脳死臓器移植再考

――イスタンブール宣言をめぐって――

早島　　理

はじめに

2008年トルコのイスタンブールで国際移植学会を中心とした国際会議が開催され、「臓器取引と移植ツーリズム[1]に関するイスタンブール宣言」（通称「イスタンブール宣言」）が採択された。その主な内容は、

- 臓器売買の禁止
- 臓器移植ツーリズムの禁止
- 自国での臓器移植推進
- 生体ドナーの保護

などである。この宣言に後押しされるようなかたちで臓器移植法の改正議論が展開し、その結果2009年に臓器移植改正法が成立、翌2010年７月に施行されたことは周知の如くである[2]。特に、旧臓器移植法（1997年制定）では禁止されていた15歳未満の臓器提供を認める改正がなされたのは、この宣言の影響によると言われている。この改正法により、その多くを渡航移植に依存していた小児の臓器移植が国内でも可能になったのである。

今年2013年７月はこの改正法が施行されてから３年にあたる。日本臓器移植ネットワークによるとこの３年間で脳死移植は全体で140例に上り、2007年～2009年の３年間の33例と比較して約４倍に増加したことになる。しかしこの改正法にもかかわらず15歳未満の臓器提供はわずか２例に止まっている

のが現状である[3]。

臓器提供待機者を考慮すると[4]、成人・小児を問わず国内における臓器提供数は依然として絶対的に不足しており、高額の費用を必要とする海外での移植（渡航移植）に頼らざるを得ない状況は何ら変わっていない。その結果、イスタンブール宣言にもかかわらず、「臓器移植ツーリズム」の問題は何ら解決されないままである。

改正臓器移植法の施行3年が過ぎた今、改めて臓器移植問題についてイスタンブール宣言をふまえ「人の生と死」の視点からいくつかの問題について再考するのが小稿の意図するところである[5]。

一　再考「脳死は人の死か？」

脳死臓器移植問題が論じられ始めた時から現在にいたるまで、絶えず根本的な論点であり続けながら、正解の出ない問いかけが「脳死は人の死か」である。問題点を確認しておこう。

一般に「脳死」とは「脳幹を含む脳のすべての機能が不可逆的に回復不可能な段階まで低下した状態」とされる[6]。このような脳死状態が何らかの原因で生じることは医療者の間では以前から知られていたことである。そして脳死状態では脳幹機能の停止により、やがて心肺機能が停止し、遅かれ早かれ脳、心臓、肺すべての機能が停止した個体死（いわゆる死の三徴候[7]、以下本論で「個体死」とは死の三徴候による）にいたるとされる。この自然発生的で個体死にいたるまでの脳死状態をここでは「自然的脳死」と名付けよう。この自然的脳死状態はしたがって「生」の領域にあり、やがて個体死にいたるのである。

しかし、医療技術の発達（人工呼吸器の開発・実用化など）により、脳幹機能は停止したままで呼吸と循環機能が保たれた状態を一定時間持続させる

ことが可能となった。このように一定時間人工的に維持された脳死状態を、先の「自然的脳死」と区別して「人工的脳死」と仮名する。当然のことではあるが「人工的脳死」状態も人工呼吸器等が作動している限り個体死には至っていないので（意識はないものの、呼吸をし、心臓も作動し、体温が保たれている）、未だ「生」の領域にある。脳死の判断でいえば、前者「自然的脳死」の判断は、いわば臨床診断であり、他方、「人工的脳死」は移植を前提とした法的な判定といえよう。脳死臓器移植法に基づく判定だからである[8]。

この「人工的脳死」が臓器移植と結びつくと、人の生・死の問題が複雑になる。臓器移植に関係しないのであれば、やがて個体死を迎えるのであるが、それまでは「生者」である。しかし、移植のための臓器提供者の場合、状況は異なる。死の三徴候によれば「まだ生きている」この「人工的脳死」状態は、臓器移植をするためには「もう死んでいる」と判断することが必要となる。死者と判定することによりその「身体」（あるいは臓器提供者は臓器摘出以前から「死体」もしくは「遺体」扱いなのであろうか？）からの臓器摘出が可能になるのである。このような次第で臓器提供者は死者になる。したがって、「人工的脳死」状態についての生・死の判断は、生・死の「事実」というより、むしろ生・死の「解釈」あるいは「意味づけ」の範疇に含まれるということになる。

心臓移植を例にとろう。提供される心臓は「機能している」ものでなければならない。一般に心臓が機能している限りは「生」の領域である。そうすると死の三徴候からは「未だ生きている」人間にメスをいれて機能している心臓を取り出すことは、通常は殺人罪に該当する。事実、1968年に日本最初の心臓移植を実施した札幌医大和田教授は後に刑事告発されるが、その罪状は殺人罪、業務上過失致死罪、死体損壊罪であった（ただしいずれも嫌疑不

充分で不起訴)[9]。そうすると「人工的脳死」状態の人からの臓器提供をスムーズに進めるためには、つまり刑事告発される恐れなく医療者が脳死臓器移植を実施するためには、「人工的脳死」状態の人は死者である、換言すると「脳死は人の死である」と決定することが必要となる。かくして脳死臓器移植法が成立する。

