平等なアクセスの保障」よりもむしろ、医学研究支援を通じた「最高の医学」を実現することに力を注いできたのである<sup>141</sup>。米国の医療はひずんでいる。米国は個々の国民を守ることよりも世界一になることに関心があったかのようである。宇宙開発が「国民の現実生活」からかけ離れていたように、心臓移植も、手術対象患者が多数というわけでもないという意味で、「国民の必要な医療」か

---

<sup>137</sup> 東京大学の近藤芳夫、長崎大学の古賀保範、北海道大学の能勢之彦(Yuki Nosē 日本に戻らなかった)など。たとえば能勢は年に4000ドル(このとき1ドル360円なので144万円)を得ていた。当時年12万円の奨学金で生活していた彼にとって破格の好条件であった(能勢之彦ほか「能勢之彦、人工臓器の歴史を語る：世界の巨人たち第三話 心臓移植・在宅補助心臓の創始者 エイドリアン・カントロヴィッツ先生」人工臓器: 40(3)、2011年、249-256頁。)

<sup>138</sup> McRae, D., *op. cit.*, pp.76-77, pp.107-110, p.139. 一番目はドバイキー、NIHとFDAから約450万ドル。60年代初めに政治家たちに働きかけ、人工心臓開発を米国の国策とすることに成功した。(李啓充『市場原理が医療を亡ぼす：アメリカの失敗』医学書院、2004年、94頁。)

<sup>139</sup> 天野拓『現代アメリカの医療改革と政党政治』ミネルヴァ書房、2009年、81-85頁。

<sup>140</sup> Quadagno, J. *One Nation Uninsured: Why the U.S. Has No National Health Insurance*, New York: Oxford University Press, 2005, pp.94-108.

<sup>141</sup> 広井良典『脱「ア」入欧：アメリカは本当に「自由」の国か』NTT出版、2004年、62頁。

らはかけ離れていた。

## 第2項 モンデール議員による公聴会

米国の政策は、大統領、行政機関、政党・議員、利益団体など、様々なアクター(政治主体)間の相互作用のなかで、具体的に決定される。米国では歴史的に、専門家の職業活動上の自律性を尊重する政策がとられてきた。天野によると、その背景には医療政策過程の有力アクター間における、政治的コンセンサスの存在があったという。一方、科学者の医学研究活動に関係する主要な政策領域は、医学研究政策(*medical research policy*)であるが、この医学研究政策活動においては、科学者の医学研究活動上の自律性を尊重するという点について、NIH、議会(委員会)、利益団体の間にコンセンサスが存在してきた。他方、医師の患者に対する診療活動上の自律性を尊重するという点について、有力団体である、アメリカ医師会(AMA)、民間医療保険団体、企業団体、そして共和党や一部民主党の間に、コンセンサスが形成されてきたという<sup>142</sup>。

第1節で前述したモンデールによる公聴会(*National Commission on Health Science and Society*)が行われた頃、米国における科学技術と米国議会の関係は特別なものになっていた。ムスキー(*Edmund S. Muskie*: メイン州上院議員)によると、「政治家や政府行政官にとって、科学技術の方向性を学び理解することの必要性は今までに高く高まっている。技術進化の促進と規制は連邦政府、州および地方政府の3つの部門に重い責任が課されている」ので、「従来、新しい委員会や下部委員会(原子力エネルギー委員会、科学と宇宙の委員会など)を発足させることで、議会は劇的な革新に対応してきたが、最近では全般的な技術革新により関心が向けられるようになった」。モンデール(法案)*bill S. J. Res. 145*はそのひとつで、法案は、保健・教育・福祉省、国防省、原子力エネルギー委員会、NASA、そして経済機会事務所(*the Office of*)*Economic Opportunity*と協力して、医学研究の法的、社会的そして倫理的示唆の包括的調査と研究を負うために、「保健医療と社会に関する国家委員会」の設置を目指していた<sup>143</sup>。モンデールの公聴会は米国の医学研究の調査(*a study*)のために行われたものである。

この公聴会で外科医カントロヴィッツは、政府によるリーダーシップの必要性を説き、

<sup>142</sup> 天野拓『現代アメリカの医療政策と専門家集団』慶應義塾大学出版会, 2006年、5頁。

<sup>143</sup> Muskie, E. S. "The Role of Congress in Promoting and Controlling Technological Advance" *the George Washington Law Review*, 36(5), 1968, pp. 1138-49.

シャムウェイは社会の支援なしでは臓器移植は困難であると述べた<sup>144</sup>。シャムウェイは、医師だけでなく、倫理、法理分野の研究者たちで構成され、研究分野間のアプローチができる委員会が必要であり、そこでの非医療者たちの助けを要望した<sup>145</sup>。このような主張は一見、外科医たちが政府に助けを求めているかのようにみえる。しかし実際に外科医たちが要望しているのは、後述するように、支援というより干渉無用の調整だけのようであった。

プライスは、アメリカ人には行政担当者に解答を求めたがらない習性があり、民主的な決定のために研究を必要とするとき、「議会さえも、大統領の勧告だけに従って行動することを好まず、それ自身の委員会に依存する」ことになる」と述べている。この委員会も、行政部の機関を信頼して行動に必要な情報を用意させようとはせず、独自の研究補助者を利用する。さらに議会が正規の研究補助者に加えて特別調査委員会を設け、これに行動の基礎となる計画を準備させる傾向がある」という<sup>146</sup>。こうした態度が、権威を信用するのではなく、個々の問題にその価値にもとづいて、ダイナミックに対処することを可能にしてきたという。モンデールの提案した委員会は、このような米国に特徴的な科学と政府の関係から発想されたものであろう。

合衆国憲法の前文冒頭にある「われら合衆国人民」は「つねに、中央集権の強化、政治権力の腐敗、エリートへの権力集中、不平等な社会状態などをてらしだし、政治秩序の改革再編をうながす象徴でありつづけた」という<sup>147</sup>。「民族や祖先」ではなく「精神や心」を米国の原理とするアメリカ人だからこそ、「委員会」機能に、合衆国人民としての姿勢を見出しているのかもしれない。

モンデールによる公聴会の一つの見方は、専門家と非専門家との攻防である。モンデールは研究者たちのコントロールを目的として、生物医学の進歩を、倫理的、法的、社会的、政治的に評価し報告することを目指して「保健医療と社会に関する国家委員会」の設置を提案していた<sup>148</sup>。専門家たちのなかにはこうした委員会が力をもつことを警戒

---

<sup>144</sup> Festle, M. J. "Enemies or Allies? The Organ Transplant Medical Community, the Federal Government, the Public in the United States, 1967-2000" *Journal of the History of Medicine*, 65(1), 2010, pp.48-80.

<sup>145</sup> National Commission, *op. cit.*, pp.151-152.

<sup>146</sup> ドン・K・プライス、前掲書、22-24頁。

<sup>147</sup> 古矢旬、前掲書、60頁。

<sup>148</sup> デイヴィッド・ロスマン、前掲書、236頁。



している者もいる。たとえば南アフリカのバーナードやスタンフォードのシャムウェイを指導した、ミネソタ大学のワンゲスティン(Dr. Owen H. Wangesteen)は言う「医学界(medical community)は自分たちの調査委員会を通してすでに監視しているので、革新的技術はこの慎重な監視を受けるべきであって、法制度も不要だし、宗教家も法律家も哲学者も関わる必要はない」。ハーバード大学臨時委員会のきっかけとなったビーチャーも言う「専門家たちが恐れるのは“門外漢”による規制である<sup>149</sup>」。NIH 所長のシャノン(Dr. James A. Shannon MD.)も言及していた「委員会が医療者たちを痛めつけるのではないか、あるいは行政警察官(politician policeman)が手術室に置かれるのではないかと専門家たちは不安がっている」「我々が機関を通して課す規則や規制は、過度に科学者たちの自由を制限するにちがいないということを、科学者や技術者たちは主張したがるだろう」。証言者の一人、南アフリカのバーナードはもっとも挑発的に批判した「委員会を設置すると米国の医師たちは自分に絶対に追いつけなくなる」<sup>150</sup>。ロスマンによると、医師が主導する委員会に法律や哲学からの少数の代表者を医学の縄張りに参加させることに反対でない者にとっても、議会が「保健医療と社会(Health Science and Society)に関する国家委員会」<sup>151</sup>を組織し、医師にわずかな席しか与えず、部外者を多数派とし、その委員会全体の勧告によって専門家を縛ろうとすることは、おせっかいでしかなかったという<sup>152</sup>。

他方、NIH 所長のシャノンはモンデル議員が提案した「保健医療と社会に関する国家委員会」を肯定的に捉えていた。「経験ある、よく組織された機関のほうが、中央政府よりもルールづくりをできるはずである。行動指針を提供するが、個々の行動を監視するつもりはない」<sup>153</sup>。シャノンはNIHのような機関が問題の調整をすべきであると主張する。その仕組みとして「委員会」を位置付ける。

*医療問題は、教育、科学、そして広範な社会のニーズから切離して考えてはいけない。・・・委員会(the Commission)は個々の制度実行に直接関係する意思決定に関わるべきではないものの、制度設計と方針(principles and systems of operation)に関わるべきである。合理的思考は米国国民が議会に付与した義務の*

<sup>149</sup> Festle, M. *op. cit.* “the medical professional is fearful of outside control”

<sup>150</sup> デイヴィッド・ロスマン、前掲書、239 頁。

<sup>151</sup> 翻訳は「健康科学社会」だが、著者が「保健医療と社会」に訳した。

<sup>152</sup> デイヴィッド・ロスマン、前掲書、236 頁。

<sup>153</sup> National Commission, *op. cit.*, pp.353-354.

核心である。専門家といえども、たかだか 15 人のグループが米国議会の意思を、米国国民の意思を代表しているとは思わない。しかし、論争的分野における委員会で準備される議論や論文は、上級機関、議会、そして米国国民のために問題を明らかにするのに役立つにちがいない<sup>154</sup>。

医学的研究を継続するのに、なにか調整を必要とする問題が生じたとき、研究を支援している連邦政府の機関が調整の役割を負うべきであるが、飽くまで「調整」であって、「決定」ではないという考えである。決定は民主的手続きによって産出されるべきであり、委員会はその決定を準備するためのものであるという。つまりそれは、前述した国立心臓研究所特別委員会のように、所長が任命した、内科医、外科医(心臓外科医だけでなく移植外科医一般も)、疫学者に加えて、さらに精神科医、政治学者、経済学者、あるいは生物統計学者と、多分野の専門家たちで構成されている委員会のことである。

### 第3項 専門家主導

結局、モンデールの法案は通らなかった。ロスマンによると、専門家たち(心臓外科に限らず)の抵抗にあったことが主な理由だという。米国の専門家たちの主導権は強い。「フロンティア」精神を抛り所とし、「世界一」になるために犠牲を払う覚悟があるからなのだろうか。

専門家たちは、政府から支持された実務とは別の、自律した実務をのぞむ。そして政府による解決も待ちたくないのである。このような専門家たちの自律した行動はアメリカの特徴であるといえる。脳死判定の基準を発表したハーバード大学の臨時委員会<sup>155</sup>も、アメリカ的行動と言えるだろう。新しい死の判定を社会に埋め込む方法は、連邦政府による解決を待つのではなく、専門家みずからが行動した結果である。それは、米国があえて、強力な中央という権威を築くことを避けてきた歴史に由来していた。この点については、第三章で日本との対比で詳述する。

ところで、ハーバード大学は米国の有名大学ではあっても、ある州の私立大学にすぎない。にもかかわらず、そこが作成した基準がやがて全米の基準となることは決して自明のことではないであろう。米国社会における専門家集団の影響力が大きいことだけで

<sup>154</sup> *Ibidem*, pp.347-352.

<sup>155</sup> デイヴィッド・ロスマン、前掲書、223-235 頁。この委員会は医師 10 人(腎移植外科医、内科医、麻酔科医、脳神経外科医など)、法律家、神学者、歴史学者が 1 人ずつである。

なく、民間機関が政府機関のように正統性を提供した例といえる。

モンデールの「国家委員会」は見送られたが、その年9月にはシャムウェイが希望した非専門家たちの助言を得られる会議がベセスダで行われた(1968年9月28日から29日)。第一節でも触れたが、移植医学(transplant science)を国家的事業(a national effort)と位置づけ、循環器学会(American College of Cardiology)でありながら他の臓器移植を含めて重要問題を解決しようとする特別な学会となった。報告書の冒頭で、「医学分野の発展は国家的事業としてみなされてきたが、臓器移植はその結晶(a feature of that effort)である」と表明し、循環器学会でありながら参加者が多様である点、しかもNIHのあるベセスダで行われていることから、この会議が特別であり、連邦政府が介入していることを示している。参加者の構成については前述した。外科医が多いのは当然であるが、法律家や行政官、さらに議会関係者をも招き入れているところが、“a national effort”と捉えていることがよく伝わる。こうしたメンバー構成は、シャムウェイがモンデールの公聴会で要望していたものであった。4つのTask Groupが創られ、臓器移植の医学的内容はもちろん、特徴的なのは、「国家的事業と地域プログラム」というような、政治的、法的、そして社会的問題を、あらかじめ臓器移植を推進するという趣旨のもとに検討していたことである。臓器移植を推進していけるように、政府は医学研究での財政的援助を続ける義務があることが確認され、一般市民と立法者の啓蒙の仕方も検討された。メディアとのコミュニケーションは医学界の義務であるとされた。財政的問題の解決のためには、「信託基金」のような考えが検討され、政界(political community)への責任があるとされた。

*生物医学的研究の経済的、社会的、法的、倫理的な含意の調査は、ある組織、新しい委員会(commission)、あるいは National Academy of Science(Or National Academy of Medicine)の最新医学に精通している部門が継続的に行うべきである。Federation of American Society for Experimental Biology、American Medical Associationのような組織がこの目的を果たすであろう。心臓移植を開始するためには、医、宗教、コミュニティの政府組織などのような、広域の代表者による委員会(commission)を必要とする。委員会は国家的事業が保健医療を改善できるように、あらゆる面を検討し、大統領と議会に国家目標を確立するための提案を行うべきである。委員会自身が研究助成団体になって、ほかの大学など研究と資金をめぐる競争ではなく、保健教育福祉省に勧告を行*

うべきである。そしてその委員会を審議において援助していくのが、そして、心臓やその他の臓器の疾患を治療するための画期的な新しい方法を、国家的に実現する(*the national realization*)にあたって支援していくことが、医師や医学者団体の義務である<sup>156</sup>。

専門家たちの要望は強力である。報告書は提案で締めくくられているが、それは端的に言って、法曹界や行政への圧力、政府への脅し、社会に対しての自分たちの正当性の主張である。「統一臓器提供法については、統一州法は国家審議会(*the National Conference of Commissioners on Uniform State Laws*)によって制定されるべきで、弁護士会(*the American Bar Association*)によって支持されるべき」であり、勢力を拡大しようとするかのように臓器移植の基礎医学の財政援助を強く求め、NSF(*National Science Foundation*)やNIHだけでなく、私的財団、他の政府機関(*the Army, Navy and NASA*)からの支援も求めている。しかも「支援を削減することがあると、心臓移植の安全性はすぐに落ちる」と脅してもいる。医学分野での国家的事業を保護し継続するために、委員会の新しい形を提案し、「この委員会が重要分野に優先事項を主張するべきである」。そして、この報告書は「実務者だけでなく、法律家や政府行政官たちにも向けられたものである。・・・かれらの援助と関心は、成功には不可欠である」(*Bethesda Conference report 1968*)。

こうした主張は実務を行う心臓外科医たちの精神的支柱となったと考えられる。外科医たちの実務が先行し、制度や法律はあとから追うことになる。たとえば前述したロウアーは身元不明のドナーから、家族の同意なしで心摘出したため遺族から訴えられた。訴えられることで心臓外科医たちは萎縮しそうなものだが、他の外科医たちは心臓移植を継続していたのである<sup>157</sup>。

そもそも臓器移植分野を牽引してきたのは、心臓移植ではなく腎移植であった。世界初の腎移植は米国で行われ、移植待機患者数は腎臓が最も多く、移植免疫の研究も腎臓分野が先進していた<sup>158</sup>。純粋に医学的必要性のためだけならば、このような臓器移植全

<sup>156</sup> *Bethesda Conference report, op. cit.*

<sup>157</sup> この裁判は1972年5月に結審しているが、死の判定を以前の心停止に寄り戻すのではなく、むしろ脳死が法的正当性を得る結節点となったのである(*Converse, op. cit.*)。ただしロウアーはたった2例で心臓移植をやめてしまう。

<sup>158</sup> 腎移植待機患者は人工透析によって移植を待つ余裕がある。また、腎移植がたとえ失敗しても、人工透析によって救命することが可能であるため、レシピエントの移植機会は残される。

体の会議はもっと早い時点で行われていたはずである。それが心臓移植で他国に抜け駆けされたあと、突如として臓器移植に関する医学者たちはつながろうとしたのであった。しかも中心的役割を果たした医学コミュニティは腎臓に関するそれではなく、ベセスダ会議のような心臓に関するコミュニティであった。前述したようにアイゼンハワー政権は宇宙開発における心理的効果の大きさに多大な配慮をしていたが、臓器移植において心臓は特別に考えられており、その心理的効果は格別であったろう。それにもかかわらず、他国に先進されたという事実はスプートニクの二の舞を連想させることになったのではないだろうか。もう、米国政府は医学的必要性だけから心臓移植を捉えることはできなかった。

ドン・K・プライスの『政府と科学』には、公共機関でありながら科学者たちが中央権力から独立(自律)しようとするようすと、その逆に、民間機関であっても政府が財政的援助などを通じて介入していこうとするようすが描写されている。民間機関と政府機関の、互いの境界が不明瞭で弾力的な関係性と、両者の微妙なズレが、民間機関にとっては独立性の確保、政府機関にとっては柔軟性の確保にとって有益になることがある。米国政府と科学の関係は特殊といってもよいであろう。国立心臓研究所臨時委員会が政府主導の委員会だとしたら、ベセスダ会議は専門家たちが主導で政府を引きずり込む場(委員会)であったといえる。政府機関と民間機関のゆるい関係が課題に対処するのに寄与したことになる。医学界は団結した。彼らの連携を促したのは、政府や議会であり、直接的なきっかけは、南アフリカである。

しかし1970年代、心臓移植は世界中で行われなくなる。1968年に105例施行されたが1969年から1970年11月までは51例と漸減しており、この時期は「モラトリアム」と呼ばれている。ただし理由は様々で、拒絶反応の研究が進展しなければ手術しないと宣言する心臓外科医がいたり、むしろ1968年代が流行にすぎなかっただけであるという考えもあった。フォックスとスウェイジーの分析では、このモラトリアムは特別なことではなく、革新的治療が行われるときには通常の過程であると結論している<sup>159</sup>。そのなかでも米国のシャムウェイは粘り強く継続した。免疫抑制剤が開発され、拒絶反応に対処できるようになると、彼は心臓移植の成績を向上させていき、心臓移植は実験的では

---

心臓移植のように、いま必要、しかもたった一度の機会しかない、という移植ではないため、患者数は多い。

<sup>159</sup> Fox, R., Swazey, J. *op. cit.*, pp.108-134.

なく実用的な手術となった。1981年大統領委員会が脳死を新しい死とすると宣言すると、移植外科医たちの不安は払拭される。最初から臓器移植の先進国であった米国は、そのまま現在も、もっとも多くの症例経験を積み上げた先進国であり続けている<sup>160</sup>。

#### 第4節 心臓移植に付随する文化要素：ヒーロー外科医

前述したようなレースになった現象や、南アフリカにおけるナショナル・アイデンティティ形成に心臓移植が貢献したことなど、初期の心臓移植には外科技術としての側面だけでなく、人々の思想・価値観が込められた文化的な側面を見出すことができる。第1章(南アフリカの章)では新しい文化要素と従来の文化要素との接触過程について考察し、後述する第3章では、日本における文化触変過程として分析しているので、米国についても文化的考察をしておきたい。

初期の心臓移植が実験的手術であり、米国では人体実験を制度化することで可能にしたと論述してきたが、レースのように心臓移植が行われているとき、どのようなレトリックで人体実験は許容されていたのか。第1章の南アフリカでは、人体実験を許容する文化要素は南アフリカ社会にとって新しい文化要素ではなく、医者－患者関係において医者を権威者とする南アフリカの文化要素と適合していたので、文化的抵抗はないまま心臓移植は受け入れられていたと分析したが、米国においては文化的抵抗はなかったのだろうか。

前述の、ハーバード大学基準を作成するよう促した麻酔科医ピーチャーは、それより以前の1966年に、臨床研究に関する危惧を倫理的視点から述べていた<sup>161</sup>。ここで彼は、患者は実験の被験者であることを知らされるべきで、そのリスクと予想される結果を知らされたうえでの承諾(インフォームド・コンセント(informed consent))が必要であると主張した。そしてたとえ医学的結果が良好であっても、「結果は手段を正当化しない(ends do not justify means)」と強調した。世界初の肝移植を施行したスターツル(Thomas E. Starzl)は1967年9月雑誌に問題提起している「心臓の手術や臓器移植は、実験室から手術室へ簡単に移行する」<sup>162</sup>。1968年2月には、米国学術会議の医療委員会(the Board on Medicine of

<sup>160</sup> <http://optn.transplant.hrsa.gov/latestData/rptData.asp>, 2014年9月10日DL.

<sup>161</sup> Beecher, H. K. “*New England Journal of Medicine*, 274(24), 1966, pp. 1354-1360.

<sup>162</sup> . E. “Ethical problems in organ transplantation: a clinician’s point of view” *Annals of Internal*

the National Academy of Sciences)が心臓移植が実験的手術であると指摘したうえで、基準を満たして施行するように勧告し、それまでは手術への衝動を抑えるように釘を刺している<sup>163</sup>。1968年8月には臓器移植全般に関する倫理原則(ethical guidelines)がアメリカ医学会(the American Medical Association)司法会議<sup>164</sup>で提案されたり、1968年10月には外科医たちからの革新的手術を実施する際の倫理に関する危機感<sup>165</sup>が表明されたりと、人体実験に関してルール化しなければならない気概が高まっていた。つまり、米国でも以前から人体実験は行われてきたが、1960年代後半ころになってルール化しなければならないという意識が高まったのである。そして前述したように制度化されるようになっていった。「インフォームド・コンセント」という概念は1970年前後に生まれたものである。人体実験を民主的に可能にする概念がまだ明確でない時、革新的手術はどのように許されたのか。

外科医(外科医一般)が革新的な手術に臨むとき、大胆さと勇気を必要とする。手術に失敗すれば、もう外科医をやれなくなる危険性が潜んでいるし、たとえ失敗でなくても、その手術が外科医コミュニティに認められなければ、外科医はコミュニティから排除されるかもしれないのである。外科医が手術をする理由は、もちろん患者を救うためであるが、このような外科医が障壁に向かうモチベーションは救命という規範的使命感だけではないはずである。外科医は隠そうとするかもしれないが、挑戦者として称えられたい(功名心がある)はずである。

心臓外科医たちの苦闘を描写した *King of Hearts* の著者 Miller は序文でこう述べている。

心臓外科医たちは初期の宇宙飛行士たちと多くのことを分かち合った。若い外科医たちは野心を抱いて戦争から帰還した。彼らは個人的な人生とプロとし

---

*Medicine*, Sep; 67: Suppl. 7, 1967.

<sup>163</sup> Board on Medicine, National Academy of Sciences “Cardiac transplantation in man.” Public Statement, Feb. 28, 1968. (National Heart Institute, *op.cit.*, pp. 37-50.から引用。) 腎移植との違い(ドナーは生存できない、心機能を失えばレシピエントは生存できない)から、心臓移植が特別であることを強調。治療として受け入れられず、heroic であるという。ただし、基準(実験を積んでいる、良い点も悪い点も記録すること、ドナーとレシピエントの選択方法)を満たすことを条件に施行を許している。

<sup>164</sup> Unknown (AMA Judicial Council) “Ethical guidelines for organ transplantation” *Journal of American Medical Association*, 205(6), 1968, pp.341-342.

<sup>165</sup> Nyhus, L. M. “Human experimentation and the surgeon”, *Surgery*, 64(4), 1968, pp.701-705.

での人生において、因習を破壊することに価値を見出した。死をおそれず、リスクをとることを当たり前としていた<sup>166</sup>。

前述した心臓外科医たちには、因襲を打ち破って未来を切り開く「フロンティア精神」を認識することができる。宇宙開発と関連づけて心臓移植を考えていた外科医は、心臓移植に「フロンティア」をみたのであろう。外科医たちにとって、心臓移植レースに勝つことは、ソ連など具体的な競争相手に対する対抗心からだけでなく、フロンティアを切り開くアメリカ的理念を実現しようとしたように思える。

1960年代、米国の外科医、とくに心臓外科医はスターのように注目されてきた。週刊誌に手術のようすが写真で載せられるようになったのである。たとえば、*LIFE*では、テキサスの心臓外科医が心臓の人工弁置換をするようすが撮影され掲載された(1965年)<sup>167</sup>。心臓移植が行われるようになった1970年には、この心臓外科医ドベイキー(Michael E. DeBakey)の言説「助かるかどうかは神のみぞ知る(Only God knows whether a patient will live)」というような挑戦的な態度が賛美されるかのように採り上げられた。また、同じテキサスにいるもう一人の心臓外科医クーリー(Denton A. Cooley)も共に注目されてきたが、二人はテキサスの心臓外科のライバル同士として表紙すら飾った(図10)。



図10 ライフ誌の表紙を飾る外科医たち

<sup>166</sup> Miller, W. *King of Hearts: The true story of the maverick who pioneered open heart surgery*, New York: Times Books, 2000, pp. x iv.

<sup>167</sup> *LIFE*, 1965年9月24日、“Control of life”.



“Houston’s two master heart surgeons are locked in a feud: the Texas tornado vs. Dr. wonderful”,  
*LIFE* 1970年4月10日。  
(<http://books.google.co.jp/books?id=IVUEAAAAMBAJ&pg=PA68&dq=heart+surgery&hl=ja&sa=X&ei=-GqoT5DyHtGhmQXnkMjhBA&ved=0CFYQ6AEwCDgK#v=onepage&q=heart%20surgery&f=false>  
, 2012年5月8日 DL.)

「心臓はポンプにすぎない “The heart is only a pump”」という考えは強調される。今ですら信じがたいことに、一般の雑誌に術中の様子、まさに摘出しようとする心臓そのものが載せられていた(図 11)。心臓はもう、心の在処ではなかった。アメリカ人のフロンティア精神は因習的な価値観を捨てさせた。



図 11 ライフ誌に載せられた手術中の心臓

“No-nonsense heart man of Huston”, *LIFE* 1968年8月2日。  
(<http://books.google.co.jp/books?id=ST8EAAAAMBAJ&pg=PA34&dq=heart+pump&hl=ja&sa=X&ei=-neoT4fHLOvJmAX65bjhBA&ved=0CFaQuwUwBjgK#v=onepage&q=nonsense&f=false>, 2012  
月8日 DL.)

さらに驚くべきことは、外科医の精神的な強さである。「患者を死亡させたくはないが、

野球選手のように打率は気にしない(治療成績は気にしない<sup>168</sup>)、無視してきた。誠実に行える限り、その結果に満足している」<sup>169</sup>。実験的手術を推進する外科医は、術後短時間しか患者が生存できないことがわかっていながら、医学の進歩のために患者が生命を賭けることになってもやむを得ないと信じているようである。クーリーの恵まれた私生活はこの記事のなかで紹介されており、成功したヒーローのように扱われている。

手術の成功はしばしば見せ物的な華々しさをもち、その栄光は個人に凝集される<sup>170</sup>。突き進む外科医たちの精神的支柱はなにから由来しているのか。医学史では、近代になってからの(19世紀)外科は民主的かつ英雄的行動として扱われるようになるが、特にアメリカにおいては顕著であった。初期にはヨーロッパから導入した外科技術ではあったものの、米国の外科技術はめざましい躍進を遂げた<sup>171</sup>。20世紀初期のアメリカの外科医デニス(Frederick Dennis)は、近代化における外科の役割を絶賛し、外科世界でのアメリカの素晴らしさを絶賛した。デニスはアメリカの国際社会での政治的な力とアメリカの外科(外科一般)の力を同一視している。「いまやアメリカは世界でもっとも力のある国になった。そして現代、外科の一般書物における貢献で、アメリカの外科も世界一となった」。

医学史学者ローレンス(Christopher Lawrence)は言う「ヨーロッパにおける外科医(一般)のアイデンティティを帝国探検家と同種のものであるとしたら、アメリカでは外科医は開拓者にそのアイデンティティをみていた」。アメリカ外科学の書物は当時、民主主義を称える言い回しをよく使用したが、その引用元のうち最も有名なものは歴史家ターナー(Frederick Jackson Turner)のフロンティア説で、そこでは個人主義として認識されるもの、強健で、健全な民主主義と「貴族政治」の終焉が賛美されていた。さらにローレンスは述べている「ターナーにとってアメリカの民主主義の源泉がフロンティア経験(未開と文明のあいだ)にあるように、アメリカ外科医も理論や実務を民主的(democratic)な、介入の(intervention)所産としてみた。洗練された東海岸の外科医たちは、アメリカを形作った男らしさ(rugged virtues)こそ、アメリカ外科医の美德であると考えていた」<sup>172</sup>。

---

<sup>168</sup> 筆者挿入。

<sup>169</sup> *LIFE* 1968年8月2日、二人の外科医の記事を書いた記者(Thomas Thompson)は、二人をテーマにした本“*Hearts*”も出版した(Thompson, T. *Hearts: of surgeons and transplants, miracles and disasters along the cardiac frontier*, New York: McCall Publishing Company, 1971.)。

<sup>170</sup> M・E・フェルカー、前掲書、509頁。

<sup>171</sup> Lawrence, C. “Democratic, divine and heroic: the history and historiography of surgery” Lawrence, C. ed. *Medical theory, surgical practice*, Routledge, 1992, p.28.

<sup>172</sup> *Ibidem*, pp.28-29.

デニスという「外科ほど恐れ知らずで、勇気を要する科学はない。外科ほど独立し、高潔で、自立し、決断力を必要とする科学はない」。昔のピューリタンの性質が外科医(外科医一般)に受け継がれているという。それは外科医を大胆にさせ、手術を成功に導く<sup>173</sup>。

外科(外科一般)とアメリカ的生活(American life)に多くの美德を見出すことでフロンティアという言葉と外科という言葉は重ねてみられてきた。米国では外科医をヒーローとみてきたのである<sup>174</sup>。現代医学のなかで外科医たちは、自分たちを厳しく鍛錬し、大きなリスクに挑み、大きな報酬を得る、ということを自分の手で実行してきた<sup>175</sup>。ボストンの外科医ビゲロウ(Henry J. Bigelow)は 1850 年、外科医をヒーローとして描く。

外科医は、普通の治療をする追従者としてよりも、むしろ、悪評を浴びながらも、成功とはほど遠い、致死的でさえある手術を行うヒーローとして、より知られている<sup>176</sup>。

かつて心臓は、技術的に手術の対象とはならない臓器であった<sup>177</sup>。外科医のなかでも影響力の大きかったビルロート(Theodore Billroth: オーストリア)<sup>178</sup>は 1883 年、「心臓に手を触れるな」と忠告していた<sup>179</sup>。それが 20 世紀になって劇的に変わり、心臓手術の障壁は乗り越えられた。障壁を乗り越えた米国の心臓外科医はヒーローである。

第一節では制度化することで人体実験を正当化していったと述べたが、もうひとつの方法として、心臓外科医たちがヒーローと見立てられ、心臓移植を「フロンティアへの挑戦」と考えることで、人体実験が正当化されるようになったことも指摘したい。アメリカ人にとってフロンティア精神がナショナル・アイデンティティであると論述してきたが、米国の心臓外科医は米国のナショナル・アイデンティティである「フロンティア精神」を精神的支柱とし、大胆な行動に出ることができたのであろう。他方、米国社会

<sup>173</sup> Dennis, F. "The History and development of surgery during the past century" Rogers, H. J. ed. *International congress of arts and science*, University Alliance, London, 1905, p. 380. <http://archive.org/details/internationalcon11inteiala>, 2012 年.6 月 1 日 DL.

<sup>174</sup> Lawrence, C. *op. cit.*, pp.23-34.

<sup>175</sup> Brieger, G. H. "From conservative to radical surgery in late nineteenth-century America", Lawrence, C., ed., *Medical theory, surgical practice: studies in the history of surgery*, Routledge, 1992, p.223.

<sup>176</sup> *Ibidem*, p.224.

<sup>177</sup> Lawrence, C. *op. cit.*, pp.23-34.

<sup>178</sup> オーストリアの外科医、胃癌の手術法を開発した。この術式は現在も行われている。

<sup>179</sup> McRae, D., *op. cit.*, p.2., 榊原任『医の心』中央公論社、1987 年、147 頁。

はフロンティアを突き進む米国外科医をヒーローとしてみていた。人体実験は個人を英雄視するアメリカの文化要素によって許容されていた。

## 第5節 本章のまとめ

冷戦の米国は「自由世界のリーダーでいなければならない」という信念から、特にスプートニク・ショック以降、米国が再び「世界一」を奪還するために宇宙開発レースを展開した。ケネディの月到達のスピーチは外科医たちを奮起させ、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た結果、心臓移植レースが展開された。

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。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。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である。そのうちのひとつ「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のである。

### 第3章 心臓移植と日本—心臓移植の排除過程—

南アフリカでは、外科医バーナードが「死の判定ができるのは医師だけである」という強い態度で新しい死を社会に受け入れさせ、人体実験に関してはレシピエントを称えることで正当化し、心臓移植は社会に受容され、かつ継続されていた。外科医バーナードの強さは南アフリカ政府に支援されていた。アパルトヘイトのために国際社会で孤立していた南アフリカは、自由世界に属していることを広報宣伝するのに外科医を利用していた。結果的に心臓移植は南アフリカのロゴとして、白人社会の統合を促進させることにもなったのである。

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、大きく事態は動いた。死の判定は専門家たちが主導権をとることで社会に受け入れさせ、人体実験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、心臓移植は米国社会に受容されていった。専門家たちを連携させたのは米国政府である。多民族・多文化社会であるため、統合の求心力を特に必要とする米国であるがゆえに、「米国は世界一でなければならない」というアメリカ的理念に突き動かされたのであった。

日本ではどうだったのか。日本における心臓移植は、南アフリカのように世界初ではなかったし、米国のように世界一先進的な外科技術にこだわって行われたわけでもなかった。そのうえ、心臓移植は1999年まで一度きりしか行われなかったもので、本章は前2章とは別の観点からの考察も必要である。日本は明治維新、さらに第二次世界大戦後の米国占領を経て国民統合がなされてきたのが歴史的特徴で、日本社会の構成員や文化は、他国社会と比べれば多文化・多民族の度合いが少なく、ほぼ自明のネーションに近い。ため、日本政府が国民統合のために払う労力は南アフリカや米国ほどではない。また、当時の日本は高度経済成長を続けていた時期で、米国経済が世界経済において相対的比重を低下させていくのとは対照的に、同様に高度経済成長を続ける西ドイツとともに、西側陣営内部での政治的発言力を増大させつつあった<sup>1</sup>。心臓移植は日本の国民統合にどの

---

<sup>1</sup> 菅英輝、前掲書、4頁。

ように関係したのか。心臓移植は日本のナショナル・アイデンティティの維持拡大に有効ではなかったから、日本社会では継続できなかったのか。

まず前半では、南アフリカと米国の章で考察して得られた知見から、日本での心臓移植がどう扱われ、なぜ、一度は受容したのち排除されたのか分析する。日本の医学技術が「欧米に追いつく」という意味で心臓移植は注目されていたが、南アフリカや米国のように、政府が医師たちに介入しようとしたのか、あるいは医師たちを連携させようとしたのかを検討する。結論を先取りすれば、政府の医師たちへの介入はわずかで、医師たちは連携しなかったのだが、後半では、この連携しなかった理由について、つまり構造的要因と文化的要因について検討する。医局制という構造は医師たちの連携にどう影響するのか、また、南アフリカや米国とは全く別の文化をもつ日本にとって、心臓移植の文化的側面は日本の医師たちの思想・価値観にどう影響し、どのような反応をもたらしたのか。

## 第1節 心臓移植の排除過程

1968年8月8日、日本で初めて(世界で30例目)の心臓移植が、札幌医科大学胸部外科、和田寿郎教授らによって行われた。レシピエントは進行した連合弁膜症に心房細動をくりかえす心不全を伴った18才男性である。ドナーは溺水後に蘇生術が不成功に終わった男性であった<sup>2</sup>。術後、一時的でも、レシピエントは経口摂取可能となり、車

、結局、術後83日で死亡した(10月29日)。83日間の生存は、当時の他の心臓移植例と比較して決して短くはなかったものの、レシピエント死亡後はこの手術への批判が高まり、ついに1969年2月、和田は刑事告発される。ドナーとレシピエントについての殺人の疑いである。告発した漢方医たちは、「①まだ死亡は断定されないはずの山口君(ドナー)から心臓を取り出した、②移植手術により宮崎君(レシピエント)の死を早めさせた」という趣旨で、「宮崎君はすでに手遅れで、余命を保つためには漢方治療しかない。手術に耐えられないのに移植手術をしたのは殺人罪に値する。日本では明治維新ころまでは東洋医術で治療が行われてきたが、それ以後は西洋医学を取り入れるのが急で局部治療だけで病気がなおるという錯覚を生んでいる。こうした点に警告するため」

---

<sup>2</sup> 和田寿郎、富田房芳、池田晃治ほか「心臓移植手術の臨床」『日本医事新報』2325, 1968a年、3-6頁。

と理由を挙げていた<sup>3</sup>。起訴するかどうかの決定において主要な問題点とされたのは、ドナーの死の判定と心臓移植の適応の当否である。専門家3人の鑑定を経て、最終的に不起訴が決定された。

主要な問題点とされた2点、死の判定と心臓移植の適応について述べる。

### 第1項 「新しい死の判定」の失敗

日本も一般的に、心停止をもって死が判定されてきたが、死の判定に関する法律は特に存在しなかった。当時は、脳死という死の概念がまだあやふやな時期である。新しい死の判定はどのように行われるべきなのかは、国によって差があっても不思議ではなかった<sup>4</sup>。前述したように、南アフリカのように「死を判定できるのは医師だけである」と強権的に受け入れさせる国もあれば、米国のように、新しい死(脳死)の判定基準を作成することで、専門家たちがリードして社会に受け入れさせる国もある<sup>5</sup>。日本社会では医者はエリートとして権威的な力をもっていて、患者に「お任せします」といわれる権威者<sup>6</sup>であった。南アフリカの外科医バーナードのように「死の判定をできるのは医師だけである」と強く主張することは不可能ではなかった。

和田は手術後、死の判定には脳波を使用したと述べた<sup>7</sup>。しかし刑事告発によって後日、その脳波を紙で記録しておらず、客観的根拠がないことが明らかになった<sup>8</sup>。なぜ和田は脳波に言及したのだろうか。和田は手術直前に学会のため渡米しており、こうした場で脳死の判定基準を知ることができたはずである。後年、日本で一般的に知られるようになったハーバード大学基準<sup>9</sup>は、1968年8月に報告されており、時期的に和田移植と同時期なので、必ずしもこの基準に沿う必然性はなかったかもしれない。しかし米国で知りえた医学情報をもっとも新しいものとしてそのまま受け入れ、日本で利用したのである

<sup>3</sup> 『北海タイムス』1969年2月15日夕刊、「和田教授を告発: 殺人容疑の成立は困難」。

<sup>4</sup> 後年も、あらゆる国が脳波測定を基準のひとつにしているとは限らない(Stuart et al., *op. cit.*)。

<sup>5</sup> マーガレット・ロック、前掲書、79-82頁。あるいはNational Heart Institute, *op. cit.*, p.63) 米国立心臓研究所特別調査委員会は、報告書のなかで「国立心臓研究所は、死の定義に関する基準を確立するためのリーダーシップをとるべきである」と主張していた。

<sup>6</sup> ロバート・B・レフラー『日本の医療と法: インフォームドコンセント・ルネッサンス』(長澤道行訳) 勁草書房、2002年、(原著は1996年)、19-21頁。

<sup>7</sup> 『朝日新聞』1968年8月9日朝刊、「心臓移植ついに踏切る」

<sup>8</sup> 多くの資料では「脳波は測定されなかった」と結論づけられている。

<sup>9</sup> Report of the Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death, *op. cit.* これには、死の判定として、神経学的所見に加えて、脳波が平坦であることを確認することが提案されていた。

う。一方手術翌日には、第22回国際医学会でシドニー宣言がなされていた「死の判定には脳波計を使用することがのぞましい」<sup>10</sup>。あらゆる医学技術が西洋から輸入されてきた日本にとって、米国の基準が採用されることは自然なことであった。

それまで外科技術の多くは、「輸入」によって日本に導入されていた。とくに戦後は米国からである。「ドイツ医学の影響を強くうけていた日本に戦後、アメリカ医学が怒涛のごとくおし寄せ、一時期日本医学は米国一辺倒の感があったが、外科も例外ではなかった」<sup>11</sup>。たとえば革新的心臓外科手術の代表的なブラロック・タウシグ (Blalock-Taussig) 手術<sup>12</sup>は、1945年ジョンホプキンス大学で最初に行われたが、日本では1951年東京大学の木本によって初めて行われ、その後日本に普及した。また、人工心肺装置が1954年ハーバード大学のGibbonによって開心術に応用されると、その2年後(1956年)、大阪大学の曲直部(まなべ)寿夫によって用いられ、日本の開心術がスタートした<sup>13</sup>。

西洋からの輸入を安心と感ずるのは当時の日本社会全般の傾向である。1968年10月、国会審議では脳波について言及されていた。赤間文三法務大臣は、「死亡の時期ないし認定基準は法律で定められていないので、実務上はその認定をめぐるいろいろな困難な問題が起こってくるのではないかと危惧していた<sup>14</sup>。引き継いで、川井英良刑事局長が、「心臓がまだ活動していても、脳波の永久停止をもって人間の死亡を認定することが医学上妥当とする学説が出ている」「かりに脳波の永久停止説をもって人間の死を認定することが適当だということになれば、かりに心臓がまだ活動を停止していない段階においても、人間の死亡というものを法律上認定するということは学問的には可能ではなかるうか」と述べていた。この学説とはハーバード大学基準のことであろう。

死の判定を変更するという困難な過程は、当時の日本においては米国から持ち込むのがもっとも説得的であったかもしれない。和田は、それまで外科技術を米国から持ち込んできたのと同様に、死の判定も米国の基準を持ち込んだ。実はこの時期、日本社会では脳死を容認するののかについて議論はほとんどされなかった。もっぱらドナーの死を正当に判定したのかに関心が集中したのである。和田移植について考察する多くの書物は、

<sup>10</sup> 『朝日新聞』1968年8月10日朝刊、「“死の決定”で宣言」

<sup>11</sup> 武藤輝一、相馬智編『標準外科学』医学書院、1985年、4頁。

<sup>12</sup> 先天性心疾患であるファロー四徴症に対して、肺血流量を増大するための短絡手術。

<sup>13</sup> 井上正「心臓大血管外科の歴史と展望」『日本臨床外科医学会雑誌』50(3)、1989年、447-453頁。

<sup>14</sup> 59次衆議院法務委員会3号、1968年10月14日。



外科医が脳死判定を正当におこなったかに関心が集中している。脳波を測定していたならどの機械で、記録が採れない機械ならば、本当に機械を使用したのか、といった脳波を測定したのかを問題にしている<sup>15</sup>。これらも米国の基準を前提にしている。米国の基準を満たして正当な脳死判定を行うことと、日本社会が脳死を受け入れることとは別の問題である。しかし、米国の基準を満たしていれば、和田の死の判定を正当とするかのように、日本で米国の基準を受け入れるのは当然のように議論されてきた。問題の脳波は、ハーバード大学基準を採用すれば、測定しなければならなくなるが、そもそもハーバード大学基準を採用する必然性がないと考えれば、それ以外の診断の根拠(神経学的所見)を示すことで、新しい死を診断したと主張することは可能だったかもしれない。しかし和田は米国の基準に頼ろうとして脳波をとったと主張し、それを証明できなくて自己矛盾に陥ったのである<sup>16</sup>。日本では権威者とみなされる医者であったが、米国の、新しい死の判定基準に拠り所を求めてしまい、みずからの責任で新しい死の判定をしたことを強行に主張できなかったのである。

和田自身は心臓移植の国際レースのなか、「バーナードの手術の報道を聞いて、ミネソタでの記憶がよみがえった」、「共に学んだ同僚たちが、心臓移植という新しい治療法の開拓のためにがんばっている。私もその一人ではないか」<sup>17</sup>と自身を奮い立たせていくのだが、「日本初」の心臓移植が日本社会にとっていかなる意味をもつのかを考慮することはなかったようである。日本社会に新しい死を説得するための戦略に欠けていたのである。

その後、1970年6月、日本脳波学会の脳死委員会が脳死の定義を発表するが<sup>18</sup>、専門

---

<sup>15</sup> 中島康子「和田心臓移植から考察する日本医学界の基本構造: 医療における専門職支配」『東京国際大学大学院社会学研究科応用社会学研究』17、2007年、49-73頁。

<sup>16</sup> さらに和田らは心停止を確認したとぶれた証言までしてしまったのである。脳波を確認したのならそれだけで心摘出を正当化できるところを、追い詰められて心停止も確認したと証言してしまった。

<sup>17</sup> 和田寿郎『脳死と心臓移植』かんき出版、1992年、62-63頁。その朝、医局でスタッフたちを集めこう言ったという「これに続いて、どこかの国ですぐ心臓移植にとりかかるだろう。バーナードは私のミネソタ大学の仲間だ。われわれも慎重かつ前向きに準備をしていこう」。和田によれば、動物実験、スタッフの育成など、「心臓移植はいつでもできる体制にあった」という。和田はその年の正月を「心臓移植のことばかり考えてすごし」、迷う間に海外では次々に心臓移植が行われ、しかも「行った外科医たちの多くがミネソタ大学時代の仲間だった」と焦りを募らせたようだった。

<sup>18</sup> 『朝日新聞』1970年6月14日朝刊、「脳波以外に六基準」

家たちも統一的な考えに至るには時間が必要だった。脳外科医<sup>19</sup>からは、脳死がまだ明確に定義されていない段階にあるため、脳波、血管撮影などの検査を組み合わせることが検討されているし、麻酔科医<sup>20</sup>は、脳波検査を使用することの重要性を指摘しているが、脳波が長時間に平坦であっても、あとに回復した例があることなどから、脳波検査もいまだ不確定であると問題提起している。結局、日本脳波学会による脳死の判定基準<sup>21</sup>が作成されたのは1974年になった<sup>22</sup>。

