

# 臓器移植における「公平性」の発見

皆吉 淳平

臓器移植において、「公平性」は臓器の配分に関わる重要な理念として位置づけられている。しかしながら、1960年代末から1970年代に臓器移植が実施されるようになったその当初から、「公平性」という理念の重要性が移植医によって認識されてきたわけではない。そこで本稿では、この「公平性」という理念が1980年代以降の脳死臓器移植論議の過程でどのように発見されたかを確認することで、その言説としての強さの所以を明らかにすることを目的とする。

## 1 臓器移植における「公平性」 ——問題設定

まず誰もが疑問に思うことの一つは「臓器提供はOKだが、誰某さんにと指名はできないのか」ということでしょう。これは絶対にできません。脳死による臓器提供は「社会」に提供していただくのであって、遺産のように特定個人に「あげる」ということは固く排除しております。なぜかといえば、人物を特定することは、医療の公平性に反するからです。(野本 1999: 41)

1980年代から1990年代の脳死・臓器移植問題は、まぎれもなく最も広く議論がなされた生命倫理の問題であった。そして周知のとおり、「臓器の移植に関する法律」(平成9年法律第104号)(以下、「臓器移植法」と表記)が1997年に成立・施行されたことにより、脳死・臓器移植問題は一つの区切りを迎えた。もちろんそれは、脳死・臓器移植という医療が孕む問題がすべて解決されたという意味ではない<sup>1</sup>。臓器移植法は「脳死を人の死と認めた」ある

いは「死の自己決定を認めた」ことが、その特徴とされている。それは脳死状態での臓器提供の意思がある場合に「のみ」、脳死を人の死とみなすという法理構成によって、本人の意思により脳死を死とみなすことが選択できることを捉えて言われている。しかしながら、この法律の特徴はそれだけではない。「脳死」というドナー側からの視点ではなく、「臓器移植」の実施というレシピエント側からみると、そこに大きな変化が存在している。それは、「移植術を受ける機会は公平に与えられるよう配慮されなければならない」という同法2条4項の基本的理念と、その理念を具現化するための方策として、臓器移植法の運用に関する指針(ガイドライン)によって、臓器の配分は一元的な臓器移植ネットワークを介さねばならないとされていることである。このように臓器移植法においては、脳死に対しては「自己決定」、つまり「個人」の自由意思が重視され、臓器移植に対しては社会の論理、つまり「公平性」が重視されているのだ。

この臓器移植法の下で、本稿が「生前提供先指定」問題と呼ぶ新たな問題が提起された。そ

れは、2001年7月、法の下での脳死移植の第15例において、ドナー（臓器提供者）が生前に提供先（移植を受ける患者、レシピエント）を指定して臓器提供（腎臓2つ）の意思表示を行ったというものだ。この何が問題であったのかと言えば、現行の臓器移植法において「ドナーによるレシピエントの指定（Designated Organ Donation 以下DODと略記）」に関する規定がなかったのである<sup>2</sup>。

冒頭に引用したように、日本移植学会長を務め、臓器移植法の立法化に奔走した野本亀久雄は一般向けの書籍で、臓器は「社会<sup>3</sup>」に提供するものだと述べている。そしてその理由は、人物の特定つまりDODが「医療の公平性に反するから」であった。臓器移植法の理念（2条4項）にも「移植機会の公平」が掲げられている。生前提供先指定（DOD）は、この理念にも反すると言われている。このようにDOD問題においては臓器の提供先が、特定のレシピエントつまり「個人」なのか、あるいは「社会」なのか、というところに一つの論点がある。そしてここには、臓器移植法での脳死における「自己決定」つまり個人の論理と、臓器移植における「公平性」つまり社会の論理との対立が伏在している。それは、脳死で自己決定が重視されるのと同様に、臓器提供者（ドナー）が自らの臓器の提供先を選択するという意味での個人の自由を優先するのか、脳死とは切り離して提供された臓器を社会的に公平な配分を行うことを優先するのか、という葛藤である。

ところで、臓器移植法の施行後も、移植を待つ患者に対して十分な数の臓器提供があるとは言えない<sup>4</sup>。このような状況においては、一人でも多くの患者を救うために、何よりも提供される臓器を増やすような判断が下され易い。そしてDODに関しては、それを認める方

が、臓器提供への動機付けを強化することとなり、提供臓器数が増えると考えられている<sup>5</sup>。また生命倫理学者のヴィーチ（Robert Veatch）は、臓器の配分問題をめぐる生命倫理学の一般理論として、効用 utility、正義 justice、そして人格の尊重 respect for persons という3大原則を挙げているが、中でもDODを含む人格の尊重原則だけが制度を実現する上で「完全に履行できるもの」であると指摘している（Veatch 2000:302）。つまり、制度上は人格の尊重原則がもっとも強力なのだと言われる。これらを考慮に入れば、「公平性」よりもDODが重視されてもよいのではないかと思われる。しかしながら、脳死からの臓器提供においてDODは認められていない<sup>6</sup>。つまり、臓器は「社会」に提供されるもので、「公平性」が保持されねばならないと考えられている。

そこで本稿では、この「公平性」という理念が脳死臓器移植論議の過程でどのように発見されたのかを確認し、その言説としての強さの所以を明らかにすることを目指す<sup>7</sup>。そして本稿の基本的な視角は、臓器移植をめぐる現行のシステムが成立する要件として、「公平性」という理念が必要だったということ、特に移植に関わる医師の言説から確認することにある。

以下では、まず先行研究を概括し、その含意として、改めて「公平性」という理念が強固なものとしてあることを確認する。その上で、移植に関わる医師の言説に照準することを検討する（2節）。続いて、「公平性」という理念が発見される過程を検討する（3節）。そしてこの「公平性」が「社会的合意」されたものとして見なされたことに、言説としての強さの所以があったことを示す（4節）。最後に、再びDOD問題に対する本稿の含意を示す（5節）。

## 2 先行研究の検討

### 2-1 臓器分配の一般原理

「公平性」が問題となるのは、必要とされている臓器の数と、そこに提供される臓器の数の間に「需要と供給のアンバランス」が存在しているからである。必要な数を満たすだけの臓器が提供されるならば、そこに「希少資源」の問題は生じない。そして、この「希少な医療資源を使って誰の命を救うべきなのか」という資源配分問題は、生命倫理学において古典的な問題の一つであった<sup>8</sup>。

生命倫理学者のヴィーチは、『臓器移植の倫理』を著すなど脳死臓器移植をめぐる中心的な研究者の一人であるとともに、その研究の視角は形而上学的なものではなく、現実の社会で適用されている生命倫理学の諸原則を的確に記述している。既に述べた通りヴィーチによれば、臓器の配分問題をめぐる生命倫理学の一般理論には、効用、正義、そして人格の尊重という3つの原則がある。

効用の原則は、出来るだけ多くの人々の生命を救い、社会的な効用を高めることを目的とする。いわゆる功利主義的な発想を分配原理に適用するもので、社会的地位や年齢、能力等だけではなく、医学的な見地からの効用<sup>9</sup>を加味して、提供された臓器を最も効率よく利用できるレシピエントを選択するものである。

正義の原則は、公平かつ適正 fair or just であることが目的とされ、人種、性別、年齢、収入などによる差別を行わないことが要請される。近年では、平等主義 egalitarian の色合いが濃く、平等な機会を人々に与えているかどうかによって正義に適っているかどうか判断される<sup>10</sup>。臓器移植法の基本的理念となっている「移植機会の公平」は、この正義の原則に含まれるもの

なのである。

最後に人格の尊重という原則が含意するのは、自律、誠実、真実告知（嘘をつかない）に加え、人を殺してはならない、というものである。この原則を突き詰めるとDODはもちろん、自由意志による臓器売買をも認められる可能性が含まれる。

