

臓器移植論争に見る死生観の相違

柴 嵩 雅 子*

Divergent Views of Human Death Underlying Controversies over Organ Transplantation

Masako Shibasaki *

Abstract

As the title of the white paper released by the President's Council of Bioethics in 2008 illustrates, controversies in the determination of death have been rather intensified than settled. They are rooted in divergent views of when human life ends, which this paper aims to clarify. Some opponents of neurological death claim that it should be nevertheless allowed to procure vital organs from brain dead patients because they are alive as an organism but dead as a human being. This argument is based on the mind-body dualism that regards only mind as the essence of being human. Discounting such Cartesian and individualistic paradigm, others maintain that cessation of brain function alone does not constitutes the death of a person because we are inseparably integrated mind-body units. From this perspective, harvesting organs means hurting humans even after their cardiac death.

キーワード

脳死、人工的心停止後移植、デッド・ドナー・ルール

I. はじめに

1968年にハーバード大学医学部特別委員会が世界で初めて脳死の定義を公表して以来、臓器移植の発展とともに脳死概念も普及してきた。しかし、脳死を人の死とみなすことに対する議論が消えたわけではなく、むしろ近年、再燃している。数十年にわたり脳死判定を続けてきた中で、当初、予測していなかった事実も明らかになってきたからだ。たとえば、脳死になれば遅くとも数日後には心停止に至ると言われていたのに、脳死状態で何年も生き、性的成熟を示す子どもが出現した。また脳死の妊婦の生命維持を続け、出産にま

*しばさき まさこ：大阪国際大学人間科学部教授〈2015.6.15受理〉

でこぎつけた例も見られるようになった。そのため、2008年12月に公表された米国大統領評議会白書は「死の判定に関する論争」というタイトルで、あらためて死の神経学的基準と心肺基準について再考している¹⁾。しかし、脳死患者は実は死んではいないから、臓器提供は中止せよと訴える人がいる一方で、デッド・ドナー・ルールを廃止して、脳死ドナーからの臓器移植を続けてよいと結論付ける人もいる。こうした見解の相違を生み出しているのは、脳死の医学的基準とは次元を異にする、人間的生の終点に対する考え方である。

本稿では、こうした臓器移植の発展が浮き彫りにした死生観の相違について解明する。まずⅡでは、親が娘の脳死を死として受け入れず訴訟を起こし、アメリカで物議を醸したジャハイ・マクマス事件を取り上げる。次にⅢでは脳死移植、Ⅳでは人工的心停止後移植について、それぞれ賛否を支える人間観を探る。さらにⅤではデッド・ドナー・ルール廃止論、Ⅵでは心臓死後の臓器移植に対する反対論に関して、それぞれ基底にある死生観について考察する。

なお、イギリスにおける脳死は脳幹のみの機能不全を指し、さらに全脳ではなく高次脳の機能不全という、新たな死の定義を提唱している論者もいるが、本稿では「脳死」という場合、不可逆的な全脳不全を指すことにする。

Ⅱ. ジャハイ・マクマス事件

世界的に見ても脳死移植の件数が異様に少ない日本とは異なり、アメリカでは1981年に米国統一死亡判定法が制定され、脳死が法的にも人の死とみなされていることもあり、1990年から2014年まで、心臓移植だけでも毎年2000件以上行われている²⁾。2014年の心停止後の臓器提供も含めた全ドナー数は7866人で、その中には殺人事件の被害者354人、自殺者762人とともに、日本では臓器提供が禁じられている、虐待を受けた子ども80人も含まれている。このように臓器移植が治療として定着しているアメリカでも、脳死を死として受け入れない人はもちろん存在する。それを改めて浮かび上がらせる事件が起きた。発端は、少女の急死である。

2013年12月9日、13歳のジャハイ・マクマスは睡眠時無呼吸症候群の治療のためカリフォルニア州の「オークランド子ども病院」に入院し、扁桃腺切除術を受けた³⁾。しかしその後、彼女は大量出血を起こして心臓が停止し、術後3日たった12月12日には「脳死」と判定されてしまった。病院側は通例通りジャハイの人工呼吸器を中止しようとしたが、母親は娘が死んだとは認めず、治療続行を病院に求める訴えを起こした。裁判所の調停により、ジャハイは2014年1月5日、「こども病院」を出て検死局に移され、検死を受けないまま死亡診断書が作成された。死亡日は2013年12月12日となっている。その後、ジャハイは脳死患者でも治療を続けてくれる別の病院へと移った。行き先は秘密ではあったものの、ニュージャージー州内の病院だと推定されていた。なぜなら、アメリカの中でもニュージャージー州とニューヨーク州だけは、宗教的信念や道徳的信条により脳死を受け入れないことを認めていたからである。

メディアがこの事件を大々的に報道する中で、名だたる生命倫理学者たちがジャハイの

家族の「愚行」を批判する発言を繰り返した。たとえば、バイラー医科大学の医療倫理学・保健政策センターの教授、ローレンス・マカロウは、「生命維持装置を停止する命令がすぐに出されるべきでした。家族はもし望むなら、遺体とともに過ごす時間を幾分か与えられるべきですが、それが終わればジャハイさんの遺体は死体安置所に送られるべきだったのです。これは明白なことで、このことに関して倫理的な議論の余地はありません。死人に保険はききません。遺体の中でまだ生きている細胞があるかですって。すべての細胞が一度に死ぬわけではありません。時間がかかります。けれども彼女の遺体は分解し朽ち始めるでしょう。それが起きることは確実で、あとは時間の問題です。」と語り、ジャハイを受け入れた病院についても、「いったい何を考えているのでしょうか。医学的な観点からすれば、彼らの考えは混乱しています。いうなれば『頭がおかしい』のです」と酷評した⁴⁾。ニューヨーク大学ランゴン・メディカル・センターの生命倫理学科主任、アーサー・キャプランも、他の家族まで「私はこの遺体を家に持ち帰って奇跡を待ちます」と言い出しかねないと、この事件の波及効果を懸念し、「そんなことになれば、死体を尊重しないことが公の方針になってしまいます」と批判している⁵⁾。あまりにもジャハイの家族を誹謗中傷する声が大きくなったため、家族の弁護士、クリストファー・ドーランは2014年1月21日、「ロサンゼルス・タイムズ」に「ジャハイの家族は馬鹿ではない。事情を知らずに攻撃するのはお門違いだ」という署名入り記事を掲載したほどだった⁶⁾。