現在の脳死臓器移植法では「脳死は人の死」である。ただし、この判断は、当然のことながら生死の事実確認に基づくものではなく、生死の「解釈」であり「意味づけ」の一つに他ならない。繰り返すが、脳死状態の人は、生死の事実からして死者なのではなく、死者と判定する必要があるから死者と解釈あるいは意味づけされるのである。たとえば、脳死移植を肯定・推進する立場から解釈、意味づけすれば「脳死は人の死」であり、非推進側からすれば「脳死は人の死」のこともあり「脳死は人の生」のこともある。移植以外に助かる道がなく、一日千秋の思いで臓器提供を待ち望んでいる患者やその家族、さらには移植医療関係者や日本臓器移植ネットワークにとっては、言うまでもなく「脳死は人の死」である。他方、例えば長期脳死児の家族や関係者あるいはその主治医などの医療関係者からすれば「脳死は人の生」なのである（長期脳死児については第三章で論及する)。同様に一人の医療者が、移植でしか助からない患者の主治医である時は「脳死は人の死」であるだろうし、長期脳死児の主治医である時は「脳死は人の生」と受け止めるであろう。

このように「脳死は人の死か否か」を一義的に確定することは困難である。生死の事実認識ではなく、生死の解釈・意味づけであるため、それぞれの立場や理解、受け止め方によってどちらにもなり得るからである。そもそも、社会的合意としての「人の死」とは、生と死にたいする伝統的あるいは土着的な理解、慣習を含む死生観・生命観（霊魂観をも含む）に基づいて確立さ

れ受け入れられていくものである。決して臓器移植法が決定し押しつける類いのものではないのである[10]。

これまでの考察を要約する。

(1) 脳死を人の死とするかしないかは、生死の事実認識ではなく生死の価値観あるいは意味づけの問題である以上、個々人の死生観・生命観（具体的には生き方・死に方・死後の世界の考え方など）に委ねるのが妥当と思われる。現実に脳死臓器移植法が「脳死は人の死である」と規定しているとしても、生き死にに関しては個々人がそれぞれの責任で判断すべきことなのである[11]。

同様に、(2) 脳死臓器移植を受け入れるか否か、具体的には本人や家族がドナーになるあるいはレシピエントになるか否かは、個々人が各自の死生観・生命観にもとづいて判断すべきことである。逆に言えば、現在私たちが暮らす社会は、個々人が確たる死生観・生命観を確立せざるを得ない社会なのであり、あるいはそのような社会を私たちが無自覚的に選択してきたとも言えよう。

二 「いのちの灯火一つが消えて、別な一つが灯る」

これまでは「座して死を待つ」しか為す術の無い重篤な患者が脳死臓器移植によりいのちを長らえることができるようになった。脳死臓器移植は文字通り夢の治療方法である。しかし同時にそれは、一つのいのち[12]の灯火が消えて（あるいは灯火を消して）、別な一つが灯るということである。一つのいのちの灯火が消えることとひき換えに、別な灯火が灯るのである。それ以上でも以下でもない。換言すれば脳死臓器移植とは他者の死（脳死）を前提とした医療であり、露骨な言い方が許されるなら、他人の死を期待する医療でもある。そのことを承知のうえで、21世紀の日本社会が難病治療方法の一つとして脳死臓器移植を受け入れる時に、私たちは何を考えなければならな

いのであろうか。

改めて断るまでもないが、筆者は「脳死臓器移植」を全面的に推進する立場にも絶対反対する立場にもない。現に一方に臓器移植でしか助からない人たちやまた臓器移植で元気に社会復帰している方々がおり、他方純粋に善意から本人の意思（あるいは死生観など）で脳死の場合に臓器提供を希望する人々がいることも事実である（注10：臓器移植希望登録者数、臓器提供意思登録者数参照)。生に執着していのちの限りを生き抜くことは何ら咎められることではもちろんなく、また他人のために臓器提供を申し出る善意の意思を無視することは許されることではない。

繰り返すが、生き延びようとする願いと自分の臓器を誰かのために提供したいという善意とのこれら両者のもとで、つまり脳死による臓器移植はそのような両者のぎりぎりの出会いで成り立つ際どい医療なのである。しかし、現在の脳死臓器移植法は本当にそのような医療であることを自覚しているのであろうか。他人のいのちを分けてもらっても（あるいは法律に依拠して奪っても）生き続けるのは当然の権利であり、脳死の人は間もなく死ぬのであるから、移植すれば生きられる人に臓器提供するのが義務である、という考え方や生き方が社会一般に蔓延するようなことになれば、それは共同体崩壊の始まりとでもいうべきであろう。

さて2009年に臓器移植改正法が成立した時、柳田邦男氏は「臓器移植によって生きられるようになる人のいのちも、臓器提供をして死出の旅に出る人のいのちも、同等に尊重されなければならない[13]」と述べている。家族（次男）の脳死を経験した方の重い意見である。では、本稿での言い方に倣えば、「消えるいのち」(「消されるいのち？」）も「灯るいのち」も同等に尊重するとは具体的にどの様なことであろうか。

