

人間学の探究（6）

～脳死・臓器移植と生命の尊厳（中）～

山 岡 政 紀

0. はじめに

「脳死は人の死か？」——この問いの答えを求めて、前稿（山岡（2012））では、大前提となる「死」の定義そのものが立場によって異なる不確実なものであることを述べた。意外にも、最も客観的に「死」を定義できるように思える医学者から、「医学には『死』の瞬間と呼べるものが存在しない」という声が聞こえてくる。我々人間は、定義を与えようとするずっと前から、「死」というものを直感的に把握してきた。それゆえどの自然言語の語彙にも「死」を意味する単語が存在している。すると、定義を与えられる対象として存在する「死」というものは、言語学的に見ればいかなるものであったか、記号学的に見ればいかなるものであったか。それを明確にすればするほど、「死」の客観的定義が困難なものであることを思い知らされたわけである。

こうした前稿の議論を前提としながら、本稿では、日本で実際に起きた脳死・臓器移植論議の経緯、臓器移植法の成立過程、同法に基づく臓器移植手術などを改めて振り返りながら、問題点がどのように展開されたのかについて、論評を加えながら見ていくことにする。

1. 和田移植事件

1968 年 8 月、札幌医科大学病院で日本初の心臓移植手術が行われた。前年の 1967 年 12 月に南アフリカ共和国ケープタウン市の病院で世界初の心臓移植手術が行われてからわずか 9 ヶ月。札幌医大の事例は世界で 30 例目であった。執刀医は心臓外科医の和田寿郎教授。ドナー（臓器提供者）は溺水事故で脳死と判定された 21 歳の男子大学生。レシピエント（移植を受ける患者）は重い心臓病に苦しむ 18 歳の男子高校生だった。

手術後、男子高校生は意識を回復し、病院の屋上で散歩したり、好物のそうめんをおいしそうに口にしたりする姿がマスコミで大きく報道された。しかし、彼には日を追うごとに拒絶反応が現れるようになり、結局、手術から 83 日目に呼吸不全で亡くなった。

その後、この華々しい心臓移植手術に対し、さまざまな疑惑が湧き起こった。第一の疑惑はドナーの男子大学生に対する脳死判定が適正に行われていたのか、そもそもそれ以前に適切な救命措置が行われていたのかという問題。第二の疑惑は、レシピエントの男子高校生が本当に移植手術を行わなければ助からないほど重い心臓病だったのかどうかという問題であった。

この年の 11 月に和田教授はドナーに対する殺人罪とレシピエントに対する業務上過失致死罪で告発された。しかし、ドナーの遺体が即時に火葬されていて何の検証もできなかったり、レシピエントから摘出された元の心臓も一時行方不明となり、3 ヶ月後に発見された際にはバラバラに切断されていたりなど、密室の手術と証拠隠滅の末に、結局、事件は多くの疑惑を解消せぬまま不起訴となって幕を閉じた。後年、「和田移植事件」と称され、今日に到っている。

第一の疑惑について言えば、当時は臓器移植法というものが全くなかった時代で、適正な脳死判定がなされたとしてもそれを人の死と認めてよいかが十分に論議されていたわけではなかった。しかもこの事例の場合は適正な脳

死判定が行われたかどうか自体にも疑念があったのだから、二重の意味で問題であった。移植に用いられるほどに臓器が健全な状態を維持したまま、完全に不可逆的な脳死に到るケースは今日においてもなお希少であり、同じ病院の中にそのような希少な患者が偶然居合わせたと考えるよりも、病院側が「移植手術やりたさ」に、見切り発車でこの溺水患者をドナーに仕立て上げ、臓器を摘出したのではないかと疑われたのである。

第二の疑惑はさらに深刻である。レシピエントの男子高校生が心臓移植以外に助からない患者ではなかったのだとなると、ドナーの死を早めてしまったのはレシピエントの生命を救いたかった思いの強さ故である、というような言い訳すら通らなくなるからだ。手術後、83日で他界した男子高校生は、移植手術を行っていなければそれよりも長く生きられたのではないかという声も当時聞かれた。この時代にはまだ免疫抑制のための技術も十分に開発されておらず、拒絶反応が生じることは必然だったわけで、最善の道を選ったうえでの結果論としての83日であったのかどうか、疑問符が付された。

和田教授にとってこの手術の目的が、患者の救命ではなかったとすれば、いったい何だったのか。医師として目指してきたものを実現したいというある種の自己実現の欲求か、はたまたこの時代に移植医療が浴びた脚光の先端に立って自分が輝こうとしたのか。それは和田教授本人にしかわからない——いや、おそらく本人にもわからなかったかもしれない——ことだが、いづれにせよ、目の前にいるその患者たち（この場合、二人の青年）の生命の側ではなく、医師自身の側に目的の根拠があったと見るのが自然であり、後世の医師はこれを戒めとして、ヒポクラテスの宣誓を行うべきである。