周囲の騒動をよそに、ジャハイは生き続けた。少なくとも外見上はただ眠っているようにしか見えない。彼女の身体はマカロウの言葉に反して「分解し朽ち始め」なかったのである。そして「死亡日」から1年近くたった2014年10月、ジャハイが手足を言われたとおりに動かしているビデオを家族は公開した。もちろん、それは筋肉の不随意的反射に過ぎない、彼女は機械によって生かされているだけだ、と多くの科学者は懐疑的である。だが、子どもの長期脳死の研究で有名なアラン・シューモンは、ビデオや脳波やMRIの検査結果を含む医療記録、家族や弁護士の証言などを基に、2014年10月3日に署名した宣言書⁷⁾で、「ジャハイは現在、脳死の診断基準を満たしていない」と明言している。その根拠の一つとして、ジャハイが初潮を迎え、二度目の月経が来たことも彼は宣言書に記している。ただし、最初に脳死と診断した医師が間違っていたとは言わず、当時は脳死の基準を満たしていたが、それが実は、脳死とよく似た状態を引き起こす「広域虚血性ペナンプラ」のせいだろうと推測している。いずれにせよジャハイは、脳死を人の死とみなすことに疑問を抱かせる典型例となっている。

Ⅲ. 脳死移植の人間観

もし同様の事件が日本で起きたとすれば、どうなっていたらだろうか。それほど危険とは思えない扁桃腺切除手術を受けた13歳の少女の様態が急変し、呼吸が止まって反応しなくなっても、医師は3日ぐらいでは決して脳死診断をせず、救命に全力を尽くすのではないか。ひと月以上たっても改善せず、脳死状態の可能性が高くなったとしても、家族がまだ生きていと信じ、延命を望む場合、2014年に日本救急医学会、日本集中治療医学会、日

本循環器学会が作成したガイドライン⁸⁾に従い、家族が納得するまで人工呼吸器を外すことはしないだろう。とりたててニュースにもならず、もし倫理学者がこの家族は脳死を理解していないなどと批判しようものなら、それこそ無神経だとメディアから袋叩きにあうに違いない。

この事件があぶりだしたのは、脳死をめぐる状況が日本とアメリカで異なることだけではなく、アメリカにもジャハイの家族のように、脳死を受け入れられない人々が存在するということだ。脳死診断を拒否する遺族と向き合ってきたニューヨーク州立大学のチームが書いた「神経学的死に対する宗教的また道徳的な異議への対応」⁹⁾によると、脳死を人の死とは認めないグループとして顕著なのが、正統派ユダヤ教の一部の信者と日本人で、その他、ローマカトリックや福音主義のプロテスタントの信者、イスラムの学者、またアメリカ先住民の中にも、同様の脳死拒否が報告されている。伝統的に呼吸と生命を同一視する正統派ユダヤ教の中でも少数派の人々が、特別な配慮を求めてロビー活動を行ったため、ニューヨーク州とニュージャージー州は脳死適応の例外を認めているが、こうした例外規定のない大多数の州では、患者はまだ生きてると家族が感じていても、ひとたび脳死と判定されれば医師は治療を打ち切ってしまう。保険会社による医療費の支払いも止まり、治療続行を求める裁判を起こすにも多額の資金が必要となるため、治療の続行を諦める家族も少なくないだろう。

峯村芳樹らの「生命観の国際比較から見た臓器移植・脳死に関するわが国の課題の検討」¹⁰⁾によると、「脳死は『人の死』は妥当な基準か」という問いに対し「そうは思わない」と答えた人の割合は、ドイツが20%、フランスが15%、イギリスが13%、アメリカが13%、日本が23%であり、欧米でも脳死は人の死ではないと考えている人が1割は存在する。日本と同様、1997年に移植法が成立する前に脳死移植の推進派と批判派で激しい議論があったドイツでは、特に脳死を人の死とみなさない割合が高い。2013年にドナーになりえた人のうち、実際に臓器提供にまで至ったのは40%に過ぎず、ドナーになった場合も、臓器提供証明書を保持していたのは1割だけで、残りの9割は、家族が代わりに承諾している¹¹⁾。ドイツの著名な哲学者、ハンス・ヨナスは、脳死を人の死とみなす背景に「古くからの霊肉二元論の奇妙な亡霊が潜んでいる」¹²⁾と、早くから警鐘を鳴らしていた。全脳不全の人は死んでいるとみなすことは、意識の宿る脳だけが人間本性であり、脳以外の肉体部位を物として切り捨てることに基づく。「私の同一性は生命体全体の同一性」であり、たとえ機械で生かされていても、脳死患者は完全には死んではおらず、「かつて愛したり愛されたりした主体の残存的継続であるとみなされねばならない」とヨナスは主張する¹³⁾。ドイツの医療人類学者のヴェーラ・カリツクスは、『あなたの死、私の生——私たちはなぜ臓器提供を正しいと思いながら、戻込みするのか』において、「欧米社会でも身体と人格との密接な関係を感じている」と主張し、その論拠として刑法168条で「死体の安らぎを乱すこと」、例えば遺体やその一部の勝手な持ち出しを禁じていることを挙げている¹⁴⁾。さらに臓器移植に賛成し、ドナーカードを持っていると公言した法皇ベネディクト16世から、実際に臓器を摘出することなど、ありえないだろうと述べている¹⁵⁾。

