

1968年 札幌 ドナー

倉 持 武

1 はじめに

1999年2月28日、高知赤十字病院において、脳死状態からの心臓を含めての臓器提供があった。これは「臓器の移植に関する法律」(法律104号、1997年7月16日成立、同10月16日施行、以下、臓器移植法と呼ぶ)に従った初めての脳死状態からの提供であった。臓器移植法施行から1年4ヶ月経っていた。心臓移植は1968年8月の和田移植から30年6ヶ月ぶりであった。高知赤十字病院からのドナーは40代の患者で、提供された心臓は40代男性に大阪大学で、肝臓は40代男性に信州大学で、腎臓のひとつは中年患者に東北大学で、もうひとつは40代女性に国立長崎中央病院で、角膜は70代女性と40代女性に高知医科大学で、それぞれ移植された。肺も提供され、岡山大学で移植される予定であったが、これは肺の状態が悪く断念された。

次いで慶応大学、古川市立病院(宮城県)、千里救命救急センターにおいても脳死状態での臓器提供があり、1999年10末日現在で、臓器移植法に従った脳死状態からの臓器提供は4例となっている。

慶応大学の場合、5月12日、30代男性から提供があり、心臓は40代男性に国立循環器病センターで、腎臓は30代男性に国立佐倉病院で、50代男性に東京大学医科学研究所で、それぞれ移植された。古川市立病院の場合、6月14日、20代男性から提供があり、心臓は20代男性に国立循環器病センターで、肝臓は2歳の男児に京都大学で、腎臓は30代男性に福島県立医科大学で、20代男性に仙台社会保健病院で、それぞれ移植された。千里救命救急センターの場合、6月24日、50代男性から提供があり、腎臓が50代女性に奈良県立医科大学で、40代男性に兵庫県立西宮病院で、それぞれ移植された。肝臓も提供され、移植予定先の信州大学まで運ばれたが、肝臓の状態が悪く、移植は断念された。

同年9月5日、藤田保健衛生大学(愛知県)において、臓器提供に向けた脳死判定が開始されたが、患者の片側鼓膜損傷のため中止され、心停止後に腎臓が一個提供された。

この間、7月9日京都大学で、脳死移植ではないが、ドミノ・生体分割肝移植が行なわれた。FAP(アミロイド・ポリニューロパシー)の50代男性患者に、60代の兄が肝臓の

(1998年11月5日受理。)

一部を提供し、このFAP患者から摘出された肝臓を二つに分割し、一方を10代後半の女性に、もう一方を40代女性に、それぞれ移植するものであった。

これら4例の脳死状態からの臓器提供はいずれも多臓器提供、多臓器摘出であった。和田移植のみならず、これら4例の移植についても様々な問題が指摘されている。問題を解明するためには和田移植を改めて反省し、また、これら4例を、1990年5月野本亀久雄現日本移植学会理事長がNHK脳死移植取材班林勝秀氏に示した心臓移植再開の三条件、「フェア、ベスト、オープン」¹⁾の観点から検討することが必要である。小論はこの検討の出発点として、1968年札幌のドナーについて若干の考察をめぐらすことを目的とする。

2 いわゆる和田心臓移植事件の概略

和田移植は、1968年8月8日、北海道立札幌医科大学において、胸部外科教授（以下、肩書はすべて当時）和田寿郎氏とそのスタッフらによって行われた日本最初の心臓移植手術である。ドナーは山口義政氏（21才）であった。レシピエントは宮崎信夫氏（18才）であり、宮崎氏は同年10月29日、術後83日目、に死亡した。この件に関して、同年12月3日、大阪の東洋漢方医学研究家増田公孝氏ら、69年3月6日、安達宏氏、70年8月26日、野村実氏（白十字会村山サナトリウム所長、「和田移植を告発する会」メンバー）らが、それぞれ、和田教授を殺人罪あるいは業務上過失致死罪で告発した。増田氏らおよび安達氏からの告発については1970年9月1日、野村氏らの件については同年9月29日、札幌地検はいずれも嫌疑不十分により不起訴処分とした。

3 捜査方針

告発を受理した検察は、69年4月末までのおよそ3ヶ月間、「捜査に必要な最少限度の医学的知識の修得」に努め、捜査方針を作成した。検察はドナーに関して次のように想定したのである。

山口の心臓摘出を開始した際、いまだ同人が生存しており、和田教授らがそれを知りながら摘出を実施し、その結果山口が死亡したと認められる場合、

には殺人罪が成立する。

- ① 山口に適切な蘇生術を実施すれば、同人が蘇生したのに、和田教授らが意識的に十分な蘇生術を実施せず、その結果山口が死亡したと認められる場合、
- ② 山口の心臓摘出を開始した際、いまだ同人が生存しており、和田教授らが過失によりすでに死亡したと誤認して摘出を実施し、その結果山口が死亡したと認められる場合、
- ③ 山口に適切な蘇生術を実施すれば、同人が蘇生したのに、和田教授らが過失により十分な蘇生術を実施せず、その結果山口が死亡したと認められる場合²⁾、

この①、②、③いずれかの場合には、業務上過失致死罪が成立する。

検察は同年5月下旬から14ヶ月を要して、和田教授をはじめとして実人員95名、延べ154名の参考人を取調べ、調拠物553点を領置した。同年12月と70年1月には3名の教授に医学鑑定を嘱託した。

捜査の過程では、ドナーに対する補助循環開始時刻記録改ざんの疑い、同じくドナーの

法的死亡時刻判定に関する，捜査時にはすでに死亡していた門脇裕研究生への全責任転嫁の疑いなどから，何等かの強制捜査の必要性が考慮されたこともあった。しかし，「心臓移植手術に関与した胸部外科の20人を超すスタッフを全員逮捕することは，当時大学紛争下で連日手術を余儀なくされていた同科の診療業務を完全に停止させることになり，到底容認されるべきではない」と考えられた。和田教授一人を逮捕することの有効性も考えられず，物的強制捜査も「証拠物を限定することの困難が予想された」ため，捜査は終始，主任検察官秋山真三氏一名による任意捜査として行われた³⁾。

4 疑 惑

和田教授らによる心臓移植手術は国内初例，世界でも30例目であった。この手術に対するマスコミをはじめとする社会の反応は当初快挙としての賞讃一色といってよかった。しかし，次第に批判が強まり，レシピエントが死亡してからは手術に対する評価が完全に逆転していったのである。

手術当日，8月8日の夜，和田教授と東京側3名による電話座談会が朝日新聞社において開かれた。この会での和田教授の発言が疑惑を生み出したのである。「患者は，あなたの大学病院の内科からまわったのですか」という林田健男氏（東京大学医学部教授）からの質問に対して，和田教授は「外部の病院から直接きました」と答えた。ところが，小学5年生のころリウマチ熱にかかり，心臓弁膜症となり，治療を続けていた宮崎氏は，同年5月28日から宮原光夫教授を主任とする札幌医科大学内科学第二講座に入院していたのである。宮原教授は宮崎氏を検査し，僧帽弁狭窄兼閉鎖不全症と診断し，僧帽弁を人工弁に置換することが適当と判断し，6月11日，同

大学の和田教授を主任とする外科学第二講座（胸部外科）を受診させた。この時の宮崎氏に対する胸部外科の診断は第Ⅳ度（最重症）の僧帽弁閉鎖不全症であった。宮崎氏は人工弁置換手術のため，7月11日に胸部外科に移っていたのである⁴⁾。

和田教授は，それより前，同日14時30分から開かれた移植手術後の記者会見の席上，同日01時ころ山口氏に対する人工心肺継続の断念を「山口さんの御両親から」告げられたとき，「ふっと，2号病室の宮崎信夫君のことを思い出し，心臓移植をおこなおうと思った」と発表していた。検察は山口氏の心臓摘出開始時刻を同日02時30分ころと認定している。日本最初の心臓移植手術は「ふっと」思いたってから，ドナーの心臓摘出手術開始までおよそ1時間30分で行なわれたことになる。和田教授のこの「事実とは異なる」また「決して事実にはありえないような」発表に，その場で疑問をいただいたのは吉村昭氏であった⁵⁾。

1967年12月3日，南アフリカのグルート・スキュール病院において，クリスチャン・バーナードによって世界最初の心臓移植手術が行われた。ドナーは自動車事故の被害者デニス・ダバル（24才，女性），レシピエントはルイス・ワシカンスキー（55才，男性，手術後19日目に死亡），術式は人工心肺を使用するシャムウェイ・ローア法であった。2日後の5日，ニューヨークのマイモニデーズ病院において，エイドリアン・カントロヴィッツにより2例目が行われた。ドナーは4日午後フィラデルフィアで生まれた無脳症児，レシピエントは生後2週間の先天性の心臓奇形児（手術後6時間で死亡），術式は近藤法（人工心肺は使用せず，患者の体温を20℃までさげる超低体温法）であった。その後68年8月8日の和田移植まで，30例近い手術が世界各

地で行われたのである⁶⁾。

こうした事態の進展に関心をもった朝日新聞社から依頼を受けた吉村氏は、「心臓移植は、科学の一分野である医学の問題に限定されたものではなく、人間とは何かという問いかけとして考えられねばならないだろう⁷⁾」と考えた。そして氏は68年の3月上旬には心臓移植を素材とする作品の準備を始めていたのである。これが『神々の沈黙』そして『消えた鼓動』という和田移植に関する必読文献2作品として結実するのである。このため氏は、専門書を「手当たり次第に買いあさり」、「医学書を読む生活に入り」、友人の医師中井暲典氏の下に通いつめて、心臓とその疾病について教えを受けた。その上で、氏は二人の心臓移植研究者、近藤芳夫氏（東京大学医学部付属分院）そして古賀保範氏（国立大村病院、長崎県）に会って話を聞いたのである。

近藤氏は1964年に渡米し、マイモニデーズ病院において心臓移植の研究を続けた。氏は、スタンフォード医科大学のノーマン・シャムウェイおよびヴァージニア大学のリチャード・ローアの開発した人工心肺使用の心臓移植法とは異なる、岩手医大の新津勝宏氏、岡村忠氏らによって開発された超低体温法応用心臓移植法の研究に打ち込んだ。そして氏は仔犬を使用した実験において、免疫抑制剤を使用せずに、37頭のうち1頭は57日間、他の1頭は213日間生存という世界最長記録を生み出したのである。ちなみに、犬を使用した心臓移植実験手術の成功のメルクマールは、当時、移植後24時間生存であった⁸⁾。

古賀氏も、近藤氏の後、マイモニデーズ病院において心臓移植研究を行った。氏は、エーテル吸入によって死亡させた犬の心臓を、心停止後30分を経て摘出し移植する、屍体心臓移植に取組んだ。そして、当時の心停

止後30分屍体犬心臓移植生存最長記録、ローアの40日間、をはるかに凌駕する100日間という記録を打ち立てたのである。さらに氏は、カントロヴィッツの第一助手として、世界第2例および第5例の心臓移植手術に携わった。

吉村氏が近藤氏に心臓移植手術の意向を問うたとき、近藤氏は「移植の条件が完璧にととのえられればということですが、死の判定と拒絶反応という二つの難問がありますから……」と言葉をにごしたそうである⁹⁾。

