

臓器移植における互惠性

佐藤 英 明

- <目 次>
- 1 「助け合い」と「献身」
 - 2 相互保険型の「互惠性」
 - 3 ヴィーチのアプローチ
 - 4 スタインバーグのパラダイム
 - 5 結 論

近年、アメリカ合衆国を中心に、臓器移植に「互恵性 (reciprocity)」を導入する動きが見られる。臓器を提供してもよいという意思表示をしている人は、もし自分が臓器移植を必要とするような状態になったときには、優先的に提供を受けられるようにしようという制度である。これまで、臓器の提供は、「献身」や「慈善」、すなわち一方的な「贈与」とみなされてきた。その一部を「返礼」を伴う「贈与」に変更しようというのである。

背景となっているのは、慢性的な臓器提供者不足である。臓器提供に「互恵的」な協力関係を導入することで、少しでも提供される臓器を増やそうというわけである。しかし、提起されている具体的な制度は多様であり、「互恵性」か「献身」かといった二者択一の観点から問題を捉えることはできない。

「互恵性」導入のもう一つの理由とされるのは「公平性」である。ドナー登録している者もドナー登録していない者も同じようにレシピエントになれる現行制度は不公平ではないのか。自分の臓器は提供したくないが自分は移植手術を受けたいという「フリーライダー」を認めてよいのか。こうした論点も互恵性の根拠とされる。

本稿では、臓器移植における「互恵性」導入について、ヴィーチの分析を手がかりとして、倫理原則の対立という視点から検討をおこない、その妥当性を考察したい。

1 「助け合い」と「献身」

梅原猛は、「臨時脳死及び臓器移植調査会」の委員を務めていた1990年に「脳死・ソクラテスの徒は反対する⁽¹⁾」という論文を発表した。周知のように、そこには「脳死を人の死とは認めないが、脳死者からの臓器移植は肯定する」という見解が示されている。梅原によれば、脳死は人の死ではないが、自分が脳死になったら自分の臓器を提供して、慢性疾患に苦しむ病人を助けたいという意志をもっている人がいる。「そのときに、そういう意志を満足

させて、死しか未来のない病人の命を長らえさせるということはよいことであり、また願わしいことである⁽²⁾』という。脳死状態での臓器提供は、自分を犠牲にして他人を助ける「菩薩行」であり、「よいこと、願わしいこと」であるから、「認めるべきである」というのである。1992年に出された「臨時脳死及び臓器移植調査会答申」にも、この見解は「脳死」を「人の死」とすることに賛同しない「少数意見」として記されている。脳死は「限りなく死に近い状態とはいえ、まだ死ではない状態」である。そうした状態にある人の身体を「移植でしか助からない人のために捧げるのは、キリスト教の愛の行為とも、仏教の菩薩行とも矛盾しない⁽³⁾」。それゆえ、『『脳死』を認めることには賛成できないものの、移植医療に何らかの道を開くことに決して反対ではない』。脳死状態での臓器提供は「自利を完全に否定し、もっぱら利他のために自己を犠牲にする⁽⁴⁾」行為であり、それは認めるべきだという。すなわち、脳死での臓器提供は「利他心 (altruism)」のゆえに許容されるということである。

菩薩行は、本人の明確な「強い菩薩行の意志」⁽⁵⁾によってなされなければならない。脳死状態で臓器を提供するという意思是、事前に本人によって明確に表示されていることが必要である。すなわち「自律の尊重 (respect for autonomy)」である。脳死を人の死とすることを否定しながら臓器移植を肯定する梅原の議論は、「利他心」と「自律尊重」を根拠としていると見ることができる。

臓器提供者の「利他心」と「自律尊重」は、一般に「オプト・イン」と呼ばれる臓器提供制度の基本的な考え方とされている。これは、本人が生前に明示的に臓器提供に同意している (opt-in) 場合に臓器の摘出を認めることを原則とするもので、承諾意思表示方式 (同意方式) である。これに対し、本人が生前に臓器提供を拒否する (opt-out) 意思表示をしていないかぎり、臓器の提供を承諾していると見なす反対意思表示方式 (異議方式) は、「オプト・アウト」あるいは「推定同意」と呼ばれる。日本の「臓器の移植に関する法律」はオプト・イン制度であるが、他に、アメリカ、イギリス、スウ

ェーデン、デンマーク、オーストラリア、カナダ、ドイツ、韓国などが、この方式を採用している。これに対して、オプト・アウト制度は、フランス、ベルギー、スペイン、ポルトガル、オーストリア、ポーランドなどヨーロッパ諸国を中心に、シンガポールなどでも採用されている。

オプト・イン制度においては、提供者の自己決定（自律）が尊重され、利他性が重視される。臓器提供は利他的な自発的慈善行為と解される。臓器提供の普及活動においては「命の贈り物（gift of life）」という言葉がよく用いられるが、この言葉は、提供が「利他主義（altruism）」に基づく無償の「贈与（gift）」であることを示している。臓器提供は、利他的行為、「義務を超えた善行（supererogation）」と理解されてきた。臓器提供は一方的な「贈与」であり、「返礼」がなくても他人を助けようという善意による行為であるとされる。身体の重要な一部である臓器は、人格の一部と考えられるため、財産のように自由に処分することは許されない。それゆえ、自己の利益のために人格と不可分の臓器を売ることは認められない。しかし、他者のために己の身体の一部を提供する利他的な行為は、「義務を超えた善行」として認められる。加藤尚武によれば「『それなしに助からない人がいるなら自分の臓器を提供しよう』⁽⁶⁾というのは、自分が絶対に会おうことのある人への責務を超えた善行である」。本人の自発的意思によって、自分には見返りがなくても人助けをしようとする善意に基づいておこなわれる臓器の提供は許容されねばならないと考えるのである。それゆえ、臓器提供は無償の贈与というかたちをとらざるをえず、臓器売買は許されないことになる。