実は、和田たちはもっと致命的なミスを犯していた。移植する側がドナーの死を判定してしまったことである。これでは、たとえ判定の方法がハーバード大学基準に則したものであっても、本当の意味で死の判定を正当化することはほぼ不可能である。後年、学会はこの手術について分析し、「麻酔科医の不参加」を問題点の一つに挙げている<sup>23</sup>。つまり、移植、ドナーの死を判定すべきであったという指摘である。南アフリカでは1例目のドナーの死を判定したのは脳外科医<sup>24</sup>、2例目は内科医<sup>25</sup>であった。

和田は回顧録の中で、心臓移植の問題点として外科的手技以外には拒絶反応とドナーの脳死を検討したと述べている<sup>26</sup>。よく検討したというにもかかわらず、日本初の心臓移植を行うに当たってあまりにも戦略がなかったといわざるをえない。国際社会からの評価を意識した南アフリカの外科医たちのような戦略に欠けていたのである。

## 第2項 「人体実験」との対峙回避

<sup>19</sup> 竹内一夫「脳死 脳外科の立場から」『外科治療』20(4)、1969年、433-444頁。

<sup>20</sup> 武下浩、奥田佳朗、宮崎久弥、藤田晋吾「脳死の問題点」『麻酔』18(4)、1969年、277-284頁。

<sup>21</sup> 植木幸明「脳の急性一次性粗大病変における『脳死』の判定基準」『日本医事新報』2636、1974年、31-34頁。

<sup>22</sup> ①深い昏睡、②両側の瞳孔拡大、対光反射と角膜反射の消失、③呼吸停止、④急激な血圧低下、⑤脳波の平坦化、⑥以上5点が6時間後にも同じ状態であること、の6つの条件をあげている(『朝日新聞』、1973年10月19日朝刊、「脳死判定に6条件」)。

<sup>23</sup> 日本胸部外科学会臓器移植問題特別委員会編『心臓移植・肺移植：技術評価と生命倫理に関する総括レポート』第2版、金芳堂、1992年。

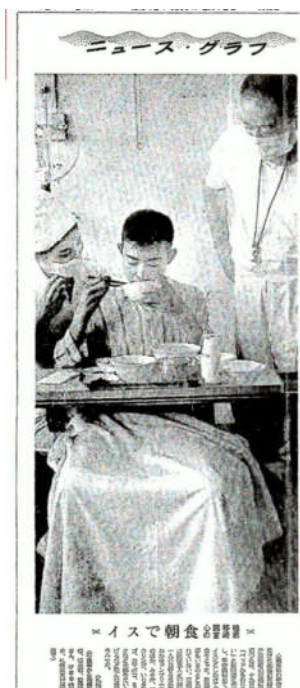
<sup>24</sup> Ozinsky, J., et al, *op. cit.*

<sup>25</sup> Hoffenberg, R., *op. cit.*

<sup>26</sup> 和田寿郎『脳死と心臓移植』かんき出版、1992年、104-112頁。そして南アフリカのバーナードを訪れ、術式(シャムウェイ式)や予後について訊ねたという。そして米国、カナダの心臓移植事情を視察して回った(和田寿郎(2000年)、94-95頁。和田はダブルハートの実験を成功させていて、ヒトの応用も検討していたという(和田寿郎(1992年)、前掲書、105-106頁。))。

本来、初期の心臓移植には革新的外科技術として「人体実験」性の側面があり、これについての正当性を得るための論理を生み出す工夫こそ、外科医たちには必要なことである。第一章で述べたように、南アフリカではレシピエントが美化されていた。やはり米国でも第二章で述べたように、レシピエントはスター扱いされていた。たとえ手術の適応があると主張できても、「実験が許される」論理的帰結までには危ういギャップが存在し、このギャップをレシピエントを美化したりスター扱いしたりすることで、なんとか埋め合わせようとしたのである。

レシピエントを美化する文化的背景には、個人主義を認めることができる。日本の18才の青年は、その役割をこなすにはあまりにも弱々しくみえた。意識が回復したときは『『おかあさん、おとうさん』と両親と感激の会話』<sup>27</sup>をし、食事する姿は子供のように見える(図12)。南アフリカの最初のレシピエントのように、外科医と握手している写真から感じられるような、自発的に勇気をもってうけた手術に満足したようなようすにはみえない。あるいは米国のレシピエントのようにメディアの前でポーズをとる英雄のようにもみえない。日本の18才の青年は、自分から望んで実験的段階の手術をうける挑戦者にはみえなかった。



<sup>27</sup> 『北海道新聞』、1968年8月17日朝刊、「信夫君 両親と感激の会話」。

図 12 中央はレシピエント、右は和田教授（『朝日新聞』、1968年8月19日、夕刊「ニュース・グラフ イスで朝食 心臓移植の宮崎君」）。

個人主義ではない日本では、もっぱら手術の適応があったのかに関心が集中した。しかもこの適応も、後述のように米国から当然のように持ち込まれている。適応云々の議論は、適応があれば心臓移植を行ったことが正当であるかのような議論になっているが、実験的段階の手術を行うことが正当なのかを議論しない限り、仮に適応があったとしても心臓移植を行ったことが正当だったとまではいえない。米国のような制度化どころか、日本では人体実験を正当化することに正面から向き合うことはなかった<sup>28</sup>。この議論を日本の医師たちが避けてしまったことが、彼ら自身に後々傷跡を残すことになる。

手術の適応がないと衝撃的な指摘をしたのは札幌医大内部の、和田の同僚たち2人である。和田の同僚かつレシピエントの元主治医、札幌医大第二内科教授の宮原光夫が、レシピエントに心臓移植の適応はなかったと論文上で批判した<sup>29</sup>。そして『朝日新聞』<sup>30</sup>がそれを記事にした<sup>31</sup>。さらに和田の不起訴決定まえには、札幌医大の第二病理学教授、藤本輝夫が心臓移植の倫理性について「人間喪失の危機をもはらんでいる・・・一部心臓外科医の功名心などから、適応以下の症例に実施されるようなことがあってはならない」<sup>32</sup>とあからさまに和田を攻撃し、続いて発表された論文<sup>33</sup>上で、「病巣は僧帽弁だけであり、レシピエントに心臓移植の適応はなかった」<sup>34</sup>と批判を展開し「現状においては心臓移植は許されるべきではない」と心臓移植反対の立場を明確にした。そしてこれを再び

<sup>28</sup> 米本昌平『先端医療革命』（第3版）中央公論社、1993年、105-106頁。

<sup>29</sup> 宮原光夫「心臓移植時における生死の判定」『内科』23、1969年、850-853頁。レシピエントを診療していた宮原は、外科に紹介したのは弁置換術のためであり、僧帽弁だけが侵されている患者に心臓移植の適応はなかったと主張した。

<sup>30</sup> 『朝日新聞』では当時、心臓移植を取材している吉村昭が紙面に連載して注目されていた（吉村昭『神々の沈黙：心臓移植を追って』文藝春秋、1984年）。これには外科医たちへの不信感も伝えられた。

<sup>31</sup> 『朝日新聞』、1969年4月26日朝刊、「移植の必要なかった」。

<sup>32</sup> 藤本輝夫「倫理観を基盤に健全な進展を」『医学の歩み』73(1)、1970a年、42-43頁。

<sup>33</sup> 藤本輝夫「病理学から見た心臓移植の適応：循環動態との関連を中心に」『最新医学』25(5)、1970b年、1137-1146頁。

<sup>34</sup> 和田らが「僧帽弁閉鎖不全、三尖弁閉鎖不全、大動脈弁狭窄(和田ら(1968a年)、前掲論文)を主張していたのに対し、藤本は大動脈弁が欠けていた別出心から「僧帽弁閉鎖不全、二次的三尖弁閉鎖不全だけ」とし「連合弁膜症であったとは考えにくい」と結論した(藤本(1970b年)、前掲論文)。

『朝日新聞』が引用し「心臓移植すべきでなかった」というタイトルで報じたのである<sup>35</sup>。藤本は、「三弁以上の障害があって初めて心臓移植の適応がある」という米国ベセスダ会議<sup>36</sup>などの心臓移植の適応基準を引用していた。

実験的医療は、患者みずからが手術を選んだことを尊重する文化的基盤のうえに正当化される。つまり患者本人が「決心」したことだから、実験的でも許されるという思想(患者の自己決定)のうえに正当化される。しかし当時の日本社会には、そのアイディアそのものが見出せない。田中智彦は、この例を生命倫理の起源になり得たと論じているが<sup>37</sup>、当時の日本の医療現場では、患者が自ら選択するということがまずなかったのである。この時代の日本社会は、インフォームド・コンセントという概念の萌芽すらなく、患者は医者に従うものであった。治療決定権は医者側にあり、全責任を負うのは医者であって、民主的に「実験的医療」を行う論理など生まれるはずがなかった。

レシピエントが18才という未成年であったことは当時問題にされなかった。未成年の同意に実験的手術に必要とされる「自発的同意」を見出すことは困難である。レシピエントの意思の重要性に関心が向けられないとき、批判は「その手術は本当に必要だったのか」という点に集約されるしかなかった。その結果、「患者の同意」ではなく手術適応の当否に関心が集中したのである。

米国の基準は当然のように持ち込まれ、今度はそれを理由に和田は糾弾されていく。さらに和田に関してもっと問題だったのは、適応があったことを病理学的所見から導こうとしたことである。藤本によれば、和田たちは切除心の病理学的所見を捻じ曲げて、藤本以外の病理学者とともに論文で報告したという<sup>38</sup>。和田と藤本の対立は、レシピエントの死後の解剖のときから明確になる。藤本はレシピエントに拒絶反応があったと確信していたが、和田はテレビで「拒絶反応はなかった」と発言したのである<sup>39</sup>。藤本の和田

<sup>35</sup> 『朝日新聞』、1970年5月12日朝刊、「心臓移植すべきでなかった」。

<sup>36</sup> たとえば Decourt 基準(ケープタウンでの国際シンポジウム)(Shapiro 1969)と Bethesda Conference の基準(Bethesda Conference report 1968)が引用されている。

<sup>37</sup> 田中智彦「日本の生命倫理における「68年」問題」越智貢ほか編『応用倫理学講座 1 生命』岩波書店、2004年、147-168頁。

<sup>38</sup> 藤本輝夫「実録・心臓移植 宮崎君の死(3)：矛盾が矛盾を生んで」『科学朝日』31(10)、1971c年、103-109頁。

<sup>39</sup> 藤本輝夫「実録・心臓移植 宮崎君の死(1)：手術はある朝突然に」『科学朝日』31(8)、1971a年、103-109頁。免疫病理を研究している藤本はレシピエントの解剖を自分がやれると期待していたのだが、学会参加のためタイミングが悪くできなかった。しかし、別の病理学者布施の解剖所見と組織学的所見から拒絶反応があったと確信していたのに、和田には拒絶反応がなか

への不信感は募り、和田の刑事告発後に受け取った切除心を観察したときに決定的になる。弁の一部が他人のものであると疑ったのである<sup>40</sup>。臨床所見と病理学的所見が不一致なことはときどき起こることである。藤本も述べているが、手術適応は臨床所見から導くものであり、死後にしかできない病理学的所見との整合性に固執する必要はない。臨床所見と病理所見に差異があれば、それを検討し、今後の治療に役立てればよいことである。しかし和田たちの行動から藤本は、病理学的所見を捻じ曲げる暴挙を感じたのであった。

結局、検察に証拠として提出された組織が偽物である(大動脈弁が他人のもの)という疑惑が浮上した<sup>41</sup>。もし偽物なら、和田は藤本らの批判のためのロジック(米国の手術の適応)を知った上でそのロジックに乗ったことになる。しかし、そもそも適応を米国の基準に拠る必然性はあったのだろうか。藤本の「適応」のイメージは、経験を積み重ね、外科医たちの間で議論した末に決められるものではなく、米国から輸入するものであるかのようなものである。臨床経験がない段階の適応基準とは、医学的根拠に基づいたものというよりも、外科医たちが互いを戒めるルールのようなものである。出版物で唯一、和田を援護した医師上石一男が言うように、そもそも明確な「適応」があるわけでもないのに、手術適応の正当性を論じることは意味があるのだろうか<sup>42</sup>。それよりも、外科医みず

---

つたとテレビで発言され、その不満から、肉眼所見を直接的に知らぬまま、組織学的所見から論文を投稿した(藤本輝夫「剖検所見からみた心移植」『最新医学』24(3)、1969a年、709-720頁。)。まだ切除心を観ていないときなので、この論文では主に拒絶反応について記載し、手術適応についての批判はうっ血に関してのものだけであった。しかし藤本の論文を知った和田が藤本に直接抗議した「宮崎君の霊を冒瀆した」(藤本輝夫「実録・心臓移植 宮崎君の死(2):「心臓の重さ」にひそむ謎」『科学朝日』31(9)、1971b年、103-109頁。)。そして和田は藤本の「冒瀆した」論文への対抗として、藤本を排除して、別の病理学者たちと病理学所見を発表したのである(藤本輝夫、1971c年、前掲論文)。

<sup>40</sup> 和田と藤本は完全なコミュニケーション不全であった。藤本は和田が刑事告発を受けたすぐ後に切除心を観察するのだが、大動脈弁が他人のもので疑っているが、その間違いを和田に指摘してやることがなかった。結局それが証拠として検察に提出されている。また、胸部外科から報告された臨床経過を虚偽だと思っている藤本は、病理学会で異例にも臨床経過抜きでレシピエントの所見を発表する(藤本輝夫、1971b年、前掲論文)。和田と藤本の対立は激化していった。

<sup>41</sup> 『朝日新聞』、1970年5月14日朝刊、「ナゾの大動脈弁」。詳しくは他資料(共同通信社社会部編『凍れる心臓』共同通信社、1998年、など)を参照されたい。筆者の考えだが、偽物であったと考えるのが妥当であろう。肉眼写真から、この大動脈弁は弁置換術のために切除したものにみえる。また、藤本は病理組織学的に別人のものであることを主張している(藤本輝夫、1971c年、前掲論文)。さらに、東京大学法医学の石山昱夫が検査したところ、レシピエントの血液型はAB型なのに、大動脈弁の血液型はA型であったという(藤本輝夫「実録・心臓移植 宮崎君の死(4):病者の人権と技術」『科学朝日』31(11)、1971d年、111-115頁。)

<sup>42</sup> 上石一男、前掲書、136-140頁。

からの学術的な知見から導いた、臨床的な手術適応を主張する方法もありえたのではないか。この点、和田たちは反論に失敗したといわざるをえない<sup>43</sup>。

不起訴が決定した後に、心臓移植の適応について国会でも審議があった<sup>44</sup>。外科技術について素人たちが国会で議論するのは異例のことである。国会で鍛冶良作委員(衆議院議員、自由民主党、弁護士)はレシピエントの手術適応について質問する。「死に生きに(原文のまま) 関する手術をやって、その結果、死に至らしめたというのは人命尊重の上からはなはだ疑念にたえない」。札幌地検の結論「適応の患者であったかいなか疑問がないではない」について、「疑問があるのにあえて手術をしたことはいいものなのか」。刑事局長辻辰三郎は「心臓移植を含めて三つばかりの方法が考えられたと判断しているが、いずれの方法をとるのかはお医者さんの立場におきまして考えられるべきもの」とし、「片や当時心臓移植手術がどれほどの医学的価値があったのかは和田教授の判断あるいは医学界全般の判断などを総合勘案して判断されるべきもの」、「心臓移植手術が必ず失敗するであろうというような見通しのもとに手術を開始したとは判断していない」と返答していた。実験的段階の手術はいかにしたら許されるのかに議論は及ばなかった。

このように振り返れば、移植外科医が死を判定してしまうという、死の判定に関する和田の根本的な間違いや、日本社会が個人主義ではなはなないために実験的段階の手術を正当化できないという点から、当時の日本社会に心臓移植が受け入れられる可能性はほとんどなかったといわざるをえない。特徴的なことは、日本の医師たちは死の判定も、手術適応も、「外から(米国から)」来るという暗黙の前提をもっていたことである。「外から(米国から)」の基準に頼ってしまい、医師が新しい死の判定を日本社会に説得できなかったり、「外から(米国から)」の適応を根拠としたために自らの信念で反論できなかった。

## 第2節 道具としての心臓移植：「米国に追いつく」

ここまでは、日本では状況的にいかに心臓移植が受け入れがたかったかを論述してきた。しかしながら、状況的に受け入れがたい心臓移植であっても、人為的な力を用いる

<sup>43</sup> 和田寿郎、岩喬、小松作蔵ほか「心臓移植の臨床知見とその考察」『日本胸部外科学会誌』18(7)、1970年、716-738頁。藤本への反論を、1970年7月の論文上で行っていた。心臓弁に関する適応はもちろん、レシピエントが肺高血圧であったことを理由に適応がないと藤本が主張したのに対し、和田は「臨床的に可逆性、非可逆性を正確に知ることは困難でどの程度を禁忌とするかについては議論がなされている」と反論した。しかしメディアは取り上げなかった。

<sup>44</sup> 63次衆議院法務委員会30号、1970年9月8日。

ことによって、特に国家に関わる場所から発せられるような力を用いればなおのこと、受け入れられる可能性はあるだろう。南アフリカでは、心臓移植はナショナル・アイデンティティの維持拡大に利用され、政府は外科医バーナードを支えていた。米国でも心臓移植は「米国は世界一」というアメリカ的価値観、つまりナショナル・アイデンティティの維持拡大に有効な「フロンティア精神」の理想像に支えられていた。日本では心臓移植とナショナル・アイデンティティの関係はどうだったのか。

日本初の心臓移植は当初、日本で偉業として称えられた。厚生大臣園田直には「この手術は日本の医学水準の高さを内外にしめした」と、そして北海道知事町村金五には「北海道の開拓者精神を、医の実践によって示したもの・・・人類に対する偉大な功績として讃えたい」と称賛されたのである<sup>45</sup>。『北海道新聞』は、「よくやった札幌大心臓外科陣」<sup>46</sup>と称え、翌日には「・・・全国民から『信夫くんがんばれ』のはげましが集中した。日本医学界にとって新しい夜明けとなった」と興奮を伝えている。ある有力者は、心臓移植を「日本創世記以来の初手術」とし、ドナーの両親の決心について「耐えがたきを耐えた」決心に賛嘆したという<sup>47</sup>。また、日本でも臓器を提供したいと名乗りを上げた人が存在した。東京都の65才男性が「心臓移植はいいこと、死んだら私の心臓を差し上げたい。日本にも心臓銀行をつくるべきです」と申し出ていた<sup>48</sup>。申し出は全国から寄せられるようになり、8月22日には12人になった<sup>49</sup>。札幌市在住の詩人は心臓移植を「本当の意味の血の交流」とし、ドナー側の遺族を「心をこめてたたえたい」と新聞上で語っていた<sup>50</sup>。また、東京在住の眼科医は札幌を訪問し、心臓移植をテーマにした絵画を和田に贈り、外科医たちを激励した<sup>51</sup>。日本初の心臓移植は日本中の関心を集め、協力的なまなざしが向けられていた。

実はこれ以前の1964年3月に、日本で初めての肝臓移植が千葉大学で行われていたが、社会の関心を集めることはなかった<sup>52</sup>。この直後には生体腎移植が日本で初めて行わ

<sup>45</sup> 北海タイムス社、前掲書、序文。

<sup>46</sup> 『北海道新聞』、1968年8月8日夕刊。

<sup>47</sup> 『北海道新聞』、1968年8月22日朝刊、山本武雄・釧路保護司連合会長「朝の食卓：信夫君がんばれ」。

<sup>48</sup> 『北海道新聞』、1968年8月15日朝刊、「私の心臓、預託します」。

<sup>49</sup> 『北海道新聞』、1968年8月22日朝刊、「預託者さらに5人」。

<sup>50</sup> 『北海道新聞』、1968年8月19日夕刊、津田遥子「随想：心臓移植」。

<sup>51</sup> 『北海道新聞』、1968年8月20日夕刊、「心をこめた心臓移植の絵」。

<sup>52</sup> 1964年3月20日、千葉大学第2外科中山恒明教授らによって胆道閉鎖症の幼児に対して行



れたが(東京大学)、やはり社会の関心を集めなかった<sup>53</sup>。肝移植のレシピエントは術後 12 日で死亡、腎移植のレシピエントも術後 9 日で死亡している。どちらも失敗と言うべき例であるが、関心を集めなかったためか非難もされなかった。心臓移植だけが大きく注目されたのである。心臓は心の在処と考えられてきた特別な臓器である。それゆえに、第 2 章で述べたように、米国の外科医たちはレースを展開し、米国においてレースになっていたからこそ国際レースになったので、心臓移植が日本社会でも注目されたのは自然なことである。

序論で述べたように、ナショナル・アイデンティティを国家への帰属意識と国民としての共属感情に分けるとしたら、日本はほぼ自明のネーションに近いため共属感情を維持する努力は南アフリカや米国ほど払わなくてよい。すなわち「国家の境界とネーションの境界とが一致し、国家の全住民が単一のエスニック文化を共有している」<sup>54</sup>自明のネーションにかなり近いため、国民統合という視点から考えれば、南アフリカや米国のように、求心力を産出し続けなくてもよい。他方の帰属意識に関しては、以下に述べるように戦後復興に関連したナショナル・アイデンティティが形成されていた。

第二次世界大戦後、敗戦国であるドイツ、イタリア、そして日本を含めて西ヨーロッパ中が、西側の新しい覇権国としての米国の影響下に入った。イギリスとフランスに占領されたドイツよりもずっと、日本は米国に深くかつ直接的に巻き込まれた<sup>55</sup>。当時の日本社会は米国の占領から解かれたものの、安全保障、貿易自由化など、あらゆる領域で米国に圧力をかけられており、米軍基地問題<sup>56</sup>、安保条約問題<sup>57</sup>、ベトナム戦争など米国に関するもので日本の統合は揺さぶられていた。揺さぶられる日本の統合は、経済成長という目標で強化され、60 年代には、「奇跡」と呼ばれる驚異的な経済成長に達する。1964 年には先進工業国として OECD に加盟、同年の東京オリンピックなどで国際社会に

---

われていた(太田和夫「日本初の臨床肝移植」[www.medi-net.or.jp/tcnet/history/hstr\\_039.html](http://www.medi-net.or.jp/tcnet/history/hstr_039.html) 2013 年 12 月 2 日 DL.)

<sup>53</sup> 1964 年 3 月 27 日、東京大学第二外科木本政二教授らによって 25 才のレシピエントにその妻から移植された(太田和夫「慢性腎不全患者に対する国内初の腎移植」[http://www.medi-net.or.jp/tcnet/history/hstr\\_026.html](http://www.medi-net.or.jp/tcnet/history/hstr_026.html) 2014 年 8 月 19 日 DL.)。

<sup>54</sup> Connor, W., *op.cit.*, p.29.

<sup>55</sup> Berghahn, V. R. "The Debate on "Americanization" among economic and cultural historians" *Cold War History*, 10(1), 2010, pp.107-130.

<sup>56</sup> 59 年 3 月砂川事件の東京地裁判決では、米軍は憲法 9 条に違反するとされながら、同年 12 月最高裁決定で逆転された。

<sup>57</sup> 60 年安保条約改定に伴ってデモや暴力的衝突が起こった。

返り咲き、60年代後半までにGNPでは西独をぬき、ついに世界3位になった。経済的成功は敗戦後復興の成功として捉えられた。日本は戦後の復興を着実に歩み、自信を取り戻していったのである。「経済的影響力の大きさに比べると政治的な主導権はほとんど釣り合いのとれぬほど小さかったが、とはいえ、日本は国際的に主要な勢力の一つになりつつあった」<sup>58</sup>。こうした状況のもとだからこそ、国際レースのなかで行われた日本の心臓移植は注目されたのである。

戦後の日本社会は科学技術に秀でることに心の拠り所を見出していた。たとえばこの頃、テレビなどの家電では「メイド・イン・ジャパン」が強調されるようになっていた。吉見(2007年)によると、「50年代末から日本人の家庭に普及していく家電製品は、戦後の技術主義的なナショナル・アイデンティティを家庭のなかで日々実感する媒体として機能していった」という。「たとえば60年、ソニーは「エレクトロニクス日本を代表する世界のマーク」を前面に打ち出し、その携帯用テレビの広告では「ニッポンの誇りがまた一つ!」と、技術を軸にした戦後日本の新たなナショナル・アイデンティティを華々しく表明していった」。また、「ビクターは62年に「その技術で世界の(音)をリードする」との広告を登場させ、そして62年に登場する松下では、「誇り高きメイド・イン・ジャパン」が、一連の広告のシンボリズムを集約して」いったという<sup>59</sup>。

伊東は、戦後日本社会のナショナル・アイデンティティのよりどころとして、「科学技術」が重要なキー・タームであったことを述べている<sup>60</sup>。戦前から戦後の日本では、科学技術と国家のかかわり方は変わっても、科学技術が日本のナショナル・アイデンティティ創出に連続して役立った。戦前は「西洋」の科学技術とは異なった日本の「科学」を実現しようというイデオロギーだったのが、戦後は、科学技術が「西洋」に追いつくことが日本の誇りになるというナショナル・アイデンティティに変化していったという。

そして広告ではやや誇大な表現でナショナリズムが表現された。たとえば松下の広告「日本はすでに欧米から学ぶものは学びつくし、「独創性」によって、世界の産業界をリ

---

<sup>58</sup> J・A・A・ストックウイン『現代日本の政治変動』(荒木俊夫ほか)訳木鐸社、1984年、(原著は1975年)、82頁。

<sup>59</sup> 吉見俊哉(2007年)、前掲書、196-199頁。同様の趣旨の記述は次の論文にもある。吉見俊哉「「メイド・イン・ジャパン」：戦後日本における「電子立国」神話の起源」嶋田厚ほか編『情報社会の文化3 デザイン・テクノロジー・市場』東京大学出版会、1998年、133-174頁。

<sup>60</sup> 伊東章子「戦後日本社会におけるナショナル・アイデンティティの表象と科学技術」中谷猛他編『ナショナル・アイデンティティ論の現在』晃洋書房、2003年、91-113頁。

ードするに十分な、技術の基礎を築き上げたと思います・・私たち日本人は、安易な模倣の精神を捨て、独創の尊さを知り、「アイディア」においても世界第一級の民族になるうではありませんか」<sup>61</sup>。欧米に追いついたことは誇らしかった。

1970年代半ばまでには、日本経済が猛進するのに並行して、国際社会における米国の政治経済の相対的比重が落ち込んでいった。戦後数十年間の日本と米国の非対照的な関係は、この頃には対照的になり始める。そして1970年代後半には、両国の繁栄の関係は逆転していく<sup>62</sup>。1968年とは国際社会にとって特別な年である。ベトナム戦争でのテト攻勢とジョンソン大統領の北爆全面停止の声明、米国バークレー大学・西ベルリン・パリそして東京の学生運動、キング牧師暗殺、プラハの春(民主化運動)、NPT(核兵器の不拡散に関する条約: Treaty on the Non-Proliferation of Nuclear Weapons)調印、第1回国連宇宙平和利用会議など、世界的規模で多様な衝撃的事件や出来事がほぼ同時期に多発した。冷戦下、自由世界のリーダーであろうとする米国は「世界一」にこだわってきたが、ベトナム戦争や経済危機で米国の信頼が揺らぎ、自由世界の中でのパワーが低下していく。同時に、冷戦下の米国以外の自由世界の諸国にとって、リーダーである米国に挑戦する時期でもあったかもしれない。

関係が対照的になりつつある時期であっても、米国は日本にとって特別な国である。敗戦した相手国、その後占領された時には支配国、占領が解かれた後もあらゆる分野で日本に大きい影響力を行使してきた。前述した伊東(2003年)は日本が「西洋」に追いつくことを重視していたと分析していたが、筆者はさらに絞って日本が「米国」に追いつくことを重視していたことを指摘したい。科学技術で米国に追いつくということには象徴的な意味があったのである。医学を科学の一分野と考えれば、心臓移植は高度な医学である。日本発の外科技術ではないが、それでも欧米に肩を並べ、高度な医学水準に達したと考えることは、戦争での日本の悪しき自己イメージを払拭し、日本国民に自信を取り戻させた。特に戦後の日本にとって科学技術で米国に追いつくという感覚は、米国に支配されてきた日本にとって特別に誇らしい感覚であり、ナショナル・プライドとみなされたであろう。筆者は第1章で南アフリカの心臓移植は米国パワーへの挑戦と述べたが、日本の心臓移植も米国パワーへの挑戦とみることができる。心臓移植は米国に追

---

<sup>61</sup> 同上。

<sup>62</sup> Luther, C. *Press images, national identity, and foreign policy: a case study of U.S.-Japan relations from 1955-1995*, New York: Routledge, 2001, pp.4-5.

いつけた科学技術のひとつとして、ナショナル・プライドを高めるとみなされたから称賛されたのではないか。心臓移植がナショナル・プライドを高める道具になり、その結果ナショナル・アイデンティティを維持拡大するとしたら、国家政府が心臓移植を社会に受け入れさせるための介入をする動機があったように思われる。以下に、その動機に基づいた政府の行動を示す。

### 第3節 医師と国家

日本政府が心臓移植を社会に受け入れさせるための介入をするとしても、どのような方法があったのか。南アフリカのように法的に支援することや、米国のように専門家たちを連携させる方法は日本では全く試みられなかったのか。

和田移植のあと国会では法制定について議論されていた。「臓器移植法の制定」のスケジュールについての質問に、松尾正雄(厚生省医務局長)説明員は「来年度あたりで厚生省自体の手で準備のための組織を設けたい」とスケジュールを説明した<sup>63</sup>。中谷委員は「新しい医学の進歩ということにわれわれは勇気をもたなければならない」ことを前提として、「法の制定をいそぐべき」という。そして、検察権力が介入することは避けてほしいが、人権を守るという点から、法務省はこの問題(例)を調査するのかと質問すると、安田道夫説明員(法務省刑事局青少年課長)は「死体損壊罪」の該当については、「高度な文化的、倫理的目的に奉仕するという行為である場合は、違法性を阻却するという解釈がつかわれるだろう」と答えた。また、「法律は健全な国民感情との間の調和がとれてなければならない」とし、制定準備委員会に参加して法案の作成準備に協力したいとも答えた。厚生大臣園田は、「心臓移植が今後も増えると思うので、臓器移植法を来年度中に制定したい」とし、「現在、法案作成の準備をしている日本移植学会に、国民代表、関係各省の担当者を加えた懇談会をつくり、政府の法案をまとめる」と述べていた<sup>64</sup>。

この約半年後、和田は刑事告発されたのだが、結局、鑑定などを踏まえて札幌地検は1970年8月31日、かなり苦しい理屈で和田を不起訴にした。「明確に生きていた」といえない場合は殺人を問えない、鑑定のために提出された組織の血液型が違っていても「他

<sup>63</sup> 59次衆議院法務委員会2号、1968年8月9日。

<sup>64</sup> 『朝日新聞』、1968年9月5日夕刊、「来年度中に作りたい 臓器移植法で厚相」。

人のものであるとまで言えない」と結論した<sup>65</sup>。この理屈は9月8日の国会審議<sup>66</sup>でも繰り返されているが、畑和(はたやわら、衆議院議員、日本社会党、弁護士)委員が言うように「和田を助けよう」としたと言わざるをえないだろう。つまり、検察は決して心臓移植を抑えこもうとしたのではなく、心臓移植に道を残そうとしたのである。厚生省も死の判定に関して、専門家の決定を待つ態度を示した。こうした政府の対応は、積極的に支援はしないが、少なくとも邪魔はしないという消極的支援だったと解釈することができる。

消極的な意味で心臓移植継続の途が残っていたとしても制度化に至る過程には、専門家たちの連携は欠かせない。専門家たちが自発的に連携をするのか、あるいは政府のような調整者に促されてはじめて専門家たちが連携するのかは、場面によって、社会によって、あるいは国によって違う。心臓移植に関する専門家たちの自発的な連携については、第4の章で詳しく後述することにして、ここでは、政府が調整者となって専門家たちの連携を促すという可能性について検討したい。政府に心臓移植を推進する動機が存在すれば、米国のように調整者として専門家たちに働きかけて連携させるという過程も理論的には存在するはずである。日本の政府が医師たちに連携を促すということはあるのだろうか。また、医師たちは政府に促されれば連携できるものなのだろうか。

### 第1項 医学と政治：医学研究費から

ここでは日本における医師と国家の関係について検討する。本稿で論述している医師とは、大学に属する医師である。大学の医師には、研究者としての顔と、臨床医としての顔のふたつの顔があるが、この節では研究者としての医師について検討したい。

「米国」の章で述べたが、心臓移植に関して米国政府は、「米国は世界一」という使命感はあるものの、基本的にはリーダーシップは専門家にとらせて、研究費や研究機関間の調整などの支援をするという、黒子の役割に徹していた。NIHなどの政府機関から研究費を得ていても、研究の内容に直接干渉されるような(検閲・監査・管理)ことは研究者たちに警戒されていたのである。米国式がかならずしも最適とはかぎらないが、国家と研究者の関係を検討するうえで参考になろう。日本では医学と政治の関係はどうだった

---

<sup>65</sup> 共同通信社社会部、前掲書、249-285頁。あるいは『朝日新聞』、1970年9月2日夕刊、「札幌地検 和田教授不起訴を発表」。

<sup>66</sup> 63次衆議院法務委員会30号、1970年9月8日。

のか。

ここではまず、研究者としての医師と政府の関係について検討する。『科学技術白書(昭和43年度版)』では「医療保健科学技術」の開発の意義としてこう述べられている「疾病の動向に対処して研究を促進し、医学的に未解決な分野を解決するため、医学、薬学、分子生物学、生物物理化学、電子工学その他の各分野を結集し、総合的組織的に研究開発を進めることが望まれ、そのため果たすべき国の役割は、きわめて大きいものと考えられる」<sup>67</sup>(図13)。具体的な政策としては、成人病対策として、がん、脳卒中および心臓病の制圧、早期診断・早期治療が強調されているが、心臓移植が「国家的事業」のような強い意志は伝わらない。

日本では医学研究に関して文部省が管轄してきた<sup>68</sup>。下記グラフのように医学研究費は年々増加しており、国立大学とその他を比べると(数の構成が違うので一概には言えないが)、多くは国立大学に配分されており、状況からは研究におけるイニシアティブを政府が執ることは可能であった。

---

<sup>67</sup> 科学技術庁編『科学技術白書: 昭和43年版』大蔵省印刷局、1969年、248頁。

<sup>68</sup> 手塚晃『日本の科学政策: 研究費等その財政面からの分析を中心として』雄松堂、1995年、67-71頁。手塚によると、医学に限らず日本の科学政策については、文部省は経費面についてはともかく、全般的な課題について自らが科学政策の主体であることを明確には打ち出さず、学術会議の建議や勧告をひたすら尊重する姿勢を取り続けたという。というのは、科学政策の主体は、科学者自体にあり、行政はそれに奉仕するあり方を取るべきという考え方があったからである。日本の科学者の意向と行政の意向との調整については、無条件に科学者の意向に従うというものではなかったものの、当時の文部省には、必ずしもはっきりとした方針なり哲学なりが形成されてはいなかったようである。

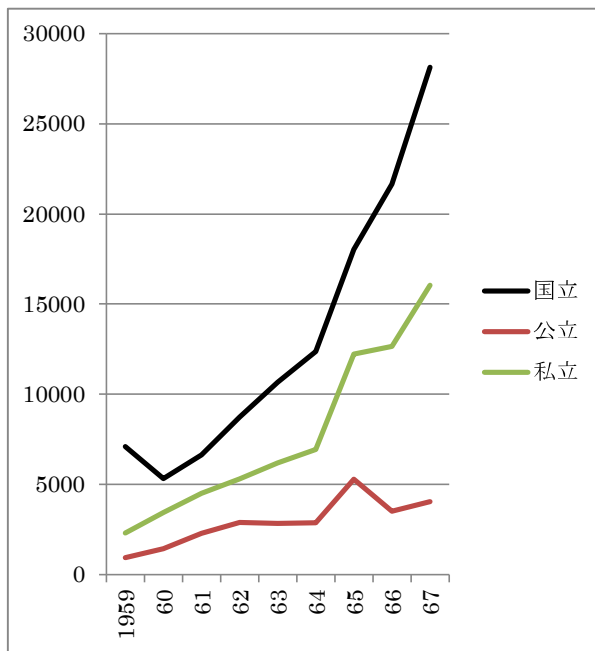


図 13 『科学技術研究調査』<sup>69</sup>による、大学等の組織別、医学研究費の推移(単位 百万円)

研究費からみると、政府の意図はガン研究にもっとも見出すことができる。1960年代後半から、ほかの分野の研究費増加よりも、ガン研究費の増加は顕著であった(図 14)。

<sup>69</sup> 同上、334頁。

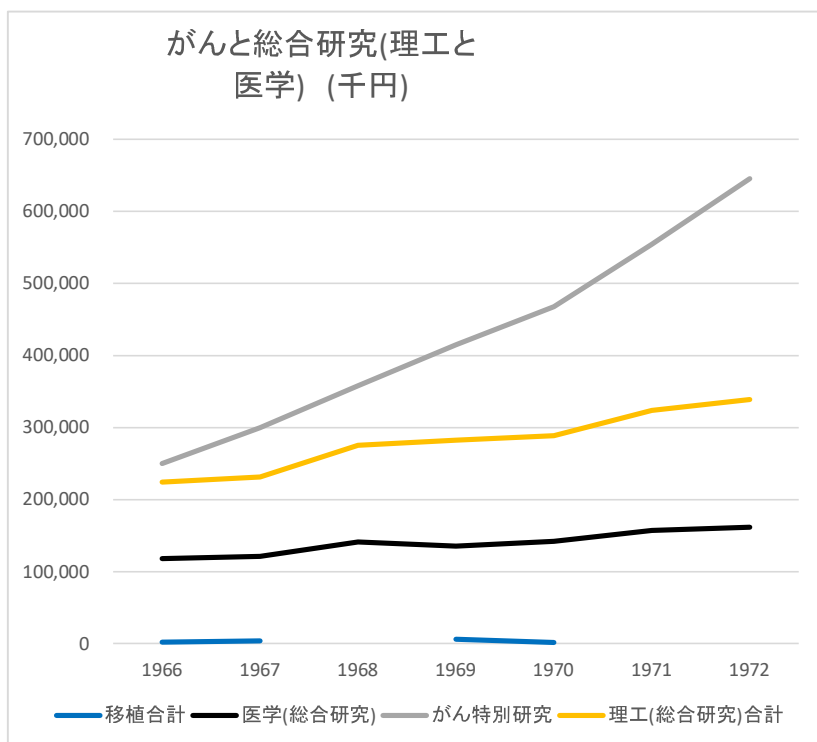


図 14 がんと総合研究(理工と医学(千円) : 文部省大学学術局編『学術月報 増刊号』日本学術振興会、19 巻から 25 巻、1966 年から 1972 年を引用して筆者作成。

この頃の日本の死亡率第 3 位は心臓疾患であった。第 1 位は脳卒中、第 2 位がガンである。榊原任(東京女子医大心臓外科教授、鑑定人のひとり<sup>70</sup>)は嘆いていた「高血圧患者は 807 万人と推定されていて、ガンなどとはケタはずれに多い病気」にもかかわらず、1972 年度ガンに対しては 59 億 7800 万円(6 億の間違い<sup>71</sup>)が計上されているのに、循環器病(心臓と血管の病気)については 4800 万円と、ケタはずれに少ない<sup>72</sup>。

患者数についてだけ言えば、心臓移植を必要とする患者(ほかに救命手段がない)は心臓疾患のごく一部なので、心臓移植の研究費が少なくても不思議ではない。日本の医学

<sup>70</sup> 和田移植直後、新聞社のインタビューで好意的な意見を述べていた「和田教授が勇気をもって行ったことは正しい・・・死の認定が従来より早められ、それが一般的になりそうな形勢だ。そうならば移植もやりやすくなる」(『朝日新聞』、1968 年 8 月 12 日、「母の声に目を開く」)。榊原は鑑定人の一人として、手術適応がないとまでは言えないと結論づけた。

<sup>71</sup> 榊原が指摘した金額がどこまでの範囲なのかは不明だが、文部省研究費配分の「ガン特別研究」は確かに他の医学研究に比べてケタが違う。

<sup>72</sup> 榊原任 (1987 年)、前掲書、153 頁。



研究において臓器移植(臓器全般に)はどのような位置づけであったのか。たとえば臓器移植に関する研究(代表者は大阪大学外科教授の陣内伝之助)は、1965年から67年の3年間、文部省の科学研究費の交付を受けている。研究目的として「臓器移植の問題は近代外科学における最重要な課題の一つとして注目を集めている」が、「欧米に比べて日本の水準は低い」。「臓器移植は単に外科学の分野のみならず医学全体の将来を左右する重要な課題であり、これに関する知見を急速に進展させることが目下の急務」であり、「各研究機関の力を結集し、相互の緊密な協力の下に臓器移植の実施手技ならびに移植免疫に関する諸問題を急速に解決し、医学における新しい治療分野を開拓しようとするものである」<sup>73</sup>。臓器移植の研究を日本全国の力を合わせて進めるという方針であった。心臓移植は特別視されてはいなかった。ちなみに心臓移植の研究を担当したのは女子医大の榊原である。

研究費配分を観察すると、日本において臓器移植の位置づけは医学分野のごく一部でしかなかったことがわかる。総合研究に限定した配分ではあるが医学全体の研究費を概観すると、時系列的には微増してはいるものの、理工に比べれば医学の研究費は少なく、70年代にはむしろ開きが出ている(図14)。さらに、やはり総合研究費限定ではあるが、医学全体の研究費に占める臓器移植の研究費配分は、微々たるものであった。陣内の研究は「機関連携」を謳ってはいたものの、複数の機関が研究するにはあまりに小さい配分であった(図15)。1970年以降、急に臓器移植の研究費が落ち込んでいるが、和田移植直前には移植法が制定されそうになっていたし、臓器移植研究は活発だったのだが、急に落ちたのは和田移植のためであったかもしれない。ただし臓器移植実務に関しては、生体移植が可能な腎臓だけは継続されていた。医学研究における文部省の存在感は「ガン」以外にはほとんどなく、まるで研究費の公平な配分にもっとも配慮しているかのように見え、逆に言えば「ガン」以外には政府の意図を見出すことは困難である。第2章で筆者は、米国政府が心臓移植に介入する理由として、心臓移植関連の研究費が巨額であったことを述べたが、日本においては、臓器移植全体ですら研究費配分は少なく、日本政府が介入する理由は見出せない。

---

<sup>73</sup> 日本学術振興会研究報告集録編集委員会編『昭和40年度文部省科学研究費による研究報告集録: 医学及び薬学編』日本学術振興会、1966年、367-375頁。

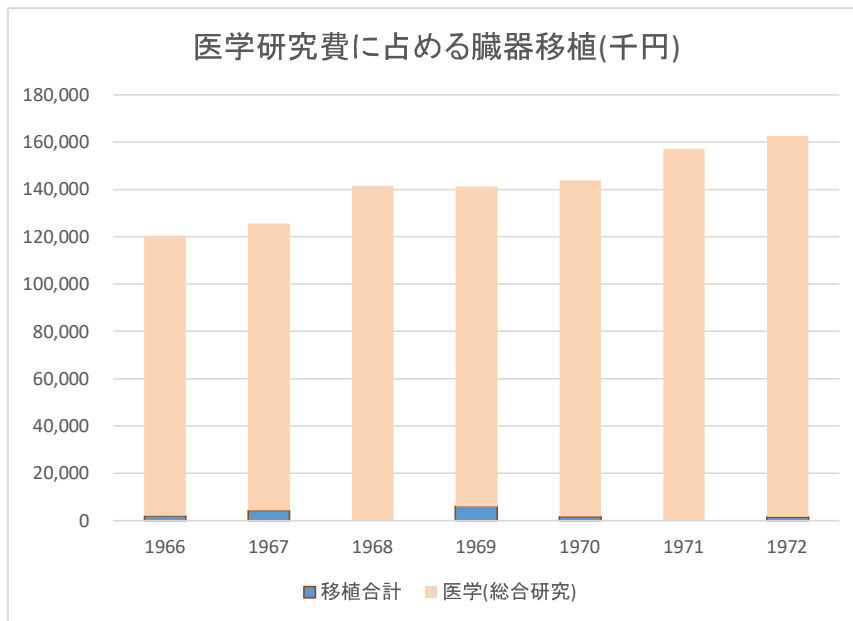


図 15 医学研究に占める臓器移植(千円) 文部省大学学術局編『学術月報 増刊号』日本学術振興会、19 巻から 25 巻、1966 年から 1972 年を引用して筆者作成。

## 第2項 医師と政府：管理される医師

外科医が独自の見解を貫いて革新的外科手術を実行できる条件とは、政府が医師を簡単に規制できない状況になければならない。日本の医学者たちは研究の内容に関しては政府から干渉されなかったかもしれないが、それは日本の医師たちのひとつの面について検討しただけにすぎない。というのは、医師たちは臨床医として国家から自由であったわけではないからである。日本では戦後、健康保険医療に移行し、1961年には国民皆保険がスタートした。専門家が専門領域で主導権をもつには政府に対して自律的である必要があるが、保険診療の存在はある意味、診療報酬を通しての、政府による医師たちの事実上のコントロールといえる。医師の専門職としての診療のイニシアティブを、国民皆保険によって事実上、政府にゆだねることになったのである。

川上は述べている「医療保障の拡大過程は医者への社会的地位の低下をまねいた。かつて自由診療の時代には、経済的に有利であっただけでなく、仕事の自由＝主体性が医者の側にあった。ところが、医療保障の普及とともに、経済的に不利になるばかりでなく、

仕事の面についても官僚統制をうけざるをえなくなった」<sup>74</sup>。

従って、大学の医師たちの臨床の面においては、政府とは大きな存在であった。研究の内容に政府からの干渉はなかったかもしれないが、研究費は政府から与えられ、さらに実務では保険診療によって、政府に経済基盤を握られていたのである。

さらに日本の医学史という広い視点からみても、政府から医師への意思決定におけるトップダウン構造をみることができる。日本では、国家の方針として外国医学を取り入れてきた。ただし、取り入れ元は漢方からドイツへ、そして米国へとめまぐるしく変化してきた<sup>75</sup>。1869年、政府が医学教育をドイツ方式にのっとって行う旨を発表すると、当時主流であった漢方医<sup>76</sup>から猛反発をうけた。明治8年(1875年)に文部省が医術開業試験の実施を通達したが、その試験科目は全く西洋医学に属するものであった。漢方医は特例としてその業を続けることが認められるだけになったため、漢方医たちは政府の洋方偏重にはげしく抵抗し、漢方の病院を設けたり、その学校を創設したり、さらに帝国議会へ必死の請願をしたりしたが、結局、漢方のみを学んで医師になることはできなくなった<sup>77</sup>。日本は漢方医を駆逐するかのように制度を変更し、ドイツ式に変更したのである<sup>78</sup>。