もちろん、これらの原則が単独で臓器の配分を決定しているわけではない。レシピエントの選択には正義の原則が色濃く反映されていたとしても、臓器提供の際に本人の意思表示を必要とするのは、人格の尊重原則に適うことである。また、提供された臓器を無駄にしないという効用の原則は、提供臓器に「需要と供給のアンバランス」がある現状において多くの人の支持を得る可能性が高いだけではなく、提供者の意思を尊重するという意味においても肝要なものである。このようにいずれの原則を用いたとしても、人格の尊重原則を伴わねばならない。このことは、効用と正義の原則を完全に満たす制度の実現が難しいのに対して、人格の尊重原則だけが「完全に履行できるもの」であるとヴィーチが指摘していることと通じている。それゆえに法制度においては人格の尊重原則が最も基底的な制約だと考えられるという。このように、人格の尊重原則が制度上、最も基底的な制約だとしたら、日本においてDODはなぜ抑止されるのであろうか。

### 2-2 贈り物論アプローチからの含意

従来の日本における脳死臓器移植問題へのアプローチは、「ドナー側」つまり「脳死」の問題から脳死臓器移植を捉えるものが多かった。中島みち『見えない死』（中島1985）や柳田邦男『犠牲』（柳田1995）、あるいは小松美彦による「死の自己決定権」に対する「共鳴する

死」の提唱（小松 1996）などの「脳死」をめぐる「関係性」に着目する論考が多く見出されたことが、日本の脳死臓器移植論議の特徴だと指摘されている（森岡 2001: 46ff）。これらの論考では、主に欧米の生命倫理学で看過されてきた脳死患者を看取る家族の心情に焦点が当てられ、医学的な死や法的な死に対して、多様な脳死の様相が描き出されてきた。しかしながら「一般的に言って、日本の脳死論は、「脳死」に対するこだわりほど強いこだわりを、「臓器移植」に対しては見せていない」とも指摘されている<sup>11</sup>（森岡 2001: 63）。そして本稿のような「公平性」への問いは、これまでの論考においてほとんど主題とされてこなかった<sup>12</sup>。

それに対して北米における臓器移植では、「命の贈り物 the gift of life」という表現がその推進に一役買って来たと言われている。当初は比喩的なものだったが、研究が進むにつれ、臓器を「贈り物 gift」として捉えることが含み持つ、その意味合いが徐々に明らかになってきたという（Fox & Swazey 1992=1999: 72f）。この「贈り物」論からアプローチする研究は、モース（Marcel Mauss）の『贈与論 The Gift』を援用している。モースは贈り物の交換に三つの義務を見出している。それは、贈る義務、受けとる義務、そして返礼する義務である（Mauss 1968=1973: 243, 301ff）。そして贈り物論アプローチは、それぞれの義務の場面に現れる心的な圧力を描き出してきた<sup>13</sup>（Fox & Swazey 1992=1999: 75ff）。

社会学者の棚島次郎や医療人類学者のロック（Margaret Lock）は、この贈り物論アプローチを日本社会に適用している。日本社会では互恵的な贈答関係が人々を結びつける大きな働きをしており、中元や歳暮に代表されるような贈答においては、「贈与の意味づけは、当事者間の既存の人間関係の中ではじめて与えられる」も

ので、「特定の社会関係に伴う当然の行為として贈る側・贈られる側双方から期待されるのだと指摘されている（棚島 1991: 96）。そして「日本の贈答には義務が伴う」（Lock 2002: 331=2004: 285 ただし訳文は一部変更）。このような社会においては、臓器提供を「命の贈り物」として表現すること自体が受け容れられ難い（棚島 1991: 97f; Lock 2002=2004: 283）。なぜなら、死後の臓器提供には「匿名性」の原則があり、ドナー本人にもドナーの家族にも、贈られた側（レシピエント側）からの返礼が期待し難いからである<sup>14</sup>（棚島 1991: 97f）。

こうした知見からすると、日本において臓器を提供した人の9割以上が「生きている人」（生体ドナー）であること<sup>15</sup>には、二つの解釈が可能となる<sup>16</sup>。一つはレシピエント側の心理として、既存の人間関係の外部からの「贈り物」を拒むのではないかということ<sup>17</sup>。そしてもう一つがドナー側の心理として、匿名な「社会」への提供よりも特定個人への提供の方がより心理的抵抗が少ないというものである<sup>18</sup>。このドナー側とレシピエント側双方への解釈から導かれることは、匿名性という軛が外された生体間での移植のように、脳死あるいは死体からの移植においてもレシピエントを特定した臓器の提供、つまりDODが認められることで臓器提供者の数が増える、という見通しである。

そうであれば、「公平性」の理念よりもDODを認めるような政策的対応がなされてもよいように思われる。それにも関わらず、「公平性」の理念は保持されている。このように贈り物論の含意は、「公平性」という理念の強さを際立たせるものなのである。

## 2-3 生命倫理学の社会的展開における「公

## 「公平性」

本稿は「公平性」という理念が臓器移植に関して登場する歴史的経緯を検討してゆくのであるが、日本の医療保険制度を諸外国と比較すると、「日本の医療は基本的には非常に平等にできて」といわれている（池上&キャンベル 1996: 115f）。「公平性」を平等主義的に解釈するのであれば、日本の医療はもともと「公平」であると言えるのだ。このような意味において、日本の医療にとって「公平性」を追求することは所与の目的であるとも考えられる。けれども、この「公平性」という理念が脳死臓器移植論議において登場する過程は、生命倫理の問題における「公平性」の登場として捉えることができ、医療にとっての「公平性」とは問題を異にする。

生命倫理学 bioethics は 1960 年代のアメリカで、当時開発されたばかりで十分な数が無かった人工腎臓（人工透析器）を誰に使用するかをめぐるジャーナリストの記事（1962 年）と、被験者保護を訴える医師による内部告発（1966 年）を契機として産み落とされた（Jonsen 1993; Rothman 1990=2000; 香川 2000）。そして、1970 年代以降の生命倫理学の興隆によって、それまでの医の倫理とは異なり、「医師の行為の規範となる倫理規定は医師ではなく、医師以外の人が決めるようになった。医療上の問題の意思決定が医療専門職の専権事項ではなくなったのであるが、「部外者を医療界に招き入れたのは医師だった」と生命倫理学の歴史を研究するロスマン（David Rothman）は指摘している（Rothman 1990=2000: 14f）。同様に本稿でも、臓器移植に関わる医師の認識の変化とその背景要因を明らかにすることで、「公平性」という理念の発見をより明瞭に浮かび上がらせることが可能になると思われる。

そして脳死臓器移植論議を生命倫理学の社会的展開の文脈から捉えることによって、「ドナーサイド」に照準した従来の研究にも固有の位置を与えることが可能となる。林真理は、脳死移植「推進」のために「脳死」が人の死であることを支える論理が、死の医学的客観性の強調から社会的合意の獲得、そして最終的には死の自己決定へと変遷する過程を科学史の視点から明らかにしている（林 2002）。この過程は、被験者保護の内部告発が消費者運動の高まりと相まって、「患者の人権（権利）」を擁護する為の手段である「インフォームド・コンセント（IC）」という理念として法制化されてゆく生命倫理学の社会的展開の過程と捉えることができる。医療に関する法制度の比較分析を行うレフラー（Robert Leflar）によって、日本で IC 理念が定着した要因のひとつとして、IC は脳死臓器移植論議の隘路を抜け出すために必要なものとして立場を超えて論じられたことが挙げられているのである（Leflar 1996=2002: 66f, 72f, 127）。

他方で「公平性」という理念が登場する歴史的経緯へ着目することは、希少な臓器をいかに配分するのかという生命倫理学誕生の契機のもうひとつの側面から、その社会的展開を捉えることとなる。

つまり、本稿の議論によって、生命倫理学の社会的展開における IC や自己決定という患者の人権擁護と、資源の配分という 2 つの側面から、日本の脳死臓器移植論議を捉えることが可能となるであろう。それでは以下で、臓器の配分問題における「公平性」という理念の登場の歴史的経緯を、移植医の言説に着目して検討してゆこう。

