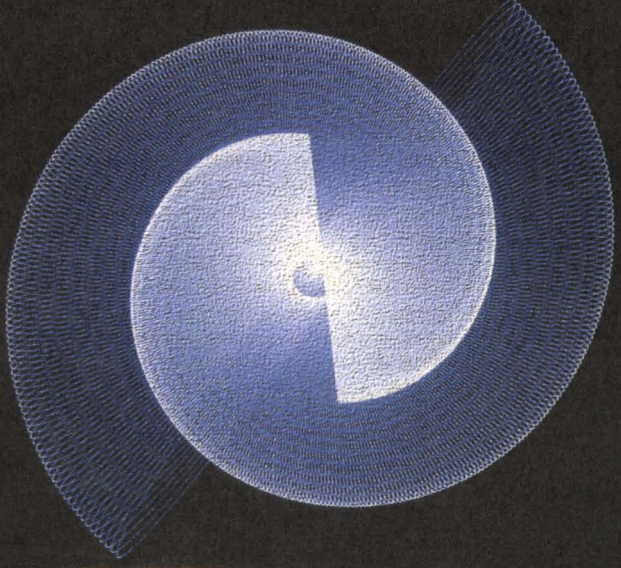


総研叢書 第5集

いのちの倫理

臓器移植・尊厳死・生殖補助医療

歴史・現状・展望

問題点

浄土宗教師の対応

総研叢書……第5集

いのちの倫理

―臓器移植・尊厳死・生殖補助医療―

浄土宗総合研究所

はじめに　坂上雅翁・今岡達雄　6
第一章　臓器移植についてどう考えるか　9
一　問題が山積する臓器移植　9
1　臓器移植の歴史　9
2　日本国内の臓器移植　9
3　海外渡航移植の問題点　9
4　許されるのか窮余の一策　9
5　臓器移植法改正の動き　10
二　移植医療の問題と展望　10
1　知らされない臓器移植の問題点　10
2　心配される国民意識の変化　10
3　脳死臓器移植に依らない移植医療　10
4　問題はあるが頼らざるを得ない臓器移植　10

三　浄土宗教師はどのように対応すべきか
1　浄土宗の生命観と脳死
2　臓器移植に対する基本的な対応
3　浄土宗教師の対応
4　檀信徒に如何に話すか

第二章　尊厳死についてどう考えるか　名和清隆・吉田淳雄　73

一　尊厳死の歴史と現状　74
1　現代における「死」の状況
2　尊厳死とは何でしょうか？
3　終末期における延命治療とその中止の実態
4　終末期医療に関するガイドラインの制定
5　尊厳死法制化の動き

二　尊厳死の問題点
1　尊厳死に対する意識の違い

2　リビング・ウィルとその問題点
3　「尊厳ある死」とは
三　浄土宗教師はどのように対応すべきか
1　臨終行儀と三種の愛心
2　法然上人の死生観
3　浄土宗教師の対応
第三章　生殖補助医療についてどう考えるか　戸松義晴・水谷浩志　139
一　急速に進展する生殖補助医療　140
1　生殖補助医療の現状
2　不妊治療はどのように行われるのか
3　不妊治療の経済面
4　生殖補助医療技術についての意識調査
5　その他の生殖補助技術

二　生殖補助医療の問題点
1　生殖補助医療の何が問題なのか
2　不妊治療に対する賛否
3　ヒトＥＳ細胞研究の問題点
三　浄土宗教師はどのように対応すべきか
1　「いのち」の始まりについての浄土宗の立場
2　不妊の人々に浄土宗教師として如何に対応すべきか
あとがき
用語集
齋藤知明　1[204]　173

はじめに

近年、科学・技術は大変大きな能力を持つようになりました。はじめは、自然の猛威から身を守るための小さな力でしたが、今や、生きるために自然を改変するだけでなく、「いのち」の終焉や「いのち」の誕生にまで関わるようになってきました。それまでは「いのち」の始まりや終わりは宗教の領域でしたが、医学的知見と医療技術が主役を演ずる領域に変わりつつあります。

また、科学・技術の力が大きくなる前には、人々は自然に対抗して生きていくために家族や隣人達と共同体を形成し、寄り添い、助け合い、励まし合う共同体社会を形成してきました。しかし、科学技術の行使による人類の能力の増大は、社会を構成する個々の人々が独立して生きていくことを可能とする、個人集合社会をもたらしました。そこでは、人々は理性的な行動を営むことを条件に社会を構成する個々の人々に自己決定権が与えられ、社会的な決定を個々の人々に委ねることにしました。そこで、共同体の暗黙の了解事項であった様々な「いのち」の営みが、個人の自己決定に委ねられるようになりました。

しかし、この社会的システムは未だ不完全で、発展途上にあり、自己決定のための社会

的規範が求められていると考えられます。ここに宗教者として、これまで「いのち」の営みに関与してきた者として発言すべき領域があります。「いのち」に係る現代的な問題、つまり、新しい科学技術の社会への導入が引き起こすと思われる新しい「いのち」の問題に、個々の人々が対応するための道筋を提示することが望まれていると考えます。これが宗教者の直面する生命倫理の諸問題なのです。

浄土宗総合研究所では平成十六年度から二期四年にわたって総合研究プロジェクト「生命倫理の諸問題」を行い、「いのち」の問題への対応について調査研究を行ってきました。その成果として『「臓器の移植に関する法律」の改正についての見解』や公開シンポジウム等を行ってまいりましたが、これまでの研究成果を多くの方々と共有するために総研叢書としてまとめることにしました。本書では臓器移植、尊厳死、生殖補助医療について研究班の見解をお示ししました。本書が皆様方が「いのち」の問題を考える一助になれば幸いと存じます。

平成二十年三月

浄土宗総合研究所主任研究員　今岡達雄

第一章　臓器移植についてどう考えるか

いのちの倫理に関する最も身近なテーマに脳死・臓器移植問題があります。臓器移植とは心臓、肝臓や腎臓などの臓器の不全をかかえる患者に、提供された臓器を移し替えることによって治療を行う医療です。この医療では臓器が機能していることが必要であり、とくに心臓移植ではすでに止まってしまっている心臓ではなく、動いている心臓を移植する必要があります。そこで、脳死という状態での心臓提供が必要になってきます。ここにいのちの倫理の問題があります。

ここでは、臓器移植が直面している問題とその背景、今後予想される問題と解決への展望、さらに浄土宗教師としてどのように対応すべきかについて考えてみました。

一　問題が山積する臓器移植

1　臓器移植の歴史

移植医療とは、体の組織や臓器の不全をかかえる患者に、提供者の体の一部の組織や臓器を移し替える治療を行う医療です。そのうちの腎臓、肝臓、心臓などの臓器の移植を臓器移植と呼び、皮膚、骨、血管などの組織の移植を組織移植と呼んでいます。

臓器移植は欧米では二十世紀初頭からブタやヒツジの臓器をヒトに移植する異種移植が試みられていましたが、医療としては確立されたものではありませんでした。一九四〇年代にメダワー（英国）がその問題点は免疫機能にあることを発見しました。一九五四年に米国ボストンの内科医メリルと外科医マレーは免疫の問題がない一卵性双生児で腎臓移植を成功させました。

一九六一年、ケンブリッジ大のロイ・カーンはアザチオプリンを使ってイヌの腎臓移植を行い、免疫抑制剤として有効であることを発見しました。一九六三年には米国でスターツル（当時コロラド大学）が世界で初めての肝臓移植を成功させました。同年に肺移植の第一例が、一九六六年には膵臓移植の第一例が、一九六七年には南アフリカの医師バーナードによって世界初の心臓移植手術が行われました。一九六八年には世界で約百例の心臓移植が行われましたが、患者はやがて拒絶反応が原因で死亡しました。心臓移植に提供される心臓は生きている必要があることから「脳死」の問題がクローズアップされ、米国ハーバード大から脳死基準が発表されました。

一九七〇年、スイスのサンド・ファーマ社が免疫抑制剤「シクロスポリン」を開発し、移植医療が本格化することになりました。ケンブリッジ大のロイ・カーンは一九七八年、

シクロスポリンを初めて死体腎臓移植に使用し、翌年には肝臓移植にも使用、一九八〇年にはスターツルが肝臓移植に、シャムウェイが心臓移植に使用して好成績を実現しました。一九八三年ごろからシクロスポリンが薬剤として世界各地に普及し、移植成績が向上するとともに移植数も増加の一途をたどるようになりました。

日本国内では一九六八年（バーナードによる世界初の心臓移植の翌年）、札幌医大の和田寿郎教授によって日本で初めての心臓移植が行われましたが、患者は八十三日後に死亡しました。死後、ドナーの脳死判定や、レシピエントの移植適応をめぐる疑惑が指摘され、和田教授は殺人罪で告発されましたが、証拠不十分で不起訴となりました。しかし、この事件が移植医療不信を招き、欧米に比べて移植医療の普及が遅れた大きな原因となったと考えられています。これ以降、脳死を前提とする心臓や肝臓移植は行われず、肉親間による生体腎臓移植のみが行われる状況となりました。このような背景から、日本では移植を受けられない重傷の心臓病、肝臓病の患者が、欧米諸国に渡って移植を受けるケース（海外渡航移植）が現れました。

2　日本国内の臓器移植

日本国内での臓器移植の特徴は、臓器移植の展開の経緯を反映して、肉親間での生体腎臓移植が多いことと、脳死からの臓器移植が少ないことにあります。「臓器の移植に関する法律（以下、臓器移植法と略します）」が施行された一九九七（平成九）年十月以降の脳死者からの臓器提供数は、二〇〇七年十月現在、累積数で六十二例となっています。

脳死臓器移植の実施数

臓器移植法施行後の脳死者からの臓器提供件数と、そのうち心臓が提供された件数を一覧にしたのが表1です。表2に脳死者からの心臓提供数を国際的に比較してみました。日本国内での脳死者からの臓器提供数は最近増加の傾向にありますが、国際的に見ると極めて少ないのが現状です。また表3には心臓・肺・肝臓・膵臓・腎臓・小腸の移植を希望して社団法人・日本臓器移植ネットワークに登録されている方の人数を示しました。

表1　脳死者からの臓器提供件数

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
提供件数	4	5	8	6	3	5	9	10	12
うち心臓	3	3	6	5	0	5	7	10	10
肝臓	2	5	6	5	2	3	4	5	9
腎臓	4	4	8	5	2	4	8	8	12
膵臓	0	1	5	3	2	3	6	9	12
肺	0	2	5	4	2	4	5	6	7
その他	1	0	1	0	0	0	0	0	2

＊出典：(社)日本臓器移植ネットワークデータより作成。

表2　脳死者からの臓器提供件数

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
日本	3	6	3	0	5	7
アメリカ	2,247	2,229	2,188	2,086	2,055	2,160
フランス	353	342	339	299	339	360
イギリス	237	198	174	163	180	148
ユーロトランスプラント	647	603	604	593	572	564
スカンジアトランスプラント	94	102	95	134	110	88

＊提供者数・移植件数が混在していたため、すべて移植件数に統一。
＊心肺移植も含む。
＊日本のデータには（社)日本臓器移植ネットワークを介さない海外渡航移植を含まない。
＊イギリスの2005年のデータは、2005年4月から2006年3月までのデータを記載。
＊以下の各組織の発表および問い合わせに対する回答に基づく。
・日本：日本移植学会、(社)日本臓器移植ネットワーク
・アメリカ：UNOS, The Organ Procurement and Transplantation Network
・ユーロトランスプラント：Eurotransplant（オーストリア、ベルギー、ルクセンブルグ、オランダ、ドイツ、2000年からスロベニア含む）
・フランス：Agence de la biomedecine
・イギリス：UK Transplant（イギリス、アイルランド）
・スカンジアトランスプラント：Scandia Transplant（デンマーク、フィンランド、アイスランド、ノルウェー、スウェーデン）

表3　移植希望患者数

	心臓	肺	肝臓	腎臓	膵臓	小腸
現登録者数	100	131	182	11,965	151	1

＊出典：(社)日本臓器移植ネットワーク
＊心臓・肺・肝臓・膵臓・腎臓・小腸の移植を希望して（社)日本臓器移植ネットワークに登録されている方の人数（平成19年11月30日現在）

3　海外渡航移植の問題点

厚生労働科学研究費補助金特別研究事業「渡航移植者の実情と術後の状況に関する調査研究（H十七－特別－〇五六）」平成十七年度総括・分担研究報告書（平成十八年三月）によれば、二〇〇五年十二月から日本移植学会の会員医師などに文書と電話で調査を行い、心臓移植では一九八四年～二〇〇五年末に一〇三人が渡航していたこと、肝臓と腎臓は自己判断で渡航した患者が多く全体数や生存率は把握できなかったものの、術後の治療で国内の病院に通院している患者に限定すると、肝臓移植は二二一人、腎臓移植は一九八人であったとしています。心臓移植は米国、肝臓移植はオーストラリア、米国、中国、腎臓移植は中国やフィリピン、米国などに渡航していたとしています。

表4　海外渡航心臓移植実施数

	一九九四	一九九五	一九九六	一九九七	一九九八	一九九九	二〇〇〇	二〇〇一	二〇〇二	二〇〇三	二〇〇四	二〇〇五
一～九歳	2	1	1	1	3	2	4	3	4	1	2	4
十～十七歳	1	2	0	0	1	1	3	1	2	2	3	5
十八歳以上	2	6	3	4	2	1	2	4	1	4	4	6

＊「渡航移植者の実情と術後の状況に関する調査研究（H十七－特別－〇五六）」

小児の臓器移植の問題点

現行の臓器移植法では、心臓移植を必要とする小児

は、国内で小児ドナーからの臓器移植は認められていません。心臓移植に限らず、小児が臓器移植を必要とする場合には海外での移植に頼らざるを得ません。そのためには巨額の医療費と渡航費用を要するため、募金活動によりその費用を集めているのが現状です。

臓器移植法施行後、二〇〇五年末までに小児で海外渡航移植を希望し、国内の医療施設で検討された例は七十二例にのぼっています。そのうち三十八例が移植に至り、十一例が渡航準備中に、十一例が渡航待機中に死亡したという報告があります。

この問題は単に国内の医療問題ではなく、渡航相手先の国におけるドナー不足もあり、自国民の臓器移植のために他国民からの臓器移植を求めて渡航することの是非も問われなければならない問題です。

成人の海外渡航移植の問題点

我が国にも臓器移植法があるにもかかわらず、国内で移植不可能な患者の海外渡航移植に対する国際的な批判にどう答えるかという問題がまずあります。さらに、自国民の生存権を国内法で守っていけないという点について、国や学会としてのあり方が問われています。

国際的に見ても、先進国でさえ深刻なドナー不足による生体肝移植が増加し、ＷＨＯが

警鐘を鳴らしています。

また、南北問題という観点から臓器移植問題についてみれば、豊かな国から貧しい国へ臓器売買による移植を求めて渡航するケースも少なからず報告されています。このようなケースに限らず、国内の専門医を通しての海外移植以外の場合、術後のケアについて問題が起こることもあるようです。

自発的に渡航移植した患者が、帰国後の術後の健康維持についてまったく患者本人の移植に関わってこなかった医師に外来受診するケースも多数あるとのことで、自発的海外渡航移植について、その安全性や適応が把握できないケースが発生する可能性が指摘されています。

4　許されるのか窮余の一策

ドミノ肝移植

慢性的な臓器提供者（ドナー）不足から考え出された移植方法で、肝臓移植を受けて摘出した肝臓を、第三者の肝臓病患者に玉突き式に移植する治療法です。ドミノ倒しのように、次々に移植を行うことからこう呼ばれてます。

最初に肝臓移植を受ける患者の肝臓は、当然のことながら移植が必要なほど疾患が進んでいるわけです。この肝臓が肝硬変であれば第三者への移植は不可能なわけですが、FAP（家族性アミロイドポリニューロパチー）の肝臓に限りドミノ肝移植に用いています。

FAPの肝臓がドミノ肝移植に用いられるようになったのには、この疾患の発症までの年数と大いに関係があります。この疾患は肝臓でトランスサイレチンという物質が作りだされてしまい、これが変化したアミロイドと呼ばれる蛋白が全身の臓器や神経の細胞外に約二十年かかって沈着する疾患です。手足の感覚がなくなったり、身体が衰弱する予後不良の病気で、特定疾患（難病）に指定されています。