ドイツ医学の普及は東京大学から始まった。東京大学は明治10年(1877年)に創立したが、そのころの各科の教師はみなドイツ人で、ドイツ語で教えていた。教育制度ばかりでなく、教科書、医学雑誌、医学用語もドイツ語になった。1870年来、医学研究者は続々とドイツへ留学したが、これは第一次大戦まで続き、ドイツの医学校へ入学して勉強しなおす学生が多かった<sup>79</sup>。1960年代に京都大学にいたジョン・Z・パワーズ<sup>80</sup>は述べてい

<sup>74</sup> 川上武『日本の医者：現代医療構造の分析』勁草書房、1961年、41-47頁。

<sup>75</sup> ジョン・Z・パワーズ『あるアメリカ人医学者の見た日本の医学教育』（金久卓也・鹿島友義訳）慶応通信株式会社、1980年、（原著は1965年）、5-42頁。あるいは、小川鼎三『医学の歴史』中公新書、1964年、111-122頁。明治維新まえは、日本人は長崎でオランダ人医師から医学を学んだ。特にシーボルト(1823-9年)の貢献は大きかった。1734年に「解体新書」がドイツ語からオランダ語に翻訳されているが、すでにオランダ語を修得していた杉田玄白らがさらに翻訳すると(1774年)、西洋医学が日本に浸透した。

<sup>76</sup> 小川鼎三、前掲書、209頁。明治7年には漢方医8人に対して洋方医2人の比率だった。

<sup>77</sup> 同上、209-212頁。

<sup>78</sup> 和田教授の心臓移植を刑事告発したのが漢方医だったことを思い出すと、興味深い。どのような医学が正統とされるのかは、国家次第と言えるであろうし、それがトップダウン式に行われるとき、排除される側からは抵抗をうけるのである。

<sup>79</sup> ジョン・Z・パワーズ、前掲書、43-53頁。

<sup>80</sup> 1962-1964年、京都大学の客員教授として滞在し、日本の医学教育と医学生について調べ

る「他国の政治的支配を受けていない独立国の歴史の中で、医学教育の方法として日本がドイツの方式を取り入れたように、完全に他国の方式を取り入れた例はほかにないであろう」<sup>81</sup>。

第二次大戦が終わると、日本の医学教育は明治維新後初めての大変革をうけることになった。連合軍最高司令部の米国軍医サムス(C.F.Sams)大佐を中心に、占領下の日本の公衆衛生対策、医学教育が改革されていった。つまり、従来のヨーロッパ式が米国式に改められたのである。米国の制度を範として、医科大学卒業生のインターン制の実施、医師国家試験の施行などが定められた<sup>82</sup>。『金沢大学医学部百年史』によると、この変革は、「嘗て日本の医学校が持ったどの変革に優るとも劣らぬ激しいものであった」。サムスたちは従来の日本医学が「排他主義」であり、「近代的な実験と批判による理解方法のかわりに正統主義が支配をほしいままにし、伝統に執着する古ぼけたドイツ式の体系が君臨している」ことに対し、その従来の「貴族主義と学閥重視の弊風を一掃するため」として「国家試験」と「インターン」を日本にうつしたという<sup>83</sup>。

このように歴史的に日本では、実務をする医師と政府の関係はトップダウン式であった。政府の介入も調整というよりトップダウン式の「指示」であることが多いが、心臓移植に関しても、政府が医師たちを連携させようと、トップダウン式に介入することは可能であったのか検討する。

医師と政府のどちらが主導権を持つのかという問題は、心臓移植を行うためには法制定を必要とするのか、不要なのかという問題として表出した。和田心臓移植の前、厚生省、法務省、医事評論家、そして木本誠二東京大学外科教授、陣内伝之助大阪大学外科教授らが審議の末、臓器移植法案制定準備委員会を1968年5月設置した。木本は臓器移植に関する法律の必要性を主張していた<sup>84</sup>。政府からのトップダウン式指示の方がなじんでいる日本では、法制定はもっとも安心できる方法といえる。

トップダウン式には慣れていたものの、心臓外科医たちには葛藤もあった。国家によ

---

た。

<sup>81</sup> ジョン・Z・パワーズ、前掲書、48頁。

<sup>82</sup> 小川鼎三、前掲書、215頁。

<sup>83</sup> 金沢大学医学部百年史編集委員会『金沢大学医学部百年史』金沢大学医学部内金沢大学医学部創立百年記念会、1972年、340頁。

<sup>84</sup> 和田寿郎(1992年)、前掲書、108頁。木本は法制定の必要性は述べていたものの、死の判定が問題になる臓器移植は社会通念から日本では実行できないと予想していた。

るコントロールを警戒していた医者もいたのである。和田は術後すぐに札幌医大を訪れた社会党の上田哲参議院議員(同党臓器移植法案制定準備委員)に、「臓器移植法案の制定はまだ急ぐべきではない」と述べていた<sup>85</sup>。さらに30年後のインタビューに対しては「人間の生と死を決めるのは法律ではなく、医師の医の心だけ。臓器移植法は日本の医の心が地に落ちたことを知らしめる」<sup>86</sup>と、医師側がリーダーシップをとれなかったことを嘆いていた。やはり、日本の榊原も法制定に無関係に心臓移植をやろうという考えをもっていた。

倫理あるいは社会秩序の立場から許されるかどうかを医師は考えていて、・・・人間の尊厳を乱す行為は法的に規制されるべきだが、法

( )

87

88

、実績が社会通年を作っていくと考えている。何もしなければ何もうまれない」<sup>89</sup>。

結局、臓器移植法は、1968年11月、制定準備委員会が臓器移植法案<sup>90</sup>を厚生大臣に提出し、この臓器移植法案をうけて1969年12月25日、厚生大臣の私的諮問機関として「臓器移植懇談会」が発足されるころまでである<sup>91</sup>。この間、手術の翌年2月に和田の刑事告発がなされたものの、「臓器移植懇談会」

<sup>85</sup> 『朝日新聞』1968年8月31日朝刊、「臓器移植法制定は時期尚早」和田教授が強調

<sup>86</sup> 共同通信社社会部編『凍れる心臓』共同通信社、1998年、17頁。

<sup>87</sup> 榊原任、林田健男、陣内伝之助、石橋幸雄、藤原、高橋勝好「座談会：臓器移植をめぐる諸問題」『日本医事新報』2349、1969年、3-16頁。

<sup>88</sup> 東大分院外科の近藤は、日本でもっとも心臓移植に近かった外科医のひとりである。米国初の心臓移植を行ったカントロヴィッツのところ、優秀な実験成績を出していた。その後彼は、ミシシッピのハーディのところへ留学している。

<sup>89</sup> 『北海道新聞』1968年11月1日朝刊、「消えた二つの鼓動③」

<sup>90</sup> 『医事新報』2327、1968年11月30日号66頁。「移植学会、臓器移植法をめぐって」。この法案では提供者の同意も遺族の同意も、どちらも必要としている。死の判定については「関係学会で検討中」とされていた。臓器移植法案研究会(代表：陣内伝之助阪大教授)が死の認定基準について「法律で決めるべきことではない」として要綱に盛り込まれなかったからである。法案は12月4日に厚生大臣に提出することになっていた。

<sup>91</sup> 『朝日新聞』1969年12月26日夕刊、「臓器移植懇談会が発足」臓器移植法は、

発足には至っていた。しかしこのあとの国会での議論の記録はない。研究という点から介入しうる文部省も、医療実務から介入しうる厚生省や法務省も、どこの省庁も心臓移植に関して医師たちを連携させるような介入はしなかった。「アメリカ人は国家を疑い続けている。日本人は国家の指導的役割に大きく依存している」<sup>92</sup>。米国の章で述べたように、米国の専門家たちは、法曹界に圧力までかけており、リーダーシップを譲る気がまったくない。日本政府は米国のように専門家たちを連携させる介入をしなかった。ましてや専門家たちがリーダーシップをめぐって、政府と攻防をくり広げるようなことはなかった。

### 第3項 医学界：医局構造

レシピエントが死亡する頃、胸部外科学会が行われた。川島によると、その評議委員会での雰囲気は、和田に批判的ではなかったという。慶応義塾大学外科教授赤倉一郎が「ジャーナリストが訳も解らずに和田教授を誹謗しているのはけしからん」と発言、和田による心臓移植の経緯、状況が説明された後、大阪大学の曲直部が「学会として心臓移植を推進する何らかの意思表示をしてはどうか」と提案した。しかしこの案は取り上げられなかったという。そして最後に京都大学外科教授長石忠三が「和田教授の勇気を称えて励ます意味で拍手しよう」というと、全員で拍手した<sup>93</sup>。和田はうつむいて泣いていたという(レシピエントはこの翌日死亡した)<sup>94</sup>。

1968年に世界的規模で多様な衝撃的イベント<sup>95</sup>がほぼ同時期に多発したことを述べたが、日本にもトランスナショナルな共鳴現象といえる現象、学生運動が発生していた。発端は東京大学医学部である。もっとも萌芽は以前から、しかも地方にもあった。たとえば『金沢大学医学部百年史』には、連合軍占領下の医学部では、アメリカ化による「国立単科大学地方移譲案」、「授業料値上げ」、「大学法案」などが焦点になり、学生連盟が発足したと記されている。「戦後の日本の医学がアメリカ流の発展を求め続け、それを推進

---

臓器移植の範囲、組織適合、死の判定問題などを話し合うためである。

<sup>92</sup> シーモア・M・リップセット『アメリカ例外論：日欧とも異質な超大国の論理とは』（上坂昇ほか訳）明石書店、1999年、（原著は1996年）、384頁。

<sup>93</sup> 川島康生「日本の心臓移植を振り返って」『会誌 ACADEMIA』150、2015年、17-25頁。

<sup>94</sup> 長石忠三「出番 心臓移植と和田教授」『胸部外科』22(2)、1968年、182-183頁。

<sup>95</sup> ベトナム戦争でのテト攻勢、米国バークレー大学・西ベルリン・パリそして東京の学生運動、キング牧師暗殺、プラハの春(民主化運動)、NPT(核兵器の不拡散に関する条約: Treaty on the Non-Proliferation of Nuclear Weapons)調印など。

するために教育・研究・診療のための変革をし、それと同時に大学紛争に対処しなければならなかった」<sup>96</sup>。米国バークレーでも、西ドイツでも、パリでも、大学権威に学生が反発したことから運動が発生しているが、日本でも医学部インターン制での研修医の待遇改善を要望して、大学医学部への反発に端を発している。当時の日本の医学部は医局講座制をとっていたが、これがきわめて封建的な構造であった<sup>97</sup>。

明治政府は学問体系としてドイツ医学を採り入れるが、保坂によれば、ドイツの医局講座制以上に官僚化したという<sup>98</sup>。医局とは一種の共同体といってよいであろう。医師にとって医局は生涯帰属する共同体であり、教授は君主である。ある医師に言わせると教授は「医局員の人事権、生活権、それに思想・信条まですべて支配している<sup>99</sup>」。とくに東京帝国大学医学部は、明治国家の意図した中央集権国家の「医学・医療の“政府”」的存在であった<sup>100</sup>。

学閥はこうした医局の志気の基盤である。医師たちは「・・・大学出身」であることに誇りを持っている。見知らぬ医師同士であっても、同じ医局であれば強い連帯意識を感じ、また、科は違っても同じ大学出身者であれば連帯感ほどでなくても強い親近感を持つ。医療活動・研究活動が「あ・うん」の呼吸で円滑にできる仕組みといえるだろう。

学閥の覇権は重要な病院(領地)をいかに多く所有するかで決まる。所有といっても経営ではなく、医局員を派遣して支配するという意味で所有している。この意味で、病院経営者であっても、医師を自由勝手に採用することはできない。最も重要な領地は大学の教授ポスト(Sitz)である。なるべく多くの教授を排出することが、よい医局(強い医局)とされる。東京大学のように多くの教授を輩出している医局は、教授を目指す医局員に強いモチベーションを持たせ、一層、医局員に高い忠誠心をもたせる。この忠誠心は臨床や研究に対する自己犠牲の態度となって表現され、より強い医局となる(学閥という構

---

<sup>96</sup> 金沢大学医学部百年史以後三十年の歩み編集委員会『金沢大学医学部百年史以後三十年の歩み』金沢大学医学部内金沢大学医学部百年史以後三十年の歩み刊行会、1993年、序文。

<sup>97</sup> ただし日本医師会のように、横に連携して政府に抵抗する組織を結成することもあった。日本医師会は利益団体として厚生省に抵抗していた。武見太郎は1957年に日本医師会会長になったが、「医療のわかる議員」をつくり、厚生省を敵にして大臣と渡り合い、空前の「医師のストライキ」を執行している(水野肇『誰も書かなかった日本医師会』草思社、2003年、53-85頁。)

<sup>98</sup> 保阪正康『大学医学部: 命をあずかる巨大組織の内幕』講談社、1987年、121頁。

<sup>99</sup> 同上、89頁。

<sup>100</sup> 同上、123頁。

造は強固になる)。こうした忠誠心は教授との縦関係と重ねて見られていることが多い  
ため、学閥は権威主義的な構造を生む。この領地を多くもとうとする拡張主義の副産物が  
学閥の排他性である。忠誠心が高ければ高いほど、排他性も強く、他の学閥との抗争の  
危険性が生まれる。大学内で、あるいは病院内で複数の学閥が存在するとき、組織が分  
裂する理由になる<sup>101</sup>。

とくに外科はチームで医療を行うという科の特徴から家族主義的になりやすく、なお  
かつ手術手技を身につけようとするれば徒弟制度になりやすく、さらに手術を継続したけ  
れば医局を離れることはできないので、内科系の医局より一層、封建主義的構造になる  
<sup>102</sup>。たとえば榊原は著書のなかでこう述べている<sup>103</sup>。

*当時の大学の医局(1936年の東京大学第2外科・都築教授)というところは徹  
底した徒弟制度で、すべてを教授にまかせて訓練を受けた。・・長幼の序が守ら  
れ、野球や水泳なども時々するのだが、そんな時でさえ先輩の命令には絶対に  
服従した。*

徒弟制度で結びついた団結心は強い。こうした学閥主義は、学閥を越えた医師の間の  
連携を生むのを困難にさせたであろう。米国に学閥主義がないとはかぎらないものの、  
保阪は米国の研究システムと日本の研究を比較して考察している。米国では政策として  
研究が決定されれば、研究機関を越えて、機能的、合理的に研究が進むのだが、日本で  
は国家の明確なプロジェクトはなく、船頭が多過ぎ、閉鎖的な医局講座制のもとでは教  
室を越える連携はなく、結局、研究は進まない<sup>104</sup>。榊原がいた時代より後の東大外科の  
ようすが、同窓会誌で語られている。「・・しかし当時は、時代を超えた先端外科を標榜  
する木本外科の医局でさえも、従来いわゆる「徒弟制度の伝統」は根強く、欧米の新

---

<sup>101</sup> 1980年代に医師になった筆者の経験から。同様のことは保阪(保阪 前掲書)や中井(中井久夫『日本の医者』日本評論社、2010年)も記述している。

<sup>102</sup> しかし、このようなネガティブな保守的な側面だけでなく、医局システムには強い共同体意識があるからこそ守ることができたものもある。病院に医師が不足したときに応援を依頼して充足させてくれるのは、医局の教授である。医局員は高い忠誠心を教授に抱いているので、たとえ日本の果てでも教授命令なら従って移動する。こうした構造のため、医局は歴史的にへき地医療を支えることができた。

<sup>103</sup> 榊原(1987年)、119頁。

<sup>104</sup> 保阪正康、140-150頁。



しい改革には、ややもすれば遅れがちの面が多く見られた」<sup>105</sup>。

筆者は外科技術が正統化される過程に、医学界内の政治過程を想定しているが、日本の学閥主義は政治過程のひとつである。たとえ政府が介入したとしても、医師たちの縄張り意識が強過ぎて、連携は困難だったであろう。まして自発的な連携はほぼ不可能だったのではないか。この状況でもし、医師たちを連携させるとしたら、よほど強い意図をもった国家の介入か、医師の側のボスの存在が大きな声を上げてまとめ上げるような方法しかなかったであろう。

#### 第4節 文化要素群としての心臓移植：医師たちの連携欠如

ここまで医師たちが連携できなかった理由として医局の構造的要因を考察してきたが、ここでは文化的要因として医師たちの思想・価値観について考察する。

前述したようなレースになった現象や、外科医和田を糾弾しようとする医師たちの強い敵対心など、初期の心臓移植には外科技術としての側面だけでなく、医療に関わる伝統や価値観、そして国家や地域への愛着・プライドなどの文化的な側面を見出すことができる。特に日本にとって臓器移植は輸入した外科技術であり、米国からの外来文化要素の受容にとりも文化受容ととらえることができる。

外来文化要素は、受け手文化のフィルターを通っても文化的抵抗をうけることがある。最初はフィルターを通った文化要素が一応受け手の文化のなかに収まって、効果を発揮し始めると、従来の文化要素によって生活をしてきた一部の人々は、生の根拠を崩されたように感じ、新来の文化要素に激しい敵意をもよおして、それを排斥するようになる<sup>106</sup>。

上記の、平野の外来文化要素の受容過程に沿って心臓移植を検討する。まず「必要性」についてだが、心臓移植が重症心不全患者にとって最後の治療方法であるという意味では、たとえ患者数は少なくとも、医療としての「必要性」がある。他方、心臓移植は日本発の外科技術ではないが、第2節で述べたように、欧米に肩を並べ、高度な医学水準に達したと考えることは、戦争復興に猛進してきた日本国民に自信を取り戻させた。特に

<sup>105</sup> 二宮陸雄ほか編『ただひとつ：昭和29年東京大学医学部卒業50周年記念誌』東大医学部29年文集刊行会、2004年、15-34頁、渥美 和彦「先端医学より統合医療へ」。

<sup>106</sup> 平野健一郎、前掲書、86-87頁。

科学技術で米国に追いついたという感覚は、日本にとって特別に誇らしい感覚であり、ナショナル・プライドを高めたとみなされた。心臓移植は日本が自信を取り戻しナショナル・アイデンティティを維持拡大するために必要とされた技術と考えることができる。これら二つの意義から、心臓移植を構成する文化要素がフィルターを通る条件としての必要性が備わっていたといえる。

### 第1項 適合性：アメリカ産外科技術

序論や第1章でも述べたので確認になるが、「適合性」とは、外来の文化要素が選択され、受容されたときに、それと関連をもつことになる受け手文化側の文化要素群とのあいだの適合性のことである。「フィルター」の役割は伝統と価値といいかえることができる。新しい文化要素の適合性が100%であることはなく、どの程度の適合性が予測されれば選択されるかは必要性の度合いによって決定される<sup>107</sup>。

和田や藤本たちは、死の判定も、手術適応も、米国などの基準を暗黙の前提としていた。日本は心臓移植を、外科技術だけでなくその背景にある思想もろとも、いわば、文化要素群の「パッケージ」で米国から持ち込んだのである。

外科技術にかぎらずこのときの日本にはあらゆる文化が米国から輸入されており、アメリカ産ということだけで受け入れやすかった。「占領期におけるアメリカ文化の強い影響に加え、日米安保条約に集約されるよう日米の政治的・軍事的な密着関係、経済的な依存あるいは協調関係があり、文化的な関係もきわめて密接なものであり続けてきた。多くの面でアメリカ的な価値を理想とみなす人々も少なくない<sup>108</sup>」。

和田は特にアメリカ中心主義者であった。彼の父親禎純<sup>109</sup>は十代後半に単身渡米し、シカゴ大学で法学博士となり、アイオワ大学のスタッフになったという。約18年間の米国滞在を経て帰国し、教師の女性<sup>110</sup>と結婚、さらに東京帝国大学で法学博士をとり、1922年、国際法を専門として北海道帝国大学に教授として赴任した。和田本人によれば、子供たちの教育に関してはリベラルで、「自立」(あるいは「自律」)を教えていたという。

---

<sup>107</sup> 同上、63頁。

<sup>108</sup> 同上、168頁。

<sup>109</sup> 和田寿郎(2000年)、126-137頁。金沢で貿易商をいとなむ和田家の長男。帰国後にもともと「藤太郎」という名を「禎純」に改名したという。和田本人によると、父親は結婚後、米国に戻るつもりだったが、本意とは別に日本にとどまったという。

<sup>110</sup> 同上。和田の母も金沢出身、東京女子師範学校(お茶の水女子大学の前身)卒業、「春子」という名を「靖子」に改名している。札幌市立高等女学校(札幌東高校の前身)の教師をしていた。

和田は子供の頃、『ヘラルド・トリビューン』の新聞紙をトイレット・ペーパーに使用していたという<sup>111</sup>。和田は北海道大学医学部を飛び級で、なおかつ首席で合格し、卒業後は占領下の日本から「ガリオア基金」という米国の「占領地域救済政府資金」のひとつを利用して、心臓外科発祥の地、ミネソタ大学に留学している<sup>112</sup>。回顧録で彼は、日米を比較して日本をひたすら嘆いている。「日本が進歩するその数倍のスピードで、アメリカの医療の実情は着実に前進している」、「アメリカにくらべて日本の医療の貧困さ、とくに医療現場に流れる精神の貧困さは目にあまる」<sup>113</sup>。「アメリカの医療システム、研究システムは素晴らしいものだった」「アメリカは医学を貫く精神的土壌がこのうえなく素晴らしい」「私はごく自然に、そのままアメリカに永住したいと願うようになった」<sup>114</sup>。彼は、結局帰国するが、入れ違いに弟<sup>115</sup>が渡米している。弟はその後カナダで著明な神経内科医となりカナダ人になっている<sup>116</sup>。

和田は手術の直前、学会のため米国を訪問しているが、このときの米国の空気は和田に影響したに違いない。和田がカナダの心臓外科医キャラハンの別荘に招かれたとき、ちょうどロバート・ケネディ(Robert F. Kennedy)が暗殺(1968年6月5日)された。気管切開<sup>117</sup>されたその姿をテレビで観ながらキャラハン<sup>118</sup>は「ああいう状態が、心臓移植のドナーとしては最適なんだ」と言ったという。この言動に和田は刺激を受けていた<sup>119</sup>。

アメリカ中心主義の和田が、米国発の外科技術である心臓移植を日本でやろうと野心をもつことは無理もないことであつたらう。米国の章で述べたが、米国外科医がレースのように競って心臓移植を行おうとするムードに、和田も感染してしまうことは無理からぬことであつた。

ただしこの現象は日本にかぎったものではない。吉見は、「アメリカ」が、米国国内の存在であると同時にそれを超えて世界的な存在でもあるという二重性を構造的に帯びて

---

<sup>111</sup> 同上。

<sup>112</sup> 同上、176-178頁。

<sup>113</sup> 和田寿郎(1992年)、前掲書、189頁。

<sup>114</sup> 同上、167-169頁。

<sup>115</sup> 和田は4人兄弟(姉、本人、弟、妹)。

<sup>116</sup> 和田寿郎(2000年)、前掲書、219頁。

<sup>117</sup> 呼吸停止したために人工呼吸器を使用しているという意味。

<sup>118</sup> キャラハン自身は心臓移植反対論者であつた。

<sup>119</sup> 和田寿郎(1992年)、前掲書、110-112頁。

いることを指摘している<sup>120</sup>。「アメリカとは一つの国であり、同時に世界である。われわれはアメリカ化やアメリカニズムを、アメリカ社会を統合していく文化過程や原理として理解するのとまったく同時に、そのようなアメリカ社会に向けて外部から注がれるまなざしや受容のプロセスとしても考えることができる。20世紀の世界にとって、「アメリカ」は他者であると同時に自己であり続けてきた<sup>121</sup>。「第二次世界大戦後の世界においては、「アメリカ」はきわめて多くの社会で自己想像のための重要な媒介項となっていた。戦後世界に君臨した「アメリカ」という他者は、それぞれの社会の自己構成に作用してきた<sup>122</sup>」。この意味で和田はアメリカを内面化していた<sup>123</sup>。吉見の表現を借りれば、「アメリカニズムに媒介されることで、戦後的自己を再構築」したアメリカ化と捉えることができるだろう。

そして米国と心を共有していたのは和田だけではなかった。日本の心臓外科医たちは米国の宇宙開発と心臓移植をリンクして考えていたのである。たとえば米国留学経験のある札幌医大の胸部外科医富田房芳<sup>124</sup>は、

20世紀後半の2大プロジェクトとしては米国では当時宇宙開発に着手し、人

---

<sup>120</sup> 吉見俊哉(2007年)、前掲書、21-24頁。吉見はフィリピン人カルロス・プロサンの証言を例にあげ、第一次大戦以降、数々の苦難を経ながらフィリピン人が「アメリカ」を内面化していったようすを紹介している。「貧しい百姓が地主のために身を粉にして働いている田舎でも、若者たちは時代の風潮に流されて、伝統(しきたり)に反抗」するようになる。そして彼自身も、英語を学び、貧しい少年「アブラハム・リンカーン」に自己を重ねるなかで、渡米を本気で考えていく。フィリピン人はむしろ「アメリカ」のなかに自らを内包させてしまうことによって自己を立ち上げているという」。

<sup>121</sup> 同上、20頁。

<sup>122</sup> 同上、21-24頁。

<sup>123</sup> 和田寿郎(2000年)、前掲書、219頁。和田は米国留学から帰国するとき、リリハイ人工心肺などを土産として日本に送っているが、これによって開心術を行えるようになった。

和田の心臓移植は *The New York Times* でたびたび報じられていた。8月8日の手術(世界で30例目、アジアで2例目)(*The New York Times* 1968.8.9. "A heart transplant performed in Japan")から10月2日レシピエント(アジアで唯一生存している)が肝炎を併発した状態(*The New York Times* 1968.10.3. タイトルなし)まで報道されていた。

また、和田は拒絶反応を抑えるための免疫抑制剤などを、米国(移植)外科医から厚意で贈られていた。スターツル(肝移植で高名)からは薬剤、ハーケンやシャムウェイから抗リンパ球血清を授かり、レシピエントに使用したという(和田寿郎(1992年)、前掲書、138-139頁)。

さらに刑事告発後は、米国外科医たち(カントロヴィッツやクーリー)から支援の手紙を受けていた(和田寿郎(2000年)、前掲書、246頁)。

<sup>124</sup> 和田移植のときの札幌医大胸部外科助手、ニューヨークのマントサイナイ病院に留学した。

類による月面着陸を目標としており、他の一つは人類の病気の征服そして生命の延長の研究である。

として、月面着陸にあまり関係のない日本にいながら、米国と人類の夢を分かち合うかのように、臓器移植をもう一つのプロジェクトとして位置付けた<sup>125</sup>。

後に榊原の後継者となる女子医大の小柳仁<sup>126</sup>も「この数年後にアポロを飛ばすことになる宇宙開発も、心臓移植を始めることになる心臓外科も何の迷いもなく未来を信じている時代であった」<sup>127</sup>と、宇宙開発と心臓移植を結びつけて考えていた。必ずしも米国留学の経験がなくても、心臓外科医たちは米国の宇宙開発の夢を共有していた。しかもこのリンクは一般日本人にも共有されていたのである。たとえば評論家大宅壮一は和田の著書『ゆるぎなき生命の塔を：信夫君の勇気の遺産を継ぐ』のために序文を書いている。

二十世紀後半から二十一世紀にかけての人類最大のビジョンは、宇宙開発と心臓移植である。・・・生命というものはすべて限られていて、しかもその管理は「神」の手にゆだねられているという考え方に挑戦するのが近代医学で、その最初の勝利が心臓移植の成功である。これを否定することは、宇宙開発を否定することと同じで、科学そのものを否定し、人類の進歩を拒否することになる<sup>128</sup>。

また、心臓移植とは関係ないが、『科学技術白書』にも米国との共感が宇宙開発に関して表現されている。

アポロ 8 号は、3 人の宇宙飛行士を乗せ、月周回の大飛行をみごと成功させ

<sup>125</sup> 札幌医科大学胸部外科編『二十五年の歩み』札幌医科大学胸部外科、1984年、107-108頁。

<sup>126</sup> 人工弁.comでのプロフィール(<http://www.jinkouben.com/profile.html>, 2015年7月9日DL)によると、アメリカ留学の経験はない。

<sup>127</sup> 心研創立四十周年記念誌編集委員会編『心研創立四十周年記念誌』東京女子医科大学附属日本心臓血管研究所、1995年、60-64頁。

<sup>128</sup> 和田寿郎『ゆるぎなき生命の塔を：信夫君の勇気の遺産を継ぐ』青河書房、1968b年、序文)

る偉業をなしとげた。これは・・・科学技術の勝利であると同時に人類の勝利ともいえるものであろう。さらに、これは人類の長い間の夢であった月着陸を本年内に実現させる可能性を生みだした<sup>129</sup>。

日本人の価値観は米国に寄っていた。前節で米国に追いつくことが日本のナショナル・アイデンティティ維持拡大に利用されたと述べたが、当時の日本人にとって、米国に追いつくことと、米国のようになること(模倣)との区別を明確に分けることは困難である。「アメリカ」は日本社会に採り入れられるのと同様に、医師たちにすすんで採り入れられ、宇宙開発と心臓移植をリンクする考えにみられるように、医師たちは「アメリカ」を内面化していった。第2章で筆者は、冷戦を戦うアイゼンハワー政権が自由世界の国々での信用を取り戻すのに宇宙開発の心理的効果に配慮していたことを述べたが、この政策は日本において十分すぎるほど成功していた。アメリカ産であるというだけで、しかも米国に注目されていた心臓移植はなおさら、日本に受容するには適合性のある外科技術であった。

## 第2項 文化的抵抗

平野は文化には境界維持機構(boundary maintenance)があるという。具体的には、個々の文化がその文化の社会構成メンバーに対して、メンバーにふさわしい行為を要求する規範的な文化要素を含んでおり、規範に反する文化要素を外から持ち込もうとするメンバーはしばしば社会から「村八分」にされる。導入する必要性がいかにも高くても、受け手側文化の規範的な文化要素との適合性が低い文化要素は、結果として拒絶されることになる。平野はこの境界維持機構を「フィルター」と表現している<sup>130</sup>。さらに平野は文化を擬人化して述べている「文化は、他の文化と接触することがなければ、その境界を自覚することがないであろう。・・・文化触変があつて、文化の境界ができ、それと同時に文化触変の環境もはっきりと姿を現すのである」<sup>131</sup>。心臓移植の文化要素と機能的連関性をもつていもづる式に入ってきた文化要素群の中に、「フィルター」を通れないものがあつたのではないか。

---

<sup>129</sup> 科学技術庁、前掲書、I頁。

<sup>130</sup> 平野健一郎、78-79頁。

<sup>131</sup> 同上、81頁。

## 1 「人体実験を許容する」文化要素

外科医(外科医一般)が革新的な手術に臨むとき、大胆さと勇気を必要とする。外科医が障壁に向かうモチベーションは救命という規範的使命感だけではなく、挑戦者として称えられたいはずである<sup>132</sup>。米国の章で述べたように、米国の外科医たちは挑戦者であった。未知なる地を開拓していく勇氣、前人未踏のことを成し遂げる強さなどアメリカ的理念の実行者として称えられていた。藤本が和田を非難した理由「功名心」は、米国では非難されない。

日本では、献身的な医者 of 代名詞として「赤ひげ」がよく使用される。黒澤明映画『赤ひげ』<sup>133</sup>には「人格者」としての医師が描かれている。貧しくて医療にかかることができない患者たちを、費用を無視して診てやったり、狂女を制して血みどろ、汗だくになりながら手術を行ったり、死にゆく患者を人間としての尊厳を保たせながら最期まで診てやったりと、患者に全力で寄り添おうとするのである。

しかし序論で述べたように、731部隊にみられるように、日本の医師たちは人体実験をしたという負の過去がある。そのためか、これと無関係であることを強調するかのようになり、戦後の医師たちの自己イメージは美しい。榊原は若い医師へ贈る言葉として記している。

病気をなおすのが医師の仕事であるといわれているが、単に病気がなくなったというだけでは人間は健康だとはいえない。人間を健康にするのが医師の役目であるとすれば、しなければならない仕事の範囲は広い。医師はただ病気をなおす職人であってはならないし、幅広い人格をもって患者に接し、その健康を守り、本人を幸せにするように努めなければならない。私たちはこの職業に対して誇りを持つとともに、重い責任を感じるのだ。「小医は病を癒せず、中医は病を癒して人を治せず、大医は病を癒し、人を治す」という言葉があるが、医師は医学の修練にはげむとともに、人格の陶冶につとめて、患者から信頼されるような者にならなければならない<sup>134</sup>。

<sup>132</sup> 心臓移植をやろうとしていたのは和田だけではなく、榊原も同様であった(共同通信社社会部編、前掲書)。

<sup>133</sup> 『赤ひげ』1965年公開、黒澤明監督、原作は山本周五郎『赤ひげ診療譚』

<sup>134</sup> 榊原任(1987年)、前掲書、26-32頁。

医師は患者を全人的にみななければならないと、まるで聖人君子のようにイメージされている。赤ひげにしても、榊原の医師像にしても、医師は患者に奉仕するのが当然であって、野心に駆り立てられ革新的手術に突き進む医師は想定されていない。まして患者が危険にさらされることを省みず手術に猛進する外科医(外科医一般)などは想像することが許されない。

たとえば世界で初めて、1804年に全身麻酔を成功させたとして知られている華岡青洲は、清貧さと患者への奉仕から讃えられている「藩主からの招聘を辞退し、医師として生涯を患者の治療に捧げました」。さらに妻と母は青洲を支えた内助の功として美化されている。開発された麻酔薬は「動物実験を重ねたすえ、母親の於継と妻加恵の献身的な協力により実用化されました」(近畿大学医学部図書館の解説<sup>135</sup>)。日本では身内の自己犠牲は美談と考えられている。犠牲が身内だけであって他人や患者を犠牲にしていないことが青洲の人体実験の倫理性を不問にしている。そして青洲は成功者として知られていても、外科医(外科医一般)としての勇気は讃えられていない。英雄視されてはいない。筆者が渉猟しえた範囲での華岡青洲研究では、乳癌の手術で知られるようになって全国から患者が集まったり、弟子が集まったりして、いずれも彼の医師としての姿勢や技術を評価していても、英雄視してはいない。

日本には米国のように実験的手術であっても実行しようとする、挑戦者としての外科医の勇気を讃えるような文化はない。*LIFE*のクーリーにみたような、大胆な心臓外科医を成功者として讃えるようすはない。このような大胆な外科医は、日本の人格者としての医師像とは正反対のものである。患者で実験することがありえないと考えられている日本の医師像は、心臓移植の外来文化要素と適合していなかった。

ヒーローとは個人である。米国社会にみられた、外科医の勇気を称える価値観は、個人主義に根ざしている。ところが日本社会は、個人よりも集団を重要視する。ストックウインは日本社会を分析している。「日本社会が目標達成を強調することと、集団への愛

---

<sup>135</sup> 酒井シツ「華岡青洲と乳癌の手術」『CLINICIAN』457、1997年、4-7頁。近代医学の発展のなか、掻き消されそうになっていたのを、呉秀三によって研究され歴史書『華岡青洲先生及其外科』(1923年)が出版されてから知られるようになったという。そのおかげで米国シカゴの「国際外科学会の荣誉館(Hall of Fame)」に日本人として初めて展示され、日本の医学界として誇らしい外科医となった。近畿大学医学部図書館のホームページに記載されている(<http://www.med.kindai.ac.jp/libro/hanaoka%20100914.pdf> 2014年8月15日DL)。有吉佐和子によって小説家され(『華岡青洲の妻』新潮社、1967年)、一般にもさらに知られるようになった。



着(擬似家族モデル)とが深くかかわっている」ことから、日本的意味における達成倫理は、西欧におけるピューリタンの倫理とは決定的に違って、「達成しようという動機が、揺るぎない個人主義的な動機としてよりは、集団のそれとして発している」という<sup>136</sup>。日本では集団の勝利に重点が置かれる。そのために、個人の場合も、運動選手であれ、重役であれ、あるいは労働者であれ、自分の関心をもっと大きな単位の関心に従属させる<sup>137</sup>。手術が成功すればたとえ外科医(外科医一般)の個人的才能が偉大でも、その功績は所属部署の功績となる。スタンドプレーは許されないのである。人格者としての医師にしても、個人よりも集団を尊重する日本文化にしても、医師個人を英雄視するような文化はない。米国では、挑戦する個人の姿勢を美德とする理念「フロンティア精神」はナショナル・アイデンティティになっているが、日本で美德とされるものは集団への愛着であって、心臓移植を促進するような個人主義的なものではない。文化要素の機能的関連性の点からいうと、前節で述べたような医局構造は個人主義とは真逆の思想に基づいており、外来文化要素群のパッケージとしての心臓移植を構成する、アメリカ的な文化要素の受容の調整は困難といえる。前節で、医局構造の排他性は外科医たちの連携を困難にさせると述べたが、文化要素の受容という点においても、個人を英雄視することは医局構造を危険にさらすので受け入れ困難な思想であった。

日本的な「医師像」と人体実験する医師とのギャップを埋め合わせるような行動として説明できる現象が、和田にもいくつかあった。ひとつは「手術適応」を強調することである。「適応があった」ことを強調すれば、手術の必要性があつとして手術を正当化することができる(ただし、実験的手術であつたことを否定することはできない)。もう一つは「成果」を強調することである。手術によって患者の状態が改善することは、やはり手術を正当化することができる。ただしこれも、実験的であつたことを否定することはできない。第2章(米国の章)で記述したが、ピーチャーが言うように、「結果は手段を正当化できない」のである。和田はレシピエントの疾患が重かつたことを強調し過ぎて、藤本と衝突していた。心重量が 650g と発表したのが、真実相当には 490g であつた<sup>138</sup>。剖

<sup>136</sup> J・A・A・ストックウィン、前掲書、41頁。

<sup>137</sup> シーモア・M・リブセット、前掲書、389頁。

<sup>138</sup> 藤本輝夫(1971b年)、前掲論文。490gは(正常は350g前後)心肥大と評価でき、南アフリカの第1例も疾患は違うが470g(Thomson, J.G., *op. cit.*)であつたことを考えると、重く偽る必要はなかつたであろう。

検所見では拒絶反応と免疫抑制剤によるものと推察される感染症が認められたのだが、和田はこれを偽って公表したり、論文を掲載した藤本に「勝手に載せた」と抗議していた<sup>139</sup>。当初、移植心の重量を記録では1080gとしていた<sup>140</sup>のを、論文発表<sup>141</sup>では400g前後としており、拒絶反応がなかったと信じたかったのだろう。人体実験ではないことを強調しようとするれば、その手術が必要であったことと、治療効果を強調しなければならなかった。そうしようとしてとった行動が、偽りであったり、病理学所見への抗議であったり、結局、藤本の反発を先鋭化させ、和田自身を追い込ませることになったのである。日本の伝統的「医師像」という文化要素と、心臓移植を実験的段階で行うことを可能にさせる外来文化要素との機能的連関性の調整が失敗したのである。

筆者は、序論で専門分野における知識が妥当であるかどうかを判断する「妥当性境界」を形作るのに、「ジャーナル共同体」の意義について述べたが、ある科学的知識が専門分野における「正統性」を確保するためには、信頼ある専門誌に掲載許諾され、公刊される必要がある。藤本も和田もそれぞれの専門分野の学術雑誌に掲載することを通じて、自分の主張を正統化しようとしてきた。しかし、それは公共の空間での抗争になってしまった。

心臓移植の文化要素と機能的連関性をもつていもづる式に入ってきたもうひとつの文化要素は、患者の自己決定という思想である。当時の日本にはそのアイディアそのものがない。患者を危険にさらす実験的手術への挑戦が許されない時、同時に患者の自己決定というアイディアがないとき、実験的段階の手術はいかに許容されるのかがわからず心臓外科医たちは途方に暮れた。たとえば榊原は公的な場で、新しい外科技術を行うことの意義を述べていた<sup>142</sup>。心臓移植への手術手技の問題は超えることができたとしても、臓器、組織適合性、拒否反応の対策が必要であり、さらに、第二、第三の壁が控えているという。そのような認識のもと、榊原は、「やってみる価値がある」という。「臨床的に早くやろうという立場の人と、臨床を更に進める前にもっと基礎研究をしてからでないといけないという人があるが、そうした相違はあるものの、望みがま

<sup>139</sup> 藤本輝夫(1971b年)、前掲論文。

<sup>140</sup> 藤本輝夫「実録・心臓移植 宮崎君の死〈5〉：医療の原点に立って」『科学朝日』31(12)、1971e年、103-106頁。

<sup>141</sup> 和田寿郎、岩喬、小松作蔵ほか、(1970年)、前掲論文。

<sup>142</sup> 医事新報企画の座談会にて。

ったくないとは考えていない」<sup>143</sup>。

榊原と同様に医学界で影響力の大きかった東京大学外科の木本教授は患者の自己決定に似たアイデアを想定していた。

もし、(拒絶反応など)すべてが完全に解明されるまで待たなければならないとすれば、現在の治療や手術は、厳密に言えば大部分が成り立たないことになる。心臓外科の場合も、はじめのうちは不明な点が多く、成否の見込みが五分五分という手術があった。しかし、他に治療法がない場合には、このような手術を受けるかどうかを患者自身に選択してもらおう。つまり、患者がその人生観に基づいて自らの運命を決めるわけで、こうした選択ができるように医学を進歩させることが医学界の責務である<sup>144</sup>。

1968年という年は、前述のように東大医学部闘争が激化した年でもある。田中は、「日本では医局講座制の解体が追求されながら、“医者－患者関係を包んでいた政治的空間の組換え”にまで至らず」、患者の権利という発想に至らなかったと述べている<sup>145</sup>。前述した日本の伝統的な「医師像」と、患者の自己決定という思想は、相容れない文化要素である。患者を全人的にみる伝統的な医師像に機能的に連関しているのは、従来の日本のパターナリスティックな医師像だからである。患者を全人的にみることと、患者に関して全責任を負うこととは分かち難く連関しているが、患者の自己決定という思想に基づけば、患者に関する責任の一部を放棄することになるので、伝統的な医師像とは必然的に衝突することになるからである。伝統的な医師像のまま実験的な医療を正当化することは、伝統的な医師像のまま患者に対する責任を放棄することになり、医師に葛藤を起こさせることになる。患者の人体実験を正当化する論理は当時の日本の医療では生まれるはずがなかった。

実験的医療のすべてを排除してしまえば、革新的外科技術のすべてを不可能にさせる。もし日本の伝統的な医師像(文化要素)を変革することなしに心臓移植ができるようになることがあるとしたら、このような拙速なタイミングではなく、欧米で安定した治療成

<sup>143</sup> 榊原ほか(1969年)、前掲論文。

<sup>144</sup> 『北海道新聞』、1970年9月2日夕刊、「木本誠二：臓器移植と医の倫理」。

<sup>145</sup> 田中智彦、前掲論文、162-163頁。

績を得られるようになってから「輸入」する、従来通りの外科技術の受け入れ方法ということになるであろう。ただしそれでは、革新的外科技術を可能にさせる文化要素群がなんら変化することがないので、近い将来、同じような問題がまた発生することになる。

心臓移植の文化要素と機能的連関性をもつていもづる式に入ってきた文化要素「人体実験を許容する」文化要素、つまり「外科医を英雄視する」文化要素と「自己決定」の思想は、ボディー・ブローのように日本の医師たちにじわじわ効いてきた。そして激しい敵意をもよおした。和田と藤本の対立は前述したが、布施論文<sup>146</sup>（第1節の脚注39で言及）で完全に排除された藤本は、自分の主張が正しいことを論文や講演などを通じて訴えるようになり、さらに大学内の事情を暴露するようになる<sup>147</sup>。藤本は、最初は心臓移植反対論者の立場を明確にしていなかったが、和田との攻防が激化していくと心臓移植反対論を明確に主張するようになる。藤本は崇高な日本の医師像をひとり背負うかのようなのである。和田がメディアに露出することに対抗するかのように、学術誌だけではなく大衆紙に掲載した「医学の真のあり方を考えるとき、果たして、その健全な進歩を意味するのか、墮落であるのか・・・医学の進歩、医療の向上を支えるものは、技術のみではない。科学的な基礎を着実に身に着けた医師の倫理こそ、強くのぞまれるものと思う<sup>148</sup>」、「医学の進歩に名を借りて、患者に犠牲を強いることは医師には許されていないはず（『サンデー毎日』1970年8月16日号）<sup>149</sup>」、「心臓移植についての医学的評価は、外科医のみによってなされるべきではなく、患者中心であるはずの医療の本質から考えても、その他の専門家をまじえての、さらに広い角度からの検討に待たねばならないでしょう（『朝日新聞』北海道版1970年8月31日<sup>150</sup>。そして和田の不起訴決定後は「医療行為が真に、医療を受ける患者の立場に立ってなされたものとするれば、その医学的評価のためには、担当した医師は、真実の姿をさらけ出して、あらゆる疑問点に答えることを恐れ

<sup>146</sup> 布施裕輔、森道夫、室谷光三ほか「心臓移植の臨床(第三報): 剖検所見を中心に」『日本医事新報』2353、1969年、8-13頁、37-40頁。

<sup>147</sup> 札幌医大の学長がレシピエントの臨床病理検討会を教授会で提案したが、第1病理の小野江教授が反対してかなわなかったこと(藤本 1971a)、和田が脳波をとっていなかったことを麻酔科の高橋教授から聞いたこと(藤本 1971c)などを、『科学朝日』で暴露した。

<sup>148</sup> 藤本輝夫「心臓移植の問題点を指摘する: 微妙な生体のメカニズム」『科学朝日』29(8)、1969b年、88-92頁。

<sup>149</sup> 藤本輝夫(1971d年)、前掲論文。

<sup>150</sup> 同上。

ないでしょうし、またその義務がある」『週間サンケイ』1970年9月21日号<sup>151</sup>。和田を葬り去ろうとする藤本の熱意は、和田の不起訴後は心臓移植を葬り去る情熱に傾く。検察が不起訴を決定した後も、独自に和田を告発しようとした日弁連人権擁護委員会心臓移植調査特別委員会<sup>152</sup>へ協力するようになり、大阪市立大学へ移った後は、倫理学者のようになっていった。第4章で詳述するが、日本医学会総会で和田と衝突したのだが、それでも不満が残り、布施らに反論する論文を出す<sup>153</sup>。さらに日弁連人権擁護大会で助言者となる、というように心臓移植反対論者の先鋭となった。藤本は心臓移植反対論を学術雑誌への医学論文だけでなく、より大衆紙「科学朝日」にも同時期に似たような記事<sup>154</sup>を載せており、啓蒙活動をするかのように反対運動をしていた。藤本対和田の論争をムラの中のケンカと位置付けることはできない、藤本の言説だけは専門誌の範囲を超え、より公共的な空間に及んでいたからである。

和田らを糾弾した宮原・藤本は心臓移植にともなう文化要素群に抵抗したようにみえる。宮原はレシピエントの元主治医であったから、和田への批判は当然であるものの、結果的に新聞社を利用して和田を糾弾した。藤本もやはり新聞社を利用して和田を糾弾したが、それだけでなく彼は鑑定人に選ばれたわけでもないのに、自ら鑑定書を作成し検察に提出していた<sup>155</sup>。宮原と藤本の和田への敵対心はすさまじかった<sup>156</sup>。和田移植の問題点は数多かった<sup>157</sup>が、宮原と藤本の行動は正義感だけでは説明しきれないように思う。心臓移植の文化要素に激しい敵意をもよおして、外科医を攻撃したのである。