日本の「臓器の移植に関する法律」は、その第2条で四つの基本理念を掲げている。第一に臓器提供の意思（自己決定）の尊重、第二に提供の任意性、第三に提供が人道精神に基づくものであること、第四に移植手術を受ける機会の公平性である。三つめまでがドナーに、最後の一つがレシピエントに関するものとなっている。ドナーに関する三つの理念は、臓器の提供が、本人の自発的意思によって、見返りがなくても人助けをしようとする善意に基づいて無償の贈与としておこなわれなければならないことを示して

いると解することができよう。

これに対しオプト・アウト制度では、「自律原理」よりも、むしろ「公益性」や「効用」が重視されていると考えられる。提供拒否の意思は尊重されるが、死後の身体は、権利主体を失った公のもの、公共資源と見なされ、社会のために役立たせることが是とされているのである。死後にもはや不要となった身体から臓器を提供するというわずかの犠牲をはらうことで、人の命を助けるという大きな利益がもたらされるのであれば、死後の臓器提供は「義務を超えた善行」などではなく、「容易な援助義務 (duty of easy rescue)⁽⁷⁾」であることになる。この場合、臓器提供は必ずしも利他心のみに基づくものではないであろう。

臓器提供は「義務を超えた善行」であるとする加藤尚武は、臓器移植を臓器の提供者と受容者の間の「相互性の倫理」の枠で考えるべきではないと主張している。加藤は、「他人のため」にした行為が結果的に「自分のため」になる「相互助け合いの倫理」と「自分のため」にした行為が結果として「他人のため」になる「相互保険金の倫理」を併せて「相互性の倫理」と呼ぶ。これに対し、「自分のため」ということを完全に度外視した行為は「一方的な献身の倫理」によるものであるとし、これこそが「本当に倫理的な行為」⁽⁸⁾であるとしたうえで、「臓器移植」に関して次のように述べている。

知的な水準の高い人で「自分は臓器移植には反対だ。自分が臓器の提供者にならない代わりに、自分は臓器の受容者にもならない」と語る人が多い。このひとは臓器移植を臓器の提供者と受容者の間の「相互性の倫理」の枠で考えようとしている。ところが移植を希望する患者さんのなかには、一万人に一人の割合でかかるような珍しい病気もある。親からの遺伝で起きる病気で非常に珍しいものだと、「誰もが同じ病気にかかるかもしれない」ということはなりたたなくなる。本当に困った立場にいる人は、「相互性の倫理」から取り残される構造にある。助け合いの倫理ではなくて、一方的に助けてあげるといふ倫理でなくては、難病、奇病の人は救ってあげられない。「誰もが同じ病気にかかるかもしれな

い」という相互性の前提が成り立つ場合は、比較的幸福的な病人なのである。

池田清彦は、この主張に反論している⁽⁹⁾。池田は「極めて珍しい病気の人だけがレシピエント候補になる」のではなく、「いまや臓器移植のレシピエントには誰もがなり得る時代になった」としたうえで、「ドナーにもレシピエントにもならないと言っている人」は、「自分がレシピエントになって命が助かるかもしれない」状況になったときは「命を断念する」から、「あなたと同じ状況になっても助けない」と宣言しているのだとし、これは「相互助け合いの倫理でもなければ、相互保険の倫理でもないので、加藤の言う『相互性の倫理』とは異なる」と述べている。また、「極めて不幸な社会的弱者は一方的に助けるほかはない」ということは「当然」であるが、それは「人は原則平等であるという民主主義社会の公準」を守るという理由からであるという。

池田の指摘のように、ドナーにもレシピエントにもならないというのは、加藤の言う「相互助け合いの倫理」にも「相互保険の倫理」にもあてはまらない。「他人のため」にした行為が「自分のため」になるわけでも、「自分のため」にした行為が「他人のため」になるわけでもないからである。しかし、加藤がこれを「相互性の倫理」と呼ぶのには理由がある。「相互性の倫理」は「贈与されたら返報する」「贈与したら返報を受けられる」という「互恵性 (reciprocity)」に基づいている。ドナーにもレシピエントにもならないということは、贈与することも贈与されることも拒否するということであるから、当然、返報することも返報を受けることもなくなる。その意味で「相互性の倫理」の枠の中にあると言えるわけである。池田の言う「自分が助かることの断念」は「贈与されることの断念」であり、「他人を助けないという宣言」は「贈与しないという宣言」である。

しかし、このことは臓器移植を「相互性」や「互恵性」に基づいて考えるべきではないということを意味しているわけではない。加藤は、臓器移植を「相互性の倫理」で考えようとする、そこから取り残される人が出てくる

と指摘している。臓器を提供できる人、提供の意思表示をしている人だけが、提供を受けられるということになると、臓器提供ができない状態にある人や、提供の意思表示ができない人は、提供を受けられないことになってしまう。そうした社会的弱者の救済は、一方的に助けるという「献身の倫理」でなければ不可能であるというのが、加藤の主張である。これに対し、池田は、社会的弱者の救済は「平等原則」に基づいてなされるべきであって、「献身の倫理」に頼るべきではないと論じている。視点を変えれば、平等原則によって弱者の救済が可能であるならば、臓器移植に「相互性」「互恵性」を導入することも可能であるということになるだろう。

近年、米国を中心に「互恵性」を臓器移植に取り入れようとする動きが見られる。次にその具体的事例を概観しておくことにしたい。

2 相互保険型の「互恵性」

マリノフスキーやモースの文化人類学的考察によって明らかにされたように、原始的共同体においては「贈与」を通じて基本的な社会関係が形成されていた。「贈与」は、一方が他方に対価なしに財を一方的に供与する行為であり、その意味で「利他的」である。しかし、供与を受けた側には、反対供与としての「返礼」や「返報」をおこなわねばならないという暗黙の社会的圧力や心理的圧力がかかる。これが「与えられたら与え返す」という「互恵性」あるいは「互酬性」を形成し、持続的な社会関係の形成に結びつく。「返報」が贈与の受け手から直接的に得られる場合以外に、実際の受け手以外や社会全体から得られる場合も、「互恵性」とみなされる。利他的な贈与が、結果的に贈与者に対する返報もともなうという観点から「互恵的利他主義 (reciprocal altruism)」といった概念も生まれた。