### 3 臓器移植論議における「公平性」の発見

### 3-1 「公平性」以前の臓器配分

既に述べたように（1節）、現行の臓器移植法においては、臓器の公平な配分が基本理念となっている。臓器移植法の基本的理念を定める第2条は、臓器移植法の逐条解説をする『臓器移植法ハンドブック』では、「移植医療がこれまでの医師-患者の二面関係から、医師-ドナー-レシピエントの三面関係となり、かつ、ドナーの犠牲と善意に支えられて成り立つものであることに鑑みて、新法〔臓器移植法〕で新たに設けられたもの」であると解説されている（中山・福岡編 1998: 24）。基本理念を定めた第2条の3項（特に後半）と4項では、レシピエントの公平な選択が挙げられている<sup>19</sup>。特に第4項は、「レシピエントの公平な選択が基本的に大切であり、そこには貧富の差や社会的地位や人種的な差別などが一切あってはならず、純粋に医学的見地から公平になされなければならないことが謳われている」と解される（中山・福岡編 1998: 48f）。この「公平性」を保証するための方策として、「〔臓器の移植に関する法律〕の運用に関する指針（ガイドライン）」（健医発第1329号・平成9年10月8日）では、「公平・公正な臓器移植の実施」という項目で、臓器の移植を実施するには臓器移植ネットワークを介さねばならないとされている<sup>20</sup>。つまり、ネットワークを介した臓器の配分が、正義の原則（移植機会の公平性の確保）と効用の原則（効率的な移植の実施）の双方を満たす必要から生みだされている。そして、このような移植を受ける機会の公平という理念および臓器移植ネットワークによる一元的な臓器の配分は、臓器移植法に先行して施行されていた角膜移植法（1958年成立）や角腎移植法（1979年成立）には見られないことだった<sup>21</sup>。

「角膜移植に関する法律」（昭和33年法律第64号）は、角膜移植の為に眼球を死体から摘出することを認め、その手続きと要件を定めた法律であった。この法律において「臓器の配分」という問題は生じない。なぜならば、眼球の摘出に際して「レシピエントの特定」が必要とされていたからである（唄 1984:140）。つまり、予め臓器（眼球）の貰い手が決められた上で、臓器（眼球）の摘出が（合法的に）行われるということであったのだ。ここでは、摘出された臓器（眼球）を誰に配分すべきか、という問題が論理的には発生しないことになる。例えば、1968年8月に行われた日本初の心臓移植、いわゆる「和田心臓移植」においては、心臓移植のレシピエントとなる患者が予め認識された上で、ドナーとなる患者が出現したと報告されている（和田ほか 1968）。「その」レシピエントとなる患者が心臓移植を必要としているか、という問題はあったが、「どの」レシピエントに心臓を移植すべきか、という問題は生じていない<sup>22</sup>。

それに対して「角膜及び腎臓の移植に関する法律」（昭和54年法律第63号）では、法の規定する臓器の範囲が角膜と腎臓に広げられ、臓器の摘出に際して「レシピエントの特定」を必要としなくなった（唄 1984: 140）。法的に見れば、この角腎移植法によって、レシピエントが不特定のまま臓器を（合法的に）摘出することができるようになった。そして、摘出された臓器を誰に移植するのかを決定すること、つまり臓器の配分という問題が生まれることとなった。

こうした法律の制定を背景として注目されたのが、特に「社団法人腎臓移植普及会」と国立佐倉病院を中心とする情報ネットワークである。この両者が母体となって、臓器移植法で「移植機会の公平性」を具現化するシステムとし

て、一元的な臓器移植ネットワークへと発展した。それが社団法人・日本臓器移植ネットワークである。ところがこの移植ネットワークの前身となった両組織ともに設立当初は、「公平性」という理念を明示的に掲げることはなかった。1973年に任意団体として発足した腎臓移植普及会は、何よりも死体からの腎臓移植の普及・啓発をその目的とし、腎臓移植実施の為にドナーを確保するための組織構築を目指して立ち上げられた<sup>23</sup>。他方、情報ネットワークの方は、移植医療の効率性、つまりその成功率を高めるための組織であった<sup>24</sup>。つまり、「公平性」という理念が用いられる以前に臓器の配分原理の要諦と認識されていたのは、医療としての効率性（効用）medical utilityの原則だったと言える。

### 3-2 臓器移植論議における「公平性」

1980年代を通して、国立佐倉病院を中心とした（レシピエントの）情報ネットワークと、ドナー候補者の登録を進めた腎臓移植普及会などの「腎臓バンク」の双方は、「公平性」に自覚的ではなかった。それが1992年の「脳死臨調」最終答申を踏まえて、1995年に改組発足した「社団法人日本臓器移植ネットワーク」では、移植機会の「公平性」の確保をその目的として掲げるようになった。

広く知られているように、1980年代から90年代にかけて展開された「脳死論議」は、「脳死は人の死」であるか否かをめぐる議論と、「脳死からの臓器移植（脳死移植）」に対して法律の裏づけを与える為のプロセスであった。そして臓器移植法成立によって、「脳死移植」が「死体移植」に準じるものへと位置づけられたのだった<sup>25</sup>。その過程で、いつから「移植機会の公平性の確保」が掲げられるようになったのか。

日本医師会生命倫理懇談会（日医師倫懇）・最終報告（1988）は、死体ドナー増加と心臓移植実施の為に「脳死＝人の死」とすることを主張したものだ<sup>26</sup>。この報告では、臓器売買の禁止に触れられることがあっても、臓器移植に関して「公平性」という文言は使われていない。その上、「レシピエントをいかに選択するのか」という臓器の分配問題を読み取ることでもできない。そして、このような認識が日医師倫懇に特異なものであったとは言えない。例えば、脳死問題とは別に、心臓移植が可能となった時のための制度的条件整備を検討した心臓外科医による1989年度の研究報告を見てみよう。そこでは、心臓移植のレシピエントの選択に関しては、チームの内科・外科合同のカンファレンスで検討するとされる。そのカンファレンスでは、医学的条件に基づく適応や費用負担の検討とともに、移植手術の適否や優先順位についての検討も議題とするのだという（小柳1989）。ここから、臓器の配分の問題が顕在化しない背景として、レシピエントの優先順位（それは、配分の問題である）は医療従事者によるカンファレンスで決定されるものであり、社会的に議論されるテーマではないと認識されていたことがわかる。このことは角腎移植法において、医療機関の診療業務の一環として、臓器の斡旋が認められていたこととも対応することである。つまり、臓器の配分は医師の専権事項であって、社会に開かれてはいなかったのである。

このような「レシピエントの選択」問題の不在に対して、「臨時脳死および臓器移植調査会（脳死臨調）」の最終答申（1992年）では変化が見られる。そこでは、脳死臓器移植の法制化の条件として、「移植機会の公平性の確保」が掲げられているのだ。一部の者に移植医療の恩恵が偏らないようにすることと同時に、提供さ

れた臓器を最もよく活かすことが求められている。その為に、「レシピエントの選択基準」の共通化、地域的格差の是正、費用負担、臓器売買の禁止等が挙げられている。加えて、その制度的裏づけである「臓器移植ネットワーク」の整備については、「脳死とその判定方法」についてよりも多くの記述がなされている。このように日本医師会生命倫理懇談会と脳死臨調とのあいだ、少なくとも1988年から1992年の間に「公平性」という文言と考え方が発見されていると考えられるのである。

### 3-3 「公平性」の発見と社会

移植医が「公平性」という理念に自覚的となった契機、つまり「公平性」発見の契機は、1988年4月から9月までの期間に日本移植学会が全国14ヶ所で開催した公開シンポジウムであった。この全国シンポジウムの開催地は、福岡（九州大学）、松山（愛媛県医師会館）、東京（北里研究所）、金沢（石川県文教会館）、仙台（仙台ギャラリーホール）、東京（農協ビル）、名古屋（名古屋大学）、大村（国立長崎中央病院）、前橋（群馬県民小ホール）、広島（センチュリーシティホテル）、京都（不明）、大阪（大阪府医師会会館）、宇部（山口大学）、東京（東京医科大学）の12都市14箇所であった。また、各シンポジウムでの講演者およびシンポジスト計84名の構成は、移植関連の医療者が22名、移植以外の医療関係者が29名、法律・政治・行政が6名、宗教・思想・哲学が10名、ジャーナリズムが2名、そして一般市民が15名となっている<sup>27</sup>。「国民的コンセンサス」「社会的合意（コンセンサス）」を目指して開催されたこのシンポジウムの結果として、「フェア（臓器移植は公平に機会を与えて実施する）」「ベスト（最善の医療を整える）」「オープン（疑問に対する