---

<sup>151</sup> 同上。たしかに藤本の主張は正しいが、そもそも病理医と臨床医の行動原則は根本的に違っていて、対立的関係に陥りやすいかもしれない。病理医はすべてが終わった後にじっくり検証することができるが、臨床医は目の前の患者に直ちに対処しなければならないために、拙速でも素早く考えて即座に行動せざるをえない。病理医からみれば外科医(外科医一般)は「なっちゃいない」かもしれないが、外科医(外科医一般)からみれば病理学者は「後からどうとでも言える」ようにみえるもので、病理医が臨床医を責めていたのでは、症例を病院全体で検討するという雰囲気は形成されまいだろう。藤本のように、生きている患者に義務を尽くしてもいないのに、患者が死亡した後、病理所見から臨床医を責めていては、臨床医からは疎まれるだろう。真面目さは重要だが、度を越すと現場を凍りつかせることになってしまう。

<sup>152</sup> 『朝日新聞』、1972年4月9日朝刊、「日弁連、和田教授を告発へ」。

<sup>153</sup> 藤本輝夫(1971e年)、前掲論文。

<sup>154</sup> 藤本輝夫「私の提言：心臓移植に寄せて(その1)～(その4)」『日本臨床』29(8)～(12)、1971年。

<sup>155</sup> 共同通信社社会部、前掲書、262頁。

<sup>156</sup> 第4章で詳述するが、彼らは東京大学出身者である。後年も絆は途絶えない。藤本が1971年大阪大学に移動した後も宮原と交流を継続し、1975年に結成された厚生省特定疾患若年性高血圧症調査研究班(宮原が班長)に、藤本は呼ばれている。

<sup>157</sup> 死の判定の虚偽疑惑、証

## 2 米国に対するアンビバレントな感情

心臓移植には高度な科学技術としての側面のほかに、もう一つの側面がある。それはアメリカ的であることである。米国の章で述べたように、心臓移植は、因習を捨てて前人未踏の領域に踏み込み(フロンティア精神)、かつ究極の合理主義(アメリカン・プラグマティズム)に基づいた、いかにもアメリカ的な外科技術である。日本人の価値観が米国に寄っていたために、「アメリカ産」の心臓移植を日本が受容するのに適合性があると述べたが、それと同時に「アメリカ産」であること自体が、日本で受容されることに負にも作用したのではないか。

平野は文化触変の環境を強制的な接触状況の環境と自発的な接触状況の環境とに分類している。強制的な文化触変の環境とは、受け手の文化が与え手の文化との接触を求めなかったのに作られてしまう環境であり、植民地の状況や被占領の状況がその代表である。他方、自発的な文化触変の環境とは、受け手の文化が与え手の文化との接触を積極的に求めた結果作られる環境で、受け手の側が意識的に進める文化交流などがそうした環境のなかで行われる<sup>158</sup>。

当時の日本の医学は、強制的な接触状況の環境と自発的な接触状況の双方が混在していた。日本の医学の歴史はめまぐるしい。漢方医学からドイツ医学、ドイツ医学からアメリカ医学という大きな転向は、医師たちの心に葛藤をもたらしてきたであろう。前述したように、医学の西洋化が国家の方針となったとき、漢方医たちは存続をかけて抵抗運動を行った<sup>159</sup>。第1節でも述べたが、和田を刑事告発した漢方医は、告発の理由として、「明治維新後、東洋医学から西洋医学に転向するのが早急すぎて、局部治療だけで病気がなおるという錯覚を生んでいる」と主張していた。ドイツ医学は政府から押し付けられた医学と言うことは可能だが、日本が自ら進んで受け入れた医学でもあった。

前節で大戦後の占領下の日本の公衆衛生対策、医学教育において従来のヨーロッパ式が米国式に改められたことを述べたが、明治維新のときの西洋化と戦後のアメリカ化と決定的に違うのは、後者は「敗戦による強制」である点である。アメリカ産の医療をすすんで取り入れてきた日本の医師たちだったが、その心中は矛盾に満ちていたかもしれない。そこに心臓移植というすぐれてアメリカ的文化要素群の、運搬者として和田が現

---

<sup>158</sup> 平野健一郎、前掲書、82頁。

<sup>159</sup> 小川鼎三、209-212頁。

れたのである。

留学生は受け手の側から他の文化に特定の文化要素を求めていく自発的・意図的な文化運搬者の代表である<sup>160</sup>。和田は米国に留学し、心臓外科という外科学の専門分野を日本に運搬した。ただし、運搬したのは外科技術だけではなく、いもづる式に関連するアメリカの文化要素群をも運搬したのである。札幌医大内部には文化触変が起こっていた。米国留学を経た和田は、「日本人のための新しい医術のミッションになろう」<sup>161</sup>と決めて帰国し、札幌医大で米国の医療スタイルを展開した。「アメリカで学んだ医療思想の普及に心がけ、病院内外での外科全体の旧習を破るいろいろな努力をおこなった」<sup>162</sup>。たとえば「呼び出しアナウンス」である。緊急事態では看護師が医師を探さなければならないが、当時は彼らが院内を駆け回っていた。その労力を減らすために、米国の病院のような呼び出しアナウンスを要望したというが、これは「売名行為」と揶揄されたという。もっと有名なエピソードはケーシースタイルの白衣<sup>163</sup>の普及である。当時はドイツ式の長い白衣にコツコツと音を立てる黒スリッパというスタイルが一般的であり、医者権威のシンボルでもあった。ところが、和田が半袖の上着に白ズボン白いゴム底靴(音が出ない)というケーシー姿をしていると、上司から「医者にコックのスタイルは」と難色を止められていたという<sup>164</sup>。

パワーズによると、1960年代当時、研究の技術や医学用語はほとんどアメリカ式になっているが、年輩の教授の研究室ではやはりドイツ語、ドイツの医学雑誌、ドイツ式の研究方法が優勢を保っていた<sup>165</sup>。和田が米国留学から帰国したときは、ドイツ医学を学んだ医師はまだ多く残っていた。しかも、このころ日本が米国に敗戦してまだ10年強しか経過していなかった。和田のアメリカ中心主義は彼らの反発をかうことになってしま

<sup>160</sup> 平野健一郎、前掲書、67頁。

<sup>161</sup> 和田寿郎(1992年)、前掲書、169-171頁。

<sup>162</sup> 和田寿郎(1968b年)、前掲書、156-162頁。1954年、和田は気負って米国留学から帰国したものの、母校の北海道大学は冷たかった。膨大な資料をかかえ、米国で身につけた胸部心臓外科部門の重要性を説いてまわったが、「アメリカ帰りを鼻にかけてなまいきなやつ」などと反発され、結局は札幌医大の外科助教授として迎えら

れる。その後、1958年に日本で初めて胸部外科学講座が創設されると、その教授となった。  
<sup>163</sup> 日本ではアメリカ医療ドラマ『ベン・ケーシー』が1962年から放送され大ヒットした。主人公ケーシー(脳外科医)の姿から、日本では半袖丸首白衣はこう呼ばれるようになった。今の日本では一般的である。

<sup>164</sup> 和田寿郎(2000年)、前掲書、223-227頁。

<sup>165</sup> ジョン・Z・パワーズ、前掲書、57頁。

うにもかかわらず、和田はアメリカ的であることが優秀な医師の証しであるかのようにふるまった<sup>166</sup>。

ただし当時は和田のような日本人は決して珍しくなかった。作家大江健三郎は外国人を真似る若者を観察して分析している(1960年執筆)。

・・・この日本にいながら実に多くの若い日本人が亡命をおこなっているとぼくには思われる。・・・外国映画の上映館を出てくる若者たちは、外国人のように歩き、外国人のような表情をする。・・・銀座には日本人であることをいかにたくみに脱出しているか、を競う風俗が横行することになる<sup>167</sup>。

大江はさらに、日本の青年が、日本の土のうえに生きることを誇りにしていないのではないかと危惧し、その理由として自分が国造りに参加している実感がないことを挙げている。

・・・日本の青年たちをとらえている感情は、日本がアメリカの支配下にあつて、日本を動かすものが日本人の意志でないという事実にもとづいている<sup>168</sup>。

戦後、国民的議論がなかった憲法とはいえ、日本は日本国民憲法前文で、「・・・われらは、平和を維持し、専制と隷従、圧迫と偏狭を地上から永遠に除去しようと努めている国際社会において、名誉ある地位を占めたいと思う」と日本の「国際化」への主体的意思を表明した<sup>169</sup>。にもかかわらず、サンフランシスコ平和条約(1951年9月8日)と日米

<sup>166</sup> 和田寿郎(2000年)、前掲書、226-230頁。和田は心臓移植の前にも日本初、あるいは世界初の手術を行ってきた。代表的なものが、「開心術を世界と競って発展させる」ために1959年に製作した「札幌医大型」人工心臓である。しかし人工心臓について、「ここはアメリカではない。心臓手術が必要な患者などそんなにおらんよ」と長老教授に嫌味を言われていた。1962年には「T. D. O. 熱交換円盤型人工心臓」を製作しているが、性能がよいためボストンの心臓外科医ハーケン(Dwight E. Harken)に送っている。「貧乏な敗戦国日本からアメリカに輸出された、高度先進医療機械のひとつではないかと思う」。

<sup>167</sup> 大江健三郎『厳粛な綱渡り』講談社、1991年、122頁。

<sup>168</sup> 同上、121-136頁。これは1960年に発表された文章であるが、小熊はこの大江健三郎のエッセイを引用し、日本人が日本人であることに誇りをもてない心境を示している(小熊英二「戦後民主主義」とナショナリズム: 初期の大江健三郎を事例として」山脇直司ほか編『ライブラリ 関連社会科学 7 ネーションの軌跡: 20世紀を考える(Ⅰ)』新世社、2001a年、29-50頁。)

<sup>169</sup> 菊井禮次「現代日本の「国際化」と日米安保体制の変容」山口正之、菊井禮次編『現代日



安全 (1951 9 8 ) (1952 2 ) 、米国に政治的・経済的に支配される。「日本を反共の防壁とする」(トルーマン・ドクトリンにのっとった、1948年1月のロイヤル声明)という目標にそって再建・再編されていったのである<sup>170</sup>。1960年には新日米安保条約・行政協定などが調印され、日本の「独立」が外見的には達成されるが、実質的には政治的・軍事的にばかりでなく、経済的にもいぜんとして米国への従属から脱却していなかった<sup>171</sup>。さらに唯一の被爆国でありながら日本は、米国の「原子力の平和利用 Atoms for Peace」政策の影響下で原発を導入する。1953年12月、アイゼンハワー大統領がこの演説をした後、4か月後の54年3月には原子炉製造予算2億3500万円が国会を通過した<sup>172</sup>。未曾有の破壊に遭いながら日本は、「原子力の平和利用」という欺瞞に聞こえる米国の政策を呑み込むしかなかった。

また、1965年7月、B52爆撃機30機が沖縄からサイゴン南東へ渡洋爆撃を実施した。台風避難を理由に沖縄に飛来していたからだ、日本国内に激しい抗議の声が上がった。左翼勢力に日米安保条約批判の材料を提供すると同時に、米国の戦争拡大政策によって日本が戦争に巻き込まれるのではないかと恐怖感も広がった<sup>173</sup>。このように米国は、安保闘争や反基地運動、反ベトナム戦争運動などで日本の国民統合を揺らす要因でもあった。

1960年代、反米感情が発生しやすいような日本の政治状況にもかかわらず、日本人の好きな国の1位は米国であった<sup>174</sup>。日本人は米国に頭を押さえつけられながら米国に憧れるという、アンビバレントな感情をもっていた。憧憬と反感<sup>175</sup>とどちらももっていた。

たとえば日本・ヨーロッパ(EC)関係の研究者ウィルキンソン(Endymion Wilkinson)から見ると以下である。

---

本社会の構造変化と国際化 講座 現代日本社会の構造変化①』有斐閣、1986年、96-97頁。

<sup>170</sup> 後藤靖「戦後日本の階級構成の変化」山口正之、菊井禮次編『現代日本社会の構造変化と国際化 講座 現代日本社会の構造変化①』有斐閣、1986年、8頁。

<sup>171</sup> 同上、12頁。

<sup>172</sup> 加納実紀代「『原子力の平和利用』と近代家族」『ジェンダー史学』11(0)、2015年、5-19頁。

<sup>173</sup> 菅英輝「ベトナム戦争と日米安保体制」『国際政治』115、1997年、75-93頁。

<sup>174</sup> 菊井禮次、前掲書、102頁。ただし1960年代後半は減少した(NHK放送世論調査所編『図説 戦後世論史』日本放送出版協会、1982年、176-185頁。)

<sup>175</sup> 小熊英二の表現。

非常に多くの日本人が、西洋への観念的な吸引と避けがたい日本主義的感情の間に立って引き裂かれてきた。より近代的になり西洋によって受け入れられたいという欲望が一方にあり、かと思うと他方には日本人としてのアイデンティティを保持したいという願望があった。・・西洋および西洋人に対する日本人の態度も、「アンビバレンツ」の色を濃く帯びることになった<sup>176</sup>。

日本において、米国に追いつきたいという感情と米国のようにになりたい(模倣)という感情は分かちがたいが、ある時我に返って「日本らしさ」を求めるようになる。第2節で述べたように、日本産テレビの広告で使用された「メイド・イン・ジャパン」は、日本人が、米国に追いつこうとし、かつ、日本人らしさを追求しようとしていたことの表れである。単なる模倣だけではナショナル・アイデンティティにはならない。

和田より年配の榊原は和田とは対照的な考えをもっていた。かつて日本の心臓外科が米国に先進していた時代があったことを誇っていた。というのも戦前、榊原の兄、亨が世界的にも先進的な心臓外科の研究を行っていたからである<sup>177</sup>。戦時中赴任していた上海から敗戦で帰国した榊原は、「国が敗れた現在、今こそ文化的に世界の諸国に伍して恥ずかしくないものにならなければならない」と感じたという。1949年東京女子医大(当時は医専)の教授に赴任したころ、同僚から米国帰国談を聞かされ、心臓の手術が臨床場で盛んに行われていることを知り、「やられた」と感じたという<sup>178</sup>。

米国に対する遅れをとりもどすのに全力をあげたが、私は単なる追従であってはならないと深く決意した。あくまで独自の立場で追いつき、追い抜きたいと願った<sup>179</sup>。

1960年代当時の外科学教科書には心臓外科の歴史として、外国人によって開発された

<sup>176</sup> エンディミオン・ウィルキンソン『誤解: ヨーロッパ vs. 日本』(徳岡孝夫訳)中央公論社、1980年、(原著は1980年)、141頁。

<sup>177</sup> 榊原亨は1939年、心臓鏡を製作し実用化した。この手術は映画で記録され、戦後アメリカで発表されると非常に驚嘆されたという(榊原(1987年)、前掲書、53-54頁。)

<sup>178</sup> 榊原(1987年)、前掲書、132-135頁。

<sup>179</sup> 同上、141頁。

手術だけでなく、日本人によって開発された手術も多く紹介されている<sup>180</sup>。「わが国では心臓外科の実験研究は榊原亨や小沢凱夫(よしお)<sup>181</sup>によって戦前可成り進歩していたのであるが、大戦の影響で中止されていた」<sup>182</sup>と先進的であったことを強調している。

こうした医師たちの心情を、非西欧の近代化について平野が述べた言葉を借りると以下のように表現できる。

*圧倒的な力をもつ相手に対抗するために、相手の文化をつぎつぎに取り入れ、なおかつ相手には呑み込まれないようにし、相手と同じ像にはならないようにする。その企ては根本的な矛盾に満ちた瀬戸際の試みであった<sup>183</sup>。*

特に戦後の日本人の、米国に対する感情は複雑である。ダワーはマッカーサー(Douglas MacArthur)のエピソードから日本人の米国に対する複雑な感情を分析している。占領が終わるとき、マッカーサーを惜しんでテレビ中継が行われた。帰国後、彼が上院合同委員会での聴聞会で、日本を12才の少年に例えると<sup>184</sup>、日本人は平手打ちされたように感じ、甘い考えでこの征服者にすり寄ってきたことに気づき<sup>185</sup>、突然、自らを恥じた<sup>186</sup>。

戦後の日本が経済的成長に猛進した理由についても分析している。

*日本は軍事的にワシントンからの指図に従属しているがゆえに、外交的にもいやおうなく従属してきた。そうである以上、戦後のナショナリズムを満たすべく日本の指導者たちに残された唯一の現実的な方法は、経済面にしか存在しなかった。日本人がひたすらに経済成長を追求した背景には、みずからの脆弱性へのぬきがたい自覚とともに、国としての誇り *national pride* を求めてやまな*

---

<sup>180</sup> 1924年瀬尾貞信による収縮性心膜炎の手術、1943年の榊原亨による心臓鏡を使用した僧帽弁閉鎖不全の手術などである。

<sup>181</sup> 大阪大学外科教授

<sup>182</sup> 若林修と榊原任編集『外科学 中巻』第2版、医学書院、1959年、559頁。

<sup>183</sup> 平野健一郎、前掲書、139頁。

<sup>184</sup> 「・・・近代文明の尺度で測れば、アメリカは45歳で、日本は12歳(like a boy of twelve)でしょう」と述べた。

<sup>185</sup> マッカーサーの伝記作者、袖井林二郎の言。

<sup>186</sup> ジョン・ダワー 『敗北を抱きしめて 下』(三浦陽一ほか訳)岩波書店、2001年、404-407頁。

い、敏感で傷ついた心情があった<sup>187</sup>。

科学技術を高めることにナショナル・アイデンティティを見出す日本にとって、憧れの対象である米国に並ぶことは象徴的な意味があった。心臓移植を行うことは米国に追いつけたという意味で誇らしいと前節で論述したが、それだけでなく、米国が重要視する外科技術を行うことで米国に承認されたという感覚をもつことができたのではないか。小熊は著書のなかで戦後日本のナショナリズムが複雑であったことを述べているが、その理由として、アメリカへの憧憬と反発があったことを論述している<sup>188</sup>。米国に敗戦し、かつ占領された過去をもつ日本人は、一方では米国を真似て、米国から承認されることに自国の存在意義を見出しながら、他方では大きい存在である米国に揺すぶられ反感をもち、しかしそれを表現できないでいた。

文芸評論家の加藤典洋は戦後を振り返って考察している。

日本はこれまで、敗戦以来アメリカに従属してきたことを認めたがらないできたのではないか。・・アメリカに依存している。アメリカなしにはやっていけないということが、いまやぼく達のタブーとなっている<sup>189</sup>。

影響力の大きい米国に対して憧れの感情を抱くだけなら日本人は苦悩しないであろうが、米国への反感は、抗いがたい対象であるだけに苦悩しかもたらさない。米国への反感を抱いていてもそれを直接的に表現できない時、表現方法は屈折したものになる。

1954年、映画『ゴジラ』<sup>190</sup>が製作された。Tatsumiは、ゴジラは米国によってもたらされた核による廃墟と同様に不吉な効果を表していたという。ゴジラによって日本人は、自分たちが外敵の被害者と同時に抵抗者になることでナショナル・アイデンティティを形成したという<sup>191</sup>。

---

<sup>187</sup> 同上、428頁。

<sup>188</sup> 小熊英二(2001a年)、前掲論文、47頁。

<sup>189</sup> 加藤典洋『アメリカの影』講談社、2009年、33-34頁。

<sup>190</sup> 本多猪四郎監督、東宝。

<sup>191</sup> Tatsumi, T. "Waiting for Godzilla: chaotic negotiations between post-Orientalism and hyper-Occidentalism" Fehrenbach, H. and Poiger, U. G. eds., *Transactions, Transgressions, Transformations: American culture in Western Europe and Japan*, New York: Berghahn Books, 2000, pp.228.

戦後の人気プロレスラー力道山について吉見は分析する「力道山はプロレスがテレビの前に集合した数百万の観衆に向けて演じられるナショナルな象徴劇であることを察していた」「反則技を繰り返す巨漢のアメリカ人に対する勇気ある小柄の日本人という構図を意識的にテレビ画面に演出していた」<sup>192</sup>。川村は力道山に向けられる日本人の複雑な心境について述べている。力道山に熱狂する日本人は、「敗戦ショックと外人コンプレックスで鬱積している日本人」を熱く演じたという<sup>193</sup>。日本は米国に追いつくことでナショナル・アイデンティティを形成し、かつ抵抗することでもナショナル・アイデンティティを形成してきた。

政治哲学者白井聡によると、日本は政治的・経済的・軍事的な「対米従属」を強いられてきたが、その責は日本国家・社会の側にあるという。「絶対的な平和主義を憲法上規定しながら、アジアでの戦争(朝鮮戦争およびベトナム戦争)を経済発展の好機として利用し、「非核三原則」を国是としながら米国による核の傘の存在を自明的な前提としてきた」。白井は日本の戦後を「永続敗戦」と呼び、日米関係こそが、日本の「永続敗戦」の構造の主たる柱を成しているという<sup>194</sup>。

文化触変が連続して「外圧」が相当強力であると感じられる場合、人々は在来土着の価値にひきこもり、土着文化の要素によって外圧に対応しようとする。ひとつの外来文化要素を弾き出しておいて、あらためて別の外来文化要素を選択・受容し直す余裕がないとき、急ぎ空白を埋める文化要素として、在来土着の文化要素が再発見され、提示されるという<sup>195</sup>。

従来の外科技術の輸入であれば、アメリカ文化の受容まで意識しなかったところを、心臓移植に限っては、米国に煽られるような状況のもと、特に一緒に入ってくるアメリカ的文化要素群が少なからずあり、その影響も強かったことから、文化受容のプラスチックが大きかった。心臓移植の文化要素と機能的連関性をもつていもづる式に入ってきた文化要素は、外科医を英雄視する文化要素と患者の自己決定という思想であった。外科医を英雄視する文化要素は人体実験を正当化するのに寄与するはずだが、日本の伝統的な人格者である医師像とぶつかった。他方、患者の自己決定という思想(文化要

<sup>192</sup> 吉見俊哉(2007年)、前掲書、173-176頁。

<sup>193</sup> 川村卓「演じられた「力道山」、演じられた「日本人」岡村正史編『力道山と日本人』青弓社、2002年、37-68頁。

<sup>194</sup> 白井聡『永続敗戦論: 戦後日本の核心』太田出版、2013年、122-185頁。

<sup>195</sup> 平野健一郎、95頁。

素)がない日本には、そもそも人体実験を正面から正当化することができなかった。外科医を英雄視する文化要素も、患者の自己決定という思想も、「個人主義」から発生しているが、日本社会は個人主義ではなかったのである。

米国から心臓移植という外科技術を文化要素とともに持ち込んだ和田が、アメリカ文化運搬者として心臓移植へ突き進んだのとは対照的に、宮原と藤本はアメリカ的な外科技術を弾き出して在来土着の文化要素を提示した。たとえば和田について内部告発を行った内科の宮原は、和田への批判を言うとき、こっそりアメリカ医学も批判している<sup>196</sup>。

・ ・ ・しかし世界の外科学なかんずく心臓外科医学の少なくとも一部に、アメリカ医学に象徴されるような技術の尊重が、いわば医師の本来の姿を見失わせしめる。

奥歯に物が挟まったような表現になっている。「技術の尊重」と言っているが、おそらく「技術の偏重」と言いたかったのであろう。「医師の本来の姿」とは、「仁術」<sup>197</sup>する医師のことであろう。文化運搬者の和田とともにアメリカ医学を批判したのである。

一方、藤本は米国の手術適応を用いて和田を攻撃した。手術適応は当然のように米国のもを受け入れていながら、アメリカ文化運搬者の外科医を憎むかのようなのである。和田、宮原、そして藤本の世代<sup>198</sup>は戦時にドイツ医学で教育をうけ、戦後医者になってからアメリカ医学にさらされた。日本の医師たちがすすんで、あるいはほぼ強制的にアメリカ医学を吸収しているときに、あからさまにアメリカ医学への反発を表現することは困難であったろう。言説にできない反発は、心臓移植というアメリカ産外科技術に向けられた。そして、アメリカ人の振りをするような態度を同胞に見て恥じたのではないか。藤本は和田の不起訴が決定した年の末に札幌医大を離れる。自由になった藤本は学生向けの講義「心臓移植の内蔵する諸問題: 技術偏重にのぞまれる医の倫理」を講演している<sup>199</sup>。宮原が「技術の尊重」としか表現できなかったものを、藤本は「技術の偏重」と表現できたのである。そして藤本は後年、宮原が亡くなったときに心臓移植を振り返ってこ

<sup>196</sup> 宮原光夫、前掲論文。

<sup>197</sup> 日本では「医は仁術なり」といわれるように、医者は自制的な人格者としてみられていた。献身的な医者 of 代名詞として「赤ひげ」がよく使用される。

<sup>198</sup> 三人はほぼ同学年である。

<sup>199</sup> 藤本輝夫(1971e年)、前掲論文。

う寄稿していた。

それは、われわれが、医学、医術、医道の、その帰一への願いを込めて対処した事柄であった。その際、宮原君の内科医(内科教授)としての真面目をまざまざと見せられる思いがした<sup>200</sup>。

宮原・藤本は外圧に抵抗しようとして心臓移植を弾き出し、伝統的な医術を掘り起こして置換しようとした。

### 3 空白：外科医たちの沈黙

戦後日本社会の自信をとりもどす必要性から、かつアメリカ産文化であることの適合性から、心臓移植の文化要素群はパッケージとしてフィルターをすり抜けて受容されたが、人体実験を許容できる文化要素、つまり日本にはない外科医を英雄視する文化要素と自己決定の思想が付随してきたことや、そして米国へのアンビバレントな感情から、心臓移植の文化要素群は抵抗を受けた。「いったん受け入れた外来の文化要素を、激しい葛藤を経て追い出してしまったあとには、以前よりももっと大きな空白が残る」<sup>201</sup>。

和田を批判したのは宮原・藤本だけではないが、医師たちによる内部告発は社会に大きな影響を与えた。刑事事件は個別の事件であり、かつ不起訴になったにもかかわらず、心臓移植そのものが排除されたかのように2例目は行われなくなる。日本で2例目が行われたのは、31年後である。

心臓移植を継続するために必要な「人体実験を許容できる」文化要素は欠如したままである。2例目を行うには、また告発されるという不安を抱えることになるので相当な勇気を必要とするうえ、革新的外科手術がどうしたら可能になるのかという問題に答えがないままでは心臓外科医たちは2例目に踏み出せなくなった。

日本初の心臓移植を行った外科医和田は、アメリカの文化運搬者として「人体実験する医師像」という日本の伝統的な医師像とは真逆の文化要素を外から持ち込んだために「村八分」にされていく。日本の医学界が和田を排除した直接的な言説は確認できない。

<sup>200</sup> 札幌医科大学内科学第二講座『故宮原光夫教授遺稿集』札幌医科大学内科学第二講座、1980年、11-12頁。

<sup>201</sup> 平野健一郎、87頁。

しかし、15年後の札幌医大胸部外科の記念式典でスピーチした毛利平<sup>202</sup>の言説にはそれを感じることができる<sup>203</sup>。

和田先生の心臓移植が日本人として行われた最初のマイルストーンであるというのにも拘わらず、寄ってたかって引き下げる様な事をしていたのでは、日本の医学(界)<sup>204</sup>はだめだと感じたのでございます。

また、東京女子医大の小柳は、1980年代心臓移植再開の光が見えたとき、「今度は暗闇の単独飛行にはならない<sup>205</sup>」と和田が孤立していたことをほのめかしている。

そして和田移植の後は心臓移植という言説さえも消えていく。心臓移植に関する議論が消えていったのである。1970年3月の日本臨床外科医学会におけるシンポジウム<sup>206</sup>、日本循環器学会総会での懇談会<sup>207</sup>などを最後に、心臓移植に関する言説は途絶える。たとえば学術雑誌『胸部外科』では、論文としては1983年<sup>208</sup>まで「心臓移植」に関する話題はない。特にこの1983年の論文では、冒頭で「わが国では第1例の心臓移植以後この問題は、長い間タブー視されてきた」とやっと重い口を開いたかのようなのである。また、『胸部外科学会雑誌』では、1973年に実験に関する論文<sup>209</sup>が掲載されたのを最後に論文は掲載されなくなり<sup>210</sup>、1983年、大阪大学の広瀬<sup>11</sup>の論文まで、ほぼ「心臓移植」に関するものはない。また、1965年に発足した日本移植学会の報告でも似たような状況を確認できる。心臓移植に関する研究は、1965年から毎年報告されていたが、1973年から忽

<sup>202</sup> このとき山口大学第一外科教授

<sup>203</sup> 札幌医科大学胸部外科、前掲書、27頁。

<sup>204</sup> かつこ内は筆者追記。

<sup>205</sup> 後藤正治『空白の軌跡：心臓移植に賭けた男たち』潮出版社、1985年、117頁。

<sup>206</sup> 林田健男ほか「シンポジウム 臓器移植の臨床」『日本臨床外科学会雑誌』31(2)、1970年、229-235頁。

<sup>207</sup> 榊原仟、藤本輝夫、和田寿郎、曲直部寿夫、八木茂久ほか「心臓移植の問題点(懇談会)」*Japanese Circulation Journal*, 35, 1971, pp.227-243.

<sup>208</sup> 榊原尚豪ほか「心移植、心肺移植：そのニーズと患者の選択に関する臨床的調査」『胸部外科』36(12)、1983年、943-946頁。

<sup>209</sup> 小柳仁ほか「同所性心臓移植の実験的研究：調律異常からみた右房手技の検討」『日本胸部外科学会雑誌』21(8)、1973年、794-804頁。

<sup>210</sup> 例外として、スタンフォード大学シャムウェイ教授の心臓移植についての講演(1974年)と、大阪大学の曲直部寿夫教授の特別講演(1978年)が掲載されていた。

<sup>211</sup> 広瀬一「同所性移植心における冠循環動態の実験的研究」『日本胸部外科学会雑誌』31(2)1983年、181-190頁。



然と消えていた。たとえば和田移植が行われた68年にはシンポジウム「心保存」、個別の報告は5個であった。69年には、「心移植」というセッションで12個の報告がなされ、盛況ぶりがうかがえるが、70年<sup>212</sup>にはセッション「心移植」で8個の報告がされたが、71年にはセッション「心移植」は消えていた。さらに73年には、セッションはもちろんだが、個別報告も心保存に関するテーマ一つだけになっていた。この間、他の臓器移植の報告は継続している。脳死体を必要とする肝、肺の研究報告は途絶えなかった。心臓移植だけが途絶えたのである。

およそ10年間、「心臓移植」は心臓外科医の言説から消えていた。米国でも、70年代に心臓移植の実践が中断(モラトリアム)していたことは確認されており、免疫抑制剤シクロスポリンの到来とともに再びおこなわれるようになったといわれている<sup>213</sup>。ただし、米国での中断は日本のそれとは質的に違う。外科医たちの、学会に報告するよりもメディアに先行して報告しようとする行動が批判されたこと、生存日数が依然として短い状況が続かなか、外科医たち自身からもっと冷静になろう、自粛しようという動きがみられたのである<sup>214</sup>。もっと大きな違いは、シャムウェイなど米国の一部の外科医は心臓移植を続けていたのに対し、日本では実験すら中断したことである。この頃を振り返って東京女子医大の小柳は言う。

我が国では貴重な第1例についての医学的データをもとにした討論も昭和45以降ほとんど途絶え、本症例に対する判断を檢察にゆだねることになった。この第1例は心臓外科医が直面すべき事柄であったと考える。新しい医療が登場したときに、問題点も含めて当該医療をいかに進めるべきかを検討する学会機能をもつべきであったという反省が当然生じてくる。具体的にはシンポジウム、特別委員会の設置などを通じて問題の検討を継続すべきであった考え方もあろう<sup>215</sup>。

---

<sup>212</sup> 心臓移植から人工心臓へ関心が推移するかのよう、シンポジウム「心臓移植と人工心」がもたれた。

<sup>213</sup> レネイ・フォックス、ジュディス・スウェイジー『臓器交換社会: アメリカの現実・日本の近未来』(森下直貴ほか訳)青木書店、1999年、59頁。

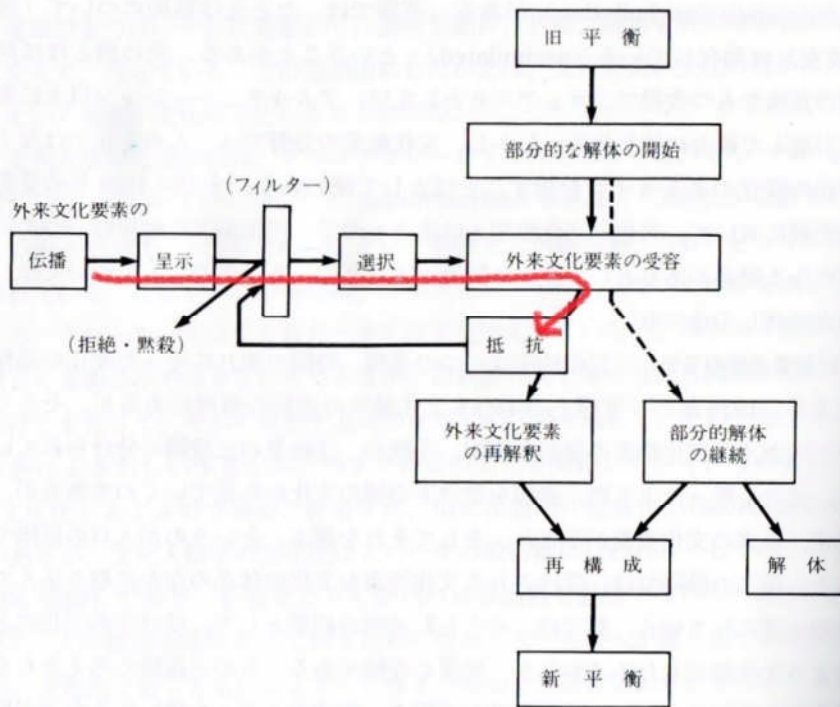
<sup>214</sup> Fox, R. C. and Swazey, J. P., *op. cit.*, pp.108-134.

<sup>215</sup> 小柳仁、榊原尚豪ほか「心臓移植の歴史と現況」東京女子医科大学雑誌, 60(1)、1990年、1-11頁。

心臓外科医たちは「心臓移植」という言葉を発しなくなっていったのである。平野の「文化触変の過程」に沿えば、心臓移植を構成する文化要素がアメリカから和田という文化運搬者によって持ち込まれたが、いったんは受容されながら文化的抵抗にあい、排斥された。心臓外科医たちはこの時期を振り返って「心臓移植がタブー視された」とか、「和田心臓移植の後遺症として心臓移植そのものを胡散臭い医療、適正でない医療のごとくみる風潮が生まれてしまった」<sup>216</sup>という。刑事告発という衝撃的な展開はもちろん、外来文化要素の受容に失敗したときの後遺症は重かったのである。医師たちは連携できなかったどころか、心臓移植という言葉が消してしまった。心臓移植が人体実験であったことを、日本社会だけでなく外科医たち自身も認めることができず、崇高な日本の医師像とのギャップを埋めることができず、埋められないフラストレーションは和田に負わせられた。これを平野の図で示すと、「外来文化要素の再解釈」はされることなく、そのあとの「再構成」、「新平衡」もないまま10年以上が経過したことになる(図 16)。

---

<sup>216</sup> 川島康生(2009年)、32頁。



出典：平野健一郎「文化変容」松崎巖監修『国際教育事典』アルク、1991年、625ページ。

図 16 文化触変の過程 平野健一郎『国際文化論』から引用<sup>217</sup> 心臓移植の外来文化要素がいったんは受容されながら抵抗をうけたプロセスを矢印で追記した。

必要性のある要素については、その空白をそのままにしておいては、文化の部分的解体<sup>218</sup>がさらに進んでしまうから、早急に埋めなければならないが、もはや元の文化要素で埋めることはできない。もう一度、新しい文化要素の伝播・呈示を受けて、選択と受容をやり直さなければならない<sup>219</sup>。心臓移植を継続するためには、人体実験を許容する文化要素を別の形で受容するか、心臓移植が人体実験ではなくなる、つまり治療成績が安定するようになったときに再開するかの、どちらかということになる。実際に日本に「インフォームド・コンセント」という概念は 1990 年ころ米国から輸入され受容され、

<sup>217</sup> 平野健一郎、前掲書、58 頁。

<sup>218</sup> 外科手術の場合は、心臓移植にかぎらず革新的外科手術全般ができなくなるということにあたるだろう。

<sup>219</sup> 平野健一郎、前掲書、87 頁。

革新的外科手術は患者の同意があれば可能になった。「人体実験を許容する」文化要素は新しい外来の文化要素で埋められたのである。加えて免疫抑制剤の開発と米国での治療経験の積み上げと研究により、1980年代には心臓移植の治療成績は安定するようになった。つまり、もう人体実験ではなくなったのである。この頃から日本人レシピエントが欧米に渡航して移植を受けるようになる<sup>220</sup>。つまり、日本国内の臓器移植の必要性は、渡航移植で満たされていったのである。

日本初の心臓移植を行った外科医は、伝統的な日本の医師像のまま革新的外科手術を行ったので、それが人体実験であったことを言えず、どうしたら人体実験が可能になるのかという問題に向き合うことができず、手術適応と成果を強調することに専心した。やはり伝統的な医師像のままの病理学者らは、アメリカ化された外科医に対し、手術適応がなかったことを敵対的に主張し、外科医の手術を倫理性から非難した。そしてやはり人体実験はどうしたら可能になるのかという問題に向き合うことがなかった。

筆者は序論で、学界内での正統性獲得過程とは医学界内の政治過程でもあると述べたが、ナショナリズム、文化要素、学閥意識が作用する政治過程によって、心臓移植が正統化されなかったといえる。しかも言説が消えてしまったのでジャーナル共同体の機能は停止してしまい、正統化することは一層、困難になった。

ではどのような状況になれば心臓移植を再開できるのか。新しい文化要素で埋められて心臓移植に関する文化要素群が「再構成」されてから心臓移植を再開できるのか、あるいは心臓移植が実験的手術ではなくなってから心臓移植を再開できるのか。これに答えるためには別に議論が必要であろう。ただし、輸入型がなじんでいた日本の外科医たちにとって、実験ではなくなった心臓移植を再輸入する方が、心臓移植を再開し易かったであろうことが推測できる。

---

<sup>220</sup> しかし、日本では脳死論議に時間を要した。

## 第5節 本章のまとめ

世界で注目された心臓移植は日本社会でも注目された。世界で30例目に行われた日本の心臓移植は、当初は称賛されたものの、外科医和田は刑事告発される。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のである。

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。連携しなかった構造的要因の一つは、排他的な医局講座制であり、もう一つは、日本の医師たちの心臓移植の文化要素群への抵抗である。心臓移植は医療としての必要性だけでなく、米国に追いつくことが日本の誇りになるという意味で、戦後の日本社会がナショナル・アイデンティティを維持拡大するのに必要であったこと、アメリカ産文化としての適合性があったことから、心臓移植の文化要素はフィルターをすり抜けて受容された。しかし、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)、そして米国へのアンビバレントな感情から心臓移植の文化要素群は抵抗を受けた。いったん受け入れた外来文化要素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葉を消してしまった。

## 第4章 心臓移植と周辺—ミシシッピと北海道—

ここまで、心臓移植がナショナル・プライドを高める外科技術とみなされ、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、南アフリカや米国では継続されたと論述してきた。日本で心臓移植はナショナル・プライドを高める外科技術でありながら、文化的抵抗と医学界の構造的理由から医師たちの連携が困難であったために継続されなかったと論述した。本章では、後者の医学界の秩序に関連して、心臓移植がナショナル・プライドを高める外科技術とみなされたがゆえに起こった現象を、特に国内の中央と地方の関係において分析する。たとえば、国内ではなく国際的レベルで観察すると、南アフリカは世界中の称賛を得られたが、称賛だけではなく他国から嫉妬も向けられていた。そのひとつはイギリスである。イギリスは世界で10例目に心臓移植を行っている<sup>1</sup>。第1章でも述べたが、このことをイギリスの医学ジャーナルには、悔しがり、南アフリカを嫉妬している意見がみられる。メディアの騒ぎすぎを指摘し、「すでに有名な病院での有名な外科医に宣伝は必要なく、南アフリカなら技術を称える必要があったかもしれないが、イギリスの外科技術にそのようなことは不要である」<sup>2</sup>。南アフリカはかつて英連邦に属していてイギリスとは親子のような関係であったためか、南アフリカがイギリスを越したとき、かつての親であったイギリスから嫉妬による負け惜しみが出たようである。こうした感情は、偉業であれば起こりうることであり、実行者と嫉妬する側の関係如何では、嫉妬だけではなく抑圧するということもありえるだろう。この関係が国内での中央と地方の関係であったらどのような心情になるのか、米国と日本において考察する。

米国は独立戦争、南北戦争を経ており、人種統合は依然なされていないが、一定程度は統合されている。ただし南北戦争の記憶は当時も残存しており、南北の経済格差は明確であったことから、中央と地方が統合されているとはいえない。日本は明治維新、さ

---

<sup>1</sup> ロンドンの国立心臓病院(National Heart Hospital)で、ロングモア(Donald Longmore)らによって行われた。

<sup>2</sup> Donaldson, M., Dawkins, M. 1968, "Heart Transplant Publicity" *British medical journal*, 2(5602) p.433.

らに第二次世界大戦後の米国占領を経て統合されている。ただし北海道の歴史は浅く、社会の構成は日本の他の地域とは異なっていて独特である。やはりこの意味で中央と地方が統合されているとはいえない。中央と地方が統合されていない国において、その国にとって周辺とみなされていた地方が、ナショナル・プライドを高めるほどの偉業を行った場合、周辺で行った当事者はその国でどう扱われるのだろうか。いつも称賛されるとは限らないのではないか。

これまで述べてきたように、世界で初めて心臓移植を行ったのは、移  
、正確には南アフリカではなくて米国のミシシッピ<sup>3</sup>である。なぜか米国社会、そして国際社会はこの手術を世界初と捉えなかったのである。また、前章で述べたように日本で初めて行われた心臓移植は、当初だけは称賛されたものの、なにかと批判され、封印されていく。この例には問題があったが、それにしてもこの手術のイメージはあまりにも悪い。ひとつの外科技術が、人びとにこれほどまで悪い心証を与えるものは他にはないであろう。ナショナル・プライドを高めたとみなされ称賛されるためには、なにか条件があるのではないだろうか。その条件がないとき、たとえ偉業であっても偉業とはみなされないのではないか。つまり、ナショナル・プライドを高めるようなことが周辺で行われた場合、周辺にはかえって厳しい目が向けられることがあるのではないだろうか。

日本初の心臓移植が、東京大学ではなくて北海道立の札幌医科大学で行われたことを重要視したい。中央集権制の強い日本で、ナショナル・プライドを高めるような手術をだれが最初にやるのかを想像すれば、東京大学のような中央が想像しやすいであろう。こうした暗黙の期待のなか、その重要な手術が北海道で最初に行われたとしたら、しかも、新設医大でかつ道立の札幌医大で行われたとしたら、彼らの学閥秩序はどうなるのだろうか<sup>3</sup>。

本章では世界初の心臓移植を行っていながら、称賛とは真逆の結果となったミシシッピの例と北海道の例について比較しながら考察する。後で詳しく述べるように、ミシシッピと北海道(札幌)のふたつの事例には、意外にも共通点が多い。まず、二人の外科医、

---

<sup>3</sup> 南アフリカでも、他の地域で行われた心臓移植は批判されている(*Cape Times*, “Bitter Criticism: Swop man dies” 1969.10.16.)。ケープタウンのグーテスキュール病院だけが、南アフリカで心臓移植を行ってよい正統な場所であるという意識がみられる。

ミシシッピのハーディ(James Hardy)<sup>4</sup>と札幌医大の和田寿郎<sup>5</sup>の境遇には多くの点で一致がみられる。自治権をもつアメリカの州と、自治権をもたない日本の「道」との違いはあるものの、ふたりともその地域の公的な医学校に勤務していた。ハーディはミシシッピ州立大学の医学部(the University of Mississippi Medical Center)、和田は北海道立の札幌医大である。当時の日本では公立の医学校の多くが国立大学であったが、札幌医大は当時の日本では珍しい、国立ではない「公立(道立)」の医学校であった。しかも両者とも赴任して10年目くらいの時期であり、当該地域に強くコミットしていたことが想像できる。さらにその地域の状況の共通点を挙げるとしたら、どちらも中央と対立していたことである。ミシシッピは当時、公民権運動に抵抗する南部の、先鋭的な地域であった。米国民からの軽蔑のまなざしにさらされていたミシシッピの人々は、自信を取り戻せるなにかを必要としていたであろう。一方、ミシシッピのような暴力を伴う直接対決はないものの、北海道も中央に抵抗していた。1960年代の北海道は、石炭政策や農業政策などの国家の政策に翻弄されていたが、革新道政のもと中央に抵抗していたのである。さらに、歴史が浅いことや北端に存在することから、辺境、文化の遅れのような蔑むまなざしを中央から受け、北海道も自信をもてるなにかを必要としていたであろう。

さらに、「100周年」が共通していた。ミシシッピ社会は、南北戦争後100周年の頃で、南部の歴史を振り返り南部人の誇りを持つようとしていた時期であった。他方、北海道社会は、開拓100周年の頃で、北海道の歴史を振り返り、北海道人としての誇りを持つようとする時期であった。

本章では、両例の背景と相違を示しながら、前3章とは別のレベル、地方と中央の関係から心臓移植の意義を分析する。心臓移植がナショナル・プライドを高める道具となり、ナショナル・アイデンティティの維持拡大に役立つならば、心臓移植は社会に受け入れられるであろう。そのとき国家的偉業を成し遂げた人物は、ナショナル・ヒーローとなるが、周辺とされる地域で行われてもその人物はナショナル・ヒーローとみなされるのだろうか。そのためにはなんらかの条件を必要とするのではないか。つまり、周辺はナショナル・プライドを高めるようなことを実行することで中央からの称賛を得ようとするが、周辺であるがゆえに、いかに誇れることであっても素直には称賛されず、実

---

<sup>4</sup> 1918年、アラバマ州バーミンガム生まれ、ペンシルバニア大学卒業、1955年からミシシッピ大学外科。

<sup>5</sup> 1922年、札幌生まれ、北海道大学卒業、1958年から札幌医大胸部外科。



行者はナショナル・ヒーローにはなれないことがあるのではないか。心臓移植がナショナル・プライドを高める道具としてみられたからこそ、その地域にとってもローカル・プライドを高める道具としてみなされていたのが、中央と地方が分裂している国においてその偉業が地方(周辺)で行われると、ナショナル・プライドを高める道具としてはみなされずに無視されたり非難されたりして心臓移植が排除されることがあるのではないか。

## 第1節 道具としての心臓移植

以下ではミシシッピと北海道を交互に記述することで、似た状況で心臓移植が排除されていくようすを論述する。

### 第1項 ミシシッピ

#### 1 「世界初」

1960年代のミシシッピは、公民権運動への抵抗が強まり、米国社会を揺らす震源地のひとつになっていた。そのような状況にもかかわらず、創立10年になるミシシッピ州立大学では、ハーディたちによって移植外科の研究が頂点に達していた。ちなみに当時のミシシッピ州の死因統計(1970年)では心臓疾患が最も多く10万に対して345.3人、次いで悪性腫瘍149.4人、脳血管疾患134.8人であった<sup>6</sup>。

ミシシッピの心臓移植の例については米国の章で述べたので、ここでは簡潔に触れる。1964年1月23日、重症心疾患の白人男性(68才)に外科医ハーディ(James D. Hardy)はチンパンジーの心臓を移植した。移植心はわずか1時間で拍動を停止し、患者は死亡した<sup>7</sup>。翌日、ドナーがチンパンジーであったことが報道されると手ひどく批判される。腎移植では別の州でチンパンジーがすでに使用され、これについての批判の声は目立たなかったのに、臓器が心臓だったからか、場所がミシシッピだったからか、ミシシッピ例への批判は厳しかった。

ハーディは心臓移植の2週間後、ニューヨークでの第6回臓器移植学会に参加した。講演前に座長コルフ(Willem Kolff)に言われる。「ミシシッピではニグロを飼っていると思っ

<sup>6</sup> Gunter, N., Mississippi Regional Medical Program *Mississippi health resources profile*, Jackson, Miss.: The Program, 1972.