和田移植事件は、その多くの疑惑ゆえに日本の移植医療を結果として遅らせることとなったと医療界からも批判された。しかし、今日の臓器移植法の時代に起きている問題もまた、この和田移植事件の疑惑と本質的に変わっていないように思われる。この事件は、日本の医療が常に立ち返るべき原点として風化させてはならないと考える。

2. 臓器移植法の成立

移植医療を支える法律としては、1979年12月に「角膜及び腎臓の移植に関する法律」が成立している。これによって、心臓死に到った患者の遺体から、その家族の承諾を条件として、腎臓および角膜を摘出してレシピエントに移植することが法律上、認められることとなった。これ以降、心臓死下の腎臓移植、角膜移植は頻繁に行われるところとなり、移植医療は技術的に確立された。しかし、生体からの移植を必要とする心臓、肝臓の移植については技術的には可能であっても、ドナーの犠牲を前提とするものであったため、倫理的に許されなかった。そこで生体と同じく「生きた臓器」を持ちながら、「人としては死んでいる」という脳死患者の存在がわずかな希望となった。しかし、結果として「和田移植事件」の疑惑は尾を引き、脳死臓器移植は負のイメージを背負いつづけた。

一方、欧米諸国では、脳死臓器移植を認める法律が次々と制定されていった。1990年時点で既にギリシャ、フランス、イタリア、スペイン、オランダ、オーストリア、チェコスロバキア、フィンランド、ノルウェーといった欧州諸国や、北米のカナダ、米国、メキシコなどがこれに該当する。このため、心臓、肝臓の移植を求める日本はこうした諸外国に渡航して移植手術を受けざるを得ず、莫大な資金が必要となり、家族の苦闘や援助募金運動の模様がマスコミで報道されたりした。こうした状況のなか、次第に日本における法整備の気運が高まっていった。

1997年10月、ついに日本で「臓器の移植に関する法律」（以下、臓器移植法）が成立した。その内容は、脳死判定が行われた場合には臓器を提供するという意思を、本人が予め書面によって表示していて、なおかつ家族も脳死判定並びに臓器提供に同意する場合に限り、脳死を人の死と認めるという内容であった。巻末の〔資料1〕を参照されたい。これにより厳しい条件下ではあるが、脳死患者からの臓器移植が可能となった。

この法律では、脳死を人の死であると定義的に決めるようなことはせず、本人と家族に提供の意思があるかないかという変動的な基準によって人の死と認めたり、認めなかったりするという非常に弾力的で選択的な法律である。これは脳死を人の死とすることに対して日本人が一般的にもっていた抵抗感に配慮したもので、結果として、脳死を人の死と定義的に規定する諸外国の法律とは一線を画するユニークなものとなった。

このように人の死を臓器提供に関連づけて選択的に規定するのは、ご都合主義ではないかとの批判もある一方、森岡（2001）のように、本人や家族の主観的な捉え方こそが死の認定の本質であって、個人の生死観や宗教観などを容認するこの法律の柔軟性こそ理想的なあり方だと評価する論説もある。

臓器移植法の運用については、同法の成立に伴って厚生労働省が社団法人日本臓器移植ネットワーク（以下、移植ネット）の発足を認可した。移植ネットは臓器のあっせんを行う機関であり、臓器提供意思表示カード（ドナー・カード）を広く配布し、国民に意思表示を呼びかけた。しかしながら、この法律が制定されてから10年以上経った2008年時点での内閣府世論調査でも、ドナー・カードを持っていると答えた人は、8.4%しかいない。まして、ドナー・カードを所持する患者が脳死と判定されるケースはますます希少であった。

また、この法律の条文には、臓器提供の意思表示が可能な年齢について記載されてはいなかったが、民法には遺言可能な年齢を15歳以上とする規定があるため、厚生労働省のガイドラインではこの民法の規定に基づいて、臓器提供の意思表示が可能な年齢を15歳以上とした。このことにより、15歳未満のレシピエントが臓器移植を受ける可能性は強く制限されることとなった。というのも、幼少期や少年期は成長に伴って臓器の大きさも変化するため、移植を受ける場合もほぼ同年齢のドナーから提供された臓器でなければ適合しないからである。つまり、15歳未満の少年が臓器提供できなければ、同じく15歳未満の患者は臓器移植を受けられないのだ。そのため臓器移植が必要な子どもたちは依然として海外渡航して手術を受けざるを得なかった。

