

「生体臓器移植の倫理」

(論文要約)

田村 京子

序章 本稿の目的と方法

臓器移植医療は、一人の人を救うために、他の人から臓器を摘出して移植するものである。通常の臨床医療では患者本人のみがその対象となるのに対して、臓器移植医療ではドナーとレシピエントという二人の人が対象となる。この点が移植医療に固有の問題、すなわち一人の人を救うために他の人を利用することは、どのような条件下で許されるのかという問題を惹起させてきた。

本稿「生体臓器移植の倫理」の目的は、臓器移植のなかでも生体臓器移植に関して、できるだけ現実に即した仕方で、それが倫理的に容認されるための要件を明確にすることにある。すなわち、ドナー、レシピエント等の当事者や医療従事者の立場や心情をくみ取りつつ、従来から要件とされてきた「臓器売買の禁止」「臓器提供候補者（ドナー候補者）の自由意思の尊重」「目的の正当性と比較衡量」について、その理論的基礎に遡り、より詳細に論考し、生体臓器移植が倫理的に正当な仕方で実施される際の倫理的規範の意味を明らかにしようとするものである。

臓器移植医療は一般に、ドナーの状態により、脳死下提供、心停止下（心臓停止下）提供、生体提供の3つに分類される。この3種類のうち、脳死下提供あるいは心停止下提供による臓器移植が望ましいとされ、生きている健康な人から臓器を提供してもらう生体臓器移植は、それ以外の方法では患者を救うことができない場合におこなわれる、例外的補完的なものと位置づけられてきた。というのも、生きている健康なドナーから臓器を摘出することは、ドナーの身体に害を与える以外のなにもものでもなく、生命倫理の重要原則の一つである無危害原則に反する行為だからである。だが、日本では臓器移植医療が始まって以来一貫して、生体臓器移植の方が数多く実施されてきた（脳死下からの提供でしか移植が許されない心臓を除く）。近年では、年齢や基礎疾患のため、従来基準ではドナー候補とならなかった人々がドナー（マージナルドナー）になることも増えており、腎臓に関しては人工透析を経ずに移植を受ける先行的腎移植も行われるようになってきている。さらに子宮移植が日程に上るようになるなど、生体臓器移植は年々増加しており、これに替わる再生医療が現実のものとなるまでは、今後も実施されていくものと思われる。

ところが、日本では脳死と臓器移植が大々的に報道され、また生命倫理の分野でも多岐にわたって論じられてきたのに対して、生体臓器移植についてはあまり論じられてこなかった。公的規制にしても、脳死・心停止下からの臓器提供に関しては、1997年に『臓器の移植に関する法律』が制定され2009年に改正されているのに対して、生体臓器移植に関して

は、臓器売買の禁止が法的に定められていることを除いて、「臓器の移植に関する法律の運用に関する指針」および日本移植学会による「日本移植学会倫理指針」の一部で扱われているにすぎない。その原因はいくつかあるだろうが、先に述べたように、本来望ましいのは脳死ドナーからの提供であって、生体ドナーからの提供は例外的補完的なものにとどまるといふ、移植分野の公式見解もその一つであろう。また生体臓器移植が家族内という私的領域で決定され、限られた病院で実施されてきたことも一つの原因であろう。というのも、ここでは、脳死からの移植のように、死の定義の問題や広くドナー登録を求める社会への啓発活動のあり方や臓器配分の公正性のような問題が生じているわけではなく、そのための全国的な組織が機能しているわけでもないのだから、社会的な問題として認識されにくいからである。だが、家族という親密な生活の場である私的な領域で行われるからこそ、とりわけドナーの意思決定のあり方をめぐっては倫理的観点からの考察が求められるものとする。ここで倫理的観点とは、社会における倫理的ルール構築という問題に加えて、家族という親密な人間関係における倫理的問いと決定のあり方を視座に入れるという意味である。