しかし、FAPの肝臓はそれ以外の機能は正常で健康な肝臓と変わりません。そのため、第三者として緊急な移植を受けざるを得ない患者にとって、余命が二十年以下と考えられる場合には問題がないといわれ、次の肝臓提供者が見つかるまでのつなぎ移植も含めて、ドミノ肝移植が行われてきましたが、近年、ドミノ肝移植を受けた患者が六年半でFAPの初期症状が出たという報告もあり、緊急時におけるまさに窮余の一策ということができます。

国内では一九九九年から二十八例、世界では過去五〇〇例以上が行われています。これ

までのドミノ移植は、最初に臓器の提供を受ける人がＦＡＰ患者である場合に限られています。

病気腎移植（万波問題）

宇和島徳洲会病院に勤務する泌尿器科医師・万波誠氏は、「腎不全で非常に困っている人を、少しでも良くしてあげようというのが義務と思っている。透析で苦しんでいる人を、移植で元気にするという風潮をつくっていかなければならないと思う」という信念に基づいて、病気で摘出した腎臓を他の患者に移植しました。これについて、厚生労働省、移植関連の学会、病気腎移植支持者により賛否両論がおこっています。

この問題が注目されたのは、二〇〇六年に起こった臓器売買事件で、万波医師自身は売買に関係しなかったことが確認されましたが、これを契機に万波医師による病気腎移植問題がクローズアップされました。

最近の報道によれば、

宇和島徳洲会病院（愛媛県宇和島市）の万波誠医師（六七）による病気腎移植問題で、同病院の調査委員会（委員長・貞島博通病院長）は十二日、同病院で実施した移

植や摘出について、ほぼ妥当あるいは容認できるとする最終報告書を公表した。報告書には病気腎を医療現場で活用するよう求める提言も盛り込まれた。

厚生労働省は昨年、病気腎移植の原則禁止を通知しており、日本移植学会などの関連学会も医学的妥当性を否定している。調査委は同年九月の見解に続き、病気腎移植に対する好意的姿勢を突出させた形となった。

報告書によると、病気腎移植十一件のうち、腎動脈瘤（りゅう）など七件を妥当と評価し、腎がんの二件を容認できるとした。ネフローゼ患者の腎臓二件は疑問が残るとしたが、まったくの否定はできないと付言した。

六件の摘出については、尿管狭窄（きょうさく）の腎臓三件を妥当、腎動脈瘤一件を容認した。ネフローゼ患者二件は容認と否定の両論併記とした。

調査委員の一人で、日本移植学会の雨宮浩・元国立小児医療研究センター名誉センター長は、報告書とは別の意見書で「万波医師の移植と未来の問題である病気腎の臨床研究を同一に論議すべきでない」として異議を唱えた。

（時事通信社〈インターネット版〉二〇〇八年一月十二日）

まさに窮余の一策ですが、患者に対して適切なインフォームドコンセントがなされてい

たか、臓器摘出施術を担当した同じ医師が、そのまま移植施術をする点など、議論されるべき問題を多く含んでいます。

5　臓器移植法改正の動き

現行の「臓器の移植に関する法」いわゆる臓器移植法は、一九九七年七月十六日に公布され、三ヶ月後の十月十六日に施行されました。

その附則には、「第二条　この法律による臓器の移植については、この法律の施行後三年を目途として、この法律の施行の状況を勘案し、その全般について検討が加えられ、その結果に基づいて必要な措置が講ぜられるべきものとする」とありますが、見直しはされませんでした。施行後十年を迎える二〇〇六年一月に招集された第一六四回国会で二つの改正案（中山案、斉藤案）が提出されましたが、政局の混乱もあり審議が先延ばしになっていました。二〇〇七年九月十日に召集された第一六八臨時国会でさらに一案（金田案）が加わり、第一六九通常国会厚生労働委員会で審議されています。

三つの改正案

中山案は、自由民主党中山太郎氏ほか五名によって提出された議案です。この議案は第一六二回国会最終日に中山氏ほか三名によって提出され、審議未了となった法案を第一六四回国会に再提出したものです。議案の内容としては、

・脳死を人の死とする
・本人の同意が確認できなくとも、遺族の同意があれば臓器摘出は可能
・臓器提供者の年齢制限はなし
・親族優先権を認める

というところに特徴があります。この議案は、臓器移植をする場合に限り脳死判定をしてきた現行法と大きく違います。ですから、脳死をすべて人の死とすることは慎重に審議されるべきでしょう。

第二の改正案は斉藤案です。これは公明党斉藤鉄夫氏ほか三名によって提出された議案です。これも第一六二回国会最終日に提出され、審議未了となった法案を第一六四回国会に再提出したものです。議案の内容は、

・脳死判定は現行法のまま

・十二歳より臓器提供の意思表示可能
・親族優先権を認める

というところに特徴があります。

第三の改正案は金田案です。これは民主党金田誠一ほか二名によって第一六八国会に提出された議案です。議案の内容は、現行法の枠組みを維持したうえで現行法の不備な点を補完するための議案で、

・脳死判定基準、手続きの適正化
・組織移植および生体間臓器移植の規制
・移植手術後の患者の健康状態を把握する規程、臓器等の移植に関する検証の規定の必要性

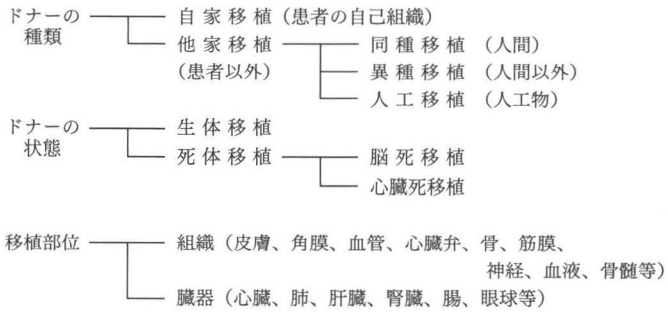
をうたっています。また、子どもからの脳死移植については専門的議論の喚起を促しています。親族優先提供はありません。

二　移植医療の問題と展望

脳死を前提とした臓器移植、いわゆる脳死・臓器移植は移植医療という医療の一部です。移植医療とは患者の病変部位を提供者（ドナー）から提供される組織や臓器に移し植えることによって治療を行う医療行為です。組織や臓器のドナーは、最も適合性がよいのが本人の自己組織や細胞ですが適用できる条件が限定されています。そこで、組織や臓器の提供を希望する人からの移植が行われています。人工物からの移植や人間以外の動物からの移植が試みられています。人工物では人工骨、人工関節、人工血管、人工心臓弁、人工水晶体などが実用化されていますが臓器手の適用は一部に限定されています。動物由来組織の利用は心臓弁、血管、硬膜、骨、気管、角膜などで広く行われてきましたが、ＢＳＥ及びＣＪＤ問題等によって使用が制限される方向にあります。

次にドナーの状態についてですが、生きているからだ（生体）から臓器を取り出し移植に提供する生体移植と、死体から臓器を取り出す死体移植があります。腎臓、膵臓、角膜、骨、脂肪、皮膚および組織については心臓死した遺体から取り出した臓器での移植が

図1　移植医療の分類



可能です。しかしながら心臓に関しては生きている状態で移植する必要があり、脳死という状況が唯一移植可能な状態なのです。脳死とは脳のすべての機能が回復不可能な段階まで達した状態のことで、そのままにしておけば程なく心肺停止状態になり移植が出来なくなります。つまり、脳死という死の定義は心臓を移植するということを前提として導入されたものと考えられます。だからこそ脳死・臓器移植が特別な問題として採り上げられるのです。

移植医療を移植部位によって分類することもあります。様々な細胞が集積し機能を持った器官が臓器です。心臓、肝臓、腎臓、膵臓、脾臓、肺臓など臓という文字がついた器官や胃、小腸、大腸のような内臓器官、目、鼻、耳、舌のような感覚器官があります。組織とは器官を構成する機能と構造を持った細胞の集合体です。皮

膚、筋肉、血管、骨、角膜、硬膜などがあります。血液も組織として分類されますが、多様な機能を果たしているため最も簡単な臓器とも考えられ、臓器移植といわれることもあります。骨髄移植は骨髄幹細胞を移植するため細胞移植とも定義されます。増殖能力の高い幹細胞を移植し組織の再生を期待する医療が再生医療であり、移植医療の一分野でもあります。

ここでは、移植医療の持つ本質的問題と今後の発展方向を展望しましょう。

1　知らされない臓器移植の問題点

脳死・臓器移植に関しては、この移植医療によって助かる命つまり重篤な患者の側ばかりに目を奪われがちです。しかし、臓器を提供する側の問題点や臓器移植が本質的に抱えている問題点が正確には知らされていません。ここでは、この点について考えてみましょう。

脳死者は死んでいない

東京海洋大学海洋科学部の小松美彦教授は『脳死・臓器移植の本当の話』の中で、脳

死・臓器移植に関するさまざまな問題を指摘しています。たとえば、脳死状態とは臓器の移植に関する法律では「脳幹を含む全脳の機能が不可逆的に停止するに至ったと判定されたもの」とされ、大脳、小脳、脳幹の全てが機能停止しているため、意識も感覚もなく遠からず確実に死ぬことが保証された状態であると考えられています。しかし、小松は『意識や感覚はないのか』という項で、本当に脳死者に意識や感覚がないのかは検証されてはいないと指摘します。そして、臓器摘出にあたって脳死体に麻酔をかけるのはなぜなのか、臓器摘出時に脈搏や血圧が急上昇するのはなぜかと問うています。

また、「身動き一つしないのか」の項では、脳死判定基準を満たした脳死者においてラザロ徴候を含む自発運動や呼吸様運動が見られることを指摘しています。「遠からず確実に死ぬか」の項では、米国ＵＣＬＡのアラン・シューモン教授の論文を引用し、脳死判定後長期にわたって心拍動を続けるものが存在すること、身体の有機的統合性を統帥しているのは脳だけではないことなどを主張しています。つまり、脳死者は死んでいないというのが小松教授の主張であり、脳死そのものに疑義があると主張しています。

多分、死という現象は特定の時点をもって起きる不連続的な現象ではなく、身体の様々な機能が段階的に停止しながら徐々に連続的に進行するものなのです。従来から広く認め

られてきた三徴候死（心臓の停止、呼吸の停止、瞳孔散大）は、この連続して進む死という現象に対応して私達大多数の者が承認した死なのです。それよりも早い時点で死を定義することは、死んでいない者を死んだということになるのです。

臓器移植を前提とした救急医療とは

脳死・臓器移植に強く反対する団体に「全国交通事故遺族の会」があります。この会は交通事故で家族を失った遺族で構成される日本で唯一の全国的組織です。この会では「他人の死を前提にした、移植医療」に一貫して反対しています。その理由として「それは交通事故の被害者が、手近なドナーと見なされていることへの反発と、そして家族の脳死を体験した遺族だけがもつ、『脳死は人の死ではない』とする素朴な感情もあります」と主張しています。

ここに脳死・臓器移植医療の本質的問題を見ることが出来ます。脳死者はどのような状況で生み出されるかということです。脳死判定基準を満たしうる患者の年間発生数推計は数千名レベルで幅がありますが、長谷川友紀（帝京大学公衆衛生学）らによると年間三一六〇人～七九〇〇人と推計されています（『日本医事新報』No.三五六五、五一～五四頁、

一九九二年)。厚生省調査によるデータでは年間一六九五例と報告されており、その原因疾患の内訳はクモ膜下出血五〇三件(二九・七%)、頭部外傷五〇二件(二九・六%)、脳出血三四六件(二〇・四%)、その他三四四件(二〇・三%)となっています。また、脳死者の発生場所は約八割が救命救急センターであるとされています。つまり、脳出血や交通事故で頭部損傷した患者が救急救命センターに運ばれ、そのうち〇・四~一%が脳死になると推計されています。

ところで、救急救命センターとは一人でも多くの人の命を救うことが使命です。しかし救急医療体制を整備すると、脳死の対象となる患者数は減少する可能性があります。更に大きな問題があります。それは救急患者の命を救おうとする医療行為と、臓器提供の条件を良くする為の医療行為が相反します。例えば、脳組織を守るために脳内圧を下げるには利尿剤を使って水分を排泄する必要がありますが、移植に使用するためには利尿剤の使用を控えた方が新鮮な状況をたもつことができます。これは、例えば脳死・臓器移植を推進する社会にあっては、脳死に移行しそうな助かりそうにもない患者への治療を控え、新鮮な臓器を確保する治療を行う方が総合的には便益が高いと評価される可能性があるということです。

小児の脳死・臓器移植に関して可能な年齢を下げる方向に向かっています。しかし、現在では小児科医の不足が深刻になっており、小児救急医療の体制が十分ではありません。臓器移植によって小児の命を助ける前に、小児の命を助ける小児救急医療体制の整備の方が重要でしょう。また、一九九九年の厚生省の調査によれば、過去十年間の小児脳死患者一四〇人のうち三人は、親の虐待が原因とされています。欧米の調査では〇～三歳児の頭部外傷の三割、骨折の五割が親の虐待によると報告されており、虐待を行った親の同意で臓器移植を承認することには大きな問題があると言わざるを得ません。

釣り合わない需給

脳死者からの臓器移植は二〇〇七年では十二件行われました。そのうち心臓移植は十件でした。これに対して、心臓移植を希望して（社）日本臓器移植ネットワークに登録されている方は二〇〇七年現在で一〇〇名おりますから、臓器の数は必要数の約一割しかありませんでした。日本は脳死・臓器移植においては特殊な立場にあり、臓器の提供数が少ないレベルで推移していますが、欧米では高いレベルで臓器の提供が行われています。二〇〇四年の心臓移植数は日本五件、米国二〇五五件、英国、フランス、ドイツを含めた欧州

主要国計で一二〇一件となっています。国によって人口が違いますから、人口一億人当たりに換算してみると、日本四件、米国七〇一件、欧州四五三件となり、わが国の脳死心臓提供者数の低さがわかります。欧州並みのレベルになれば待機患者は一掃されることになります。

さて、わが国に比べて二桁も臓器提供数がある欧米では待機患者が無いのでしょうか。米国UNOSの統計（1993 Annual Report）によると、移植を待てずに待機中に亡くなる患者の割合は心臓移植で三三%、肝臓移植で一八%であり、また欧州のユーロトランスプラントの統計（Eurotransplant Newsletter 109）では心臓移植で一五・八%と報告されています。日本国内では、二〇〇七年五月三十一日までに心臓移植の登録待機患者二七九人の中で死亡された方は九四人（三三・七%）で、ほぼ米国並みになっています。潤沢な臓器の提供がある欧米でも希望者全員が移植を受けられる訳ではありません。移植医療が一般的な治療法として社会に導入されると、その医療を受けようと考える患者あるいはその医療行為を受けさせようとする医師が増え、その結果待機患者数も増加するということです。心臓移植を希望して（社）日本臓器移植ネットワークに登録されている方は一〇〇名ですが、日本移植学会では様々な研究結果から国内の心臓移植適応患者数は年間二二八～

六七〇人であると推定しています。

延命効果はどのぐらいか

移植後の病状改善について問題を指摘する意見もありました。また、移植後に服用する免疫抑制剤の副作用について問題視する人もおります。このような見解に対しては次のような主張がされてきました。

国際心肺移植学会の統計によると、一九九九年から二〇〇四年までの三年間に心臓移植を受けた人一六、二二七人の生存率は、三ヶ月八九・五％、一年八四・九％、三年七八・六％、五年七二・一％となっています。移植する前のこれらの人々の病状は、七三％が寝たきりで、二四％が心不全の症状のため日常生活に支障があったとされています。移植後これらの症状は劇的に改善し、生存者の八六％が全く無症状で、一二％が日常生活には支障がないとされ、すなわち九八％が通常の生活を送ることが可能となっています。さらに心臓移植後のＱＯＬ（クオリティー・オブ・ライフ、生命または生活の質）については、八〇～八五％の人で活動力が高いとされ、生活の充実感、健康であるという意識度も一般健康人とほとんど変わらないと評価されています。移植成績は学会で統計の取り方が異な