逆に日本人でも移植推進派の相川厚は、臓器提供に関係なく脳死判定を実施すべきだと

主張し、「脳死判定を行わなければ患者さんは生きてるとみなされ、終末期医療の対象になります。|中略| いつまでも続けていれば見た目もむごい状態になるし、脳の細胞が壊死して形も崩れ、最後は融解してしまいます」¹⁶⁾と語る。また子どもの長期脳死例は無呼吸テストが行われていないので、すべて脳死ではないと一蹴し、あくまで脳死は死だと断言する¹⁷⁾。脳死を軸に文化差を論じることは興味深いですが、本章では集団的な国や文化の枠組を超えて、ある個人が不可逆的な全脳不全患者を死んだとみなすか、生きてるとみなすかの根拠を考察したい。

たとえ医療従事者であっても、直感的には全脳不全の患者は決して死者とは思えない。人工呼吸器に依存していても息をして血液が流れているため、身体はピンクで温かく柔らかだからである。土色で冷たく硬いという死体のイメージとは、明らかに異なる。むしろ、この状態を死と呼ぶことの方が、人為的な思考の操作を必要とする。つまり、数々の判定テストを実施し、その結果を踏まえて、「この患者は生きてるように見えても脳の機能はすでに停止しており、二度と回復することはなく、やがて心臓も止まるのだ」と自分に言い聞かせた上で、死者とみなしているのである。

全脳不全の患者を死者とみなすためには、こうした病態の転帰を理解しているだけでなく、判定テストを実施した医師に対する信頼も必要になる。「臓器提供に関する選考と認識における人種差」¹⁸⁾という論文によると、オハイオ州の調査では、「医師による死の宣告は信用できる」と回答したのは、白人が82.9%であったのに対し、黒人は68.2%だった。この論文は、黒人が臓器提供に積極的でないのは愛他精神が欠けているからではなく、医療関係者に対する不信のためだと結論付けているが、白人も2割近くが医師の死亡診断を信用していない。それは単なる偏見とも言い切れない。脳死判定後に生き返ったという話は後を絶たないからである。たとえば、2015年1月11日、南ドイツ新聞で報道された2014年末に起きたブレーメン病院の事故では、予定されたレシピエントにも連絡が行き、脳「死者」だったはずのドナーの腹部を切開後、まだ死んでいないことに医師が気づき、急遽、臓器の摘出が中止されたという¹⁹⁾

医師も人間である以上、100%確実に脳死を判定できるとは限らない。人の生死に関わることは最大の慎重さが要求されるため、間違っただけで死なせてしまうぐらいなら、誤りでも生かす方を選ぶのが普通である。たとえば死刑廃止運動においては、冤罪の可能性をゼロにできないがゆえに、取り返しのつかない死刑はあってはならないという議論が存在する。では、なぜまだ生きている可能性がゼロとは言い切れないにもかかわらず、不可逆的な全脳不全と診断された患者を「死者」とみなしてしまえるのだろうか。それは、たとえ生きていたとしても、脳死患者は人工呼吸器に繋がれて無理やり「生かされ続けて」いるので、そのような生活の質では「死んだも同然」であるうえ、回復の見込みがないため「死んだ方がまし」と感じる人が少なくないからである。意識を喪失し、考えることも感じることも不可能になり、しかも二度と元に戻らない場合、人間としての自覚的で自発的な生は終わって「死」を迎えており、その「死体」から臓器を摘出して構わないというわけである。そのように考える背景には、精神と身体を異なる実体とみなし、精神こそ人間の本質とみなすデカルト流の心身二元論がある。精神が宿る脳が機能不全に陥ってしまえば、たとえ

肉体がまだ生きていても、人間としてはもう終わってしまっており、残る肉体は人間としての生を営んではおらず、単なる「延長」に過ぎない。それならさっさと臓器を摘出して他の患者に移植し、「人間」の命を救う方がずっとよいということになる。

しかし、こうした二元論的観点から、脳の不可逆的な機能不全を理由に、まだ息づいている肉体に見切りをつけて「死者」とみなすことに対して、医師の阿部知子は強く反対し、「脳死・臓器移植は『殺すべからずという人としての規範』を超えた、医療の名による殺人であり、人間社会の誇りにおいて中止されるべきである」²⁰⁾と断じている。作家の中島みちも、「どうせ灰になるのだから役に立てるという考え方は、人間の身体を資源、モノとするものであり、脳死してしまった人間の肉体はモノだという考え方とともに、人間の肉体を二重にモノ化する頭でっちな考え方ではないでしょうか」²¹⁾と指摘し、人体を資源とみなす点で、臓器移植はカニバリズムと同じだと結論付けている。心身二元論ではなく心身一如の観点からすれば、たとえ人工呼吸器に依存していても脳死患者は息づく人間の生命に他ならない。意識はなく、何の反応もせず、回復の見込みもないにしても、なお触れば温かい身体として、その人はそこに生き続けているのである。こうした見方は脳死を理解できない無知な態度では決してなく、身体性を人間の本質として組み入れた人間観に基づいている。

脳死を人の死として認めるか否かは、心身二元論か心身一如かという対立だけでなく、人間が生きる意味を何に見出すかという点も関わってくる。他の人とコミュニケーションを取ったり、仕事をしたり遊んだり、そのように自分が望む形で自分から他者に向かって働きかけることこそ人間としての生だと考える人にとって、全脳の機能が失われれば、同時に生きる意味もなくなる。積極的な活動だけに生の価値を見出すなら、脳死状態になった時点で「死んだ」ことになる。だがヨナスのように、ただそこにその人が存在するだけで、周囲の人にとっては価値があるという人間観もある。そうした受動的な生き方にも意味を見出すなら、脳死患者は決して死んではおらず、人としてなお生き続けているのである。

脳死状態になった時、それを「まだ生きている」と捉えるか、「もう死んでいる」とみなして臓器提供に踏み切るかは、科学的な判断ではなく、見る人の人間観次第である。こうした根本的な観点の差異は、脳死に限らず、心臓死の場合でも異なる対応を生み出す。その点を次に見てみよう。