そのためには、自らの臓器の提供を求められるドナーの心情や医療従事者の考え方を知っておかなければならない。そこで本稿では、先行研究を整理した上で、そのなかから特に、生体臓器移植の歴史と医学の考え方やドナーについての報告や調査研究を参照し、できるだけ現実に即した倫理のあり方を探ろうとした。他方、「目的の正当性と比較衡量」「ドナーの自由意思の尊重」「臓器売買の禁止」の3要件をあげるに際しては、法学研究と生命倫理学の原則論を参照しているが、それはこの3要件が、生体臓器提供の正当性を保障するものであると考えてのことである。すなわち、健康な人からの臓器摘出が許される根拠は、それが親しい者の命を救ったり、生活の質を大きく改善したりすることという目的の正当性と、ドナーの自由な意思による選択にあると考えられる。また、ドナーの自由意思を保護するためには、臓器売買が禁じられているという社会的要件も必要であると考えられるのである。

本稿は、先行する調査研究の成果を倫理的要件の視点から生かすことによって、これまで生命倫理学の分野では脳死からの臓器移植を補足するような仕方では扱われてこなかった生体臓器移植について、それが容認されるための倫理を正面から扱い、明確にしようとするものである。

以下、各章ごとにその要約を記す。

第1章 生体臓器移植の現状と指針

第1節において生体臓器移植の歴史と現状を概観した。日本では1964年に永久生着を目指した臓器移植の第一号が慢性腎不全患者に対して実施されたが、これは非血縁者(妻)をドナーとする生体移植であった(生体臓器移植は医学的適合性の観点から血縁者間での移植に始まり、次いで非血縁者間での移植に発展していったとされてきたが、必ずしもそうではなかったのである)。1980年代に入り、臓器移植医療は有効な免疫抑制剤の開発により移植された臓器の生着率が向上して大きく拡大していった。1997年の『臓器移植法』施行後、

脳死からの臓器移植が正式に実施されていくが、比率をみるなら脳死・心停止下からの提供に比べて、生体臓器移植の方が圧倒的に多い状態は現在に至るまで全く変わっていない。腎移植を例にとるなら、2015年に施術された約1500件のうち、9割が生体腎移植であり、そのうち親子関係が半数を占めるが、近年では夫婦間が増えている。

第2節で脳死・心停止下移植と生体臓器移植とを対比し、両者の相違を整理した。脳死・心停止下での臓器提供は「任意性」「人道的精神」「医学的適切性」「公平性」という理念により、①本人か遺族が提供するかどうかを決めること、②非指定提供であること、③臓器はいったん社会へ提供される（ドナーとレシピエントは互いに匿名化される）こと、④日本臓器移植ネットワークを通じて公平に配分されることの4点をその特徴とするものである。これに対して生体臓器移植では、ドナーの「任意性」は極めて重要だが、「人道的精神」「公平性」はそのまま当てはまるものではなく、「医学的適切性」にも一定の制限がある。脳死・心停止下移植と比較すると、生体臓器移植の特徴は次のようになる。①ドナー候補者本人の提供意思が摘出のための必須の要件である（家族の意思によって決められるということは、原則的にはありえない）。②特定のレシピエントに提供される（ドナーとレシピエントは、多くの場合は最も親密な関係にある）。③提供臓器は社会へいったん提供されてから配分されるという経路をとらない。すなわち、④臓器提供・移植は、日本臓器移植ネットワークのような機関を通じて行われるのではなく、各病院に任されている。

第3節では、生体臓器摘出が法的には刑法上傷害罪を構成する可能性があるにもかかわらず、現在に至るまで法制化されていないこと、その施行は「臓器の移植に関する法律の運用に関する指針」「日本移植学会指針」の二つの指針に則って行われていることを確認し、両指針の生体臓器移植に関する項目について、その詳細を検討した。後者の指針では近年ドナーの提供意思の任意性を確保するため、精神科医に第三者的な立場からのドナーの意思確認を求めるなど、ドナーの提供意思の尊重に加えて、ドナー権利擁護が考えられるようになってきた。だが、ドナーとレシピエントの利益の比較衡量という視点は乏しいと言えよう。