このように「互恵性」や「互恵的利他主義」は、原始社会の「贈与」に関する文化人類学的な考察から生まれた概念であるが、現代の社会学的観点や心理学的観点、さらに進化論的な観点からも考察され、倫理的概念としても

用いられるようになった。

「贈与」がおこなわれると、財は受け手のもとに渡るが、その後も財は贈与者に所属するかのように扱われることがある。これによって贈与者の受け手に対する優越的な立場が形成されることになる。生体臓器移植においても、ドナーとレシピエントの間にそうした関係が生じることが報告されている。

生体移植の場合、移植患者は近親者から臓器を「贈与」されることが多い。臓器という「命の贈り物」は、通常ではあり得ない贈り物であり、「これにふさわしいお返しは絶対に見いだせない類のもの」である。そのため、「もらい主が贈り主に負っていると信じているもの、つまり、与えてくれたものに対して『自分の』贈り主にお返しをしなければという義務感⁽¹⁰⁾は、もらい主に重くのしかかってくる」。そのため、贈り主に対して精神的な距離を適切に保つことが難しくなって「贈り主との関係を完全に壊すような非常手段に訴えてしまうようなもらい主も稀ではない⁽¹¹⁾」という。他方、贈り主の方も、腎臓を提供した相手に対し、「結局、それは自分の腎臓だ」という感情を抱いて、優越的な立場に立つことになり、もらい手の健康や仕事や私生活に対して「所有者の関心⁽¹²⁾」を示す場合もあるという。

腎臓病の近親者のために生体腎移植のドナーとなった者が、その後、自分自身も腎移植が必要となったような場合、別の近親者から生体腎の提供を受けるといったケースも「互恵性」として捉えることができる。逆に、近親者に対して生体腎を提供する機会があつたにもかかわらずドナーにならなかつた者は、自分が移植が必要になつても、提供を受けることに負い目を感じるといったことも考えられる。このように、生体臓器提供は、まさにドナーからレシピエントへの臓器の「贈与」であり、互恵的特徴を備えている。親が子供に生体臓器を提供するといったケースでは、子供が健康になることが、親にとっては「贈与」に対する「返報」になると考えることもできよう。「もし移植が成功するならば、子供の命を救ったのだという強い満足感を提供した親は得る⁽¹³⁾」。親は提供者になることによって「心理的な利益」を得る

ことができるのである。

身体の重要な部分である臓器は、一般に財産のように処分できる所有物とは考えられていない。それは本来、財産のように「贈与」できる対象ではない。また、生体移植は健康な人間の身体を傷つけ、健康を害することを前提としている。日本移植学会の倫理指針でも「健全であるドナーに侵襲を及ぼすような医療行為は本来望ましくないと考える⁽¹⁴⁾」とされている。それにもかかわらず、生体からの移植が倫理的に正当化されたのは、提供の動機が「利他主義」や「自己犠牲」や「愛」であり、他者のために己の身体の一部を提供する「義務を超えた善行」と考えられたからであろう。しかし、それはやはり一種の「贈与」であり、「返礼」への心理的圧力を生む。そして、一方的な「献身」に終わることなく、互恵的な関係や提供者の優位性をもたらすことになる。

利他的行為である「贈与」が一方的なものではなく、相互的、互恵的な関係を形成するということからすれば、「利他性」と「互恵性」は必ずしも相容れないものではない。利他的行為としての臓器提供への「互恵性」の導入は、こうした「互恵的利他主義」によって正当化されるという考え方もある。しかし、死体移植への「互恵性」の導入は、生体移植のケースとはその意義が異なる。死体移植の場合、深刻な臓器不足を解消することが「互恵性」導入の最大の目的とされる。

アメリカでは、2002年に LifeSharers という非営利団体が組織された。死後にドナーになるという会員登録をした人は、本人が臓器移植を必要とするときには、他の会員から優先的に臓器提供を受けられるようにする相互保険型の仕組みである⁽¹⁵⁾。LifeSharers は、移植用臓器の不足を解消することを、その使命として掲げている。日本と比較すれば、はるかに臓器提供者の数が多いいとはいえ、アメリカでも移植希望者は増え続け、慢性的なドナー不足が深刻な問題となっている。腎臓、肝臓、心臓に関してアメリカにおける移植希望者数と2007年の年間の死体移植件数を見ると、腎臓移植希望者が約77,000人に対し年間の移植件数は10,587件、肝臓は約16,000人に対し6,227

件、心臓は約2,700人に対し2,209件となっている。⁽¹⁶⁾

ドナーとして登録したうえで LifeSharers の会員になっておけば、他の会員から優先的に提供を受けられるというメリットがあるため、結果的にドナー登録する人が増え、臓器不足の解消に寄与できるというのが、この団体の論理である。「自分のため」にした行為が結果として「他人のため」になるということであり、まさに加藤尚武の言う「相互保険金の倫理」である。しかし、加藤が指摘しているように、「相互性の倫理」では社会的弱者が見捨てられることになる。会員相互で優先的に臓器提供がおこなわれることになると、会員になれない弱者が移植を受けられる機会は減ることになる。

こうした批判は当然予測されるものであり、LifeSharers では、健康状態や年齢によって会員登録を制限しないとしている。また子供については、親が会員となったうえで登録ができることになっている。ただし、移植が必要と分かってから会員となるのを防ぐため、登録後180日経過するまでは、他の会員から優先的に提供を受けることはできない。