IV. 人工的心停止後移植の人間観

日本では移植の問題というと脳死移植が中心になるが、他の臓器より耐久性のある腎臓と角膜については、1980年に施行された「角膜と腎臓の移植に関する法律」に基づき、心停止後の患者から移植が実施されてきた。たとえば日本で初めて臓器移植法が施行された1997年、脳死患者からの移植はゼロだったが、心臓停止後、86人のドナーから159人のレシピエントへの腎臓移植が行われている²²⁾。この従来型の心停止下臓器移植では、あくまで延命措置は続けながら、患者の心臓が自然に止まるまで待つ。そのため摘出手術のスタッフやコーディネーターは、いつとも知れないまま、心停止までひたすら待機することにな

る。

他方、アメリカでは1992年、ピッツバーグ・メディカル・センターが新たなタイプの心停止後移植のプロトコルを編み出した。もともと脳死移植が盛んなアメリカでは、心臓が停止したドナーからの移植は1990年代初期まで稀だった²³⁾。しかし、移植待機患者が増える一方、脳死患者だけではドナー不足は解消できないため、心停止後移植が注目を集めるようになった。そこには、脳に重大な損傷を被り人工呼吸器に依存している回復不可能の患者の場合、臓器提供を希望していても、全脳不全にまで至っていないため希望がかなえられないという問題を解決する意図も含まれていた。新たな「人工的心停止後」臓器移植においては、家族が生命維持の中止を求め、蘇生処置も望んでいないとき、ドナー希望者の人工呼吸器を外し、心拍停止後すみやかに臓器を摘出する。つまり消極的安楽死を前提に、臓器摘出を行うのである。自然にであれ、人工呼吸器を取り外した結果であれ、いったん心拍が停止すると血流が止まり、酸素や栄養の補給が途絶えるため、臓器は損傷を受ける。もし心拍停止から臓器摘出までの温阻血時間が長期化し、臓器の状態が悪化すると、もはや移植には利用できなくなってしまう。それゆえ心停止後の素早い死亡宣告と臓器摘出が不可欠となる。デンバーこども病院の事例では、心臓の収縮停止後たった75秒で、嬰兒から心臓を摘出し、移植に成功している²⁴⁾。こうした消極的安楽死と結びついた人工的心停止後の臓器提供は、アメリカだけでなく、英国や韓国などでも急増しており、WHOも臓器不足の対処法として加盟国に検討を推奨している²⁵⁾。

積極的安楽死を合法化しているベルギーでは、致死薬の投与後、心臓が停止した患者からの臓器移植が実施されている。「安楽死ドナーからの肺移植に関する最初の経験」²⁶⁾ という論文によると、ベルギーでは2005年から安楽死を遂げた患者からの臓器提供が行われている。2007年1月から2009年12月の間に、4人の安楽死ドナーからの肺移植が実施され、温阻血時間は10分～16分である²⁷⁾。

それにしても心停止してからわずか75秒で、拍動が決して再開しないと確定できるのだろうか。心肺蘇生に失敗して死亡宣告をした後に、自然に拍動が再開する事例は「ラザラス症候群」として知られている。たとえば国際麻酔学研究協会の学会誌『Anesthesia & Analgesia (麻酔と無痛覚)』には、蘇生を中止して死亡宣告した10分後に、拍動が再開した例が紹介されている²⁸⁾。人工的心停止後心臓移植のドナー候補であっても、「不可逆的な」心停止と断言できなければ、死亡診断を下すことはできないはずである。

にもかかわらず、こうしたプロトコルが作成され普及しているのは、脳死の場合と同様、生物学的にはまだ生きている可能性があっても、自発的な人間的生はずで終わっているからである。生命維持の中止を希望し、心肺蘇生拒否命令を出すほど生活の質が低ければ、もう自分は生きながらえたくない、あるいは家族を生きながらえさせたくないという人間観が、性急にも見える心停止後移植を支えているのである。

脳死移植や人工的心停止後移植の進展は、治療拒否の選択や医師による自死援助や積極的安楽死といった死ぬ権利の広がり、軌を一にしている。積極的安楽死はまだオランダとベネルクス三国でしか認められていないが、医師による自死援助なら、アメリカのオレゴン州、ヴァーモント州、ワシントン州でも合法かつ制度化されている。さらに、延命措

置の中止や蘇生処置の禁止指示は、先進国なら当然の患者の権利として認められている。つまり私たちはひたすら生き続ける、あるいは生かされ続ける義務があるわけではなく、生活の質が低すぎて生きるに値しないと本人あるいは家族が判断すれば、生物学的な死をもたらしてもよいということである。自発的な人間的生の終焉を自らの死とみなす人にとっては、たとえ脳死ではまだ身体的全細胞が死に至っていないくても、心停止後にわずかながらでも蘇生の可能性があったとしても、そのような有機体としての生を保持する意味はない。そのうえ、臓器を摘出して他の患者に移植すれば、人間的生を助けることができる。この大きなメリットと比較すれば、生物学的な生存の短縮など瑣末事に過ぎない。

他方、人間における生物学的な生や身体性を重んじる人にとって、脳死移植と同様、人工的心停止後移植など、命の大切さを無視した暴挙でしかない。たとえば「無益な治療」などないと訴える児玉真美は、「なぜこんなことが起こり得るのか、まるきり理解できない」と語っている²⁹⁾。人間の本質に身体性も組み込む人間観は、他者との関係性を重視しているとも言える。人間を他者から切り離された個人として捉えるなら、自覚的で自発的な生が終われば、もうその人は死んだことになる。しかし、家族や友人にとっての存在意義をも含めて人間を捉えるならば、たとえ自発的な人間的生が終わっても、身体がなお息づいている限り、取り巻く人々によって大切な人とみなされ、受動的ではあるが、人間としての生が続くと考えることは可能である。ブッシュ大統領の介入まで招いたテリー・シャイボ事件の場合、テリーは脳死ではなく遷延性意識障害だったが、彼女の両親はそうした状態でも彼女が生き続けることを望んでいた。たとえテリーの自発的な人間的生が終わっていても、両親にとってはあくまで生き続けている愛娘であり、そうした関係性において、彼女の受動的な人間的生は続いていたのである。