3. 臓器移植法に基づく移植手術の実施

1999年2月25日、高知赤十字病院で臓器提供の意思表示をしている入院患者が脳死状態となっているとの一報がマスコミに流れた。その時点ではまだこの患者に脳死判定はなされていなかったが、それは時間の問題となっていた。そして、脳死判定が行われたならば、臓器移植法に基づく最初の臓器摘出が行われることが確実であった。マスコミ陣はその歴史的瞬間を捉えようと病院前に陣取り、テレビ各局とも現地からリアルタイムで事態の推移を報道した。

報道陣は脳死患者が誰であるのか、その年齢、性別、病名などを病院に問い合わせたが、病院側は個人情報として厳格に秘匿し、明かさなかった。報道陣は東京の移植ネットに取材攻勢をかけたり、高知市内の警察や消防に取材して、該当しそうな交通事故被害者や重篤な急患の存在を調べ上げたりした。そうしたなか、患者に関する情報が少しずつ報道の表に出るようになった。患者の住所は完全に特定され、近隣住民に患者の人柄を取材するテレビ局まで現れた。どの局が最初に患者の情報をキャッチするか、さながら特ダネ合戦の様相を呈するに到った。

一方、病院では臨床的脳死判定が何度も行われた。完全に不可逆的な脳死であることを判定するための検査項目は5項目。①深い昏睡、②瞳孔の固定、③脳幹反射の消失、④脳波の平坦、⑤自発呼吸の消失、である。このうち、一度認められた脳波の平坦が測定感度を上げてみると平坦ではないと確認されるなど、判定作業は難航し、何度もやり直しが行われた。そしてその都度、「またも判定やり直し」と報道された。

そんななか、厚生省は患者の家族が動揺しているとして報道に規制をかけ始めた。患者の家族は「プライバシーが守られていない」、「刻一刻と容体が報道されることは耐え難い」と強く訴えたというのである。

結局、この患者は脳死判定がなされ、心臓、肝臓、腎臓、角膜が摘出され、

レシピエントに移植されたが、この間のマスコミ報道のあり方は大きな問題として残った。この問題は本稿の第6節でも再度考察したい。

臓器移植法が制定して以降、この法律に基づいて行われた臓器移植手術は、毎年数件程度しかなかった。それは需給の不均衡、すなわち、移植ネットに登録し、移植を待つレシピエントの需要の高さに対して、圧倒的にドナーの供給が不足したアンバランスによるものであった。ドナー・カードの普及も少なかったが、ドナー・カードを持っている患者が脳死判定を受けるというケースはますます少なかった。レシピエント待機者が移植を受けられずにそのまま死亡したり、海外での移植を求めて渡航したりする患者は、臓器移植法が成立しても依然として多かった。それがこの法律の改正案とつながっていく。

4. 改正臓器移植法の成立

2005年8月、臓器移植法の二つの改正案が、いずれも超党派の有志議員より提出された。

一つは「臓器提供に関する患者の意思が不明でも、家族が同意すれば脳死判定や臓器提供が可能となる」とするA案で、提案者は中山太郎（自由民主党）、河野太郎（同）、福島豊（公明党）ら6名の衆議院議員であった。中山と福島は共に医師出身でもあった。法案は主に河野と福島が作成した。

同じ年の3月に日本医師会は「脳死判定による臓器移植に関する日本医師会の見解」を発表している。そこでは日本における臓器移植が遅々として進んでいないことを指摘し、その改善のために97年の臓器移植法（以下、旧法）に対し、「15歳未満の脳死判定、臓器提供を親族の承諾のみでできるように改正すべきである」と主張している。中山、福島らが提案したA案はこうした日本医師会の主張を踏まえたうえで更に一歩進めたもので、年齢に関わりなく、本人の意思が不明でも家族の承諾で脳死判定ができる案としている。それにより結果的に民法上の遺言可能年齢を考慮する必要がなくなり、乳幼

児からの臓器提供も可能となる。このあと改正案はE案までの5種類が提出されているが、結局、衆参両院で可決されて成立したのはこのA案であった。

また、このA案にはもう一つ大きな特徴があった。旧法には、本人と家族に臓器提供の意思がある場合にのみ、脳死を人の死と認めるという弾力的な条文があったが、A案は脳死を一律に人の死と認めることを明記したのである。巻末の〔資料2〕を参照されたい。

もう一つは、「移植年齢の下限を15歳から12歳に緩和する」とするB案で、石井啓一（公明党）、阿部俊子（自由民主党）の二人の衆議院議員から提出された。これは、脳死の定義を変えることなく、年齢制限を12歳と明記することによって民法の規定とは異なる本法独自の年齢制限の考え方を設けようとしたものである。石井は法案の説明の中で、「脳死を一律に人の死とする」ことにはまだ十分な国民的コンセンサスが得られていないと述べている。このB案の欠点は言うまでもなく、年齢制限が3歳若返っただけで依然として残ることであった。