LifeSharers では、こうした相互保険型の仕組みを正当化するもう一つの根拠として「公正 (fairness)」を挙げている。アメリカで死体移植を受けるレシピエントのうち自らがドナー登録をしている者は約半数であるという。残りの患者は、自らはドナー登録せず、臓器の提供を受けている。いわゆる「フリーライダー⁽¹⁷⁾」であり、一方的に提供を受けるだけで自分は提供の負担を負わないことになる。ドナーにもレシピエントにもなる者とドナーにはならないがレシピエントにはなる者を同じように扱うのは「公正」とは言えないという論理である。かりに「フリーライダー」が認められないことになれば、ドナー登録をする者が増え、臓器移植を受けられずに死亡する患者の減少にも結びつくと考えられる。⁽¹⁸⁾

ドナー登録をしている者を優先することが正当であるとされるもう一つの理由は、過去に生体移植のドナーとなった者が移植を必要とする状態になったとき待機者リストの優先順位が上がるという、全米臓器分配ネットワーク (UNOS) の現行制度である。ドナーになることとレシピエントになること

は、すでに現在のシステムにおいても関連づけられている。新たなシステムは、その拡大というわけである。

LifeSharers は、UNOS とは別の組織であるが、UNOS の臓器分配システムを前提とし、それに依存することで会員相互の優先的提供を実現しようとしている。現行の UNOS の分配システムは、ヒト白血球抗原 (HLA) の適合性、移植待機者リストに載ってからの待機時間、医療上の緊急性の程度、他人の組織に対する抗体のレベル、血液型などの要因をポイント化し、ドナーが現れたとき、ポイントの合計によって優先順位が決まるようになっていく (そのなかの一つの要因として、生体移植のドナーになったことがある場合、ポイントが割り当てられるようになっていく)。UNOS 側では、ドナーが現れても、LifeSharers の会員であるかどうかを把握することはできない。会員が死亡したときには、その家族が LifeSharers に電話連絡し、UNOS の待機者リストに載っている会員の名前を聞いて、UNOS に対しリスト上の会員の中で優先順位が最も上の者を移植先に指定するというシステムになっている。これによって、移植先として LifeSharers 会員が最優先され、会員の中の優先順位は UNOS の分配システムによって決定されることになる。

この仕組みは、アメリカにおいて原則として移植先指定が可能であるということをも前提としたシステムになっている。UNOS は「LifeSharers の方式を保証するものではない」という公式見解を示しているが、「州法によって許容される移植先指定には介入しない」としている。それゆえ、移植先指定が認められていない国で、こうした組織を運用することは困難である。

3 ヴィーチのアプローチ

こうした互恵的な臓器提供制度の是非について検討するために、ここではヴィーチ (Robert M. Veatch) のアプローチを参考にしたい。ヴィーチは、臓器移植を含むさまざまな生命倫理問題を分析するための明解な図式を示し

ており、臓器移植における互恵性の問題についても見解を表明しているからである。

ヴィーチは、倫理原則を「帰結主義的原理」と「義務論的原理」に分類する。さらに、行為の個人的側面を重視するか社会的側面を重視するかによって、二種類の原理はそれぞれ二つのレベルに分けられる⁽¹⁹⁾。

帰結主義的原理は、行為の帰結としての利益の最大化を志向するものである。「医師は患者のためになることのみおこない、患者にとって有害無益なことはしない」といった「ヒポクラテスの効用」は、個人的レベルの帰結主義的原理である⁽²⁰⁾。それに対して、社会内に存在する個人の利益の総和、すなわち社会的効用の最大化を志向する功利主義的原理は、社会的レベルの帰結主義的原理である。ヴィーチはこれを「効用の原理 (the principle of utility)⁽²¹⁾」と呼んでいる。

義務論的原理は、行為の帰結とは独立に行為に内在的な性質によって評価しようとするものである。個人的レベルでは、「自律 (autonomy)」の尊重、「遵守 (fidelity)」「正直 (veracity)」、「殺害回避 (avoid killing)」の義務といった要素から構成される「人格の尊重 (respect for persons)」が重視される⁽²²⁾。社会的レベルでは、人々が平等に福利を得る機会を要求する「正義の原理 (the principle of justice)⁽²³⁾」が顧慮されねばならないとされる。

これら複数の倫理原則のあいだには、当然、対立が生じうる。真実を語ることが患者にとって害をもたらす場合、「正直」の義務と「ヒポクラテスの効用」のいずれを優先すべきか。医療資源の配分において、「効用の原理」と「正義の原理」のいずれを優先すべきか。臓器提供に関しては、「自律原理」を優先すればオプト・イン制度を、「効用の原理」を優先すればオプト・アウト制度を採用すべきだということになる。臓器の配分の問題は、こうした倫理原則の対立の問題と考えることができる。

原理のあいだの対立の問題を解決するにはいくつかの方法が考えられる。ヴィーチによれば、一般に (1) 単一の原理、(2) 順位づけ、(3) バランスをとる、(4) 順位づけとバランスを結びつける、といった四つのアプロ

一チがあるという。⁽²⁴⁾

第一に、複数の倫理原則のうちの一つを単一原理とし、他の原則を排することができれば、対立は生じない。しかし、効用のみを単一原理とすれば、5人に臓器を移植するために1人を殺すといったことが許容されることになる。正義のみを単一原理とすれば、救命といった医学的効用が無視されるケースが出てくる。リバタリアニズムを徹底して、自律のみを単一原理とすれば、生体から心臓を提供したいという意思も尊重しなければならなくなる。単一原理にもとづくアプローチは、あまりにも単純化されすぎているため、現実的ではない。

第二に、複数の倫理原則の間に優先順位をつけるという方法が考えられる。複数の原理の間で対立が生じたときは、優先順位が上の原理に従えばよい。しかし、実際に順位づけをおこなおうとすると、最優先すべき原理を一つに決めなければならない。単一原理によるアプローチと同様の困難が生じることになる。あらゆる場合に例外なく妥当する順位づけを一つに決めることも現実には不可能である。