情報公開）」の三つの原則が得られたのである（野本1991:6;野本1999:61ff,77ff）。

しかしながら、移植医が「公平性（フェア）」という理念を持って余しているかのような態度をみることができる。例えば、この公開シンポジウムの成果は、移植学会の雑誌で報告されている（野本1989）。けれどもこの移植医向けの報告においては、公開シンポジウムにおいて提起された問題点のまとめとして挙げられている11の問題点の一つとして、「臓器移植を公平に実施するためのシステム」があるに過ぎない<sup>28</sup>。

一般向けの書籍（野本1991,1999）で示される「フェア」「ベスト」「オープン」という文言は、ここにはない。

さらに、この公開シンポジウムの成果へ「具体的に取り組む」ために設置された移植学会の特別委員会では、次のように移植医サイドの出席者から「公平性」を進めることへの危機感すら表明されている。「ユノス〔アメリカの臓器獲得・臓器配分を行う全国ネットワーク〕的なものを簡単に取り入れることには、反対なんです。そうした機関ができあがって〔ドナーやレシピエントの〕情報を全部握られたりしますと、変に統制されかねません。」そして必要なのは、「公平性」ではなく「妥当性」、つまり、社会がその配分原理を妥当であると認めればよいのではないか、という提案もされている（日本移植学会社会問題検討特別委員会編1990:32）。

このように、「公平性」をめぐる移植医の内向きの言説と、外（社会）向けの言説には違いがある。そしてこうした姿勢をはっきりと述べているのが、日本胸部外科学会臓器移植問題特別委員会による報告書（1991年）<sup>29</sup>である。この委員会は、日本移植学会の全国シンポジウムの結果を踏まえて設置され、「公平性」の発見から脳死臨調の答申（1992年）の間に位置



するものである。

その報告書では、「移植情報ネットワーク」に関して、「移植医療においては臓器提供の申し出のあった場合、このドナーにマッチしたレシピエントを公正かつ公平に、迅速に、しかも決して無駄にすることなく確実に移植することが必要である」とされている。ここでは「公平性」がレシピエントの選択において重視されている。しかしながら、レシピエントの選択に際した優先順位の問題について、「まず第一は、医学的な規準による正当な心臓移植予定者のリストの作成、第二は発生したドナー心臓との〔医学的基準およびサイズの一致による〕マッチングによって、現実の問題としては、レシピエントの選択とその決定は、“優先順位”の討論が入る余地がほとんどないほど、極めて自然に行われることが最も考えられる」と述べられている。その上で、「人々が公平に取り扱われているということが明瞭に示されているような配慮が望ましい。重要なことは、社会に対してレシピエントの選択が公平に行われているという組織を示すこと」が指摘されている。(日本胸部外科学会編 1991)。つまり、レシピエントの選択は、現実的には医学的規準(医療上の効用の原則)をもとにして討論の入る余地はほとんどないものと考えられている。そして正義の原則、つまり「公平性」が必要とされるのは、「社会に対して」なのであった。

### 3-4 「公平性」の制度化

臓器移植法において基本理念として掲げられている「公平性」という理念は、1980年代末の日本移植学会の公開シンポジウムにおいて発見されたものだった。そしてそれは、あくまで移植医の側から「社会」に向けて必要とされるものだった。ところが、この「公平性」という

理念は脳死臨調の最終答申で大きく取り上げられ、「臓器移植ネットワーク」の整備が臓器移植実施に向けての現実的な課題となった。こうして「公平性」という理念は、臓器移植の目指すべき姿を現す理念として常用されるものとなったのだった。

脳死臨調の答申を受けて発足した「厚生省臓器移植ネットワークのあり方等に関する検討会」の中間報告(1993年5月)では、「臓器移植ネットワークの整備は移植機会の公平性の確保と最も効果的な移植の実施という両面から極めて重要な問題」とであるとされている。ここでは、「全国的な臓器移植ネットワークを組織」することが目指され、その役割として「移植医療の公平・公正性を確保すること」が挙げられている。さらにこの中間報告を受けて設置された「日本臓器移植ネットワーク準備委員会」の「腎臓移植ネットワークの整備について」(1995年4月)においても、「新しい」全国的なネットワークの基本的な考え方として、第一に「公平かつ適正なシステムの構築」が挙げられ、加えて「レシピエントの公平かつ適正な選択」も挙げられている<sup>30</sup>。

これらの報告書が積み重ねられ、1995年3月末日に腎臓移植普及会は日本腎臓移植ネットワークとなり、さらに臓器移植法の成立を経て日本臓器移植ネットワークになった。このように「公平性」という理念は、それを具現化する一元的なネットワークとして制度化されていった。

しかしながら、このような制度化が容易であったわけではない。なぜならば、「公平性」の制度化によって、移植医が有していた既得権益が失われることとなったからである。

「公平性」の発見以前には、臓器の配分は医療専門職の専権事項であった。それに対して、

「公平性」が制度化されると臓器の配分はレシピエント選択基準を用いて唯一の一元的な斡旋機関である臓器移植ネットワークが決定することとなった。こうしてレシピエントを最終的に決定する権限は、医師や個別の移植施設の手から離れていったのである。

また、1980年代末時点でも臓器の配分原理として依拠されていたものには、医学的条件に加えて、「各センター間でのクレジットシステム」というものが入っていた<sup>31</sup>。これは「すべての施設での移植が公平に、そして円滑に行われるために考案されたシステム」と説明され、病院毎に提供した腎臓の数と移植した腎臓の数の差を算出し、医学的条件が同じ場合、その数値が大きい施設への臓器の配分を優先するというものだった（岩城ほか 1981）。さらに、先述した「腎臓移植ネットワークの整備について」の中では、これまでは臓器を摘出したチームが、腎臓二つのうち一つを「キープしてきた」とも指摘されている<sup>32</sup>。このような状況において「公平性」を進めること、つまり、一元的なネットワークによって臓器を配分することは、移植医（施設）の間に（移植実績の）不公平を生じる可能性を有するものだった<sup>33</sup>。

当初、「公平性」は「社会に対して」必要とされたものであった。しかしながら制度化されたことによって「公平性」は、移植医を含めて、臓器移植そのものを規定するようになったのだった。

## 4 「公平性」と社会

### 4-1 「公平性」と社会的信頼

ここまで見てきたように、移植医による「公平性」の発見とその後の制度化によって、「社会」に提供された臓器の配分において「公平性」が重要視されるに至った。そしてそれは、移植医

が「社会に対して」必要とした「公平性」の理念のあて先を変えることを意味していた。それではなぜ、「公平性」という理念の使われ方に変化が生じたのであろうか。また、なぜ「公平性」という言説は力を持ち得たのであろうか。

「公平性」という理念の発見に際して留意すべきは、その発見がなされたのは社会に開かれた場であったということである。確かに、公開シンポジウムの講演者やシンポジストが社会の全構成員を代表しているわけではない。しかしながら、少なくとも移植関係者や医療関係者以外の当事者ではない人々にも開かれた場を設定し、そこで発見されたと位置づけられているのが「公平性」なのである。そして、この「公平性」という理念は、多くの人々が抱いていた臓器移植にまつわる不安や移植を行なう医療者への不信に対処するものであった。

何よりも脳死臓器移植論議において繰り返し言及されてきたのは、和田心臓移植における数々の疑惑であった。ドナーの死の判定は適切だったのか、レシピエントには本当に心臓移植が必要だったのか、そして検察による調査の過程で提出された資料の真贋など、心臓移植が当時は実験的治療法であったことを差し引いても、この移植医が最善を尽くしたとは言い難いという印象を与えた。そして和田心臓移植以来、移植医への社会的不信<sup>34</sup>があった。例えば、日医倫理の最終報告においても「医師への信頼の回復」に言及されている。また脳死臨調の最終答申は、「脳死をめぐる諸問題」「臓器移植をめぐる諸問題」そしていわゆる「少数意見」と並んで、「脳死・臓器移植問題と医療に対する信頼の確保」という4章構成になっていた。つまり、それだけ「信頼の確保」に重きが置かれているのだった。信頼の回復や確保が重要視されていたのは、移植医療に対する信頼が失われ