りますが、脳死・心臓移植を受けた方の生存率は一年九七・六％、三年九七・六％、五年九一・八％、脳死・肝移植を受けた方々の累積生存率は一年八〇％、三年七七％、五年七二％、脳死を含む生体腎移植では一年生着率九〇・二％、五年七五・三％、脳死を含む生体肺移植では一年生存率八三・〇％、五年生存率七一・一％となっています。つまり、生存率から見ても、予後の生活から見ても移植という治療は有効であるという意見です。

確かに、どの臓器の移植も五年生存率七〇％以上となっており、移植医療の有効性が示されているように見えます。しかし、実際には治療を行わなかった場合でも患者はすぐに死亡するわけではありません。つまり待機患者の生存率と比較する必要があります。例えば肺移植に関しては次のような数値が発表されています。国際心臓・肺移植学会の二〇〇五年の報告では、生体肺移植後の一年生存率は七六・二％、五年生存率は四八・六％でした。これに対して肺移植の待機患者の生命予後は、一年生存率六六・五％、五年生存率三一・三％でした。つまり五年生存率で三一・三％から四八・六％に改善が見られたわけで、これが肺移植の有効性の評価になります。肺移植に関しては待機患者の生存率が報告されていますが、心臓や肝臓については待機患者の統計も生存率等の推計が報告されていません。つまり、有効性を示す意味ある数値が示されていないということです。

2　心配される国民意識の変化

次の問題は脳死・臓器移植によってもたらされる国民意識の変化です。欧米は脳死による臓器の提供数が多いが、日本は低レベルに推移している、欧米並みに引き上げるために啓蒙活動が必要だと言われてきましたが、これは本当のことでしょうか。

臓器提供と自己決定権

欧米では脳死者からの臓器提供数が多くなっています。これは脳死・臓器移植に対する日本との制度上の違い、その元となる民族性の違いに起因すると考えられます。まず制度上の違いですが、本人の意思表示による臓器提供を基本とする国と、推定同意という考え方が導入されている国があります。本人の意思表示による臓器提供とはいわゆるインフォームド・コンセントによる制度であり、推定同意とは拒否の意思を表明していなければ自動的にドナーとみなされる制度です。推定同意を採用する場合には、臓器提供を拒否するために意思表示をすることが必要です。米国、英国、アイルランド、デンマーク、フィンランド、スウェーデンでは本人の意思表示制度が、ベルギー、フランス、ギリシャ、イタリア、ルクセンブルグ、スペイン、オーストリアでは推定同意制度が採用されています。

また、本人の意思表示を重視する国でも、生前における提供拒否の意思表示がない限り、近親者の同意で臓器提供が可能です。また、近親者への優先的な臓器提供が約束されています。

欧米でも脳死・臓器移植に対して最初から簡単に合意形成がなされたわけではなく、臓器移植をめぐっては、宗教界でも賛否両論がありました。特に反対する可能性の高かった生命擁護派の急先鋒であるカトリック教会が容認することが、一九五七年のピウス十二世の発言「無意識状態のまま死亡する患者の死の瞬間の定義は医師にゆだねられている」、一九九〇年ヨハネ・パウロ二世の発言「ドナー登録は人間愛の行為であり、その人間愛を実践し、その意識を表記する有益な機会である」によって示され、脳死・臓器移植の問題は当事者の意志決定の問題になりました。

欧米では国家や社会の権威に対して個人の権利と自由を尊重することを主張する立場が確立しています。この個人の権利と自由は市民革命によって勝ち取った重要な権利です。ですから、臓器提供に関しても個人の自由意志、つまり自己決定権が重視されます。自己決定権とは「ある行為の諸結果は可能な限りその行為者の選択・決定に帰責させられる。同時に、その行為はたとえ当人に対し不幸な結果をもたらすことになったとしても他人に

危害を加えない限り最大限尊重される」ということです。自己決定権を尊重する背景には、人間は情報を充分与えられれば合理的な意志決定を行うことが可能であるという人格論（パーソン論）が存在します。つまり、当人に対して不利益になる行動を選択したとしても、それは充分な情報に基づいて個人の自由意志によって決定されたものであるから、これを容認しその責任は個人に帰着すべきであるという考え方です。

さて、このような考え方が日本の現状に適合したものでしょうか。啓蒙活動を十分行えば、このような考え方を導入することも可能だと考える人々もおりますが、国家や社会に依存する傾向の強いわが国ではこのような考え方が社会的に容認される可能性は低いのではないかと思います。ですから、臓器非提供の意思を示さない限り脳死・臓器提供を行う（推定同意）という方法は、わが国には馴染みにくいのではないでしょうか。

人体組織や臓器の部品化

臓器移植用の臓器は慢性的に不足しています。このため、移植が可能な国で臓器移植を受ける海外渡航移植も相当数になっていること、また海外渡航移植については貧しい国々の人々からの臓器売買を生んでいることも指摘したとおりです。このように、国内では慢

性的臓器不足であるのにもかかわらず、臓器移植は臓器疾患の一般的な治療方法の一つであると見なされると、そこに方法がある限り治療を受けようとする欲求が発生します。そして、人間の臓器をまるで機械の一部品であるように交換可能であるとする考え方が広まってくる可能性があります。

東京外国語大学教授で現代思想を専門とする西谷修氏は、臓器移植の社会への導入によって「人間の身体は機械の部品のように考えられ、それを医療システムが「公共の利益」のために利用する。身体の個別性は消滅し、集合的で非人称的な身体のみがクローズ・アップされているのだ。そのため身体は「公共化」され、個人の生死の意味さえ曖昧になってくる」と指摘しています。また、大阪府立大学教授で生命学を提唱している森岡正博氏は臓器移植の問題に触れて、他人の臓器までもらって生きたいと思うエゴイズムを強調し、これは他の動植物や地球環境、発展途上国の人々を犠牲にしてまで豊かな生活を求めたいという考え方と同じであるとしています。そして、これからはエゴイズムのコントロールが必要であり、生活レベルの向上にあたっては環境への負荷を最小にする。先端医療にあっては身体の部品化は避けることが必要としています。

このような人体組織や臓器の部品化という考え方は、私達の肉体が交換可能な部品で構

成された物であるという考え方に行き着きます。これは、個人のアイデンティティー、つまり「自分とは一体何者であるのか」といった人間観、個人の生死という生命観、我々を取り巻く動物や植物の自然観を大きく変えてしまう可能性を持っています。キーワードは「交換可能」です。本当は個々の人の存在、人のいのち、個々の自然の存在といのちはすべて交換できない唯一のものであり、それゆえ尊厳性を持っているのです。人体の部品化という考え方は、いのちの尊厳性を蝕む可能性のある考え方なのです。

3　脳死臓器移植に依らない移植医療

脳死臓器移植は様々な問題を持っていることをしましました。このような状況に対応して先端医療の分野では様々な研究開発が行われています。まず、人工臓器の研究開発は一九五〇年代から行われてきました。人工心肺、人工腎臓、人工心臓、人工関節、人工皮膚、人工血管、人工血液などです。人工組織については実用されていますが、人工臓器については大型に機械を必要とし人体に内蔵するまでには至っていません。

現時点で有望と考えられているのが急速に進展するバイオテクノロジーの成果を応用した再生医療分野です。人間の体を構成する組織や臓器は胎児の時にしか形成されません。

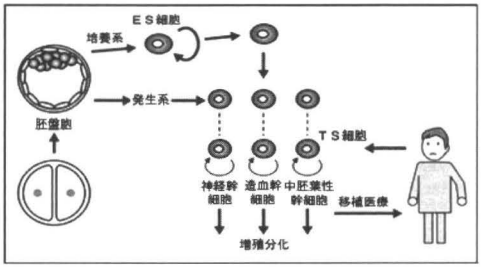
組織や臓器を構成する細胞は常に新しい物に更新されますが、その組織が欠損した場合には再度生えてくることはありません。動物の中にはトカゲのように尻尾を失っても再生するものがありますが、これと同じように再度生えてくることのない組織の機能回復の方法を研究する新しい医学の分野が再生医学、臨床的に応用するのが再生医療です。例えば、心筋梗塞が起こると心筋の一部が壊死してしまいます。そして壊死した細胞は再生しない上、そこに至る栄養血管も詰まって機能不全になってしまいます。そこで、何とかして細胞を再生しようとするのが再生医療です。その方法として有力視されているのが幹細胞の利用であり、体性幹細胞、ＥＳ細胞とｉＰＳ細胞などがあります。です。ＥＳ細胞とｉＰＳ細胞については臨床応用、つまり実用化には時間がかかりますが、多大な研究開発努力が行われています。

ＥＳ細胞（胚性幹細胞）とは

人体を構成する大部分の細胞は、皮膚や筋肉のように細胞分裂して新しい細胞に生まれ変わりますが、元の細胞と同じ皮膚や筋肉にしかなりません。このような細胞を分化した細胞と呼びます。ところが造血幹細胞と呼ばれる細胞は、それ自身である造血幹細胞にな

ったり、赤血球、白血球や血小板などの細胞になることができます。このように、自分自身以外の細胞を生み出す能力のことを分化能と呼び、その能力を持った細胞を幹細胞と呼んでいます。体性幹細胞（Somatic stem cells）と胚性幹細胞（Embryonic stem cells）の二種類があります。

図２　幹細胞による再生医療



＊『バイオ・ゲノムを読む事典』（東洋経済新報社）より引用

胚性幹細胞とは、動物の発生初期段階である胚盤胞の一部から取り出すことが出来る細胞で、その動物の体のすべての細胞に分化する能力（全能性）を持っています。しかし、胚盤胞の時期を過ぎ分化すると全能性は次第に失われてしまいます。全能性は失われますが、組織や臓器にはその臓器の役割をサポートする分化能力を持った幹細胞が存在します。これらの細胞は体性幹細胞とか組織幹細胞（Trophoblast stem cells：ＴＳ細胞）と呼ばれ、神経幹細胞、造血幹細胞および中胚葉性幹細胞などがあります。特に骨髄中胚葉性幹細胞は、骨芽細胞、骨格筋細胞、心筋細胞、神経細胞、肝細胞に分化するこ

とが実験的に示されており、その多様な分化能力の人為的制御が試みられています。この他に肝臓・骨格筋などのTS細胞についても研究が進められています。ただし、いずれの場合もTS細胞そのものの性質には不明の点が多く、幹細胞を用いて臨床応用を実現化するための大きな課題となっています。

これに対して胚性幹細胞（ES細胞）は、生体外で理論上すべての組織に分化する全能性を保ちつつ、ほぼ無限に増殖させることができるため、再生医療への応用が注目されています。ES細胞は、もともと由来する種によってヒトES細胞とかマウスES細胞と呼ばれています。たとえばマウスなどの動物由来のES細胞は、さまざまな遺伝子操作が可能なので基礎医学研究では既に広く利用されています。

ところで、ヒトES細胞の利用には倫理的な問題があります。第一の問題は受精卵を使うということです。ヒトES細胞を樹立するには、受精卵ないし受精卵より発生が進んだ胚盤胞までの段階の初期胚が必要です。ヒトES細胞の場合の普通のやり方は不妊治療の際に採取される受精卵が材料とします。そのまま母体に戻せば赤ちゃんとして成長する受精卵を破壊してES細胞を樹立するわけですから、ヒトの命を奪う行為として問題視されています。この問題については先進国の間でも対応が分かれています。ES細胞研究の中

心である米国では、ブッシュ政権が二〇〇一年八月に公的研究費による新たなヒトＥＳ細胞の樹立を禁止しました。しかし、連邦の公的研究費を使わなければ、かなり自由に研究が出来ます。パーキンソン病、脳梗塞、糖尿病などが治療できる可能性から、その研究を認める国もあります。例えばヒトＥＳ細胞の樹立も使用も禁止している国はイタリア、ブラジル等です。樹立は禁止しているが既存のＥＳ細胞の使用を許している国はドイツ、フランス、デンマーク等です。余剰胚に限りＥＳ細胞の樹立その使用を許している国は日本、韓国、ロシア等です。ＥＳ細胞の樹立目的のヒト胚作成も可とし使用も可としている国には英国と中国があります。米国は州によって対応が異なり、全ての研究が出来る州から、全てを禁止している州までバラエティに富んでいます。クローン胚からのＥＳ細胞樹立を容認しているのは、英国、中国と米国カリフォルニア州となっています。クローン胚からのＥＳ細胞の樹立は、受精卵の破壊という問題ばかりでなく、母体に戻せばクローン人間を生み出すことが可能であるという新たな倫理問題をはらんでいます。

ヒトＥＳ細胞を用いた再生医療

ヒトＥＳ細胞を再生医療に応用するためには、まずＥＳ細胞をある特定の細胞に分化さ

せなくてはなりません。例えば神経細胞や膵臓ベータ細胞などに効率的に分化させる方法が盛んに開発されています。その上で分化した細胞を選別抽出後、移植することになります。例えばインスリンを分泌に問題がある糖尿病患者に対して、インスリンを分泌する膵臓ランゲルハンス島のベータ細胞に相当する細胞をＥＳ細胞の分化によって作製し細胞移植します。将来的にはさらに培養を行って臓器として移植することも考えられています。ただ、現状では特定の細胞に分化させるための研究開発が盛んに行われているという状況で、実用的な再生医療になるためには未だ多くの努力が必要です。

ところで、細胞培養する元になるＥＳ細胞と移植を行う患者の適合が悪いと、移植しても拒絶されるという問題点があります。これは脳死・臓器移植と全く同様です。これを克服するため、患者の細胞に由来するＥＳ細胞を樹立することができれば、拒絶されることはなく幅広い応用が可能になります。これがヒトクローンＥＳ細胞です。この細胞を樹立するためには、クローン胚を作る必要があります。近年、動物ではこのような方法が可能になっており、ヒトにおいても技術的には動物と同様にこの技術を用いてクローンＥＳ細胞を得ることは可能であると思われています。しかし、中途段階にて得られるクローン胚を母体の子宮に戻せばクローン人間を作製することが可能であり倫理的な問題を引き起こ

します。また、この作業は成功率が低いため多量の卵子を必要とし、卵子を集める段階でも倫理的な問題を起こす可能性が指摘されています。黄禹錫（当時ソウル大学校教授）が二〇〇五年にヒトクローンＥＳ細胞を樹立したと米国科学雑誌サイエンスに報告しました。しかし同年十二月、卵子の入手方法をめぐる倫理的問題に加え、研究成果そのものが捏造であることが判明したという事件はよく知られるところです。

ｉＰＳ細胞の可能性

最近ｉＰＳ細胞(induced pluripotent stem cells、人工多能性幹細胞)という言葉がよく聞かれるようになりました。ｉＰＳ細胞とは、人工的に作られたＥＳ細胞に似た分化多能性をもった細胞です。京都大学の山中伸弥教授らのグループが、体細胞へ数種類の遺伝子と逆転写ウィルスを導入することにより世界で始めて実現しました。

山中教授たちは、細胞核内にある遺伝子ＤＮＡとタンパク質複合体が、外部から導入された物質による後天的な働きによって、遺伝子の発現を制御できること、つまりエピジェネティック機構を利用して、ＥＳ細胞としての分化万能性の研究を行いました。この結果、マウスＥＳ細胞では分化万能性維持に重要な働きを持つ因子として二四の遺伝子をリ

ストアップしました。そして、この二四遺伝子全てをレトロウイルスベクターを用いてマウス線維芽細胞へ導入したところ、線維芽細胞からＥＳ細胞と同じような多能性を持った細胞株を樹立することに成功しました。二四遺伝子をさらに絞り込み、最終的にOct-4、Sox2、Klf4、c-Mycの四遺伝子を導入すれば人工的な多能性細胞（ｉＰＳ細胞）を樹立することを突き止めたのです。

これまでＥＳ細胞でしか実現されていなかった多能性を人工的に作製出来たわけですから、まさに画期的な発見と評価されました。時をほぼ同じくして、マサチューセッツ工科大学のロドルフ・ヤニッシュらのグループ、ハーバード幹細胞研究所のグループ、ＵＣＬＡ医科大学のグループも、同様の方法を用いてマウスｉＰＳ細胞の樹立に成功しています。