記者会見での和田教授の発表に疑念をいだいた吉村氏は、翌9日札幌に飛び、山口氏の溺れた小樽市蘭島海岸、検視を行った札幌中央警察署、山口氏使用名義の血液および宮崎氏使用名義の血液を発送した日赤北海道血液センターなどに直接足を運んで話を聞き、「みんな記録もなにも全部見世てもらおう」など現地取材を行った¹⁰⁾。氏はまた9月23日、世界の移植例調査のため、ヨーロッパ、南アフリカ、アメリカの旅へと出発した。バーナードやカントロヴィッツとの会見を含めて調査を重ねた結果、氏の確信となったのは、「心臓移植は『ふっと思い立って』から1時間5分後に手術を開始できるような安直な手術ではない¹¹⁾」ということであった。

バーナードは67年11月11日、ワシカンスキー（A, Rh (+)）とその妻アンに、「80パーセントの成功率と思って下さい¹²⁾」と話し、同意を得た。バーナードはその時点ですでに外科医、心臓専門医、麻酔医、看護婦等総勢30名の心臓移植チームをまとめあげていた。そして、いつドナーが現れるか分からないので、チームのメンバーには遠出を避けるよう要請し、また常に所在を明らかにしておくこと、当日の行動予定の届出を求めたのである。

ドナーとなったデニス（O, Rh (-)）の

父、エドワード・ダバルが提供承諾書にサインしたのが67年12月2日23時頃であった。当時、組織適合性判定法は、ロスアンジェルス のポール・テラサキによるヒト白血球抗原（HLA）分類の研究が途上であって、完成されてはいなかった。それでもバーナードは、提供の承諾を得て直ちに移植手術を開始したわけではなかった。彼はケープ州立血液研究所長の免疫学者M.C. ボーサに、ドナーおよびレシピエントの組織適合性を大至急調べてほしいと要請したのである¹³⁾。世界最初のヒトからヒトへの心臓移植が始められたのは1967年12月3日01時40分、チーム編成からおおよそ1ヶ月、レシピエントの同意を得てから23日、ドナーの父の承諾を得てから2時間40分後のことだった。

生後16時間たったころから現われたチアノーゼの原因を調べて、1967年11月18日、体重2600グラムで生まれたこの新生児を、三尖弁閉鎖症と心房中隔欠損症の合併した先天性心臓奇形とカントロヴィッツは診断した。心臓移植しか治療の方法がないと判断した彼は、「或ル一個ノ生命ヲタスケルタメ、無脳症マタハ重症ノ脳腫瘍ノ新生児ヲ探シテイル」という主旨の電報を全米主要病院500の産科部長宛に発信した。12月4日午後、フィラデルフィアのジェファーソン病院で生まれた無脳症児の両親から承諾を得て、この児を小児科医を同乗させた特別仕立ての飛行機でニューヨークに運び、組織適合性検査を行い、無脳症児と心臓奇形児とをそれぞれの容器で冷却し始めたのが6日03時45分、無脳症児に心臓摘出のためのメスが入ったのは04時25分であった¹⁴⁾。

心臓移植手術は移植医療に意欲をもち、動物実験などを通して手術手技を磨き上げ、拒絶反応ならびに感染症について十分研究し、手術チームを編成し、レシピエント予定者を

選定し、その上でドナーの出現を待たなければならぬ。さらに、ドナーが現われてからの緊急な組織適合性検査を必要とする。

「ふっと」思って直ちに実行というわけにはいかないものである。和田教授が、氏の発表通り、実際に「ふっと」思いたってから1時間強でドナーの心臓摘出を開始したのであったなら、それは軽率のそしりを免れまい。もし手術が軽率なものではなかったのなら、事実は和田教授の発表通りではなかったのではないか、との疑いを禁じ得なくなる。

「ふっと思った」、「外部の病院から直接きました」、この二つの発言に端を発して、和田教授の発表の信憑性に対する疑惑が深まっていた。

例えば、和田教授は山口氏の死亡について、平坦脳波を確認し、肺性脳死と発表した。当時、札幌医科大学には2種類の脳波計があった。一つは麻酔科の管理する最新式のものであつた。これは電極とつながったペン先が記録紙に波形を書き込む型のもので、オシロスコープはついていない。インクの減り具合で使用状況がすぐに分かるが、これが使われた形跡はなかった。もう一つは高圧酸素室にあったマルチ・チャンネル・レコーダーであった。和田教授の言葉が正しければ、門脇研究生は一人で、タンクの中で山口氏に「麻酔器による用手呼吸」をしながら、同時に、タンクの外で、8チャンネルのレコーダーを脳波計と心電計に振り分けて、オシロスコープで脳波の平坦と心電図の平坦を観察していたことになる。時刻は、和田教授によれば7日22時10分とのことであつたが、検察認定では、この時刻には山口氏は9番手術室に移されていた。そして手術室には脳波計はなかったのである¹⁵⁾。

和田教授は8月14日午前の記者会見で初めて、免疫抑制剤の使用を検討していることを

明らかにした。それまでは免疫抑制剤の使用を否定していたのである。ところが、19日夜の榊原任教授（東京女子医大）との電話対談において、17日からイムラン（学名 アザチオプリン）の使用を開始したことを報告するとともに、コーチゾン系の免疫抑制剤を「手術のあとからすぐ使っています」と話しているのである¹⁶⁾。

移植は和田教授の発表通りのものだったのだろうか。ドナーとなった山口氏の治療は万全だったのか。死因は？ 死亡時刻は？ 死亡判定はどのように行われたのか。提供の承諾は？ レシピエントの宮崎氏は本当に移植しなかったのだろうか。手術の説明と同意は？ 術後管理は万全だったのか。こうして手術手技そのものを含めて、疑惑は移植手術に関するあらゆる局面へと拡大していったのである。

5 ドナー：蘭島海岸、野口病院

和田移植のドナーとなった山口氏の事情は、氏が野口病院で上野冬生医師（32才、北大第一外科）から手当てを受けていた間までは、比較的明瞭である。上野医師が野口病院から帰宅した後、事態はにわかに曖昧模糊となってくる。

山口氏は7日12時05分ころ、蘭島海岸の、岸からおよそ30メートル、水深2メートル（水温は24℃と推定されている）のところで溺れているのを発見された。意識なし、呼吸停止、心拍停止の状態、口と鼻から海水があふれ出していた。浜に引上げられてからミニットマン人工蘇生器、心臓マッサージ、保温、ピタカンファー注射3本などの手当てを受けながら救急車の到着を待った。同28分の救急車到着までおよそ20分間、自力呼吸は回復せず、心停止も続いた。だが蘇生の可能性があるかと判断された山口氏は小樽市内の救急

指定病院、野口病院に運ばれた。この間、酸素吸入と心臓マッサージを施され、救急車中で自力呼吸を再開した¹⁷⁾。山口氏の心停止はおよそ40分くらい続いたと推定されている¹⁸⁾。

12時45分ころの野口病院到着直後の山口氏の容体は、上野医師のカルテなどによれば、「意識不明で瞳孔は通常大ながら対光反射はなく、呼吸は複式で心音良好、脈拍1分間90、血圧は120—80、顔の一部、毛髪、耳口が砂で汚れ、チアノーゼはなかった」¹⁹⁾という状態だった。13時45分ころ、上野医師の聴診器による診察では、胸部全体に呼吸音が聞こえたので、溺水時に肺に海水が入ったとしてもこの時点では海水は残っていないと判断された。15時ころには人工呼吸器も必要がなくなり²⁰⁾、16時10分ころには対光反射も現われ、顔にも血色がもどってきた。上野医師は18時10分ころ山口氏を院長の野口暁氏（58才、内科、医師歴33年）に引継いだ。引継ぎ時の山口氏は、血圧130—80、脈はやや速く、呼吸は1分間20回を超えていたが、「苦しそうな様子がなく、一晩は完全にもつ」というのが上野医師の判断であった²¹⁾。

ところが野口院長は、8月7日18時10分ころ上野医師と交代した後で、山口氏は呼吸困難で、チアノーゼがあり、容体が悪化したとして、同40分ころ札幌医科大学胸部外科に高圧酸素療法のための転院依頼の電話をしたのである²²⁾。

山口氏を乗せた救急車は19時36分に野口病院を出発した。救急車に同乗した小樽市消防署消防士長今博氏によれば、車中での山口氏の様子は、「顔色は良く、赤銅色でした。苦しがるのは変わらなかったが、車中ではすこし落ち着きました。途中でたしか強心剤を一回打った」²³⁾とのことであった。

6 ドナー：医科大到着から心臓摘出までの時間経過（和田教授の主張）

野口院長から電話による依頼を受けた時から和田教授の時間感覚は相当の狂いを示している。

北海タイムスの記者が和田教授の談話をまとめた自筆署名入りの手記によれば、18時ころ野口院長から依頼があり（自著『ゆるぎなき生命の塔を』では「午後5時ころ」）、待機を命じて教授は帰宅した。19時ころ（自著では「20時ころ」）救急車が到着した。20時ころ自宅で、「絶望的です。ダメです」とスタッフの一人から電話を受け、「すぐ自分の車を飛ばして8時30分ころ病院に着き」山口氏を診察すると、「血圧は30でいど。救急外来の当直医師によって機械呼吸のための気管切開が行なわれた」²⁴⁾。数時間後、山口氏の両親から人工心肺を「もうやめてください」と訴えられ、「ふっと」宮崎氏のことが頭にひらめいたのが、8日01時10分ころ、山口氏の両親から心臓提供の承諾を得たのが同20分ころであった。「あとは、提供を受ける宮崎さんの方が問題。前から心臓移植手術の了承は取ってあるがいざとなって二の足を踏むということがあっては困る。すぐ恵庭の自宅に電話をかけて呼び寄せ、再び了解の意志を確認した。それから、20人のスタッフで手術の準備を始め」て、「二時五分一。十分無菌状態を保てるようになってから、メスで胸を開くと同時に補助循環を止めた。血圧はゼロに落ち心臓の動きは停止した。いわゆる心室細動の状態である」²⁵⁾。

時間関係についてみると、この手記では、提供の承諾を得てから、摘出のメスを入れるまで45分である。その間に和田教授は、チームをまとめ、宮崎氏の両親に電話をかけて恵庭から病院に来てもらい、手術の同意を再確

認している。当時、宮崎家には車がなく、親戚の人に頼んで車に乗せてきてもらったそうである。自宅から病院まで20キロはあろう。しかも深夜1時すぎの話である。ただし、「私の心臓移植二週間の苦闘」での和田教授によれば、「電報だけは打っておいたが、手術は宮崎君の御両親の到着を待たずに始めることにして、準備を始めた」²⁶⁾ということなのである。ところで、心臓摘出開始時刻の02時05分に、山口氏の両親は金子正光助手から地下の霊安室で「御臨終です」と告げられ、義政氏の死亡時刻は8月8日午前2時5分と信じ込んだのであるが、死亡診断書に記載された山口氏の死亡時刻は7日午後10時10分となっていたのである²⁷⁾。