ていたことを意味している<sup>35</sup>。

このような社会的不信を払拭するには、医学的（科学的）な論理や当事者同士の合意<sup>36</sup>という個人の論理では効果がなかった。「公平性」という理念の言説としての強さの所以は、それが移植関係者の外側である社会から生じたとされたところにある。

そして「公平性」の発見以後、その制度化の段階においては、移植医は制度形成過程から外されていた。1995年春の腎臓移植ネットワーク設立時には、その設立準備委員会から「移植医を意図的に排除したために」、移植医とネットワーク側との間には険悪な雰囲気があったと言われている<sup>37</sup> (Lock 2002=2004: 291)。それは、「ネットワークは移植の当事者ではない第三者機関でなければ、公平・公正は保てない」という言葉（小紫 2002: 167）に集約されているように、移植医を除外することが「公平性」の確保につながると認識されていたからである<sup>38</sup>。

#### 4-2 「社会的合意」としての「公平性」

ここで忘れてはならないのは、「公平性」を発見した公開シンポジウムの目的である。この公開シンポジウムを実施した際の日本移植学会会長である野本亀久雄は、「フェア」「ベスト」「オープン」という三原則を「私たち推進する側がきちんと守ることを世の中に示」せば、「あらゆる立場を乗り越えて一定の国民的合意は得られるという感触を得たのです」と回顧している（野本 1999:62f）。つまり、このシンポジウムは、「国民的合意」あるいは「社会的合意（社会的コンセンサス）」と呼ばれたものを得るためのステップであった。移植医療の担い手である移植医たちは、公開シンポジウム前に最終報告を出した日医師倫懇のメンバーにも、また公開シンポジウム後に発足した脳死臨調の委員・

参与にも加えられていなかった。日本移植学会は独自に「社会的合意」を目指して行動し、その結果として「公平性（フェア）」を発見したのであった。

このように「社会的合意」の形成を目指した、社会に開かれた場で「公平性」は発見され、それは社会で発見されたというその位置づけにより言説としての強さを得たのであった。そして、発見された「公平性」は脳死臨調の最終答申に盛り込まれることによって、公的に「社会的合意」されたものとして制度化へと進んでいった。このように「公平性」が「社会的合意」されたものと見なされたことで、正義の原則が成立したのであった。そしてこのことは、脳死臓器移植という生命倫理の問題が社会に開かれていたことの証、つまり「社会」を意思決定の一部へと取り込んでいたことの証であった。

「公平性」の発見以前の臓器移植にとって、「社会」は移植用の臓器の供給源に過ぎなかった。腎臓移植の全国的実施を最大の目的とした腎臓移植普及会の活動は賞賛に値するものであるが、それは多くのドナー候補者の集合として「社会」を捉えるものだった。それが「公平性」が発見され、「社会的合意」と見なされる段階において、「社会」は臓器供給源として位置づけられるだけではなくなくなった。「社会」には、移植医以外の人々という意味が込められ、まさに「社会的合意」の合意主体として、臓器移植を進める為の承認機関の位置を占めるようになっていった。特に、1970年代までの脳死や臓器移植に関わる公的委員会のメンバーには必ず移植医が含まれていたのに対して、日医師倫懇と脳死臨調には一人の移植医もメンバーになっていなかったことは象徴的である。「社会」に移植医以外の人々という意味が込められ、そして脳死臓器移植における意思決定を担うようになって

たのである。

こうして「社会」は、臓器移植の単なる物質的な支持基盤から、そのあり方を規定する存在として移植医にも認識されるようになったのだった。このような「公平性」という理念の下での「社会」に関する位置づけの変化が、社会的信頼の確保には必要だった。つまり、「社会」を物質的支持基盤（資源の供給源）として捉えている間は、「社会的合意」としての「公平性」は得られず、脳死臓器移植という生命倫理の問題に進展は生まれなかったのである<sup>39</sup>。

## 5 臓器は「社会」に提供される：再考

ここまで見てきたように、DOD問題において先鋭化し、臓器移植法でも基本理念として掲げられている「公平性」とは「移植を受ける機会の公平」であった。そして臓器は「社会」に提供するものと言われている。しかし、もともと臓器は匿名の「社会」に提供するようなものではなかった。それが、角腎移植法においてレシピエントの特定が必要なくなったことで、臓器の配分という問題が生じ、「社会的合意」の形成を目指した既述の公開シンポジウムなどを通じて「公平性」という理念が発見されたのだった。「公平性」という理念は当初、「社会に対して」必要とされるものだった。しかしながら、「社会的合意」されたものとして「公平性」が見なされたことにより、「公平性」は移植医自身を規定するものとして制度化されるに至ったのだった。

ここまでの知見を踏まえて、再び生前提供先指定（DOD）問題に立ち戻ろう。

脳死や死体からの臓器移植では、レシピエントは予め特定されていない。制度的にみれば角腎移植法以降、レシピエントを特定しない方

が、より医学的な適合度の高い、つまりより効用の原則に適ったレシピエントを選択できるとされてきた。このことを明確にする比喩的表現が、「臓器提供は「社会」に」という文脈で使われる「社会」である。このように従来は、医療上の効用の原則と「公平性」を軸とする正義の原則の間に、目立った齟齬は存在しなかったのである。

それに対してDODは個人の尊重原則に適う臓器の配分方法である。腎臓や肝臓、肺などを対象に行われている生体からの移植においては、臓器は社会的に配分されるものではなく、DODによって提供されている。しかし生体からの移植は、脳死や死体からの臓器移植以上のスピードで症例数が増加している骨髄移植と同様に、レシピエントが予め特定されている。特に、「公平性」が発見されたのと同時期、1989年には日本で最初の生体部分肝移植が実施された。以来、それまで数多く実施されてきた生体腎移植とともに、生体移植は日本における移植医療の中心となっている。

このように生体移植が人格の尊重原則を重視するのに対して、死体および脳死移植は正義の原則を重視するという区別が生まれた。そしてこの区別のもと、移植機会の「公平性」は発見されて以来、立法化による移植医療の量的拡大を担うものと認識されていた。しかしながらDOD問題は<sup>40</sup>、脳死からの移植において「公平性」が移植機会の拡大を抑止する可能性を示すこととなった<sup>41</sup>。もし今後、移植機会の拡大が社会的に進められてゆくのであれば、効用の原則から正義の原則へ、そして人格の尊重原則へと臓器の配分原理の中心が変化してゆくのかもしれない。

そして、医師の認識も「公平性」から離れ、人格の尊重原則へと傾きつつあるように思われ

る。例えば『日本医師会雑誌』での臓器移植特集の巻頭言として次のような外科医による文章が寄せられている。「今、大切なことは、医療の原点に戻って、患者の自己決定権と選択権を、法の許す限り、最大限に尊重し、当事者（患者と医師）の責任と信頼関係に基づいて移植ができるようにすることである。共有すべき情報を公開し、透明性を維持することが重要であるが、行政や第三者による過度の干渉や規制、管理は排除すべきであろう」（出月 1998: 1701）。

しかしながら、「公平性」という理念は、「社会」を単なる資源の供給源とみなすことを踏みとどまらせるものだった<sup>42</sup>。そして、それは社会によって承認を得た理念であった。移植医療における臓器にとどまらず、遺伝子や胚性幹細胞など人体組織それ自体が資源として活用されてゆく昨今、「公平性」という社会から見出された理念の意義を改めて考える必要があるのではないだろうか。

## 注

<sup>1</sup> 臓器移植法には、臓器提供の意思表示が15歳以上にしかできないことで、子どもへの移植機会が少ないことや、生体からの移植を規定していないこと、提供に際して本人の意思を重視して家族による本人意思の推測を認めていないこと、さらには研究用に使用される臓器の摘出を規定していないことなど、いくつもの「問題点」が指摘されている。もちろん「脳死は人の死か？」という問題も立法化とは別次元で残されている問いである。本稿はこれらを軽視するものではないが、その目的から鑑みて、以下のようにDOD問題に着目する。

<sup>2</sup> この問題に対する実際の対応は、臓器移植ネットワークが厚労省に照会した上で、臓器提供者の生前意思を尊重して親族二人への臓器提供が行われてい