四遺伝子は山中因子と呼ばれていますが、その中にガン遺伝子が含まれていることが問題で、樹立された細胞がガン化されていることが多く見られました。そこで、ガン遺伝子を使わずに多能性を実現するための熾烈な研究開発競争が行われている最中です。最近では同じ京都大学の杉山弘教授らの研究グループがガン遺伝子もレトロウィルスも使わずに、ポリアミドの一種である化学物質を使ってｉＰＳ細胞を樹立したと報道されていま

す。

受精卵もガン遺伝子も使わないｉＰＳ細胞が可能になれば再生医療の実現に大きく前進すると期待されていますが、現在ではマウスＥＳ細胞と同様のｉＰＳ細胞が出来た段階であり、今後はヒトＥＳ細胞様のｉＰＳ細胞の樹立、分化の制御、臓器への組織再生方法など多くのハードルがあることは否定できません。また、もしヒトｉＰＳ細胞が可能となると生殖細胞への分化も可能になるということです。つまり、ある特定の人物の精子や卵子を作り出すことも可能ですし、受精卵を得ることも、母胎に導入して胎児として成長させることも原理的には可能になりますので、新しい倫理的問題を生み出すことは明らかでしょう。

４　問題はあるが頼らざるを得ない臓器移植

さて、脳死・臓器移植についてさまざまな観点からの活動が行われています。第一は脳死・臓器移植を積極的に進める立場です。日本移植学会などの医療者の団体、全国腎臓病患者連絡協議会や日本移植者協議会などの患者団体、臓器移植を仲介する（社）日本臓器移植ネットワークなどの団体がこの立場をとります。この立場からすると日本の現状は欧

米諸国に比較して遅れており、啓蒙活動が必要と考えます。第二は脳死・臓器移植の推進に疑問を表明する立場の活動です。この立場を表明している人々には小松美彦、櫛島次郎、森岡正博などの学者や全国交通事故遺族の会などの団体、大本をはじめとする宗教団体があります。この立場の活動は散発的に行われており、統一した運動にはなっていません。

わが国では一九九七（平成九）年に脳死・臓器移植を可能にするために「臓器の移植に関する法律」が制定されました。しかし、十年経過しても臓器提供数は増加していません。そこで、臓器移植の推進派が中心になって、臓器移植の拡大を目指した法律改正が国会に提出され審議が行われています。これが最近、脳死・臓器移植に関連した議論が活発に行われるようになった背景です。その臓器移植が於かれている状況をまとめてみましょう。

対立する賛否

脳死・臓器移植は様々な問題点を抱えた医療です。しかし、現実的な問題として、臓器移植を行う以外には改善の方法がない患者が多く存在します。国内での臓器提供数が少ないため、成人でも海外渡航移植が行われていますし、小児に関しては国内での臓器提供が

ありませんから海外に渡航して移植するしか方法がありません。そこで、健康な家族からの臓器を提供する生体移植、窮余の一策としてあるいは臓器としての質には問題があるドミノ移植や病気腎移植まで行われています。このような状況から少しでも提供される臓器を増やす方法が模索され、欧米と同様な臓器移植に関連する体制を整備しようとの活動も広く行われています。

一方、脳死臓器移植の拡大に反対する人々がいます。脳死状態にある人はまさに生きている人間のように振る舞います。意識が有るのか無いのか検証する方法が有りません。そこで脳死者は死んでいないと主張する人々がいます。肉親の不慮の死を前にして臓器移植の決断を迫られる現実があります。分かれがたい肉親との最後の交流の場に、ドナーが出来たと喜んでいる第三者の視線を感ずることが出来ます。救急医療の不備が脳死者の発生を生み出しているという現実があります。また、脳死・臓器移植に関して体制の整備された欧米諸国においても、移植用の臓器は慢性的に不足しています。臓器移植による延命効果や予後の状況についても有効な報告が行われていません。このような問題から脳死・臓器移植に対してその拡大に反対する活動が行われています。

実は欧米諸国でも脳死・臓器移植を見直そうという動きがあります。これは欧米社会に

おける臓器移植の歴史を見ると、移植医療を進めようとする研究者と、臓器提供を愛の行為と位置づけた宗教的見解によって、国民的議論なしに脳死・臓器移植に対する体制が整えられてしまったという反省です。このような状況下で、臓器の移植に関する法律の改正案が提出されています。

目前の患者への対応

多分、推進側の人々も様々な問題があることは分かっているのです。脳死を一律に人間の死とすることについても問題であることは分かっているでしょう。しかし、目の前には重症の患者がおり、臓器移植を行えば機能の回復が期待できます。たとえば、重症の腎不全患者では人工透析か腎移植が治療の選択です。しかし、長期にわたる透析は様々な合併症を併発し、最後には腎移植だけが選択肢として残されます。病状が進行すると現状では代替できる医療的なオプションが無くなってしまうのです。ですから、このような患者を抱えた医師は、出来るだけ移植がしやすい環境が整備されることを望むことになります。目の前に助けることの出来る命があるのならば、助けてあげるのが人情というものです。

小児の臓器移植は日本国内では出来ません。例えば重症の拡張型心筋症の子どもをもち

移植を希望する親御さんの意識は、米国では頻繁に行われているのになぜ日本では出来ないのか。患者の家族は回復を喜び提供された命に深く感謝する。ドナー家族は、家族を失った悲しみを越え誰かの命を救うことができた、誰かの中で生き続けているという喜びに変わる。こんな素晴らしい医療なのに、日本の現状は同じ医療先進国であるのに莫大な費用を自力で集め、命の危険を増してまで渡航しなければならない。このような憤りに近いものであると推察できます。そして、このような子どもが身近にいた場合には、海外渡航移植のための活動をすることは大変人間的な行為に見えます。それしか、子どもの命を救う方法がないのですから。

再生医療に繋がる

脳死・臓器移植には問題が多いから、他の命の犠牲を伴わない再生医療を推進しようという立場があります。しかし、研究開発中の医療技術ですから目前の患者には未だ適用することが出来ません。将来可能になるからそれまで待つことも出来ません。病状は日に日に悪化していくものです。ですから、当面の間は問題の多い医療でも、それを採用しないわけにはいかないというのが現実です。そして、現在行われている細胞移植、組織移植、

臓器移植の経験の蓄積は、将来の再生医療においても大変重要なものです。今後は、現在の移植医療に重ね合わさるように、新しい再生医療技術が進展していくということになるでしょう。

三　浄土宗教師はどのように対応すべきか

日本国内における脳死・臓器移植に関する議論が盛んに行われるようになったのは一九九〇年に首相の公的諮問機関である「臨時脳死及び臓器移植調査会」（脳死臨調）が設置されてからです。脳死臨調は約二年間にわたって審議を行い、一九九二年に最終答申を行いました。浄土宗でもこの時期に合わせるように脳死・臓器移植に関する議論が行われました。第四十八次定期宗議会（一九九〇年三月）において、宗務総長より「医療と宗教―脳死と臓器移植―」の諮問が行われ、浄土宗総合研究所が調査研究を担当しました。浄土宗総合研究所では一九九一年二月に中間報告を提出し、一九九二年九月に最終報告書「脳死・臓器移植問題に対する報告」をまとめ、これを先の諮問に対する答申としました。

最近になって、政府与党が中心になって「臓器の移植に関する法律」の改正を行おうと

しています。改正の方向は、「脳死を一律に人間の死とする」「ドナーカード無しでも家族の了承によって臓器移植を可能とする」「親権者の同意によって十五歳未満の脳死者からの臓器移植を可能とする」の三点が中心となっています。この考え方は一九九二年九月の浄土宗総合研究所報告で提示した方向から逸脱するものです。そこで浄土宗総合研究所では、従来の考え方を踏まえ、二〇〇五年五月に「臓器の移植に関する法律」の改正についての見解をまとめました。

ここではその内容に沿って話を進めます。

1　浄土宗の生命観と脳死

脳死という概念は近年提案されたもので、歴史を遡っても脳死に対する見解を見出すことは出来ません。そこで、人の命について浄土宗ではどのように考えてきたかを、つまり浄土宗の生命観から脳死への考え方を類推します。

法然浄土教（浄土宗）の生命観

法然上人がお開きになった浄土宗の生命観は「限りある肉体生命を持つ人間は、限りな

き永遠の生命を持つ仏（阿弥陀仏）とかかわり（念仏）をもつことにおいて、仏と同じ永遠の生命（無量寿）をえる。」というものです。私たちは念仏をくりかえすことによって、生死をくりかえす世俗的肉体的生命から、永遠の寿命を持った宗教的生命への転換を得ることができます。つまり、念仏によっていつしか失われる生身の命から、極楽浄土での永遠の生命を授かることができるのです。

また、浄土宗の人間観は「愚者の自覚」という言葉に象徴されています。法然上人は煩悩にとらわれた人間の哀しみをみつめ、新たな救いとして念仏を見出しました。「浄土門は愚痴に還りて極楽に生ず」「智者のふるまひをせずして、ただ一向に念仏すべし」というお言葉が法然上人の教えの到達点です。ここには、なによりも自らのいたらなさを見つめるという愚者の自覚が示されています。そして、そんな自分が救われるのは念仏による救いのほかはないことを信じること、これが法然浄土教における人間の姿です。

さらに、法然上人は「現世を過ぐべきようは、念仏を申されんかたによりて過ぐべし」とおっしゃっております。世俗的生命から宗教的生命への転換を信じ、念仏を申せるように日常の生活を整え、念仏を申せるように身も心も整えること、これが法然浄土教における人生観・生活観といえるでしょう。

脳死についての見解

浄土宗としての脳死に対する考え方は、前述の生命観、人間観や人生観から直接導き出されるものではありません。そこで、従来から社会通念として認められてきた死の定義である「三徴候死」を、新しい死の定義である「脳死」に変更した場合にどのような影響がもたらされるかという観点から分析してみました。念仏による極楽往生（永遠の寿命を持った宗教的生命への転換）とは、社会通念上考えられてきた伝統的な生命観を前提に成り立っています。特に臨終来迎（死の時点に転換時点を求める考え方）を重視する浄土宗では死の時点に大きな関心を持っています。したがって、死の時点の変更という問題はきわめて大きな関心事であります。ここでは「宗教的生命観への影響」、「死の受容過程への影響」という二点から、死の時点を変更する負の影響について考えました。

宗教的生命観への影響

まず宗教的生命観への影響という点から考えます。「死」という概念は人間の存在を考える上での根本となる概念です。したがって、その概念は容易に変わるものであってはな

りません。その概念を国民のコンセンサスを得ないで意図的にそれも一つの法律文の文言によって変えてしまうことは、人間の存在を考えるという宗教的な行為を軽視する行為です。また、生命の概念のような重要な事柄でさえ一部の人々の考えで簡単に変えられてしまうということは、生命そのものを軽視することにつながりかねません。

また、「死」という概念は人間にだけ当てはまるものではなく生物全般に共通する普遍的概念であり、宗教的生命観も人間だけではなく生物全般のいのちを対象としているものです。従来から社会通念として「死」の定義として用いられてきた「三徴候死」は生物全般に共通する死の概念に近いものでした。これに対して人の死を「脳死」として定義することは、第一に脳だけを人間身体の各部位の中で特別扱いする考え方ですし、第二にその脳の発達した人間だけを他の生物と異なって特別に扱うという考え方です。脳死を人に死とすることは、この二つの意味でこれまでの宗教的生命観と相容れないものです。

このように考えると三徴候死から脳死へ死の定義を変更することは、これまでの宗教的生命観を継続する上に負の影響を与えると考えられますし、伝統的な宗教的生命観の醸成という観点からも脳死を人の死として導入する必然性は見あたりません。

死の受容過程への影響

宗教的立場から考えると三徴候死でさえ人間の死ではありません。一人の人間が死ぬということは亡くなった人の肉体的な徴候を死と呼ぶばかりではなく、親しい人間を失うという喪失感を関連者が心的に受容していくプロセスそのものが死という現象です。それは死に直面した終末期から始まり、三徴候死を経験し、そのあと幾年もかけて行われる喪失感の受容プロセスなのです。死期の近いことを宣告され、家族親族が集まり、絶望しては回復を祈り、死を告知され、嘆き悲しみの中で儀式を行い、喪に服す中で故人のことを考え、残された者たちで新たな生活を形作る一連のプロセス、これが死という現象です。一連の死のプロセスのなかで最も大きな事象は三徴候死の時点です。しかし死の三徴候をもってしても、もはや戻ることのない時点に達したという事態を受け入れるのには心理的な抵抗感があり、体温の低下や硬直の進行があってはじめて事態を受け入れる心の準備がはじまるものと考えられます。脳死はこの時点をもっと早くするという考え方であり、心理的な大きな抵抗感を持つことになるでしょう。理性的な判断では脳死の時点がもはや戻ることのない時点であるということを理解している者でさえ心理的な抵抗感は大きいと思われます。臨終行儀からはじまり年忌法要にいたる宗教行為とはこのような一連の死のプロ

セスに共感とともに互いに寄り添い、新しい現実生活を形成することを支援することなのです。そしてこのような行為は伝統的に確立されており、昔から行われてきた方法を変わらず実施できることが重要です。つまり、心理的に大きな負担がある事柄に、私たちは長い間かけて負担を軽減する方法を生み出してきた、それが宗教行為であり、そこに新たな心理的負担を付け加えるような変化は望ましくないということです。

ですから、浄土宗では従来から社会通念として認められている三徴候死をもって人間の死とし、脳死によって死の判定を望むケースのほかはこれを人間の死として認めません。そして、三徴候死から脳死への死の時点の変更は、私達の基盤となる宗教的生命観や死の受容過程に負の影響をもたらすことから、これを変えないことを望みます。

2　臓器移植に対する基本的な対応

私どもは臓器移植による治療が医学的に有効な方法かどうかを判断することは出来ませんが、宗教的な意味から判断することなら出来ます。そこで、ここでは移植医療と医療行為が宗教的生命の尊さに目覚めることを促す行為であるか、あるいは宗教的生命を軽視することにつながるのかという視点で考えてみました。臓器移植に関して判断する立場によ

っても見方が変わるかも知れません。そこで、現時点で移植医療に関わっている当事者と、現時点においては関わっていない多くの人々に分けて考えてみました。その結果、臓器移植という医療行為が社会一般に与える可能性のある負の効果、つまり人の臓器を資源として見るという人間の尊厳性を損なう人生観が広まる可能性を重視しました。

社会一般に与える影響

私たちの大多数は臓器移植の当事者ではありません。明日にも当事者となる可能性を持っていますが、当事者と同じ心情を持つことは出来ないと考えます。ですから、大多数の人々にとって臓器移植は他人事でありますし、いくら教育を行ったとしても、その心情を理解することはあっても当事者にならない限りその心情を感じるとることは出来ません。

臓器移植によってもたらされる延命効果は、成功事例が華々しく報知されることによって、与えられた生命の限界を人間の力で延ばすことが可能になったという人間の能力に対する過信をもたらします。一般の人々はこれを病に対する医療技術の勝利として捉えることになるでしょう。

しかし、脳死者からの臓器移植という行為は、生きる可能性のある人の不具合な臓器

を、死に行く者から提供される臓器によって延命するという、死に行く者の命と生きている者の命の間に軽重をつけることを前提にした治療法です。私たちの考え方では死せる者に対しても、命ある者と同等の尊厳ある接し方が必要です。そして死者の尊厳を重視することは、今生きている人々の人生観や生命観にも大きな影響を与えると考えます。これに対して脳死者からの臓器移植という治療法の導入は、今ある命の選別を行うということばかりか、死者の尊厳を損なう行為ですし、「本来人間の命とは限りあるもので、永遠の生命は唯一宗教的生命として与えられる」という宗教的な考え方を軽視させ、ひいては人間の尊厳性を軽視する人生観を広める可能性をもっています。

また、臓器移植の普及は、人体を部品の集合体とみなし、利用可能な資源と考える風潮を助長することになると考えます。血液は現在でも輸血や血液製剤といった利用が行われています。このように既に社会的に認められた行為に関しては容認せざるをえませんが、いまだ国民的コンセンサスが得られていない移植医療行為については、上記の二つの点から、一般的な治療法として導入することに懸念を表明します。

臓器提供者について

すでに「脳死・臓器移植問題に対する報告（一九九二・九）」でも述べたように、私たちは移植医療への賛否はともかく、臓器提供を行おうとする人々の「純粋な気持ちから他者の幸福を願って、自らの臓器を進んで提供しようとする姿勢は評価すべきもの」と考えます。