また、B案ではドナー・カードの普及のため、運転免許証などで意思表示できるようにすることを盛り込んでおり、この点は成立したA案の中に採り入れられることとなった。

しかし、この時点ではA案、B案ともに、郵政民営化を争点とする衆議院の解散により、審議入りすることなく一旦廃案となった。その後、2006年3月に再提出されたがこのときも継続審議となった。

2007年12月には、阿部知子（社会民主党）、枝野幸雄（民主党）、金田誠一（同）の3名よりC案が提出された。先のA案、B案が、脳死判定・臓器移植を促進する方向の改正案であったのに対し、C案は向いているベクトルが異なっていた。この案の骨子は、「脳死判定基準を厳格化すべきこと」、「医療機関に倫理委員会の設置を義務付けること」、「国が提供者の意思表示の有効性や移植の必要性などを検証すること」などであり、安易な脳死判定・臓器移植にストップをかける内容となっていた。また、脳死判定の対象者を、臓器を必要とする人の親子・兄弟など二親等以内の血族と配偶者に限定して

いる点も特徴であった。提案の中心者の阿部知子は小児科医出身で、臨床医としての経験の中で、脳死判定を受けた子供が長期間生存した事例、中には蘇生した事例もあったことを、著書の中で述べている（阿部（2000）pp.48-49）。長期の脳死生存者の事例は米国でも報告され、14年間生存した例、脳死判定を受けた妊婦が脳死状態のまま出産した例なども報告されている。阿部は経験とデータに基づいて「脳死を人の死と認めることにはどうしても抵抗がある」と述べている。

C案は脳死判定に対する強い抵抗感が色濃く出ており、ドナー側の苦悩を味わった人々からは支持されたが、逆にドナー不足に悩むレシピエント側の人々からは、旧法よりも逆行するものとして批判された。

結局3案の支持が拮抗した状態で法改正そのものが継続審議となった。その間も臓器移植を受けるために海外渡航する日本人は後を絶たなかったが、そこに規制を懸ける国際的な動きが相次いだ。2008年5月の国際移植学会では、席上、「臓器取引と移植ツーリズムに関するイスタンブール宣言」が採択され、臓器移植を受けるための海外渡航について原則禁止が提言された。2009年5月に行われた世界保健機関（WHO）の総会でも同様に移植渡航禁止の決議案が採択された。

そうした状況のなか、このままでは改正案が3案とも廃案となってしまうと危機感を抱いた根本匠（自由民主党）、鴨下一郎（同）、笠浩史（民主党）、藤村修（同）ら7名の議員は、3案の折衷案として、2009年5月にD案を提出した。これは、旧法の脳死を一律に人の死としない考え方を理念として維持したまま、「15歳未満の脳死判定・臓器移植は、家族の同意と第三者による審査を条件に可とする」ことを盛り込んだものであった。

結局、このD案自体は広い支持を得るには到らなかったが、改正案成立への気運を高めることには一役買うところとなった。

そして、2009年6月18日、改正臓器移植法案が衆議院本会議で採決された。A案から順番に採決し、賛成多数となった時点で成立とする方式で進められたところ、A案が可決されたため、B～D案は採決することなく廃案となっ

た。仮に全案が否決された場合は超党派で別案を提出すべく、水面下で調整が行われていたそうだが、その必要はなくなった。各党派の票数は以下の通りである。

〔表〕改正臓器移植法案の衆議院での票数（政党は略称。統一会派を含む）

政党	賛成	反対	棄権	合計
自民	202	77	24	303
民主	41	65	6	112
公明	12	18	1	31
共産	0	0	8	8
社民	0	7	0	7
国民新	2	0	5	7
無所属	6	0	2	8
合計	263	167	46	476

各党とも、本法案は議員個人の死生観や宗教観などにもよるものとして党議拘束を行わなかったため、多くの党で賛否が分かれている。共産党のみ脳死に対する国民的理解が不十分なままでの改正は時期尚早と主張し、党としての棄権を決めている。

A案～D案のいずれも、超党派の議員が連名で提出しており、党派を超えた議論検討、連係が行われたことは好ましいことではあった。最終的に自由民主党からA案への賛成票が多く入ったのは、同党の支持団体の一つである日本医師会をはじめとして、患者団体や日本移植学会などが挙ってA案を支持していたことも反映している。