<sup>7</sup> Hardy, J. (1986), *op. cit.*, pp.271-278.

ていたが、チンパンジーも飼ってたんだね<sup>8</sup>」。コルフは第二次大戦中ナチスに占領されていたオランダで人工腎臓を開発した医学者である<sup>9</sup>。ナチスの被害者がナチスとミシシッピを重ねて見ているかのようであった。講演を終えてハーディはひとつの拍手も聴衆から得られなかった。彼にとって、人生でもっとも落ち込んだ日になった<sup>10</sup>。

このあとハーディは心臓移植を封印する。この3年後に南アフリカで世界初の心臓移植が行われたが、このときの世界からの大きな関心を鑑みれば、ミシシッピの例は注目されてしかるべきだったかもしれない。なぜミシシッピ例が批判され、世界初の心臓移植として認識されなかったのか。それは、ドナーが人でなかったとか、あるいは手術が失敗だったからという理由だけでなく、行われた場所がミシシッピだったからという理由もあったのではないだろうか。

ハーディたちは心臓移植を行う前年の1963年6月12日、世界で初めての肺移植を行っている<sup>11</sup>。広範囲の心筋梗塞の患者の左肺を56才の肺がん患者に移植したのである<sup>12</sup>。この時も米国内の反応は冷たかった。手術を終了して手術室を出ると報道記者たちが集まっている。外科医たちは手術の報道かと思ったら、そうではなく、記者たちのお目当ては別の患者だった。公民権運動の活動家が撃たれて運ばれて来たのだった<sup>13</sup>。そのため、全米の記事には活動家が撃たれたことがクローズアップされ、世界初の肺移植は話題にされなかったのである。ミシシッピの輝かしい外科技術を米国社会に誇る日になるはずであったが、全米が注目したのは、ミシシッピの不名誉さであった。『ローレル・リーダー・コール』(*Laurel Leader Call*)の編集者は、肺移植の報道がミシシッピ以外にトップ記事として伝えられなかったことに悔しさを表明している<sup>14</sup>。この悔しさは世界初の心臓移植に向けられていったのであろう。

## 2 ミシシッピ社会について

---

<sup>8</sup> “In Mississippi, they keep the chimpanzees in one cage and the Negroes in another cage, don't they, Dr. Hardy?”

<sup>9</sup> Hardy, J. (1986), *op. cit.*, p.278. さらに20年後には米国ユタ大学で人工心臓を開発した。

<sup>10</sup> *Ibidem.*

<sup>11</sup> *Laurel Leader Call*, 1963.6.13, “Lung transplanting made at Ole Miss Medical Center”.

<sup>12</sup> Hardy (1986), *op. cit.*, PP.264-265.

<sup>13</sup> *Laurel Leader Call*, 1963.6.13, “Death shot in Jackson echoes across nation”.

<sup>14</sup> Hays, R. “Medical Center Transplants Lung”, *Laurel Leader Call*, 1963.7.9. のちにニューヨークタイムスは、この手術の経過だけを伝えていた *The New York Times* 1963.6.20, “Patient doing well in lung transplant”.

当時の米国においてミシシッピとはどのような地域だったのか。ミシシッピの歴史の重要な要素として、南北格差と黒人差別の二つをあげることができる<sup>15</sup>。南部は南北戦争に敗れたことによって、戦後は経済的、政治的、社会的、文化的に遅れた後進地域となった。南北戦争の結果、南部がより南部色を強め、戦争によって統一され発展していったアメリカの中でも、きわめて特殊な地域を形成していった。南部はふたたび連邦の一部となったが、経済的にも社会的にも、また政治的にも、北部に従属する地域になった<sup>16</sup>。

ミシシッピは、南北戦争前は全米第5位の豊かな州であったが、戦後しばらくしてからの個人所得は北部諸州の平均の26%にまで減少した。全米最下位の地位は南北戦争以来、続いた<sup>17</sup>。たとえば1965年の個人所得は、全米平均を100%とすると57%しかなく、最下位であった<sup>18</sup>。あるいは1970年の平均世帯所得(median family income)は6071ドル、貧困世帯率は28.9%であった<sup>19</sup>。経済的南北格差が縮小した近年になってもミシシッピは貧しく、1985年であっても平均個人所得は9187ドルで、やはり全米最低である<sup>20</sup>。

ミシシッピは黒人の州でもある。全州人口の約40%が黒人<sup>21</sup>、特にミシシッピ・デルタに約20%が集中している<sup>22</sup>。南北戦争は「奴隷解放」が大義のひとつだったが、「1877年の妥協」<sup>23</sup>によって連邦占領軍が南部から撤退したため、結局、黒人の問題を南部白人の

---

<sup>15</sup> 井出義光『南部: もう一つのアメリカ』東京大学出版会、1978年、117頁。ただし南北戦争に関しては、勝 ( 、82-83頁。 )。

<sup>16</sup> バーダマンによると、北部のヤンキーにとっては、自分たちは「まとも」「寛容」「正直」「生産的」「勤勉」で、普通のアメリカ人なら当然誰でもが共有しているはずのものとして南部人を見下すが、南部人から見れば、「凡庸」「八方美人」「単純」「こすっからい」「ケチ」なのである(ジェームス・M・バーダマン(Vardaman) 『ふたつのアメリカ史: 南部人から見た真実のアメリカ』東京書籍、2003年、220-221頁。 )。

<sup>17</sup> 井出義光(1992年)、前掲書、151頁。

<sup>18</sup> United States. Department of Health, Education, and Welfare *State data and state rankings in health, education, and welfare: part 2 of health, education, and welfare trends, 1965 ed.*, Washington, D.C.: United States Govt. Print. Off., 1966, p. S-46.

<sup>19</sup> Gunter, *op. cit.*

<sup>20</sup> 井出義光(1992年)、前掲書、151頁。

<sup>21</sup> 1970年の統計では37%(221万16912人のうち、非白人は82万3629人)(Gunter *op. cit.*, ページ数記載なし)。

<sup>22</sup> 井出義光(1992年)、前掲書、151頁。

<sup>23</sup> 1876年の大統領選挙で、共和党候補ラザフォード・ヘイズと民主党候補サミュエル・ティルデンが闘った時、民主党優勢の南部がヘイズの当選を認めるかわりにヘイズは閣僚に南部人を入れ、南部の交通機関の整備を援助し、さらに南部より占領軍隊を撤退させる(井出 1978, 101-2)。

手に返すことになった<sup>24</sup>。南部諸州には再建時代以降、黒人と白人を分離するジム・クロウ法が制定された。1890年に白人による民主党一党支配が確立されると、投票税や居住地、識字能力による制限など巧妙な方法(ミシシッピ計画)によって、黒人を政治の世界から徹底的に締め出した。社会的にも、あらゆる公的施設や交通、墓場などにも差別が徹底し、黒人と白人が握手することはもちろん、ミスターやミセスなどの尊称を黒人につけることさえ禁止されたのであった<sup>25</sup>。こうした制度は南部の解釈による「州権」に基づいた地方規則や法令から成り立っている。しかしこの「州権」のために連邦政府と南部は対立することになった<sup>26</sup>。

こうした歴史は米国に矛盾を抱えさせることになった。アメリカは戦争においては反人種差別主義の主張に同調しているながら、国内においては人種差別を行っているという矛盾である。それは、戦後アメリカが国際的に高い地位に上り評判を気にするようになると、よりいっそう切実なものとなっていった<sup>27</sup>。戦後の「冷戦」状態のなかで自由世界の盟主と自らを任じていたアメリカ人にとって、人種差別を続け、公民権運動に対して激しく抵抗する南部はあってはならない存在であり、まさにアメリカの恥であった<sup>28</sup>。

一方中央の権限は、戦争、ニューディール政策などを通して増大していき、連邦政府の比較的強い経済と社会政策への干渉は定着していった。ニューディール期以降の最高裁判所は、増大する連邦の干渉をほとんど支持していく。というのも、ワシントンにはその意志を押し通すための軍事力が保持されていたのである<sup>29</sup>。より革新的になった最高裁は、ニューディール以降の中央政府権力の拡大に勇気づけられて、州権の最後の砦に対する連邦の介入を是認した<sup>30</sup>。1954年連邦最高裁判所が公立学校における皮膚の色による差別を禁ずる判決(ブラウン判決<sup>31</sup>)をおこなったのである。これに力づけられて南部各地で公民権運動が始まると、これに対する南部人保守派の暴力をともなった激しい抵

<sup>24</sup> 井出義光(1978年)、前掲書、101-102頁。井出によると、ブラウン判決の1954年まで約80年間、連邦政府は黒人問題を放置していたという。

<sup>25</sup> 井出義光(1992年)、前掲書、152頁。1883年から1959年までで、白人のリンチの犠牲になった黒人は全米最高の538人に達していた。

<sup>26</sup> ジェームス・M・バーダマン(Vardaman)、前掲書、190頁。

<sup>27</sup> アンソニー・W・マークス、前掲書、218頁。

<sup>28</sup> 井出義光(1992年)、前掲書、36頁。

<sup>29</sup> アンソニー・W・マークス、前掲書、228頁。

<sup>30</sup> 同上、219頁。

<sup>31</sup> ジェームス・M・バーダマン、前掲書、160頁。カンザス州トピーカの黒人ブラウンが、娘を近くの学校(白人学校)に通わせる権利を求めて、地方の教育委員会を訴えた。

抗運動が起こり、これがマス・メディアによってアメリカのみならず全世界にも紹介された<sup>32</sup>。アメリカの「民主主義」や「平等主義」の裏側の実態が、全世界の視聴者の目にさらされたのである<sup>33</sup>。

マークスによれば、ブラウン判決こそ、連邦政府の干渉を支える司法部の新たな推進力にとっての要石であった。しかし、南部の抵抗はやわらぐどころか激化する。黒人の抗議は連邦政府に法的な人種支配を終わらせることによるのみ和らげることができるが、これらは南部の地域的忠誠心と中央に対する抵抗が消えたことを意味するものではなく、むしろ、地域的な敵対心にふたたび火をつけたのである<sup>34</sup>。NAACP (National Association for the Advancement of Colored People) <sup>35</sup>が公民権運動の活動を組織すると、白人たちは対抗してシティズンズ・カウンスル(白人市民会議)<sup>36</sup>を組織した<sup>37</sup>。シティズンズ・カウンスルは非暴力主義を装っていたが、人種統合に賛成する黒人を恐喝したり、経済制裁を加えたり、それでも不足なときは暴力に訴えた。特にミシシッピ州はステイト・ソヴェリンティ・コミッション(State Sovereignty Commission)を設置し、NAACPや公民権運動団体の活動を監視した。

シティズンズ・カウンスルもステイト・ソヴェリンティ・コミッションも、著名な南部政治家や民間指導者が名を連ねることで社会的に高く認知されていたが、社会に疑心暗鬼の雰囲気を作り出した。KKK (Ku Klux Klan)からシティズンズ・カウンスルまで、白人優位主義者たちは、人種統合に賛成するアフリカ系アメリカ人と白人同調者に圧力をかけた。勇気ある白人は存在したが、声を上げることは大抵の場合、友人と仕事を失うことを意味した。アイゼンハワー大統領は公民権運動が激化していく中、どっちつかずの煮え切らない態度をとり続け、結局、1950年代を通して公民権の問題を議会で取り上げたことはなかった<sup>38</sup>。

---

<sup>32</sup> 井出義光 (1992年)、前掲書、36頁。

<sup>33</sup> ジェームス・M・バーダマン、前掲書、171頁。1963年の肺移植の日の銃撃事件も、この抵抗のひとつである。

<sup>34</sup> アンソニー・W・マークス、前掲書、231頁。

<sup>35</sup> 全国有色人種向上協会。1909年に結成された黒人の市民権擁護・拡大のための組織(ピート・ダニエル『失われた革命: 1950年代のアメリカ南部』(前田絢子訳)青土社、2005年、(原著は2000年)、9頁)。

<sup>36</sup> Citizen's Council ブラウン判決に反対し、人種統合を阻止する目的で、白人優位主義者によってミシシッピ州に設立された組織(同上、11頁)。

<sup>37</sup> ピート・ダニエル、前掲書、9-11頁。

<sup>38</sup> 同上、348-379頁。

本節はミシシッピの人種差別の倫理的問題を指摘することが目的ではなく、ミシシッピの人々の心理を想像することが目的である。人種差別は南北戦争の大義とされていながら、戦後は実質的に放置され、しかしそうしてきた米国社会がミシシッピをアメリカ的理念から攻撃するというのは、ミシシッピ側からすれば欺瞞にみえるだろう。実際にハーディは米国人の矛盾した気持ちに当惑していた。ゴルフに罵倒された学会の後、大学外科医会(the Society of University Surgeons)の理事会が、数年後の学会をミシシッピのジャクソンで開催することを提案してきた。しかしその後すぐに翻って取り消してきたという。その理由が、「ジャクソンには黒人会員が数名いるから」であった。ハーディは当惑した「(学会で辱められた理由は)ミシシッピの人種統合が問題だったのか、そして心臓移植が問題だったのか、だれにもわからない」<sup>39</sup>。

南北戦争が終わって100年が経とうとしていたこの時期、南部では100周年記念のイベントがさまざま行われていた。たとえばミシシッピでは1961年2月1日、ジャクソンのジュニア・リーグによる南部連邦100周年パーティ(the Junior League's Confederate Centennial Carnival Ball)が開催された。ミシシッピ州知事バーネット(Ross R. Barnett)はその招待状を、当時ながら、馬車で配達する正装した使者から渡された<sup>40</sup>。また、ジェファーソン・デイビス(Jefferson Davis<sup>41</sup>)就任100周年の記念式典がアラバマのモントゴメリー(Montgomery)で開催されたとき、ミシシッピ州知事バーネットは当時のコスチュームで、バージニア州知事とともに参加した<sup>42</sup>。ミシシッピの人々の、南部人としての誇りは高い。

南部の学校のなかでもミシシッピ大学はとくに保守的であった。1962年黒人学生ジェイムス・メレディスがミシシッピ大学への入学を試みると、ミシシッピ州知事ロス・バーネットはそれを拒み、反対者たちは力づくで防ごうとしたため、ケネディ大統領は連邦軍を出動させた。白人学生などの暴徒と衝突し、死者2名を出す惨事となったが、メレディスは翌朝、入学手続きを済ませた<sup>43</sup>。こうしてミシシッピは公民権運動の主要な戦

---

<sup>39</sup> Hardy, J. (1986), *op. cit.*, p.278. Just how much of the problem was the integration situation in Mississippi, and how much the heart transplant, one could not know.

<sup>40</sup> *Clarion Ledger*, 1961.1.28, "Confederate style".

<sup>41</sup> 南部連邦の暫定大統領だった。

<sup>42</sup> *State Times*, 1961.2.21, "Recalling the Civil War".

<sup>43</sup> ジェームス・M・バーダマン、前掲書、171-172頁。

場となっていき、1964年の公民権運動家たちが殺害された事件<sup>44</sup>で、戦闘は最高潮に達した<sup>45</sup>。

ハーディ<sup>46</sup>は自伝で、当時のミシシッピの異様な空気を描写している。

1962年9月15日、夫婦で観戦に行ったフットボールの試合のときには政治の縮図を見た。試合開始まえにライトに照らされてバーネット知事が“*I love Mississippi*”を歌うと、観衆は熱狂したのだ。それは、そのあとに起こるミシシッピと連邦政府の抗争を予感させる恐ろしいものだった。試合は米国とメキシコとの親善試合で、メキシコがスペインから独立した記念式典でもあったため、ハーフタイムにはケネディのメッセージが読まれたが、会場はブーイングに包まれたのだ<sup>47</sup>。

ハーディが世界初の肺移植を行ったときに担ぎ込まれた活動家とは、NAACPの中心人物で、第二次大戦の退役軍人メドガー・エヴァーズ(Medgar W. Evers)である。1963年6月6日、また新しい黒人学生がミシシッピ大学に入ろうとすると、州知事バーネットは不快感をテレビで強く主張した<sup>48</sup>。すると6月12日、ケネディ大統領が市民権について今までになく強い調子でテレビでスピーチ<sup>49</sup>をした。その夜、エヴァーズはシティズンズ・カウンシルの会員によって、背後から狙撃されたのである<sup>50</sup>。エヴァーズは州の抑圧的状况をゲシュタポの支配下にたとえていたという。これは黒人と白人のあいだの社会についてのたとえであろうが、同じことは白人どうしのあいだにも言えたのではないだろうか。たとえば、少し前の1955年頃のことではあるが、南部ルイジアナからのメディアに寄せられた手紙にはこう記されていた「リベラルというだけで疑わしい人物とされています。無力なリベラルの私に、南部を救うために何ができるというのでしょうか」。ま

<sup>44</sup> 1964年6月21日、教会爆破事件を調査するためミシシッピ州フィラデルフィアに向かい3人の公民権運動家が、KKKによって殺害された事件。映画『ミシシッピ・バーニング』(アラン・パーカー監督、ジーン・ハックマン主演、米国、1988年)で描写されている。

<sup>45</sup> ピート・ダニエル、前掲書、9-11頁。

<sup>46</sup> ハーディ自身はアラバマ(Alabama)のネワラ(Newala)出身。

<sup>47</sup> Hardy, J. (1986), *op. cit.*, pp.236-7.

<sup>48</sup> Television address given governor Rodd R. Barnett, 1963.6.6.(Subject Files “Barnett, Ross R. 1963-1966, in Mississippi Department of Archives and History)

<sup>49</sup> [https://www.jklibrary.org/Asset-Viewer/LH8F\\_0Mzv0e6Ro1yEm74Ng.aspx](https://www.jklibrary.org/Asset-Viewer/LH8F_0Mzv0e6Ro1yEm74Ng.aspx), 2016年8月25日DL.

<sup>50</sup> ピート・ダニエル、前掲書、379頁。

た、ミシシッピのアイソラ(Isola)からは「今のデルタ地帯では、住民全体が、これまで見たこともないほど徹底した恐怖心に取り憑かれています」<sup>51</sup>。南アフリカでもリベラルな医師が職を解かれていた。ある人種を排除して成り立つ社会は、構成員たちにとっても窮屈な社会になる。心臓移植(革新的手術)を最初に行う地域とは、他の地域から嫌われている、リベラルではない地域なのだろうか。

ほかの地域からのミシシッピに対する風当たりは厳しい。ハーディたちは州以外の外科医資格をしばらく受けることはできなかった。学会のためシカゴやデトロイトのような北部に車で行くときは、ミシシッピのナンバー・プレートをはずすように州警察から言われていた<sup>52</sup>。連邦政府が介入してきたころは、ハーディは勤務先の夜の救急外来でFBI(Federal Bureau of Investigation)から逃れてきた保安官に遭遇している。「まずい事態になった。FBI がどこにでも潜伏している。俺たちはもう、ニガーを撃てなくなったんだよ」。実際にハーディの黒人の家政婦は「黒人にとって、強盗より警察の方が怖い」と言っていたという<sup>53</sup>。

ミシシッピ社会は歴史的に北部に対して劣等感をもってきた。そして当時、南北戦争のときと同じ黒人の問題で、また孤立感が高まっていた。屈辱から100年が経過したこの時期、後述するハーディの“*She is risen*”のように南部連邦時代を思い出すことは、南部人たちを奮い立たせたのであろう。そしてミシシッピの人々たちを団結させ中央に抵抗させたのではないか。それが心臓移植という大イベントへ外科医たちを突き動かしたのではないか。第2章(米国の章)で述べたように、カントロヴィッツやクーリーなど心臓外科医たちは、ケネディの月飛行のスピーチに心を動かされていた。しかしミシシッピのハーディの自伝には月や宇宙に関する記述はない。前述したようにケネディは地元が対抗する敵手であったため、ハーディ以外の心臓外科医たちが見ていた夢とは別の視点で心臓移植を見ていたようである。それは南部人の誇りだったのではないだろうか。当時のミシシッピのグリーンビル(Greenville)の新聞が世界初の心臓移植がミシシッピで行

---

<sup>51</sup> 同上、365-356頁。

<sup>52</sup> McRae, D., *op. cit.*, p.122. 彼は実際にワシントン D. C. で、黒人のベルボーイに荷物を運ぶことを拒否されている。ハーディ自身は人種差別主義者ではない。アラバマ州の、黒人が多数派の地域で育ち、親からは黒人を「ニガー」と呼ぶことを禁じられ、野球チームと一緒にプレイし、一緒に泳いだという(Hardy, J.(1986), *op. cit.*, p.10.)。

<sup>53</sup> Hardy, J. (1986), *op. cit.*, p.282. 前述した公民権活動家の殺害事件では、実際に、犯人のなかにはネショバ郡(Neshoba County)保安官代理が含まれていたという(ジェームス・M・バーダマン、前掲書、180頁。)



われたことを強調していた「マサチューセッツの MGH(Massachusetts General Hospital)でもなく、ジョンホプキンス(Johns Hopkins)大学でもメイヨー・クリニック(the Mayo Clinic)でもなく、ジャクソン(Jackson)で行われた」<sup>54</sup>。

第 2 章で、筆者は米国のナショナル・アイデンティティ「フロンティア精神」について論じたが、米国ミシシッピの外科医は「フロンティア精神」を実行することでミシシッピの名誉を回復しようとしたように思える。つまり、外科医たちは米国中央(全体)を梃子にしてミシシッピの威信を高めようとしたのではないか。しかし、自由世界のリーダーを謳う米国にとって、アメリカの恥と考えられていたミシシッピで行われたのでは、たとえ世界初であっても米国のナショナル・プライドを高めたとみなすことはできない。ミシシッピを称賛することはできない。ゆえにミシシッピの心臓移植は批判されるだけで、世界初とは認められなかったのではないか。

この現象とは裏腹にミシシッピ大学はハーディに賞を贈った。南アフリカの心臓移植の 2 か月後、1968 年 2 月、世界初の心臓移植、世界初の肺移植などについてハーディに、ミシシッピ大学のファースト・フェデラル基金賞(First Federal Foundation awards)が贈られたのである<sup>55</sup>。中央で認められなかった「世界初」の栄光を取り戻そうとするかのようにあった。さらに彼は文字通りミシシッピの誇りになった。1970 年のジュニア・リーグのキング(King of the Junior League's 1970 Carnival Ball)に選ばれたのである。ジュニア・リーグとは、ジャクソンの大規模寄付金事業(major fund raising event)の特別な社会的行事で、毎年、キングには、ある分野での活動で突出した人が選ばれる<sup>56</sup>。彼は新聞で外科の世界的指導者(a world leader in surgery)として紹介された<sup>57</sup>(図 17)。

---

<sup>54</sup> *The Delta Democrat-Times*, 1964.1.26, "Augury for the future".

<sup>55</sup> *The Delta Democrat-Times*, Greenville, Mississippi, 1968.2.1, "Three named to receive 1968 First Federal Awards".

<sup>56</sup> Hardy, J. (2002), *op.cit.*, pp.414-416.

<sup>57</sup> *Clarion Ledger*, 1970.2.1, "Their royal majesties: a world leader in surgery".



図 17 キングに選ばれたハーディ

またハーディは 1973 年、南部外科医会(the Southern Surgical Association)の会長になったとき、プログラムのタイトルに “She is Risen” と記した<sup>58</sup>。彼のスピーチによると、“She is risen”<sup>59</sup>とは彼が子供の時に祖母から聞いた話からの引用である。北部連邦軍が来て全てを焼き払ったが、人々は言っていた「南部連邦の金を手放すなよ、南部はまた立ち上がるから」。それは敗戦した南部が復興するという意味で、南部人にとって特別に心に響くフレーズである。心臓移植直後の学会で打ち負かされても、南部人ハーディは再び起き上がる事ができた。

現在、ミシシッピ州立大学医学部の研究棟は “the James D. Hardy Clinical Sciences

<sup>58</sup> Hardy, J. (1986), *op. cit.*, p.336.

<sup>59</sup> 南部連邦歌は “The South Shall Rise Again”である。

Building”と名付けられ(図 18)、その1室は“James D. Hardy Library”となっていて、扉の横には彼の大きな肖像画が飾られている。



図 18 ミシシッピ州立大学医学部の研究棟 (2016年8月、筆者撮影)

## 第2項 北海道

社会学者のリブセットは言う。

*日本は工業化以前の封建時代の文化に見られた多くの特徴を残したまま、経済的に近代化してきた。日本は依然として、極めて身分意識が強く、政治的に中央集権的で、特定集団主義的である<sup>60</sup>。*

日本社会は戦後、民主主義社会を構築しようとしてきたが、与えられた民主主義を張り付けるようなところがあって、日本社会が歴史を通じて醸成してきたものではない。結果、中央集権化の強い国民国家となったが、地方は革新的自治体となった。地方は中央に従わざるをえないが、中央と地方の関係はときに対立的となり、緊張した。日本政

---

<sup>60</sup> シーモア・M・リブセット、前掲書、320-321頁。

治研究者ストックウィン(James A. A. Stockwin)は日本について以下のように分析している。「日本をみれば、江戸時代以来の歴史的発展は、行政のほとんどすべての領域が中央集権化されていく過程と、分かちがたく関わっていた。日本では、多くの人々が中央による支配が強められることに強い圧迫を感じていたが、にも拘らず、中央は周辺部に比べて進歩的で近代的だと享け止められていたように思われる」<sup>61</sup>。

北海道はミシシッピとは違い、日本の恥ではない。しかし、中央集権構造の強かった日本において、辺境で行われた国家的偉業を、日本社会は素直に認めることができるのだろうか。心臓移植が他の臓器移植とは違い、ナショナル・プライドを高めると捉えられていたからこそ、他の臓器移植とは違い、正面から認められなかったのではないか。証明のために、二つの反実仮想を想像することができる。ひとつは、もし心臓移植が(和田移植と同じ条件で)中央で行われていたなら、心臓移植が社会に受け入れられた可能性<sup>62</sup>、そしてもう一つは、和田移植で疑惑とされた条件(正当な死の判定、米国基準の手術適応)がクリアできていたとしても、辺境で行われた心臓移植はやはり、日本社会に受け入れられない可能性である<sup>63</sup>。地方は地方ゆえに国家的偉業を成し遂げたいと願うが、地方ゆえにナショナル・ヒーローにはなれないのでないか。

和田は「地方の医学校では、何かしないと注目してもらえない」とぼやいていた。札幌医大麻酔科教授の高橋長雄は「和田さんは札幌という田舎から何か発信したい、揚げたいという気持ちが強かったように思う」。札幌の教育記者クラブには、「日本初」、「世界に先駆け」、などのフレーズで和田から新しい手術や実験について会見したいという電話がよくかかってきたという<sup>64</sup>。こうした、地方だからなにかしなければという思いが、和田を心臓移植へ駆り立てていったのであろう。

## 1 ダークホース

南アフリカの手術後、1968年5月、日本では臓器移植法案制定準備委員会が設置された。委員会設置の過程や日本初の心臓移植については第3章で詳しく述べたが、その議論に加わったのが厚生省、法務省、木本誠二東京大学外科教授、陣内伝之助大阪大学外

<sup>61</sup> J・A・A・ストックウィン、前掲書、60-61頁。

<sup>62</sup> 学内の内部告発はなかったかもしれない。

<sup>63</sup> 拒絶反応が乗り越えられないとして、やはり批判されるであろう。人体実験であるという批判をかかわすことができないからである。

<sup>64</sup> 共同通信社社会部、前掲書、19-20頁。

科教授ら中央の人々であった。和田心臓移植は、臓

、日本初の心臓移植は手術直後は称賛されていた。第3章ではいかに心臓移植が当時の日本社会に受け入れ困難かを述べたが、さらに北海道で行われたことは驚くべきことであった。これも既に詳述したが、日本の医学界は、東京大学がリードし、その後にはほかの大学が後続するという構造になっていた<sup>65</sup>。医学教育の学校として、日本で最初に設立された東京大学(1877年)は、新設の医学部の教員を多く輩出してきた。教授に赴任した先で衛星医局が形成されることも多い。数多くの大学の教授が東京大学から輩出され、さらに教授となった先の医局が「本店」の東京大学医局の意向を組むようになるのである。こうしたメカニズムによって、医学界は東京大学を頂点とした階層構造になった。ただし、心臓外科に関してはこの前提は若干ずれ、榊原任の東京女子医大がもっとも先進的であった。もっとも彼は東京大学出身で、教授になる前は木本と同様に東大外科に所属していた。また、心臓外科で先進的だった大阪大学教授の曲直部は、以前は心臓移植について否定的な考えであった<sup>66</sup>。

しかも札幌医大は完全にダークホースだったのである。たとえば、1955年の『文部省科学研究費による総合研究報告集録』には、「心臓外科」研究が報告されている。和田は1954年に札幌医大に赴任したばかり(胸部外科は1958年に開設)なので、研究報告がなくても不思議はないが、ここでの研究グループは東京大学、大阪大学、東京女子医大、慶應大学などであった<sup>67</sup>。また、日本移植学会は1965年に設立されたが、1967年までの3回の総会で心臓移植に関する報告は、東大胸部外科、東大分院外科、東邦大学第一外科、岡山大学第二外科、東京女子医大心研などからであり、札幌医大の報告はほとんどなかった。心臓外科医コミュニティのなかで、心臓移植に関して札幌医大は「周辺」だったのである<sup>68</sup>。米国では心臓移植の外科技術としての妥当性はジャーナル共同体によって正統化され、特にシャムウェイという特定の外科医を重要視することが共有されてい

<sup>65</sup> 中井久夫、前掲書、54-55頁。

<sup>66</sup> 2014年7月、川島康生元大阪大学教授との筆者の手紙のやりとりから次のようであった。和田が手術後の学会で報告したとき曲直部は質問するのだが、「以前の否定的な考えからすでに変わっていた」とのことである。

<sup>67</sup> 日本学術振興会研究報告集録編集委員会編『昭和29年度文部省科学研究費による総合研究報告集録: 医学及び薬学編』日本学術振興会、1955年。

<sup>68</sup> 2014年7月、川島康生元大阪大学教授との筆者の手紙のやりとりから次のようであった。日本初の心臓移植の報告をインドネシアで聞いた榊原は、東京女子医大による手術ではなかったことについて落胆していたと伝え聞いていたという。

たが、日本では札幌医大の和田と心臓移植の関係を知らず難しかった。

札幌医大は当時の医科大学には珍しい、地方運営の「道立」である。日本の中央集権構造のもと、中央に支配されていた国立大学が多いなか、道立の札幌医大は特殊な存在であった。札幌医科大学は前身の道立女子医専から、新設医科大学の日本第1号として昭和25年(1950年)2月に発足した。札幌医大の使命と建学の精神は「医学の進歩発展に寄与することはもとより、北海道の保健医療を担う優秀な医師の養成を目的としている」<sup>69</sup>。札幌医大50年史によると、「創立当時は地域医療と先端医学を柱に、道民の医療を担う新しい医科大学を自分たちの手で作り出そうとする気概が強く、麻酔科、脳神経外科、心臓外科(正確には胸部心臓外科)、公立はじめてのがん研究所などの新設や、大講座制、手術もやる結核科(内科)など、新しい医療ニーズに対応した、実にユニークな医科大学造りが、速やかに、かつ大胆に行われた」という<sup>70</sup>。初代学長の犬野清七は、従来の医学部にはないものにしたいと考え、血管系内科、胸部心臓外科、脳外科、麻酔科を日本の各大学に率先して創立したという<sup>71</sup>。日本で初めて創設された「胸部心臓外科」こそ、和田が教授になった教室である。

北辺という自然環境の厳しさ、新設医大という不利な状況にありながら、外科医和田は日本屈指の心臓外科手術の経験を積んでいた。心臓外科手術件数について言えば、当時の日本の心臓外科では、東京女子医大の榊原と並ぶ二大巨頭といってもよいかもしれない。1967年の直視下心内手術例数は東京女子医大(榊原)が1924例、札幌医大が1377例、東京大学(木本)718例であった。人工弁移植では札幌医大204例、東京女子医大72例、東京大学45例、という統計が示している<sup>72</sup>。他にも人工心肺の開発・実用化(1961年)、高圧酸素タンクの作成(1964年)、和田弁の開発(1966年)と、和田の日本の心臓外科への貢献は大きかった。和田は日本の心臓外科医として実力者でありながら、北海道という辺境にいるために注目されてこなかったのである。

和田は1963年1月、『北海タイムス』にコメントを載せている。「わたしは医学を通し

---

<sup>69</sup> 札幌医科大学開学50年(創基55年史)編集委員会編(以下、札幌医科大学開学50年編とす)『札幌医科大学開学50年・創基55年史』札幌医科大学、2001年、19-20頁。

<sup>70</sup> 同上、497-498頁。

<sup>71</sup> 明石勝英「犬野清七先生の伝記映画の完成」(札幌医科大学『札幌医科大学同窓会誌9』札幌医科大学、1977年、18-21頁。)

<sup>72</sup> 和田寿郎(2000年)、前掲書、97-98頁。

て道民に奉仕している」<sup>73</sup>。言葉通り、北海道という地域に対する和田の貢献は大きかった。特に和田が開発した高圧酸素タンクは、北海道ならではのニーズから生まれたものである。当時の北海道は日本のエネルギー政策にとって重要な石炭産業を担っていて、道内の鉱山ではしばしば悲惨な事故が発生した<sup>74</sup>。このため札幌医大には日本で初めて高圧酸素室が設置され、炭鉱でのガス中毒の被災者の治療のために使用された。それがさらに和田の心臓外科医としての発想から、高圧酸素手術室<sup>75</sup>が設計され設置されたのである<sup>76</sup>。

第3章(日本の章)で筆者は、日本の医学界構造について論述したが、北海道社会だけは違う意識をもっていたかもしれない。1905年北海道生まれの小説家伊藤整は初めて本土に旅行したときの違和感を述べている。「ここでの「日本」は二重の意味を持って私たちに迫ってくる、一つは私たちの〈原点〉であるべき「日本」であり、もう一つは、それにもかかわらず私たちには見知らぬ〈異国〉としての「日本」である<sup>77</sup>。北海道人の意識について1943年生まれの白井も共感する<sup>78</sup>。白井は「内地」に初めて足を踏み入れるとき、全く異質の世界にいる自分を発見したという。

*「日本人」という言葉の全く新たな実感と私たちの「道産子」としての自覚、  
自己発見の契機となるのである。*

さらにドイツに旅行したときには、東京や関西にいるよりも「居心地」が良く、自分は日本人ではなく、北海道は日本ではないと考えついたという。そして長い間心の中に宿っていた、〈中央人〉に対するある意味での劣等感が消滅したという<sup>79</sup>。つまり、北海道人はふだん中央に劣等感を持っていて「中央」に行けば違和感を覚えるが、外国に行

<sup>73</sup> 『北海タイムス』、1963年1月7日夕刊。

<sup>74</sup> 戦後の夕張炭鉱だけでも、1960年第二鉱爆発(死者42人)、1965年第一鉱爆発(死者62人)、そして和田移植と同時期にも平和鉱で火災(7月)が発生した。

<sup>75</sup> 術中の心停止時間を延長できる。

<sup>76</sup> ところが皮肉にも、ドナーとなった溺水患者はこれを使用することを要請されて転送されたので、麻酔科ではなく胸部外科が最初に対処することになった。この手術室がのちに、ドナーの死をどう判定したのかをめぐって問題とされた舞台である。

<sup>77</sup> 伊藤整『故郷の風土』(白井暢明『くたばれ! 「東京神話」：わが熱愛的北海道論』北海道新聞社、1992年、14頁から引用)。

<sup>78</sup> 同上。

<sup>79</sup> 同上、15-16頁。

くと中央を相対化して劣等感を打ち消せるという考えである。

社会人類学者の中根千枝は、日本社会の「タテ」の組織（序列意識）の重要性を指摘したが<sup>80</sup>、白井は北海道社会には、場による集団帰属意識が薄く、よそ者意識があまりないことなどから、この「タテ」思考から脱しようという<sup>81</sup>。中央人は「権威に弱く、権威の偶像・神話を創りたがる」のに対して、「雄大な北海道の自然風土は、世俗的権威にまつわる一切の虚構と神話を無力化する力を秘めている」からである<sup>82</sup>。

白井は辺境の方が創造的であるとも主張する。白井の主張は著書のなかで論証されておらず偏見と呼ぶべき部分もあるかもしれないが、北海道の人々の考えを代弁しようとしている。北海道が歴史と伝統を持たないからむしろ、新たな発展への可能性を秘めているという。「日本」という狭い空間に呪縛された思考様式の枠を超えた新たな価値観を創造するエネルギーを内蔵している」からである<sup>83</sup>。中央を冷やかに観察して、「文化・情報の真只中にいる者には「驚嘆する能力」が失われる。北海道という辺境にいるからこそ、環境世界に問いかけを発することができ、単なる模倣ではない、真の新しい価値の創造が生まれる」<sup>84</sup>。

南アフリカの外科医が世界初の心臓移植をナショナル・プライドを高める道具として考えたのと同様に、国内で初めて心臓移植を行うことは、北海道にとって地方の威信を高める道具として捉えられても不思議ではない。『北海タイムス』は『心臓移植: 和田グループの記録』を創刊し偉業をたたえた。すでに第3章で述べたが、巻頭に厚生大臣と北海道知事の称賛がある。厚生大臣園田直「この手術は日本の医学水準の高さを内外にしめした」、北海道知事町村金五「北海道の開拓者精神を、医の実践によって示したもの・・・人類に対する偉大な功績として讃えたい」<sup>85</sup>。一時的であつても和田はナショナル・ヒーローになり、かつ北海道のヒーローとなった。

それを和田個人の視点から見れば、心臓移植を行うことで、決して埋められない日本の医学界の階層構造の格差を飛び越える絶好の機会になったといえる。しかもその方法では、米国を利用していた。第3章で日本の医学界や和田がアメリカ医学の影響を強く

---

<sup>80</sup> 中根千枝『タテ社会の人間関係』講談社、1967年。

<sup>81</sup> 白井暢明、前掲書、161頁。

<sup>82</sup> 同上、90頁。

<sup>83</sup> 同上、68頁。

<sup>84</sup> 同上、98頁。

<sup>85</sup> 北海タイムス社、前掲書、序文。



うけていることを論じたが、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、日本医学界の階層秩序に挑戦したのである。

## 2 日本: 外科医下ろし

手術直後は賞賛され、両陛下の心臓移植への関心も伝えられていたが<sup>86</sup>、こうした肯定的空気は刑事告発、特にその後の札幌医大同僚たちによる内部告発へと変貌する。第3章では主に、病理学者藤本と和田の攻防を論述したが、本章ではメディアの記事論調における、北海道と全国の違いについて分析する。一般に知られている和田移植は、全国新聞の報道記事などの情報源に拠っている。その歴史認識は、北海道と必ずしも同じではないかもしれない。たとえば第3章でも述べたが、和田の同僚、札幌医大第二内科の宮原光夫が、レシピエントに心臓移植の適応はなかったと論文上で批判<sup>87</sup>すると、それを全国紙の『朝日新聞』が記事<sup>88</sup>にした。それとは対照的に、翌日『北海道新聞』はこの論文に関する和田の反論を載せていた<sup>89</sup>。この頃から全国紙と北海道紙の記事内容に開きが現れる。

第3章の繰り返しになるが、藤本は論文上で、「病巣は僧帽弁だけであり、レシピエントに心臓移植の適応はなかった。・心臓外科医の功名心から実施されてはならない」と強烈な批判を展開し、『朝日新聞』はこれを紹介した<sup>90</sup>。全国の読者には、和田が功名心のために心臓移植を行った犯罪者であるかのように印象づけられたであろう。ちなみに同日の『北海道新聞』は、大動脈弁の血液型不一致問題と、藤本の「病変は僧帽弁のみである」という主張を意見として載せるにとどまっていた<sup>91</sup>。日本では「謙遜は美德とされ、自分の業績を自慢することは好ましくないとされている」<sup>92</sup>。第3章ですでに述べた

<sup>86</sup> 『北海道新聞』、1968年8月20日夕刊、「信夫君、もうすぐ歩けそう、両陛下の心づかいに感激」。

<sup>87</sup> レシピエントを診療していた宮原は、外科に紹介したのは弁置換術のためであり、僧帽弁だけが侵されている患者に心臓移植の適応はなかったと主張した(宮原光夫、前掲論文。)

<sup>88</sup> 『朝日新聞』、1969年4月26日朝刊、「移植の必要なかった」。

<sup>89</sup> 『北海道新聞』、1969年4月27日、「移植、必要なかった」。

<sup>90</sup> 『朝日新聞』、1970年5月12日朝刊、「心臓移植すべきでなかった」。

<sup>91</sup> 『北海道新聞』、1970年5月12日夕刊、「信夫君の心臓に異組織」。これは和田の発言、「三つの弁ともハシにもボウにもかからない」に対する反論であった。

<sup>92</sup> シーモア・M・リップセット、前掲書、356頁。

が、伝統的日本の医師像では医師は英雄ではなく、功名心は否定的にイメージされている。

和田は1998年ころの記者のインタビューで言っていた。「私が若く、大学が札幌という地方にあったせいで、中央の研究者にねたまれたのだろう。事実の五分の四ぐらいは、彼らとマスコミにねじ曲げられてしまった」<sup>93</sup>。

当時の報道の猛攻はすさまじかったという。和田の回顧録によると、ある新聞社は和田の自宅の真向かいに家を借り、24時間体制で和田は見張られ、ある記者の取材を自宅で受けた後はくず籠に盗聴マイクを発見し、取材を強要された和田の妻が車に引きずられたり、関係のない場面の写真を「悲嘆にくれる和田教授」というコメントで捏造され載せられたり、夜中に記者から電話がかかり記事内容を一方的に早口で読まれた承したと見做されてしまったりと、散々な目に遭っていた。和田はそのうち「どうでもよくなってしまった」ため、「マスコミに対して口を閉ざした」という<sup>94</sup>。筆者は第3章で、藤本が医学雑誌だけでなく、『科学朝日』などのような、より大衆的な雑誌に意見を公表していたことを示したが、対立している一方が口を閉ざしているときに他方が主張し続けられれば、一般の人々には主張し続けている側が正当に感じられるだろう。

こうした報道の問題について榊原は和田移植の3年後、著書のなかで振り返っている<sup>95</sup>。

*英雄扱いしていた同じ新聞がそれを忘れたかのように、和田教授を攻撃した。それとともに私は(新聞と)<sup>96</sup>同じ意見を述べているにもかかわらず「賛成論者」であり、けしからんといわれることになった。当時依頼された鑑定書の質問事項も返答の内容も知らないで、それが悪いと暴論をはく人さえ出てきたのである。*

新聞記事の無責任な内容に対する批判である。

ところで、この移植は現在も「和田心臓移植事件」と呼ばれることが多いが、いつか

<sup>93</sup> 共同通信社社会部、前掲書、18頁。

<sup>94</sup> 和田寿郎（1992年）、前掲書、116-121頁。

<sup>95</sup> 榊原仟（1987年）、前掲書、144-152頁。

<sup>96</sup> 括弧は筆者が追加。

ら誰が「事件」と呼ぶようになったのだろうか。筆者の調査では、最初に「事件」と呼んだのは『朝日新聞』である<sup>97</sup>。その後、読売新聞<sup>98</sup>や『北海道新聞』<sup>99</sup>も「事件」と呼ぶようになった。被疑事件が「事件」と呼ばれるのは普通のことだが、不起訴が決定した後も継続的に事件と呼ばれていた。不起訴が決定したあと、著書で最初に「事件」と明言したのは中島みちである。「和田」を追加して「和田心臓移植事件」と記述していた<sup>100</sup>。さらにすぐ後、米本昌平も「和田心臓移植事件」と呼んでいる<sup>101</sup>。こうして日本初の心臓移植は犯罪的イメージに固定化された。

心臓移植当時の日本社会は、学生運動や公害が問題になっており、メディアはこれらを弱者市民の権威への抵抗という構図で語ることが多かった。たとえば水俣病<sup>102</sup>においては、被害者が弱者で、大企業が権威である。また、1968年のいわゆる「東大闘争」のきっかけとなった東京大学医学部の「インターン闘争」では、無給医局員は弱者で、医学部教授たちは権威である。医者も権威とみられ、抵抗すべき標的とされたのである。さらに当時、外科医(消化器外科医)を主人公にした映画『白い巨塔』<sup>103</sup>が大ヒットしていた。このストーリーでは外科教授は悪者として、病理学教授は正義として描かれている。『朝日新聞』が紙面上で使用した文脈は、この映画のストーリーに酷似していた。病理医藤本は正義で、外科医和田は悪者である。

『朝日新聞』の和田への攻撃は、不起訴後にむしろ強まる。

北海道には、なおも和田教授を支持し、擁護する人は多い。しかしその大半は「日本で一番目に心臓移植をした医師が北海道にいることを誇りに思うから」という、単純な地元びいきの人たちである<sup>104</sup>。

『朝日新聞』は紙面上で北海道をこのように軽蔑的に扱った。さらに藤本発言「大動

<sup>97</sup> 『朝日新聞』、1970年1月17日朝刊、「検察側、医学鑑定に踏切る」。

<sup>98</sup> 読売新聞、1970年8月31日夕刊、「最高検 不起訴了承へ」。

<sup>99</sup> 『北海道新聞』、1970年9月1日朝刊、「心臓移植事件 竹内検事総長がにわか会見」。

<sup>100</sup> 中島みち、前掲書、101頁。

<sup>101</sup> 米本昌平(1988年)、前掲論文。

<sup>102</sup> 1968年、厚生省は工場の排水中の有機水銀が水俣病の原因であると発表した。

<sup>103</sup> 1966年大映制作、山本薩夫監督、田宮二郎主演、山崎豊子原作。1967年には東映でテレビドラマ化され、NET(現テレビ朝日)テレビ系で放映された。