第2章 身体と臓器移植

この章では、3要件を取り上げるに先立ち、生体臓器移植とは一体どのような行為なのかを哲学的身体論の次元において捉えることを試みた。この次元を導入するにあたり、第1節では自然科学としての医学の人体把握の特徴と、この人体把握に基づいて考案された移植医療の黎明期の様子、これを牽引してきた医師たちの思考を見た。すなわち、医学は客観的に疾病の構造や発症機序を解明しようとして、患者の主観的な身体体験や心情をいったん捨象し、医学的な「人体」を対象とせざるをえないため、臓器移植医療を推進した医師たちの関心は、移植術の成功、とりわけレシピエントに移植された臓器の生着率に向けられていた。このような医学的な人体把握に拠るなら、医師たちの思考は、患者に対するパターンリズムとあいまって、レシピエントやドナーや家族の意思を尊重しようという方向には向かいにくいものであっただろう。だが、生命倫理の勃興などもあり、医師たちも患者中心の医

療への転換を求められ、現在ではドナーの意思の尊重が医療従事者側にとっても重要な倫理規範となっている。

第2節において、医学的身体観が捨象してきた身体、実際に生きている主観的な身体体験、換言すれば自己意識と同一である身体にとって、臓器提供がどのように位置づけられるかを、哲学的身体論、なかでも現象学的身体論を参照して記述した。私たちはまずもって身体を生きているのであり、身体を生きる「身体主体」のあり方のなかで「他者」を通じて「自己」を認識していくのであり、身体を通じての相互関係の基層において相手に応えようとする共応的關係が作られている。平易に言えば衣食住を共にする関係において、相手に応えようとする倫理的関係性が発生し、相互に倫理的応答がなされているのである。家族の構成は、近代社会のモデルとされる、自由意思をもった自律的な個々人が互いに対等な人間関係を作るといふように想定されるわけではない。そうではなく、自律した個々人モデルに先立って、身体レベルでの、それも他者との依存的関係によって涵養されてくる共応関係があり、それが人間関係の基本的なものであると考えた。家族には生きるために己の身体の世話してもらふことを必要とする人とそれを提供する人との間の依存的関係や相互の力関係が基本にあり、私たちは家族生活を営みながら、互いに相手を認識し合い、そのなかで相手を認めつつ、同時に相手に承認される仕方で自己を作り続けていくのである。そのような関係性のなかで、相手に応えるという仕方で倫理的意識が形成されていくことを、キテイのケア論などを参照しつつ、記述した。生体臓器提供はまさにこのような場で問われるものである。

第3節では、このような他者との関係性において、身体感覚に裏打ちされた「人間の尊厳」が涵養されることを論じた。「尊厳」とはけっして理念にとどまるものではなく、身体感覚に裏付けられた根源的な自己の肯定感であろう。そうであるとするなら、尊厳をもつとは、自分の身体に対する外からの不当な介入を許さないという意味に解することができるだろう。生体臓器提供に引き付けて言うなら、いかに親しい者を救うためであっても、また当人にとってはそれが義務のように感じられるとしても、客観的にみるなら臓器提供を義務とはよべないことを論じた。

第3章 臓器売買

健康な人からの臓器提供が認められる根拠は、当人が提供を望んでいることにあるが、この「自由意思」を論ずる前に、第3章と第4章でドナーの自由意思を制限する事項を取り上げた。第3章では社会的制限として臓器売買の禁止の根拠を、第4章では生体臓器移植を評価する客観的医学的制限としてドナーとレシピエントの利益・不利益の比較衡量を論じた。

第3章「臓器売買」第1節ではまず、非合法下で行われている臓器売買の現状の一端を垣間見、その非人道性の具体的内容を整理した。海外からの幾多の報告によれば、ドナー（セラー）はブローカーから臓器摘出に関する誤った情報を伝えられ、騙されたり、微々たる報酬を受け取るにすぎなかったり、あるいは約束された報酬を受け取ることができなかった

りすることに加えて、安全な摘出術を受けることができず、術後ケアもないため健康を害することもあり、失職して元のような生活には戻れず、さらには非合法であるがゆえに差別されるなどの被害を被っているのである。他方、臓器を買ったレシピエントの方も、その予後は通常の移植成績より悪いとされる。