第三に、競合する諸原理の間でバランスをとるという方法がある。これは「多くの人に支持されているアプローチ」であり、現実には状況に応じて諸原理の重みを決めるしかないという場合が多い。しかし、そのバランスが個人的に決定されることになると、決定を下す人の直観に依存することになってしまう。また、状況によっては奴隷制度のほうが自律の侵害より「重みがある」といった場合もありうることを容認しなければならなくなるとヴィーチは指摘している。

第四に、順位づけとバランスをとるという二つの方法を結びつける試みがある。まず、帰結主義的諸原理と義務論的諸原理をそれぞれ一つの群とする。群のなかの諸原理は、どれも同じように重要と考えられるため、バランスが維持される。義務論的諸原理の群においては「自律」「遵守」「正直」「殺害回避」および「正義」といった原理がどれも重要と考えられ、バランスがとられる。他方、二つの群のあいだでは順位づけをおこなう。ヴィーチ

は、義務論的諸原理の群の方を帰結主義的諸原理の群より上にすべきだという立場をとる。結果的に、それが「我々が下している道徳的判断の多くに一致する」という。もちろん順位づけを逆にして、功利主義的立場をとることもありうるが、ヴィーチ自身は義務論者であり、義務論的諸原理の優位性を説く。

第四のアプローチにおいてヴィーチのように義務論的諸原理を上におくと、臓器提供者を増やすためにオプト・アウト（推定同意）制度を採用することは、「自律」を含む義務論的諸原理が「効用」よりも下におかれることになるため、許容できないことになる。また、移植先の指定についても容認できないという結論が導かれる。移植先指定を認めることで臓器を廃棄せずに済む場合もあるのだから、「効用」を優先するとすれば、どのような指定であれ認めるべきである。しかし、特定の人種や宗教を指定した臓器提供は差別的であり、「正義」という観点からは認めがたい。

ヴィーチは、1994年にフロリダ州で起こった事件の例を挙げている。⁽²⁵⁾銃で撃たれて死亡したトーマス・サイモンズは、臓器提供の意思表示をしていたが、Ku Klux Klanの支持者であった彼は、その文書に「白人のレシピエントだけに提供する」と記載していたことが判明し、問題となった。フロリダ州では、この事件の後「人種、皮膚の色、宗教、性、出身国、年齢、身体的障害、健康状態、婚姻関係、経済状態」によって移植先を指定することが禁じられた。これは「効用」よりも「正義」を優先した立法ということになる。⁽²⁶⁾ UNOSの倫理委員会も、「特定の社会集団（人種、宗教、性）に移植先を指定するのは道徳的に容認できない」としている。⁽²⁷⁾

では、現実のUNOSの臓器分配の方式は具体的にどうなっているのだろうか。先に述べたように、UNOSでは、HLAの適合性、待機時間、医療上の緊急度、他人の組織に対する抗体のレベル、血液型などの要因をポイント化し、優先順位を決めている。腎臓移植の場合、移植の成功はHLAの組織適合性に依存する。適合の程度が高いほど、移植後の生存可能性は高まる。効用を最優先すれば、提供者に最も近いHLAをもつ者がレシピエント

になるべきだということになる。しかし、免疫抑制剤によって、移植から1年後のHLAの適合性の違いによる生存率の差は数パーセントになった。正義原理に基づいて、臓器配分の機会均等を実現しようとするれば、数パーセントの違いは無視して、適合する臓器が見つかりにくい人や待機時間の長い人を優先すべきということになる。UNOSの倫理委員会は、結果的に社会的効用と正義に等しい重みをもたせるという結論を導くが、これは、委員の中の社会的功利主義者と正義論者とのあいだの政治的妥協の産物であるという。つまり、結果的に、「バランスをとる」という倫理原則の対立に対する第三のアプローチを採用していることになる。

以上のような議論を前提にLifeSharersの仕組みを考えると、そこにはいくつかの問題点があることが分かる。

第一に、倫理原則のアンバランスを生じさせるという問題がある。妥協の産物とはいえUNOSの臓器配分は、倫理原則のバランスをとって、多様な要因をポイント化する方法をとっている。ところが、LifeSharersのやり方では、臓器提供の意思表示をしていることにもっとも重点がおかれることになってしまい、UNOSが採用しているポイント配分のバランスを無効なものにしてしまうことになる。ドナー登録という要因⁽²⁸⁾だけに特別な重みをもたせることを倫理的に正当化することは不可能である。

第二に、「公正」に関する問題がある。すでに述べたように、LifeSharersは、ドナー登録せずにレシピエントになるフリーライダーがドナー登録している者と同じように扱われるのは「公正」ではなく、ドナー登録している者が提供を受ける際に優先されるのは正当であるとしている。しかし、LifeSharersの仕組みは、新たな問題を引き起こすことになる。LifeSharersは会員だけの相互保険型の仕組みであり、正式にドナー登録をしても、会員になっていなければ、優先的な提供を受けることはできない。会員の一人が死亡してドナーとなったとき、ドナー登録をして待機者リストに載っている非会員が、会員に先を越されることになる。同じようにドナー登録をしていながら、LifeSharers会員であるというだけで優先的に移植を受け

られるというのは、ドナー登録している者はしていない者よりも優先されるべきだという論理では正当化できないであろう。⁽²⁹⁾

第三に、弱者差別の問題がある。LifeSharersが、こうした批判を想定し、健康状態や年齢によって会員登録を制限せず、子供も登録できるようにしていることは、すでに述べたとおりである。しかし、いくら登録に対して開放的であっても、この団体の存在を知らない者や、加入の手続きをすることができない者など、どうしてもその恩恵を受けられない者が出てきてしまう。その意味で、社会的弱者に対する差別という問題は解消されないのである。