7 医科大到着時の山口氏の容体と処置

札幌医科大に到着し、救急外来処置室に運び込まれた山口氏の容体は、和田教授によれば、以下のものであった。

強度のチアノーゼが全身に認められ、自発呼吸は微弱で、瞳孔はどちらも散大、対光反射消失、痛覚の消失、大小便失禁。強制呼吸下で両肺野に湿性ラ音が聞こえ、心音は微弱で、脈拍は触知困難、血圧も測定不能の状態だった。直ちに気道の確保、人工呼吸、頻繁な気管内吸引などを行うとともに、抗ショック療法として補液および種々の薬剤を投与したが、全身状態は改善されなかった。血圧は一時60に上昇しただけで、改善はみられず、心室細動を頻発し、体外マッサージを続ける必要があった²⁸⁾。

ところが、救急部外来処置室で、胸部外科のスタッフによる山口氏に対する処置を見ていたインターン、救急部当直の脳神経外科医

堀田隆史氏、外傷で受診していた女子高生らの供述によれば、この時の山口氏には自発呼吸があり、大小便の匂いもしていなかった²⁹⁾。また、当直看護婦だった救急部婦長越智一江氏の「変なおいはなかった。大小便を漏らしていたら、私たちが気が付かなければいけないのに見ていない。失禁していれば、きれいにしたはずですが」との証言もある³⁰⁾。

先に記したように、手記によれば、山口氏の医科大到着時には和田教授はまだ自宅におり、山口氏の気管切開は「救急外来の当直医師」によるものであった。ところが、胸部外科のスタッフであった富田房芳講師、金子助手らを含め30名近くの胸部外科の医師、看護婦が救急車の到着を出向え、和田教授もそこにいて、「たくさんの先生に囲まれて、すごい勢いで周囲を見回していました」という当直看護婦の証言がある³¹⁾。また当の救急外来当直医の堀田医師によれば、氏は野口病院から患者が来る旨の連絡も受けていないし、山口氏に対しては何等診療、処置を行ってもいない³²⁾。胸部外科に頼まれて気管内挿管の道具をもっていった麻酔科研究生大平啓二医師によれば、山口氏の気管を切開し、筋弛緩剤レラキシンを打った上で気管内挿管を行ったのは胸部外科のスタッフであった³³⁾。

8 高圧酸素室

山口氏は外来処置室からどこへ移されたのであろうか。和田教授と捜査報告書はこの点では一致をみせ、山口氏は地下の高圧酸素室へ移されたとしている。しかし、吉村氏、渡辺淳一氏、そして日本弁護士連合会人権擁護委員会心臓移植事件調査特別委員会は、山口氏は直接2階の9番手術室へ移されたと判断している³⁴⁾。吉村氏らの見解は麻酔科助手内藤裕史医師の証言と整合するのである。

内藤助手は大平医師から、胸部外科で意識

がないといわれている患者に筋弛緩剤を使って気管内挿管を行っていることを聞いた。さらに胸部外科が溺れた患者に人工心肺をつなごうとしているのを聞き、「蘇生のプロ」である麻酔の専門家として、「ありえない。人工心肺は溺水者にはメリットがない。考えられないことだ」、溺れた者への蘇生措置はまず気道の確保、それから酸素吸入、肺の治療、輸液なのにと考え、二階の9番手術室へ行ってみた。「溺れたんですね」と言いつつ、患者の胸に聴診器を当てた。心音ははっきりしており、肌はピンク色でぬくもりがあった。肺には水がたまった時に聞こえるラッセル音はなく、規則的な自発呼吸をしており、チアノーゼもなかった。危ない状況ではないと思った。溺れたのが海水か真水かによって輸液を変えなければいけないので、胸部外科のスタッフにどちらなのかたずねてみたが、スタッフの誰れも知らなかった。そこへ副腎皮質ホルモン「ソルテコフ」が10筒届けられた。ソルテコフはハイドロ・コーチゾンで、和田教授がレシピエントに手術当日から免疫抑制剤として使用したものと成分が同じである。ソルテコフはショック症状緩和のために使用されることもあるが、その場合の使用量は通常1筒である。内藤助手は手術室を出たところで和田教授に「移植をやろうと思う。患者さんの家族の同意が得られれば、2、3時間待機してくれないか」と言われた。その時、時計を見ると20時30分であった³⁵⁾。

吉村氏らの見解はさらに、胸部外科研究生山田弘医師の証言とも整合する。山田医師は山口氏の病院到着後、外来処置室そして2階の9番手術室で続けて心電図測定を行った方である。氏は心電図を「かなり長い時間記録した。その後人工心肺を付けることになって、患者はエレベーターで二階の手術室へ直

9 高圧酸素治療・人工心肺

行した]、「山口君が病院に到着した後、酸素室へ行った記憶もない。高圧酸素タンクの中では人工呼吸はできない」と証言している³⁶⁾。

和田教授によれば、外来処置室で気管切開を受け、人工呼吸器用挿管を施された山口氏の高圧酸素室での呼吸管理は、門脇医師によるタンク内での「麻酔器で用手呼吸」であった。しかし高圧酸素療法をこれから施そうとする患者の気管を予め切開しておいて、タンクの中で「麻酔器で用手呼吸」を行うという処置の合理性が筆者には一向に見えてこない。和田教授とはいえ、高圧酸素治療の前に気管切開は行うまいと考えるので、山口氏は処置室から直接二階へ移されたのであって、地下の高圧酸素室を経て手術室へ移されたとする見解には賛成し得ない。しかし捜査報告書がこの見解をとっているのだから、これを一通りは検討せざるを得ないだろう。

捜査報告書によれば、山口氏が救急部外来処置室に収容されたのは、救急隊員の記録から、8月7日20時05分ころ、人工心肺による補助循環および心臓摘出開始予定時刻は病院附属手術部の手術台帳から20時15分（同台帳には22時15分の記載があったが、これは何者かが20時15分を改ざんしたものと認定）と認められる。補助循環記録によればポンプ・スタート時刻が22時20分との記載がある。しかしこれは何者かが改ざんしたものと認められ、山口氏の家族、和田教授らの供述から運転開始時刻は21時20分と認められる。そしてこれらを総合的に判断して、①山口氏が外来処置室から高圧酸素室へ移された時刻は7日20時40分～50分ころ、②9番手術室に移された時刻は21時から同10分ころの間、そして③同室での補助循環開始時刻が21時20分ころ、と検察は認定している³⁷⁾。

高圧酸素治療と人工心肺使用の目的はなんだったのだろうか。手記によれば、和田教授が20時30分ころ病院にかけつけたとき、山口氏は「死の一手手前の状態。からだ全体が土色に変わり、ことに右半身はくさったぶどう色になっていた。瞳孔は開き、大小便はたれ流し、呼吸も救急外来の当直医師によって気管切開され機械呼吸をしていた」のである。和田教授はこれを見て、「とてもじゃない。これはダメだ」と思った。しかし高圧酸素治療の要請もあり、「マイナスになることはなかろう」と考えて、前年秋に完成した直径95センチ、長さ196センチの大型高圧酸素室³⁸⁾を使用することにした。21時30分ころ、「二人の医師とともに」山口氏を入れ、扉を閉めて圧を加えようとしたとき、「血圧はゼロ、心臓も動いていない。そうして脳波も平坦なのに気付いた」のである。しかし、高圧酸素室へ入れるか入れないかで山口氏が死亡したとは両親に言うこともできず、さりとて「機械呼吸もできない」ので、体外心臓マッサージに切替えた。そして「患者はおぼれて水がつまり、酸素がとれなくなっている。それなら血液に酸素を吹き込んでやればよいのではないか」と考え、人工心肺による補助循環を行ったのである³⁹⁾。

この点に関する検察の調べに対して和田教授は次のように答えている。

山口に対して高圧酸素治療をしても駄目だと思うが、このままでは依頼された高圧酸素治療をしないで亡くならせる。ともかく高圧酸素室に入れようと指示し、救急措置室の廊下に出て、出会った山口の家族にもその旨告げて高圧酸素室に行き、すぐ大型タンクの中に入った。その時、研究生の

門脇裕がタンク内で山口に麻酔器で用手呼吸も行っていた。門脇が「心停止で脳波をとったが平坦で、体外心マッサージをやったが手で押すと心臓が動くが、やめると止まってしまう、もう駄目だ」と言った。私は、これを聞いて脳波をとった直後だと思いい、山口は肺性脳死の状態にあると判断した。私が救急措置室で見た山口の末期状態、血圧低下状態、心停止が起こりマッサージをやめると心臓が止まるということ、平坦脳波ということによって肺性脳死すなわち臨床死と判断したわけです⁴⁰⁾。

この後、和田教授は「死後、すなわち蘇生術として」人工心肺を使用し、和田教授らが山口氏の両親に、「山口君は高圧酸素室にいるが、10時10分に自分の力で呼吸する力がなくなった。今は人工心肺、機械で心臓を動かしています」と説明した。そして8日02時05分に金子助手が山口氏の両親に臨終を告げたのである⁴¹⁾。

10 ドナー：治療記録

捜査報告書も認めているように、札幌医科大到着以降の山口氏の容体を示す客観的証拠はない。それは、①救急処置室に備え付けられ、必ず記入すべき救急台帳に記入がない、②一連の過程で記録されたという心電図が、「連絡不十分のため」廃棄されてしまった、③脳波、血圧を記録したというが、記録が残されていない、④脈拍、心音などを知るための客観的資料がない、⑤診療経過を詳細に記載すべきカルテも、時実鑑定人も指摘する通り一筆書きで、治療指針が読み取れるような重要事項の記載に乏しい、ことによる⁴²⁾。このため検察は山口氏の容体についてはその多くを胸部外科のスタッフの供述に頼らざるを得なかった。矛盾にみちた供述から事実を構

成しなければならなかった検察は、これを評価すべく委嘱した鑑定人に対しても乏しい資料しか提示することができなかったのである。

和田教授とそのスタッフ、検察そして鑑定人時実利彦教授、これら三者は、山口氏が一階の救急外来処置室からまず地下の高圧酸素室に移され、その後で二階の第9手術室に移された、この順序については見解が一致している。しかし、山口氏が高圧酸素室へ移された時刻については主張が分かれる。時実教授は「山口が高圧酸素室に入れられていた時間は、各供述からは明確に判断できないが、遅くとも午後10時前には同室に入れられており、午後10時10分から10時20分の間に、9手術室へ移された、と考えられる。従って、高圧酸素室に置かれていたのは、1時間以内」と鑑定した⁴³⁾。

和田教授らは、21時30分ころ山口氏を高圧酸素室へ移し、しばらくして山口氏の家族に、「高圧酸素室にいて、10時10分に自分の力で呼吸する力がなくなった。今は人工心肺、機械で心臓を動かしています」と説明している。したがって、山口氏が第9手術室に移されたのは22時10分以降ということになる。高圧酸素室へ山口氏を移したのが手記ではこのように21時30分となっているが⁴⁴⁾、和田教授の検察への供述では20時30分となっている⁴⁵⁾。手記によれば40分強、供述によれば1時間40分強、山口氏は高圧酸素室にいて、門脇医師が一人でタンクの中で用手呼吸を施し、同時にタンクの外でオシロスコープをモニターしていたわけである。札幌地検が和田教授に対する増田氏らからの告発を受理したのは1969年1月20日であったが、門脇医師はその直前の15日に胃がんのために死去している。