公的な臓器売買市場の賛同者は、このような非人道的市場に賛同しているのではなく、こうした非人道性が非合法的な売買に起因するものであると考え、合法的な公的臓器市場を構想している。合法化することによって非人道性を排除し、提供臓器の増大を図ることができると考えるのである。第2節ではこの〈公的臓器売買市場〉の提案を検討し、その根拠が、自らの臓器を売ろうという個々人の意思は尊重されるべきだという考え方と、臓器は個々人の所有物であるとみなす考え方であることを示した。

第3節では、この提案に対する反論を試みた。立案者が構想するように、たとえ個々人の臓器提供（売買）の意思が尊重されるような制度ができたとしても、畢竟、社会的弱者の人権を侵害することは避けられないだろう。むしろ〈公的臓器市場〉が公正に運用されるなら、この機会をうまく利用して益を得るドナー（セラー）も出てくるだろう。だが、このような市場が生活に困窮している人々を想定しており、そのような人々の栄養状態や衛生状態が改善されないままであるとするなら、ドナーへのアフターケアは実施されないだろうし、たとえ実施されたとしても元通りに健康回復しない可能性を無視できない等々、ドナーの人権は保護されないだろう。それ故に許されないというのが本稿の結論である。また日本社会では臓器をモノとして売買の対象とみなすことに抵抗感が強いことも〈公的臓器市場〉反対の根拠になりうると考えた。その抵抗感の源は、前章第3節でみた身体に対する尊厳の感覚にあると想定してよいだろう。ここではレシピエントが移植された臓器の受け入れになんらかの意味づけを行うことを援用し、これも私たちの身体経験からして、臓器をたんにモノとは割り切ることができないことの証左になるものと解した。

第4章 無危害原則と比較衡量

この章は「目的の正当性と比較衡量」について論ずるものである。だが、「無危害原則と比較衡量」というタイトルに変更している。その理由は、臓器移植の目的が「救命」あるいは「生活の質の改善」であり、その正当性は改めて論ずるまでもなくこれを確認すれば足るのであり、むしろドナーへの臓器摘出という加害をどう捉えるか、加害を上回る利益をどうとらえるか、総体的にドナーとレシピエントの利益・不利益の比較衡量が検討課題であると考えたためである。

第1節において、移植医療で重視されてきた無危害原則とその具体化であるデッドドナールールの意味を確認した。デッドドナールールとは、臓器摘出がドナーの死を招来してはならないという考え方であり、これを生体臓器移植に応用するなら、いかに我が子を救いたいからといって、自分の生命を投げうとうとしても、それは社会的には許されないということになる。

また、脳死・心停止下での臓器提供と生体からの臓器提供ではどちらが優先されるべきかを考量した。ここでは、脳死・心停止下からの臓器提供より生体臓器移植こそが本来の姿であるべきだとする見解をとりあげた。この見解は、とりわけ脳死が臓器移植を目的として作られた概念であることを厳しく批判しており、その点では説得力をもつものである。しかし、そうだからといって、生体臓器移植の方が本来あるべき姿だという結論にはならないだろう。やはり、これまで日本移植学会等が示してきたように、脳死・心停止下からの臓器移植が求められるべきであって、生体臓器移植はそれを補完するものと位置づけられよう。その理由は、生体からの臓器摘出による身体への害は、死体からの臓器摘出による死体への害よりも大きいとするのが通常の感じ方だからである。

第2節では、生体移植におけるドナーとレシピエントの利益・不利益の比較衡量について検討した。これまでに報告されている資料に基づき、腎臓と肝臓に関してドナーに残された臓器摘出後の後遺症、ドナーが得た精神的満足感等を概観し、同様にレシピエントが得た身体的改善と心理的負債感等を概観した。これらの内容は、個々人によって異なる複雑なものであり、さらには時間の経過を経て変化しうるものでもあるから、一律の評価基準を作るとは困難であろう。だが、最も基本的な考え方として「レシピエントが受ける利益と不利益」が「ドナーが受ける身体的不利益と精神的利益」を上回ることを原則とすることはできようし、個別になされる判断に際してはこの原則に戻ることが必要なのだと考える。また、たしかにドナーが家族全体の利益を考えて提供を決断することは往々にして起こり得ることではあるが、家族の利益を客観的な指標に入れると、ドナーの自由意思が保障されないような状況が作られうるので、ドナーとレシピエントの利益・不利益の比較衡量に限定すべきであろう。