V. デッド・ドナー・ルール廃止論における人間的生の終点

臓器提供者については、死者に限定する「デッド・ドナー・ルール」が原則とされてきた。腎臓や肝臓については生体移植も存在するが、ドナーが死ぬわけではない。デッド・ドナー・ルールは、生きるのに不可欠な臓器の摘出により、まだ生きているドナーを死に至らしめることを禁じたものである。しかし100%心停止と断言できないドナーから移植を実施することは、この大原則に抵触する。また不可逆的な全脳不全が人の死ではないとすれば、脳死移植もデッド・ドナー・ルール違反となる。そのため、デッド・ドナー・ルールは現実的に無視されている以上、撤廃すべきだという主張がたびたび行われてきた。こうした論点について、2008年の大統領評議会の白書は次のように論じている。「この解決法は極めて不穏なものである。なぜなら生きている人間を他の人間の目的のための単なる手段として利用し、その過程で命を失ってもよいという考え方を取っているからだ。この解決法にはほかにも憂慮すべき点がある。まだ生きているが『心臓が動いているままでの臓器提供が可能』な人というカテゴリーを創り出すと、このグループに含まれる患者の種類を拡大する圧力に抵抗するのが困難になるかもしれない³⁰⁾。白書は結局、脳死を人の死と認め、デッド・ドナー・ルールは堅持するという現状維持の立場を取る。

しかし、ミラーとトゥルオグは、「生命を保つのに必要な臓器の提供に関する現在の慣行において、デッド・ドナー・ルールは真に道徳的な働きをしていない。なぜなら『脳死』の提供者は生きてままであり、心臓死後の提供プロトコルの下では、臓器摘出時にドナーが死んでいるとは分からないからである。」³¹⁾と明言する。またフランク・C・チェイタンは、患者の思いに寄り添おうとする「高潔な医療実践」を妨害するデッド・ドナー・ルールは、撤廃すべきだと結論付ける。「もし人工的心停止後ドナーになるはずの患者が、挿入した管を外した後、速やかに死ななければ、デッド・ドナー・ルールのせいで医師は患者の自律を促進するという義務を果たせなくなる。そうした患者は、臓器提供という選択を尊重されずに亡くなるからである」³²⁾。

さらにネア・コリンズらがアメリカで実施した世論調査では、一般の人々はデッド・ドナー・ルールにそれほどこだわっていないことが判明した³³⁾。この調査が巧みなのは、「脳死」といった誤解されかねない用語を用いず、分かりやすい次のような場面を提示した点である。

ジェイソンは大変な自動車事故にあいました。脳に重傷を負い、今、入院しています。けがのために、ジェイソンはまったく意識がありません。彼は聞くことも感じることもできませんし、何かを記憶することも考えることもできず、何も意識していません。彼は決して元には戻りません。二度と目を覚ましません。また器械の助けがなければ呼吸もできないのですが、今は器械を付けて肺を動かし続けています。この器械がなければ、ジェイソンの心臓もその他の臓器も、数分のうちに止まってしまう。彼は決して目を覚ましませんし、器械の助けがなければ呼吸もできませんが、ジェイソンは生物学的には生きています。

負傷する前、ジェイソンは臓器のドナーになることを望んでいました。ジェイソンの心臓がまだ脈打っていて、呼吸器をつけている間に取り出した方が、臓器の働きは良くなります。呼吸器をつけている間に臓器を取り出せば、ジェイソンは臓器摘出のせいで死にます（別の言い方をすれば、臓器を取り出す手術が、彼の生物学的死をもたらします）。

こうした状況を踏まえて、様々な質問が繰り返される。たとえば、「ジェイソンのような患者は、死んでしまうまでは、臓器の提供を許されるべきではない」という項目については、反対が54%、賛成が25%、わからないが21%、という結果が出ている。つまり、不可逆的に無呼吸の昏睡に陥った患者なら、たとえ生物学的生命を絶つことになっても、臓器を摘出してよいと考える人が半分以上いるということである。そこからネア・コリンズらは、デッド・ドナー・ルールの撤廃は一般の人には受け入れられないという学者の主張に、異議を唱えている。結局ここで問題になるのは、ドナーの「死」をどう理解するかである。ジェイソンのように不可逆的な全脳不全の患者の場合、自発的な人間の生はもう終わっていて、人間としてはすでに「死んでいる」とみなす人にとって、生きるのに必要な臓器を摘出したためにジェイソンが息絶え、生物学的な死に至っても、それは「殺人」に

は相当しない。現行の脳死移植や人工的心停止後移植を続けるために、デッド・ドナー・ルールを廃止すべきだという主張を支えているのは、生物学的な死に先立って、自発的な人間的生の終焉を人の死とみなしてよいという考え方なのである。逆に、生物学的な死の後も、人間的生が続いているとみなすことも稀ではない。その点を次に考察しよう。

Ⅵ. 心停止と人間的生の終点

脳死を人の死として認めず、脳死患者からの臓器移植に反対する人にしても、心拍と呼吸が停止し、瞳孔も散大して対光反射がなくなった伝統的な死の徴候を示す死者からなら、臓器提供には賛成するのだろうか。ことはそう簡単ではない。日本では2010年7月に「改正臓器移植法」が施行され、本人の同意がなくとも家族が承諾すれば脳死移植が可能になった後、脳死ドナー数はわずかながらも年々増加している。だが、心停止後のドナー数も並べて表にすると以下ようになる。

	2009年	2010年	2011年	2012年	2013年	2014年
脳死下	7	32	44	45	47	50
心停止後	98	81	68	65	37	27
計	105	113	112	110	84	77

(日本臓器移植ネットワークのデータより筆者作成)