「臓器移植でしか助からない我が子に臓器を提供してください」という親

も「脳死と言われても我が子はまだ生きています、臓器提供はできません」という親も、ともに、我が子のいのちを助けたいという思いは同じであろう。ところが脳死臓器移植は二者択一である。レシピエントのいのちはドナーのいのちとひき換えであるし、提供されないとレシピエントのいのちは断たれてしまう。しかし臓器移植に「消えるいのち」と「灯るいのち」の同時に両者を救う（両者ともに生きる）理論を見出すことはできない。また、脳死者はいずれ死ぬのだから、直ちに臓器を提供して助かるいのちを救うべしとの、傲慢で乱暴な論議は論外である。「同等に尊重されなければならない」という要請に反するからである。

とすれば、柳田流「同等に尊重する」は、生きながらえると言う視点からの議論、いのちの長さや量のレベルの議論では成立しないことになる。死を否定し生きることのみに価値を置き、生の長さを競うとなれば、「消えるいのち」と「灯るいのち」の、臓器提供者と臓器希望者の、どちらがより長生きする可能性があるかという物差しで、一方を否定・捨棄し他方を肯定・選択することになる。そこには両者を同等に尊重する、死に逝く者のいのちも生き抜く者のいのちも、同じく意味があるという視点はまったく欠如している。人間の死亡率100％の現実に目を背け、死ぬことから目を逸らし、死を無視することで、不老長寿や不死の身が可能であると錯覚し、あるいはそこを目指して生きることになる。繰り返すが、それでは「灯るいのち」を尊重するのと引き換えに「消えるいのち」を軽視あるいは無視することになってしまう。

短命よりは長命が望ましいし、夭折するよりは長生したいのは誰もが望むことである。そのことを否定する必要はない。しかし同時に、死亡率100％の私たちは長生きすることだけではなく、併せて脳死状態の他人から臓器をいただいてまで生きることの意味を、そして生き抜くことと死に逝くことの

両方の意味を、さらには死んでも終わらないいのち（無量寿（いのち））との出会いを問わねばならない[14]。それはいのちの発想を180度転換することでもある。「イスタンブール宣言」に関連する別のテーマ「長期脳死児」の問題を通して、「いのちの発想転換」を今少し考えてみよう。

三　再考「長期脳死児は死者か？」

先にも触れたのであるが、「イスタンブール宣言」そして改正脳死臓器移植法の施行により小児の臓器移植が日本国内でも可能になったにもかかわらず、15歳未満の臓器提供数は極めて少数であり、「イスタンブール宣言」が勧告した「臓器移植ツーリズムの禁止、自国での臓器移植推進」は、小児脳死の場合まったくと言っていいほど進捗していないのが現状である。

小児脳死移植が成人よりもハードルが高いのは

(1) 現実に長期脳死児が存在するなど、小児の脳は回復力があるとされ、親や関係者が小児の脳死を受け入れることは難しい。

(2) 脳死判定をする場合、虐待の有無を確かめる必要がある[15]。

などの理由による[16]。

このうち、(1) 長期脳死児の問題は特に重大である。「長期脳死児」とは脳死状態と診断された後も１ヶ月以上心停止にいたらない（個体死にいたらない）子どものことである。長期脳死児は、脳死診断後も長期にわたり脳死の状態で成長し続ける。身長も伸び、体重も増え、歯も生え替わり、顔つきも変わるという。長期脳死児に関しては種々の報告がある[17]。 2007年に毎日新聞が日本小児科学会に委託して実施した全国病院調査報告によると、脳死診断後の最長期間は10年５ヶ月という[18]。さらに、脳死状態の子どもが心停止までどのくらいの期間生き続けることができるのか、まったく判らないのである。成人と同じように数日たたずして心臓が停止するのか、あるいは

長期脳死になるのか、長期といってもどのくらい生き続けるのか、医療者も含め誰にも見極めがつかないのである。そもそも長期脳死そのものが医学的に説明すらできないと言われているのである。

脳死臓器移植が成り立つのは、これまでも考察してきたように、脳死状態はやがて個体死にいたるという共通理解に基づいているからである。脳死になれば時間をおかずに死ぬことが分かっているから、それなら必要としている他人に臓器を提供しようという善意の申し出が臓器移植の暗黙の前提である。しかし、脳死診断の後、何年も個体死にいたらず生き続けるとなると話は別である[19]。小児の脳死臓器移植そのものが成り立たなくなる恐れがあるからである。

上記毎日新聞の調査を担当した小児精神科医師の杉本健郎医師（びわ湖学園医療福祉センター統括施設長）は次の様に語っている。

> これまでの（長期脳死児の）調査よりもかなり多い結果だ。臓器提供を拒否はしないが、脳死診断後も長く心停止に至らない子どもが多数いることを厳粛に受け止め、単なる「死」と片付けずにオープンな議論をすべきだ[20]。

小児の健康をあずかり、子どもの味方である小児科の医師で「臓器提供を拒否しない」立場にある先生が、それでも「脳死診断後も長く心停止に至らない子どもが多数いることを厳粛に受け止める」必要を訴えていることに留意してほしい。成人の場合と異なり、それほど子どもの臓器移植は問題が多いのである。成人であれば脳死臓器移植にどのように関わるか（認知症などを除き）一般的には、個々人の判断に委ねることが可能である。しかし幼い子ども、物言わぬ子どもは、臓器提供についての自分の意志・考えを伝えられないのである。今の改正脳死臓器移植法はその判断をすべて親に委ねている。物言わぬ、脳死状態でも成長し続ける幼児の身体は何を主張しているの