次に誰が比較衡量するのかを考察した。比較衡量する主体はレシピエントとドナーだが、より厳密に言えば第一にはドナーである。ドナーが得られる精神的利益はドナー本人にしか測られないというべきだからである。しかしながら、ドナーへの危害を最小限にとどめるために、生体臓器提供摘出を是とする範囲は医学的見地から規定されるべきだと考えた。この範囲とは、少なくともドナーが提供後もこれまでどおりの生活を営むことができることを基準とすべきものであり、このような範囲を限定するに際しては医学的に客観的な判断が不可欠であり、この点に医療従事者の専門職としての責任の一端があると主張した。

第5章 自由意思による決定

第3章の臓器売買禁止と第4章の無危害原則と比較衡量において、生体臓器移植の客観的制約を扱ったが、これはドナーの自由意思の制限に関するものでもあった。そこで自由意思による選択は医学的制限と社会的制限をもつものであることを前提に、第5章では臓器を提供する/しないという、ドナー候補者の意思決定とその尊重の問題を扱った。

第1節では、ドナー候補者に臓器提供への有形無形の圧力がかかる点を取り上げた。これは臓器移植医療が始まった1960年代より指摘され続けてきており、解決されないものであ

ることを再度確認した。この圧力とは、ドナー候補と目される人にとって、臓器移植を受ければ命が助かるであろう家族を前にして臓器提供を断ることは非常に難しいということ、そしてドナー候補者の範囲がほぼ家族に限られていることから生じるであろう。そこで、自由意思を尊重するために、一切の圧力がない状態を考えてみるべきだという主張が生じることにもなる。そこでこの主張を批判的に検討することとした。この主張によれば、論理的に考えるなら、圧力のない状態とはドナー候補者を親族に限定せず、誰もがドナーになるかどうかを選べる状態だということになる。だが、この状況下で誰かを救命するために臓器を提供しようとする人はほとんどいないだろうと想像されるのであり、このことが示しているのは、ドナーの範囲を限定している現状が、もともと自由意思の行使が不可能な状況下にもかかわらず、自由意思による決断を迫っているという矛盾した状態であるということになる、と論じている。だが、この主張とは異なり、生体臓器提供とは圧力下での提供であること、すなわち親族の生命の危機というような圧力下でなければ自発的になしえないような決定なのではないだろうか。圧力と自発性は必ずしも相反するだけのものではないのである。なんの圧力もない状況なら自由意思が担保されると想定することは、自らの意思を自由に発揮する自律した個々人のモデルを前提しており、第2章第2節で見たように、そのモデルで考えることは現実的ではない。むしろ、生体臓器移植の場面では、そのような理念化がなされる以前の、身体を介した相互依存的な人間関係における倫理的応答を考えてみるべきなのである。したがって、現行指針のようにドナー候補者の範囲を親しい間柄に限定することは適切であると考えられる。

だが他方、日本ではみられないが、諸外国では「よきサマリア人ドナー」と呼ばれる人々、すなわち親しい間柄にはない他人に自分の臓器を、もっぱら利他的動機から提供しようとする人々がいるので、このよきサマリア人ドナーをめぐる議論を付論として紹介した。この場合は医療従事者側に、本人の意思確認と本人にもたらされる精神的な利益についての正確な判断が求められるだろうが、利益と不利益の比較衡量には非常な困難が伴うだろう。ドナーの利益は、自分の身体を犠牲にして見知らぬ他人を助けたという純粋に精神的な満足感だけだからである。

第2節では、これまでに行われたインタビュー調査や報告を活用して、ドナーがどのような動機で提供を決意するのかを詳しく考察し、どのような葛藤が生じているのかを抽出した。ドナーの決定にはさまざまな動機が働いており、必ずしもそれらを一括して家族愛と呼ぶことが正鵠を得ているわけではない。またその決定プロセスは認知的プロセスというより、むしろ情動的あるいは感情的プロセスであるとされ、臓器提供の決定は、臓器摘出および移植についての詳しい説明を聞く前にすでに下されていることが多いようである。それは親密な家族間での共応的關係において培われてきた感情が、提供する/しないを決定する上で本質的であることの証左でもある。