検察は、山口氏が外来処置室から高圧酸素

室へ移されたのが20時40～50分ころ、9番手術室へ移されたのが21時～同10分ころ、人工心肺による補助循環開始が21時20分と認定した。しかし、高圧酸素室および9番手術室への移送時刻については明確な記録がない。これらの検察認定は、検察が様々な関係者の供述を「総合する」ことによって得られたものである。

また検察は、和田教授が心臓移植を考慮したのが、「ふっと」思った8日の01時10分ころであったことを否定している。「9番手術室に移した時（同9時から9時10分ころ）既に、家族の同意を得られれば心臓を摘出、移植手術に使う意図があったとみられる」と認定したのである⁴⁶⁾。

ところで、検察認定のごとく、山口氏が9番手術室へ移されたのが21時すぎということになると、これは麻酔科の内藤医師の証言と整合しなくなる。内藤医師は、胸部外科のスタッフが山口氏への補助循環のための切開を行っているのを目撃した後、手術室を出たところで、和田教授から移植手術のための待機を求められたのが20時30分と証言しているからである。

しかし検察は、9番手術室へ移された時点での山口氏の容体を認定するためには、内藤医師の供述を採用しているのである。

9番手術室での補助循環開始前に山口を診察した麻酔科の内藤裕史の供述によれば、顔面は正常な色でチアノーゼは見られず、肺の呼吸音は正常に近く、肺水腫の徴候も見られないなど、ひどいショック状態ではなかったことが認められる⁴⁷⁾。

検察は内藤医師の判断内容は採用したのだが、和田教授から移植のための待機を要請されたこと、そして、その時刻が20時30分であ

たことは否定している。検察認定と内藤証言は、山口氏は高圧酸素室へ移されたのか、和田教授が心臓移植の意図をもったのが21時以降なのか、この二点に関しては整合しないのである。

11 人工心肺と血液発注

人工心肺による補助循環が、和田教授の主張のごとく「死後、蘇生術として」行なわれたものにせよ、心臓移植を「意図」してのものにせよ、それには大量の血液が必要である。胸部外科は山口氏使用名義のO型血液2000cc（成人血液総量平均5000cc弱）、宮崎氏使用名義のA B型血液3800ccを日赤北海道血液センターから入手している。胸部外科からの発注そして血液センターの発送時刻だが、これについても吉村氏や日弁連調査特別委員会の調査結果と検察認定には不一致がある。吉村氏の調べ、そして日弁連の調べでは、山口氏使用名義O型血液2000ccが血液センターから発送されたのは、山口氏がまだ野口病院にいた7日19時30分以前のことである。胸部外科からのA B型血液についての問合せも同時刻ころにあり、宮崎氏使用名義A B型血液が2回に分けて計3800cc血液センターから発送されたのは同21時30分と同23時のことである⁴⁸⁾。

検察も血液センター所員から同内容の証言を得たのであるが、この証言は「措信しがたく記憶の誤りと認められる」としてこれを斥けた。その上で、検察は、山口氏用血液の発注が同22時30分から23時の間、宮崎氏用血液1800ccの発注が8日0時20分から40分の間、2000ccの発注が同01時40分から2時20分の間と認定したのである⁴⁹⁾。

検察が血液を発送した当の所員の証言を「措信しがたい」としたのは、「ほかの証拠に比べると」ということなのであるが、検察

は所員の証言を覆すに足るほどの「他の証拠」を具体的に示してはいない。

自著『ゆるぎなき生命の塔を』における和田教授によれば、「ふっと」思ったのが午前0時すぎの深夜だったので、それからの血液の手配がたいへんだったそうである。

しかしながら、1997年6月13日の共同通信社によるインタビューでは和田教授は次のように語っている。

輸血用血液の手配は助手がやった。僕は全然知らなかった。10時すぎに山口さんが心停止するまで、心臓移植なんて考えもしなかった。その1カ月か2カ月前に、うちでもいずれ心臓移植をやろう、その時は僕が何もかも引き受けるから、君たちは存分にやってくれ、と言った。それを皆が覚えていて、自発的にいろいろ準備したのだから⁵¹⁾。

同じく自著『あれから25年 脳死と心臓移植』における和田教授によれば、8日の01時ころ、宮崎氏のことを「ふっと」思ったのは教授だけではなく。胸部外科のスタッフの中にも宮崎氏のことを考えたものがいて、「心臓移植ができないか、と私に申し出るとともに、万一、心臓移植手術を実施することになるかもしれない場合にそなえて、スタッフが私の病院到着以前に手術に必要な血液を手配していたこと」を和田教授は知らされたのである。後に、血液依頼時間が山口氏の「死の決定」以前であったことがマスコミによって問題にされた。しかし和田教授は「いや、あれは私のスタッフが万一の可能性に備えて依頼したもので」とは説明しなかった。というのも、「心臓外科のような困難な外科手術では、ことに緊急手術の準備を手術確定前にあらかじめ整えておくことは当然のこ

と」であって、あらためて説明することもないからであった⁵²⁾。

吉村氏は血液発注時刻に関する検察認定について全く納得がいかず、「率直に言って私には納得できない。重要な問題なので、くりかえし慎重にしらべた末に得た情報で、それがあやまりであるということは今もって理解できないのである」と記している⁵³⁾。

検察は、補助循環開始時刻を7日21時20分と認定した。また胸部外科による補助循環および心臓摘出開始の予定時刻は、実施時刻より1時間5分前の20時15分であったと、手術台帳の記載から認定した⁵⁴⁾。この予定時刻に合わせるためには、少なくとも山口氏用血液の発注は19時台に済ませておかなければならないだろう。どのような根拠に基づいて検察が、吉村氏や日弁連の調査結果とは異なる血液発注時刻、22時30分以降、を認定したのだろうか。ちなみに、同時刻が補助循環開始と検察が認定した時刻21時20分より1時間10分ほど後であること、そして、発注から到着まで30分として、運転開始から血液到着まで1時間40分ほどの間、人工心臓が2000ccの血液なしでどのように運転されていたのか、検察の説明はない。

12 人工心臓

和田教授によれば7日22時20分ころ、検察認定では同21時20分、人工心臓による補助循環が開始された。そして、検察が和田教授らの「公式見解の決定版」とみる「心臓移植の臨床知見とその考察」によれば、和田教授らが山口氏のドナーとしての可能性、適格性を「改めて」考慮したのは補助循環開始から1時間20分後のことであった。

この体外循環における血液ガス分析、灌流量および平均動脈圧などの経過をみれ

ば、循環開始とともに心搏動の再開を認め、平均動脈圧は一過性に50mgを示したが、約1時間20分経過後は圧はさらに低下し測定不能となった。

以上の体外循環にもかかわらず、この操作を中止すると絶対的不可逆性心停止が招来される事は一層明白となり、また肺の変化も不可逆性と考えられその結果は予期したごとく、心機能の一時的改善は見られたものの、死の徴候の改善は全くみられなかった。この時点において、われわれは、改めて、本症例がドナーとなり得る可能性を考慮した⁵⁵⁾。

そして和田教授らが山口氏をドナー適格とした理由、組織適合性検査について、同論文では次のように説明されている。

本症例は、1) 年令的に若年男子であること、2) 病歴から事故発生前まで、生来健康であったこと、3) 心臓血管系疾患を有していなかったこと、4) 血液型はA B O式では万能提供者としてのO型であること、5) 臨床的に死を確認したが、さらに心臓機能の他動的維持も限界に近づきつつあること、などからドナーとして適格と考えられたので、両親にその旨を計り承諾を得た。しかしA B O式血液型以外の組織適合性検査については臨床的、時間的制約の下に行なう余裕がなく省略する結果となった⁵⁶⁾。

この人工心肺による補助循環については、それが溺水したが十分に蘇生の可能性を残している者に対して施されたものなのか、仮死状態に陥ってしまった者に対して施されたのか、「死後」の「蘇生術」としてなのか、ド

ナーの心臓保存のために行なわれたのか、議論の分かれるところがあった。この議論を決着させるための一助として、和田教授らによって研究されていた犬を使用した心臓保存法的一端に触れてみたい。

和田教授は単著論文「心移植」において、まず、「教室の上戸らは犬に心室細動を電氣的に誘発し、室温に30分放置した後、電氣的除細動を行い、直ちに股動静脈を用いて人工心肺による体外補助循環を開始することによって心臓機能を回復させ、かつ良好に保持し得ることができている」など数例の実験を示す。そして論文後半でこれを受け、「古典的な classic death ないしは clinical death においてその確認後30分以上時間の経過した後積極的に心臓マッサージ法や人工心肺による強制循環を行なうことによって心臓拍動のみは再生し得る可能性が大であることはこの講演頭初の実験成績やまた冠灌流法を用いない大動脈弁手術などの anoxic cardiome の多数の臨床経験からも理解されるところ」と論じている⁵⁷⁾。

上戸敏男医師は26才、研究生の時に、和田教授のスタッフとして心臓移植手術に携わった方である。ここで和田教授が触れている上戸医師の実験がいつ行なわれたのか当論文には記されていない。しかし、上戸医師らの実験で得られた成果について、和田教授は当論文で次のように論じている。

しかしながらこのようにして保存された心臓の機能はそうじて移植によって循環機能を十分に行うことができるものであるかを確かめなければならない。すなわち教室の富田らは保存心の viability の検討法として同所性の double heart 法を研究し、ドナーおよびレシピエントの心臓に交互に電氣的に心細動を誘発せしめ、これを確か

める方法を開発したが、その有用性は高く評価されている⁵⁸⁾。

ダブル・ハート法は、バーナードの手術に対して当初は批判的であった和田教授が考え方をかえて、68年に入ってから研究をはじめたものであった。また、和田教授らが宮崎氏の手術以降もこの研究を継続し、成果を学術誌に発表した形跡はない。上戸氏らの研究は宮崎氏の手術以前のものと考えてることに妥当性があると思う。

山口氏に対する「死後の蘇生術」なるものは、和田教授らが犬を使用した実験を通して到達した「死後の心臓保存術」と、山口氏が室温で30分間放置されていたか確認できないので、ほぼ、同じものだったのである。

13 ドナー：心臓摘出（和田教授の主張）

山口氏的心臓摘出については、その概略が「心臓移植手術の臨床」および「心臓移植の臨床知見とその考察」に記されている⁵⁹⁾。しかし両論文ともに時間関係についての記載がない。心臓摘出手術にかかわる時間関係については和田教授の自著あるいは手記を手懸りとするしかない。

午前二時五分、「ナイフ」と声をかけ執刀を開始する。カタッ、カタッと人工心肺のポンプが静かな鼓動を刻んでいる。まず提供者の心臓を摘出して、それを摂氏五度の生理的食塩水につける。これはスタンフォード大学のシャムウェイ教授の創意による方法だ。摘出におよそ十五分〔『ゆるぎなき生命の塔』⁶⁰⁾〕。