であろうか。私たちはその身体の訴えを汲み取ることができるのであろうか。

先にも触れたが、臓器移植でしか助からない我が子に臓器を提供してください、と言う親やその家族の願いを私たちは無碍に拒絶することはできないだろう。同様に脳死状態でも我が子は生きています、臓器提供はできません、と言う親やその家族の訴えを私たちは否定したりあるいは責めたりすることもできそうにもない。

とすれば、臓器移植にまつわる議論（如何に長生きするか）とともに、もう一つ別な視点からのいのちに関する議論、生きること・死ぬことの意味へと議論を深めることが必要となる。換言すれば法律で人の生き死にを定めようとする傲慢で浅薄な議論から、いのちそのものをみつめる議論へと展開して行かねばならないことになる。

その議論の前に、(2) 小児の脳死判定と虐待の有無の問題を少し考えてみよう。改正脳死臓器移植法では、「虐待による死亡事例は、臓器提供者から除外する」ことになった（虐待を受けて死亡した児童から臓器が提供されることのないように適切に対応する)[21]。具体的な虐待判定マニュアルの整備など課題が多いことはあるにせよ、虐待を受けた子どもからの臓器提供は日本では認められないことになっている。筆者には当然の処置と思われる。ところがアメリカはアラバマ在住の脳外科医、山室真澄氏の報告[22]を読み愕然としてしまう。山室氏はこれまで外科医としてアメリカで多くの移植手術に携わって来たのであるが、多くの小児臓器ドナーが虐待の被害者であることに大変なショックを受けているのである。山室氏によればアメリカでは虐待による脳死児からの臓器提供も可能であり、その場合虐待した親が虐待のため脳死状態となった子どもからの臓器提供を承諾することになる。念のため繰り返すが、虐待で我が子を殺した（脳死にさせた)、つまり殺人を犯した親が、殺した我が子の臓器を「篤志家然として」(「　」は山室氏のことば)

提供することを承諾する。そのうえ臓器提供を承諾したことにより、親は免責されることもあるという。

確かに、事故による脳死児から提供される臓器も、虐待による脳死児から提供される臓器も、臓器の機能が同質であれば、臓器移植医療の立場からは何の問題もない。脳死の理由が何であれ、臓器提供を待ち望んでいる他の子どもが助かるなら、それはそれでかまわないというのも一つの立場である。この立場からすれば、被虐待児からの臓器提供（殺人による臓器提供）のみならず、中国のように死刑囚からの臓器提供も、あるいは自殺者からの臓器提供も可能となる[23]。そうなれば臓器移植はたしかに進展するであろうし、イスタンブール宣言の課題も少しは解決に向かうかもしれない。しかし、そのような状況を健全な社会と言いうるであろうか。そのような社会を私たちは本当に望むのだろうか。かようなあり方を日本社会は容認しないようにと、筆者はただただ願うのみである。

この山室氏の報告を半信半疑で受け止めていたところ、山口洋氏（順天堂大学名誉教授、循環器内科）の時論「改訂臓器移植法に対する疑義と国への提言[24]」を知り、残念ながら山室報告が事実であることを確認することになる。この山口論文によると、アメリカでは2009年度の被虐待脳死児は105人、虐待した親全員が臓器提供を承諾し認められたという。アメリカでの子どもの心臓移植は被虐待脳死児の臓器が主体で成り立っていると報告している。「イスタンブール宣言」とも関係するのだが、子どもの臓器移植のため高額の費用をかけて日本からアメリカに渡航する親のことが時々話題になる。アメリカでも臓器提供者数と移植を必要とする患者数のミスマッチは、小児の場合は特にはなはだしいことがよく知られている。その小児の心臓移植が被虐待児主体とは！　日本からの移植希望渡航者はこの事実を承知しているのだろうか。あるいは機能してくれるのなら、臓器の出所は問わないと割り切

っているのだろうか。

さらに山口氏による、15歳以下の子どもの脳死摘出に関しての、倫理面での厳格な規制と対応の必要性を強調する提言は斬新かつ重要であり、注目すべきであろう。以下引用する。

> 15歳以下の子どもがいわゆる脳死になる場合、親にとってはきわめて悲劇的なパニック状態であるから、そのような時に臓器提供を説得することは適切なことではない。
>
> 親も子も健全な時に、然るべき専門家で構成する委員会で親を面接し、親の人間性と我が子に対する愛情が健全であることを確認して、あらかじめ自分の子の臓器提供に理解と同意を示す「ドナー親カード」を持った「親の子」のみに限定してドナーの対象とすべきである。(下線部は筆者による)[25]

倫理問題も含む極めて具体的な提案であり、日本臓器移植ネットワークや日本移植学会などで検討されては如何であろうか。山口氏はさらに脳死臓器移植があまりにも高額な医療費を必要とすることに触れ、新たに臓器移植基金を設立することも提案されているが、ここでは省略する。