<sup>104</sup> 『朝日新聞』、1970年9月3日朝刊、「心臓移植不起訴のあとに上 いぜん多い和田支持」。

脈弁はすり替えられた」に寄り、反論する別の病理学者<sup>105</sup>の主張を無視する。和田は「貝のように沈黙」していて、「ウソのうえにウソを重ね、人のいのちをないがしろにしている」と切り捨てる<sup>106</sup>。

『朝日新聞』の藤本寄りは医学会総会の記事で一層、明確になる(二人の攻防については第3章で論述した)。1971年の医学会総会で藤本と和田の論争があったことについて、『朝日新聞』は両者の意見を対等に扱いながら藤本の発言「反省しなさい」をタイトルにし、和田に非があったような印象を読者に与えるように掲載したのだが(図 19)、『北海道新聞』は「注目の対決結論出ず」をタイトルにしている、学術的な論争であったことを伝えるのにとどめていた(図 20)。



<sup>105</sup> 札幌医大第一病理学助教授の布施祐輔。

<sup>106</sup> 『朝日新聞』、1970年9月4日朝刊、「心臓移植不起訴のあとに中 「経過良好」実は重症」。

図 19 『朝日新聞』、1971 年 4 月 7 日、「心臓移植 厳しい対決」。



図 20 『北海道新聞』、1971 年 4 月 7 日、「心臓移植で是非論議」。

第 1 節で述べたように、ミシシッピのハーディは学会で「ミシシッピでは Negro を飼っていると思っていたが、チンパンジーも飼ってたんだね」と辱められたが、日本の和田は学会で、あからさまに攻撃を受けたうえに、全国新聞に不利に書かれた。北海道の地元新聞と中央の新聞との報道内容の格差を観察すると、北海道側からみれば、外科医和田が引きずり下ろされていったように捉えることもできる。

この記事は和田心臓移植に関するほぼ最後の記事である。その後の和田移植に関する多くの書物は、この新聞社の記事を引用している<sup>107</sup>。和田が叱られたような全国紙記事のインパクトは決して軽くないであろう<sup>108</sup>。全国と北海道の新聞の論調の差は、中央集権体制の強い日本で、北海道が切り捨てられていったことを物語っているのかもしれない<sup>109</sup>。

ところで一丸となっていたかにみえる札幌医大から、なぜ内部告発が出たのであろうか。実は、内部告発をした宮原と藤本はともに東京大学出身である。宮原は前述の和田を批判した論文で、東京大学の近藤芳夫の研究については讃えていた。

・このような意味から、自家心臓移植時における心臓神経の再生について検討した近藤の報告などは、心臓移植の基礎実験としてのみならず、生理学に新知見を加えたものとして高く評価されよう。そしてこの種の基礎実験データの多くの集積を経たのちに、はじめて人の心臓移植にふみきるべきではなかろうか<sup>110</sup>。

「東京大学こそ日本初の心臓移植を行うべきであった」という主張なのだろうか。東京大学を頂点とした日本の医学界で、札幌医大は切り捨てられたようにみえる。宮原と藤本はこのころから「同志」になったようで、藤本が1971年大阪大学に移動したあとも交流は継続し、1975年に結成された厚生省特定疾患若年性高血圧症調査研究班(宮原が班長)に呼ばれている。

和田は、当時の日本の医学界が閉鎖的で民主的医療ではなかったと批判しつつ、マスコミにターゲットにされた当時を振り返って言う<sup>111</sup>。

---

<sup>107</sup> たとえば、米本昌平「心臓移植事件: 和田寿郎」科学朝日編『スキャンダルの科学史』『朝日新聞』社、1989年、あるいは、中島みち、前掲書など。

<sup>108</sup> もっとも藤本は、和田を論破できなかったくやしさをやや後でメディアによって晴らしている。「手術当日からの記録を、考察をまじえて公表した」のであった。和田らには「なんら怨念をいだくものではなく」、「病理学者としての使命感から」決心したという(藤本輝夫「実録・心臓移植: 宮崎君の死 1-5」『科学朝日』, 1971年8月~12月)。

<sup>109</sup> 筆者が『朝日新聞』を重要視する理由には二つある。当時、心臓移植を取材していた吉村昭が紙面に連載して(吉村1984)注目されていたが、外科医たちへの不信感も伝えられた。さらに後年のジャーナリストの言説の多くが『朝日新聞』の論調を踏襲しているように思えるからである。

<sup>110</sup> 宮原光夫、前掲論文。

<sup>111</sup> 和田寿郎(2000年)、前掲書、121-122頁。

日本の官界(医療行政)、医学界と医療システムは、もともと結束が堅く、もともと封建的な社会である。それらについての正当な批判は戦後までおこなわれることはなかった。患者が医者に逆らうことはできなかった。・・患者を主体としない医療、患者を無視した医療に対する国民の不满は長年にわたって鬱積していた。適当なターゲットが出現すれば、そのエネルギーはいっきよに放出される状態だった。・・わたしは外国帰りで小さい新設の地方大学病院の若い外科医である。「医療不信」のシンボルに、スケープ・ゴートに仕立てられる条件を、わたしとわたしのおこなった手術は満たしていたと思う。

### 3 北海道社会について

近代日本では中央と地方との不均衡な発展が顕著であった。強大な権限をもつ集権的な政府が中央に君臨したばかりでなく、西洋文明の輸入によって上からの近代化と産業化がすすめられ、早熟的に帝国主義に成りあがったことは、人と富を地方から中央へとひきつけ、吸い上げた<sup>112</sup>。日本では明治以降、「地域」を切り捨てるかたちで発展した中央集権システムのもとで、支配する「中央」と従属する「地方」という図式が生まれてきた。「地方」は長いあいだ「中央」にたいして劣位の体制におかれてきたのである<sup>113</sup>。「中央」は諸地域を切り捨てることによって戦前にまさる拡大をみたのである<sup>114</sup>。

北海道は日本の都道府県のなかでもっとも広く、本州とは海峡を隔てて地理的に独立している。北海道社会は日本の他地域からの移住者を多数派として形成されており<sup>115</sup>、その歴史は開拓されて 100 年余りと浅い。開拓当時の移住民の生活は、母村での生活様式をそのまま導入していたが、北海道の厳しい自然条件との対決(自然的葛藤)や、開拓地隣人との間のトラブル (文化的葛藤)に対応するために変化していった<sup>116</sup>。

<sup>112</sup> 今井清一「はしがき」日本政治学会編『近代日本における中央と地方』岩波書店、1985年、iii頁。

<sup>113</sup> 玉野井芳郎『地域主義の思想』農村漁村文化協会、1979年、127頁。

<sup>114</sup> 同上、15-16頁。

<sup>115</sup> 明治19年(1886)から大正11年(1936)までの37年間に、北海道に移住した戸数は総計551,648戸で、その範囲は全国各府県に及ぶ。『北海道移民政策史』(安田泰次郎『北海道移民政策史』生活社、1941年。)によると、とくに東北および北陸からの移住者が全体の3分の2近くを占めて多かったという(笹森秀雄「現代社会構造の中の北海道」北海道大学放送教育委員会編『文化としての北』北海道大学図書刊行会、1987年、71-73頁。)

<sup>116</sup> 同上、72-74頁。

さらに北海道には、ある政策のために国家によって強く介入されるが、次にはその政策の転換のために突き放されるといふ、中央に振り回されてきた歴史がある。戦前は移民政策として、戦後は海外の植民地を失った日本人のために、北海道は食糧自給や国内の資源開発、人口収容の上から日本経済再建の前線基地の役割を担ってきた。開発計画も戦前の農業開拓中心から、各種の豊富な未開発資源の開発とその利用に重点がおかれるようになった<sup>117</sup>。

こうした歴史をもつ北海道では、地方政府論的<sup>118</sup>地方自治<sup>118</sup>へのアプローチが全国と比べて早めに表面化した。革新的政治風土が形成されていったのである。1947年、田中敏文革新道政下での革新自治体<sup>119</sup>などの誕生で、1959年まで地方政府論の土壌が築かれた<sup>120</sup>。

「60年代までは、国と地方の関係が上下関係で処理されることが常態化されてきた」が、「地方自治の理念を出していくと中央政府との間に対立が起こり、抵抗するようになった」<sup>121</sup>。

60年代には保守道政になったが、それでも中央に抵抗するようすをみせる。たとえば山崎によると、開発政策の目標設定をめぐる開発庁と道の関係は中央地方間の考え方の違いとしてみるができるという。開発庁の存在意義は、北海道という一地方の開発を国土開発として行い、開発の成果が日本経済社会全体に寄与するという論理に支えられていたが、他方、自治体としての道の方向性は、地域住民の生活福祉向上を指向していたので、相反する場面を生じることになったのである<sup>122</sup>。

<sup>117</sup> 丹治輝一「産業の転換」北海道開拓記念館『戦後の北海道：新しい北海道(常設展示解説書7・8)』北海道開拓記念館、2001年、17頁。

<sup>118</sup> 日本では地方政府の概念は定着していないが、一方で地域社会の秩序を維持するために政府による統治が必要という認識がある(十亀昭雄「戦後北海道における「地方政府」論議の推移」北海学園大学開発研究所編『北海道開発の視点・論点』北海学園大学開発研究所、1998年、501頁から引用。)

<sup>119</sup> ほかに帯広吉村市長など。十亀によると「中央・地方関係は上下・支配関係ではなく対等な“地方政府”として、3割自治とは手を切って自立しよう」という「地方政府論」(「中央・地方関係論」)が初めて主張されたという(同上、508頁)。

<sup>120</sup> 十亀昭雄「戦後北海道における「地方政府」論議の推移」北海学園大学開発研究所編『北海道開発の視点・論点』北海学園大学開発研究所、1998年、508頁。

<sup>121</sup> 帯広市長の言葉「所報」第24号、1971年1月号、同上から引用。

<sup>122</sup> 山崎幹根『国土開発の時代』東京大学出版会、2006年、6頁。ソ連との国境隣接地域とし



北海道がもっとも国家にふり回されたことの一つは、石炭産業である。1945年敗戦直後、国内産業復興のための石炭増産が緊急課題になった。傾斜生産方式が採用され、3年後には増産、北海道は全国の27%を生産した<sup>123</sup>。増産を急いできたためか、石炭産業ではたびたび痛ましい事故があった。たとえば、和田移植と同時期にも平和鉱で火災(7月)が発生した。この火災は、31人が生き埋めになったが、9人の遺体を収容した時点で、火災による二次災害を防ぐためとして坑内に注水、22人の被災者ごと坑内を「水封」しなければならなかった<sup>124</sup>。

石炭産業は北海道にとって、「開発」と同時に国からの「支配」であった。資源として北海道が国家から熱いまなざしで見られたが、やがてエネルギー政策が転換すると冷たく見捨てられていく。1960年石油輸入が自由化されると、「石油全面依存」政策に転換、石炭生産は「漸次的撤退」政策<sup>125</sup>が開始され、石炭産業は全面的崩壊の危機にいたる。1966年には日本炭鉱労働組合が石炭政策転換闘争を展開したが、炭鉱労働者数は7万8千人(1957年)から1万4千人(1976年)に減少した<sup>126</sup>。

北海道議会には石炭対策特別委員会<sup>127</sup>が置かれ、閉山後の地域経済の深刻な状況について危機感をもって議論され、石炭産業の安定と産炭地振興のために機能していた<sup>128</sup>。そのため北海道では度々、中央の支配からの脱却が謳われた。時期的には少し後年になるが、たとえば1971年、住友三山(赤平、歌志内、奔別鉱)のひとつ、奔別鉱の閉山通告が出されたとき、道議会で緊急質問がなされた<sup>129</sup>。質問した湯田議員によると、「佐藤内閣の人間性を無視した石炭政策により、労

---

て政治的、軍事的に特別な意味をもつとも言われていた。また、白井によると、北海道人は歴史的に中央依存体質があり、開発庁は北海道の中央・政府への〈依存体質〉の象徴であるという(白井暢明、前掲書、67-70頁。)

<sup>123</sup> 丹治輝一、前掲書、28-30頁。

<sup>124</sup> 『北海道新聞』、1968年8月12日朝刊・8月13日朝刊

<sup>125</sup> 丹治輝一、前掲書、28-30頁。1964年、第一次・第二次策、5500万トン維持、1966年、第三次策、5000万トン維持、1972年・1975年、第五次策、2000万トン。

<sup>126</sup> 同上。

<sup>127</sup> 北海道議会には、5つの特別委員会があった。総合開発調査特別委員会、石炭対策特別委員会、北海道百年記念事業特別委員会、札幌オリンピック冬季大会特別委員会、そして予算特別委員会である。

<sup>128</sup> 北海道議会時報第20巻第1号など(1967年)。

<sup>129</sup> 1971年第2回定例会、6月30日1号、湯田倉治議員による。この数か月前に日本で二番目に大きい常盤炭鉱、日本一高能率の日炭高松炭鉱などの閉山のうわさが出ていた。

<sup>130</sup>が、ついに閉山通告がきたため、現地三笠市では組合員や住民らが市民運動を起こしたという。湯田議員はさらに政府の政策案が労働者ばかりでなく、地域住民にどのような影響をもたらしているかを強調するために、中学生の労働組合宛ての嘆願書を読み上げる「閉山はお父さん、お母さんにはもちろん、わたくし達にとっても、まさしく死の宣告なのです」。議員は知事へ「石炭問題は国の政策であるから、地方自治体としては国の方針に従うよりしかたがないという考え方は絶対に捨ててもらいたい」と要望した。

北海道は中央文化からもっとも遠く、文化未熟な新開地として疎外されてきた。地域の問題は、ほとんど主流的な日本史には登場しなかった。異質なものを、またはそれほど重要ではないものという認識があった<sup>131</sup>。北海道は「中央から長年無視され、搾取され続け、中央人に〈積年の恨み〉がある」のである<sup>132</sup>。だからこそ、日本のナショナル・プライドを高めるようなことを、北海道でやりたかったのではないだろうか。

## 第2節 「周辺」にとってのナショナル・プライド

ミシシッピでは外科医ハーディは世界初の心臓移植と認めてもらえず、北海道では外科医和田は犯罪者扱いされていた。第2章で前述したように、南アフリカが心臓移植を行うと、米国政府の態度は豹変しており、ミシシッピの例が無視されたときとは大違いであった。注目すべきことは、ミシシッピの手術のあと、調整するような素振りをなにも示さなかった米国政府が、南アフリカの手術直後にはスピーディに行動したという落差である。また、日本では、外科医の不起訴が決定したにもかかわらず、心臓移植が封印されていく様子である。さらに「心臓移植」という言説そのものが心臓外科医のあいだでタブーになっていく。

### 第1項 米国

#### 1 豹変

ミシシッピの医療状況は米国の中で特に厳しかった。1964年の医師数は全米49位(10

---

<sup>130</sup> 湯田議員の言葉

<sup>131</sup> 永井秀夫『日本の近代化と北海道』北海道大学出版会、2007年、273頁。

<sup>132</sup> 白井暢明、前掲書、140頁。

万人に対して 74 人:1713 人)、乳幼児死亡率は全米で最悪(39.4 人/1000 出生)、入院期間は全米で 49 位(936 日/1000 人)であった<sup>133</sup>。この状況にありながら、人種統合問題でミシシッピの医療環境はさらに厳しくなる。

黒人学生メレディスの大学入学騒動から数年間、ミシシッピ州立医大の外科には州外シニア医学生からの申し込みがなかった。また、ミシシッピ大学の学長はメレディスの事件で非難を浴びていた<sup>134</sup>。人種統合を目指す連邦政府の財政的な処置により、ミシシッピ州への予算が削減されたことは、ミシシッピ州立医大にとって手痛い仕打ちであった。まず、民間病院は強制的に人種統合することが不可能であったため、連邦予算を直接受けることができなくなった。救急外来だけ予算削減の対象ではなかったため、ジャクソンでもっとも大きな民間病院は南部でもっとも多数の急患入院数になったという。ミシシッピ州立大学は連邦部(federal teams from Atlanta)からこう脅されていた「レジデントが民間病院であるバプティスト病院に行くことを許可してはならない。さもないと、連邦政府から州立医大への予算すべてを完全に切ることになる」<sup>135</sup>。ハーディたち移植外科は、この厳しい状況のもと、先駆的な研究を継続していたのである。

第 2 章の繰り返しになるが、1967 年 12 月 3 日、南アフリカで世界初の心臓移植が行われると事態は急展開する。12 月 28 日、国立衛生研究所(National Institute of Health)はすべての米国の心臓移植研究チームと、心臓外科医たち(14 人の外科医たちは NIH から心臓移植の臨床研究費を受けていた)をシカゴのオヘア空港(O'Hare airport)に集め、将来設計について議論したのである<sup>136</sup>。このときハーディは再び 1964 年の心臓移植についてメディアに聞かれたが、あのかのときの敵意は消えていたという<sup>137</sup>。

南アフリカの手術から 3 日後の 12 月 6 日、世界で 2 例目の心臓移植がついに米国ニューヨークで行われる。カントロヴィッツらが無脳児<sup>138</sup>をドナーにして、2.5 週の重症三尖弁発育不全の患児に心臓移植を行ったのである<sup>139</sup>。移植心はわずか 1 時間 45 分で停止し

<sup>133</sup> United States. Department of Health, Education, and Welfare, *op. cit.*, pp.S-14, 16, 19. この統計では、白人と非白人は別分類されていない。

<sup>134</sup> Hardy, J. (1986), *op.cit.*, pp.237-238.

<sup>135</sup> *Ibidem*, 238-239. 州立医大自体はコンプライアンスにあるが、コンプライアンスのない病院を間接的に助けることになるからという。

<sup>136</sup> Box No. 44, Folder No. 15, <http://profiles.nlm.nih.gov/ps/access/FFBLL.pdf>, 2014 年 8 月 1 日 DL.

<sup>137</sup> Hardy, J. (1986), *op.cit.*, p.286.

<sup>138</sup> カントロヴィッツが 500 か所の病院にドナーを探す電報を送ったのは、南アフリカの例の 9 日前、11 月 24 日だった(McRae, D., *op.cit.*, p. 183)。

<sup>139</sup> ドナーの心停止を待ってから心臓を摘出した。

た<sup>140</sup>。ドナーは確かにヒトであったが、結果的にハーディの手術(1時間だけの心拍動)と大差のない手術成績であった。しかも無脳児のドナーに関心は払われず<sup>141</sup>、*The New York Times*はこの手術を英雄的挑戦(heroic attempt)と言った。

やはり繰り返しになるが、1968年3月にはモンデール上院議員による公聴会がおこなわれ、心臓移植を可能にする制度化への起点となっていくが、シャムウェイやカントロヴィッツは証言しているものの、ミシシッピのハーディは呼ばれなかった。1968年9月、米国循環器学会(ベセスダ会議)が催されるが、やはりハーディは参加していなかった。米国立心臓研究所(National Heart Institute)は、心臓移植の短期的および長期的計画に対する方向づけをするため、1968年11月、特別委員会を発足したが、ミシシッピのハーディはこの委員会にも参加していない。

委員会の人体実験に関する前向きさについては、「米国」の章ですでに述べたが、ミシシッピは世界初の肺移植のときから、中央から無視されていたといえるだろう。というのも、この例のレシピエントは終身刑の受刑者で、州知事から恩赦を受けて手術をうけていた<sup>142</sup>。実験に自発的な同意を必要とする考えからは、受刑者が恩赦と引き換えにした同意の正当性を認めることは困難である。しかし、この時ミシシッピと連邦政府の断絶のためか、NIH や議員委員会のような調整のための場は作られず、ミシシッピ例は放置されたのである。

## 2 ハーディの再起

その後心臓移植が多数行われた米国では、ミシシッピの外科医はどう扱われたのだろうか。1964年、ハーディは世界初の心臓移植を認めてもらえなかっただけでなく、手ひどく批判されたが、徐々にその後ハーディは再起していく。公民権法が成立(1964年)しミシシッピの連邦政府への抵抗が静まっていくのに呼応するかのようである。

ハーディは南北関係なく国内の外科医たち、さらに諸外国の外科医たちに慰められる。まずかれにとっての悪夢の学会の数か月後、コロラド大学の先駆的な移植外科医スターツル<sup>143</sup>に次のように慰められていた「いままで見たことないくらい狼狽してたね。俺た

<sup>140</sup> *The New York Times* 1967.12.7, "Heart transplant fails to save 2-week-old baby in Brooklyn".

<sup>141</sup> 日本なら、ドナーを人間として見ていない、臓器としてしか見ていないと非難されるだろう。

<sup>142</sup> *Laurel Leader Call*, 1963.6.26, "Lung exchange earns freedom for convict", McRae, D., *op.cit.*, p.121.

<sup>143</sup> 腎臓移植の世界的先駆者、かつ肝臓移植の先駆者。非難されてきたのでハーディと共感で

ちはアメリカ外科医(外科医一般)のなかののけ者だよ」<sup>144</sup>。米国の外科医(移植外科医)たちは打たれ強い。批判の嵐が、心臓はポンプにすぎないという認識に道を譲り始めた1966年ころ<sup>145</sup>、ハーディはかつての上司に「ジム、批判は終わった。これから反撃だ」と励まされた<sup>146</sup>。序論でも「迷走神経切除術」で紹介したシカゴ大学の外科部長ドラグステッド<sup>147</sup>が、この頃ハーディの研究室を訪れた。仔犬の心臓移植実験を見た彼はその手技に感動して言った「いろいろな国をめぐる君の話の繰り返し伝えるべきだ。きつとうまくいく」<sup>148</sup>。

米国内の無視は、皮肉にも南アフリカのバーナードに資することになったが、同時に、南アフリカ例を「世界初」と伝える報道にハーディたちは大変なショックをうけたという<sup>149</sup>。実はハーディは手術の詳細を聞こうとケープタウンに問い合わせていた。チームのひとりであるバーナードの弟のマリオ(Mario Barnard)がハーディの外科技術を論文から引用したと言っていたという。その数か月後、わざわざバーナード自身がハーディに手紙で訂正してきた。「本当の世界初の心臓移植はハーディ(1964年)の例ではなく、古代中国で数世紀前に行われていた」と奇妙な返事であった<sup>150</sup>。いまさら世界初の心臓移植を行ったのはハーディであると主張されることを警戒したのであろう。バーナードが警戒した世界初のハーディの心臓移植を、米国社会は蒸し返さなかった。米国は心臓移植を国家的偉業とみなしていたが、それを行ったのがミシシッピでは認めることができなかったのだと考えられる。

また、米国内での内科医たちの批判は厳しかったが、ヨーロッパでは違っていたという。ヨーロッパに行くと、彼の心臓移植はすでによく知られており、米国の悪意のある批判とはちがって、「つぎをやらないのか」という反応であったという<sup>151</sup>(図 21)。

---

きる。

<sup>144</sup> Hardy, J. (1986), *op.cit.*, p.279.

<sup>145</sup> *Ibidem*, p.283.

<sup>146</sup> Hardy, J. (2002), *op.cit.*, p.304.

<sup>147</sup> 十二指腸潰瘍に迷走神経切除を開発した。スタンダードな手術になったが、初めはやはり強く批判されていた。

<sup>148</sup> Hardy, J. (1986), *op.cit.*, p.284.

<sup>149</sup> *Ibidem*, p.285.

<sup>150</sup> *Ibidem*, p.286. 中国の伝説。Nathoo も記述している (Nathoo, A., *op.cit.*, p.15.)。

<sup>151</sup> Hardy, J. (2002), *op.cit.*, pp.303-304.



図 21 ヨーロッパでは初めての心臓移植はバーナードではなくハーディが行ったという記事<sup>152</sup>。出典不明。

冷戦時代にもかかわらず、意外にもそれはソ連からもあった。1971年、モスクワのヴィシュネフスキー(Vichnevsky)教授が、最初の肺移植と最初の心臓移植について二つのメダルをハーディに授与したのである。「ハーディ先生、君が1964年に最初の心臓移植を行ったから、橋の下をたくさんの水が流れるようになったんだよ」<sup>153</sup>。米国で認めてもらえなかった「世界初」の心臓移植は、皮肉にも国家レベルでは競争相手のはずであったソ連によって認められた。

彼は孤立しなかったどころか、次第に自信を取り戻していく。やがてドラグステッドの言ったことが正しかったことが証明される。1969年、第二回世界心臓移植学会<sup>154</sup>にハ

<sup>152</sup> *Ibidem*, p.303.

<sup>153</sup> *Ibidem*, p.304.

<sup>154</sup> モントリオールで開催(第一回はケープタウン、南アフリカの章で紹介した)。パネリストは、南アのバーナード、米国のシャムウェイ、クーリー、ロウアー、ドベイキー、仏のドゥボスト、カナダのグロンディン、ブラジルのパウロ、英のロスなどである。

ーディは招待され、オープニングセッションの座長を任されたのである<sup>155</sup>。積年の挽回のチャンスが来た。さらに後年(1984年)、ロマリнда大学(カリフォルニア州: Loma Linda University)で新生児がヒヒの心臓を移植されたことを知ったハーディは、自分の正当性が証明されたと感じたという<sup>156</sup>。

ミシシッピのハーディは世界的に著明な教科書を2冊<sup>157</sup>は編集しているし、各学会の会長を歴任してきた<sup>158</sup>。全米で著名であるにもかかわらず、ミシシッピで行われた世界初の心臓移植は、全米では無視されてきた。心臓外科医クーリーは自伝のなかで心臓移植について多くを語っているが、ハーディについては言及していない<sup>159</sup>。先進的な米国心臓外科医たちについて記述している伝記的著書 *King of Hearts* の中でも、なぜかハーディは言及されていない<sup>160</sup>。著明なハーディを無視することは不自然である。あえてミシシッピの心臓移植が無視されたと考えざるをえないだろう。

ハーディは少なくとも3回は論文上で心臓移植を「最初」にしたことを強調している。1964年 *Journal of the American Medical Association*<sup>161</sup>、1968年 *American Journal of Cardiology*<sup>162</sup>で、そして1999年 *Transplantation Proceedings*<sup>163</sup>で「最初」と言い続けてきた。彼は2003年に亡くなっているので、1999年の論文は万感の思いで最期の主張をしたのであろうが、歴史は覆らなかったのである。本論で論述してきたように、心臓移植の正統化には医学技術的な妥当性だけではなく、イデオロギーやナショナリズムが関与していたからである。

歴史解釈は地域のアイデンティティに関わるものである。現代、ミシシッピの歴史で

---

<sup>155</sup> World Symposium on Heart Transplantation (1969: Montreal) *La transplantation cardiaque: deuxième symposium mondial, 1969. Heart transplantation; second world symposium*, Québec: Presses de l'université Laval, 1970.

<sup>156</sup> Hardy, J. (1986), *op.cit.*, pp.283-285.

<sup>157</sup> Hardy, James D. ed. 1977: *Rhoads' textbook of surgery: principles and practice*, Philadelphia: Lippincott, 5th ed. Hardy, James D. ed. 1983: *Hardy's textbook of surgery*, Philadelphia: Lippincott.

<sup>158</sup> The University of Mississippi Medical Center, *The James D. Hardy lectureship in surgery*, Jackson (leaflet), unknown. 歴任の会長は次のごとし。The Society of University Surgeons, the Society of Surgical Chairmen, the Southern Surgical Association, the American College of Surgeons, the American Surgical Association, the International Society of Surgery. あるいは Hardy, J.(1986), *op.cit.*, pp.335-337..

<sup>159</sup> Cooley, D., *op. cit.*

<sup>160</sup> Miller, W., *op. cit.*

<sup>161</sup> Hardy, J., Chavez C., Kurrus, F. et al. *op. cit.*

<sup>162</sup> Hardy, J. and Chavez C. "The First Heart Transplant in Man: developmental animal investigations with analysis of the 1964 case in the light of current clinical experience" *the American Journal of Cardiology*, 22, 1968, pp.1132-1140.

<sup>163</sup> Hardy, J. "The First Lung Transplant in Man (1963) and the First Heart Transplant in Man (1964)" *Transplantation Proceedings*, 31, 1999, pp. 25-29.

は、「世界初の心臓移植はミシシッピで行われた」と語られている<sup>164</sup>。ちなみにミシシッピの人種統合は進み、現在のジャクソン国際空港には、世界初の肺移植の日に撃たれた活動家エヴァーズの名前が付けられている(Jackson-Evers International Airport)。

## 第2項 日本

日本でも心臓移植は一時的にはナショナル・プライドを高めたと考えられた。それは同時に北海道のローカル・プライドをも高めた。心臓移植が中央ではなく辺境で行われたことは、中央集権構造の日本社会ではどうとらえられたのだろうか。

### 1 北海道にローカル・プライドを持たせた心臓移植

レシピエントが死亡した直後、札幌医大では臨床病理検討会を開くかどうか話し合われた(1968年11月)。このとき第1病理学の小野江教授が、剖検所見がメディアに漏れることを恐れて「1968年度の10大ニュースの中にはいるであろう心臓移植が、その名声を失うことになる」ので今はすべきではないと言っていた<sup>165</sup>。この主張は、和田移植の問題を認識していたことを意味するのと同時に、札幌医大で心臓移植は威信とみなされていたことを意味する。

北海道には、日本の他の地域にはない、米国との歴史的関係がある。明治初めの開拓期において、北海道はその開発モデルを米国に求めて産業や教育をはじめ多くの分野で多数のアメリカ人指導者を招いた。かれらを媒介に、北海道と米国の間には単に技術や知識の伝達だけにとどまらない稠密な関係が形成され、日本の中では独特な眼差しをもって米国を見つめることになった<sup>166</sup>。混合文化や開拓など、北海道と米国の共通点は多く、北海道社会は日本のほかの地域とは違う感覚を、心臓移植に見出していたかもしれない。和田の手術後すぐに出版された本に、大宅壮一が序文を捧げている。ミシシッピの地元新聞がハーディの手術のときに書いたことと同じである。

<sup>164</sup> ミシシッピ州政府のホームページ <http://www.new.ms.gov/content/Pages/DidYouKnow.aspx> しかし、スミソニアン博物館には世界初の心臓移植として展示を要請された(Hardy, J.(1986), *op.cit.*, p.276.)。

<sup>165</sup> 藤本輝夫(1971a年)前掲論文。なぜ「名声を失う」と考えられたのかは不詳。治療成績からは決して成功とは言えない手術を、剖検所見が裏づけてしまうと恐れたのかもしれない。

<sup>166</sup> 札幌学院大学人文学部『北海道とアメリカ』札幌学院大学生協同組合、1993年、iv頁。



日本で第一回の手術が東京や大阪の大学ではなく、札幌医大で行われたということに、私は大きな意義を見出し、北海道にはまだフロンティア精神の生き続けていることを知った<sup>167</sup>。

北海道の人々は、「フロンティア精神」で米国とつながった気持ちになっていたのではないか。北海道で心臓移植が行われたという事実は、第3章で論じた和田によるアメリカ流の医療導入を含めて、北海道が米国を利用してローカル・プライドを高めるという側面をもっていたのではないか。

さらに以下に述べる全国紙と『北海道新聞』の論調の差から、北海道の威信を高めたはずの心臓移植を、北海道社会がなかなか諦められない様子を感じることができる。たとえば心臓移植から1年後、『北海道新聞』は日本での心臓移植の継続を期待するかのよう外国例の記事を載せる。「世界ですでに140例行われており、カトリック神父ですらフランスで心臓移植を受けており、世界では積極的な研究が続けられている」と指摘し、「死の判定」についての、国際的な動きと、日本の動きとを紹介している。近日中に、南アフリカのバーナードが外務省の招待で来日するという計画について触れ、国として認めようとする動きではないかというある学者の意見を載せていた<sup>168</sup>。日本の外務省の記録によると、当時は文化交流事業のひとつとして外国文化人を招へいしており、その一人としてバーナードは招かれていた<sup>169</sup>。

1969年9月、バーナードが文化使節として来日した。東京と北海道を訪れ、和田とともに記者会見を行っているが<sup>170</sup>、全国紙と北海道紙との格差がもっとも顕著だったのはこの内容である。『北海道新聞』はバーナードの講演内容の要旨を載せ、彼を「未知の分野に切り込む開拓者」とイメージし、「この開拓者にも「神の部分」があることを示しているのかもしれない」と好意的にとらえている。「開拓者」という表現は北海道の開拓と

<sup>167</sup> 和田寿郎（1968年）、前掲書、序文。

<sup>168</sup> 『北海道新聞』、1969年8月5日夕刊、「心臓移植から1年」。

<sup>169</sup> 外務省ホームページ、<http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/bluebook/1970/s44-2-6-2.html>、2014年9月3日DL。この計画が日本政府からの要望なのか、南アフリカ政府からの申し出なのかは不明である。当時バーナードは世界中を訪問しているが、第1章で述べたように南アフリカ政府が外交大使のようにバーナードを送り込んだ国々もあったようなので、日本もそのひとつだったのかもしれない。

<sup>170</sup> この計画は前月に南アフリカでも報道されている。「文化交流のために、日本の外務省が顕著な外国の文化使節を招待した」1969.8.23. 出典不明(Cape Times?)(CBC, UCT)

いう歴史を重ねているのだろう。バーナードのコメントとして、心臓移植の適応、バーナードの死の判定に関する持論、バーナードの和田への称賛をそのまま載せ、「心臓移植が確立されれば、アメリカだけで五百万人の人たちを助けることができる。心臓移植はいま始まったばかり」という希望に満ちた結び方をしている<sup>171</sup>。

一方、その3日前に『朝日新聞』は東京本社にバーナードと和田を呼んで座談会形式の取材を行っている。二人をわざわざ招いていながら『朝日新聞』の質問は挑発的であった。『朝日新聞』の記者は和田を目の前にして「和田教授は告発されたが」、バーナードには「どんな風当りがあったか」と質問すると、「新しいものに偏見をもつのは人間性の常だ。医師というものは、自分の行為に責任を持ち、良心がはっきりしていればそれでよいと思う」とやり返された。この後もバーナードに「世界を回ったときどんな批判だったか」と不躰に繰り返したが、バーナードは「古い世代の医師から批判されたが、若い医師からは勇気づけられた。特に英国の非難は最も強かった」と率直に答えた。臓器移植法について聞くとバーナードからは「ドナーの近親者と連絡がつかなくても、第三者の許可などによって臓器を利用できるようにしたい」<sup>172</sup>と積極的意見を言われ、和田には「ドナーの氏名を非公開にしたい」と報道に対する苦言を呈された。逆にバーナードは『朝日新聞』に質問する「移植手術の決断とそれ以前の一般的手術の決断とは異質だと思うか」。『朝日新聞』が「チャンスを狙っていたはずだ。誘惑があったはずだ(心臓移植が偉業であったことを前提にしている)」と挑発するとバーナードは、「心臓移植で人々が騒ぐのは、対象がハート(心臓)なので、純粋に科学的に考えることがむずかしいからだ」と記者をあしらった。『朝日新聞』は和田に「臓

」と嫌味な質問をすると「われわれ心臓外科医が死の直前にある患者を助けられるような法律になってほしい」と返された。『朝日新聞』の記者は死の直前にある患者をリアルに感じていない。このときは、術後長期生存例であったブライバークが死亡した直後であった。『朝日新聞』はこのレシピエントを「心臓移植のシンボル」と勝手に呼び、バーナードに「希望者が減って困るのではないか」と嫌味を言うとバーナードは、「そういう目で見ると人は、健康な心臓の持ち主だから」とやり返し、「移植によって生き延びる光明がある以上、私は希望者が減るとは思わない」と忍耐強く答えて

<sup>171</sup> 『北海道新聞』、1969年9月29日朝刊、「心臓移植のバーナード博士来道」。

<sup>172</sup> 第一章(南アフリカ)ですでに述べた。

いた<sup>173</sup>。

『北海道新聞』は心臓移植への夢を捨てない。1970年1月の『北海道新聞』では、心臓移植についての米国の調査報告が「継続する価値がある」と結論していることを、「“心臓移植は続けよ”」という記事にしている<sup>174</sup>。

北海道は、先住民とさまざまな場所からの移民の諸文化の混合文化の地であるために固有の伝統を語る事が困難である。この状況は、「米国」の章で述べたアメリカの状況に似ている。人々の紐帯が具体的なものでないとき、アイデンティティは抽象的・理念的なものにならざるをえない。それが「開拓精神(フロンティア精神)」である。北海道も米国と同様に、以下のように「開拓精神(フロンティア精神)」をアンダーソン<sup>175</sup>のいうところの「ロゴ」としていた。

心臓移植が行われたときの北海道は、開拓して100年という記念すべき年であった。議会では「開拓精神」という言説がしばしば使われた。たとえば1967年12月16日第4回北海道議会では、自民党佐々木(豊)議員から開拓者魂浸透のための一大啓蒙運動を展開する見解が表明された<sup>176</sup>(図22)。また、1968年2月26日第1回定例道議会の知事道政執行方針で、「開拓精神」は次のように使用されている<sup>177</sup>。

すべての青少年が、祖、使命感に徹した道民としてたくましく成長することが肝要と存じます。

さらに、1969年2月25日第1回定例道議会での知事道政執行方針では、北海道が第2世紀を迎えたことに関連し、「開拓精神」は次のように使用された<sup>178</sup>。

郷土北海道は、先人のたゆまぬ努力により、100年のきびしい風雪に耐え抜いてめざましい発展を続け、ここに第2世紀という新たな歴史的段階を迎えました。・・・新時代にふさわしい道政を積極的に推進してまいる決意であります

<sup>173</sup> 『朝日新聞』、1969年9月26日朝刊、「心臓移植は続けたい：バーナード、和田両博士語る」。

<sup>174</sup> 『北海道新聞』、1970年1月7日朝刊、「“心臓移植は続けよ” 米医師陣が調査報告」。

<sup>175</sup> ベネディクト・アンダーソン、前掲書。

<sup>176</sup> 北海道議会時報第20巻第1号、6頁

<sup>177</sup> 北海道議会時報第20巻第3・4号、13頁

<sup>178</sup> 北海道議会時報第21巻第4号、4-5頁

が、道民の皆さんも、かつて先人が示したあの不屈の開拓精神に思いをいたし、自主独立の精神を培う、偉大な北海道の建設のため、懸命の努力を重ねられることを念願してやまないであります。

## 北海道議會時報

特集 第4期定例道議会  
第20巻 第1号



北海道議会事務局

図 22 100年記念祭のシンボルマーク

心臓移植が行われた当時は、札幌オリンピック誘致が決定したころでもあった。1966年4月26日、ローマで開かれた第64次国際オリンピック委員会総会が、1972年冬季大会を札幌に決定した<sup>179</sup>。札幌は喜びにわき、市電・市バスは日の丸と五輪の小旗をかかげて走った<sup>180</sup>。『北海道新聞』には「喜びのマチの声」として札幌市内のある主婦のコメントが紹介されている「本道の若者たちはすばらしい夢を持ち、そして大会では二度と味わえない感動を肌で感じとることでしょう。道路、交通機関、大会を含めて、外国からやってくるたくさんのお客さんに恥ずかしくないまちづくりに全力をあげてほしい。私たちもできる限りの協力をしたい」<sup>181</sup>。『北海道新聞』は特集「札幌にオリンピックが

<sup>179</sup> このとき同時に、南アフリカ人種差別問題について、国際オリンピック委員会は態度を表明しようとした。結局、南アフリカをオリンピック委員会から除名するかどうかの決定は、1年延期することが決定された(『北海道新聞』、1966年4月27日、「冬季オリンピック、72年に札幌で」)。

<sup>180</sup> 『北海道新聞』、1966年4月27日夕刊、「あふれる五輪ムード」

<sup>181</sup> 『北海道新聞』、1966年4月27日朝刊、「“夢”やっとなりに: 札幌オリンピック」

やってくる」を連載した「半世紀に及ぶ道民の夢が、ついに開花する」<sup>182</sup>。主会場になる真駒内が「北海道開拓の父、エドウィン・ダン(Edwin Dun)のゆかりの地」であるため、オリンピックと北海道のフロンティア精神とを重ねた「選手たちの記録への挑戦とフロンティア・スピリットは一脈あい通じるものがある」<sup>183</sup>。

並行して北海道百年記念事業も進んでいた。北海道議会では1967年7月、北海道百年記念事業のための特別委員会設置が議決された<sup>184</sup>。北海道大博覧会、北海道百年記念公園の造成、100m記念塔の建設、北海道百年記念式典などが計画された<sup>185</sup>。この式典は1968年9月2日(和田移植の25日後)、天皇・皇后両陛下がご臨席のもと挙行されているが、この決議において北海道議会では以下のように懇請された<sup>186</sup>。

北海道が、今日のように、国民経済の発展に重要な位置を占めるに至ったことは、過去百年にわたり、風雪に耐え、開発を進めてきた先人の労苦のたまものであり、今後一層、開発を推進することにより、さらに高い役割を果たすことは、われわれ道民の責務であると痛感している。

この機会に、北海道百年の偉業をしのび、開発に尽くした人々に対し、慰霊感謝の意を表するとともに、今後における本道開発の誓いを新たにすために、昭和43年9月2日に全道民こぞって、北海道百年記念式典を挙行することとなった次第である。

よって本式典を、厳粛盛大に、かつ、意義深く、執り行うため、本式典に、親しく、天皇、皇后両陛下の御臨幸をたまわるよう、本会議の決議をもって、請願する。

北海道民が希望をもって未来を見つめ、心は「開拓精神」で束ねられていた。「開拓精神」は未開の土地を切り開くという力強さをイメージする一方、辺境である北海道の劣

---

<sup>182</sup> 『北海道新聞』、1966年4月27日夕刊、「札幌にオリンピックがやってくる①」

<sup>183</sup> 『北海道新聞』、1966年4月28日夕刊、「札幌にオリンピックがやってくる②」

<sup>184</sup> 北海道議会時報第19巻第7・8号、22頁

<sup>185</sup> 北海道議会時報第19巻第9号、6頁

<sup>186</sup> 北海道議会時報第19巻第10・11号、16頁

等意識を逆手にとったレトリックといえる。これをロゴとすることで、北海道社会は統合され、厳しい自然と中央との闘いを生き抜いてきたのではないだろうか。そしてそのとき、革新的手術である心臓移植が北海道で行われたことは、道民のこころを勇気づけたことだろう。

和田移植には問題が多かったのだが、北海道にとってはローカル・プライドとみなされていた。第1章と第3章で、南アフリカと日本の心臓移植が冷戦下のリーダー米国への挑戦という意義があったことを述べたが、北海道の心臓移植は地方からの日本の中央への挑戦という側面もあった。ただし、日本にとってナショナル・プライドを高めたとみなされたのはごく初期だけであった。ミシシッピ州立大学が現在、世界初の心臓移植が行われた大学として明確に誇っているのとは対照的に、札幌医大での歴史認識は控えめである<sup>187</sup>。札幌医大の50年史で心臓移植はいかに歴史的に扱われたかという点、大変な騒ぎになったことと、学内から反論があり議論が分かれたことが述べられ<sup>188</sup>、誇ることも恥じることもできない紹介になっている<sup>189</sup>。ただし、当事者の胸部外科だけは誇っている「1954年に行われた北海道第一例目となる心臓手術や1968年に本邦第一例目となる同種心臓移植術をはじめとして本邦を常にリードする形で診療と研究に従事してきた」<sup>190</sup>。

## 2 心臓移植のタブー化

第3章でも論述したように、北海道で行われた日本初の心臓移植は一時的にもナショナル・プライドを高めたとみなされたが、だからこそこの手術のイメージは急降下した。ミシシッピのハーディが国内の外科医たちに慰められたのとは違い、和田は日本国内で慰められることなく孤立していく。和田に声をかけたのは直接会った南アフリカのバーナード<sup>191</sup>や、「ジェリーよ、おれも告発されたが不起訴だった。これにめげず心臓移植を続けよう」と声をかけたカントロヴィッツや、和田に手紙を送ったクーリーであった<sup>192</sup>。

<sup>187</sup> [http://www.umc.edu/medical\\_center/james\\_hardy.html](http://www.umc.edu/medical_center/james_hardy.html) 2012年1月31日DL。

<sup>188</sup> 正確には、藤本と布施は和田側と対和田側に分かれたのが、それは異なる論点だった。

<sup>189</sup> 札幌医科大学開学50年編、前掲書、44頁。

<sup>190</sup> 札幌医科大学胸部外科、前掲書、352-353頁。追加すると、2017年現在、札幌医大は心臓移植手術として認定されている病院ではなく、北海道では北海道大学のみである。

<sup>191</sup> 和田は1969年1月に南アフリカのバーナードを訪問しているし、バーナードはその年9月に北海道の和田を訪ねている。

<sup>192</sup> 和田寿郎（2000年）、前掲書、246頁。

第3章で論述したように、和田は米国を利用して日本の医学界の階層秩序に挑戦したために、ミシシッピのハーディのように、同胞たちからの慰めや応援を受けなかったのではないか。そして和田が医学界コミュニティの秩序を乱したから、同胞たちは心臓移植を語るができなくなったのではないか。

リブセットは日本の社会の特徴を述べている<sup>193</sup>。

日本は先進社会の中で最も集団志向の文化を持つように見えるのに対し、米国は最も個人主義的な文化をもつ。日本は服従と階級制が重視される社会を維持しており、そこには、日本の封建時代の過去に由来する世襲関係の精神が引き続き生きている。理論的には、人間は個人として存在するのではなく、ある集団、すなわち、家族、学校、地域社会、会社、国家の一員としてのみ存在する。

和田の功績は後年の日本の外科学教科書にほとんど登場しない。たとえば第3章で「札幌医大型」人工心臓(1959年製作)、「T. D. O. 熱交換円盤型人工心臓」(1962年製作)について述べたが、『標準外科学(1985年)』には触れられていない。機械開発とともにその功績が掻き消されることはありうるのだが、「ワダ弁」ですら載せられていないのである。ワダ弁とは和田が開発し1966年に国際学会で報告したもので、米国のメーカー「カッター社」によって量産された人工心臓弁である。米国で開発された人工心臓に使用され、その人工心臓はワシントンのスミソニアン博物館に展示されているという<sup>194</sup>。世界で最も権威ある米国のクリストファーの外科学書には写真入りで掲載されているが<sup>195</sup>、日本の『標準外科学(1986年)』には「Bjork-Shiley弁」<sup>196</sup>など外国人の名があげられているが「ワダ・カッター弁」はない<sup>197</sup>。やはり機械は新しいものが開発されれば忘れられていくものだが、米国の医師向けカレンダー(1999年)にはこの弁が取り上げられていた<sup>198</sup>。

<sup>193</sup> シーモア・M・リブセット、前掲書、326-327頁。

<sup>194</sup> 和田寿郎(2000年)、前掲書、235-236頁。

<sup>195</sup> 浅井康文「和田壽郎先生の死を悼む」『人工臓器』40(1)、2011年、9-11頁。

<sup>196</sup> 「ワダ・カッター弁」がヒントになったといわれている。

<sup>197</sup> 武藤輝一、相馬智、前掲書、394頁。

<sup>198</sup> 和田寿郎(2000年)、前掲書、2482-251頁。シャムウェイは和田の喜寿のお祝いにメッセージを送っている。そこには和田本人を「アメリカで最も知られている日本人外科医」と称え、ワダ弁について「彼の貢献のなかでひとときわ卓越している。クーリーが使用した人工心臓にはこ

近年の日本の大学の心臓外科のホームページに機械弁の歴史が載せられているが、歴史の記述であってもワダ弁は載せられていない<sup>199</sup>。日本の医学界では数少ない日本人の功績は誇らしく取り上げられることが多いが、外科における和田の功績はあえて無視されたかのように思える<sup>200</sup>。外科医コミュニティのなかでの和田への扱いは、「和田移植事件」と疎まれていたことを差し引いたとしても、公平とはいえなかった。

どんな外科手術であっても、症例を積み重ねて技術レベルが向上し、安定した成績に至るのであり、最初から完璧な手術などない。手術を必要とする患者は常に存在することから、手術を継続せざるをえず、断念されてしまうことの方が稀である。序論で筆者は、心臓外科医が第2例に行動を移せなかったことを問題にした。そしてその問題点には、和田移植のあまりにも大きい影響力が関連しているのではないかと問いを投げかけた。第3章では、外来文化要素への抵抗と医学界の構造的要因から、日本では医師たちが連携できなかったために心臓移植が排除されたと述べたが、本章で述べてきたように、和田が米国を利用して医学界秩序に挑戦したことで、日本の心臓外科医たちは二重の意味で凍りつくことになった。2例目では、また告発されるという不安を抱えながら、和田移植の悪しきイメージを払拭しなければならない。しかし人体実験を許容する文化要素が欠如したままであり、さらに医学界秩序に配慮しなければならない、という二重の課題を負うことになったのである。

結局、心臓外科医たちは長い間、2例目を行おうとせず、連携しようとしなかった。当時、心臓移植に近かった心臓外科医は和田以外にも幾人かいた。東京女子医大の榊原、東京大学の近藤、大阪大学の広瀬、そして長崎大学の古賀などである。実は東京女子医大の榊原は和田移植の数か月前に心臓移植を行おうとしていた。榊原から連絡を受けた新井達太<sup>201</sup>がドナー家族に了承を得ようとしたが、得られずに断念したという<sup>202</sup>。また榊原は、和田のレシピエントが死亡したとき、「慎重にやるべきことはもちろんだが、宮

---

の弁が4個とも使用されて成功をおさめた」と書かれていた。

<sup>199</sup> 帝京大学医学部心臓血管外科学講座ホームページ ([http://www.teikyo-cvs.com/public/seminar\\_doc/cvs\\_seminar05/cvs05\\_slide.pdf](http://www.teikyo-cvs.com/public/seminar_doc/cvs_seminar05/cvs05_slide.pdf) 2014年8月19日DL).