心停止後のドナー数はむしろ減少し、脳死の場合と合計したドナー数は、2012年まで停滞している。これはもともと臓器提供する意思のある患者や家族が、心臓死より多くの臓器を提供できる脳死での提供を希望したと考えられてきた。だが、2013年、2014年と心停止後のドナーは減少している。これについて、藤田保健衛生大の星長清隆は「医師は助ける立場だけに死亡後のことは言いにくい。臓器提供という選択肢があることを、家族に伝えなくなっている可能性がある。伝えないのは臓器を提供する権利を奪うこと。日本は臓器提供数が欧米などと比べて極めて少なく、増やすには医師も含め社会全体が意識を高める必要がある」というコメントを寄せている³⁴⁾。しかしこれでは、なぜここ2年間で医師が臓器提供の話題を一段と持ち出しにくくなったかの説明がつかない。心停止後ドナー数の減少理由については、今後の推移を見きわめる必要がある。

いずれにせよ、心停止後の臓器提供が少ないのは医師の逡巡だけのせいではなく、多くの人の拒否感を反映していることを、内閣府の「臓器移植に関する世論調査」が示している。この調査は定期的に行われており、最も新しいデータは平成25年8月に行われたものである³⁵⁾。脳死下と心停止下に分けて、臓器提供を希望するか否かを問う問題で、5段階の選択肢のうち拒否的な2段階を合わせて一覧にすると、以下ようになる。「本人」の欄は、自分自身が脳死あるいは心停止の後に、臓器を「提供したくない」「どちらかと言えば提供したくない」を合わせた割合、「家族（意思表示あり）」は、家族が書面で臓器提供の意思表示をしていた場合に、その意思を「尊重しない」「たぶん尊重しない」を合わせた割合、「家族（意思表示なし）」は、家族にそのような意思表示がない時に、臓器提供を「承諾し

ない」「たぶん承諾しない」を合わせた割合を示している。

	脳死下	心停止下
本人	23.8%	26.0%
家族（意思表示あり）	7.7%	9.6%
家族（意思表示なし）	49.5%	51.1%

いずれの場合も、わずかながら脳死下よりも心停止下の方が臓器提供を拒否する割合が高いぐらいで³⁶⁾、臓器提供を承諾するか否かは、脳死か否かとは別問題であることが分かる。本当に死と言えるかが大きな論議を呼んできた脳死ではなく、伝統的な死の定義である心臓死の後であっても、自分や家族の臓器提供は拒む人が少なくないのである。日本のドナー不足は、脳死の概念理解不足だけのせいではない。たとえ心臓が止まった死体からでも、自分自身や家族の臓器摘出を嫌悪する人が多いからなのである。

では、臓器摘出に対するこうした嫌悪感の原因は何なのだろうか。内閣府の世論調査では、運転免許証、医療保険の被保険者証、臓器提供意思表示カード、臓器提供意思登録システムといった、臓器提供の意思を示す方法を認知しているかを質問した後で、知っながら意思表示をしていない人に、その理由を尋ねている。複数回答可能で選択肢を提示しているが、一番多い理由は「自分の意思が決まらないから。あるいは後で記入しようと思っていたから」で27.4%、次が「臓器提供や臓器移植に抵抗感があるから」の17.6%、そして「臓器提供には関心がないから」が15.7%となっている。この調査項目からだけでは、臓器移植に「抵抗感がある」理由は、不明である。

2013年にドイツで行われた調査では、近親者が脳死状態になった時、臓器提供に反対した402人を対象に、その理由を複数回答が可能な選択肢を挙げて尋ねている³⁷⁾。回答の多かった順に並べると、①脳死患者自身が臓器移植に否定的だったことを知っていた(40.0%)、②脳死患者自身の意思が不明(23.3%)、③家族の意見が一致しなかった(7.7%)、④遺体を傷つけない(5.7%)で、以下割合は少ないが、⑤宗教的理由、⑥死を受容できない、⑦臓器売買など悪用への危惧、⑧脳死診断を信用できない、⑨病院の治療に不満、となる。以上とは別に、「その他」と「無記入」がそれぞれ9.2%と14.9%の割合を占めている。ドイツでは臓器移植は脳死ドナーに限定されているため、心停止後の移植拒否との比較はできないが、上の⑧以外は心停止後にも当てはまる拒否理由である。

心停止後の腎臓移植に携わってきた医師の吉開俊一は、臓器提供というオプションを拒否する際に、家族が示す理由の具体例を3つ挙げている。第一が、「病気で死ぬ上に、死に際に腹を切られたくない」、第二が「臓器提供はよいことと分かっているけど、今どうしても考えられないし、その気になれない」、第三は患者の家族の意見が一致しないというものである³⁸⁾。これらの中で、第一の理由は、先のドイツの調査の「④遺体を傷つけない」に相当し、死後の人間性の捉え方を示唆するものとして興味深い。

心拍が止まった死者が生きていた時と同じように「痛み」を感じるわけではないことは、頭では理解できる。腐乱してゆく遺体を、「火あぶりの刑」に当たるような火葬に処すこ

とに疑問はない。それにもかかわらず、メスを入れて臓器を摘出することには罪悪感、嫌悪感を持つことがある。それを非科学的と切って捨てるわけにはいかない。そもそも臓器移植が目的だからこそ許されているが、勝手に死体から臓器を摘出したなら、それは死体損壊に相当し、れっきとした犯罪だからである。遺体は単なるモノではなく、死せる「人」としてなお尊厳を保ち、敬意を払うことを要求する。石井光太の『遺体——震災、津波のはてに』は、東日本大震災後、未曾有の数の遺体の処理に直面した人々の格闘を記録しているが、その中で、遺体搬送を命じられた市職員は、子どもの遺体が寒くないように、きちんと毛布でつつみ直し、「ちょっとの間だから辛抱してな」と語っている³⁹⁾。あるいは遺体安置所の管理を任された民生委員は、モノ扱いしないために、積極的に遺体に向かって話しかけている。「遺体は人に声をかけられるだけで人間としての尊厳を取り戻す」からである⁴⁰⁾。個人主義的な人間観なら、一人の人間が死ねば、その遺体は腐敗に向かうモノとなる。しかし、関係性を重視する人間観なら、一人の人間が死んでも、その人を気遣う他者の眼差しにおいて、朽ち果てるまでの遺体は生前と同様、人間としての尊厳をまとう。心臓が止まり、体が冷たく硬くなってもなお、その人は受動的な人間的生を続けているのである。