四　「人はどうして死ぬの？　生まれてきたからだよ」

幸いにも臓器提供を受けていのち長らえることができた人も、仮に再度の、再再度の臓器提供でさらにもう少し長生きしても、いずれ死が訪れる。「なぜ人は死ぬの」は永遠の問いかけである。この問いかけに、現代の医学医療者は「末期癌で手の施しようがなく……」とか、「交通事故で出血多量のため……」などと説明する。誤診でない限りこの答えは正しい。さらに、同じ問いをブッダが問われたら、「生まれてきたからだよ」と答えるに違いない。仏教の根本思想の一つ十二支縁起[26] からしても、あるいは生老病死の苦諦

の教えからしてもそうなる。ブッダのこの答えも正解である。

同一の問いかけに対してまるで異なる答えであるが、両者とも正解である。なぜそうなるのか。いのちを考え、いのちを語る視点が異なるからである。前者は生命（いのち）の働き・作用・機能あるいは構造からの答えであり、後者はいのちの意味あるいは生きることの意義からの答えに他ならない。大事なことは、両方の視点が必要であること、私たちがいのちの限りを生き抜き、心おきなく死んで逝くためには両者の視点からいのちを考えることが必要なのである[27]。

脳死臓器移植のテーマにもどる。移植医療が成立するためには、身体構造や機能の解明、移植技術の進歩、免疫反応・免疫抑制の研究と同抑制剤の改良などいくつものハードルを越えなければならない。同時に、脳死状態の他者から臓器を移植して生き延びる意味は何かという重い問いに答える必要がある。医学医療者は前者の領域の問題を扱い、仏陀のことばは後者の問いかけに対する答えなのである。さらに前者は生に執着し長生きしたいという本能的欲望を満足・充足する方向で働き、後者は同じ本能的欲望を抑制・制限する方向に働く。

先に述べたように、「臓器移植でしか助からない我が子に臓器を提供してください」という親も「脳死と言われても我が子は生きています、臓器提供はできません」という親も、ともに、我が子のいのちが助かり、我が子のいのちが長らえることを望んでいるのである。臓器移植で長生きできるのも医学医療の進歩のお陰である。同じように、脳死状態で生き続けることができるのも医学医療のお陰である。先端医療の恩恵を喜びながら、同時に私たちは、他人の生き死ににかかわってまで生き長らえることの意味を、さらに、やがては死に逝く身ではあっても物言わぬ身体で生きていることの意味を、問い続けなければならない。しかし、消え去るいのちと灯るいのちの両方の

いのちを同時に救うことは、「長生きがすべて」の価値観からはありえない。

とすると、私たちが問い続け、追求し続けなければならないのは、「如何に生命を延長するか」という長生きの方法論から、「いのち生き長らえる」ことの意味、いのちの意味論への転換ということになる。「臓器提供があればまだまだ長生きできるのに、こんな状態で死ぬのは不本意だ！」と嘆きながら死ぬのも一生。「臓器提供者にめぐり会えたら会えたで、会えなければ会えないで、今、生きていることの有り難さよ！」といのちの限りを生き抜いて心おきなく死に逝くのも一生。どちらを選択するかは、個々人の死生観による。先に述べた「いのちの発想転換」が「嘆き・不満」の前者から「感謝・充足」の後者へのそれであることは言うまでもない。なお蛇足ながら、後者「心おきなく死に逝く」ためには、死んでも終わらないいのち（無量寿）に出会うことによるが、その説明は別稿に譲る。

「イスタンブール宣言」（臓器移植ツーリズムの禁止、自国での臓器移植推進）に異を唱える人はいないであろう。だが「自国での臓器移植推進」をそのまま実行するとなると、当人の意志が不明な場合、あるいは不明なことにして、「臓器移植に自己決定して死んだものとみなす[28]」ことにならざるをえなくなる。脳死状態の人と移植を望む人の、どちらがより長く生きるかという基準での「生命の二者択一」である。生のみに価値を認め、死を軽視し無視する理論である。この理論では脳死状態の人のいのちはおしなべて軽視され無視される。被虐待児であれ、死刑囚であれ、提供される臓器に価値があり、提供することに意味があることになる。死に行く者は他者（臓器希望者）のために速やかに臓器を「自分の意志で」提供すべし、という「善意の提供」の押し売り・強制がまかり通る社会となる。そのような状況では、私たちはいのちの限りを生き抜き心おきなく死んで逝くという、あたりまえのことさえ難しくなるだろう。

繰り返すが、「消え去るいのちの灯火」も「灯るいのちの灯火」もともに意味があり、ともに尊重されなければならない。そのためには、生きる長さを基準とした「生命の二者択一」から、生も死も含んだ「いのちの意味」への転換が必要なのである。

仏陀の「人はどうして死ぬの、それは生まれてきたからだよ」という端的で重たい言葉は、どれだけ長く生きるかという「生命の量」から「生きて死ぬことの意味」への転換をもたらす。そしてそれは「死んだら終わりの生命」から「死んでも終わらない無量寿」への転換でもある。