二時五分——。十分無菌状態を保てるようになってから、メスで胸を開くと同時に補助循環を止めた。血圧はゼロに落ち心臓

の動きは停止した。いわゆる心室細動の状態である。心臓摘出についても無菌摘出が絶対条件。もう一つは摘出のさい、心臓の付属部分をできるだけ十分につけて取りだすことだ。左右心房の後壁、血管など余裕を持って切断した。切断に要した時間は二十五～三十分。すぐ摂氏五度の生理的食塩水に浸した〔手記⁶¹⁾〕。

まず確認しておきたいことは、これらの和田教授の記述によれば、山口氏の胸を開き、心臓を摘出したのは和田教授自身だということである。また、山口氏から摘出された心臓は、早ければ02時20分、遅くとも同35分には生理的食塩水に浸されていたということである。

ところが、断片的に残されている心電図記録によれば、02時08分に山口氏的心臓には「自動能」（時実鑑定）があり、同27分に補助循環を停止した2分後の同29分に不整脈が起きていた。

和田教授ほどの人工弁置換手術のベテランならば、胸骨正中切開開始から心臓摘出終了まで15分というは大いにうなづける。そこで心電図記録と和田教授の記述を照合すると、胸骨切開中の02時08分には山口氏的心臓には「自動能」があり、同29分の食塩水に浸されていた心臓にも心電計が取り付けられていて、これが心臓の不整脈を記録したということになろう。和田教授には失礼かと思うが、摘出所要時間が30分だったとすれば、29分の不整脈は、推測だが、心房壁もしくは血管の切断によって生じたものと考えられる。

いずれにせよ、和田教授の記述と断片的に残された心電図記録を照合するならば、山口氏の不可逆的心停止は和田教授の手になる心臓摘出によるものと考えざるを得なくなる。

14 ドナー：心臓摘出（検察の認定）

検察は、山口氏の心臓を摘出したのは、和田教授ではなく、池田晃治助手、心臓摘出開始時刻は、02時05分ではなく、同30分ころと認定した。

和田教授の指示で、同2時27分補助循環を停止、同2時30分ごろ山口の胸部を開き、心臓の状態を観察した池田講師は「心臓は貧血性の色を呈し、細動状態にあったことなどから、非可逆的心停止と判断し心臓を摘出した」と供述した。

渋谷助手も、完全な心停止と考え心臓を摘出したとし、傍らで見ていた安達研究生も、池田講師が胸を開くと心室細動の状態だったと供述している。摘出直前の心臓の状態を観察していたのは、池田、渋谷、安達の三人だけだった⁶²⁾。

さらに検察は27分の人工心肺停止について、「この人工心肺は循環機能の補助手段として用いられたもので、心臓の自動能の有無を確認するためには必ず一度は停止してみなければならぬもの」⁶³⁾として、人工心肺の停止は、血管切断のためではなく、自動能の有無の確認のため、としている。この確認のためということが事実だとして、池田、渋谷、安達の3名はこの確認を、体外から心電図によってではなく、胸を開いて直視下で行っている。およそ4時間前に死亡と判定し、その旨死体検案書に記載した患者の心停止を直視下で確認するために、まず人工心肺を停止し、その後で開胸を開始する、なんと非合理的な医師達なのだろう。提供された心臓を保護するために、温阻血時間を可能な限り短縮しようと、人工心肺停止は血管切断の直前に行うものではないのだろうか。

しかし結果からみれば、この非合理的行為こそが和田教授を起訴から免れさせた最大の功労者だったのである。人工心肺停止が心臓摘出開始の後となれば、その停止は血管切断のためということになり、山口氏の非可逆的心臓停止の原因は心臓摘出となるからである。

15 手術チャート、麻酔チャート

処置や手術について基本的事項の記録さえ残されているならば、少なくとも時間関係に関しては疑問の生じる余地がなくなるはずである。手術チャートに記入がなかったのだろうか。麻酔科の小川秀道助教授は写真をとっただけで麻酔チャートは作成しなかったのであろうか。和田移植は日本で最初の、そして世界でも30例目といわれる心臓移植手術である。これらの正確なチャートも作成されなかったとなれば、あまりにも杜撰といわなければならない。作成されたのだが隠匿されてしまったのだとすれば、あまりにも悪質といわなければならない。

捜査報告書には、本件の捜査には相当高度の医学的知識が必要なので、事前の準備のため「主任検察官に知識の吸収のため約3ヶ月の期間を充てさせ」たこと、また、「専門知識を得るに当たり重点を置いたのは、山口と宮崎のような患者の診断、治療、手術の経過について通常いかなる資料が作成されているか……など十三項目」⁶⁴⁾だったことが記されている。捜査報告書に手術チャートあるいは麻酔チャートについての指摘が見当たらないのも奇妙なことである。

このように、血液発注および入手時刻、高圧酸素室、心臓摘出開始時刻、この三点については検察認定と他の信頼すべき調査結果は一致しない。この不一致点は、和田教授が山口氏をドナーとする「意図」をもった時刻、

さらに、山口氏の死因に関係する。検察の認定には、本件は本来医学界内部で解決すべきなのだ、という検察の考えが通奏低音として流れているように感じられてならない。

医学界にゲタを預けたいのだという検察の考えはそれとして、事実関係を検察認定に従って整理しておこう。

- ① 山口氏が札幌医科大学へ到着したのは1968年8月7日20時05分。
- ② 山口氏が一階の救急外来処置室から地下の高圧酸素室へ移されたのは同20時40分～50分ころ。
- ③ 手術台帳では、人工心肺開始および心臓摘出開始予定時刻は同20時15分。
- ④ 山口氏が2階の9番手術室へ移されたのは同21時～21時10分ころで、この時までには和田教授らには、家族の同意が得られれば、心臓を摘出し宮崎氏へ移植する「意図」があった⁶⁵⁾。
- ⑤ 同室での山口氏の人工心肺による補助循環開始時刻は同21時20分ころ。
- ⑥ 死体検案書に記載された山口氏の死亡時刻は8月7日午後10時10分、死因は溺水による肺水腫。
- ⑦ 山口氏使用名義O型血液2000ccの発注は同22時30分～23時の間。
- ⑧ 和田教授からの心臓提供要請は8日01時、山口氏の両親の書面による心臓提供承諾書の提出は同01時15分⁶⁶⁾。
- ⑨ 補助循環中の心電図記録、これに対する時実鑑定人の「自動能」鑑定などから、8日02時08分には、「山口はいまだ生存」⁶⁷⁾。
- ⑩ 同02時27分人工心肺停止。
- ⑪ 同02時29分、心電図記録によれば、山口氏の心臓に不整脈。この時山口氏の心臓が「自動能」を有していたかは鑑定不能。尚、02時09分以降の心電図記録で残されていたのは同29分のもののみ。

- ⑫ 同02時30分ころ、山口氏の心臓摘出開始。

16 ドナー：死因、死亡時刻

上述⑥のように、和田教授は山口氏の死因を肺水腫、死亡時刻を7日22時10分と判定した。

8月7日午後10時10分、高圧酸素室で山口は①瞳孔が散大し対光反射なし②意識、自発呼吸ともになし③高度のチアノーゼ、血圧測定不能④大小便の失禁⑤心電図、脳波図平坦⑥自然心拍の停止などから⁶⁸⁾、

和田教授は山口氏を「肺性脳死」⁶⁹⁾と診断したのである。和田教授のこの供述について、山口氏に一旦は「死を定義する諸症状」が現われたことまでも否定することは困難である。時実教授の、「高圧酸素室に運び込まれ、しばらくの間は、微弱ではあるが、自発呼吸も心拍もあったことは確か、と考えてよかろう。そして、同室で、死を定義する諸症状が現われたことは、医師団の供述を信用する限りでは確かなようである」⁷⁰⁾という鑑定があるからである。

しかしまたこの供述から、和田教授は山口氏の死亡を、実際は、脳死説に基づいてではなく、三徴候死説に基づいて判定したのだということが分かるのである。和田教授はたしかに当時はまだ未成熟であった「脳死」、しかも「肺性脳死」なる概念を持ち出して、あたかも山口氏の「脳死」を判定したかのような印象を与えたことは確かである。しかし、和田教授は山口氏の心拍停止、呼吸停止、瞳孔散大、対光反射消失などを見て、それに加えて平坦脳波その他を云々しているのだ。それゆえ、和田教授らがたとい脳波を全く測定していなかったとしても、脳波の問題を和田

移植にかかわる根本問題とすることはできないのである。

和田移植に関する最も根本的な問題は、和田教授らによる山口氏の「死を定義する諸症状」の非可逆性の確認は十全であったのか、また、この非可逆性の確認が人工心肺による補助循環を施されている患者について原理的に可能なことなのか、ということなのである。

時実鑑定人は高圧酸素室で山口氏に「死を定義する諸症状が現われたことは……確かなようである」と認めつつも、「しかし、死を定義する諸症状がある時点で出現しても、それらの諸症状が回復不可能であるという確認がされない」と死の判定にはならない⁷¹⁾と注意を促している。そこで、和田教授の死亡判定に疑問を抱いた検察は、鑑定に対する補充質問として、時実鑑定人に、①胸部外科関係者の22時10分での心停止の判断は正当といえるか、②心臓が非可逆的に停止した後、人工心肺で再び拍動を再開することは可能か、等と問うた。①に対しては、「正当とはいえない」、②に対しては、「非可逆的停止が正確に判断されているのであれば、再開は不可能なはずだ」というのが鑑定人からの解答であった⁷²⁾。

ところで、死体検案書に記載された8月7日22時10分という死亡時刻といえ、和田教授によれば、この時は山口氏はまだ高圧酸素室にいた。しかし、この後で9番手術室に移された山口氏は、「顔面は正常な色でチアノーゼは見られず、肺の呼吸音は正常に近く、肺水腫の徴候も見られないなど、ひどいショック状態ではなかった⁷³⁾という内藤医師の供述がある。さらに、時実教授の「9番手術室で補助循環を開始するところまで、山口には自発呼吸があり、循環機能もあったと認めるのか相当⁷⁴⁾という鑑定があり、検察

はこの供述と鑑定をそのまま承認している。内藤医師の供述と時実教授の鑑定によるならば、そして和田教授が山口氏の死亡を高圧酸素室で判定したのであるならば、山口氏は、死亡と判定された直後には、自発呼吸も循環機能も回復していたことになる。

一方、検察認定によれば、22時10分は山口氏に対する補助循環開始後50分に当たる。和田教授が同時刻に山口氏の死亡を判定したとすれば、それは「概ね正常に近い自発呼吸があり、肺の呼吸音も正常に近く、循環機能も喪失していなかった⁷⁵⁾山口氏に人工心肺を装着して運転を開始し、それから50分後、山口氏の心拍停止、呼吸停止、瞳孔散大・対光反射消失を判定したことになる。人工心肺による補助循環中に三徴候の判定そしてその非可逆性の確認が十分にできるものなのか。