Ⅶ. おわりに

臓器移植に関して、脳死は人の死か否かという問いがよく提出されるが、人工的心停止後移植やデッド・ドナー・ルール廃止論も合わせて考えるなら、問うべきは、自発的な人間的生が終わった時点で人として死んだとみなすか否か、である。不可逆的な全脳不全、あるいは延命措置の停止を決めるほどの病態に陥ったとき、その人自身が感じたり考えたり活動したりして作り上げる自発的な生は終わる。その時点で、生物学的には生きていても、その人はもう死んだとみなす人間観がある。すでに人としては死んでいるわけだから、その肉体から臓器を摘出して、他の患者を救うことには利点しかない。他方、心身一如の人間観によれば、人工的な装置に依存していても、息づく身体がそこにある限り、その人はなお生きている。単に個人として自発的な人間的生を送るだけでなく、周囲の人との関係性に支えられて受動的に生を保持することも、やはり人間として生きていることなのである。こうした人間観からすれば、脳死移植や人工的心停止後移植は殺人に相当する。

これら二つの人間観のどちらを採るかは個人の思想信条の問題であって、科学で決着がつくものではない。しかし、自発的な人間的生の終焉を人の死とみなす人々が多く、脳死移植が盛んに行われているアメリカのような社会では、全脳不全患者をまだ生きているかのように言うことは、非科学的で愚かなこととして馬鹿にされてしまう。他方、日本のように脳死を人の死と認めない人々が多い社会では、医師が臓器移植に積極的に関わると、「ハゲタカ医者」と呼ばれたり、「マスコミや反対派のバッシング」を受けたりしてしまう⁴¹⁾。これはどちらも望ましい姿ではない。脳死を死と認めない患者や家族の宗教的・倫理的判断を許容するニューヨーク州やニュージャージー州のように、自分とは異なる死生観の持ち主に対して寛容となり、自発的な人間的生が終わった時点で臓器提供をしたい人

もしたくない人も、どちらの意向も尊重されるようになるべきである。ただし日本においても、家族ケアを考慮して脳死後も延命医療を続けていたところ、保険審査員が不適切だとして、集中治療加算を切ったことがあるという⁴²⁾。どの時点を人の死とみなすかは個人の思想信条の問題だが、脳死患者を生きるとみなして人工呼吸器の装着、人口透析の継続、昇圧剤の投与などを続けるには莫大な費用が掛かり、それを公的に支援すべきか否かは社会の問題である。それについてはまた稿を改めて論じることにはしたい。

注

- 1) President's Council on Bioethics.2008. *Controversies in the Determination of Death*. [https://bioethicsarchive.georgetown.edu/pcbe/reports/death/Controversies%20in%20the%20Determination%20of%20Death%20for%20the%20Web%20\(2\).pdf](https://bioethicsarchive.georgetown.edu/pcbe/reports/death/Controversies%20in%20the%20Determination%20of%20Death%20for%20the%20Web%20(2).pdf)
- 2) 以下、アメリカの移植に関するデータは、Organ procurement and Transplantation Network (<http://optn.transplant.hrsa.gov/>) による。
- 3) 以下、ジャハイ・マクマス事件の経緯については、次の記事による。'Jahi McMath, Girl Declared Brain Dead After Tonsillectomy, Still On A Ventilator One Year Later.' *The Huffing Post*, December 12, 2014. http://www.huffingtonpost.com/2014/12/12/jahi-mcmath_n_6313166.html
- 4) 'Ethicists criticize treatment of teen, Texas patient.' *USA TODAY*, January 10, 2014. <http://www.usatoday.com/story/news/nation/2014/01/09/ethicists-criticize-treatment-brain-dead-patients/4394173/>
- 5) "Jahi McMath's mother insists brain-dead girl is 'not a corpse.'" *Los Angeles Times*, February 21, 2014. <http://articles.latimes.com/2014/feb/21/local/la-me-ln-brain-dead-jahi-mcmath-mother-update-20140221>
- 6) 'McMath attorney : Jahi's family aren't fools ; they deserve better than ignorant attacks.' *Los Angeles Times*, January 21, 2014. <http://www.latimes.com/opinion/op-ed/la-oe-0121-dolan-jahi-mcmath-brain-death-20140121-story.html>
- 7) Declaration of D.Alan Shewmon,M.D. http://www.thaddeuspope.com/images/declaration_of_D_Alain_Shewmon_2014-10-03.pdf
- 8) 「救急・集中治療における終末期医療に関するガイドライン～3学会からの提言～」 http://www.jsicm.org/pdf/1_guidelines1410.pdf
- 9) Robert S. Olick et al. Accommodating Religious and Moral Objections to Neurological Death. *The Journal of Clinical Ethics* 20, no.2 (Summer 2009) : 183-91.
- 10) 峯村芳樹、山岡和枝、吉野諒三、「生命観の国際比較からみた臓器移植・脳死に関する我が国の課題の検討」、保健医療科学 2010 Vol.59 No.3 p.304-312
- 11) 'Organspende : In neun von zehn Fällen müssen die Angehörigen entscheiden.' *SPIEGEL ONLINE* 11. April 2014, <http://www.spiegel.de/gesundheit/diagnose/dso-jahresbericht-2013-organspender-dringend-gebraucht-a-963726.html>
- 12) ハンス・ヨナス、「死の定義と再定義」。加藤尚武・飯田亘之編、『バイオエシックスの基礎』、東海大学出版会、1988年、232ページ。
- 13) 同書、232-233ページ。
- 14) Vera Kalitzkus, *Dein Tod, mein Leben. Warum wir Organspenden richtig finden und trotzdem davor zurückschrecken*. Frankfurt a.M. : Suhrkamp Verlag 2009. S.16.
- 15) *ibid.* S.41.
- 16) 相川厚、『日本の臓器移植——現役腎移植医のジハード』、河出書房新社、2009年、172ページ。
- 17) 同書、187ページ。