仏陀のこの言葉が伝えるのは、

「遅かれ早かれ死ぬことが分かっていて、それでも今生きていることの意味は何ですか」

「死んで逝く身ではあるが、死なないいのちに、今、出会っていますか」

という重大な問いかけなのである。臓器移植でドナーになる・ならない、あるいはレシピエントを選択する・しない、あるいは迷い続ける[29]、いずれの場合にも仏陀のことばは大切なよりどころなのである[30]。

本稿は、平成24年度 本願寺派教学研究資金助成による成果の一部である。

本稿を草するにあたり、資料の確認などで西九州大学教授　横尾美智代先生のお世話になりました。末尾ながら記して感謝の意を表します。

註

1　いわゆる日本の「メディカルツーリズム」には、臓器移植のように国外で治療を受けるために渡航する場合と、医療先進国の日本で治療を受けるために海外から来日する場合がある。ここで論じるのは言うまでもなく前者の移植ツーリズムである。

この移植ツーリズムが非難の対象となるのは、移植渡航のうち、臓器を不正手段で入手する、あるいは臓器を商品として売買する場合であり、あるいは結果として受け入れ先の国民の移植機会を減らすからである。さらに先進国の富裕層が発展途上国の人々の臓器を購入し治療するケースは特に非難の対象となる。また、中（華人民共和）国の場合は死刑囚からの臓器提供が問題とされる。ただし死刑囚からの臓器提供が含む問題は本稿では扱わない。

2　改正脳死臓器移植法成立までの経過や問題点については種々に論じられてきているが、森岡正博氏のホームページ「LIFESTUDIES.ORG/JP」（http://www.lifestudies.org/jp/　閲覧日2013年９月29日）に詳しい。

3　日本経済新聞2013年７月17日。

4　臓器提供を待機している人（移植希望登録者数）については、日本臓器移植ネットワークのホームページを参照されたい。毎月更新され、新しいデータが示されている。ちなみに2013年８月末現在で計13,286人とのことである。なお後出注10参照。

5　言うまでもなく、真宗教学の立場から脳死臓器移植問題を論じることは筆者の能力を超えるテーマであり、ここでは言及しない。

6　「脳死」（brain-death）と記すが、脳が死んでいる状態を意味するのではない。提示されているように、脳の機能が不可逆的に停止している状態である。医学医療者の中には、「脳死」は誤解を招くから「脳不全」などと表記を改めるべきである、との議論があるほどである。このような問題があることを承知のうえで本稿ではとりあえず「脳死」と表記する。

7　古くから、人間の死は脳・心臓・肺のすべての機能が停止した場合と考えられてきた。いわゆる死の三徴候である（一般的には肺機能の停止→心臓機能の停止→脳機能の停止の順序である。医師による死亡確認、呼吸・脈拍・対光反射の消失確認はこれに基づく）。したがって脳死のように、脳機能の停止のみをもって「人間の死」とすることは、従来の考え方とは相容れないものである。

8　「宗教部報　りゅうこく」No.92（龍谷大学宗教部、2013）p.86によると、児玉聡、なつたか『マンガで学ぶ生命倫理』（化学同人　2013）に脳死判定について同様の記載があるという。ただし『マンガで学ぶ生命倫理』は筆者未見。

9　拙稿「改正脳死・臓器移植法と生老病死」（「行信学報」No.24、2011）p.20以下参照。また共同通信社社会部移植取材班『凍れる心臓』、共同通信社、1998や、吉村昭『消えた鼓動』（ちくま文庫、1998）、小松美彦『脳死・臓器移植の本当の話』（PHP新書、2004）を参照されたい。

10　上記のように改正脳死臓器移植法成立後3年間の脳死移植例は140という。日

本臓器移植ネットワークホームページの臓器移植希望者数13,286人（2013年8月末現在、移植希望登録数は、心臓：276、肺：219、肝臓：379、腎臓：12,384など13,286人。参考までに臓器提供意思登録者数は120,112人）を考慮すると、生死についての精神的風土を無視した法律を施行しても、社会に受け入れられているとは言い難いように思われる。いわんや「脳死臓器移植は他の先進国ですでに実施していて何ら問題はないのだから我が国でも……」という、一部脳死臓器移植推進者の根拠なき主張は論外である。

11　講義などで提示する極端な例：親しい人が（人工的）脳死状態と聞いて病床を訪れる時、持参するのは「お見舞い」、「香典」のいずれかを考える問題である。その人はまだ生きていると考えるなら「お見舞い」であり、脳死臓器移植法に従って死んでいると考えるなら「香典」となる。どちらを持参するかは、つまり脳死は人の死か否かを考えるということは、生死について各自が自ら判断する責任を負うということでもある。

また別の問題がある。脳死状態の人は死者であると判断するのであれば、死者を死者としてきちんと遇し、葬儀を執り行うのが人としての礼儀である。仮に脳死者は死者ではあるが臓器摘出が済むまでは生者として扱い、臓器提供が終了してから死者とする、というのではあまりにもご都合主義であり、脳死者に対する冒瀆ではなかろうか。