る。また、この事例に関しては、厚生科学審議会疾病対策部会臓器移植委員会が、参考人聴取、パブリックコメント募集など計7回の会合で議論した末に、2002年7月11日付で「臓器提供先に係る本人の生前意思の取扱いについて」を公表した。ここでは「当面の実務上」の対応として、「脳死・心臓死の区別や臓器の別に関わらず、親族に限定する場合も含めて、臓器提供先を指定する本人の生前意思に基づく臓器提供を、現時点においては認めないこととする」と結論されている。厚労省のホームページで公開されている議事録等を参照 (<http://www.mhlw.go.jp/shingi/kousei.html#k-isuyoku>)。

<sup>3</sup> 本稿では、「社会と呼ばれているもの」を特に意味する場合に、鍵括弧を付けた「社会」として表現している。それに対して、鍵括弧を付さずに社会が単独の単語として用いられている場合には、特に「(移植に関わる) 医療専門職以外の人々」を意味している。本稿では深く検討できないが、「社会的合意」という概念も含めて、社会／「社会」という概念については別の機会に論じたい。

<sup>4</sup> 臓器移植法の下での脳死からの臓器移植は、1999年2月の第1例から2005年2月末までの約6年間に34例が報告されている。これは提供者（提供事例）の数である。移植を待つ患者と移植の実施件数についてみれば、2005年1月31日現在、心臓移植を待つ患者で臓器移植ネットワークに登録しているのは83名なのに対して、2005年2月末までに提供された心臓の数は24である。最も多かった年でも年間6つであった。また移植を待つ患者が最も多い腎臓移植では、同登録者数が12,324名なのに対して、2004年の実績だと移植ネットワークを介した腎臓移植（死体および脳死からの移植）の実施件数が173件、生体からの移植を含めても年間800件ほどである。なお2002年の実績は、死体腎移植110件、生体腎移植634件、脳死腎移植10件、合計で754件と4年連続して700件台で

推移した。2003年は増加して、死体腎移植133件、生体腎移植721件、脳死腎移植5件、合計で859件となっている。これらも含めて、本稿で紹介する移植に関するデータは、脳死からの臓器移植に関して(社)日本臓器移植ネットワークのホームページ(<http://www.jotnw.or.jp/>)で公開されている情報を、それ以外の移植実施件数等については、日本移植学会広報委員会編『臓器移植ファクトブック2004』(<http://www.asas.or.jp/jst/factbook/2004/index.html> 2005年3月4日ダウンロード)を参照した。

<sup>5</sup> 例えば、DOD問題について議論した厚生科学審議会疾病対策部会臓器移植委員会での参考人意見聴取では、文化人類学者波平恵美子が次のような発言をしている。「ドニー〔提供を受ける人〕を指定した上でドナーを全く禁じるということは、全体のドナーというものを抑止することになりかねないだろうと思います。」(同委員会の第5回議事録より。ホームページアドレスは註2参照)詳しくは2節で検討している。

<sup>6</sup> DOD問題を検討した、厚生科学審議会疾病対策部会臓器移植委員会による「臓器提供先に係る本人の生前意思の取扱いについて」という文書では、DODは認められないこととなった。註2を参照。

<sup>7</sup> 本稿は、2004年11月21日に熊本大学で行われた日本社会学会大会での一般研究報告(皆吉2004)をもとに、査読者両氏から頂いたコメントを踏まえて、大幅に加筆改稿したものである。

<sup>8</sup> 例えば、臓器を必要とする人の為に、健康な人を「くじ引き」で選び、その人から強制的に臓器を摘出することをめぐる正当化を検討したジョン・ハリスの「サバイバル・ロッターリー」論文(初出1975年)や、高度救命医療における患者の選択基準(医療の配分原理)を先駆的に検討したニコラス・レッシュャーの論文(初出1969年)などがある(加藤・飯田編1988)。

<sup>9</sup> 例えば患者の生存率、臓器の生着率(移植後に臓

器が機能する割合)、QOLの向上の度合、HLAの適合度合、代替的な治療手段の有無、あるいはこれらの複合的な基準を考慮することとなる。

<sup>10</sup> 現在の患者の状況 present need、医学的な緊急性 medical urgency、移植の待機期間や年齢そして再移植などの人生における必要性 need over a lifetime などが考慮に入れられる。

<sup>11</sup> 森岡は引用文に続けて、「逆に言えば、「脳死」という概念のなかにこそ、彼ら〔「関係性」アプローチを展開する日本の脳死論者〕の琴線に触れる何物かがあったと見るべきである」と解釈している。森岡のアプローチは「脳死の存在論」へと展開してゆくが、本稿が課題とするのはそれとは別の方向である。

<sup>12</sup> 医療社会学者のフォックス(René Fox)は、1980年代半ば以降のアメリカの生命倫理学を特徴付けるものとして「経済化 economization」を挙げる(Fox 1989: 226)。ところが、フェルドマン(Eric Feldman)によれば、日本の脳死臓器移植論議において「経済的」な議論は驚くほど少ない。その中で例外的な議題が、臓器の配分問題に関するものだとされている(Feldman 1996)。

<sup>13</sup> 例えばパーソンズの薫陶を受け1970年代から臓器移植の研究を続けているフォックスらは、「物としても、シンボルとしても、それに等価なもの」が見当たらない「生命」という「並々ならぬ意義をもつ贈り物」によって心理的に身動きがとれなくなっている状態を、「贈り物の独裁」として表現した(Fox & Swazey [1978]2002: 383; Fox & Swazey 1992=1999: 88)。

<sup>14</sup> 逆に北米社会において「命の贈り物」という表現が広がった背景には、「ユダヤ-キリスト教的伝統」があるのだと言われている。パーソンズやフォックスらによる論文では「ユダヤ-キリスト教的伝統では——とくにキリスト教の段階になると——、生〔命〕とは、諸個人にとって、まず第一に神からの直接的・間接的な贈り物として定義され

ている」ことが明らかにされている (Parsons et al. 1972=2002: 179)。このように「命の贈り物」を捉えることができるのであれば、臓器提供が「匿名性」によって、「没関係的な、見知らぬ人々へのギフト」(棚島 1991: 95) であるとしても、ドナーと神との関係性によって「贈り物」としての位置が担保されることとなる。

<sup>15</sup> 生体ドナー数の推計値(生体肝移植、生体腎移植、生体肺移植の実施件数の合計)と、臓器移植ネットワークを介した提供件数(死体および脳死からの提供者数)から筆者が算出した値。ここ5年間の全ドナー数に対する生体ドナーの占める割合は、日本が90%以上で推移している。それに対してアメリカは約50%で推移、イギリスは30%から40%の間で増加傾向を示している。これらの国々に対して、原則として、臓器提供を拒否する意思表示がない限り臓器が移植用に摘出されるフランスでは、10%前後で推移している。

<sup>16</sup> 以下の二つの解釈と同時に、モースが挙げた三つの義務(贈る義務、受けとる義務、返礼する義務)の場面において、より強い心理的葛藤(「贈り物の専制」)が生じる可能性も指摘できる。

<sup>17</sup> ロックは、1996年に日本人のレシピエント21名へのヒアリングを行った結果、次のように述べている。「概念的に臓器移植について考えるとき、多くの日本人は、見知らぬ他人の臓器を体内に入れるという考えに抵抗を示す。[中略]しかし現実に死に直面すると、人はしばしばこのような嫌悪感に打ち勝つのである。「見知らぬ他人——とくに外国人——は、贈答が行われる世界、互恵的・義務的關係が成立している世界の外側にいる」のであるが、生体からの臓器提供により生じる「贈り物の専制」に比べれば、よいはずだとロックは述べている(Lock 2002: 334f=2004: 288f ただし訳文は一部変更)。生命は他に代え難いものである。その意味で、臓器を他の贈答品と同等の「贈り物」と見な

し研究するアプローチは、意味世界の一貫性と生命の維持との間の葛藤に直面することとなる。この点に関しては、フォックスらによる臓器移植というフィールドからの決別宣言を参照(Fox & Swazey 1992=1999: chap.8)。

<sup>18</sup> 医療社会学者の小松楠緒子は学生への調査を通じて、臓器提供の阻害要因の一つに「“うちにはやさしくソトにはつめたい”というウチソト意識」があること指摘している(小松 2004)。このような親密圏での関係性を重視する意識は、臓器は「社会」に提供するものという理念と明らかに対立している。