- 18) Lura A. Siminoff et al. Racial Disparities in Preferences and Perceptions Regarding Organ Donation, *Journal of Internal Medicine*, 2006 ; 21 : 995-1000.
- 19) 'Krankenhaus bei Bremen Schwere Panne bei Organ-Entnahme.'Süddeutsche.de. 11. Januar 2015. <http://www.sueddeutsche.de/gesundheit/krankenhaus-bei-bremen-schwere-panne-bei-organ-entnahme-1.2298079>
- 20) 阿部知子、「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、『私は臓器を提供しない』、洋泉社、2000年、56ページ。
- 21) 中島みち、「『見えない死』の立法化はできない」。梅原猛編、『「脳死」と臓器移植』、朝日出版社、2000年、358-9ページ。
- 22) 以下、日本の臓器提供数に関するデータについては、日本臓器移植ネットワークのホームページ、「臓器提供数/移植数」(<http://www.jotnw.or.jp/datafile/offer/1997.html>)を参照。
- 23) President's Council on Bioethics. *ibid.*, 80.
- 24) Mark M. Boucek et al. Pediatric Heart Transplantation after Declaration of Cardiocirculatory Death. *New England Journal of Medicine* 2008 ; 359 : 709-714.
<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa0800660#t=article>
なお、2014年10月24日、オーストラリアの医療チームが、「死んだ心臓」の移植に成功したと発表した。臓器保存液と心臓蘇生機を利用した結果、拍動を停止してから20分も経過した心臓の移植に成功したという。cf. 'Surgeons transplant heart that had stopped beating.' *BBC NEWS*, 24 October 2014. <http://www.bbc.com/news/health-29751880>
- 25) 棚島次郎、出河雅彦、『移植医療』、岩波書店、2014年、59-60ページ。
- 26) D. Van Raemdonck et al. Initial experience with transplantation of lungs recovered from donors after euthanasia. *Applied Cardiopulmonary Pathophysiology* 15 : 38-48, 2011
- 27) なお、ドミニック・ウィルキンソンとジュリアン・サヴァレスキユは、'Should We Allow Organ Donation Euthanasia? Alternatives for maximizing the number and quality of organs for transplantation' (*Bioethics* Vol.26, Number 1, 2012, 32-48)において、「臓器の供給を改善する潜在的方法」の一つとして、「臓器提供安楽死」を提案している。見込みのない患者の生命維持装置を中止し、心停止後に急いで臓器を摘出するぐらいなら、いっそのこと患者に麻酔を施して心臓と肺を含む臓器を摘出すれば、より良い状態の臓器が得られ、救命に役立つというのである。積極的安楽死が合法化された国でも、さすがに臓器摘出により死に至らしめることはまだ行われてはいない。ただ、積極的安楽死を希望する人が、このような方法で臓器提供を望むことは十分考えられる。そのような人にとって、自分の身体はアイデンティティと無関係で、臓器など他人に譲った方が有益なモノでしかないのである。
- 28) Bruce Ben-David et al. Survival after Failed Intraoperative Resuscitation : A Case of "Lazarus Syndrome." *Anesthesia & Analgesia*. Volume 92 Issue 3, March 2001, 690-692. http://journals.lww.com/anesthesia-analgesia/Fulltext/2001/03000/Survival_After_Failed_Intraoperative.27.aspx
- 29) 児玉真美、『死の自己決定権のゆくえ』、大月書店、2013年、125ページ。
- 30) President's Council on Bioethics. *ibid.*, 71f.
- 31) Franklin G. Miller, Robert D. Truog, *Death, Dying and Organ Transplantation*, New York : Oxford University Press, 112.
- 32) Frank C Chaten, The dead donor rule : effect on the virtuous practice of medicine, *Journal of Medical Ethics* 2014 : 40 : 496-500.
- 33) Michael Nair-Collins et al. Abandoning the dead donor rule? A national survey of public views on death and organ donation, *Journal of Medical Ethics* doi : 10.1136/medethics-2014-102229. http://jme.bmj.com/content/early/2014/09/26/medethics-2014-102229.full?g=w_jme_open_tab
- 34) 「心停止後提供の臓器 5月の1ヵ月間、初のゼロ」、中日新聞、2014年6月14日。
- 35) 以下、調査結果のデータに関しては、内閣府「臓器移植に関する世論調査」(<http://survey.gov-online.go.jp/h25/h25-zouki/>)を参照。

臓器移植論争に見る死生観の相違

- 36) なぜ脳死下より心停止下の方が拒否する理由が高いのかについては、質問の仕方に問題があると思われる。脳死の場合は、「あなたは、仮に、ご自分が脳死と判定された場合、心臓や肝臓などの臓器提供をしたいと思いますか」で、提供するものは臓器に限定されているのに対し、心停止の場合は、「あなたは、仮に、ご自分の心臓が停止し、死亡と判断された際に、腎臓や眼球などの臓器提供をしたいと思いますか」と眼球が含まれているからである。臓器は提供してもいいが、眼だけは嫌だという人は少なくない。臓器は普段、目にすることがなく、「自分のもの」という感覚が薄いため他人に譲っても気にならないが、眼は日々、鏡で見ており、自分のアイデンティティの一部になっているため、他人に提供することに抵抗感があるのだろう。
- 37) 'Organspende : In neun von zehn Fällen müssen die Angehörigen entscheiden.' SPIEGEL ONLINE, April 11.2014. <http://www.spiegel.de/gesundheit/diagnose/dso-jahresbericht-2013-organspender-dringend-gebraucht-a-963726.html>
- 38) 吉開俊一、『移植医療 臓器提供の真実』、文芸社、2013年、103ページ。
- 39) 石井光太、『遺体——震災、津波のはてに』、新潮社、2014年、97ページ。
- 40) 同書、215ページ。
- 41) 吉開俊一、前掲書、207－8ページ。
- 42) 会田薫子、『延命医療と臨床現場』、東京大学出版会、2011年、110－111ページ。