最後に、LifeSharersがその使命として掲げる「移植用臓器の不足の解消」が本当に可能なのかという疑問がある。2002年にこの団体が組織されてから6年経つが、会員は11,875人（2008年11月30日現在）である。この中には、会員登録とは無関係にすでにドナー登録していた人もいるはずであり、新たなドナー登録者がどれだけ増えたかは不明であるが、臓器不足の解消に対する「効用」という観点からは、疑問がもたれる数字であろう。会員相互の移植も、これまでのところおこなわれてはいないようである。⁽³⁰⁾

4 スタインバーグのパラダイム

以上のように、優先的に臓器提供を受けられるようにする相互保険型の仕組みには問題が多い。しかし、これによって臓器移植に「互恵性」を導入することが、すべて否定されるわけではない。ここでは、「互恵性」を導入する新たな提案としてスタインバーグ（David Steinberg）のアプローチを取り上げることにしたい。

スタインバーグの提言は腎臓移植に限定されたものであり、彼は自らの案を「腎臓移植のための『オプティン・イン（opting-in）』パラダイム⁽³¹⁾」と呼んでいる。死体腎移植のドナーとなることに同意することで、本人が腎臓移植を必要とするときには、優先順位が上がるという仕組みであり、この点

では LifeSharers と共通している。しかし、LifeSharers では、優先される対象が会員登録した者に限定されるのに対し、スタインバーグの提言は UNOS の臓器分配制度の一部を変更し、腎臓移植全体に関わるものとしようとする点で異なっている。

ヴィーチは、スタインバーグの提言を次のように理解すべきだとしている。前述のように現行の分配制度では、HLA の適合性、待機時間、医療上の緊急度などがポイント化され、さらに生体移植のドナーになったことがある者には4ポイントが加点されるといったポイント制が採用されている。死後の腎臓提供の意思表示をおこなっている者にもポイントを与え、それによって腎臓の提供を受けるときには優先順位が上がるようにするというのが提言の内容である。医学的なニーズ以外の考慮に基づいて臓器の配分をおこなうことに対しては批判もあるが、現行制度においても、医学的ニーズ以外の要因が配分の際には考慮の対象とされていることなどから、提供の意思表示をポイント化することも正当とされる。⁽³²⁾

こうしたアプローチだと、LifeSharers のやり方とは異なり、臓器提供の意思表示だけに特別な重みがおかれることにはならず、倫理原則のアンバランスを生じさせることは回避できる。ヴィーチは、こうした方法を「公平性という規範も効用という規範もいずれも満たしうる」ものとして評価し、「真剣に検討する価値のある」提案であるとしている。⁽³³⁾

スタインバーグはこの提言の理由をいくつか示している。以下にそれを記しておくことにする。

第一に、死体腎の提供を増やし、生体腎移植を減らすことが目的とされる。リスクを伴う生体移植を減らそうというわけである。先に述べたヴィーチの図式にあてはめれば「患者にとって有害無益なことはしない」という「ヒポクラテスの効用」を重視しようという立場である。2007年のアメリカにおける年間の腎臓移植の件数は、死体腎移植が10,587件に対し、生体腎移植が6,039件となっている。腎臓移植全体に占める生体腎移植の割合は36%となっている。臓器提供の意思表示に対してインセンティブを与え、より多

くの人が臓器を提供するようになれば、それによって救われる患者が増えるだけでなく、生体移植のドナーとなる危険も回避できる。死後の臓器提供という少ないコストで大きな利益がもたらされるとスタインバーグは主張する。「UNOSの現行制度において提供者に優先ポイントが与えられているのは、実際にすでに生体移植に提供をした人だけであり、提供の意思表示だけで優先ポイントを与えるべきではない⁽³⁵⁾」といった批判もあるが、優先ポイントを与えて生体移植を奨励するようなことは、むしろ避けるべきであり、生体移植は可能な限り減らすべきだというのが、スタインバーグの考え方である。

第二に、「利他性」が他のすべての倫理原則に優先されるものではないということ。「互惠性」の導入に対しては、「利他的献身の純粋性をおよびや⁽³⁶⁾かす」といった批判も見られる。しかし、いくら利他的な行為とはいえ、健康な人間が心臓病の人を助けるために自らの心臓を提供したいと申し出ても認められることはない。心臓の摘出は、命を奪うという多大な害をおよぼし「ヒポクラテスの効用」に反するし、「殺害回避義務」にも反することになる。生体からの肝臓や腎臓の移植は、「殺害」に至るものではないにせよ、血液や骨髄などの提供と比べかなりリスクが高く、ドナーの健康を著しく害するものである。利他的行為であっても、本人にとってリスクの高い行為は制限されねばならない。また、多くの研究が示すように「贈与」は一方的なものではありえず、「互惠性」を伴うものである。利他的な贈与も結果的に互惠的であるという「互惠的利他性」が、臓器提供においても考慮されるべきである。利他的行為は、「効用」や「互惠性」にも配慮し「互惠的利他性」の枠の中で考えられるべきである。

第三に、完全に自律的な行為は存在しえないということ。「こうした制度では、提供の意思表示をしておかないと必要なとき自分が移植を受けられないという不安から提供に同意することになってしまうが、それは心理的な強制であり自発的意思表示とは言えない⁽³⁷⁾」という批判もある。しかし、完全なインフォームド・コンセントは現実には不可能である。必要な情報をすべて

完全に理解したうえで同意をするといったケースは稀であり、いっさいの社会的圧力や周囲からの心理的圧力、さまざまな影響力から自由な判断というのはありえない。「自律」もまた絶対的な価値ではなく、他の諸価値との対立のうちにあることを認めねばならず、自律を犠牲にすべき場合もあることを認めねばならない。

第四に、公正の実現である。必要になれば提供を受けるが自らは提供しない「フリーライダー」を排除するには、ドナーになる意思表示をした人がレシピエントとして優遇されるようにすべきである。LifeSharersのように会員だけが優先されるわけではなく、ドナー登録した者は全員同じように優先ポイントが与えられるから、会員と非会員との間の不公平といった問題も生じない。