第3節ではドナーの意思決定を尊重する際の原則を確認した。基本的な了解事項としてあげられるのは、臓器提供は義務ではないこと、ドナー候補者の自由な決定に任されている

こと、提供しないという決定も提供するという決定と全く同等に尊重され保障されること、臓器提供とレシピエントへの愛情の有無は必ずしも相関するものではないこと等である。ドナー候補者に対しては、患者本人の治療のためになされる通常のインフォームド・コンセントと比べるなら、これよりもさらに慎重な説明が必要である。また、ドナー候補者の理解と納得を確認することも必要であり、ドナー候補者の提供する/しないという決定は家族内でこそ尊重されるべきものであると考えた。

第6章 結論と若干の提案

第1節でこれまでの論考を振り返り、再度要点を提示し、本稿の特徴及びその限界を記した。本稿の最も大きな特徴とは、自己意識や他者関係の発生のある身体体験の層に遡って生体臓器提供を位置づけたこと、親密な家族関係にあるドナーが自ら身体主体であると同時に共応主体として感情的な共応的次元で自己決定することを倫理的観点から論じたところにあると考える。他方、本稿の限界は、本稿がドナーの自由意思の保障こそが生体臓器移植の第一の要件であると考えて、これを論述の中心に置いたためにレシピエント側の問題をほとんど扱っていない点にある。また倫理原則を明確化することに力点を置いたため、移植の目的の相違を論じていない。すなわち同じ生体臓器移植といっても、肝臓のように救命のための移植と、腎臓のように他の手段があるが生活の質を大きく改善するための移植では異なることがあるだろうが、その点について論じていない。ほかにも小児への移植に特有な問題（保護者がドナーとなりながら、レシピエントの代理人であること）や、病腎移植やドミノ移植などの問題も扱っていない。

だが、本稿での論考に基づいて生体臓器移植をより倫理的に適切な仕方で推進していくため、3つの提案を行いうるものと考え、それを第2節に記した。1つ目は、法制化である。親しい人のためとはいえ、本人の治療上の必要ではなく臓器を摘出することが法的に傷害罪となりうることは法学者により指摘されてきたところであり、違法性を阻却するためにも法制化は必要であること、海外で法制化がなされていること、ドナーとなった人々からもドナーを保護するために法制化を求める声があることから、法制化を検討すべきであると考え、法に盛り込むべき項目を提示した。移植の目的、ドナーとレシピエントの自由意思の尊重とそのため制度設計がその主な項目である。2つ目は、ドナー・アドボケート制度である。これはドナーの自由意思の尊重を保障するための方法の一つであり、アメリカではすでに運用されている。ドナー候補者の希望に応じてドナーのアドボケートを第一に考える役割を担う医療従事者を、ドナーのもとへ派遣する制度である。アドボケートは、ドナーからの臓器摘出とレシピエントへの移植術が施行される病院には属していないため、現行の同一病院に属する精神科医によるドナー候補者の意思の確認や、コーディネーターによるドナーとレシピエントのサポートとは異なり、もっぱらドナーの権利擁護に専念することができるものと期待される。3つ目は、長期的な追跡調査研究とその評価の必要性である。評価は、医学的に安全性と有効性を評価するだけでなく、表面化しないために数値化や論

文化をすり抜けてしまうような問題、例えば医療従事者側にあるであろう潜在的な価値基準および判断のバイアスの問題等が推測されるので、それも踏まえて多様な視点からの評価が行われるべきである。多様な視点とは、ドナー・レシピエントという当事者はもとより、臓器移植を受けられない者や、そもそも希望しない者、そして生体臓器摘出に反対あるいは疑念を抱いている医療従事者の視点、加えて社会学や医療人類学や生命倫理学の視点などであり、そのような多角的総合的な評価は、今後の移植医療の行方を考える上でも大切なものであることを記した。