

---

 話 題
 

---

## 心臓移植是非論争を顧みる

武 内 敦 郎

新年を迎えるにあたり、心臓移植についての論争に明け暮れた1968年をふりかえつてみることも有意義であろう。何故ならその論争の中には数多くの教訓が含まれていて、特殊な領域の発展途上にみられる一時的な評価の混乱と言つて片付け得ないものがあると思われるからである。

わが国での心臓移植第1例が報告された昨夏以来、報道機関の解説は次第にエスカレートして個人への礼讃や攻撃的批判にまで及び、当座の興味で問題の核心が覆われてしまった。しかし、心臓移植の研究の歴史は目新しいものではなく（Dr. J. Hardy は1964年チンパンジーの心臓を68才の白人に移植している）、又 Dr. C. Barnard が1967年12月、人から人への心臓移植をはじめて行なつて以来、各国でかなり核心をついた論争が生じて来て（1968年6月ジュネーブにおける国際評議会）、各国なりの結論が出ているようである。一方、日本では第1例の移植で議論沸騰をみたものの、患者の死後は何となく非観的ムードがただよつて、建設的批判や結論への努力が報ぜられていないような印象をうける。ここで言う「建設的批判」とは、必ずしも心臓移植を肯定し推進する説という意味ではなく、この問題の是非を論じその進路を見出すことに貢献する批判という意味である。

さて、「心臓移植遂行の是非」について論ずべき点はいいろいろあるが究極は次の3点であろう。即ち、治療技術上の問題として「提供者の死の断定」と「拒絶反応」とがあり、治療技術以前の問題として「心臓移植の倫理」がある。まず提供者の死の断定法については既にジュネーブ会議の宣言の中で脳死を以て死と断じており、脳死の断定には、(1) 全ての感覚の喪失、(2) 筋の完全弛緩、(3) 呼吸停止、(4) 血圧維持不能、(5) 脳波の完全静止を上げている。我が国の学会がこの宣言を尊重する動きにある事は想像できるが、更に東大時実利彦教授を委員長とする「脳死と脳波委員会」が昨年10月に発足しており、本年9月を目標に結論が出されるときが、しかも尚従来通りの心臓死を以て死の断定を下すべきだとする反対意見もある。これについては「移植の倫理」でのべる。

次に免疫反応の問題は確かに未解決であり、個々の症例が異なつた反応を示す点で、単なる臨床経験の積み重ねでは解決できない。「医学は average で考えてはいけない、免疫など特に然り」という東大石橋幸雄教授の意見は尤もであり、組織適合性判定法の一層の研究が待たれる。そして上記3点の内、この点が将来最もすつきりと解決されるのではないかという感じがするのは、免疫学の門外漢が抱く空しい期待であろうか。

第3に治療技術以前の心臓移植の倫理がある。この点に属する論議は各種あつて、互いにからみあつた内容のものであるが、代表的なものを述べよう。(1) 目下世界で行なわれている心臓移植は技術的に余りにも未解決な点（免疫反応など）をのこしながら行なわれており、医学史にその偉業を残そうとする先陣争いの売名行為であるとする批判がある。しかし、実行した外科医達は一応実験の結果から成算をもつていたのであつて、成算なくして行なつたとすれば売名どころか自殺的結

果となる事は明かであり、この論議は結論を得難い。既に8例以上の移植(うち死亡2例)を行なった Dr. D.A. Cooley は「組織適合性は克服可能である」と述べており、心臓移植を行なった人々は札幌医大和田教授を含めて、心臓の場合の拒絶反応についてやや楽観的な立場に立っている。ここで本誌37巻4号の荒木千里名誉教授の言葉——「個性の自覚の進んだ現代では 功名心こそ学術進歩の原動力といえるであろう」——が意義深く思い出される。とにかく将来は心臓移植もやがてニュース価値が減じ、売名の対象としてではない地味な仕事として扱われるであろうし、又そうなければならないか、やはり推進者達の意欲をそそるテーマであることには違いない。

(2) 生命を1秒でも永く保たせるのが医師の倫理であり、死を予期するような立場はとるべきではないとする批判がある。そして、これは心臓移植を真向から否定する方向の批判である。というのはこの意見によれば、上述の如く脳死を以て死の断定を下すことすらも否定されるからであり、血圧測定不能の状態が続いても心拍動が心電図上に認められる限り死とは断定できないことになる。そして今後は心拍動停止後の心臓を用いる移植が成功するような努力なしには、心臓移植は道断たれることになるといつて過言ではない。

この批判に対して反論もあり、いわゆる心蘇生法の結果心臓のみが生きている脳外傷症例を多数経験し、以前から脳死を以て死と断定している外科医も多い事は周知の通りである。Dr. A. Kantrowitz が「無脳症患者が心臓提供者として適当である」と述べているが、これも倫理的批判をまぬがれないだろうか。又癌末期患者の死期に臨んで全ての医師がその倫理にもとずいて、他の重症外傷患者に行なうのと同じような蘇生努力をはらっているかどうか。このような医学倫理上の実際面を無視して、観念的に「1秒でも永く」と叫ぶ声のあるのも、心臓移植が売名的にせよ医学的にせよゆきすぎて、提供者の死の断定を早めることを恐れるからに他ならない。そして、心臓提供予定者の死の判定は癌患者におけるそれとは比較にならぬ程嚴重であることを望むであろうし、移植グループ以外の医師による客観的な死の判定という方法が各国で提案されているのである。なお上述の Dr. D.A. Cooley は、移植グループのリーダー格の医師が心臓提供予定者の死の判定を下すとしている点は注目に値する。

(3) 現在の医学界ではモラルが低下しており、こんな時代にかかる厳粛なるべき移植手術が行なわれることは許されぬという批判がある。医学界のモラル低下を示す根拠として、医学教育が技術的なものにかたより、倫理的な教育が不十分であること、今の健康保険制度により医師のモラルは麻痺しているとか、日本人の4.5%が変質者であり医師も同率に考えねばならないから、戦争中や最近にも見られた医師による変質者の犯罪が心臓移植にからんで発生するかもしれないこと等があげられている。確かに天才と狂人の区別はむづかしく、凡人の感覚ではついてゆけぬ開拓者はどこの世界にもあることである。そして余りにも考えすぎた意見ではあるが、又簡単にぬぐい去る事の出来ぬ問題でもある。医師という人間が人間の生殺与奪の権を与えられている限りつきまとうヒポクラテス以来の問題である。

とにかく医学界としては、これら稀有の開拓者による非凡な偉業を冷静に(建設的に)批判し、この偉業を受けとる準備の出来ていない社会を整備し、この非凡の偉業によつてモラルの混乱を助長することなく、むしろモラルの向上という防波堤でこの偉業の波を静かに受けとめねばならない。学会では研究成果の論議と平行して、かかる倫理上の反省が行なわれる場を提供することも必要ではないかと考える。