以上のような理由から、スタインバーグは臓器移植への「互恵性」の導入を提案する。この案は、現行制度よりも、やや「効用」に重点をおこうとするものであるといえよう。しかし、こうした提言には、さらに解決すべきいくつかの問題点もある。⁽³⁸⁾

意思表示が可能な成人の場合には、ドナー登録しているか否かによる区別が可能であるが、未成年の場合にはどのように扱うべきか。スタインバーグは、未成年者にとって不利にならないよう、ドナー登録している者と同様に優先ポイントを与えているとしている。しかし、成人になるとこの優先ポイントは失われることになる。誰もが成人に達した日にドナー登録をおこなうとは考えられないため、一定の猶予期間を設ける必要がある。

ドナー登録をする前に、疾患等のために提供に不適格であることが判明した者の扱ひも問題になる。健康なときにドナー登録をし、その後提供者として不適格になった者について、スタインバーグは優先ポイントを維持すべきだとしている。しかし、健康なときに登録のための時間的猶予があったにもかかわらず、ドナー登録しないまま不適格となった者に対しては認めないということになる。この問題についても、成人に達する前あるいは成人に達した直後に不適格であることが判明した者を登録者と同様に扱うといった配慮

が必要になろう。

臓器移植が必要になってから優先ポイントを得るためにドナー登録をするということは認められないであろう。だが、スタインバーグは、健康なときにドナー登録をすることを奨励するために、糖尿病や高血圧など移植が必要になる可能性が高い者に対しても、優先ポイントは認めるべきではないとしている。しかし、その場合、どのような基準を設定するのか、遺伝的要因による場合はどうするのか、高血圧の発生率が白人と比べて高いとされる黒人を差別することにならないかといった問題が生じる。

5 結 論

あらゆる倫理問題は、複数の倫理原則のあいだの対立によって生じる。臓器の配分の問題も、その一つである。倫理原則のあいだの対立を解決するためのさまざまなアプローチがあることは、すでに述べたとおりである。しかし、あらゆる倫理問題に適用可能な普遍的解決方法は存在しない。それでも、現実⁽³⁹⁾に起こっている倫理問題に対しては何らかの対処が必要となる。「生命倫理学における道徳的問題の分析を完結させるためには、正しい行為に固有の原理が何であるのかを見極めるだけでなく、諸原理の対立をいかにして解消し、この原理レベルから個別事例のレベルにどうやって進むかも決めなくてはならない」とヴィーチは言う。

ヘンリー・リチャードソンは「特定化 (specification)」というアプローチを提起している。これは「二つ以上の原理が相対立するときには、あまりに抽象的な原理からは距離をおいて、それらの原理が特定の行動『領域』に対してどう関係するのかを『特定化』⁽⁴⁰⁾してみる」という「提案」である。たとえば「効用原理」の具体的な含意は、原理が適用される領域に応じて異なる。ヴィーチも指摘しているように、このアプローチをとることで、倫理原則をめぐる論争に拘泥することなく、限定された具体的領域に関する議論を進めることができる⁽⁴¹⁾。

スタインバーグの提案は、腎臓移植という領域における「互恵的利他主義」の「特定化」の試みの一つと解釈することができる。特定化によって、もちろん具体的な問題点も明らかになった。しかし、それは必ずしも解決不可能な問題とは言えないであろう。「臓器提供は『献身』であるべき」といった原理によって批判をおこなうことはたやすい。しかし、単一原理によって問題を解決することは不可能である。こうした提案に対する批判もまた「特定化」の試みであるべきだろう。

こうした制度を導入することで実際に臓器提供が増加するか否かという点については、必ずしも見通しが明るいとはいえないだろう。しかし、こうした問題提起は、臓器の「調達」と「配分」に関して、より現状に適した制度への変更を促す契機となるものであろう。

〔註〕

- (1) 梅原猛「脳死・ソクラテスの徒は反対する」(『文藝春秋』1990年12月号)。
梅原猛(編)『「脳死」と臓器移植』(2000年、朝日文庫)に再録。以下、引用頁は朝日文庫版による。
- (2) 同書、299頁。
- (3) 臨時脳死及び臓器移植調査会答申「脳死及び臓器移植に関する重要事項について」(1992年)、中山研一(編)『資料に見る 脳死・臓器移植問題』(1992年、日本評論社)、133頁。
- (4) 梅原猛、前掲書、299頁。
- (5) 同書、300頁。
- (6) 加藤尚武『脳死・クローン・遺伝子治療』(1999年、PHP 研究所)、46-47頁。
- (7) Nelson, J. L.: Utility, Fairness, and What Really Matters in Organ Provision. *The American Journal of Bioethics* 4, 2004, p. 29.
- (8) 加藤尚武『二十一世紀のエチカ』(1993年、未来社)、38-39頁。
- (9) 池田清彦『脳死臓器移植は正しいか』(2007年、角川書店)、145-146頁。
- (10) Fox, R. C. and Swazey J. P.: *Spare Parts*. Oxford University Press, New York, 1992, p. 40. 森下直貴他(訳)『臓器交換社会』(1999年、青木書店)、88頁。