A案は即時に参議院に送付されたが、政権交代前夜と言われた、当時のいわゆる「ねじれ国会」により、参議院の多数は民主党が占めており、A案に対して批判的な意見を持つ民主党、社民党参議院議員が相当数いたため、法案成立が依然として不透明な状況であった。

6月28日には千葉景子（民主党）、川田龍平（無所属）ら7名の参議院議員が「臓器移植法は改正せず、内閣府に臨時調査会を設置し、子供の脳死判

定基準などについて、1年かけて検討する」とするE案を提出した。

一方、A案が「脳死を一律に人の死とする」ことへの抵抗感を緩和しようと、7月10日には南野知恵子（自由民主党）が修正A案を提出した。これは、A案が旧法から「その身体から移植術に使用されるための臓器が摘出されることとなる者であって」という部分を削除することによって「脳死を一律に人の死とする」ものであるの対し、修正A案では削除をやめて、旧法の「臓器移植の場合に限って脳死を人の死とする」との内容を維持する、としたものである。

参議院での採決は7月13日に行われた。修正A案、A案、E案の順に採決し、いずれかが可決された時点で成立とする方式であった。結果は、まず修正A案が賛成72、反対135により否決される。続いて、A案が賛成138、反対82により可決された。この際の採決は押しボタン方式であったため、党派別の票数は不明である。これによりE案は廃案となり、採決は行われなかった。最終的に2009年7月17日に法改正となった。

5. 改正臓器移植法に基づく移植手術の実施

本人の書面による意思表示を不要とする改正臓器移植法が適用された最初の移植手術は、2010年8月10日に行われた。交通事故で重傷を負った20代の男性患者が千葉県内の病院に緊急搬送されたが救命措置の甲斐無く脳死状態となった。この男性はドナー・カードを持っておらず、書面による臓器提供の意思表示をしていなかったが、家族の承諾により、脳死判定と臓器提供が行われた。このときの移植ネットの発表によると、男性は以前、脳死臓器移植をテーマとするテレビ番組を見ているときに、自分が脳死になったら臓器を提供したいという趣旨を話していたらしく、家族がこれを意思表示と見なしたとのことであった。もちろん改正臓器移植法が既に施行されているこの時点では「口頭意思表示」は何ら法的な効力を持たない。しかし、家族にとっては本人の意思がわからぬまま脳死判定、臓器移植を承諾することは、

大きな決断を必要とし、ややもすると後々罪悪感に囚われることもあり得ると考えると、本人の「口頭の意思表示」には、家族の決断を後押しする効力があつた。

逆に言うと、そうした何らかの意思表示がなければ、家族はその決断に苦悩することになる。当時、日本移植学会の関係者はこの折、「意思がまったく分からなければ、決断する家族も大変だろう。日ごろから家族で話し合っておくことが大切だ」と述べている。

男性からの臓器摘出手術は、未明の3時14分に始まり、6時前に終了した。臓器は全国の5箇所の病院へ搬送され、それぞれの臓器を待つレシピエントに移植された。

心臓は大阪府の国立循環器病研究センターで肥大型心筋症の20代男性に。肺は岡山大学病院で瀰漫（びまん）性汎細気管支炎の20代男性に。肝臓は東京大学病院でC型ウイルス性肝硬変の60代女性に。腎臓の一つは群馬大学病院で低形成腎の10代男性に。腎臓のもう一つと脾臓は愛知県の藤田保健衛生大学病院で、I型糖尿病の50代女性に、それぞれ移植された。その詳細は大きく報道され、病院の屋上からドナーの臓器を積んで飛び立つヘリコプターの映像もテレビの画面に映し出された。

この患者のケースでは、旧法の最初の移植手術となった高知赤十字病院の事例とは違い、脳死判定が行われてから報道された点は救いであつた。また、本人が脳死臓器移植に理解があつたことを家族が伝えたということは、家族もまた理解があつたということである。愛息が交通事故で脳死状態となつたことは、両親にとってどれほどの悲しみであつたことかと思うが、そのなかでも息子の臓器がレシピエントの生命を救い、その身体の中かで生き続けていくことに意味が見出され、悲しみが少しでも癒されるならば、それはドナー側にとっても価値あることだつたと言えよう。

この両親は脳死臓器移植にとって模範的な家族と言える。しかし、そのように脳死臓器移植に理解のある方々ばかりではないだろう。愛する家族が不慮の事故で突然脳死状態となつたとする。それだけでも大変な衝撃と悲しみ