12　本稿では、いのち一般の場合は「いのち」、とくに生命科学の視点からの時は「生命（いのち）」と書き分ける。

13　北海道新聞　2009年8月10日掲載。なお柳田『犠牲　わが息子・脳死の11日』（文春文庫　1999）を参照されたい。

14　「死んだら終わりの生命（いのち）」から「死んでも終わらない無量寿（いのち）」への転換の説明は稿を改める必要がある。

15　改正脳死臓器移植法では、「虐待による死亡事例は、臓器提供者から除外する」こととなった。しかし具体的な虐待マニュアルの整備など課題が多い。後出注21参照。

16　さらに現実には18歳未満の脳死判定が可能な病院は2012年6月時点で208施設。成人の脳死判定ができる病院（392施設）の半数程度という問題もある（上掲 注3、日本経済新聞2013年7月17日による）。

17　・脳死判定後6年間心臓が動き続け成長した7歳の男児（中日新聞・東京新聞　2006年12月23日）

・脳死の乳児、判定6日後呼吸戻る（朝日新聞　2006年6月3日）

・米国、カナダで脳死判定の3人、日本帰国後に意識回復（毎日新聞　2006年

7月26日）
など多くの症例報告がある。あるいは中村暁美『長期脳死　娘、有里と生きた1年9ヶ月』（岩波書店　2009）などを参照されたい。

また脳死臓器移植法成立を巡って森岡正博氏が参議院厚生労働委員会で参考人発言を行った議事録（2009年7月7日、第171回国会）と改正法案成立後にNHK教育テレビ「視点論点」での発言原稿が「まるごと成長し、まるごと死んでいく自然の権利」として同氏のホームページ「LIFESTUDIES.ORG/JPエッセイ」（上記注2のURL）に掲載されている。この中に長期脳死児の具体例が述べられている。参照されたい。

この森岡論文のなかに、一つ気になる報告がある。森岡氏が紹介した長期脳死児は「無呼吸テストを含む法的脳死判定基準」をクリアーした例である。ところが7月2日の同委員会で日本移植学会理事長の寺岡慧氏は「長期脳死について、法的脳死判定の基準あるいは小児脳死判定基準を完全に満たしている事例は存在せず、脳死とはいえません。」と森岡氏とは真逆の発言をしたとある。問題は寺岡氏が根拠として引用した論文「小児における脳死判定基準」（旧厚生省研究班、2000）には明確に「小児脳死判定基準を満たしている」と述べられていることである。つまり日本移植学会の理事長は参議院厚生労働委員会という公的な場で、長期脳死児について明らかに「虚偽」（ウソ）の報告をしているのである。そこまでして日本移植学会は小児の臓器移植を推進したかったのであろうか。以前、生命倫理に関する研究会でこのことが話題になった時、研究会のあるメンバーが「嘘つきは泥棒の始まりというが、彼たちは他人様のいのちを盗むのかナー」とため息をついていたことが印象的であった。

18　毎日新聞2007年10月12日。

19　上記注17の寺岡氏のように、長期脳死児にたいする脳死判定への疑義を含む反論が時折提示される。しかし前注18の報道でも、回答のあった25病院の31人は法的脳死判定基準か、旧厚生省研究班が2000年にまとめた小児脳死判定基準の無呼吸テストを除く全項目を満たしている。

20　上記毎日新聞2007年10月12日。

21　平成21年度厚生労働科学研究費補助金「小児の脳死判定及び臓器提供等に関する調査研究」報告（研究代表者　貫井英明　山梨大学名誉教授）参照。

22　山室真澄氏のブログ「Life is Soooooo Good!」(http://cvsurgeon.exblog.jp/8387425/ 閲覧日2013年9月29日)による。

23　2009年の改正脳死臓器移植法成立以前に、幾つかの改正案が提出され種々に検討・議論されたことは周知の如くである。その中に、旧厚生省の厚生科学研

究費研究班のメンバーである町野朔氏（当時上智大学法学部教授、現同生命倫理研究所教授）の案（2000年８月厚生省に最終案提出、以下町野案）がある。そこには「脳死になった本人がカードを持っていない場合、臓器移植に自己決定して死んだものとみなす」（下線は筆者による）内容が記されている。知る人ぞ知る（悪名高き？）内容である。要するに町野案では、本人の意思が不明な場合は、すべて臓器提供する意志をもって死んだことにする。自然死であれ事故・事件死であれ、また殺された人も自殺者も死刑囚も、すべて臓器提供を自らの意志をもって決定して死んだ（自己決定して死んだ）ことにする（、それゆえ速やかに臓器を提供すべし）というのである。本人の善意による尊い提供の意志こそが臓器提供の前提と考える筆者には、理解も容認もできない考えである。

しかしこの町野案は、一般の人々の脳死臓器提供を含む移植医療への不信感を増大させ、結果として臓器移植の無批判的推進への歯止めに役立っているのかもしれない。とすると、町野案と移植医療慎重派の筆者の立場とは、「敵の敵は味方」からすると案外に近いのかも知れない、などと夢想するが、それはあり得ないことでしょう。

24　日本医事新報 NO.4521（2010,12,18）参照。なおこの山口論文は田畑正久先生（医師、龍谷大学教授）からご教示いただきました。お礼申し上げます。

25　以下は筆者の蛇足である。山口洋提案「ドナー親カード」が実行されるなら、被虐待児の問題も含め、15歳以下の脳死臓器移植問題は親の意識の点でも少しは進展するであろう。親の意識という視点を踏まえて臓器移植を進展させるのであれば、「ドナー親カード」とともに、「レシピエント親カード」を考えては如何。「レシピエント親カード」とは脳死状態の他人の子どもから臓器の提供を受け得る子の親であることを示すカードである。万が一の場合我が子に臓器移植を希望する（レシピエントになろうとする）なら、親も子も健全な時に、予め臓器提供者（ドナー）になることも併せて了承しておくというものである。