いずれにせよ、和田教授らによる山口氏の「死を定義する諸症状」の非可逆性の確認は不十分なものであり、検察は「8月7日午後10時10分に高圧酸素室での山口の容体を云々し死亡判定したとの主張は明らかに事実反する」と認定したのである⁷⁶⁾。しかし、和田教授による山口氏の死亡判定がたとい「事実反した」ものであったとしても、山口氏の法的死亡時刻、8月7日午後10時10分、は動かない。それは、人の死亡判定はその場で治療に当たっている医師だけができるものであり、その場になかった他人が云々できるものではないからである⁷⁷⁾。つまり、「『人』の死亡の判定は究極的には、一人ひとりの医師の評価に基づく行為であるから、死亡診断書記載の時刻（8月7日午後10時10分）に山口は死亡したと認めざるを得ないだろう⁷⁸⁾からである。

17 藪の中

山口氏の死因および死亡時刻に関する時実

鑑定人の結論は以下の通りである。

鑑定資料からは、明確な死亡時刻を判断できないため、それに随伴する死因についても明確に判断することはできない⁷⁹⁾。

時実鑑定人の結論は、「死亡診断書記載の死亡時刻を尊重するが、この時刻にまつわる私の疑義は否定することができない⁸⁰⁾、という前提条件の下に導かれたものである。時実鑑定人は、和田教授が「死後、蘇生術として」行ったと主張する9番手術室での人工心肺を含む「あらゆる処置は、山口の蘇生ではなく、死体に操作を加えたもの⁸¹⁾と考えて、和田教授の死亡判定行為そのものは尊重する姿勢を見せる。だが、やはり「死の判定は、あらゆる蘇生術が無効になったと確認された後になされるものであるという考え方⁸²⁾を捨てることができず、和田教授の死亡判定内容については疑いの念を禁じ得なかったのである。

和田教授による山口氏の「死を定義する諸症状」の確認については、検察も時実鑑定人と同じく疑義を抱き、8日02時08分の心電図記録などから、同時刻には山口氏は生存と認定し、同29分に記録された不整脈については山口氏の心臓の「自動能」を示すものかは不明と認定したのである。

死亡時刻だけでなく死因についても、検察は山口氏の死因は肺水腫という和田教授の主張を事実と反するとして斥けた。ラッセル音が聞こえなくても、死の前に心臓がひどく悪化して、その影響で肺に水がたまる心臓性肺浮腫の可能性を考える者もいたが、この可能性は否定された⁸³⁾。山口氏の死因として考えられるのは残るところ、山口氏に対する処置の不適切、補助循環の停止、心臓摘出の三つである。

17a 救急処置

山口氏に対する胸部外科の処置が、溺水者に対する処置として「最善」のもの、あるいは「第一選択」のものでなかったことについては、当の胸部外科のメンバーを除けば、意見が一致している。溺水者の蘇生に、蘇生の専門家である麻酔科に援助を求めるところか、むしろあえて排除した形跡がうかがわれること、意識がないはずの患者の捜管に筋弛緩剤等が使用されていること、高圧酸素室や人工心肺の溺水者の蘇生に対する有効性に疑問がもたれること、自発呼吸、循環機能ともにほぼ正常な時点で、人工呼吸器を止め、人工心肺による補助循環に切替えられたこと等、胸部外科の山口氏に対する蘇生処置について次々と疑問が提起された。

残念だが胸部外科医師たちの発言には一貫性がなく、作爲さえ感じる。患者に起こったことと、札幌医大がとった処置はちぐはぐで論理的な対応ではない⁸⁴⁾。

この救急医学の専門家の見解が山口氏に対する胸部外科の処置に関する疑問の典型のひとつである。

胸部外科の山口氏に対する処置に関する疑問は、処置の蘇生術としての適切性、妥当性を問うという線を越えて、胸部外科の行った処置は、あくまでも山口氏の蘇生のためであったのか、それとも心臓摘出を目的とするものであって、山口氏は始めからドナー候補者として処置されていたのではないかという問題にまで発展した。この点に関する時実鑑定人の厳しい見解を示しておこう。これは、「鑑定書で胸部外科医師の救急処置は疑問が多いとしているが、それでは、どんな目的のための処置とみるのが合理的か」という検察からの補充質問に対する時実教授の解答であ

る⁸⁵⁾。

麻酔科医師の援助を求めるべきであったし、自発呼吸の有無にしても、胸部外科医師のやっていることがよくわからない。明確な治療方針が決定されていないし、処置に当たった各医師の供述が不統一で、何をやってたのか、頭を混乱させるばかりだ。

当時既に、新鮮な心臓を摘出するために動いていたといわれても弁解のしようがないし、やむを得ないとさえ思われるくらいである。

さらに時実鑑定人は、「人工心肺の使用は、心臓移植を前提とした処置とみるのが合理的か」との検察の質問に対して、「心臓移植を前提として使用していたとみられても仕方がない」と答えている⁸⁶⁾。

しかし、人工心肺の使用については、「山口君に人工心肺を使ったのは心臓移植のために使ったのだといわれますが善意に解釈すれば、あらゆる方法をもって死の回復をするというふうにもとれるし、悪くれば、山口君の心臓がだめにならないように回しているのだというふうにもとれます」⁸⁷⁾という意見もある。

これは著名な外科教授の見解である。主旨は同一だが、少しく精密に議論を展開した法学者の見解があるので、少々長いけれども検察の結論を理解するために必要ではないかと思ひ提示しておくことにする。

しかし、よく考えてみると、これらの資料も疑惑を抱かせるものであることはたしかであるが、同時に山口君の生存の事実や、和田教授の犯意ないし過失責任を積極的にあとづける証拠でないこともまた明らか

かである。すなわち、脳波記録のないことは、脳波を観察していなかったのではないかと推測させるが、それがあえて脳波を無視するためであったかは不明であり、その可能性と観察してはいたが記録しなかっただけだという可能性との間に優劣はないのである。むしろ、脳死を主張しながら記録をとらないのは奇妙というほかはないし、全体としての手術のずさんさをあわせ考えると、やや疑惑に分があるとは思えるが、だからといって、手術当時山口君が生きていたとか、和田教授に犯意があったと断定しえないことは当然であろう。

また、手術の決意時期のくい違いであるが、なるほど早期に決意していたとすると、他の有力証拠があれば動機の証拠ともなりうるが、論理的には供述内容が全般に信用できない（弾劾される）といえるだけで、独立的な犯意の状況証拠にはなりえないであろう。事前に周到に手術の用意をしつつ、なお犯意はないという事態も十分に存在するからである⁸⁸⁾。

この法学者の見解から理解される通りのものが、結局、和田教授らの山口氏に対する処置に関する検察の結論となっている。

札幌医大胸部外科の山口に対する救急処置なるものが、心臓移植手術を指向したものの、山口の死亡時刻、死因の判定も同手術を指向した範囲内のものという疑惑が深まりはしたものの、決め手とするには薄弱の感を免れないという心証に到達した⁸⁹⁾。

山口氏の救命の可能性については注84に引用した救急専門家の「水温が24度なら脳は十分に保護されただろう」、「社会復帰できたかどうか分からないが、比較的早くに自発呼吸

を回復し体を動かしたことなどから考えて、山口さんを救命できた可能性は十分にあった⁹⁰⁾という見解もあるが、検察はこの点に關しても否定的であった。

山口に対してとった救急処置は客観的に最適なものではなかったと認められるが、不適当なものとすることはできない。それだけでなく、仮に最適な救急処置をとったとしても山口が蘇生したかどうか、和田教授らのとった処置のために死亡するに至ったかどうかを確定するに足る証拠はない⁹¹⁾。

17b 補助循環停止

山口氏の死因は補助循環停止ではないかという疑いに対する検察の見解は次の通りである。

午前2時27分に人工心肺を停止したこと自体が殺人を構成するのではないかという疑問がある。しかし、この人工心肺は循環機能の補助手段として用いられたもので、心臓の自動能の有無を確認するためには必ず一度は停止してみなければならないものであり、和田教授らが山口の生存を認識しながら、その生命を断つためあえて人工心肺を停止したという証拠はない⁹²⁾。

17c 心臓摘出

山口氏の死因はやはり心臓摘出自体なのだろうか。検察は、手術台帳から補助循環、心臓摘出開始予定時刻が8月7日20時15分であること⁹³⁾、同21時～21時10分ころ9番手術室に移され、人工心肺が開始された時点での山口氏には自発呼吸があり、循環機能もあったこと⁹⁴⁾、和田教授にはこの時点ですでに、家族の同意が得られれば山口氏から心臓を摘出

し、移植に使用する「意図」があり、宮崎氏、山口氏の両親から承諾を得た時点で「実施を決定」したこと⁹⁵⁾、山口氏の心臓は8日02時8分までは「自動能」を有し、その時山口氏は「生存」していたこと、したがって、8月7日22時10分「溺水による肺水腫の続発した急性心不全により死亡」という死体検案書の記載⁹⁶⁾は事実と反すること、を認定している。

しかし、検察は山口氏がいつ呼吸機能を非可逆的に喪失したのか、その時刻を特定できなかった。

補助循環機能開始後の山口の自発呼吸の有無については、看護婦や安達、長尾、藤堂研究生ら関係者の供述に矛盾がある。呼吸機能の有無についてはほかに信用できる証拠はなく、的確に把握されていたか疑問で、同機能が非可逆的に停止した時点を確認することは困難だ⁹⁷⁾。

さらに検察は、心臓摘出開始時刻を8日02時30分ころと認定したこととの関連で、山口氏がいつ循環機能を非可逆的に喪失したのか、その時刻を特定することもできなかった。

山口の心臓が8日午前2時8分まで自動能を有し、従って山口がそれまで生存していたことは認められるが、その後いつの時点で自動能を喪失したか、確定する証拠がなく、また和田教授らの心臓摘出などの処置により死亡したのかどうかを明らかにする証拠もない。結局、心臓摘出時に生存していたと認めることができず、心臓摘出により死亡したと認めることもできない⁹⁸⁾。

山口氏の呼吸、そして心拍の非可逆的停止

時刻が特定できないため、死亡時刻は認定できなかった。そして、死亡時刻が認定できなかったために山口氏の死因もまた認定できなかった。山口氏は8日早朝、検視は受けたが、解剖に付されることなく、9日午後には火葬された。かくして、心臓摘出開始時点における山口氏の生死は、それを確認すべき証拠がなく、永遠に不明となったのである。

18 検察の結論

殺人罪についての検察の結論は嫌疑不十分であった。

ことさら死亡時刻などを繰り返して主張していることに深い疑問を抱かざるを得ないが、結局、和田教授らが山口の心臓摘出を開始した際、いまだ山口が生存していたと認めるに足る証拠もなく、殺人については嫌疑不十分といわざるを得ない⁹⁹⁾。

業務上過失致死罪についての検察の結論も嫌疑不十分であった。

心臓摘出を開始した際、いまだ山口が生存していたと認めるに足る証拠がない以上、和田教授らの過失で山口が死亡したと誤認し、摘出を実施したため山口を死亡させたことと認めることはできない。