に陥るのに、そこへ追い打ちをかけるかのように、臓器提供を承諾するのかしないのかと意思決定を迫られるわけである。日頃から脳死臓器移植についてじっくり考えたことがなかったような人は、動揺し、苦悩することだろう。そのような状況下では冷静な判断ができないかもしれない。脳死という言葉だけのイメージと、実際に目の前にいて、呼吸をし、温かな体温を有し、眠っているようにしか見えないその人の姿との間には大きな乖離があることも多い。ここでもやはり、臓器提供への心理的圧力がかかり、不本意に承諾をしてしまい、あとあと悔いを残させるようなことは厳に戒めなければならない。

6. 脳死臓器移植の矛盾

以上、日本における脳死臓器移植の歴史を振り返ったが、そこから脳死臓器移植の本質的な矛盾が存在することが見えてくる。ここでは、その原点である和田移植事件の第一の疑惑、つまり、助かるはずの人をドナーにしてしまったのではないかという疑惑に注目してみたい。臓器移植手術を行うにはドナーの存在が不可欠である。移植を待つレシピエントやその家族は、「ドナー出現への期待」という心理ベクトルを持つものである。これは当然のことであって、それを責めることは誰にもできない。しかし、この「ドナー出現への期待」の心理が、移植手術を行おうとする医師、移植医療を取り巻く人々、それを見守る社会、マスコミへと、拡大していくとき、ドナー・カードを持つ人の生命の尊厳を脅かすものとなりかねないのだ。

その意味では、旧法の最初の適用例となった高知赤十字病院での事例にもこれに起因する問題が見て取れた。ドナー・カードを持った患者の脳死判定を巡る、度を越えた報道の問題である。そこではプライバシーの侵害が行われたばかりではなく、もっと深刻な、生命の尊厳に対する冒涇が行われていた。患者の家族は、脳死判定が行われている最中も、一縷の望みでもあるならば、まだ脳死ではない、まだ蘇生の可能性がある、と判定されることを願い、祈りながら患者の容体を見つめていたはずだ。これに対して、マスコミは「脳

死判定はまだか、まだか」とその時を待ち続けたわけである。家族の苦悩は察するに余りある。マスコミは臓器提供を待つレシピエントのみを尊厳ある人間と認め、臓器を提供する側はレシピエントを救うために早く死ななければならない存在だったのか。その運命はいったい誰が決めたのか。いくら意思表示をしたと言っても、そこまでの扱いを受けることまで覚悟しての意思表示ではなかっただろう。これは単にマスコミを批判して済む問題でもなく、そうした報道を無批判に受け入れていた社会全体が猛省すべき問題でもあった。

生命の尊厳のもとにすべての人が平等であるとするならば、患者がドナー・カードを持っていようがまいが、医療は救命行為を全力で行うべきであり、結果として不可逆的な脳死判定に到ったときに初めて、その患者にドナーとしての意味が生まれ、臓器提供の手続きに入るべきなのである。その意味では、高知の患者の存在が報道に流れたタイミングは少し早すぎた。

結局、和田移植事件を乗り越えてようやくたどりついた臓器移植法であったにもかかわらず、その第一の疑惑への反省という過去の教訓が十分に活かされていなかったことになる。それは、「救命措置の手抜き」という行為そのものと言うより、「ドナー出現への期待」という心理をドナーの担当医が持つことにこそ本質的な問題がある。あからさまな手抜きをやらなくても、救命措置を全力で行わないだけでも十分に罪深いことである。「未必の故意」という言葉は適切ではないかもしれないが、この患者は助からなくても仕方がない、その分、この患者の臓器で助かる人が出るのだからそれもいい……そういう心理を医師がわずかでも抱くならば、そのとき、医療にとって目的であるはずの生命がいつしか手段化されてしまっていることを我々は自覚しなければならない。

「ドナー出現への期待」という心理ベクトルは、レシピエントやその家族までにとどめるべきで、医師には絶対的な生命の平等観が求められる。いざ臨床のその場に立てば、目の前の一人の患者が誰であれ、その人の救命に全力を傾注すべきなのである。

以上の諸点を踏まえるならば、臓器提供の意思表示をしている患者の救命を担当する医師・病院と、臓器提供を待つ患者への移植医療を担当する医師・病院とは、別であるべきである。しかも可能な限り、両者は全く利害関係がなく没交渉であることが望ましい。つまり、相互に医師名も病院名もわからない形で移植ネットが仲介するのである。

また、できることならば前者の担当医師は、その患者がドナー・カードを保持しているという事実を知らない状態で治療に当たることはできないものだろうか。例えば、各病院内に移植ネットとの連絡窓口となる職員を一人ずつ配置し、ドナー・カードを持つ患者が病院に搬送された(入院した)段階から、その情報を管理し、移植ネット本部には情報を伝達するが、担当医師には知らせないのである。もっとも、同病院内の医師と職員は利害を共有する同僚であるから、その間での情報統制は規制や検証が難しいかもしれない。それでも、臓器移植に関する情報管理を行う職員を資格認定制度にするなどして、効果的な遂行はできないものだろうか。