ただし臓器提供の意思の表明は、提供者によって自発的、主体的に行われることが重要であり、周囲の人々や社会から強制されたものであってはなりません。自発的意志の表明という点から考えると、年少者や発達障害をもった人々からの臓器提供については格別の配慮が必要と考えます。このような場合においては本人の意志であると示されても往々にして社会的、文化的、教育的、宗教的な影響を受けていないことを保証することは困難であると思われるからです。また、本人の明確な意志がなくても家族が同意した場合には臓器提供を可能にすることは、本人の自発的・主体的意志の尊重という立場から、これを認めません。

また親族への優先提供という考え方は、特定の人への優遇を許すということであり、このような考え方を導入することは臓器売買や臓器に関連する南北問題など様々な臓器移植

に伴う社会的問題を引き起こすことになると考えます。臓器の提供に当たっても無私の立場から行われることが重要と考えます。

臓器提供を受ける人々について

弊研究所の「脳死・臓器移植問題に対する報告（一九九二・九）」では、「自然な命の営みに抗してながらえるものであることを自覚し、その恩に報いる生き方をすることが望まれる」としています。

私たちの考え方では、臓器移植という医療に頼ってまで世俗的肉体的生命にこだわるよりは、いち早く宗教的生命に気付き、宗教的生活に入ることを勧めます。しかし、その時になって世俗的肉体的生命へのこだわりを脱することが出来るかどうかはわかりません。私たちは凡夫でありますから、念仏生活の中にあってもその時にいたって世俗的生命にこだわり続けることがあるからです。ですから、念仏者であっても臓器の提供を受けることがありますし、念仏者でない方々にとっては臓器提供を受けて延命することが普通の行為であることが考えられます。

そこで、私たちは移植医療による延命治療を受ける場合には、その行為が自然な営みに

反する行為であることをよく自覚すること、臓器を提供される方をはじめ医療従事者やコーディネーターなどのさまざまな縁によって移植ができることに感謝し、その恩に報いる生き方をすることを望んでいるのです。このような生き方をすることとは仏に導かれた縁への感謝であり、常に仏と共にあることを意識する行為であります。それはまた宗教的生命への気付きをもたらし、宗教的生活に導かれることになるからです。このように、臓器の提供を受けることによって、提供を受ける者が愚者の自覚を意識し宗教的生活に導かれることを前提に臓器移植を容認します。

3　浄土宗教師の対応

さて、これまで述べてきたことは浄土宗の教理的立場から演繹的に導き出したものです。「脳死」を一律な死の定義とせずに「三徴候死」をもって死の定義とし、臓器移植への臓器提供を希望した者に対してのみ「脳死」を死の定義として認める。また、世俗的肉体的生命にこだわるよりは、いち早く宗教的生命に気付き宗教的生活に入ることを勧めます。そして、過剰な欲望を実現するよりは、欲望を離れることによって心の静寂を得ることが出来ると考えます。ですから、臓器提供を生の執着と捉えるならば、それは心の静寂

からは遠のく行動であると考えられます。

ドナーカードに署名しますか

まず、脳死についてのあなたの意見はいかがでしょうか。現在の法律では三徴候死が死であり、本人の意志で臓器提供を行う場合のみ脳死を死とします。つまり、ドナーカードを持って臓器提供の意思を表明した人々が、脳死状態になった場合に臓器の摘出を行うことを前提に脳死判定が行われ、判定条件を満たしたときに死を迎えたことになります。現状ではドナーカードを持つということは、脳死判定を受け入れる、つまり自分の死は脳死であることを受け入れるという意思表明になります。そして進んでドナーになることは、純粋な気持ちから他者の幸福を願って、自らの臓器を進んで提供しようとする姿勢は評価すべきものかんがえます。

しかし、脳死・臓器移植という医療には色々な問題があり、緊急避難的な医療であることを十分理解した上で意志決定する必要があると思います。また、欧米諸国では推定同意という制度を採用する国が多くあります。この制度では「私は臓器を提供しませんと表明（アンチ・ドナーカード）している者以外は、すべての人がドナーを希望していると見な

される制度です。ドナーになることを宣言するドナーカード制では自発的で個人的な発意による善意が明示的に示されますが、推定同意制度では社会的義務のようになってしまうことが懸念されます。ですから、現在のドナー制度の継続を望んだ上でドナー登録をするかどうか考えて下さい。

あなたは臓器移植を受けますか

次に、あなた自身が臓器の提供を受けなければならないような状況になった場合、あなた自身はどのように行動しますか。先の結論では、臓器移植といった世俗的肉体的生命にこだわるよりは、いち早く宗教的生命に気付き宗教的生活に入ることを勧めますと書きました。ところで、法然上人はまた「現世を過ぐべきようは、念仏を申されんかたによりて過ぐべし」とおっしゃっております。念仏中心生活が過ごせるように、生活を調整せよとのお言葉です。少数の悟られた方は別にして、私達の多くは、欲望を抑制することの出来ない愚かな者です。ですから、体の具合が悪くなるとそのことが気になってお念仏に集中できなくなってしまいます。治療のすべがない重症の疾患にある場合に、臓器移植による延命の可能性が示されれば、それに飛びついてしまうのが現実の私達なのではないでしょ

うか。本来なれば、臓器移植の可能性に飛びつかないでも心からの念仏生活を続けること要請されるのでしょうが、臓器の提供を受けて当面する心の動揺が緩和し宗教的生活に導かれること、つまり心から念仏を称えることが出来るようになるならば、臓器移植を受けるのも一つに選択肢です。

家族の場合にはどのように考えますか

あなた自身の問題であれば脳死・臓器移植にこだわらない生活が可能でも、家族や肉親が脳死に直面したら臓器提供するか、あるいは臓器移植を必要とする状況になったらどのような意志決定が出来るでしょうか。脳死・臓器移植が再生医療ともに将来の医療技術であったなら客観的評価も可能でしょうが、脳死という状況が現実に起こり、臓器の提供が実際に行われ、その医療によって現実に延命することが可能な状況にあります。もし、臓器移植によって直面する命が助かるならば、その医療行為を受け入れるというのが最も現実的な選択であると思います。

このような状況の下で、もし、あなたの家族が交通事故で脳死状態になった場合に、あなたはどのように行動しますか。亡くなりそうな家族がドナーカードを持ち臓器提供の意

思を表明していたとして、臓器の提供の同意を求められたとき、あなたは冷静に判断することが出来るでしょうか。こんなことを想定して、あなたの家族がドナーカードを持つべきか否かを家族とよく話し合っておく必要があります。あなたの家族が臓器不全を患い重篤な状況になったときに、あなたは臓器移植を選択肢として受け入れるでしょうか。病床で家族が「生きたい」と言ったときに、一体あなたに何ができるのでしょうか。こんなことを想定して、臓器移植について家族と話し合っておくことが必要です。

新聞社に勤めながら執筆活動を行ってきた『みかえり阿弥陀』（影書房　一九九三）の著者である谷口潮は悪性リンパ腫から生還しましたが、浄土宗新聞（一九九三年三月）のインタビューで、「現在の心境がどんなものかと聞かれたら、私は法然上人のご法話にある、『生けらば念仏の功つもり、死なば浄土へまいりなん。とてもかくてもこの身には、思いわずらうことぞなきと思いぬれば、死生ともわずらいなし』という気持ちだと答えますね。もちろん生きていますから辛いことや苦しいこともあるでしょうが、それをそのまま辛く苦しいとは感じない。むしろ生きているんだからあたりまえ、というような感じなんです」と話していました。死生ともわずらいなし、生への執着も死への恐怖も何もない、これこそ浄土宗の宗教的生命観です。

ご家族と話し合い、どのような話し合いが行われようとかまいませんが、宗教的生命観とはどのようなものかについても話し合って下さい。

4　檀信徒に如何に話すか

浄土宗の教師として、檀信徒やその他の一般の人々に何を話していくべきでしょうか。例えば、宗教団体の大本では教祖の考え方として、人間の死とは心臓の鼓動が止まったときとし、そのとき身体から霊魂が離れると考えます。ですから、大本の信仰を持つ者にとって脳死は絶対に人の死ではありません。浄土宗を含めた仏教ではこれほど厳密ないのちの終わりの定義を持っていません。では、どのように檀信徒に話すべきでしょうか。

檀信徒からドナーカードについて聞かれたら

これまでの浄土宗の教義や行の実践では、従来から社会的に認められてきた三徴候死を前提にしてきました。死の確認は心臓が停止、呼吸の停止、瞳孔の散大の三徴候であり、ここが変わることが想定されていませんでした。したがって、従来にやり方が出来なくなるという理由で、新しい死の定義を拒否するというのが原則的な立場です。浄土宗教師

は、死に臨んだ檀信徒とその家族に寄り添い、死の看取りから始まって数々の儀礼を行いながら、残された家族が全員、故人が極楽に往生できたという確信を持てるように力添えします。

ドナーカードを持つということは脳死を認めるということです。脳死を認めるということは、新しい死の状況を受け入れるということです。家族との最後の別れよりも脳死判定の手続きが優先され、家族に見えないところで臓器が提供され縫合され、霊安室に移されます。実際には諸般の事情で最後の時に立ち会えないことは多いのですが、最後の時が家族から遠いところに押しやられてしまうことになります。最後の息を引き取るときに立ち会うこと、静かに眠る姿を見ることは、死を受容するための第一歩であると思います。これが出来なくなるということを理解してもらう必要があります。

次に脳死・臓器移植という医療は、死の定義の問題、救急医療体制の不備の問題、移植用臓器は慢性的不足の問題、延命効果の実証性の問題、臓器売買の問題、人体の部品としての商品化など様々な問題をもった医療であることから、あくまでも緊急避難的な医療であるということを理解してもらう必要があります。

しかし、このような問題があることを認識した上で、臓器の提供をしたいという意志を

表明する檀信徒がいるとしてもそれを非難することは出来ません。それは誰にでも出来る普通のことではなく、純粋な気持ちから他者の幸福を願って自らの臓器を進んで提供しようとすることであり、その姿勢は評価されるべきものだからです。

結局、ドナーカードについて檀信徒の皆様にどのように話すかは、このような原則を認識した上で、それぞれの教師に任されている事柄です。まず、自分自身がどうするかを考える必要があります。

檀信徒が臓器移植を必要とする状況になったら

檀信徒のお子さんが重度の拡張型心筋症と診断され、米国への渡航移植しか助かる方法がないと相談されたら、あなたはどうしますか。肉体的生命ではなく永遠の宗教的生命に目覚めよと説教するのでしょうか。それとも、渡航資金を集めるためのボランティア活動を企画したり活動したりするのでしょうか。そこまでは出来なくてもあなたのポケットマネーを渡航資金に提供するのでしょうか。

例えば、交通事故で自分の幼い子どもが脳死状態になったと考えてみましょう。あなたは重症の心臓疾患を持った子どもの延命に、自分の子どもの心臓を提供するのでしょうか。

それとも、臓器提供せずに従来からの方法で手厚く葬るのでしょうか。渡航資金を集めるための運動をするということは、自分の子どもが脳死状態になったら心臓を提供する覚悟のある人が行うべきことです。米国での渡航移植をすると意志決定した親御さんは、立場が変わって自分の子どもが脳死状態になった場合には心臓を提供する覚悟が必要です。

しかし、多くの場合ここは切り離されています。臓器の提供を受ける家族に、脳死した子どもを持つ家族の悲惨さが伝わらず、移植の出来る心臓が早く手に入らないか苛々しながら待ち続けます。適合性がある臓器に巡り会ったときには、背後にある悲惨な家族の泣き続ける姿など思い浮かべることもしないで、その幸運を喜びます。脳死・臓器移植の現実はこのようなものなのです。

重度の心臓病の子どもを抱えた親御さんには、このような背景を思い浮かべる心の余裕はありません。自分の子どもが助かるかどうかだけが当面する問題になっています。臓器移植を一筋の希望の光と思い、もっと大きな光を見る心の余裕がありません。ですから、そのような親御さんに付き添って行くのも浄土宗教師の役割です。手術が成功することがあります。残念ながら提供者が現れないうちに病状が悪化して亡くなってしまうこともあります。いずれにせよ、ことが落ち着いたときに永遠の宗教的生命の話をしましょう。受

け入れてもらえるかどうかは分かりませんが、それが浄土宗教師の勤めですから。

最後になりますが、檀信徒に受け入れてもらえるかどうかは、教師であるあなた自身が脳死・臓器移植に対する見解を持っているかどうかに依存します。何も考えていないのに分かったようなことを言っても誰も相手にしてくれません。状況によって考え方が揺れ動くことがあるかも知れませんが、常にこの問題に対する関心を持ち続け考え続けることが力になると思います。

第二章　尊厳死についてどう考えるか

一　尊厳死の歴史と現状

1　現代における「死」の状況

「どんな最期が理想だと思いますか？」

第一生命ライフデザイン研究所が、アンケート調査（二〇〇三年、四〇歳―七九歳までの全国男女七九二人）でこの質問を行っています。その回答は、「病気などで多少寝込んでもいいから、少しずつ死に向かっていく」という回答が三一・七％である一方、「心筋梗塞などで、ある日突然死ぬ」が六四・六％と圧倒的に高いものでした（図1）。また、「突然死ぬ」ことを理想と考える人にその理由を尋ねてみると、「家族に迷惑をかけたくないから」という理由が最も多く、次いで「苦しみたくないから」「寝たきりなら生きていても仕方がないから」が続いています（図2）。

この調査結果から、現在の日本人には「ぽっくり願望」が強く、苦しまずに死ぬ「安らかな死」を望む高齢者が多いことが伺えます。

図1　理想の最期

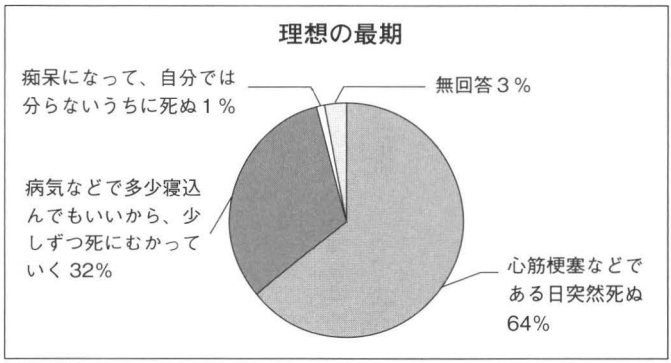
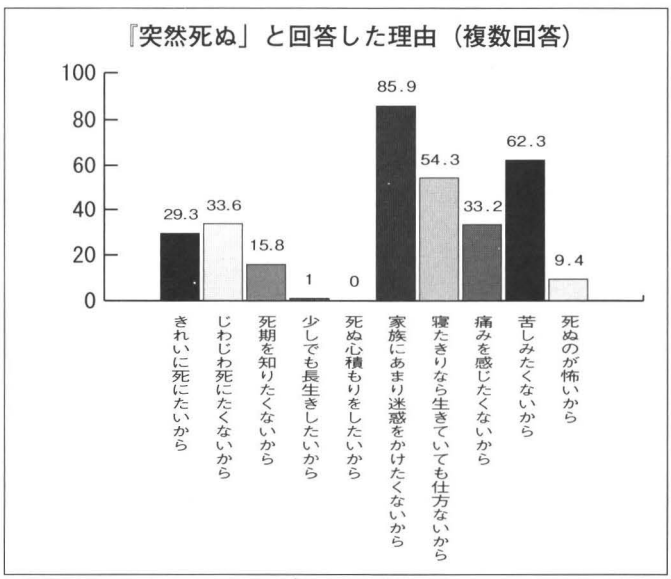


図2　「突然死ぬ」と回答した理由（複数回答）



＊図1・2ともに、ライフデザインレポート2004.5

現在（二〇〇六年）の日本の平均寿命は、男性七九・〇〇歳、女性八五・八一歳であり、日本は世界一の長寿国となっています。この平均寿命の延びには、医学の進歩が大きく寄与したことは疑いがありません。近年、医療技術が進歩し、多くの人の命を救うことが出来るようになりました。しかし、不治の病に冒され痛みに苦しむ患者にとっては、進歩した末期医療がかえって苦しみを長引かせるという状況もみられるようになってきています。