- (11) *Ibid.*, p. 40. 邦訳, 88-89頁.
- (12) Crammond, W.A.: Renal Homotransplantation. *British Journal of Psychiatry* 113, 1967, p. 1226.
- (13) Fox, R. C. and Swazey J. P., *op. cit.*, p. 51. 邦訳, 108頁.
- (14) 「日本移植学会倫理指針」(<http://www.asas.or.jp/jst/news/ethical-guide02.htm>).
- (15) LifeSharers (<http://www.lifesharers.com/>).
- (16) The Organ Procurement and Transplantation Network (OPTN) のデータ (<http://www.optn.org/data/>) による。日本の移植希望者数と2007年の年間の死体移植件数は、腎臓移植希望者が約11,600人に対し年間の移植件数は187件、肝臓は約220人に対し10件、心臓は約110人に対し10件となっている。「日本臓器移植ネットワーク・ホームページ」の「移植に関するデータ集」(<http://www.jotnw.or.jp/datafile/index.html>) による。
- (17) Jarvis, R. : Join the Club : A Modest Proposal to Increase Availability of Donor Organs. *Journal of Medical Ethics* 21, 1995, pp. 199-204.
- (18) シンガポールは、臓器提供に関してオプト・アウト制度を採用しているが、臓器提供を拒否（オプト・アウト）した者は、移植が必要になったとき待機者リストにおける優先順位が下がることが臓器移植法に定められている。これもフリーライダーを減らすことを目的とした制度であろう。Singapore : Human Organ Transplant Act. Cap. 131A. Available from Singapore Statutes Online (<http://statutes.agc.gov.sg/>).
- (19) Veatch, R. M.: *Transplantation Ethics*. Georgetown University Press, Washington D. C., 2000, pp. 33-37.
- (20) Veatch, R. M.: *The Basics of Bioethics* (2nd ed.). Prentice Hall, New Jersey, 2003, Ch. 4. 品川哲彦（監訳）『生命倫理学の基礎』（メディカ出版, 2004年）, 第4章.
- (21) *Ibid.*, Ch. 8. 邦訳, 第8章.
- (22) *Ibid.*, Ch. 5. 邦訳, 第5章.
- (23) *Ibid.*, Ch. 8. 邦訳, 第8章.
- (24) *Ibid.*, Ch. 10. 邦訳, 第10章.
- (25) Veatch, R. M.: *Transplantation Ethics*, p. 392. 同様の事件は、イギリスでも起こっている。1998年にシェフィールドで脳死者からの腎臓移植手術がおこなわれたとき、ドナーの遺族が白人だけに移植することを要求し、実際に白人に移植されていたことが、翌年、明らかにされ、臓器移植における人種差別として社会問題となった。このときメアリー・ウォーノックは、イギリスの臓

器提供がオプト・イン制度であり、さらに本人の提供の意思表示に加えて遺族の同意が必要とされていることが、こうした差別を引き起こしたとし、オプト・アウト制度に改正すべきだと主張した。本人や遺族の「同意」が必要なくなれば、差別的な移植先指定はできなくなるというのである。しかし、これは「自律」という原則を後退させることになる。Warnock, M.: *An Anatomy of Giving*, *The Independent on Sunday*, 1999, 7. 11. 出口頭『臓器は「商品」か』(2001年, 講談社), 131-135頁。

- (26) The 2008 Florida Statutes, 765. 513. Available from Online Sunshine (<http://www.leg.state.fl.us/>).
- (27) Veatch, R. M.: *Transplantation Ethics*, p. 392.
- (28) Murphy, T. M. and Veach R. M.: Members First: The Ethics of Donating Organs and Tissues to Groups. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics* 15, 2006, p. 58.
- (29) Veatch, R. M.: Bonus Allocation Points for Those Willing to Donate Organs. *The American Journal of Bioethics* 4, 2004, p. 1.
- (30) LifeSharers (<http://www.lifesharers.com/>).
- (31) Steinberg, D.: An “Opting In” Paradigm for Kidney Transplantation. *The American Journal of Bioethics* 4, 2004, pp. 4-14. ヴィーチも指摘しているように、すでに「オプト・イン (opt-in)」が承諾意志表示方式を示す言葉として定着しているため、互恵的制度を「オプティング・イン (opting-in)」と表現するのは、誤解をまねくおそれがある。ヴィーチは、スタインバーグの提案を、現行のUNOSのポイント制度を前提として「臓器提供の意思表示をした者に対する奨励的配分ポイント (bonus allocation points for those willing to donate organs)」と解している。Veatch, R. M.: Bonus Allocation Points for Those Willing to Donate Organs, p. 1.
- (32) Nadel, M. S. and Nadel, C. A.: Using Reciprocity To Motivate Organ Donations, *Yale Journal of Health Policy, Law, and Ethics* Vol. V, Issue 1: Winter 2005, p. 321.
- (33) Veatch, R. M.: Bonus Allocation Points for Those Willing to Donate Organs, pp. 1-2.
- (34) The Organ Procurement and Transplantation Network (OPTN)のデータ (<http://www.optn.org/data/>) による。日本では生体腎移植の割合が圧倒的に多い。日本移植学会広報委員会(編)「臓器移植ファクトブック2007」(<http://www.asas.or.jp/jst/factbook/2007/index.html>)によれば、2006年の年間の腎臓移植の件数は、死体腎移植が197件に対し、生体腎移植が939件

で、腎臓移植全体に占める生体腎移植の割合は83%にのぼる。日本移植学会の倫理指針でも「健常であるドナーに侵襲を及ぼすような医療行為は本来望ましくない」とされているが、実態は、そうした倫理指針を反映するものとはなっていない。

- (35) Fox, M. D., Allee, M. R. and Taylor, G. J.: Opting for Equity. *The American Journal of Bioethics* 4, 2004, p. 15.
- (36) Nadel, M. S. and Nadel, C. A.: op. cit., pp. 319-320.
- (37) Fox, M. D., Allee, M. R. and Taylor, G. J.: op. cit., p. 15.
- (38) Veatch, R. M.: Bonus Allocation Points for Those Willing to Donate Organs, p. 2.
- (39) Veatch, R. M.: *The Basics of Bioethics* (2nd ed.), p. 181. 邦訳, 262頁.
- (40) Richardson, H. S.: Specifying Norms as a Way to Resolve Concrete Ethical Problems. *Philosophy and Public Affairs* 19 : 279-310, 1990.
- (41) Veatch, R. M.: *The Basics of Bioethics* (2nd ed.), p. 180. 邦訳, 261頁.