つまり予め「レシピエント親カード」と「ドナー親カード」の両方の保持者の子どもが臓器移植に関わることができる、と言う考え方である。我が子がレシピエントになる可能性を認めるなら、同時に我が子がドナーになる可能性も認めなければならないのが道理である。脳死状態の他人の子どもに「善意の」臓器提供を強要しながら、我が子はドナーにしたくないというのでは、子どもの脳死臓器移植そのものが成立しないのである。しかしこの提案はこれまでの臓器移植法の成立過程や臓器移植をとりまく論争を振り返ると夢想にすぎず、一瞥すらされそうもない。

26　十二支縁起は無明・行・識・名色・六處・触・受・愛・取・有・生・老死からなり、「無明あれば行あり」……「生あれば老死あり」（流転縁起）、あるいは「無明なければ行なし」……「生なければ老死なし」（還滅縁起）と説かれる。「生あれば老死あり」と「生なければ老死なし」から、「人はどうして死ぬの、生まれてきたからだよ」は当然の帰結である。あるいは、「生老病死すべていのちであり、そのまま苦である（苦諦）」という考えからしても「どうして死ぬの、生まれてきたからだよ」、「どうして老いたり病んだりするの、生きているからだよ」ということになる。

27　両者の視点とも必要なことは、たとえば終末期の患者の場合も同様である。医学は余命幾ばくしかないと分かっていても、可能な限りの治療を施して少しでも長らえようと努力する。しかしいのちの限りを生き抜くか否かは、患者自身が、たとえ短い時間であっても、辛い治療に耐えてでも生き抜く意味を自ら見出すことにかかっている。いのち長らえるための薬を医学医療は提供するが、その薬は患者自身が服用しなければ無意味であるし、患者にそれを飲ますための薬は存在しないからである。

28　上記注23町野案参照。

29　筆者は本務校や他大学の非常勤で「仏教と生命倫理」関係の講義を担当し、テーマの一つに「脳死臓器移植」を選んでいる。脳死臓器移植の概略と問題点や考慮すべき点を説明した後、時間外課題として臓器移植問題について家族や友人との話し合いを課している。話し合いのテーマは、1. 自分や家族・友人などが脳死状態になった時、ドナーになるか否か。さらにその選択に対する家族や友人の反応について。2. 自分や家族・友人などが臓器移植でしか助からないと診断された時、臓器移植を希望するか否か。同様にその選択に対する家族や友人の反応について。いずれも家族については、家族一般ではなく具体的に特定して（祖父母・父親・母親・兄弟・姉妹など）、あるいは友人一般ではなく、恋人などと特定して話し合いをする。さらに講義でその結果を差し支えない範囲で報告し、グループデスカッションで意見交換を行う。これらのプロセスを通じて、脳死臓器移植について様々な受け止め方・立場、考え方があることを理解するのである。家族や友人間でこの種の話し合いをすることは初めてということが多く、様々な反響がある。さらにそれぞれの設定について、各自の報告とそれを巡るグループデスカッションの内容は興味深いものがあり、受講生のみならず筆者もあれこれ考えさせられることが多い。この講義を通じての種々のデータやその詳細な報告は別の機会に譲る。

その中で、家族や友人との話し合い・討論の後で、ドナー・レシピエントの

選択に迷いが生じて来るという例がかなりの数になることに注目している。

・ドナーもしくはレシピエントを選択する・しないという本人の考えに対する家族や友人の気持ち（「あなたの考えは大事にしたいけど親として……」）に触れて迷う。

・自分はドナーもレシピエントも拒否するが、同じくレシピエントになることを望まない家族や恋人に臓器提供を受けることを希望し、その自己矛盾への問いかけ。

・自分がドナーになることはかまわないが、家族にはなって欲しくないという立場への種々の反論、等々。

脳死臓器移植について、自ら考える、あるいは家族・友人と話し合うことが積み重なるほど、個別の設定状況で選択判断に迷う、あるいは判断停止に追い込まれることは、何ら咎められることではない。むしろ軽々に判断を迫ることなく、迷うことの重要性を大切にすべきであろう。あるいは、迷って当然であるし、急いで結論を出さなくてもよいという「考えながら迷う自由」を保証する社会であって欲しいと筆者は考えている。臓器移植を希望する人たちからは指弾されるとしても……。

30　これまでに仏教思想の観点から脳死臓器移植の問題が多々論じられてきている。特に、六波羅密行の一つ「布施波羅密」（捨身や三輪清浄の議論を含む）や大乗菩薩行の慈悲の視点から種々に論及されている。しかし、仏教思想に依拠して脳死臓器移植を積極的に推進する（仏教思想の名を借りて臓器移植推進に荷担する）ことは難しいと筆者は理解している。この問題については上掲注9の拙稿「改正脳死・臓器移植法と生老病死」を参照されたい。