<sup>19</sup> 条文は次のように定めている(中山・福間編 1998: 48; 町野・秋葉編 1999: 6)。「第2条の3 臓器の移植は、移植術に使用されるための臓器が人道的精神に基づいて提供されるものであることにかんがみ、移植術を必要とする者に対して適切に行われなければならない。」「同の4 移植術を必要とする者に係る移植術を受ける機会は、公平に与えられるよう配慮されなければならない。」

<sup>20</sup> 次のような文言になっている(中山・福間編 1998: 240)。「移植医療に対する国民の信頼の確保のため、移植機会の公平性の確保と、最も効果的な移植の実施という両面からの要請に応えた臓器の配分が必要であることから、臓器のあっせんを一元的に行う臓器移植ネットワークを介さない臓器の移植は行ってはならないこと。」

<sup>21</sup> 以下、角腎移植法について角膜移植法との比較に関しては、医事法学者・唄孝一による解説(唄 1984)を参照した。

<sup>22</sup> 「和田心臓移植」は後に殺人罪等で刑事告発されたことがよく知られている。刑事告発された際の大きな論点としては、ドナーの死の判定は正確に行われたのか、そしてレシピエントが本当に心臓移植を必要としていたのか(レシピエントの適応)、という2つが挙げられる。これらの論点は現在の臓器移植においても通底するものである。しかしなが

ら、先にレシピエントとなる患者がおり、その患者の為に臓器を摘出する、という手順自体に疑義が呈されたことはなかった。それは、当時の臓器保存技術の限界などもあったからだと考えられる。なお、和田心臓移植が刑事告発された際の論点に関しては、刑事告発したうちの一つでもある、和田心臓移植を告発する会編（1970）を参照。

<sup>23</sup> 1973年に任意団体として設立した腎移植普及会は、その当初から資金的にも精神的にも小紫芳夫によって支えられていた。彼は娘を若くして腎不全で亡くし、それを契機に腎臓移植を普及させるべく、「死後の腎臓提供者登録制度の全国的実施」を最大の目的とする、この会を設立したと回顧している（小紫2002）。

<sup>24</sup> 1984年当時の国立佐倉病院長・橋爪藤光は、「全国的なレシピエントプールを作り、よりよい適合者選出のできる組織作りが緊急」であった為、1977年以降、国立佐倉病院を中心とする情報ネットワークの構築を目指していると述べている。またそう述べる前の段落では、「レシピエント選択基準」が「改善」されたことで、移植成績（腎臓の生着率）が大幅に向上したことを指摘している（橋爪1984）。

<sup>25</sup> 「脳死」の問題は、「臓器移植」とは切り離して論じるべきだ、という立花隆などの立場もあった。臓器移植実施のために「脳死＝人の死」を認めるべきという旨の、日本医師会生命倫理懇談会・最終報告（1988年）はそのような論壇の趨勢に逆らうものだった。

<sup>26</sup> この報告書に関しては、数多くの書籍・資料集が収録している。本稿では、町野・秋葉編（1999）によるものを参照した。なお、次に触れる「脳死臨調」の最終答申についても、同書を参照した。

<sup>27</sup> それぞれの内訳は、医療者（移植医20名、コーディネーター2名）、移植以外の医療関係（内科5名、外科6名、脳外科・救急・麻酔12名、病理学1名、法医学2名、日本医師会3名）、法律・政治・

行政（法律学4名、政治1名、行政1名）、宗教・思想・哲学（仏教4名、キリスト教2名、思想・哲学4名）、一般市民（患者側9名、主婦その他2名、地域活動グループ2名、学生2名）。なお、これらの属性・分類は、野本（1989）による。ただし「医療関係」として一括されていたものは、「移植関連の医療者」と「移植以外の医療関係」にわけた。

<sup>28</sup> 挙げられている問題点は、以下の11点。「臓器移植の必然性」「臓器提供の困難さ」「脳死からの臓器提供の困難さ」「脳死判定規準」「脳死判定 - 臓器提供の実施のためのシステム」「臓器移植を公平に実施するためのシステム」「レシピエントおよび家族」「臓器移植に関与する人間集団の再教育」「法律・行政の役割」「社会とのかかわり」「情報公開とチェックシステム」。

<sup>29</sup> 心臓や肺の移植への技術・倫理両面への報告書として、1989年9月と1990年10月に出された報告書をまとめたもの。初版が1991年に刊行されている。

<sup>30</sup> これらの資料については、町野・秋葉編（1993）所収のものを参照した。

<sup>31</sup> ただし、この「クレジットシステム」は、1980年代末時点では、西日本において主として利用されていたものとも言われている（日本移植学会社会問題検討特別委員会編1990）。

<sup>32</sup> 現在も移植ネットワークのホームページでは、地域毎の腎臓提供数と移植実施件数とが一覧表になって公開されている。地域を単位として腎臓の「クレジット」が測定できるようになっているのだ。年間数例しか実施されない心臓移植とは異なり、年間100例以上の実施件数がありながら、臓器の「需要」には遥かに足りないという腎臓移植には、臓器移植の「公平性」に対する態度が最も鮮明に現れていると言えるのだろう。DOD問題が生じたのも腎臓の提供に関してであったことは、無関係ではないかもしれない。本稿では広く臓器移植論議における「公



平性」に照準しているため、個別の移植には立ち入らないが、この点は今後の検討課題である。

<sup>33</sup> 特に腎臓移植においては、レシピエントの選択時に HLA（白血球型）の適合性が重要視されている。一元的なネットワークの前提条件として、同じ HLA の検査方法（検査トレイ）を使用する必要がある。しかしながら、全国共通の検査方法が実現したのは、1996 年からである（小紫 2002: 168ff）。この遅れが、1980 年代後半の国立佐倉病院を中心とした情報ネットワークを形骸化させ、「クレジットシステム」や「一腎キープ」などを温存させることとなっていたと思われる。

<sup>34</sup> 日本で「脳死」が容認されなかった理由の一つとして、医療専門職の権力と病院勤務医への不信が挙げられている（Lock 2002: 185）。またアメリカでも 1980 年代後半に提供臓器が増加しない重大な要因として、医療専門職と一般の人々との間の「相互不信と相互危惧の念」が挙げられている（Fox & Swazey 1992=1999: 117ff）。医療専門職個人への人格的信頼ではなく、専門家システムへの信頼が問われていた、という意味において、社会的信頼が問題になっていたと言える。なお社会的信頼確保の要件とされる医療専門職の職能集団としての自己管理体制が、日本の医療専門職集団には欠けていることについては、米本昌平や櫛島次郎らによって繰り返し指摘されてきた（例えば、櫛島 2001: 205ff）。

<sup>35</sup> このような移植への不信は、脳死臓器移植に反対する市民運動グループらによってもたびたび表明されていた。脳死・臓器移植に反対する市民会議編（1991）を参照。

<sup>36</sup> 臓器を提供したい人とそれを貰いたい人との間での臓器の譲渡契約に模されるような合意。

<sup>37</sup> 日本臓器移植ネットワークの前身となった腎移植普及会を設立し、臓器移植ネットワークの理事長も務めた小紫は、腎臓移植ネットワークの運営に移植医が直接関われなかったことへの不満が、ネッ

トワークを通さずにアメリカから空輸されてきた腎臓を移植に使用した「US 腎問題」（1995 年）を生じさせた一因だったと回顧している（小紫 2002: 151ff, 166）。

<sup>38</sup> 「公平性」を発見した公開シンポジウムを開催した当時の日本移植学会長で、臓器移植法成立時には同学会理事長を務めていた野本亀久雄も、専門は免疫の研究であり、実際に移植手術を執刀するわけではなかった。

<sup>39</sup> このように「社会」を資源の供給源として捉える思想は、「優生思想」につながるもののだとして、脳死臓器移植に反対する市民団体からは指弾されていた（脳死・臓器移植に反対する市民会議編 1991）。しかしながら昨今のクローン技術や E S 細胞をめぐる議論・政策的展開は、脳死臓器移植でのこのような経験と相反するものであると思われる（向井 2002）。

<sup>40</sup> 生前提供先指定問題のように脳死での DOD を認めることは、「脳死移植」が「生体移植」に準じるものへと接近する可能性を示している。つまり、先に成立した区別が変質しつつあるのかもしれない。