<sup>200</sup> 和田の問題点として自己顕示欲の強さを言う人はいる。彼の回顧録の多くの部分は自慢話、しかも一部は誇大な自慢話でできている。川島元大阪大学教授(和田より一代後)も「強烈な個性、自己顕示欲の強い態度」と表現している(2014年7月、筆者との手紙のやりとりから)。

<sup>201</sup> 共同通信社社会部によると、当時、榊原「右腕」と目されていた。

<sup>202</sup> 共同通信社社会部、前掲書、157-158頁。



崎君の死によって心臓移植という新しい道を閉ざすべきではない」と言っていた<sup>203</sup>。近藤は東京大学からニューヨークのカントロヴィッツ(心臓外科医)のもとで犬の心臓移植実験を研究し、当時の最長生存記録をつくっていた。さらに近藤は和田移植後の1969年、ミシシッピのハーディのところへ研究に行った<sup>204</sup>。しかしその後、実験をやめただけでなく、専門を心臓外科から別の外科に変更していた<sup>205</sup>。古賀保範は長崎大学から、近藤のあとにカントロヴィッツのもとに留学し、米国初の心臓移植で助手を務めていた<sup>206</sup>。和田移植後、古賀は心臓移植の実験をしばらくやめ、1983年に心臓移植研究会が発足したところに再開している<sup>207</sup>。大阪大学の広瀬は1971年に心臓移植の研究のために南アフリカに留学していた<sup>208</sup>。日本の章で述べたが、近藤も榊原も2例目への意欲を語っていた。繰り返しになるが、たとえば近藤は「社会通年に基づいて手を下すのではなく、実績が社会通年を作っていくと考えている。何もしなければ何も生まれぬ<sup>209</sup>」と主張していたし、榊原は医事新報企画の座談会で「法律でこれが禁止してあるからということでやるやらないを(決定するとは)考えないつもりです<sup>210</sup>」と語っていた。

榊原、近藤、広瀬、そして古賀も心臓移植をやる気がありながら、沈黙したのであった。その後、「心臓移植」という言説そのものが外科医たちの間から消えていく。その様子は第3章で述べたとおりである。

心臓移植がナショナル・プライドを高めると捉えられていたからこそ、日本の医学界内での正統には、初めて行う外科医がどこのだれかが重要であった。個人主義ではない日本で、だれがやれば正統とされるのかは、階級の頂点にいる人物しかいない。臓器移植法案の準備委員会で想定されていたのが東京大学の外科教授であったこと<sup>211</sup>、鑑定人

<sup>203</sup> 『朝日新聞』1968年10月30日朝刊、「宮崎君の死」

<sup>204</sup> 近藤芳夫「分院時代の思い出: 本郷移転決定のいきさつ」(東京大学医学部附属病院分院創立百周年記念事業実行委員会編『東京大学医学部附属病院分院創立百周年記念誌』東京大学医学部附属病院分院創立百周年記念事業実行委員会編、1996年、28-31頁。)

<sup>205</sup> 筆者がインターネットなどから調査した結果。

<sup>206</sup> 吉村昭(1984年)、前掲書、122-126頁。

<sup>207</sup> 後藤正治、前掲書、119頁。

<sup>208</sup> 出典不明(*Die Burger?*), "Dr. Hajimi Hirose", 1971年ころ(C. Barnard collection at University of Cape Town)

<sup>209</sup> 『北海道新聞』1968年11月1日朝刊、「消えた二つの鼓動③」

<sup>210</sup> 榊原任ほか(1969年)、前掲論文。和田の不起訴決定がまだされていないときである。

<sup>211</sup> 1968年3月、南アフリカの手術の3か月後、心臓移植について国会で採り上げられている(58次衆議院法務委員会14号、1968年3月28日)。中谷鉄也委員が「東京大学の木本教授ら交えて、法務省と厚生省のほうで臓器移植法案の制定準備委員会というようなものをつくろうとい

が全員東京大学関係者であったこと、和田を攻撃した同僚が東京大学出身者であったことから、それは自明に思える。1965年から1967年の3年間、文部省の科学研究費の交付を受けて行われた臓器移植に関する研究(代表者は大阪大学外科教授の陣内伝之助)は、腎移植、肝移植、肺移植など、臓器移植全般に関する研究であったが、心臓移植の研究を担当したのは女子医大の榊原であった。つまり、階級の頂点にいたのは榊原であった。榊原は南アフリカで初例が行われた時にはまだ慎重派だったが、それでも「手術する機会はほとんどないだろうが、ないとはいえないから、いつでも手術ができるように用意万端を整えおいた」という<sup>212</sup>。関係者側から伝え聞いたところによると、榊原は後年、「自分がやっていたらよかった」と漏らしていたという<sup>213</sup>。

和田は1977年、札幌医大から東京女子医大へ移る。榊原が教授を退職するにあたって榊原本人が要望したのである。和田は、榊原の熱心な勧奨と国際活動の利便性からも移動する決心をしたという<sup>214</sup>。榊原の本意は確認できないが、心臓移植を再開する可能性は高まったはずである<sup>215</sup>。しかし、結局、かなわなかった。

1980年代、米国などの外科医たちの努力により、心臓移植の治療成績は徐々に安定し、人体実験性は薄れた。日本で心臓移植が社会に受容されるためには、脳死の問題だけが残ることになった。1982年心臓外科医たち(小柳、川島ら)は心臓移植研究会を立ち上げた。川島が、女子医大の小柳、鹿児島大学の平明教授、そして国立循環器病センター一宮浩部長(腎移植が専門)を誘ったのである<sup>216</sup>。心臓外科医たちはこのとき初めて連携して一枚岩になろうとしたのである。和田はこの頃女子医大に勤務していたが、呼ばれることはなかったし、札幌医大関係者も同様である。

1980年代、日本では脳死論議がおこり、脳死が社会に受容されずに脳死体からの臓器移植の実現は困難となる。その結果、患者は移植のために外国へ渡航するようになる。他方、移

---

う動きがあるのか」と質問している。

<sup>212</sup> 榊原任(1987年)、前掲書、150-151頁。

<sup>213</sup> 川島康生元大阪大学教授が伝え聞いたという。2014年7月、筆者の手紙のやりとりから。

<sup>214</sup> 和田寿郎(2000年)、前掲書、242頁。ただし国立循環器センターと榊原記念病院開院のため、多くの若い教室員が転出したこと、さらに日本心臓血圧研究所の内科系の医師たちは心臓移植に強く反対していたことが残念であったという。

<sup>215</sup> 札幌医大で行うよりも、東京(中央)で行う方が外科医たちは連携しやすいであろう。

<sup>216</sup> 川島康生(2009年)、前掲書、46-48頁。

脳死診断を不要とする「人工心臓」が開発され<sup>217</sup>、肝臓では生体移植が進化した。他方、1983年に、脳死判定基準のための厚生省研究班が発足し、脳死体からの臓器移植実現化への足掛かりとなる。つづいて中山太郎氏ら生命倫理研究議員連盟が、衆参両議院の議長に対して国会で議論を始めるように要請し、1988年2月、「脳死・生命倫理及び臓器移植問題に関する調査会」が誕生した。臓器移植法の議員立法を目指していたこの調査会は、臓器移植法の立法化のまえに、脳死を人の死とすることの是非などを審議する臨時調査会を政府におくことを求めて、1990年3月、臨時脳死及び臓器移植調査会(いわゆる脳死臨調)が発足した。この脳死臨調が、さまざまな分野の人々が議論する場を設定し、意見を取りまとめて脳死に関する答申を発表するなどのアクションを起こしていき、脳死論議の収束へと寄与していくのである<sup>218</sup>。1992年の最終答申<sup>219</sup>で脳死は人の死であることが表明され、それを受けて1997年、日本の臓器移植法が制定され、1999年には日本の心臓移植がついに再開した。東京女子医大の小柳は振り返る「和田移植に端を発する特殊な歴史ゆえに、確かなスタートのために法制定は不可避だった」、「本邦における制度設計のプロセスでの医療職の立場と呪縛は悲惨なものであった」<sup>220</sup>。それでも移植例は極端に少なかったため、2010年に法改正され、本人の意思が不明でも家族の承諾で臓器提供が可能となり、さらに15歳未満の臓器提供も可能となったため、心臓移植の件数は増加している<sup>221</sup>。

1999年、国際学会で和田が旧友カントロヴィッツと再会したとき、「シャムウェイもクーリーもリリハイもドバイキーもみんな命がけの苦勞をした。でもかれらには仲間がいたからね。ジェリー(和田の愛称)はひとりでよく頑張った」と慰められた<sup>222</sup>。

### 第3節 本章のまとめ

米国で初めて心臓移植が行われたミシシッピ例と、日本で初めて行われた北海道例が

---

<sup>217</sup> 心臓移植までの「つなぎ」として、日本人患者が渡航移植までの待機期間を、生存できるように使用された。

<sup>218</sup> 林によると、「脳死」論議は、後のさまざまな生命科学をめぐる論争と意思決定過程のモデルとなったという(林真理、前掲書、20頁。)

<sup>219</sup> 『朝日新聞』、1992年1月23日朝刊、「「脳死は人の死」答申」。ただし、脳死を死と認めない少数意見も盛られた。

<sup>220</sup> 小柳仁「臓器移植を通して戦い続けた半世紀」『新潟大学医学部学会々報』99、2013年、19-23頁。

<sup>221</sup> <http://www.jotnw.or.jp/datafile/offer/2013.html>、2014年9月10日DL。

<sup>222</sup> 和田寿郎(2000年)、前掲書、247頁。

排除されるようすには共通点があった。地方と中央は統合されておらず、どちらの地域も中央に抵抗し、その国では周辺として扱われていた。

歴史的に南北戦争の敗者として、その後は米国で最も貧しい州として、さらに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、ハーディの心臓移植は、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。しかし、米国の恥とされていたミシシッピでは、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、この手術は批判され、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・プライドを高めたが、外科医和田が刑事告発され、同僚の医者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のであった。

その後、両国には、社会に心臓移植が受容される・排除されるという大きな差が生じた。米国では南アフリカの例によって米国のナショナリズムが呼び起こされ、連邦政府の介入と、英雄視される外科医たちによって心臓移植は社会に受容されていった。一方日本では、米国を利用して日本の医学界の秩序に挑戦した和田は「村八分」にされ、心臓外科医たちは2 例目を行えないどころか心臓移植を語らなくなっていった。

## 結論

### 第1節 南ア・米国・日本の心臓移植をめぐる諸条件の比較

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である。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、という点からである。本研究では死の判定と人体実験の二点について、南アフリカと米国はいかにして心臓移植を受容し、日本はいかにして一度は受容しながら排除したのかを検討した。

第1章で論述したように、南アフリカでは、外科医バーナードが「死の判定ができるのは医師だけである」という強い態度で新しい死を社会に受け入れさせていた。彼はイギリスの学会でも、自国の法改定のための委員会でも、揺らぐことなくこれを主張した。また、外科手術が人体実験であったことはレシピエントの勇気を称えることで正当化された。特に2例目のレシピエントについては勇気を讃えるだけでなく過度に手術の成功が強調された。さらに黒人のドナー・スキャンダルが起こるが、法律を改定することにより、むしろ身元不明者の臓器は提供されやすくなった。心臓移植を支えたのは南アフリカ政府である。アパルトヘイトのために国際社会で孤立していた南アフリカは、自由世界に属していることを広報宣伝するのに外科医バーナードを利用したのである。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た(表1)。また、筆者は序論で、学者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て、ある革新的外科技術が正統化されるときに、技術的な妥当性以外に、医学界内での正統性獲得過程、すなわち医学界内の政治過程があると想定したが、南アフリカの医学界内での心臓移植の正統性は、医学技術的な妥当性というよりも、イデオロギーやナショナリズムのような論理で獲得していた。そして心臓移植を広報宣伝に利用した南アフリカ政府によって、心臓移植は「社会的正統性」を与えられ、南アフリカ社会に受容された(図23)。

米国は心臓移植研究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。ところが南アフリカに先を越されたことで、大きく事態は動いた。第2章で論述したように、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主導権をとって、新しい死を社会に受け入れさせた。外科手術の「人体実験」性は、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。専門家たちが主導権をとることができた理由は彼らが連携したからであり、彼らを連携させたのは米国政府である。共通の文化や共通の歴史をもたない米国は、「フロンティア精神」をナショナル・アイデンティティとしてもち、これが心臓外科医たちのモチベーションを形成し、心臓移植を先進させた。冷戦下の米国は自由世界のリーダーとして「アメリカは世界一でなければならない」という義務感をもっており、さらにスプートニク・ショックもあって、米国政府は突き動かされ、心臓外科医たちを支えたのである。また、筆者は序論で、学界内での正統性獲得過程とは医学界内の政治過程でもあるとして、この過程におけるジャーナル共同体の役割を指摘していたが、米国では外科技術の妥当性はジャーナル共同体によって正統化され、特にシャムウェイという特定の外科医が重要視されていた。これとは裏腹にアメリカの恥とされていたミシシッピの心臓移植は、世界初の心臓移植と認められることはなく、心臓移植の正統化には医学技術的な妥当性はもちろん、イデオロギーやナショナリズムのような価値観が関与していたといえる。そして「世界一」を目指す米国政府が専門家たちを連携させたり、人体実験を制度化したことによって、心臓移植は「社会的正統性」を与えられ、米国社会に受容された。

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意味で、世界で30例目に行われた日本の心臓移植は一度は称賛された。しかし外科医和田は刑事告発された。今までの外科技術同様に、心臓移植も米国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、死の判定の変更を社会に受け入れさせることができず、かつ手術適応がないとして人体実験とみなされた。日本政府は一時的には臓器移植の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。封建主義的な医局講座制では、大学の教室を越える連携は困難であった。さらに当時の日本には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)が欠如していた上、米国へのアンビバレントな感情もあり、心臓移植を構成する文化要素群は抵抗を受けた。いったん受け入れた外来文化要素を激しい葛藤を経て追い出してしまった結果、心臓移植という言説が消えてしまった。ジャーナル共同

体という点においては、藤本、宮原、そして和田たちのジャーナル上での攻防は、心臓移植の正統化を困難にさせた。医学界内において、ナショナリズム、文化要素、学閥意識が作用する政治過程によって、心臓移植が正統化されなかったといえる。しかもその後 10 年間にわたって言説が消えてしまったのでジャーナル共同体の機能は停止してしまい、正統化することは一層、困難になった。

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、 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

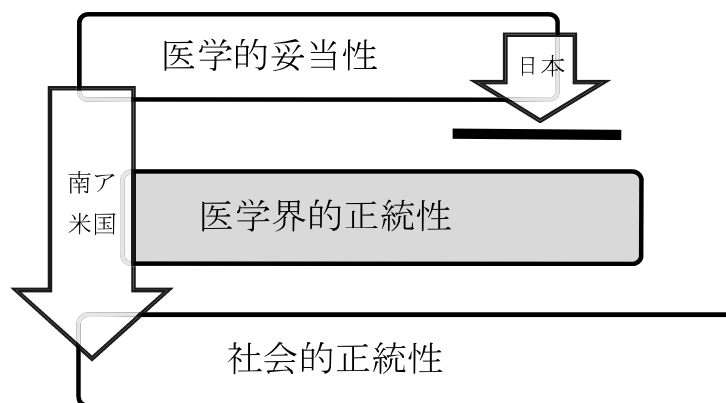


図 23 南ア・米国・日本の心臓移植の「正統性獲得過程」の比較

## 第2節 「問い」への答え

### 第1項 1. なぜ、どのように心臓移植は国際レースとなったのか？

それぞれ3か国の状況に違いはあるが、いずれにしても、それぞれの国の、その当時の医学水準や医療事情からみて、必要性からだけでは心臓移植に強くこだわる理由は説明できない。本論で述べたように、南アフリカでは白人の虚血性心疾患は確かに多く、心不全に至ると心臓移植以外には方法がないとされる患者は存在したが、他方ではもっと資源を配分すべき基本的かつ致命的な疾患もあった。特に黒人の生命予後は白人に比べて著しく低く、医療の提供は不均衡であった。また、米国の医療も不均衡であった。公的医療保険の制度はかなわず、医療にアクセスできないために単純な疾患で生命を落とす国民がいる一方で、心臓移植や人工心臓などに投入された研究費は莫大で、国民全体の医療よりも技術の先進性が重要視されていた。他方、日本は公的医療保険制度があり、医療の提供に関しては極端に不均衡ではなかった。虚血性心疾患の患者は多かったが、臓器移植の研究を特に重要視していたわけではなかった。しかし心臓移植は国際レースになったのである。

心臓移植レースが特殊な点は、治療成績を競ったのではなく「一番目」を競ったことである。米国の心臓外科医たちは歴史的に、ヨーロッパの外科の権威の教え「心臓に手を触れるな」という因襲的考えを打ち破ってきた。心臓移植ではさらに、心臓が心の在処であるという人類共通の考えを打ち破ることを意味した。心臓で、かつ一番目に移植を行うことは米国人らしい「フロンティア精神」を象徴的に示すことになる。第2章で論じたように、米国外科医たちのモチベーションを形成したのは米国のナショナル・アイデンティティ「フロンティア精神」であった。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、宇宙開発レースの背景には、宇宙開発における心理的効果を利用して「自由世界のリーダー」であろうとする米国政府の意図があった。ケネディのスピーチは心臓外科医たちを奮起させた。米国外科医たちが心臓移植レースと宇宙開発レースをリンクして考えていたことから、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ていたことを意味する。米国外科医たちはこのイデオロギーに応じた結果、心臓移植レースに突き進んだのである。

外科医たちの接点は心臓外科研究の最先端であったミネソタ大学である。南アフリカ



のバーナードと日本の和田はミネソタ大学に留学していた。米国心臓外科医たちの価値観が南アフリカや日本の心臓外科医たちに影響し、価値観を共有した心臓外科医たちが、それぞれの国で心臓移植を開始した。つまり心臓移植レースは、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。それと同時に心臓移植がレースであったために、外科技術とともに心臓移植の文化要素がトランスナショナルに、しかもスピーディに伝播されることになった。

### 1 米国を利用したナショナル・プライドの高揚

第1章と第3章で述べたように、日本の外科医たちも米国外科医たちと同様に宇宙開発と心臓移植をリンクする考えをもっていた。さらに南アフリカ社会や日本社会にも同様の考えがみられる。特徴的なことは、米国が心臓移植を重要視していたからこそ、その価値観が世界に広がり、それと同時に米国外科医たちの考えが諸外国の心臓外科医たちにも浸透し、米国の外科技術がスピーディに広がったことである。結果的に、米国政府が意図した宇宙開発の心理的効果が諸外国にも拡散したことになる。筆者は序論で、ナショナル・アイデンティティ形成は他国からの承認を通じて自国のイメージを解釈する作業であると指摘したが、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いて、米国に認められてもらおうとした。心臓外科医から見れば、米国にとって重要な心臓移植を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のである。国際社会から非難されていた南アフリカにとって、「世界一」になること自体に大きな意味があるというよりも、心臓移植を最初に行うことを米国が重要視しているという事実が大きな意味があった。南アフリカと日本にとっては、心臓移植はナショナル・プライドを高めるための道具であり、ナショナル・プライドを高めることはナショナル・アイデンティティ維持拡大の道具であった。つまり、影響力の大きい米国を利用して、自国のナショナル・アイデンティティを維持拡大しようとしたのである。

米国の理想像「世界一」が拡散されたとき、南アフリカと日本の外科医は米国を利用して自らがヒーローになろうとした。両国にとっての最初の手術だけは、両者ともヒーローになったという点だけは共通していた。どちらも米国を利用することでナショナル・プライドを高めようとしたのである。そうすることが、ナショナル・アイデンティティ

維持拡大に資することになり、政府の支援を引き出すことができ、その結果心臓移植を推進することができる。今一度確認しておきたいが、本稿でナショナル・アイデンティティと表現するものは、国民国家に対しての帰属意識や国民同胞との共属意識、すなわちタテ方向とヨコ方向とのどちらも含める二重の意識状態である。これによって自分が国民であると安定感をもって感じることができる。第1章で論じたように、南アフリカが心臓移植を受け入れたのは、米国が価値あるものとしている心臓移植を最初に行うことによって、自国のナショナル・プライドを高めたからである。南アフリカの心臓移植が米国から称賛を受けたことは、アパルトヘイトのために国際社会から孤立していた南アフリカの白人たちを勇気づけた。国際社会から孤立してもなお、イギリスから離れたかったアフリカーナー政権にとって、米国に称賛されたことは大きな意味があった。米国が称賛した心臓移植は、南アフリカ政府の「自由世界の一員である」というイデオロギーを浸透させる道具になったのと同時に、白人の間の統合のためのナショナル・アイデンティティ維持拡大に有効な道具にもなった。つまり、心臓移植という外科技術を道具として、同時に米国を利用して南アフリカのナショナル・アイデンティティを維持拡大したのである。南アフリカでは外科医バーナードは大使のように南アフリカ政府の広報宣伝に使われていたが、南アフリカ政府から後押しされていた外科医は強権的に心臓移植を推進した。

似たような現象は日本においても観察できた。米国は日本にとって特別な国である。敗戦した相手国、その後占領された時には支配国、占領が解かれた後もあらゆる分野で日本に支配的影響力を行使してきた。第3章で論じたように、心臓移植は日本発の外科技術ではないが、それでも欧米に肩を並べ、高度な医学水準に達したと考えることは、戦争での日本の悪しき自己イメージを払拭し、日本国民に自信を取り戻させた。特に戦後の日本にとって科学技術で米国に追いつくという感覚は、米国に支配されてきた日本にとって特別に誇らしい感覚であり、ナショナル・プライドを高めるとみなされた。外科医は心臓移植を行うことで、日本人にナショナル・プライドを持たせたといえる。日本にとっても心臓移植はこの意味でナショナル・アイデンティティ維持拡大に有効な道具になりえた。たがらこそ、当初は称賛されたのである。いびつな構造だが、米国からの承認がその国のナショナル・プライドを高めると信じられていたのである。

心臓移植がレースのように行われていたのが1968年であったことは偶然ではない。1968年とは米国にとって、「自由世界のリーダー」としての面子を保とうとして躍起に

なっている年であった。スプートニク・ショック以後、米国政府は宇宙開発で再び世界一を取り戻そうと月面飛行を計画していた。他方、経済危機、人種問題、ベトナム戦争で自由世界からの信頼は低減していた。リーダーであろうとした米国は、単なる世界一ではなく、理念的に世界一であろうとした。第4章で述べたように米国は、1964年のミシシッピの例を世界初と認めなかった。戦後の「冷戦」状態のなかで自由世界の盟主と自らを任じていた米国にとって、人種差別を続け、公民権運動に対して激しく抵抗するミシシッピは「アメリカの恥」であったため、ミシシッピの例を「世界初」として認めることができなかつたのである。さらに南アフリカの例のあとも、世界初は南アフリカではなくミシシッピであったと主張することが可能であったにもかかわらず、米国は「世界初」を蒸し返さず、南アフリカを世界初として称賛した。実際の「世界一」にこだわるとは、自由世界のリーダーにふさわしい、米国の理想像としての「世界一」にこだわったためと思われる。

## 2 挑戦

1968年とは国際社会にとって特別な年である。ベトナム戦争でのテト攻勢、米国パーカー大学・西ベルリン・パリそして東京の学生運動、キング牧師暗殺、プラハの春、核兵器の不拡散に関する条約調印など、世界的規模で多様な衝撃的イベントがほぼ同時期に多発した年である。冷戦下、自由世界のリーダーであろうとする米国は「世界一」にこだわってきたが、ベトナム戦争や経済危機で米国の信頼が揺らぎ、自由世界の中でのパワーが低下していた。心臓移植レースとは、パワーが低下していく米国が他の自由世界諸国から挑戦を受けた現象の一つと捉えることもできる。

挑戦は周辺から中央にも向けて行われた。統合されていない国において、周辺として扱われている地方は中央に挑戦することがある。統合がされていない場合、ある地方は中央への対抗心から偉業を成し遂げようとする。第4章(周辺)で論証したように、ミシシッピの例と北海道の例に、このような挑戦の現象を認めることができた。歴史的に南北戦争の敗者として、その後は米国で最も貧しい州として、かつ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。しかし南北戦争の屈辱から100周年のこのとき、南部人の誇りを取り戻そうとする時期でもあった。第2章で、筆者は米国のナショナル・アイデンティティ「フロンティア精神」について論じたが、米国ミシシッピの外科医は「フロンティア精神」を実行するこ

とでミシシッピの名誉を回復しようとした。つまり、ミシシッピの外科医たちの行動は中央への挑戦ではあるが、米国中央(全体)を梃子にしてミシシッピの威信を高めようとする方法であった。

北海道は中央文化からもっとも遠く、文化未熟な新開地として疎外された歴史をもち、地域の問題はほとんど主流的な日本歴史には登場していなかった。さらに、第4章で述べたように、北海道には、ある政策のために国家によって強く介入されるが、次にはその政策の転換のために突き放されるという、中央に振り回されてきた歴史がある。開拓100周年を迎えた北海道は、石炭政策などで中央へ反発すると同時に、札幌オリンピックの準備に心躍らせ、「開拓精神」で道民の心が束ねられていた。この「開拓精神」は米国のナショナル・アイデンティティ「フロンティア精神」に特に共鳴するものであり、北海道の外科医も米国を利用して北海道のローカル・ブライドを高めようとした。この現象もやはり、地方から中央への挑戦といえる。北海道の挑戦も、ミシシッピ同様、結局中央から認められることはなかった。

## **第2項 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？**

### **1 国民統合とナショナル・アイデンティティの関係**

本研究では一見、パラドックスにみえる結論がある。歴史や文化の面では一番均質性が高く、国民統合がなされやすそうな日本で、国家の威信を高めるはずの心臓移植が統合とは結びつかず、むしろ医師間の分裂を招いたことである。しかし国民統合に労力をかけなければならない国はどんな国なのかと問えば、深刻な分裂要因を抱える国であろう。南アフリカでは二種類の白人は常に分裂の危険を抱えていた。白人社会の統合のためにナショナル・アイデンティティの維持は国家政府にとって、深刻な責務であった。また、米国は人種間、南北間に分裂の危険を抱えていた。やはり国家政府にとって国民統合のためにナショナル・アイデンティティの維持は、深刻な責務であった。他方、日本は本論で論述したような地方と中央の分裂は認められるものの、人種・民族的には均質性が高く、南アフリカや米国のように深刻な分裂要因はなかったといえる。ナショナル・アイデンティティの維持は、南アフリカ・米国ほどには深刻な責務ではなかったであろう。したがって必ずしも本稿での結論はパラドックスではない。むしろ国民統合に

労力をかけなければならない事情をかかえるからこそ、南アフリカと米国が心臓移植を推進したといえる。

3か国の国家政府の実際の行動は次に述べるように違いがあった。

## 2 外科医と政府の関係

外科医が政府の支援を得られるかどうかは、心臓移植を継続できるかどうかに大きく影響する。心臓移植がナショナル・アイデンティティの維持拡大に有効であったとしても、医療実務の実現までにはいくつかの過程が存在する。心臓外科医がその社会でどのような地位にあるかということ、医学研究に政府はどの関係しているのかということ、外科医の実務に政府がどの関わるのかということは、心臓移植が行えるかどうかを左右する。

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「死を判定できるのは医師だけである」と強権的であったが、その強さを南アフリカ政府は支えていた。政府は先進医学を行う外科医バーナードを「南アフリカは自由世界の一員である」というプロパガンダに利用していた。手術後は鉦山会社などからの寄付で心臓移植研究所を設置できるようになり、研究を継続することができた。外科医の強さは政府をも恐れなくなっていき、アパルトヘイトへの批判を公的な場で公言したが、無傷でいられるくらいであった。

米国の心臓外科医たちはアメリカ的理念「フロンティア精神」に支えられていた。第2章(米国の章)で述べたように、カントロヴィッツやクーリーなど心臓外科医たちは、ケネディの月飛行のスピーチに心を動かされていた。他方、ベトナム戦争によって米国の経済が低下していたこの時期、科学研究費全般は低下していったにもかかわらず、医学研究費は最も高まっていた。それまで世界最高の医学研究を支えてきた政府(NIH)は、ミシシッピの外科医が心臓移植(異種間)を行ったときは、世界初であっても無視していたのが、南アフリカが同種間の心臓移植を行ったあとは、豹変したのである。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。

第3章で述べたように、戦後の日本にとって科学技術で米国に追いつくという感覚は、米国に支配されてきた日本にとって特別に誇らしい感覚であり、当時心臓移植を行うこ

とはナショナル・プライドを高めるとみなされていた。他方、日本では当時、研究に関して政府はあまり介入していなかったが、実務に関しては政府が医師たちを規制する体制にあり、心臓移植で日本の国家的威信が高まったと感じた政府は臓器移植法を制定しようとした。しかし医師側が連携せず積極的ではなかったため、立ち消えになった。

### 3 医師たちの連携を阻んだもの：心臓移植の文化要素群

心臓移植を一度は実行できても、その後継続するかどうかは、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関わっていた。南アフリカでは、グルーテスキュール病院を中心にケープ州全体がこの手術を歓迎し、一丸となって推進した。米国では南アフリカに先を越されると、米国政府が介入し、医師だけでなく各専門家たちが心臓移植をはじめとして臓器移植全般を可能にさせようと連携した。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することなく、外科医たちは沈黙した。ではなぜ、日本の医師たちは連携できなかったのか。

本研究では、特に第3章で日本の医師たちが連携できなかった理由を文化触変論の視点から考察した。レースになった現象や、外科医和田を糾弾しようとする医師たちの強い敵対心など、初期の心臓移植には外科技術としての側面だけでなく、人々の思想・価値観という文化的な側面を見出すことができる。南アフリカと日本にとって臓器移植は輸入した外科技術であり、外来文化の受容、つまり米国からの文化受容ととらえることができる。冷戦下、自由世界のリーダーであろうとする米国に、心臓外科技術を学ぼうと諸外国から留学生が来ていたが、特に心臓外科では先駆的なミネソタ大学に南アフリカや日本から外科医が留学していた。帰国時、留学生たちは外科技術とともに心臓移植を構成する文化要素群をも、文化運搬者として持ち込んだ。このとき持ち込んだ文化要素群には、自由世界のリーダーである米国の文化要素群が含まれていた。

心臓移植は、重症心不全患者にとって最後の治療方法であるという意味で、医療としての必要性はもちろんだが、ナショナル・アイデンティティを維持拡大するために必要とされたという意味において、受け手文化のフィルターを通る条件としての必要性が備わっていたといえる。つまり、文化要素群が、受け入れ側文化の選択のフィルターを通る条件としての必要性が備わっていた。

南アフリカでは、医学教育においても、医学研究においても、歴史的にイギリス医学とともにアメリカ医学にはなじみがあり、特に心臓外科はバーナードが米国留学のあと

に開始したという経緯もあって、アメリカ産外科技術と受け手文化側の文化要素群とのあいだの適合性は高かった。また、日本でも、敗戦後はアメリカ医学が怒涛のように押し寄せた経緯があり、心臓外科に関しては多くがすでに輸入されているので、アメリカ産外科技術と受け手文化側の文化要素群とのあいだの適合性は高かった。

外来文化受容にさいして問題があったのは、日本の「伝統的な医師像」である。初期の心臓移植は実験的手術であるが、その正当化が日本では困難であった。南アフリカではレシピエントの勇気が称えられ、民主的な雰囲気でも実験的手術が正当化されていた。米国では実験であることが問題視されていながら、「未来に向けた科学」として抑制されることはなく、外科医たちやレシピエントの勇気が称えられることで実験的手術が正当化されていた。つまり、人体実験の正当化に関して南アフリカと米国は大差なかったのである。ただし、米国における人体実験に関するルール化はこの前後から推進されており、制度的に正当化されるようになる。第2章で述べたように、心臓移植をきっかけに臨時委員会や学会で議論がなされており、心臓移植は人体実験のルール化を推進した要因のひとつであった。ところが日本だけが、ルール化どころか、「人体実験を許容する」アメリカの文化要素が関連する日本の文化要素「(崇高な)医師像」と衝突してしまい、人体実験は正当化されなかった。その結果、人体実験でないことを主張するために、手術適応基準と成果を強調するしかなかった。それが、外科医和田と病理学者藤本らの対決を招き、「心臓移植は倫理に反する」と敵対的に主張され、アメリカ文化運搬者の和田とともにアメリカ医学への反発が起こり、結果、日本の伝統的な医師像が呼び起され、革新的手術が困難になったのである。つまり、心臓移植の技術導入にともなって芽づる式に関連する医学思想・価値観が入ってこようとしたときに、新しい外来文化要素と旧来の文化要素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。

#### 4 南アフリカと日本の差異

第3章(日本の章)で詳述しているが、まず日本と米国では、非西洋と西洋という文化の差が大きい。日本は明治維新後に西洋化し、戦後はあらゆる文化が米国から輸入されていたとはいえ、完全に文化が置き換わったわけではない。これに対して南アフリカでは、建国当初すでにイギリス式であり、白人たちはヨーロッパからの移民であり、医学教育もイギリス式で、文化的には西洋式であった。この意味で、そもそも西洋式の文化をも

つ白人中心の南アフリカの医学界と、非西洋式文化に西洋式文化をわざわざ採り入れた日本では、文化要素を受容するという負荷に大差があったと考えるべきである。それにもかかわらず、日本は心臓移植を、外科技術だけでなくその背景にある思想もろとも、いわば、文化要素群の「パッケージ」で米国から持ち込んでいた。死の判定も、手術適応も、米国基準を暗黙の前提としていた。これに対して南アフリカは、心臓移植で称賛を得るといった点においては都合よく米国を利用し、死の判定や人体実験の倫理的問題の解決に関しては米国に倣わなかった。

南アフリカと日本の、こうした大きな差異は、南アフリカと米国の関係、日本と米国の関係という、両国と米国との間の関係性の差から発生したものといえる。南アフリカにとって米国との関係は、戦争の勝者－敗者の関係ではない。南アフリカは当時、イギリスに対して反感を抱くと同時に米国に寄り添おうとしており、いわば英米を両天秤にかけるような態度がみられていた。一方、日本にとって米国は、敗戦した相手であるうえに、その後は支配者であった。しかも米国は、憧れの対象であり、かつ「追いつく」目標でもあったが、日米安保問題やベトナム戦争によって日本の統合を揺さぶる存在でもあり、反感の対象でもあった。当時実質的に米国に支配された日本において、この反感を直接的に表現することは困難で、日本人の感情は屈折して表現された。アメリカ中心主義者の外科医和田が、アメリカから日本への文化運搬者として心臓移植を行ったことは、米国を利用して日本の医学界秩序に挑戦したことを意味し、ナショナル・プライドを高めるという意義がこの外科技術にありながら、ドイツ医学からアメリカ医学へと変革を強制された日本の医師たちにアンビバレントな感情をもたらした。「米国に追いつく」という意味でナショナル・アイデンティティの維持拡大のために必要とされた心臓移植だったが、それに付随した文化要素群は日本の医師たちのナショナリズムから反発されたのである。その結果、日本の医師たち(心臓外科医だけでなく)は連携できなくなった。あわせてそのような芽づる式に付随した文化要素群への抵抗のために、心臓移植自体が排斥されるに至った。

### 第3項 問い「日本の心臓移植はなぜ頓挫したのか」への答え

もっとも筆者が問題にしたい点は、心臓外科医が第2例へと行動を起こせなかったことである。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、日本の心臓移植が排除された理由として、日本の医師たちが連携しなかったことを問題視した。外科医個人々の力だけでは、革新的外科技術と社会との摩擦に対処することは困難である。外科医たちは連携を余儀なくされるが、日本の医師たちのコミュニティは集団主義的なコミュニティであるにもかかわらず、心臓移植に関して彼らの連携はみられなかったのである。本研究では個人主義的な米国の外科医たちは連携し、集団主義的な日本の外科医たちが連携しないという、逆説的な結果を確認できた。医師たちがなぜ連携しなかったのかという問いについて、今一度確認する。

### ①連携しづらい医学界構造

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)な構造にあった。医局とは一種の共同体であるが、とくに外科はチームで医療を行うという科の特徴から家族主義的になりやすく、なおかつ手術手技を身につけようとすれば徒弟制度になりやすく、さらに手術を継続したければ医局を離れることはできないので、内科系の医局より一層、封建主義的構造になる。この構造は排他的な学閥主義を形成したため、学閥を越えた医師の間の連携を生むのを困難にさせた。心臓移植に関する政府の介入は強力なものではなかったが、たとえ強力な介入があったとしても、医師たちの縄張り意識が強過ぎて連携は困難であったと思われる。

### ②外来文化要素群の排斥

歴史的に外科手術を含めてあらゆる医学技術を欧米から輸入してきた日本においては、社会と摩擦を発生させる技術であっても、多くは「先進的な西洋で行われている」を理由に正統化されてきた。このため、技術を実行する外科医たち(外科医一般)にとって、摩擦を解消しようとする努力は省略されてきたに等しい。手術にしても、適応基準ごと輸入すれば、外科医たちは社会との摩擦に対処する手間を省くことができていた。心臓移植もその一つのはずだったのが、そうはいかなかったのである。

心臓移植を輸入することは、心臓移植という外科技術としての文化要素と密接に機能的連関性をもった文化要素群(受け手側とは異なるもの)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、患者に実験をするような医者ではなかった。日本の伝統的な医師像と実験的手術をする

外科医とは矛盾するものであった。さらに日本社会は個人主義的ではなく、当時はまだ、患者の自己決定という概念がないため、革新的外科手術を民主的に正当な手続きで行い、文化要素がなかった。心臓移植は倫理に反すると考えられたのである。

日本初の心臓移植を行った外科医は、伝統的な日本の医師像のまま、革新的外科手術を行ったので、それが人体実験であったことを言えず、どうしたら人体実験が可能になるのかという問題に向き合うことができず、手術適応の正当性と成果を強調することに専心した。やはり伝統的な医師像のままの病理学者たちは、アメリカ化された外科医和田に対し、手術適応がなかったことを敵対的に主張し、外科医の手術を倫理性から非難した。そしてやはり人体実験はどうしたら受け入れられるのかという問題に向き合うことがなかったのである。

他方、前述したように、心臓移植は米国理想像「世界一」の伝播として日本にもたらされた。近代日本がドイツ医学を取り入れたときは漢方医たちからの抵抗があったとはいえ、国家が自ら進んで実行した変革であったが、戦後日本がアメリカ医学を取り入れたときは、敗戦による強制的な変革である。抗いがたかった変化を受け入れてきた日本の医師たちにとって、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み、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。一つは日本の医学界秩序への配慮である。外科医和田の行動は、米国を利用した日本の医学界秩序への挑戦を意味した。日本の医学界の社会的構造は、東京大学を頂点とする学閥で序列化した硬直的な階層構造となっていたため、第4章で述べたように、中央集権制の強い日本で、ナショナル・プライドを高めるような手術をだれが最初にやるのかを想像すれば、秩序の頂点にいる外科医であろう。それにもかかわらず、その重要な手術が北海道で最初に、しかも、新設医大で道立の札幌医大で行われたので、彼らの学閥秩序は混乱した。他方、和田にとって心臓移植を行うことは、決して埋められない階層構造の格差を、米国を梯子にして飛び越える絶好の機会になった。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日本医学界の階層秩序に挑戦したのである。

もう一つは、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。日本初の心臓移植には問題があり、それを指摘した病理学者藤本と外科医和田との攻防は、藤本の心臓移植反対の立場を先鋭化させた。和田を攻撃するために使用した「心臓移植は倫理に反する」というロジックは、心臓外科医たちを凍りつかせたのである。いったん受け入れた心臓移植とそれをとりまく外来文化要素群を激しい葛藤と抵抗を経て追い出してしまった結果、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。日本の初例が北海道で行われたことは、心臓移植の排除を容易にさせた。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葉が消えていった。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年間続いた。外科医たちが再び重い口を開いたのは1983年である。この頃心臓移植研究会が発足し、続いて1990年臨時脳死及び臓器移植調査会(いわゆる脳死臨調)が発足し、1997年日本の臓器移植法が制定され、1999年日本の心臓移植がようやく再開された。

### 第3節 本研究の意義と課題

本研究では「和田移植」の分析としては新しい視座を採り入れた。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、国際関係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。しかし、本研究で明らかにしたように、彼ら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。特に、国家間の圧倒的なパワーの差があるとき、外来文化要素がいかに抵抗をうけるかを論述できたと思う。国

家間のパワーの差がなくても、外来文化要素は受け手側に葛藤・抵抗をもたらすが、国家間パワーの差が著明なとき、受け手側は文化要素を受け入れなければならないプレッシャーにさらされるから一層、ナショナリズムから葛藤と抵抗は激しくなる。本研究では、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ことを示すことができたうえに、外来文化要素の受容とナショナリズムの関係を論述したという意味で、「文化触変論」の研究として意義があるものと思う。

ただ、本稿は日本の戦後ナショナリズムを「米国」への感情を使用して分析することを試みたが、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。特に医師たちの米国への反感はほとんど表現されておらず、本稿では日本社会の言説などから類推するだけにとどまった。これは日本の医師たちのアメリカ化がほぼ無意識で完了し、意識されることがなかった結果なのかもしれないが、筆者が手紙などで交流をもった心臓外科医たちは、当時の彼らに米国に対する複雑な感情があったことを思い起こしていた。資料の探し方は今後の課題である。

同様に、文化触変論は医薬品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。ナショナリズムとは無関係な問題ではあるが、経口避妊薬「ピル」に関する扱いは国家間で大きく異なっており、なぜ国家間で差異があるのかを考察するのに役立つかもしれない。ジェンダー研究者の松本彩子は、経口避妊薬が1960年、米国で認可されその後世界各国で相次いで認可されたにもかかわらず、日本で認可されたのは1999年、国連加盟国中最後になった問題について研究している<sup>1</sup>。松本は婦人科医、行政、中ピ連などさまざまなアクターの相互作用、女性たちの性に関する思想・文化などから多角的考察をしているものの、文化触変論の視座では考察していない。本研究のように医薬分野の国際関係という視角から文化触変論を応用して考察すれば、ピルに関する研究においても新たな知見を得られる可能性がある。

また、本

、スプートニク・ショック、ドル危機、人種問題やベトナム戦争の問題によって米国の自由世界の中でのパワーが低下したとき、他の自由世界諸国から挑戦を受けた現象の一つである。そして「ナショナル・アイデンティティ」という概

---

<sup>1</sup> 松本彩子『ピルはなぜ歓迎されないのか』勁草書房、2005年。

念をアプローチに用いて初めて、なぜ心臓移植が国際レースになったのかを明らかにすることができた。外科技術は患者救命の手段と捉えられているが、心臓移植は米国にとっては「世界一」を示しナショナル・プライドを高めるための道具として、他国にとっては米国を利用してナショナル・プライドを高めるための道具として利用されていた。いずれにしてもナショナル・プライドを高め、ナショナル・アイデンティティを維持拡大することで国民統合に貢献した。通常は外科技術と国民統合に関係があるとは考えられていないが、心臓移植に限っては特別であった。

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う。たとえば戦後の南極観測である。南極観測探検は明確なレースではないものの、日本が米英ソ等 11 か国と参加した一大プロジェクトであった。友次の論文には、資源や土地の所有という現実的な理由がある一方、戦後の主権を回復したばかりの日本人が募金してまで、さらに「南極日の丸」などの歌を作ってまで南極観測隊を送り出すようすが記述されており、ナショナリズムに後押しされていたことが推察される<sup>2</sup>。友次はナショナル・アイデンティティの視座からは分析していないが、国際レースの意義に外交的なものだけでなく、国内的なものがあるということを考察するのに、ナショナル・アイデンティティは有効であるように思う。

さらに国家が中央と地方に分裂しているときにもやはり、米国を利用して周辺とされている地域のローカル・プライドを高めようとする現象を観察した。そこには米国を利用した中央への対抗という側面があった。ミシシッピは米国ナショナル・アイデンティティを利用してミシシッピのローカル・プライドを高めると同時に米国中央に対抗しようとした。北海道は米国を利用して北海道のローカル・プライドを高めると同時に中央に対抗しようとした。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、そして、一部国家政府の関与もあったものの、医師たちのトランスナショナルな交流、文化運搬、競争、連携のあり方を分析できた点においても国際関係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実証となっていることは課題である。しかも北海道のアイデンティティに関しては学術的研究を網羅したわけではない

---

<sup>2</sup> 友次晋介「日本の南極への関与 1910-1963: 理想主義/現実主義的国際観の狭間で」『年報政治学』2013(1)、2013年、360-380頁。

ので、北海道のアイデンティティそのものについても、そして北海道のアイデンティティと日本のナショナル・アイデンティティの関係についても、さらなる検討を必要とする。

本研究の医学史への貢献についてだが、日本の医学史におけるアメリカ化の研究は現時点では存在しないので、境界領域として新たな分野を開いたといえるだろう。前述したように日本の医学界においてアメリカ化がスムーズに完了した可能性もあるが、言説にできない反米意識をもっていた可能性もあり、資料の探し方は再検討しなければならない。

本研究では国際関係論、科学技術社会論、医学史という複数の学問領域の視点から多角的に心臓移植を分析したが、統合的な役割を果たしたのは科学技術社会論である。社会は科学技術に、技術的側面とは別の側面をみていることがある。革新的外科技術が正統化されるときに、技術的な妥当性以外に、イデオロギーやナショナリズムのような政治的要因や、日本でみられたような組織構造や外来文化の受容プロセスが影響している場合があることを指摘した。特に革新的外科技術が文化要素の抵抗に遭い排斥されるという分析は、科学技術社会論と文化触変論を結びつけたことで可能になった。科学技術社会論はさまざまな学問領域と結びつくことが可能であることを示すことができた。さらに、心臓移植という外科技術の道具的側面という視点は新しい視座を提供したと思う。ただし心臓移植以外の医学分野にも本研究の視座「道具としての技術」が普遍的に適用できるものなのかについては、今後事例を重ねて検討されるべきである。

最後に、「死の判定を変更する」問題について言及する。本研究では日本の心臓移植の頓挫の過程として、排除とタブー化の二つの過程に分けて検討し、外来文化受容のさいの抵抗が心臓移植排除の理由のひとつであると結論した。和田移植は問題のある手術であったが、これを非難するために使用された「倫理」という価値観が心臓外科医を凍りつかせたのである。そうだとすると、「死の判定を変更する」問題は「頓挫」とどう関わったのか、と問われるだろう。1974年に日本脳波学会が「脳死の判定基準」を作成したが、その後も心臓外科医たちが沈黙していた様子から、倫理の問題の方が重かったと想像することはできる。しかし、1980年代には日本社会では脳死論議が起こっており、時代が違うからと言って「死の判定を変更する」問題を軽視することはできないので、その間の国内外の社会の変化や医学界の変化などについて、再考の余地が残っている。

付録 3 か国の年表

年代	南アフリカ	米国	日本
1956			国際連合へ加入
1957		スプートニク・ショック	
1958		NASA 設置法成立	
1959	分離発展政策(フルヴァルト首相)		
1960	シャープビル事件		日米新安保条約 国民所得倍増計画(池田首相)
1961	英連邦脱退し、南アフリカ共和国へ移行	ケネディのアポロ計画	
1962	国連による南アフリカへの制裁決議	ミシシッピ大黒人入学で連邦軍出動 キューバ危機	
1963	治安維持法改正	ケネディ暗殺されジョンソン大統領へ	
1964		ハーディの心臓移植 公民権法 北ベトナム爆撃	東京オリンピック
1966	フルヴァルト首相暗殺されフォルスター首相へ		
1967	世界初の心臓移植(12月3日)	米国初の心臓移植(12月6日)	公害対策基本法
1968		ベトナム戦争でのテト攻勢と北爆全面停止の声明 バークレー大学の学生運動 キング牧師暗殺	日本で初の心臓移植 東京大学の学生運動
1970	バンツー・ホームランド市民権法		万国博覧会
1972			札幌オリンピック

## 文献一覧

ここでは、各国の心臓移植にまつわる医学上の判断基準・報告・事実経過の記録や外科医たち本人の思想・認識が記された文献を一次文献と分類し、第三者（医師、ジャーナリストら）がこれら进行分析考察したものや、背景となる政治・社会・文化・国際関係の状況についての文献を二次文献と分類してある。双方にまたがって判断の難しいものもあるが、中心的内容にもとづいて上記の基準で分けている。

### 一次文献

#### 英語文献

- A report by ad hoc task force on cardiac replacement National Heart Institute, *Cardiac Replacement: medical ethical psychological and economic implications*, U.S. Government Printing Office, 1969. (米国国立心臓研究所特別調査委員会報告渥美和彦訳「心臓置換: 医学・倫理・心理および経済の諸問題について」東京大学出版会、1972年。)
- Barnard, C. N. “the operation: a human cardiac transplant: an interim report of a successful operation performed at Groote Schuur hospital, Cape Town” *South African Medical Journal*, 41(48), 1967.
- Barnard, M. S. “Heart transplantation: a review and preliminary research” *South African Medical Journal*, 41(48), 1967.
- Bauling, R. E., “The responsibility of a public authority in providing medical services” *South African Medical Journal*, 42(1), 1968.
- Beecher, H. K. “Ethics and clinical research” *New England Journal of Medicine*, 274(24), 1966.
- Benatar, S. R. “Special Report Medicine and Health Care in South Africa” *The New England Journal of Medicine*, 315(8), 1986.
- Benatar, S. R., Jenkins T. “Teaching medical ethics in South Africa” *South African Medical Journal*, 73(8), 1988.
- Benatar, S. R. “Ethics, medicine, and health in South Africa” *The Hastings Center Report*, 18(4), 1988.
- Bethesda Conference report “Cardiac and other organ transplantation in the setting of transplant science as a national effort”, *American Journal of Cardiology*, 22(6), 1968.
- Black, H. C. *Black's Law Dictionary*, 4<sup>th</sup> ed., St. Paul: West pub. Co., 1951.