和田教授らが山口に対しとった救急処置も、溺水者に対する処置として非合理的、非合目的ともなしがたい。

また死因を明らかにできない本件では、救急処置の誤りと山口の死亡との因果関係、結果回避の可能性を明らかにすることはできない。従って、仮に和田教授らの処置に誤りがあったとしても、過失致死の責任を問うこともできず、嫌疑不十分と言わざるを得ない¹⁰⁰⁾。

死体損壊罪についても検察は検討を加えた。検察は、「山口の死亡後」山口氏の胸を開き、心臓を摘出した和田教授らの行為について、死体損壊の成否も検討したのである。これについて検察は、①山口氏の両親の書面による同意があり、②目的が宮崎氏の治療であり、③摘出方法が「決して不当とは言えない」ものであるから、和田教授らの行為は「正常業務行為として違法性を欠き、死体損壊罪を構成しない」と判断した¹⁰⁶⁾。

これに加えて、山口氏の死体検案書に記載された死亡時刻に関する和田教授らの主張は「事実に反し誤り」と認定したことについて、検察は、これが故意によるものか、過失によるものかは明らかではないとしている¹⁰²⁾。

以上のごとく、検察は和田教授に対して、殺人についても、業務上過失致死についても嫌疑不十分により不起訴処分とした。この処分を導き出した分岐点は、検察が心臓摘出開始時刻を8日02時30分ころと認定したこと、摘出開始1分前そして人工心肺停止2分後の同29分における山口氏の心拍が「自動能」であったか不明であったこと、つまり当該時刻の、そしてその1分後の、山口氏の生存の証拠が存在しなかったこと、この二点であった。和田教授による山口氏の法的死亡時刻判定が、故意にせよ過失にせよ、誤りであったことは検察も明言しているが、しかしこれは処分に影響がなく、またこれ自体処分の対象にはなっていない。最大の問題点は、あくまでも、心臓摘出開始時における被摘出者の生存の証拠の有無だったのである。

19 脳死説が認められると

和田移植では、和田教授らも検察もドナーの死亡を三徴候死説に基づいて判定していた。そして、死亡判定が「事実に反し誤り」

であると明白な形で検察に認定されたにもかかわらず、死亡判定の誤りはなんら処分の対象にはならなかったのである。このことについて脳死説を適用して考えてみると、臓器摘出にかかわる殺人罪もしくは業務上過失致死罪の成否には、脳死判定時の脳死判定基準違反はなんらかかわりをもたないし、処分の対象にもならない、ということになることが分かる。問題となるのはあくまでも、臓器摘出開始時点における被摘出者が脳死でないことを示す証拠の有無なのである。そして心臓も動いており首から下はほぼ正常な者について、このような証拠が存在することは原理的にあり得ないから、一旦脳死説が認められれば、臓器の摘出に関して殺人罪もしくは業務上過失致死罪の成立する余地はなくなるのである。

この場合、脳死判定医が過失を問われるということがあるかもしれない。しかし、基準に違反して脳死と判定された状態が、医学的にあるいは法的に、脳死ではないことを証明することは誰れにもできない。例えば、脳波を測定しないで脳死と判定したとしても、脳死が科学的・医学的概念ではなく、全くの唯名論的規約とでも解釈しなければ、その状態を脳死ではないと言うことはできない。イギリスでは脳死判定に脳波の測定を求めない。英国規約に基づいて脳死と判定された者は脳死ではないと主張する科学的・医学的根拠は存在しない。脳死が科学的・医学的概念であるならばイギリスで脳死である者が日本では脳死ではないと言うことはできない。法的問題についていえば、日本では脳死判定基準は臓器移植法ではなく、これの施行規則たる厚生省令で定められている。そして両者共に判定基準違反に対する罰則規定はもたない。臓器移植法は脳死を、単なる唯名論的規約とするのではなく、その実体が医学的に確立され

た科学的概念としているからである¹⁰³⁾。

厚生省脳死研究班のメンバーも、厚生省基準に従って脳死と判定された者が脳死であることは主張するが、例えば、脳幹死基準によって脳死と判定された者が脳死ではないとは言わない。つまり、脳死判定基準というものは、それが法的に承認されれば、その基準に従って脳死と判定された者を合法的に脳死とする力をもつ。しかし、当の基準に違反して脳死と判定された者を脳死ではないと証明する力はもたないのである。

19 まとめ

最後に、捜査報告書・要旨に示された検察認定に対する筆者の考えを述べておきたい。

山口氏の死亡時刻に関する検察の認定方法には疑問が残る。検察は一方で、人工心肺による補助循環中の山口氏の心電図記録とこれに対する時実鑑定に基づいて、山口氏の死亡時刻を7日22時10分とする和田教授の主張を斥けて、8日02時08分に山口氏の心臓は「自動能」有し、山口氏を生存と認定した。他方で、検察は人工心肺について「この人工心肺は循環機能の補助手段として用いられたもので、心臓の自動能の有無を確認するためには必ず一度は停止してみなければならぬもの」¹⁰⁴⁾、と指摘している。検察は人工心肺による補助循環中の患者の心臓の自動能について、一方では心電図記録からその有無を云々し、他方ではそれは人工心肺を停めてみなければ分からないと主張しているのである。本来、人工心肺による補助循環を施されている患者の心拍について、それが整脈であるか不整脈であるかということではなく、自動能であるか否かの判別が心電図記録によってできるのだろうか。可能とすれば、そのための人工心肺停止は必要がなくなることになるのだが。

補助循環開始時点においてたとい自発呼吸があり、心臓に自動能があった場合にも、「死を定義する諸症状」の不可逆的生起という形での死亡時刻については、補助循環実施中は、これを患者の症状に基づいて客観的に診断するための条件が失なわれてしまうのである。山口氏は7日の22時10分ではなく、それ以前、つまり21時20分以降はすでに生死不明となっていたのである。そして「『人』の死亡の判定は究極的には、一人ひとりの医師の評価に基づく行為」であり、「医者はその患者は死亡したと診断する。これはその患者をみていた医者だけがいえる」¹⁰⁵⁾行為であるのだから、21時20分以降なら随時、和田教授らは山口氏の死亡を判定できたのである。そして、「医師がその時、診断して、死亡したと宣言したことが正しかったか正しくなかったか、という事を後で論ずるのは間違い」¹⁰⁶⁾なのであるから、和田教授の判定を「事実に対しており誤り」と「論ずる」のは、たといそれが関係者の供述の曖昧さ、あるいは心電図記録とその鑑定に基づくものである場合でさえも、「間違い」なのである。和田教授による山口氏の死亡判定を誤りとする根拠があり得るとすれば、それは補助循環停止後の山口氏の自発呼吸、心臓の自動能の存在、つまり山口氏の生存という事実だけである¹⁰⁷⁾。

和田教授らは山口氏に「死を定義する諸症状」の生起を観た。時実鑑定人もこれを認定しており、三徴候の出現そのものを否定する証言も証拠もない。しかし和田教授らのこの諸症状に対する非可逆性の確認は不十分であった。そのため、山口氏はその直後には自発呼吸も循環機能も回復していたのであるが、そのまま人工心肺による補助循環が開始された。この後、和田教授は生死不明となった山口氏を、22時10分、「医者の中の心、全世界に通用する医の心」¹⁰⁸⁾をもって「医師の

評価行為」として、死亡と判定したのである。そして、吉村氏、日弁連、手記そして原著によれば8日02時05分、その3分後にも「自動能」のあった山口氏の心臓摘出を開始した。これが筆者の理解である。

これに対して検察は和田教授の死亡判定を誤りと判断し、8日02時08分に山口氏は「生存」と認定した。しかしその後は、山口氏の心臓の「自動能」の存在を示す心電図記録などの証拠がなく、山口氏の生死は不明としたのである。同時に、山口氏からの心臓摘出開始時刻を同30分ごろと認定することによって、同時刻での山口氏の生存を証明するに足る証拠がなく、山口氏の死因を心臓摘出とすることはできないと判断したのである。そして検察は、疑わしきは被告人の利益に、および、挙証責任は原告側に、の原則に従って、和田教授に対する殺人そして業務上過失致死についての嫌疑は不十分と裁定したのである。

先に和田教授を起訴から免れさせた最大の功労者は胸部外科スタッフの信じられないほどの非合理性だ、と述べたのはこのことを指していたのである。和田教授が起訴を免れたのは、ひとえに、「誤って」死亡と判定された山口氏が、心臓摘出開始時には生死不明となっていた、つまり山口氏の生存を示す証拠がなかった、ことによっているのである。そして山口氏の生死不明をもたらしたものは、治療方針が読みとれるカルテがない、「死を定義する諸症状」確認の不十分、手術チャート、麻酔チャートがない、心電図記録のほとんどの廃棄という胸部外科の杜撰、4時間前に死亡判定を下した患者の心室細動の、人工心肺を停止してからの直視下での確認という非合理、なのである。

疑わしきは被告人の利益に、挙証責任は原告側に、という原則、そして通常の証拠法則

に基づくかぎり、検察の嫌疑不十分により不起訴という裁定は受け容れざるを得ない。しかし、検察の処分を妥当と認める場合でも、四点、問題が残ると思う。

一は、検察が認定した7日22時10分～8日02時08分までの山口氏の「生存」について、この「生存」をどう評価すべきかという問題である。これは生物学的・医学的生存なのだろうか、それとも、単なる法的生存なのだろうか。

二は、緊急時における医師の治療法は、それが絶対的に非合理で、非合目的であると認定されない限り、医師の裁量権の範囲内として法的に容認されるのか、という問題である。然りとすれば、それは医師の裁量権に関する一般の理解とは余りにも乖離していると言わざるを得ない。医師の裁量権は、通常、患者に対する最善の治療のため、そして医学の進歩のためのものと理解されているのである¹⁰⁹⁾。

三は、杜撰なカルテ、杜撰な死亡判定、心電図記録、麻酔チャートなど記録保存すべき諸資料の不作成、隠匿もしくは廃棄は、法的処分の対象とはならないのかという問題である。それとも、これらもまた医師の裁量権に属するもので、治療法と同様に取扱われるものなのだろうか。

四は、検察の不起訴裁定は、ひたすら証拠がないという現実に基づいてのものであることから、妥当と判断せざるを得ないことを重々認めた上で言うのだが、この処分によっては、本来和田教授に対する告発の端初となった、和田教授らの発言、記述、あるいは行為に関して生じた様々な疑惑が、その解明に向かって一向に進展しなかったという問題である。

今、たとえ同じ事件が起きたとしても、医学界も、警察も、検察も当時と同じような対応しかできないであろう¹¹⁰⁾。

＜ 注 ＞

- 1) 立花隆・NHK取材班『脳死』日本放送出版協会、1991、P. 249
- 2) 捜査報告書・要旨（東京高等検察庁検事 中川一、東京地方検察庁検事秋山真三「いわゆる心臓移植事件の概要と捜査処理上の問題点」1972年3月）。共同通信社社会部移植取材班編著『凍れる心臓』共同通信社、1998、所収、PP. 272～3、①、②、③は筆者
- 3) 同書、P. 256
- 4) 吉村昭『新装版 消えた鼓動』ちくま文庫、1998、PP. 31～2
- 5) 同書、P. 31、P. 153
- 6) 吉村昭『神々の沈黙』文春文庫、1984、PP. 9～15、同、前掲書、P. 10
- 7) 『新装版 消えた鼓動』、P. 10