<sup>41</sup> 死体からの腎臓移植実施件数が臓器移植法成立後に減少していることにも、「公平性」が量的拡大を抑止する可能性が現れている。立法化前の死体腎臓移植実施件数は 1995 年 172 件、1996 年 186 件であったのに対して、立法化後には 1997 年 159 件、1998 年 149 件、1999 年 150 件、2000 年 139 件と減少し、立法化前の水準には戻っていない。

<sup>42</sup> 希少資源の問題を解決する為に、パイの拡大を目指すことは一般的な方策である。しかしながら、現代における移植のための臓器調達 organ procurement と、19 世紀の解剖用の死体獲得との間に「恐ろしい対称」を見いだすことができるならば、人体や臓器を「単なる資源」として捉え、需要を満たすまで資源を追い求めることに再考が迫られるであろう（Richardson 1996）。

## 文献

- 唄 孝一, 1984, 「法的にみた臓器移植」高木健太郎編『からだの科学臨時増刊 現代の生と死』日本評論社: 139-45.
- 出月康夫, 1998, 「臓器移植の実施と進歩のために」『日本医師会雑誌』119 (11) (1998年6月1日): 1701.
- Feldman, Eric A., 1996, "Over My Dead Body: The Enigma and Economics of Death in Japan," in Naoki Ikegami and John Creighton Campbell (eds.), *Containing Health Care in Japan*, The University of Michigan Press: 234-47.
- Fox, Renée C., 1989, "The Sociology of Bioethics," in *The Sociology of Medicine: a participant observer's view*, Prentice Hall.
- Fox, Renée C. and Judith P. Swazey, [1978]2002, *The courage to fail: a social view of organ transplants and dialysis*, Transaction ed. Transaction Publishers. (2<sup>nd</sup> edition originally published in 1978 by The University of Chicago Press)
- , 1992, *Spare Parts: Organ Replacement in American Society*, Oxford U.P. = 1999 森下直貴・倉持武・窪田俊・大木俊夫訳『臓器交換社会——アメリカの現実・日本の近未来』青木書店.
- 橋爪藤光, 1984, 「行政的にみた臓器移植——腎移植をすすめるための提言」高木健太郎編『からだの科学臨時増刊 現代の生と死』日本評論社: 131-8.
- 林 真理, 2002, 『操作される生命 科学的言説の政治学』NTT 出版.
- 池上直己・J.C. キャンベル, 1996, 『日本の医療』中央公論社.
- 岩城裕一ほか, 1981, 「屍体腎移植のシステム」『腎と透析』10(5): 627-32.
- Jonsen, Albert R., 1993, "The Birth of Bioethics," Special Supplement, *Hastings Center Report*, 23 (6) (November-December 1993) : S1-S4.
- 香川知晶, 2000, 『生命倫理の成立——人体実験・臓器移植・治療停止』勁草書房.
- 加藤尚武・飯田亘之編, 1988, 『バイオエシックスの基礎——欧米の「生命倫理」論』東海大学出版会.
- 小松楠緒子, 2004, 「臓器非提供の構造——都内某薬科大学の調査から」第77回 日本社会学会大会(熊本大学) 2004.11.20.
- 小松美彦, 1996, 『死は共鳴する 脳死・臓器移植の深みへ』勁草書房.
- 小紫芳夫, 2002, 『命の架け橋 臓器移植——長かった三十年の道程』ワイ・エス・ケー.
- 小柳 仁, 1989, 「心移植マニュアルの作成とその検討」生命倫理研究会編『1989年度臓器移植研究チーム・研究報告書』生命倫理研究会.
- Leflar, Robert B., 1996, "Informed Consent and Patients' Right in Japan," *Houston Law Review*, 33. = 2002 長澤道行訳『日本の医療と法——インフォームドコンセント・ルネッサンス』勁草書房(書き下ろしの論文「21世紀に入って」(125-46頁)を含む)
- Lock, Margaret, 2002, *Twice Dead: Organ Transplants and the Reinvention of Death*, University of California Press. = 2004 坂川雅子訳『脳死と臓器移植の医療人類学』みすず書房.
- 町野朔・秋葉悦子編, 1993, 『脳死と臓器移植<第二版>』信山社.

- , 1999, 『脳死と臓器移植<第三版>』信山社.
- Mauss, Marcel, 1968, *Sociologie et Anthropologie*, Presses Universitaires de France. = 1973 有地亨ほか訳『社会学と人類学 I』弘文堂.
- 皆吉淳平, 2004, 「移植医療における「公平性」の発見」第 77 回 日本社会学会大会 (熊本大学) 2004.11.21
- 森岡正博, 2001, 『生命学に何ができるか——脳死・フェミニズム・優生思想』勁草書房.
- 向井承子, 2002, 「医療の転換点としての脳死臓器移植」『現代思想』30(2): 171-83.
- 中島みち, 1985, 『見えない死——脳死と臓器移植』文藝春秋.
- 中山研一・福岡誠之編, 1998, 『臓器移植法ハンドブック』日本評論社.
- 日本移植学会社会問題検討特別委員会編, 1990, 『臓器移植へのアプローチ III』メディカ出版.
- 日本胸部外科学会臓器移植問題特別委員会編, 1991, 『心臓移植・肺移植——技術評価と生命倫理に関する総括レポート』金芳堂.
- 野本亀久雄, 1989, 「第 24 回日本移植学会総会サテライト公開シンポジウムの概要について」『移植』24(2): 219-23.
- , 1991, 「まえがきにかえて」秋山暢夫『臓器移植をどう考えるか 移植医が語る本音と現状』講談社.
- , 1999, 『臓器移植』ダイヤモンド社.
- 脳死・臓器移植に反対する市民会議編, 1991, 『脳死・臓器移植を問う——技術と人間臨増保存版』技術と人間.
- 棚島次郎, 1991, 『脳死・臓器移植と日本社会——死と死後を決める作法』弘文堂.
- , 2001, 『先端医療のルール——人体利用はどこまで許されるか』講談社.
- Parsons, T., Renée C. Fox and Victor M. Lidz, 1972, "The "Gift of Life" and Its Reciprocation," in Talcott Parsons, 1978, *Action Theory and The Human Condition*, The Free Press. = 2002 油井清光訳「「生という贈り物」とその返礼」富永健一他訳『宗教の社会学——行為理論と人間の条件第三部』勁草書房.
- Richardson, Ruth, 1996 "Fearful Symmetry: Corpses for Anatomy, Organ for Transplantation," in Stuart J. Youngner, Renée C. Fox, and Laurence J. O'Connell (eds.), *Organ Transplantation: Meanings and Realities*, The University of Wisconsin Press: 66-100.
- Rothman, David, 1991, *Strangers at the Bedside: A History of How Law and Bioethics Transformed Medical Decision Making*, Basic Books. = 2000 酒井忠昭監訳『医療倫理の夜明け 臓器移植・延命治療・死ぬ権利をめぐる』晶文社.
- Veatch, Robert M., 2000, *Transplantation Ethics*, Georgetown University Press.
- 和田寿郎ほか, 1968, 「心臓手術の臨床」『日本医事新報』No.2325 (11月16日号): 3-6.
- 和田心臓移植を告発する会編, 1970, 『和田心臓移植を告発する——医学の進歩と病者の人権』保健同人社
- 柳田邦男, 1995, 『犠牲(サクリファイス) わが息子・脳死の11日』文藝春秋.
- 米本昌平, 1988, 『先端医療革命』(中公新書) 中央公論社.

(みなよし じゅんぺい、慶應義塾大学大学院、minayoshi@2000.jukuin.keio.ac.jp)  
(査読者 佐藤雅浩、定松淳)

# **The Process of Discovery of “Fairness” on Organ Transplantation in Japan**

*MINAYOSHI, Jumpei*

The idea of “fairness” is one of the most important principles on organ allocation in Japan. Until mid-1990s, however, we had no “fair” and nation-wide organ allocation system. Then, the purpose of this paper is to consider the process of discovery and acceptance of this idea during brain death and organ transplantation dispute, and to suggest that the reason of the importance of “fairness” is that this idea could get public or social consensus during the disputes.