- Bosman, S. C. W. "Selection of donor for cardiac transplant" *South African Medical Journal*, 41(48), 1967.
- Board on Medicine, National Academy of Sciences "Cardiac transplantation in man." *Public Statement*, Feb. 28, 1968.
- Botha, M.C. "Human heart transpla *South African Medical Journal*, 41(48), 1967.
- Brink, J.G., Cooper, D.K.C. Heart Transplantation: The Contribution of Christian Barnard and the University of Cape Town/Groote Schuur Hospital *World Journal of Surgery*, 29(8), 2005. *Clinical Cardiology* 26, 2003. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/clc.4950260613/pdf>, 2015 10 3  
Downloaded(以下、DL と略す).
- Converse, R. "But When Did He Die?: Tucker v. Lower and the Brain-Death Concept" *San Diego Law Review*, 12(2), 1975.
- Cooper, D.K.C., Devilliers, J.C. et al. "Medical, legal and administrative aspects of cadaveric organ donation in the RSA", *South African. Medical. Journal*, .62, 1982.
- Donaldson, M., Dawkins, M. 1968, "Heart Transplant Publicity", *British medical journal*, 2(5602).
- Gunter, N., Mississippi Regional Medical Program *Mississippi health resources profile*, Jackson, Miss.: The Program, 1972.
- Hardy, J., Chavez C., Kurrus, F. et al "Heart Transplantation in Man: developmental studies and report of a case" *Journal of the American Medical Association*, 188(3), 1964.
- Hardy, J. "The First Lung Transplant in Man (1963) and the First Heart Transplant in Man (1964)" *Transplantation Proceedings*, 31, 1999.
- Heart of Cape Town Museum Transplanting LIFE: The Story of Chris Barnard Heart Surgeon Extraordinary, Groote Schuur Hospital (leaflet), unknown.
- Hoffenberg, R. "Christiaan Barnard: His First Transplants and Their Impact on Concepts of Death", *British Medical Journal (Clinical research ed.)*, 323(7327), 2001.
- J. F. B. (unknown) "Transplantation of the heart: whither?" *South African Medical Journal* 41(48), 1967.
- Kyle, R. A. and Shampo M. A. "Pioneer heart transplant surgeon" *Journal of the American Medical Association*, 232(7), 1975.

- Lasagna, L. "Some ethical problems in clinical investigation" *South African Medical Journal*, 42(1), 1968.
- Louw, J.H. "We regret to record the death of the patient, Mr. Louis Washkansky, on 21 December 1967" *South African Medical Journal*, 41(48), 1967.
- National Commission on Health Science and Society Hearings before the Subcommittee on Government Research of the Committee on Government Operations, United States Senate, 90<sup>th</sup> Congress, 2<sup>nd</sup> session, on S. J. Res. 145, 7,8,21,28 March and 2 April 1968, 1968.
- Nyhus, L. M. "Human experimentation and the surgeon", *Surgery*, 64(4), 1968.
- Ozinsky, J., et al "Cardiac Transplantation-the Anaesthetist's view: A Case Report" *South African Medical Journal*, 41(48), 1967.
- Report of the Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death: "A Definition of Irreversible and Permanent Loss of Consciousness and Reflex Activity" *Journal of the American Medical Association*, 205(6), 1968.
- Republic of South Africa *Report of the Select Committee on the Anatomical Donations and Postmortem Examination Bill*, Order of the House of Assembly, 1969.
- Republic of South Africa *Government Gazette*, 57(2662), 1970.
1. I. "The ethical aspects of medical responsibility" *South African Medical Journal*, 42(8), 1968.
- Shapiro, H.A. "Brain Death and Organ Transplantation" *Journal of Forensic Medicine*, 15(3), 1968.
- Shapiro, H.A. ed. *Experience with Human Heart Transplantation*, Durban: Butterworths, 1969.
- Shrire, V., Beck W. "Human heart transplantation: the pre-operative assessment" *South African Medical Journal*, 41(48), 1967.
- Smith, L.S. "Ethical aspects of human heart transplantation" *South African Medical Journal*, 41(48), 1967.
1. T. E. "Ethical aspects of human heart transplantation: a clinician's point of view" *Annals of Internal Medicine*, Sep; 67: Suppl. 7, 1967.
- Stuart, F.P., Veith, F.J. and Cranford, R.E. "Brain Death Laws and Patterns of Consent to Remove Organs for Transplantation From Cadavers in the United States and 28 Other Countries", *Transplantation*, 31(4), 1981.

- The Department of Statistics *South African Statistics*, Pretoria, 1970.
- The University of Mississippi Medical Center, *The James D. Hardy lectureship in surgery*, Jackson (leaflet), unknown.
- Thomson, J.G. "Provisional report on the autopsy of L.W." *South African Medical Journal*, 41(48), 1967.
- Thomson, J.G. "Heart transpla *British Medical Journal*, 2(5064), 1968.
- United States. Department of Health, Education, and Welfare State data and state rankings in health, education, and welfare: part 2 of health, education, and welfare trends, 1965 ed., Washington, D.C.: United States Govt. Print. Off. , 1966.
- Unknown ( Council) "Ethical guidelines for organ transpla *Journal of American Medical Association*, 205(6), 1968.
- Body snatcher *SECHABA*, 3(2), 1969.
- SECHABA*, 3(2), 1969.
- Walsh, J. Budget Background: where science stands and why *Science*, 179(4073), 1973.
- We - le Science on the United States", *Science*, 134, 1961.
- World Symposium on Heart Transplantation (1969: Montreal) *La transplantation cardiaque: deuxième symposium mondial, 1969. Heart transplantation; second world symposium*, Québec: Presses de l'université Laval, 1970.

#### 日本語文献

- 浅井康文「和田壽郎先生の死を悼む」『人工臓器』40(1)、2011年。
- 井上正「心臓大血管外科の歴史と展望」日本臨床外科医学会雑誌 50(3)、1989年。
- 植木幸明「脳の急性一次性粗大病変における『脳死』の判定基準」『日本医事新報』2636、1974年。
- NHK 放送世論調査所編『図説 戦後世論史』日本放送出版協会、1982年。
- 大江健三郎『厳肅な綱渡り』講談社、1991年。
- 科学技術庁編『科学技術白書: 昭和43年版』大蔵省印刷局、1969年。
- 小柳仁ほか「同所性心臓移植の実験的研究: 調律異常からみた右房手技の検討」『日本胸

- 部外科学会雑誌』21(8)、1973年。
- 小柳仁、榊原尚豪ほか「心臓移植の歴史と現況」東京女子医科大学雑誌, 60(1)、1990年。
- 榊原任、林田健男、陣内伝之助、石橋幸雄、藤森聞一、高橋勝好「座談会: 臓器移植をめぐる諸問題」『日本医事新報』2349、1969年。
- 榊原任、藤本輝夫、和田寿郎、曲直部寿夫、八木茂久ほか「心臓移植の問題点(懇談会)」*Japanese Circulation Journal*, 35, 1971.
- 榊原尚豪ほか「心移植、心肺移植: そのニーズと患者の選択に関する臨床的調査」『胸部外科』36(12)、1983年。
- 竹内一夫「脳死 脳外科の立場から」『外科治療』20(4)、1969年。
- 武下浩、奥田佳朗、宮崎久弥、藤田晋吾「脳死の問題点」『麻酔』18(4)、1969年。
- 時実利彦「脳死と脳波に関する委員会」中間報告『日本医事新報』2358、1969年。
- 新村出編『広辞苑』第5版、岩波書店、1998年。
- 日本学術振興会研究報告集録編集委員会編『昭和29年度文部省科学研究費による総合研究報告集録: 医学及び薬学編』日本学術振興会、1955年。
- 日本学術振興会研究報告集録編集委員会編『昭和40年度文部省科学研究費による研究報告集録: 医学及び薬学編』日本学術振興会、1966年。
- 日本胸部外科学会臓器移植問題特別委員会編『心臓移植・肺移植: 技術評価と生命倫理に関する総括レポート』第2版、金芳堂、1992年。
- 能勢之彦ほか「能勢之彦、人工臓器の歴史を語る: 世界の巨人たち第三話 心臓移植・在宅補助心臓の創始者 エイドリアン・カントロヴィッツ先生」人工臓器: 40(3)、2011年。
- 林田健男ほか「シンポジウム 臓器移植の臨床」『日本臨床外科学会雑誌』31(2)、1970年。
- 広瀬一「同所性移植心における冠循環動態の実験的研究」『日本胸部外科学会雑誌』31(2) 1983年。
- 藤本輝夫「剖検所見からみた心移植」『最新医学』24(3)、1969a年。
- 藤本輝夫「心臓移植の問題点を指摘する: 微妙な生体のメカニズム」『科学朝日』29(8)、1969年。
- 藤本輝夫「倫理観を基盤に健全な進展を」『医学の歩み』73(1)、1970a年。
- 藤本輝夫「病理学から見た心移植の適応: 循環動態との関連を中心に」『最新医学』

25(5)、1970b年。

藤本輝夫「実録・心臓移植 宮崎君の死〈1〉：手術はある朝突然に」『科学朝日』31(8)、1971a年。

藤本輝夫「実録・心臓移植 宮崎君の死〈2〉：「心臓の重さ」にひそむ謎」『科学朝日』31(9)、1971b年。

藤本輝夫「実録・心臓移植 宮崎君の死〈3〉：矛盾が矛盾を生んで」『科学朝日』31(10)、1971c年。

藤本輝夫「実録・心臓移植 宮崎君の死〈4〉：病者の人権と技術」『科学朝日』31(11)、1971d年。

藤本輝夫「実録・心臓移植 宮崎君の死〈5〉：医療の原点に立って」『科学朝日』31(12)、1971e年。

藤本輝夫「私の提言：心臓移植に寄せて(その1)～(その4)」『日本臨床』29(8)～(12)、1971年。

布施裕輔、森道夫、室谷光三ほか「心臓移植の臨床(第三報)：剖検所見を中心に」『日本医事新報』2353、1969年。

不明「移植学会、臓器移植」『医事新報』2327、1968年。

北海タイムス社編『心臓移植：和田グループの記録』誠文堂新光社、1968年。

宮原光夫「心臓移植時における生死の判定」『内科』23、1969年。

武藤輝一、相馬智編『標準外科学』医学書院、1985年。

文部省大学学術局編『学術月報 増刊号』日本学術振興会、19巻から25巻、1966年から1972年。

若林修と榊原任編集『外科学 中巻』第2版、医学書院、1959年。

和田寿郎、富田房芳、池田晃治ほか「心臓移植手術の臨床」『日本医事新報』2325、1968a年。

和田寿郎、岩喬、小松作蔵ほか「心臓移植の臨床知見とその考察」『日本胸部外科学会誌』18(7)、1970年。

## 新聞

南アフリカ共和国

*Cape Argus* (ケープタウン) 1967年12月から1969年11月まで。

*Cape Times* (ケープタウン) 1968年1月から1970年2月まで。

*Sunday Times* 1969年12月9日。

米国

*Clarion Ledger* (ミシシッピ州) 1961年1月から1970年2月まで。

*Laurel Leader Call* (ミシシッピ州) 1963年6月から1964年1月まで。

*New York Times* 1963年6月から1968年11月まで。

*San Francisco Examiner* (カリフォルニア州) 1960年10月11日。

*State Times* (不詳 in Mississippi Department of Archives and History) 1961年2月21日。

*The Delta Democrat-Times* (ミシシッピ州) 1964年1月から1968年2月まで。

*The News-Palladium* (ミシガン州) 1968年11月25日。

イギリス

*The Times* 1967年11月から1969年11月まで。

*The Guardian* 2009年6月1日。

日本

『朝日新聞』 1968年8月から1992年1月まで。

『北海道新聞』(北海道) 1968年8月から1971年4月まで。

『北海タイムス』(北海道) 1963年1月から1969年2月まで。

#### 雑誌

*LIFE* (米国) 1947年1月から1970年4月まで。

#### 議事録

国会会議録、<http://kokkai.ndl.go.jp/>。衆議院法務委員会 1968年3月28日から1970年9月8日まで。

北海道議会時報、<http://www.gikai.pref.hokkaido.lg.jp/jiho/index.htm>。1967年7月から1969年4月まで。

北海道議会会議録、<http://www.gikai.pref.hokkaido.lg.jp/kaigiroku/index.htm>。第2回北海道議会定例会、1971年6月30日。

#### テレビ番組・映画

NHK スペシャル「731部隊の真実～エリート医学者と人体実験～」2017年8月13日、

午後9時00分～9時49分放送。

“Hidden Heart: Hamilton Naki and Christiaan Barnard”, Karrer, C., Schweizer, W. directors & writers, Switzerland, 2008.

『赤ひげ』東宝製作、黒澤明監督、三船敏郎主演、山本周五郎原作(『赤ひげ診療譚』)、1965年。

『白い巨塔』大映制作、山本薩夫監督、田宮二郎主演、山崎豊子原作、1966年。

『遠い夜明け(Cry Freedom)』リチャード・アッテンボロー監督・製作、ケヴィン・クライン主演、ドナルド・ウッズ原作、イギリス、1987年。

『ミシシッピ・バーニング』アラン・パーカー監督、ジーン・ハックマン主演、米国、1988年。

### 筆者による手紙などの資料

川島康生 元大阪大学教授(1978年から1990年まで) 2013年から2018年まで(掲載許可済み)。

小柳仁 元東京女子医大教授(1980年から2001年まで) 2013年から2018年まで(掲載許可済み)。

橋本肇 元東京大学医学部附属病院分院外科(1968年当時) 2009年から2018年まで。

竹田晴男 元札幌医大胸部外科(1975年頃) 2015年から2018年まで(掲載許可済み)。

### 回想録など

Barnard, C. N., Pepper C. B. *One Life*, The Macmillan, 1970.

Cooley, D. A. *100,000 Hearts: A surgeon's Memoir*, Austin: Dolph Briscoe Center for American History, University of Texas, 2012.

Hardy, J. D. *The world of surgery: 1945-1985* the University of Pennsylvania Press, 1986.

Hardy, J. D. *The academic surgeon: an autobiography*, Magnolia Mansions Press, 2002.

金沢大学医学部百年史編集委員会『金沢大学医学部百年史』金沢大学医学部内金沢大学医学部創立百年記念会、1972年。

金沢大学医学部百年史以後三十年の歩み編集委員会『金沢大学医学部百年史以後三十年の歩み』金沢大学医学部内金沢大学医学部百年史以後三十年の歩み刊行会、1993年。

川島康生『心臓移植を目指して：四十年の軌跡』中央公論事業出版、2009年。

川島康生「日本の心臓移植を振り返って」『会誌 ACADEMIA』 150、2015年。

小柳仁「臓器移植を通して戦い続けた半世紀」『新潟大学医学部学士会々報』 99、2013年。

榊原任『医の心』中央公論社、1987年。

札幌医科大学『札幌医科大学同窓会会誌 9』札幌医科大学、1977年。

札幌医科大学開学 50 年(創基 55 年史)編集委員会編『札幌医科大学開学 50 年・創基 55 年史』札幌医科大学、2001年。

札幌医科大学胸部外科編『二十五年の歩み』札幌医科大学胸部外科、1984年。

札幌医科大学内科学第二講座『故宮原光夫教授遺稿集』札幌医科大学内科学第二講座、1980年。

心研創立四十周年記念誌編集委員会編『心研創立四十周年記念誌』東京女子医科大学附属日本心臓血圧研究所、1995年。

東京大学医学部附属病院分院創立百周年記念事業実行委員会編『東京大学医学部附属病院分院創立百周年記念誌』東京大学医学部附属病院分院創立百周年記念事業実行委員会編、1996年。

二宮陸雄ほか編『ただひとつ: 昭和 29 年東京大学医学部卒業 50 周年記念誌』東大医学部 29 年文集刊行会、2004年。

和田寿郎『ゆるぎなき生命の塔を: 信夫君の勇気の遺産を継ぐ』青河書房、1968b年。

和田寿郎『脳死と心臓移植』かんき出版、1992年。

和田寿郎『ふたつの死からひとつの生命を』道出版、2000年。

### 資料館など

C. Barnard collection at University of Cape Town(CBC, UCT)

Heart of Cape Town Museum

Mississippi Department of Archives and History

### 二次文献

#### 英語文献

Anderson, B. *Imagined Communities: Reflections on the Origin and Spread of Nationalism*, Verso,



1983. (ベネディクト・アンダーソン『定本 想像の共同体:ナショナリズムの起源と流行』(白石隆, 白石さや訳)書籍工房早山、2007年。)
- Barber, J. *South African Foreign Policy, 1945-70*, Oxford University Press, 1973.
- Basson, N. *Passage to Progress: The CSIR's Journey of Change 1945-1995*, Jonathan Ball, 1996.
- Berghahn, V. R. "The Debate on "Americanization" among economic and cultural historians" *Cold War History*, 10(1), 2010.
- Bowers J. Z. *Medical Education in Japan: from Chinese medicine to Western medicine*, Hoeber Medical Division Harper & Row publishers, 1965. (ジョン・Z・パワーズ『あるアメリカ人医学者の見た日本の医学教育』(金久卓也・鹿島友義訳)慶応通信株式会社、1980年。)
- Brieger, G. H. "From conservative to radical surgery in late nineteenth-century America", Lawrence, C., ed., *Medical theory, surgical practice: studies in the history of surgery*, Routledge, 1992.
- Brock, J.F. "Some highlight of medical research in South Africa", Brown A.C. ed. *A History of Scientific Endeavour in South Africa: a collection of essays published on the occasion of the centenary of the Royal Society of South Africa*, Cape Town: the Royal Society of South Africa, 1977.
- Brown, A.C. ed. *A History of Scientific Endeavour in South Africa: a collection of essays published on the occasion of the centenary of the Royal Society of South Africa*, Cape Town: the Royal Society of South Africa, 1977.
- Hobsbawm, E. *Nation and Nationalism since 1780*, Cambridge University Press, 1990. (エリック・ホブズボーム『ナショナリズムの歴史と現在』(浜林正夫ほか訳)大月書店、2001年。)
- Hobsbawm, E. *The Age of Extremes: The short twentieth century history, 1914-1991*, David Higham Associates, 1994. (エリック・ホブズボーム『二〇世紀の歴史』上巻(河合秀和訳)、三省堂、1996年。)
- Carlson, E. A. *Times of Triumph, Times of Doubt: Science and the battle for public trust*, Cold Spring Harbor: Cold Spring Harbor Laboratory Press, 2007.
- Casamayou M. H. *The Politics of Breast Cancer*, Georgetown University Press, 2001. M. H. カサマユウ『乳がんの政治学』(久塚純一監訳)早稲田大学出版会、2003年。

- Connor, W. *Ethnonationalism: the quest for understanding*, Princeton: Princeton University Press, 1994.
- Daniel, P. “*Lost Revolutions: The South in the 1950s*”, University of North Carolina Press, 2000.  
(ピート・ダニエル『失われた革命: 1950年代のアメリカ南部』(前田絢子訳)青土社、2005年。)
- Delbanco, A. *The real American dream: A meditation on Hope*, Harvard University Press, 1999.
- Dennis, F. “The History and development of surgery during the past century” Rogers H. J. ed.  
*International congress of arts and science*, University Alliance, London, 1905.  
<http://archive.org/details/internationalcon11nteiala>, 2012年6月1日 DL.
- Dickson D. *The New Politics of Science*, Pantheon Books, 1984. (ディクソン D. 『戦後アメリカと科学政策: 科学超大国の政治構造』(里深文彦監訳)同文館、1988年。)
- Douglas, M. *Purity and danger: an analysis of concepts of pollution and taboo*, Routledge, a member of the Taylor & Francis Group, 2002. (メアリ・ダグラス『汚穢と禁忌』(塚本利明訳)筑摩書房、2009年。)
- Dower J. W. 1999: *Embracing Defeat: Japan in the Wake of World War II*, New York, W. W. Norton & Co. (ジョン・ダワー『敗北を抱きしめて 上・下』(三浦陽一ほか訳)岩波書店、2001年。)
- Dubow, S. *Racial Segregation and the Origins of Apartheid in South Africa, 1919-36*, London: Macmillan, 1989.
- Ellul, J. *The technological society*, Knoph, 1964.(ジャック・エリュール『技術社会』上・下(鳥巢美知太郎ほか訳)すぐ書房、1976年。)
- Felker, M.E. “Ideology and Order in the Operating Room” Romannucci-Ross, L. et al. eds. *The Anthropology of Medicine: From Culture to Method*, J.F. Bergin Publishers, 1983. (M・E・フェルカー「手術室におけるイデオロギーと秩序」(武井英雄訳)L・ロマヌッチ=ロス ほか編『医療の人類学』(波平恵美子監訳)海鳴社、1989年。)
- Festle, M. J. “Enemies or Allies? The Organ Transplant Medical Community, the Federal Government, the Public in the United States, 1967-2000” *Journal of the History of Medicine*, 65(1), 2010.
- Fousek, J. To lead the free world: American nationalism and the cultural roots of the cold war, Chapel Hill: the University of North Carolina Press, 2000.

- Fox, R. C. and Swazey, J. P. *Spare parts: organ replacement in American society*, Oxford University Press, 1992. (レネイ・フォックス、ジュディス・スウェイジー『臓器交換社会: アメリカの現実・日本の近未来』(森下直貴ほか訳)青木書店、1999年。)
- Fox, R. C., Swazey, J. P. *The Courage to Fail: A social View of Organ Transplants and Dialysis*, New Brunswick: Transaction Publishers, 2009.
- Freund, B. “The Union Years, 1910-1948: Political and economic foundations” Ross, R., Mager, A. K., Nasson, B. ed. *The Cambridge History of South Africa* Volume 2, 2011.  
<http://dx.doi.org/10.1017/CHOL9780521869836.007>, 2014年3月31日DL.
- Frye, A., “Soviet space activities: a decade of Pyrrhic politics”, Bloomfield, L. P. ed. *Outer Space: Prospects for Man and Society*, New York, Frederick A. Praeger, 1962. (アルトン・フライ「ソ連の宇宙活動、引き合わぬ政治の十年間」リンカン・ブルームフィールド編『宇宙と人類社会 下』(関野英夫訳)時事通信社、1971年。)
- Gellner, E. *Nation and Nationalism*, Oxford: Blackwell, 1983. (アーネスト・ゲルナー『民族とナショナリズム』(加藤節監訳)岩波書店、2000年。)
- Gieryn, T. F. “Boundaries of Science”, Jasanoff, S. et al. (eds.) *Handbook of Science and Technology Studies*, California: Sage, 1994.
- Gitlin, T.: *The twilight of common dreams: why America is wracked by culture wars*, New York, Ellen Levine Literary Agency, 1995. (トッド・ギトリン『アメリカの文化戦争』彩流社、2001年。)
- Happer, W. “Harmful Politicization of Science” Gough M. ed. *Politicizing Science: the alchemy of policymaking*, Hoover Institution Press, 2003. (ウィリアム・ハッパー「科学の危険な政治化」(法村俊之訳)マイケル・ガフ編(菅原努監訳)『アメリカの政治と科学: ゆがめられる「真実」』昭和堂、2007年。)
- Kohn, Hans *Nationalism: It's meaning and history*, New York: Reinhold, 1965.
- Lawrence, C. “Democratic, divine and heroic: the history and historiography of surgery” Lawrence, C. ed. *Medical theory, surgical practice*, Routledge, 1992.
- Leflar, R. B. “Informed Consent and Patients’ Right in Japan” *Houston Law Review*, 33(1): 1-112, 1996. (ロバート・B・レフラー『日本の医療と法: インフォームドコンセント・ルネッサンス』(長澤道行訳)勁草書房、2002年。)
- Lipset, S.M. *American Exceptionalism: A Double-Edged Sword*, W. W. Norton. 1996. (シーモア・

- M・リブセット『アメリカ例外論: 日欧とも異質な超大国の論理とは』(上坂昇ほか訳)明石書店、1999年。)
- Lock, M. *Twice Dead: Organ Transplantation and the Reinvention of Death*, University of California Press, 2001. (マーガレット・ロック『脳死と臓器移植の医療人類学』(坂川雅子訳)みすず書房、2004年。)
- Luther, C. *Press images, national identity, and foreign policy: a case study of U.S.-Japan relations from 1955-1995*, New York: Routledge, 2001.
- Marais, H. C. *Perspectives on Science Policy in South Africa*, Pretoria: Network, 2000.
- Marx, A. W. *Making Race and Nation: A comparison of South Africa, the United States, and Brazil*, Cambridge University Press, 1988. (アンソニー・W・マークス『黒人差別と国民国家: アメリカ・南アフリカ・ブラジル』(富野幹夫ほか)訳春風社、2007年。)
- McEnaney, L. "Cold War mobilization and domestic politics: the United States" Leffler, M. P., Westad, O. A. eds. *The Cambridge History of the Cold War [electronic resource] Volume 1*, Cambridge University Press, 2013.  
<http://dx.doi.org/10.1017/CHOL9780521837194.021>, 2014年3月10日DL.
- McRae, D. *Every Second Counts: The Race to Transplant the First Human Heart*, London: Simon & Schuster, 2006.
- Medvedev, Z. A. *Soviet Science*, New York: W. W. Norton & Company, 1978. (ジョレス・メドヴェージェフJ『ソ連における科学と政治』(熊井譲治訳)みすず書房、1980年。)
- Mill, J. S. *Unitarianism, Liberty and Representative Government*, Everyman ed., London, J. M. Dent & Sons, 1910. <https://archive.org/details/lindutilitarianism00milluoft>, 2014年7月29日DL.
- Miller, W. *King of Hearts: The True Story of the Maverick Who Pioneered Open Heart Surgery*, New York: Times Books. 2000.
- Murry, C. S. *Crosstown Traffic: Jimi Hendrix & the post-war Rock 'n' Roll revolution*, Faber and Faber, 1989. (チャールズ・シャー・マリー『ジミ・ヘンドリックスとアメリカの光と影: ブラック・ミュージック&ポップ・カルチャー・レヴォリューション』(廣木明子訳)フィルムアート、2010年。)
- Muskie, E. S. "The Role of Congress in Promoting and Controlling Technological Advance" *the George Washington Law Review*, 36(5), 1968.

- Nathoo, A. *Hearts Exposed: Transplants and the Media in 1960s Britain*, Palgrave Macmillan, 2009.
- O'Keefe, M.T. "The First Human Heart Transplant: a study of diffusion among doctors" *Journalism Quarterly*, 46(2), 1969.
- Omond, R. *The Apartheid Handbook*, Harmondsworth: Penguin Books, 1985. (ロジャー・オモンド『アパルトヘイトの制度と実態: 一問一答』(斎藤憲司訳)岩波書店、1989年。)
- Osgood, K. *Total Cold War: Eisenhower's Secret Propaganda Battle at Home and Abroad*, Lawrence: University Press of Kansas, 2006.
- Parsons, T. *The Social System*, the Free Press, 1951.
- Pence, G. E. *Classic Cases in Medical Ethics: accounts of cases that have shaped medical ethics, with philosophical, legal, and historical backgrounds*, 3rd ed., New York: The McGraw-Hill companies, 2000. (グレゴリー・E・ペンス『医療倫理 1、2: よりよい決定のための事例分析』(宮坂道夫、長岡成夫共訳)みすず書房、2001年。)
- Price, D. K. *Government and Science: their dynamic relation in American democracy*, New York: New York University Press, 1954. (ドン・K・プライス『政府と科学』(中村陽一訳)みすず書房、1967年。)
- Posel, D. "The Apartheid project, 1948-1970", Ross R., Mager, A. K., Nasson, B. ed. *The Cambridge History of South Africa Volume 2*, 2011.  
<http://dx.doi.org/10.1017/CHOL9780521869836.007>, 2014年7月18日DL.
- Redfield, R., Ralph, L. and Melville, J. H. "Memorandum for the Study of Acculturation", *American Anthropologist*, 38(1), 1936.
- Reynolds, D. "Science, technology, and the Cold War" Leffler, M. P., Westad, O. A. eds. *The Cambridge History of the Cold War [electronic resource] Volume 3*, Cambridge University Press, 2013. <http://dx.doi.org.ez.wul.waseda.ac.jp/10.1017/CHOL9780521837217.019>, 2014年3月10日DL.
- Romannucci-Ross L. et al. eds. *The Anthropology of Medicine: From Culture to Method* J.F. Bergin Publishers, 1983. (L・ロマヌッチ＝ロスほか編『医療の人類学』(波平恵美子監訳)海鳴社、1989年。)
- Ross R. ed., *A Concise History of South Africa*, 2<sup>nd</sup> ed., Cambridge University Press, 2005. (ロバート・ロス編『ケンブリッジ版世界各国史 南アフリカの歴史』(石鎚優訳)創

- 土社、2009年。)
- Rothman, D. *Strangers at the Bedside: a history of how law and bioethics transformed medical decision making*, Basic Books, 1991. (デイヴィッド・ロスマン『医療倫理の夜明け: 臓器移植・延命治療・死ぬ権利をめぐる』(酒井忠昭監訳)晶文社、2000年。)
- Schlich, T. “The art and science of surgery: In medical practice in operative fracture care, 1960s- *Science, Technology, & Human Values*, 32(1), 2007.
- Sidel, V., Sidel, R. *A Healthy State: an international perspective on the crisis in United States medical care*, Pantheon Books, 1977.
- Skolnikoff, E. *The elusive transformation: science, technology, and the evolution of international politics*, Princeton University, 1993. (B・スコルニコフ『国際政治と科学技術』(薬師寺泰蔵・中馬清福訳) NTT 出版、1995年。)
- Smith, A. D. 1991: *National Identity*, London: Penguin. アントニー・D・スミス『ナショナルイズムの生命力』(高柳先男訳)晶文社、1998年。
- Stockwin, J.A.A. *This translation of Japan: Divided Politics in a Growth Economy*, Kern Associates, 1975. J・A・A・ストックウィン『現代日本の政治変動』(荒木俊夫ほか訳)木鐸社、1984年。
- Suri, J. *Power and protest: global revolution and the rise of Détente*, Harvard University Press paperback ed., 2005.
- Tatsumi, T. “Waiting for Godzilla: chaotic negotiations between post-Orientalism and hyper-Occidentalism” Fehrenbach, H. and Poiger, U. G. eds., *Transactions, Transgressions, Transformations: American culture in Western Europe and Japan*, New York: Berghahn Books, 2000.
- Thompson, L. *A History of South Africa*, Yale University Press, 1990. (レナード・トンブソン『南アフリカの歴史』(宮本正興ほか訳)明石書店、1995年。)
- Thompson, T. *Hearts: of surgeons and transplants, miracles and disasters along the cardiac frontier*, New York: McCall Publishing Company, 1971.
- Trengove-Jones, S. *A Study of Health and Health services in South Africa since 1960*(Thesis of Master of Commerce), Pietermaritzburg: University of Natal, 1977.
- Van Rensburg, H. C., Harrison D. “History of health policy”, Harrison D., ed. *South African Health Review*, Health systems trust, 1995. <http://www.hst.org.za/publications/south-african->

[health-review-1995](#), 2014年3月31日 DL.

Waisbren, S. J. and Modlin, I. M. “The evolution of therapeutic vagotomy in the United States” *the American Journal of Surgery* 167, 1994.

Wallerstein, I. *World-system analysis: An introduction*, Duke University Press, 2004. (イマニュエル・ウォラーステイン『入門・世界システム分析』(山下範久訳) 藤原書店、2006年。)

Wilkinson, E. *Europe vs. Japan*, Chuokoron-sha, 1980. (エンディミオン・ウィルキンソン『誤解: ヨーロッパ vs. 日本』(徳岡孝夫訳)中央公論社、1980年。)

Woods D. 1978: *BIKO*, New York: Henry Holt and Company. (ドナルド・ウッズ『ビーコウ(上)』(常盤新平訳) 岩波書店、1990年。)

### 日本語文献

天野拓『現代アメリカの医療政策と専門家集団』慶應義塾大学出版会、2006年。

天野拓『現代アメリカの医療改革と政党政治』ミネルヴァ書房、2009年。

有賀夏紀『アメリカの20世紀(下)』中央公論新社、2002年。

飯尾要「技術と社会構造の連関について」『経済理論』200(7)、1984年。

石井修「アメリカのナショナリズムと“ジャパン・バッシング”: 覇権国が没落感を味わうとき」大津留(北川)智恵子・大芝亮編『アメリカのナショナリズムと市民像: グローバル時代の視点から』ミネルヴァ書房、2003年。

井出義光『南部: もう一つのアメリカ』東京大学出版会、1978年。

井出義光『アメリカの地域: 合衆国の地域性』弘文堂、1992年。

伊東章子「戦後日本社会におけるナショナル・アイデンティティの表象と科学技術」中谷猛他編『ナショナル・アイデンティティ論の現在』晃洋書房、2003年。

今井清一「はしがき」日本政治学会編『近代日本における中央と地方』岩波書店、1985年。

蛭名賢造『北海道拓殖・開発経済論』新評論、1983年。

太田和夫『臓器移植はなぜ必要か』講談社、1989年。

大津留(北川)智恵子「グローバル時代のナショナリズムと市民像」大津留(北川)智恵子・大芝亮編『アメリカのナショナリズムと市民像: グローバル時代の視点から』ミ

- ネルヴァ書房、2003年。
- 大橋健三郎「フロンティアとアメリカ精神」大橋健三郎編『講座アメリカの文化2 フロンティアの意味』南雲堂、1969年。
- 加藤典洋『アメリカの影』講談社、2009年。
- 加納実紀代「原子力の平和利用」と近代家族『ジェンダー史学』11(0)、2015年。
- 木畑洋一「現代世界と帝国論」『歴史学研究』776、2003年。
- 奥田仁「北海道経済の到達点と課題」北海学園大学開発研究所編『北海道開発の視点・論点』北海学園大学開発研究所、1998年。
- 小熊英二「戦後民主主義」とナショナリズム: 初期の大江健三郎を事例として」山脇直司ほか編『ライブラリ 相関社会科学 7 ネイションの軌跡: 20世紀を考える(Ⅰ)』新世社、2001a年。
- 小熊英二『〈民主〉と〈愛国〉: 戦後日本のナショナリズムと公共性』新曜社、2001b年。
- 小川鼎三『医学の歴史』中公新書、1964年。
- 上石一男『心臓移植は人体実験か』全国医療問題懇談会、1974年。
- 川上武『日本の医者: 現代医療構造の分析』勁草書房、1961年。
- 川村卓「演じられた「力道山」、演じられた「日本人」岡村正史編『力道山と日本人』青弓社、2002年。
- 菅英輝「ベトナム戦争と日米安保体制」『国際政治』115、1997年。
- 菅英輝「序論 冷戦の終焉と六〇年代性: 国際政治史の文脈において」『国際政治』126、2001年。
- 菊井禮次「現代日本の「国際化」と日米安保体制の変容」山口正之、菊井禮次編『現代日本社会の構造変化と国際化 講座 現代日本社会の構造変化①』有斐閣、1986年。
- 北村かよ子「南ア経済の特質」林晃史編『南アフリカ: アパルトヘイト体制の行方』アジア経済研究所、1987年。
- 共同通信社社会部編『凍れる心臓』共同通信社、1998年。
- 小久保亜早子「心臓移植と南アフリカ」『早稲田政治公法研究』98、2011年。
- 小久保亜早子「心臓移植」が社会に受容される過程: 南アフリカ事例の一考察『科学技術社会論研究』10、2013年。



- 後藤正治『空白の軌跡: 心臓移植に賭けた男たち』潮出版社、1985年。
- 後藤靖「戦後日本の階級構成の変化」山口正之、菊井禮次編『現代日本社会の構造変化と国際化 講座 現代日本社会の構造変化①』有斐閣、1986年。
- 小林清一『アメリカン・ナショナリズムの系譜』昭和堂、2007年。
- 小松美彦『脳死・臓器移植の本当の話』PHP 研究所、2004年。
- 菰田文男『国際技術移転の理論』有斐閣、1987年。
- 酒井シヅ「華岡青洲と乳癌の手術」『CLINICIAN』457、1997年。
- 笹森秀雄「現代社会構造の中の北海道」北海道大学放送教育委員会編『文化としての北』北海道大学図書刊行会、1987年。
- 札幌学院大学人文学部『北海道とアメリカ』札幌学院大学学生生活協同組合、1993年。
- 塩川伸明『民族とネイション: ナショナリズムという難問』岩波書店、2008年。
- 白井聡『永続敗戦論: 戦後日本の核心』太田出版、2013年。
- 白井暢明『くたばれ! 「東京神話」: わが熱愛的北海道論』『北海道新聞』社、1992年。
- 丹治輝一「産業の転換」北海道開拓記念館『戦後の北海道: 新しい北海道(常設展示解説書7・8)』北海道開拓記念館、2001年。
- 立花隆『脳死』中央公論社、1986年。
- 田中智彦「日本の生命倫理における「68年」問題」越智貢ほか編『応用倫理学講座 1 生命』岩波書店、2004年。
- 田辺俊介『ナショナル・アイデンティティの国際比較』慶応義塾大学出版会、2010年。
- 玉野井芳郎『地域主義の思想』農村漁村文化協会、1979年。
- 手塚晃『日本の科学政策: 研究費等その財政面からの分析を中心として』雄松堂、1995年。
- 十亀昭雄「戦後北海道における「地方政府」論議の推移」北海学園大学開発研究所編『北海道開発の視点・論点』北海学園大学開発研究所、1998年。
- 友次晋介「日本の南極への関与 1910-1963: 理想主義/現実主義的国際観の狭間で」『年報政治学』2013(1)、2013年。
- 中井久夫『日本の医者』日本評論社、2010年。
- 永井秀夫『日本の近代化と北海道』北海道大学出版会、2007年。
- 中島みち『見えない死: 脳死と臓器移植』文藝春秋、1985年。
- 中島康子「和田心臓移植から考察する日本医学界の基本構造: 医療における専門職支配」

- 『東京国際大学大学院社会学研究科応用社会学研究』 17、2007年。
- 中根千枝『タテ社会の人間関係』講談社、1967年。
- 中原英臣「これでいいのかシリーズ2、〈病院〉はこれでいいのか」『図書新聞』4月17日号、1993年。
- 中谷猛「「ナショナル・アイデンティティ」の概念に関する問題整理: 国民国家論研究のためのノート」『立命館法学』3・4号下巻(271・272号)、2000年。
- 中谷猛「「ナショナル・アイデンティティとは何か」中谷猛ほか編『ナショナル・アイデンティティ論の現在: 現代世界を読み解くために』晃洋書房、2003年。
- 波平恵美子『病と死の文化: 現代医療の人類学』朝日新聞社、1990年。
- 橋口豊「冷戦中の英米関係: スカイボルト危機とナッソー協定をめぐって」『国際政治』126、2001年。
- ジェームス・M・バーダマン(Vardaman) 『ふたつのアメリカ史: 南部人から見た真実のアメリカ』東京書籍、2003年。
- 林真理『操作される生命 科学的言説の政治学』NTT出版、2002年。
- 平野健一郎『国際文化論』東京大学出版会、2000年。
- 広井良典『脱「ア」入欧: アメリカは本当に「自由」の国か』NTT出版、2004年。
- 廣重徹『科学の社会史(下)』岩波書店、2002年。
- 藤垣裕子『専門知と公共性: 科学技術社会論の構築へ向けて』東京大学出版会、2003年。
- 藤原帰一『デモクラシーの帝国』岩波新書、2002年。
- 舟山直治「高度経済成長と道民生活」北海道開拓記念館『戦後の北海道: 新しい北海道(常設展示解説書7・8)』北海道開拓記念館、2001年。
- 古矢旬『アメリカニズム: 「普遍国家」のナショナリズム』東京大学出版会、2002年。
- 保阪正康『大学医学部: 命をあずかる巨大組織の内幕』講談社、1987年。
- 松本綾子『ビルはなぜ歓迎されないのか』勁草書房、2005年。
- 水野肇『誰も書かなかった日本医師会』草思社、2003年。
- 安田泰次郎『北海道移民政策史』生活社、1941年。
- 山崎幹根『国土開発の時代』東京大学出版会、2006年。
- 吉見俊哉「「メイド・イン・ジャパン」: 戦後日本における「電子立国」神話の起源」嶋田厚ほか編『情報社会の文化3 デザイン・テクノロジー・市場』東京大学出版

会、1998年。

吉見俊哉「グローバリゼーションとアメリカン・ヘゲモニー」テッサ・モーリス＝スズ

キ・吉見俊哉編『グローバリゼーションの文化政治』平凡社、2004年。

吉見俊哉『親米と反米：戦後日本の政治的無意識』岩波書店、2007年。

吉村昭『神々の沈黙：心臓移植を追って』文藝春秋、1984年。

吉村昭『消えた鼓動：心臓移植を追って』筑摩書房、1986年。

米本昌平「脳死と臓器移植—その問題史」『ナーシング・トゥデイ』3(12), 1988年。

米本昌平「心臓移植事件：和田寿郎」科学朝日編『スキャンダルの科学史』『朝日新聞』

社、1989年。

米本昌平『先端医療革命』（第3版）中央公論社、1993年。

李啓充『市場原理が医療を亡ぼす：アメリカの失敗』医学書院、2004年。

若林一平「技術論の死と再生」『科学・技術論の新局面』技術と人間、1973年。