「スパゲティ症候群」という言葉を聞いたことがありますか？　輸液ルート、導尿バルン、気道チューブ、動脈ライン、サチュレーションモニタなど、身体中チューブやセンサーなどにつながれた重症患者の様子を、揶揄を込めてこのように呼ぶこともあります。このような延命措置によってかえって患者に苦痛を強制する場面がしばしば見られるようになってきました。

2　尊厳死とは何でしょうか？

QOL

このような状況のなか、不治や終末期、回復不可能な植物状態での延命措置は人権を害う行為であり、「人生の最後を尊厳をもって迎えたい」という考えが生まれてきました。

そこで重要な意味をもつ言葉が「ＱＯＬ」（Quality Of Life クオリティー・オブ・ライフ）です。この言葉は、「人の生活の質」「人間らしい生き方」といった意味の言葉です。「人生の最後を尊厳をもって迎えたい」とは、「最後まで人間らしい生き方を保持する」ということでもあります。たとえば、どの治療を受けたとしてもそう遠くない時期に死に至ることが避けられない患者の場合には、どのような治療を受けるかは（治療を受けないということも含めて）、「残された時間をどう生きるか」ということと関係して決まってくるわけです。つまり、「如何に命を延ばすか」ということと、「どの程度のＱＯＬを保ち残された人生を生きるか」という両者を図りながら治療の方針を決めるということです。

終末期

そう遠くない時期に死に至ることが避けられない状況を「終末期」といいますが、この「終末期」は、死に向かう状況によって二つに分けることができます。一つ目は、がんやエイズなどのように、ゆっくりと死に向かう状況です。二つ目は、先ほどまで健康と思われていた人に、事故や重病が突発し、極めて近い時間で死が切迫している状況です。いかなる手を尽くしても救命できないことは明らかですが、まだしばらくの間は心停止には至

らない状態になることがあります。これは主に、救急医療現場でみられる終末期です。

それでは「終末期」とは、具体的にどの時点から「終末期」というのでしょうか。がんの場合でみてみましょう。

これまでは、がん症状の進行に伴い、「がん治療を目指す」ことから、「症状緩和を目指す」こと、つまり「cureからcareへ」と方向転換する時点以降が「終末期」と理解されてきました。つまり「終末期」とは、医療活動と密着して生じた概念であることが分かります。しかし、緩和医療の技術や考え方が進展するにつれ、緩和医療はより早い段階の患者に対しても有効かつ必要とされるようになってきました。つまり、「cureからcareへ」というように区別される状況では無くなってきているのです。このことは、「いつから終末期なのか」という基準が曖昧になってきたことを意味します。

なお、二〇〇六年に日本医師会は、「終末期の基準は、治療方針を決定する際に、患者はそう近くない時期に死に至るであろうことに配慮するかどうか」にあると*、「終末期」という概念を、これまでのような「医療内容の方向転換」を基準とするのではなく、「治療方針を決定する際の医者の配慮」によるべきとの判断を示しています。しかし、このことは、医者以外の人にとって、例えば患者本人やその家族にとっては、「終末期」という

ことが一層曖昧で分かりにくいものになっているということです。

＊日本医師会第Ⅸ次生命倫理懇談会「平成十六・十七年度『ふたたび終末期医療』についての報告」二〇〇六年二月

「尊厳死」と「安楽死」

「人生の最後を尊厳をもって迎えたい」という考えが広まってくるにしたがい、「尊厳死」「安楽死」という言葉をしばしば耳にするようになってきました。この「尊厳死」「安楽死」とはそれぞれどのような意味なのでしょうか？　また、両者の違いとは何なのでしょうか？　国語辞典（大辞林）での説明を見てみましょう。

【尊厳死】

助かる見込みの全くないままに長期間にわたって植物状態が続いたり、激しい苦痛に悩まされ続けている患者に対し、生命維持装置などによる人為的な延命を中止し、人間としての尊厳を維持したまま死を迎えさせること。

【安楽死】

助かる見込みがない病人を苦痛から解放する目的で、延命のための処置を中止したり

死期を早める処置をとること。また、その死。安死術。オイタナジー。

このように記述されています。一見すると「尊厳死」は「安楽死」という広い概念の中に含まれる概念のように見えます。確かに、「助かる見込みのない人に対して、その苦しみから解放するため」ということは共通しているようです。しかしながら、両者の大きな違いは、「安楽死」には「死期を早める処置を取ること」が含まれており、「尊厳死」にはそれが見られません。つまり、「安楽死」とは、「苦痛から免れさせるため意図的積極的に死を招く措置を取ること」で、「尊厳死」とは「苦しむのを長引かせないため、延命措置を中止、または差し控えをして死期を早めること」ということができます。尊厳死と安楽死の両者の違いを明確にするために、尊厳死を「消極的安楽死」、安楽死を「積極的安楽死」と呼ぶこともあるようです。

安楽死（＝積極的安楽死）に関して、日本では「名古屋安楽死事件」「東海大学付属病院事件」という事件がありました。

「名古屋安楽死事件」とは、一九六一年八月に起こった事件です。ある患者が、脳溢血で倒れ症状が悪化し、そのうち「早く死なせてほしい」というようになりました。死が間

近な状況になり苦しむ父の姿を見かねた息子が、「苦しみから解き放ってあげることが親孝行」と考えるようになりました。そこで、牛乳に毒を入れておき、事情を知らなかった母が牛乳を飲ませたために死亡したという事件です。この事件に対し、一九六二年十二月名古屋高等裁判所の裁判長は、「安楽死を認めるべきか否かについては議論の存するところであるが、それは人為的に、至尊なるべき人命を絶つのであるから、次のような厳しい要件にのみこれを是認すべきであろう」とし、安楽死の要件として次の六点を示しました。

一、不治の病に冒され死期が目前に迫っていること
二、苦痛が見るに忍びない程度に甚だしいこと
三、専ら死苦の緩和の目的でなされたこと
四、病者の意識がなお明瞭であって意思を表明できる場合には、本人の真摯な嘱託又は承諾のあること
五、原則として医師の手によるべきだが医師により得ないと首肯するに足る特別の事情の認められること
六、方法が倫理的にも妥当なものであること

そして判決は五と六の要件を満たさないとして、被告人に対し嘱託殺人罪の成立を認め

ました。この事件で重要なことは、日本で初めて具体的な形で安楽死の要件が示されたことです。なお、この判決で示された基準は、後の判決でも多く援用されています。

「東海大学付属病院事件」は一九九一年に起こった事件です。ある患者が、がん（多発性骨髄腫）のため、東海大学医学部付属病院に入院していましたが、苦痛と昏睡状態が続き、もはや回復不能であったので、妻と長男は治療の中止を強く希望しました。医師は、患者の嫌がっているというカテーテルや点滴を外しました。長男はなおも「楽にしてやって下さい」と強く申しでて、医師はそれに応じて、鎮痛剤、抗精神病薬を通常の二倍の投与量で注射しました。しかしなおも苦しそうな状態は止まらず、長男に「家につれて帰りたい」と求められたので、医師は殺意を持って、塩酸ベラパミル製剤を通常の二倍量を注射しました。脈拍等に変化がなかったので、続いて塩化カリウム製剤二〇ccを注射し、その結果、患者はその日に死亡しました。

翌年の五月、この事実が明らかになり、医師は殺人罪により起訴されました。これに対し、横浜地方裁判所の判決は、被告人を有罪としました。ただし、患者の家族の強い要望があったことなどから、情状酌量により刑の減軽がなされ、執行猶予が付けられました（懲役二年・執行猶予二年）。

なお、現在に至るまで、日本においては、「安楽死」が法的に認められた事例はありません。

3　終末期における延命治療とその中止の実態

終末期における延命措置

それでは、終末期において、中止や差し控えの対象となる延命措置とは具体的にどのようなものでしょうか。一九九四年に日本学術会議「死と医療特別委員会」がまとめた報告書では、中止・差し控えの対象となる延命措置として、①酸素投与、人工呼吸器　②薬剤、輸血、人工透析　③栄養補給　④水分補給をあげています。もう少し詳しく見てみましょう。

肺機能が落ちたり、呼吸をつかさどる筋肉が衰えたりして、呼吸が弱くなった場合に人工呼吸器を使います。気管内に管を入れて人工呼吸器につなぎ、肺に空気を送り込みます。管は、口から、もしくはのどを切開して入れますが、その際には、のどに痛みや違和感があるので、麻酔や鎮静剤を使い、挿管時は意識が下がり声も出せなくなります。なお、痰をはき出せるなど症状が軽い場合は、管を通さず、鼻や顔を覆うマスク状の呼吸器もあり

ます。

心臓の動きが落ち、血圧や心拍数が低下した場合には、血液循環の維持を図ります。昇圧剤や強心剤を点滴する、心臓に電気刺激を与えるペースメーカーを装着する、などがあります。腎臓の機能が落ち、尿が出ない場合には、血液を体外に出して濾過装置にかける人工透析を行います。また、患者が食事や水分補給を自力で出来ない場合には、栄養（糖分、ミネラル、アミノ酸）や水の補給を行います。鼻から入れた管や、胃にあけた小さな穴から入れる方法、首筋や腰の静脈に管を入れ、血液中に直接注入する方法があります。このほか、状況に応じて、輸血や抗生物質の投与などの措置も取られます。これらの措置は、患者の状況に応じて行われますが、現在では一般的に行われているものです。

「尊厳死」に対する国民の意識

それでは、この終末期の延命治療について、国民はどのように考えているのでしょうか。厚生労働省が二〇〇三年に行った調査によると、自分が痛みを伴う末期状態（死期が六ヶ月程度よりも短い期間）の患者になった場合には、単なる延命治療を「やめたほうがよい」または「やめるべきである」と七四％と多くの人が考えています。また、そのように

回答した人たちの多くは、単なる延命治療を中止するときに、「痛みをはじめとしたあらゆる苦痛を和らげることに重点を置く方法（緩和医療）を選択し（五九％）、「あらゆる苦痛から解放され安楽になるために医師によって積極的な方法で生命を短縮させるような方法」（積極的安楽死）を選択する人は少ない（一四％）ようです。つまり、痛みを伴う末期状態になった場合、単なる延命治療をやめること〈「尊厳死」〉には肯定的だが、その場合でも積極的な方法で生命を短縮させる行為〈「安楽死」〉は許容できないと考えていることがわかります。

しかし、自分の家族が痛みを伴う末期状態の患者になった場合には、状況が異なるようです。単なる延命治療について、「やめたほうがよい」または「やめるべきである」と回答した人は六二・五％であり、自分の場合（七四％）と数字に開きがみられます。つまり、自分が患者である場合には、早く苦痛から解放してほしいが、自分の家族に対しては延命治療の継続を希望する傾向があることを示しており、患者本人の意思と家族の意思が必ずしも一致しないことが分かります。

図3　単なる延命治療について（自分の場合）

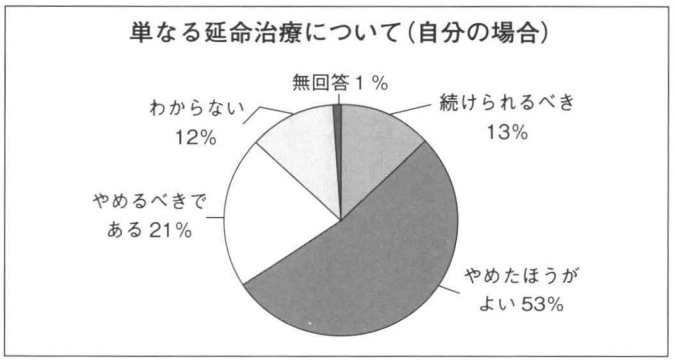
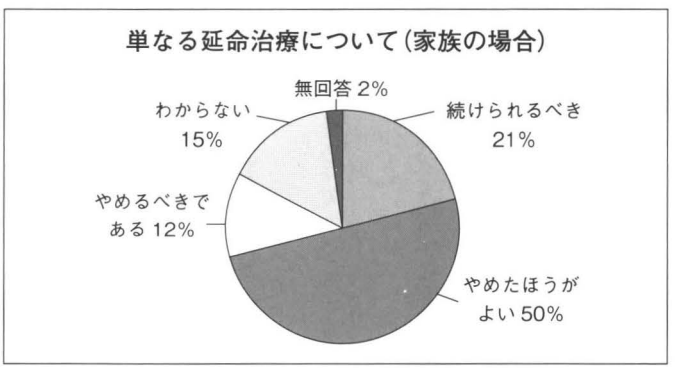


図4　単なる延命治療について（家族の場合）



＊厚生労働省「終末期医療に関する調査等検討会報告書―今後の終末期医療のあり方について―」（平成16年7月　http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/07/s0723-8.html）より作成。

「尊厳死」に関する最近のニュース

次に「尊厳死」に関して、人々の関心を集めた出来事を見てみましょう。

○富山の射水市民病院問題

富山県射水市の射水市民病院で、二〇〇〇～二〇〇五年に入院中の末期がん患者ら七人の人工呼吸器が取り外され、死亡したことが明らかとなりました。病院側は「患者は五十～九十歳代で、主治医の外科部長が取り外しを判断した」と発表し、この外科部長は病院側の調査に対し、人工呼吸器の取り外しについて「いずれも家族の同意を得ているが、うち一人は家族から本人の意思も確認できた」と説明しました。病院によると、いずれも本人の同意書はないが、カルテには「家族の同意」を示す記述があるとのことで、富山県警が関係者から事情を聞くなど捜査しています。

（読売新聞〈二〇〇六年七月三十一日〉より）

○千葉救急医療センター

千葉県救急医療センター（千葉市）が二〇〇六年十月から二〇〇七年三月にかけ、計五

人の末期患者から人工呼吸器や人工心肺を外していたことが、同センターが行った調査でわかり、大阪市で開かれた日本救急医学会で報告しました。

延命治療が中止されたのは三十～六十歳代の男女五人（平均年齢五十四歳）で、うち三人はくも膜下出血、二人はそれぞれ狭心症と心筋梗塞でした。くも膜下出血の三人に対しては、脳死と判定した上で、入院後十二～十七日目に人工呼吸器を外しました。心疾患の二人については、回復の見込みがないため、入院五日目と六日目にそれぞれ人工心肺を止めました。すべて生前の本人意思は不明で、家族は「見ていられないので止めて下さい」などと治療中止に同意したとのことです。治療中止の判断は、院内の指針に基づき、幹部医師を含むチームで決定、倫理委員会にはかけず、記録はカルテに残したということです。

（読売新聞〈二〇〇七年十月二十六日〉より）

この千葉の救急医療センターが取った行為が大きな意味を持つのは、同センターが、延命中止を実施している現場の実態を示すため、二〇〇七年十月に大阪市で開かれた日本救急医学会で、公表に踏み切ったということです。というのも、こうした行為は、医師が刑事責任を問われかねないため、医療機関は、実際には実施しても公表しないことが多く、

同センターが取った行為は極めて異例の行為であったのです。

病院における尊厳死の実態

それでは、医療の現場である病院では、実際どの程度の割合で「尊厳死」という行為を行っているのでしょうか。読売新聞が二〇〇六年に全国の医療機関に実施したアンケートによると、がんなどで終末期を迎えた患者に対し、人工呼吸器を取り外す、当初から装着しないなど、延命措置の中止や差し控えを行ったことのある病院が五六％に上ることが分かりました（読売新聞　二〇〇六年七月三十一日）。

中止・差し控えを行った医療行為で最も多かったのが「人工呼吸器の未装着、取り外し」で七一％でした。設問からは取り外し単独の数字は不明ですが、自由記述などで「取り外したことがある」とした病院も多く、人工呼吸器を取り外した射水市民病院のケースは例外ではないことがわかるとのことです。

呼吸器以外では、「昇圧剤や抗生物質などの薬剤投与」の中止・減量が七〇％、「輸血など血液循環」の中止は三五％、「人工透析」の中止は三四％で、様々な方法で延命措置の中止・差し控えが行われていたことが明らかになりました。なお、こうした措置に関する