いずれにせよ、ドナーに対しても全力の救命医療を行うべきだという当然の主張が、臓器移植の推進を期待してドナー不足を嘆く人々の「ドナー出現への期待」という心理とは真っ向から対立するわけである。そして臓器移植法の改正論議も、そこで提出されたA案、B案も、この「ドナー出現への期待」によって動機づけられたものであった。

結局のところ、脳死患者というものを安定的に生産したり、確保したりするなどということはできない。「脳死臓器移植」は、誰かの身に偶発的に起きた不幸を前提として初めて成立する行為であるところに、大きな矛盾を孕んでいるのである。

「他人の不幸の上に自分の幸福を築いてはならない」というのは、ロシアの文豪レフ・トルストイの名言である。人を救うために、別の人に犠牲を求めるのは正しい道ではないということを肝に銘じなければならない。

近藤(2000)では、ドナー・カードを所持している患者が事故に遭うと、早く脳死と認められるよう、救命救急措置の手を抜かれるという衝撃的な事

実が報告されている。そのようなことは絶対にあってはならない。

もちろん、人は誰でもいつかは死ぬ。どうせ死ぬならば、その間際に自らの身体を誰かのために役立ててほしいと願い、自らの意思でドナー・カードにサインすることは、それはそれで尊い。そういう人があるということが臓器提供を待つ患者や家族にとってどれほどありがたいかということも忘れてはならない。しかし、もう一つ忘れてはならないのは、そのような献身の志は尊く、賞賛されるべきことでも、そのような意思を持たない人を批判したり揶揄したりすることは間違っているということだ。

献身は純粹に自発的であってこそ、献身の尊さを保持できるのであって、こうした献身の人の存在を前提として法が整備され、制度化されたならば、それは脳死状態に陥った人の家族に対して、必ず心理的圧力をかけるものとなり、それはもはや献身ではなくなり、生命の尊厳の冒瀆となる。紙一重のこのジレンマを、我々は直視しなければならない。

昨今、新設大学の設置認可の問題が話題となった。大学経営を支える財政基盤、収支見込みがしっかりしていなければ、大学は認可されない。まだ確実な収入の予定はありませんが、どなたかの尊い真心の寄付を当てにしています、などというのでは、まず文科省は認可しないだろう。

まして、自分の意思で行える大学寄付のドナーと違って、臓器のドナーとなる脳死患者は偶発的にしか生まれない。それを前提にして成立する「脳死臓器移植」の危うさ。「ドナー出現への期待」を強くさせ、社会の表に出させてしまうような制度のあり方を私たちは再考し、「脳死臓器移植」が取り得る最善の道がどこにあるのかを、模索していかなければならないのではないだろうか。

〔資料１〕臓器移植法第六条（旧法、下線部は本稿の筆者による）

臓器の移植に関する法律（平成九年七月十六日法律第百四号）

（臓器の摘出）

第六条 医師は、死亡した者が生存中に臓器を移植術に使用されるために提供する意思を書面により表示している場合であつて、その旨の告知を受けた遺族が当該臓器の摘出を拒まないとき又は遺族がないときは、この法律に基づき、移植術に使用されるための臓器を、死体（脳死した者の身体を含む。以下同じ。）から摘出することができる。

２ 前項に規定する「脳死した者の身体」とは、その身体から移植術に使用されるための臓器が摘出されることとなる者であつて脳幹を含む全脳の機能が不可逆的に停止するに至つたと判定されたものの身体をいう。

３ 臓器の摘出に係る前項の判定は、当該者が第一項に規定する意思の表示に併せて前項による判定に従う意思を書面により表示している場合であつて、その旨の告知を受けたその者の家族が当該判定を拒まないとき又は家族がないときに限り、行うことができる。

４ 臓器の摘出に係る第二項の判定は、これを的確に行うために必要な知識及び経験を有する二人以上の医師（当該判定がなされた場合に当該脳死した者の身体から臓器を摘出し、又は当該臓器を使用した移植術を行うこととなる医師を除く。）の一般に認められている医学的知見に基づき厚生労働省令で定めるところにより行う判断の一致によって、行われるものとする。

５ 前項の規定により第二項の判定を行った医師は、厚生労働省令で定めるところにより、直ちに、当該判定が的確に行われたことを証する書面を作成しなければならない。

６ 臓器の摘出に係る第二項の判定に基づいて脳死した者の身体から臓器を摘出しようとする医師は、あらかじめ、当該脳死した者の身体に係る前項の書面の交付を受けなければならない。