- 8) 『神々の沈黙』、P. 32、『新装版 消えた鼓動』、P. 13
- 9) 『新装版 消えた鼓動』、P. 24
- 10) 『凍れる心臓』、P. 183
- 11) 『新装版 消えた鼓動』、P. 153 尚、吉村氏は心臓摘出開始時刻を02時05分とみるので、「1時間05分後」となる。
- 12) 『神々の沈黙』、P. 66
- 13) 同書、PP. 78～81
- 14) 同書、PP. 5～10、120～130
- 15) 『凍れる心臓』、PP. 123～130
- 16) 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、PP. 172～4 尚、和田寿郎「心臓移植の臨床知見とそ

の考察」(日本胸部外科学会雑誌 第18巻第8号 (1970年7月) 所収)によれば、免疫抑制剤の使用状況は次の通りである。

拒否反応を予防する目的で、種々の免疫抑制剤を用いた。すなわち、ハイドロコチゾンは、術当日に400mgを静注、プレドニゾロンは、術後6日目まで50mgを筋注、7日目より20mgと漸次減量し、27日目にその投与を一旦中止したが、後述する重篤な血清肝炎で一般状態が悪化したため術後47日目より40～60mgを再度5日間投与した。

アザチオプリン(イムラン)は、術後9日目に100mg投与し、その後50mgに減量したが、術後21日目に至り、一旦中止した。

なお、本症例のため、米国 T. E. Starzl 教授によって寄贈された、ウマ抗ヒトリンパ球血清 (Antilymphocyte Globulin: ALG) の試用を術後37日目に行った。すなわち、皮内反応テストのため前膊部に0.1ccを注射し、30分まで異常がないのを確かめたのち、3.5cc前胸壁筋肉内に注射したが、数時間後注射部位の疼痛、発熱とともに赤発、腫脹が出現し、漸次拡大して蜂窩織様炎様となり、このため上肢の運動制限をみるに至ったので、その使用は3日で中止した。 P. 121

17) 『神々の沈黙』, PP. 253～62

18) 和田移植を告発する会編『和田心臓移植を告発する』, 保健同人社, 1970, P. 23

19) 『凍れる心臓』, P. 30

20) 日本弁護士連合会心臓移植事件調査特別委員会「患者の心臓移植(心臓移植事件)」, 日本弁護士連合会人権擁護委員会編『日本弁護士連合会 人権事件 警告・要望例集』, 明石書店, 1996, 所収, P. 697, 以下、本論は「日弁連」とする。

21) 『凍れる心臓』, PP. 29～30

22) 捜査報告書・要旨, P. 274

23) 『凍れる心臓』, P. 36

24) 『心臓移植 和田グループの記録』, PP. 21～3, 和田寿郎, 『ゆるぎなき生命の塔を』, 青河書房, 1968, PP. 122～3

25) 『心臓移植 和田グループの記録』, PP. 25～9

26) 和田寿郎「私の心臓移植二週間の苦闘」, 『現代』, 1968年10月号, P. 116

27) 『凍れる心臓』, P. 58

28) 捜査報告書・要旨, P. 250

29) 同書, P. 275

30) 『凍れる心臓』, P. 40

31) 同書, PP. 39～40

32) 同書, P. 39

33) 同書, P. 43

34) 『神々の沈黙』, P. 269, 渡辺淳一『白い宴』, 角川文庫, 1976, P. 52, 58, 61, 日弁連, P. 697

35) 『凍れる心臓』, PP. 43～5, 証言については前注吉村参照, ソルターコフについては注) 16参照。

36) 同書, PP. 50～51

37) 捜査報告書・要旨, P. 277

38) このタンクは加圧を開始するまでに30～40分, 圧力を上げるためにはさらに14分以上必要である。『凍れる心臓』, P. 51

39) 『心臓移植 和田グループの記録』, PP. 23～4

40) 捜査報告書・要旨, P. 273, 『凍れる心臓』, PP. 51～2

41) 『凍れる心臓』, PP. 53～4, P. 58

42) 捜査報告書・要旨, PP. 274～5

43) 同書, P. 270

44) 注) 39参照。

45) 『凍れる心臓』, P. 123

46) 捜査報告書・要旨, P. 278

47) 同書, P. 275

48) 『神々の沈黙』, P. 269, 『新装版 消えた鼓動』, P. 169, 日弁連, P. 724

49) 『凍れる心臓』, PP. 47～8, 刑事責任裁定書原案, 町野朔・秋葉悦子編, 『脳死と臓器移植』, 信山社, 1999, 所収, P. 233

50) 和田寿郎『ゆるぎなき生命の塔を』, P. 126, 同「心臓移植に挑戦して」, 『文芸春秋』, 1968年10月号, P. 249

51) 『凍れる心臓』, PP. 49～50

52) 和田寿郎『あれから25年 脳死と心臓移植』, かんき出版, 1992, PP. 130～1

53) 『新装版 消えた鼓動』, PP. 169～70

54) 捜査報告書・要旨, P. 277

55) 「心臓移植の臨床知見とその考察」, P. 117

56) 同所

57) 和田寿郎「心移植」, 『第18回 日本医学会総会誌』, 1971, P. 738, 740

- 58) 同書, P. 739
- 59) 和田寿郎「心臓移植手術の臨床」(第1報), 『日本医事新報』, 1968年11月16日号, P. 3, 「心臓移植の臨床知見とその考察」P. 720~21, 尚, 「心臓移植手術の臨床」は第V報まで続いた.
- 60) 『ゆるぎなき生命の塔を』, P. 16
- 61) 『心臓移植 和田グループの記録』, P. 29
- 62) 捜査報告書・要旨, P. 276, 池田助手は要旨では講師となっている. 捜査時までには昇格したのであろう. それにしても和田教授といい, 池田講師といい札幌医科大学胸部外科にとっては, 心室細動と不可逆的心停止は同一事象のようである.
- 63) 同書, P. 279
- 64) 同書, P. 256
- 65) 同書, PP. 278~9
- 66) これらの時刻は, 「心臓移植事件の不起訴処分をめぐって」, 『ジュリスト』, No. 466, 1970年11月5日号に掲載された京都新聞(1970年9月2日付)による検察認定時刻である.
- 67) 捜査報告書・要旨, p. 276
- 68) 同書, P. 277
- 69) 同書, P. 273
- 70) 同書, P. 270
- 71) 同所
- 72) こうした考え方に従えば, 停止の非可逆性が確認された心臓を使用する心臓移植が不可能になることは鑑定人自身の認めるところである. また, 時実教授は, 「非可逆的心停止を要件とする」脳死説に基づいて死亡判定を行うべきだと考えている. 同書, P. 271
- 73) 同書, P. 275
- 74) 同所
- 75) 同書, P. 275
- 76) 同書, PP. 277~8
- 77) 榊原阡「“心臓移植”へ私の意見」, 『潮』1968年10月号, P. 167

和田教授は, あの患者は手術しなければ当然死ぬ道をたどっているし, あの患者は心臓をとらなくても, 当然死ぬと判断したのである. 従ってそれを全く無関係の人間が憶測して, その判断が正しいとか, 否とかいうことは出来ないのである. ……医者はその患者は

死亡したと診断する. これはその患者をみていた医者だけがいえるのであって, 医師がその時, 診断して, 死亡したと宣言したことが正しかったか, 正しくなかったか, という事を後で論ずるのは間違いである.

- 78) 捜査報告書・要旨, P. 270
- 79) 同書, P. 271
- 80) 同所
- 81) 同書, P. 268
- 82) 同所
- 83) 「和田心臓移植を告発する」, P. 64
- 84) 『凍れる心臓』, P. 119
- 85) 捜査報告書・要旨, P. 271
- 86) 同書, P. 272
- 87) 「心臓移植事件の不起訴処分をめぐって」における林田健男杏林大学教授(外科学)の意見, P. 51
- 88) 田宮裕「医事捜査と証拠—和田教授の不起訴処分をめぐって」, 『ジュリスト』, No. 466, PP. 66~7
- 89) 捜査報告書・要旨, P. 272
- 90) 『凍れる心臓』, P. 120
- 91) 捜査報告書・要旨, PP. 279~80
- 92) 同書, P. 279
- 93) 同書, P. 277
- 94) 同書, P. 275
- 95) 同書, PP. 278~9
- 96) 『凍れる心臓』, P. 61
- 97) 捜査報告書・要旨, PP. 276~7
- 98) 同書, P. 279
- 99) 同書, P. 280
- 100) 同所
- 101) 同所
- 102) 同所
- 103) とはいえ, 筆者が, 脳死概念が現実に医学によって実体論的あるいは実態に即して解明されている, と考えているわけではない. いわんや, 筆者には, 厚生省基準, 英国規約など実際に使用されている脳死判定基準が脳死の実態だと医学的に説明されている事態とさえ整合性をもっているとは考えられないのである. 「名づけ」と「実体」については, 唄考一「死の認定 上・下」, 朝日新聞, 1968年10月7, 8日夕刊, 「心臓移植への法的提言」, 『朝日ジャーナル』, 1968年1月21日号, 「心臓移植は許されるか」, 『法律のひろ

- ば』, 1968年8月号, での発言, 参照.
- 104) 捜査報告書・要旨, P. 279
- 105) 注77参照.
- 106) 捜査報告書・要旨, P. 279
- 107) この「自動能」に関して, 法医学者の上野佐氏は, 自動能を可逆的自動能と非可逆的自動能とに区分した上で, 心電図に記録された患者の自動能は非可逆的自動能であるから, この自動能の存在と和田教授による死亡判定は矛盾しないという論を立てておられる. しかし, 人工心肺による補助循環を施されている患者の心電図記録のみから, 自動能の有無のみならず, 自動能の可逆性, 非可逆性の鑑別が可能とは考えられない. 上野氏の議論は, 他人は医師の特定の死亡判定についてその正誤を云々することはできないのだから, 和田教授の死亡判定は尊重しなければならない. その場合, 死亡判定後の自動能を矛盾なく説明するには, これを非可逆とするし

- か方法がない, という主張として理解すべきなのだと思う. 「心臓移植事件の不起訴処分をめぐって」, PP. 49~55, 尚, この「非可逆的自動能」については, 中島みち氏も触れている. 『新々 見えない死』, 文芸春秋, 1994, P. 53
- 108) 『凍れる心臓』, P. 133
- 109) 日弁連, P. 734
- 110) あえて引用符をつけなかったが, これは中島みち氏の前掲書, 第1章 和田心臓移植事件の結論である. P. 80, 筆者はこの点については中島氏と完全に同意見なのである. ではどうすべきなのか, これについては注) 88に示した田宮裕論文, 注) 103に示した唄考一論文 (同氏の「臓器移植の法的考察」, 『法学セミナー』, 1968年11月号もこれに加えたい) 等の優れた提案がある. しかし, 解決へは, 日暮れて道遠しの感を禁じえない.