決断のきっかけは、「患者の家族の希望」（八九％）が最も多く、「医師の医学的判断」（七〇％）が続いたとのことです。

このように、延命措置の中止・差し控えは国内で幅広く行われているのが実情です。現在、この延命治療中止は、医師と家族の間のいわば「あうんの呼吸」で行われていますが、先に見た富山県の射水市民病院で、独断で呼吸器を外した医師が捜査対象となるなど、治療中止が殺人罪に問われかねない状況にあるのも事実です。

こうした現状のなか、延命措置の中止を含む終末期医療に関するガイドライン（「指針」）、また尊厳の法制化が、特に医師の側から求められてきました。

4　終末期医療に関するガイドラインの制定

先にみたような状況を受けて、日本医師会は二〇〇七年八月に「終末期医療に関するガイドライン」を発表しました。少々長いものですが、以下にそのガイドラインを引用します。

終末期における治療の開始・不開始・変更及び中止等の医療のあり方の問題は、従来から医療の現場の最も重要な課題の一つとなっている。日本医師会第Ｘ次生命倫理

懇談会は、終末期医療に際しての医師の対応に関するガイドラインを以下に提示する。

一、患者が終末期の状態であることの決定は、医師を中心とする複数の専門職種の医療従事者から構成される医療・ケアチームによって行う。

二、終末期における治療の開始・不開始・変更及び中止等は、患者の意思決定を基本とし医学的な妥当性と適切性を基に医療・ケアチームによって慎重に判断する。

三、可能な限り疼痛やその他の不快な症状を緩和し、患者・家族等の精神的・社会的な援助も含めた総合的な医療及びケアを行う。

四、積極的安楽死や自殺幇助等の行為は行わない。終末期における治療の開始・不開始・変更及び中止等、特に中止に際してはその行為が患者の死亡に結びつく場合がある。従って、医師は終末期医療の方針決定を行う際に、特に慎重でなければならない。

終末期における治療の開始・不開始・変更及び中止等に際しての基本的な手続きとして、以下のことがあげられる。

1　患者の意思が確認できる場合には、インフォームド・コンセントに基づく患者の意思を基本とし、医療・ケアチームによって決定する。その際、医師は押し付け

にならないように配慮しながら患者と十分な話し合いをした後に、その内容を文書にまとめる。

上記の場合は、時間の経過、病状の変化、医学的評価の変更に応じて、その都度説明し患者の意思の再確認を行う。また、患者が拒まない限り、決定内容を家族等に知らせる。

なお、救急時における医療の開始は原則として生命の尊厳を基本とした主治医の裁量にまかせるべきである。

2

患者の意思の確認が不可能な状況下にあっても「患者自身の事前の意思表示書（以下、「意思表示書」という。）」がある場合には、家族等に意思表示書がなお有効なことを確認してから医療・ケアチームが判断する。また、意思表示書はないが、家族等の話などから患者の意思が推定できる場合には、原則としてその推定意思を尊重した治療方針をとることとする。なお、その場合にも家族等の承諾を得る。患者の意思が推定できない場合には、原則として家族等の判断を参考にして、患者にとって最善の治療方針をとることとする。

家族等との連絡が取れない場合、または家族等が判断を示さない場合、家族等

の中で意見がまとまらない場合などに際しては、医療・ケアチームで判断し、原則として家族等の了承を得ることとする。

上記のいずれの場合でも家族等による確認、承諾、了承は文書によらなければならない。

3　上記1及び2の場合において、医療・ケアチームの中で医療内容の決定が困難な場合、あるいは患者と医療従事者との話し合いの中で、妥当で適切な医療内容についての合意が得られない場合などに際しては、複数の専門職からなる委員会を別途設置し、その委員会が治療方針等についての検討・助言を行う。

以上、終末期における治療の開始・不開始・変更及び中止等に関しその手続きについて述べた。

終末期の患者が延命措置を拒否した場合、または患者の意思が確認できない状況下で患者の家族等が延命措置を拒否した場合には、このガイドラインに沿って延命措置を取りやめた行為について、民事上及び刑事上の責任が問われないような体制を整える必要がある。

なお、二〇〇七年五月には厚生労働省から「終末期医療の決定プロセスに関するガイド

ライン」が、同年十一月には日本救急医学会から「救急医療における終末期医療のあり方に関する提言（ガイドライン）」が発表されています。

5　尊厳死法制化の動き

日本尊厳死協会とリビング・ウイル

一九七六年一月、産婦人科医師で国会議員であった故太田典礼を中心に、医師、法律家、学者、政治家などの同志が集まって日本安楽死協会（一九八三年に「日本尊厳死協会」に名称変更）が設立されました。現在の会員数は十二万人を超えています。この協会は、主に「尊厳死の宣言書」（リビング・ウイル）を普及させる活動を展開しています。

リビング・ウイルとは、治る見込みのない病気にかかり、死期が迫ったときに、医師に提示する「生前発効の遺言書」のことです。その主な内容は、不治かつ末期になった場合、無意味な延命措置を拒否する／苦痛を最大限に和らげる治療をしてほしい／植物状態に陥った場合、生命維持措置をとりやめてほしい、というものです。協会はこのリビング・ウイルの管理も行っています。

また、この協会は、尊厳死法制化を実現化するための活動を展開しています。二〇〇三

年十二月以降、三度にわたり、法制化を求める請願書を厚生労働大臣や衆参両院議長に提出しました。二〇〇五年二月には、超党派の国会議員でつくる「尊厳死法制化を考える議員連盟」（中山太郎会長）を発足させ、尊厳死協会の法律要綱案をたたき台に検討をしています。

日本尊厳死協会が衆参両院議長に提出した請願書では、「延命だけを目的とした治療が、苦しみを強制し人間の尊厳を冒すことがある。患者本人がこうした治療を拒んでいる場合には、患者の意思を尊重し、治療を停止した医師の責任を問わないことを、法的に保証するように」とあるように、尊厳死の法制化は尊厳死の意思を尊重した医師が法的責任を問われないように、医師を守ることを目的としたものであるといえます。

尊厳死の法制化を求める動きが活発化している一方で、二〇〇五年には「安楽死・尊厳死法制化を阻止する会」（代表　原田正純（熊本学院大学教授）、世話人　鶴見俊輔（哲学者）ほか）という会も設立され、法制化を阻止するための活動を展開しています。これについては後述します。

二　尊厳死の問題点

ここまで、尊厳死とは何か、またどのような経緯から終末期医療において尊厳死という考え方が登場するに至ったのかを述べてきました。尊厳死とは結局のところ、人がいかに生き、いかに死んでいくのかという問題ですから、当然、法律的あるいは医学的な面にとどまらず、社会や文化、そして宗教の領域とも大きな関係を持っています。ここではそのような幅広い視点から、尊厳死に潜んでいる問題点を考えていきたいと思います。

1　尊厳死に対する意識の違い

現在、尊厳死を望む人が増えていると言われています。日本尊厳死協会によれば、リビングウィルを協会に登録した人の数（会員数）はすでに十二万人を超えているそうです。最近では、二〇〇六年の富山県射水市民病院での呼吸器外し事件が報道されてから、入会者が一年間に一万人弱も急増しました。

このような会員数の増加は、尊厳死が社会に受容されてきていることを示していると見

ることもできます。しかし尊厳死協会の標榜する理念と、尊厳死を望む人たちの意識との間には微妙なずれがあるのではないでしょうか。

尊厳死はあくまでも「本人の意思」

一般に、治癒を目指す医療行為をやめ、苦痛の除去などを中心とする緩和ケアへと切り替えて、あとは「自然に」生命の灯が消えるのを待つ、というのが「尊厳死」だと捉えられているようです。確かに、このような理解も大筋においては間違ってはいません。

人の生命の終え方には無数のパターンがありますが、尊厳死や安楽死が問題となるのは、傷病などによって高度な医療を施されるケースに限られると言ってよいでしょう。すなわち、急性（脳出血など）あるいは亜急性（がんなど）の疾患で生命の継続が困難な状態にありながら、投薬や点滴、人工呼吸器などの人工救命措置によってその生命が維持されているような状況において、尊厳死や安楽死という選択肢が発生してくるというわけです。典型的な状況としては、がんなどによって数ヶ月程度の時間経過を要する亜急性疾患が想定されるかと思います。

ここで、尊厳死・安楽死等の違いについてもう一度確認しておきましょう。

もはや治癒の見込みがないと判断されて以降、がんによる苦痛などから患者本人が、医師に「早く楽にしてほしい」「いっそのこと殺してほしい」といった依頼をし、医師がその声に応じて投薬などを行ってその生命に幕を引いたとしたら、それは「安楽死」です。一方、過剰な延命措置をとらずに自然な死を迎える場合は「尊厳死」となります。安楽死＝積極的安楽死、尊厳死＝消極的安楽死という捉え方もありますが、これに対しては、安楽死と尊厳死はそもそも異なる経緯で発生した概念であり、尊厳死を安楽死の一部とみなすのは適切ではないという批判があります。

尊厳死・安楽死のいずれにせよ、共通するのはあくまでも「本人の意思」によるものであるということです。この点がしばしば誤解されていますが、本人の意思が確認できないままに、家族が「早く楽にしてあげてください」と医師に依頼した場合は、尊厳死でも安楽死でもない、殺人もしくは嘱託殺人の罪に問われる可能性があります。一九九一年の東海大学付属病院事件も、一九九八年の川崎協同病院事件も、「殺人」事件として立件されたのです。

欧米においては、安楽死・尊厳死はあくまでも患者本人の問題として考えられてきました。たとえば安楽死を法的に認めているオランダやアメリカの一部の州（オレゴン州な

ど）では、安楽死を希望する人は適法な手続きを経ると医師から薬剤を渡され、これを自分自身で注射または内服して自らの手で自らの人生に幕を引きます。自らの生命の決着は自分自身でつける――誰かに死なせてもらうのではなく、自らの意思と行動によって希望する死に方を獲得する――これこそがまさに「自分自身のいのちの自己決定権」という考え方なのです。日本尊厳死協会も、基本的にこの考え方に立脚した活動を行っています。

憧れとしての尊厳死

尊厳死協会への登録者は、安楽死・尊厳死に関連する事件がメディアで盛んに取り上げられた時期に急増する傾向にあります。その最初は昭和から平成へと移行した頃でした。この時期にはE・ライシャワー元駐日大使の尊厳死（一九九〇年九月）、また東海大学付属病院事件の発覚（一九九一年四月）などが続きましたが、尊厳死協会への入会者が飛躍的に増加した最も大きな契機は昭和天皇の崩御だと言われています。

昭和天皇は十二指腸ガンでした。侍医団はそれを告知しないまま治療にあたりましたが、天皇の容態は昭和六十三（一九八八）年秋から悪化します。テレビでは連日、天皇の脈拍や体温、下血や輸血の量に至るまでが報道され、もはや天皇の命が旦夕に迫っていること、

それにもかかわらず侍医団は大量の輸血などの処置を行って必死に延命を図っていることがお茶の間にも伝わっていきました。そのような日々を三ヶ月以上も過ごした果てに、天皇は昭和六十四年一月七日早朝に八十七年の生涯を閉じました。

このような昭和天皇の最期と、尊厳死協会への入会者の急増とはどう結びつくのでしょうか。推測になりますが、大多数の人たちは昭和天皇の最期に「死なせてもらえない」苦しみを見、自分はああいう最期は迎えたくないと思って入会したように思われます。つまり、「スパゲッティ症候群」などと呼ばれるような、たくさんのチューブを差し込まれ機器によってかろうじて生命を維持する状態を嫌い、そうではない死の迎え方を願ったのではないか、そしてそれを実現する方途として尊厳死という方法が、尊厳死協会への入会が選ばれたのではないか、と考えられるのです。

日本尊厳死協会は当初「日本安楽死協会」として発足しました。初期の会員は長年この問題に関わってきた医師や学者、弁護士といった人たちが多かったようで、前述した「自分自身のいのちの自己決定権」の発露としての尊厳死という理念に対しても、比較的共通の理解を具えていたと思われます。しかし、この時期に急速に増えた入会者がそうした尊厳死の理念やその背景にある価値観・人間観まで理解していたかといえば必ずしもそうで

はなく、「尊厳死」は「こう死ねたらいいな」という憧れや希望のようなもので、とにかく苦しまずに死にたい、というのが本音だったのではないでしょうか。

家族と尊厳死

欧米とは異なり、日本において尊厳死は、患者本人の「自己決定」というよりはむしろ、家族や医療者など周囲の者が決定・実行を迫られる問題という受け止め方が目立ちます。

先にふれた厚生労働省の調査では、終末期における延命措置の継続について、患者が自分自身の場合よりも家族の場合の方が、それを望まないと答える人の比率が高まる傾向が示されていました（「終末期医療に関する調査等検討会報告書」）。自分自身の場合は「家族に長い間迷惑をかけたくない」「助からないのなら早く死んでしまった方がいい」などと考え、一方家族に対しては「少しでも長く生きていてほしい」「死期を早めるようなことはしたくない」という気持ちが働く――。このため、患者本人が尊厳死を望んでも家族がそれを受け入れることができず、家族は「本人の意思」と自らの感情との間で激しい葛藤を覚え、家族の側が精神的に追い詰められるケースも少なくないようです。

このような、必ずしも「本人の意思」が尊重されるとは限らない現状を、欧米と比較し

て「遅れている」とみなす人もいます。しかしこれは、家族観・死生観を含む文化の違いそのものですので、安直に欧米のあり方を基準にして是非を断ずるべきではないでしょう。

一方、逆のケースも考えられます。すなわち、患者本人が明確に尊厳死を望んだと判断できないにもかかわらず、さまざまな理由から家族の側が「安らかな最期」を望むような場合です。病勢の進行によって患者の苦悶が目立ったり、あるいは逆に昏睡状態が続いたりすると、家族としてはそのような姿を目にするのがいたたまれなくなることでしょう。さらには高額な医療費や看護・介護の過酷さなども大きな負担となって、心身ともに疲れ果ててしまったら、「もうこの辺にしてくれないか、もういいだろう、これ以上がんばらなくても…」という想いが頭の中を横切らないとは限りません。「あれほど立派だった父が、チューブに繋がれたみじめな姿で生かされているのは父の尊厳を損ねる」などの考えから「尊厳死」を要求する家族もいるといいます。

日本で熱心に尊厳死普及活動に取り組んでいる人の中には、こうした家族の立場や論理を公然と主張する人が見受けられます。しかし先ほど述べたように、尊厳死（安楽死もそうですが）とはあくまでも本人の意思に基づくものだけを指し、本来、家族といえどもその意思決定を代行することはできません。また、尊厳死における「尊厳」とは患者本人の

ものであり、家族の尊厳ではありません。心情的にも、また状況としても同情・理解できる部分は少なくありませんが、それだけに安易な感情論に流されず、患者本人の立場に最大限配慮した慎重な議論を重ねる必要があるように思われます。

医療者と尊厳死

終末期医療の問題点や矛盾点を最も抱え込まざるを得ないのが医療者、とりわけ現場の医師や看護師です。現場の医療者は専門的な知識と技術、そして多くの経験を積んできたプロフェッショナルです。しかし彼らも人間であり、間違いも犯せば葛藤を抱えることもあるでしょう。治療方針を決定するのはあくまでも医療者とくに医師の職責ですが、自らの判断が患者の生命に直接的な影響を及ぼすというプレッシャーは相当のものになると推測できます。その上、患者の家族との間にトラブルが発生したとしたら、想像を絶する心理的なストレスを背負うことになりかねません。

医療者には当然、専門家としての見解や判断があります。病勢がどのように進行し、患者がどのような状態に至るかもある程度予想できてしまうことも少なくないはずです。そうした専門家としての知見を抱きながら、患者や家族と向き合っていかなければなりませ

ん。時には自らの立場と「患者本人の意思」あるいは「家族の意向」とが対立し、そのはざまで苦悩することもあるでしょう。延命措置を中止すること（人工呼吸器を取り外す等）などは、たとえ「本人の意思」であったとしても、場合によっては家族から訴訟を起こされかねない高いリスクを伴っています。しかし現実には、人工呼吸器を取り外さざるをえない状況に直面することも少なくはないようです。尊厳死推進派からは、このようなリスクが医療者（具体的には医師）にのみ負わされていることが尊厳死の実現を阻む大きな障害になっているとの批判がなされています。尊厳死推進運動が、多分に「医者を守る運動」の性格を帯びるのはこの点に起因しています。