〔資料2〕改正臓器移植法第六条（A案、下線部は本稿の筆者による）

臓器の移植に関する法律（最終改正：平成二一年七月一七日法律第八三号）
（臓器の摘出）

第六条 医師は、次の各号のいずれかに該当する場合には、移植術に使用されるための臓器を、死体（脳死した者の身体を含む。以下同じ。）から摘出することができる。

一 死亡した者が生存中に当該臓器を移植術に使用されるために提供する意思を書面により表示している場合であって、その旨の告知を受けた遺族が当該臓器の摘出を拒まないとき又は遺族がないとき。

二 死亡した者が生存中に当該臓器を移植術に使用されるために提供する意思を書面により表示している場合及び当該意思がないことを表示している場合以外の場合であって、遺族が当該臓器の摘出について書面により承諾しているとき。

2 前項に規定する「脳死した者の身体」とは、脳幹を含む全脳の機能が不可逆的に停止するに至ったと判定された者の身体をいう。

3 臓器の摘出に係る前項の判定は、次の各号のいずれかに該当する場合に限り、行うことができる。

一 当該者が第一項第一号に規定する意思を書面により表示している場合であり、かつ、当該者が前項の判定に従う意思がないことを表示している場合以外の場合であって、その旨の告知を受けたその者の家族が当該判定を拒まないとき又は家族がないとき。

二 当該者が第一項第一号に規定する意思を書面により表示している場合及び当該意思がないことを表示している場合以外の場合であり、かつ、当該者が前項の判定に従う意思がないことを表示している場合以外の場合であって、その者の家族が当該判定を行うことを書面により承諾しているとき。

4 臓器の摘出に係る第二項の判定は、これを的確に行うために必要な知

識及び経験を有する二人以上の医師（当該判定がなされた場合に当該脳死した者の身体から臓器を摘出し、又は当該臓器を使用した移植術を行うこととなる医師を除く。）の一般に認められている医学的知見に基づき厚生労働省令で定めるところにより行う判断の一致によって、行われるものとする。

5 前項の規定により第二項の判定を行った医師は、厚生労働省令で定めるところにより、直ちに、当該判定が的確に行われたことを証する書面を作成しなければならない。

6 臓器の摘出に係る第二項の判定に基づいて脳死した者の身体から臓器を摘出しようとする医師は、あらかじめ、当該脳死した者の身体に係る前項の書面の交付を受けなければならない。

※注記 資料1・2において、97年臓器移植法から09年改正へのポイントとなる条文に下線部を付した。前者は、本人の意思と家族の同意を条件として臓器移植を可とするものだが、この条件が充たされる場合にのみ、脳死を人の死と認定している。これに対し、後者では、医学的な脳死判定による脳死を一律に人の死と認定としている。

参考文献

浅野健一（2000）『脳死移植報道の迷走』創出版

阿部知子（2000）「文化としての死の解体と人間解体を招く〈脳死・臓器移植〉」近藤誠他編（2000）、26-56、洋泉社所収

梅原猛（2000）『脳死は本当に人の死か』PHP研究所

NHK脳死プロジェクト編（1992）『脳死移植』日本放送出版協会

小松美彦・市野川容孝・田中智彦編（2010）『いのちの選択 今、考えたい脳死・臓器移植』（岩波ブックレット No.782）岩波書店

近藤誠・中野翠他（2000）『私は臓器を提供しない』洋泉社

近藤誠（2000）「ドナーカードを持っていると救命救急措置が手抜きにされる」近藤誠他編（2000）、12-25、洋泉社所収

田代俊孝編（1992）『脳死・臓器移植を考える』同朋舎出版

多田富雄・河合隼雄編（1991）『生と死の様式 脳死時代を迎える日本人の死生観』誠

信書房

立花隆 (1992)『脳死臨調批判』中央公論社刊

中島みち (1990)『見えない死——脳死と臓器移植』文藝春秋

平野恭子 (2000)『検証 脳死・臓器移植 透明な医療をどう確保するか』(岩波ブックレット No.497) 岩波書店

向井承子編 (1995)『脳死と臓器移植——医療界の合意は成立したか——』(岩波ブックレット No.367) 岩波書店

森岡正博 (2000)『増補決定版 脳死の人 生命学の視点』法蔵館

森岡正博 (2001)「日本の『脳死』法は世界の最先端」『中央公論』第116巻2号, 318-327, 中央公論社

山岡政紀 (2012)「人間学の探究(5)～脳死・臓器移植と生命の尊厳(上)～」『創価人間学論集』第5号, 39-53, 創価大学人間学会

(やまおか・まさき, 本学教授)