確かに医療者は、患者本人や家族に対しては第三者的な立場にある存在です。しかし良心的な医療者であれば、目の前にいる患者や家族の思いを感じ取り、それゆえの苦悩を抱え込むことになります。そればかりか、現実的なリスクを負うことにもなりかねません。医療者にとっても、患者の希望通りに尊厳死を実現させることは決して簡単なことではないのです。

2　リビング・ウィルとその問題点

リビング・ウィルとは

尊厳死を望む人は、終末期に入って患者本人の意思が明確に確認できなくなる段階で、いたずらに延命治療を続けることなく、緩和ケアを中心とした施療に切り替え、余り苦痛を感じることなくできるだけ〝自然死〟に近い形で命を終えたい、という願望を抱いています。しかし医療者にとっては、こうした患者（および家族）の希望を受け容れることは、場合によっては医療者の義務を放棄したとみなされ、刑事罰を科せられることになる可能性があります。そこで、本人の意思を明確に伝え、医療者の免責を可能にするための証拠（文書）の存在が大きな意味を持ってくるのです。

日本尊厳死協会などでは、尊厳死を望む人のためにリビング・ウィル（Living Will　生前の意思）と呼ばれる宣言書の作成を勧めており、これが活動の中核に位置付けられています。

日本尊厳死協会に入会希望である旨を申し出ると、「尊厳死の宣言書」（リビング・ウィル）という書類が送られてきます。入会希望者はこの書面に署名・捺印して協会に返送、協会ではこれを登録・保管し、登録の手続きが済むと会員には会員証と証明済みのリビン

グ・ウィルのコピーが渡されます。そしてこれが必要な状況が生じた場合には、協会が保管していたリビング・ウィルが医療者に提示されるというわけです。

では、「尊厳死の宣言書」（リビング・ウィル）の文面はどのようなものなのでしょうか。以下、日本尊厳死協会のホームページに掲載されている全文を引用してみます。

（リビング・ウィル　Living Will）

私は、私の傷病が不治であり、且つ死が迫っている場合に備えて、私の家族、縁者ならびに私の医療に携わっている方々に次の要望を宣言致します。

この宣言書は、私の精神が健全な状態にある時に書いたものであります。

従って、私の精神が健全な状態にある時に私自身が破棄するか、又は撤回する旨の文書を作成しない限り有効であります。

①私の傷病が、現代の医学では不治の状態であり、既に死期が迫っていると診断された場合には徒に死期を引き延ばすための延命措置は一切おことわりいたします。

②但しこの場合、私の苦痛を和らげる処置は最大限に実施して下さい。そのため、たとえば麻薬などの副作用で死ぬ時期が早まったとしても、一向にかまいません

③私が数ヶ月以上に渉って、いわゆる植物状態に陥った時は、一切の生命維持装置をとりやめて下さい。
以上、私の宣言による要望を忠実に果たしてくださった方々に深く感謝申し上げるとともに、その方々が私の要望に従って下さった行為一切の責任は私自身にあることを附記いたします。

現在のところリビング・ウィルに法的効力はありませんが、日本尊厳死協会では、患者本人の意思を確認できる文書として裁判の際に医療者の免責の根拠になると考える、と表明しています。*そのためには、患者本人の「精神が健全な状態にある時」に作成されたということが重要になるので、この点を証明するためにリビング・ウィルを尊厳死協会に登録するという手続きが取られるわけです。

*これは一見矛盾するようですが、正式に法的な効力が認められた文書ではなくとも、もし裁判になった場合には免責の根拠として採用される可能性が高い、ということです。「考える」「可能性が高い」などと曖昧な言い方になるのは、日本ではまだ「尊厳死」をめぐってリビング・ウィルが争点となるような裁判が行われていないからです。

リビング・ウィルの文面は判例等を基に練り上げられたもので、原則として一切の加筆修正が認められていません。さすがに専門家による検討が重ねられているだけあって、簡潔にして要を得た文面となっており、まさに誰でもどんな状況でも通用する「普遍性」を備えている、との印象を受けます。

しかし一歩引いて注意深く見てみると、リビング・ウィルにはいくつかの問題が隠れています。以下、特に次の三点について考えてみましょう。①②は法的・医学的な問題ですが、③はより広がりをもった問題です。このため③については節を改めて論じてみます。

①リビング・ウィルの有効性
②回復不可能性の判断
③「尊厳ある死」の捉え方

リビング・ウィルの有効性

まず、リビング・ウィルがはたして有効に機能するのかという問題があります。

日本尊厳死協会が行っている「ご遺族アンケート」によれば、回答者のうち約六五％がリビング・ウィルを医師に提示しており、その九五・七％が医師の理解・協力を得られた

と感じているそうです。提示しなかったという人も三五％いますが、これはあえて提示する必要がなかったものと推定できるので、ほとんどの遺族が満足・納得していることがわかります。

一方、リビング・ウィルを提示された医師の認識は少し違っているようです。益田雄一郎氏の調査によれば、協会のアンケートから知られる担当医師を丹念に追跡調査したところ、遺族がリビング・ウィルを見せたと言っている医師の半数は「見ていない」と答えており、「見た」と言っている医師も、リビング・ウィルの提示が治療方針に影響を与えたと答えているのはその三分の一に過ぎないそうです。終末期における治療方針は患者の容態・状況によっておのずと定まってしまうことも多く、一般に想像されているよりも、患者の希望を反映させる余地は多くないのが現実なのです。ただしリビング・ウィルを見た医師の六五％は、患者・家族サイドとコミュニケーションが取れたと答えています。

この結果をどう受け取るのかは意見が分かれるところですが、リビング・ウィルの有無にかかわらず、医師と患者・家族との間で充分コミュニケーションが取れていれば、満足・納得のいく死の迎え方がおおむね可能である、と見ることができるでしょう。

しかし、患者の生前に文書で示した意思が通らなかったケースもあります。二〇〇七年

一月に報道された、岐阜県立多治見病院での事例がそれです。二〇〇六年一〇月、患者本人の文書による希望に基づき、病院の倫理委員会が延命治療の中止（人工呼吸器取り外しを含む）を容認したものの、病院を所管する県の意見で人工呼吸器の取り外しを見送りました。病院側は「患者の意思と家族の希望を無視することはできない」と考えたのですが、県側は「法的に認められるとは限らない」との見解を示したのです。結局患者は人工呼吸器を着けたまま、入院二日後に死亡しました。

この一例からも明らかなように、現実にはリビング・ウィルの拘束力は確定的なものとは言えません（だからこそ尊厳死協会によって、尊厳死の法制化運動が進められているわけです）。リビング・ウィルを尊厳死のための〝切り札〟のように考える方も多いようですが、現状ではむしろ、患者の生前の意思を適切に医療者に伝達する、コミュニケーションの一助として捉えておく方が妥当なように思われます。

なお、以上は終末期における延命治療の中止に関してのことです。植物状態での延命措置の打ち切りに関しては、殺人または積極的安楽死に相当するのではとの疑念が強く、現在のところまず認められません。

「回復不可能」という判断

次に、患者が「現代の医学では不治の状態であり、既に死期が迫っている」状態なのかどうかの判断をめぐる問題があります。

先述した通り尊厳死は、患者の病態がもはや治癒を望めず、短時日のうちに自発的な生命維持が困難になる「終末期」に入ったという判定に基づき、治療行為や延命のための措置を行わずにできるだけ自然に死を迎えることを指します。つまり、患者が「不治」で「死期が迫っている」、すなわち回復は不可能であるとの判断が尊厳死の出発点になるのです。その意味で、回復不可能性の判定がどのような基準によって下されるのかは、尊厳死の根幹をなす大問題であるといえます。

この判定自体はあくまでも医学上の見地からなされるものであり、全面的に医師の判断によります。しかし、この非常に重要な一線は、実際のところ大変曖昧なのが実状です。

例えば脳死判定では、確実に脳死状態に入ったかどうかの医学的な判断である、いわゆる「臨床的脳死診断」の他、臓器摘出をする場合にはさらに厳密な「法定脳死判定」が行われます。どちらも何項目にも及ぶ厳格な判定基準を備えたものです。脳死判定基準そのものに対する疑問がないわけではありませんが、ともあれ一定の基準と手続きが存在する

ので、その患者が現在脳死状態にあるかどうかについての判定は厳密に行うことができます。

一方、「現代の医学では不治の状態であり、既に死期が迫っている」状態なのかどうかを厳密に判断する指標など、設定しようがないことは容易に推察できます。末期まで進行してしまったガンであれば、経験的にある程度確実な判断ができるかもしれません。しかしそれ以前の段階ではどうでしょうか。患者ごとに病態も、病勢の進行具合も、また治癒に向けた患者本人の意志にも違いがあるでしょうし、医師の習熟度や医療設備といった「医療格差」も無視できないでしょう。このため、個々のケースによって医師の判断が異なってくるのは、ある程度やむを得ないことと考えなくてはなりません。

こうした根本的な問題とは別に、より注意を要する点があります。それは「回復不可能」という判定を医師に一任せざるを得ないということは、場合によっては、医師個人の勉強不足や勘違いによる誤判断、あるいは恣意的な判定が入り込む余地があるという点です。

前に富山県射水市民病院でおきた「呼吸器外し事件」についてふれました。呼吸器を外した外科部長は、患者が脳死または死が目前に迫った状態であったこと、家族の希望を受

け容れての措置であること、などと主張しましたが、外科部長が「脳死状態」「回復はない」と家族に説明した際に上記のような厳密な判定を全くしていなかったこと、そもそも「脳死」の概念や判定基準について正確な理解を持ち合わせていなかったことが指摘されています（中島みち『「尊厳死」に尊厳はあるか』岩波新書　二〇〇七）。

このような事例はあくまでも例外かもしれません。現実には多くの病院が、複数の医師による検討を経るといった内部規程を設け、問題がある場合は病院内の倫理委員会などに諮るという手続きを定めています。しかし医師も人間である以上、どんなに努力しても絶対確実ということにはなりませんし、今後医師不足がさらに深刻化すると、所定の手続きを手順通りに行うことが現実的に不可能となるおそれも全くないとは言い切れません。

尊厳死の根幹であり出発点となる「回復不可能」の判定自体が、このように不安定・不確実であるという点は認識しておかなければならないと思われます。

3　「尊厳ある死」とは

さらに、「尊厳ある死」とはどのような状態を指すのか、いったい「尊厳」とはどのような内容を指すのか、という問題があります。何をもって「尊厳」とみなすのか――これ

は価値観の問題であり、つまりは宗教を含めた文化の問題です。尊厳死という考え方の背景にどのような価値観があるのか、見てみることにしましょう。

医療環境の大きな変化

尊厳死は、かつての医療をめぐる状況、すなわち医師が患者に病状の説明を行わない、治療方針を一方的に決定してしまうといった医師の権威が大変強い状況（パターナリズム）にあって、どのような最期を迎えるのか、その選択権を患者の側に取り戻そうという動きの中で発生した概念でした。治癒が見込めない状況でも延命措置を無条件に継続するのが当たり前であった当時の状況では、無駄な延命措置からの開放が「人間の尊厳の回復」であったのは確かでしょう。

しかし、尊厳死協会が発足した当初と較べて、医療をめぐる環境は大きく変化しました。尊厳死に関連する変化に絞れば、次の二点を挙げることができます。

まず、延命治療を無条件に是とする医療者の意識が大幅に薄れてきていることです。近年、インフォームド・コンセントの原則が普及し、医療者の説明責任が問われると共に、総じて患者本人や家族の意向をできるだけ尊重するようになりつつあります。日本医師会

も二〇〇七年八月に「終末期医療に関するガイドライン」を発表し、患者本人の意思を基本に、家族の意向にも配慮した終末期医療のあり方に一定の形を提示しました。無条件に延命治療を押しつける医療者は、現在ではむしろ少数派になった感さえあります。病院や医師にもよりますが、過度の延命治療を施されず〝自然に〟死を迎えることは、かつてほど困難なことではなくなってきていると言えるでしょう。

一方で、増え続ける医療費の抑制が課題となり、さまざまな医療制度改革が試みられる中で、医療の現場にも医療経済的な視点や発想が浸透してきています。長期入院患者に対する医療費補助が抑制され、病院側は経営圧迫を避けるために、入院患者の「回転」をよくし、「効率」の向上を目指さざるを得ない状況になりました。こうした風潮の中では、「人間の尊厳の尊重」をただちに「延命措置をしないこと」に直結させて理解することが、安易な「効率優先」の隠れ蓑にされかねず、かえって患者の権利を侵害する危険が出てきたのです。

「尊厳死」を支える価値観

「無駄な延命治療をしないこと」が「尊厳ある死」であったとしても、「尊厳ある死」が

必ずしも「無駄な延命治療をしないこと」であるとは限りません。「尊厳死」という呼称からは、「無駄な延命治療をしない」という特定の死に方にのみ「尊厳」があり、それ以外の死に方には尊厳がないと言われているような印象を受けないでしょうか。「尊厳死」という呼称の裏には、どうやら一方的な価値観が潜んでいるようです。

尊厳死を支える価値観について、もう少し考えてみましょう。

リビング・ウィルの意義は、それが本人の意向を正確に伝える文書であるという一点にあります。したがってリビング・ウィルは、患者本人の「精神が健全な状態にある時」に作成された書面でなくてはなりません。「精神が健全な状態にある時」とは、正常な判断力のある状態、すなわち「理性」がはたらいている状態を指していると理解されます。リビング・ウィルは、患者自身が自らの理性に基づく判断によって「延命治療の中止」という患者本人の生命に関する重大な決定の履行を要求した文書、なのです。

本人の理性的な判断によって自らの死に方を選択するということは、「自分自身のいのちの自己決定権」として、欧米では当たり前の考え方だといいます。このような「自己決定権」が広く社会に浸透している背景には、欧米社会が「個人主義」を基本として成立していること、それも含めてキリスト教の影響が指摘されています。そしてこのような「自

己決定権」を支えているのが、人間の本質を「合理的な判断を行えること」すなわち「理性がはたらいている」ことにあるとする人間観（パーソン論）なのです。

そのような人間観からは、ややもすると、理性がはたらかなくなった状態――たとえば痴呆や植物状態――を人間としての「尊厳」を失った状態であると見なし、それ以上生きることを無意味とみなすような考え方が現われてきてしまいます。リビング・ウィルには、「私が数ヶ月以上に渉って、いわゆる植物状態に陥った時は、一切の生命維持装置をとりやめて下さい」とありますが、尊厳死はこのような「無意味な生」を拒絶する考え方に立脚した概念なのです。

「尊厳ある死」を求めている尊厳死ですが、その背後に特定の価値観・人間観が隠れていることには充分留意すべきことと思われます。

健康時の「本人」の判断が絶対なのか

先に見たように、リビング・ウィルは患者本人の「精神が健全な状態にある時」に作成された書面でなくてはなりません。したがって、まだ自分自身が病気になっていない段階で尊厳死を選択している人も少なからずいると予想されます。ここで懸念されるのは、は

たして健康な時と、実際に病気になった場合とで、その人の意思が一貫しうるのか、ということです。

死を漠然としか意識しなかった時と、間近に迫ったものとして受け止めざるを得ない状況とでは、本人自身の考え方に変化が生ずることは充分に考えられることでしょう。リビング・ウィルには、「私の精神が健全な状態にある時に私自身が破棄するか、又は撤回する旨の文書を作成しない限り有効」とありますが、もし正常な判断力を失ったと判定されるような状態（病勢が進みモルヒネなどを使用している等）になってから本人が「できるだけ長く生きていたい」と言い出したとしたら、その訴えはどう扱われるのでしょうか。

また、たとえ本人が「尊厳死」を望んでいたとしても、見守る家族は一日でも長く生きていて欲しいと願うこともあるでしょう。本人に意識がある場合はその「意思」を再度確認することもできるかもしれません。しかし、脳出血などで突然倒れ、そのまま意識を回復していないような状態では、例え本人の「意思」だと言われても、それはあくまでも倒れる前の「意思」であり、本心は違うのではないかという疑念を家族が払底できるとは限らないのです。

こうした意味で、「自己決定権」についても再考してみる必要があるでしょう。「自己決

定権」などと言ってみても、結局、尊厳死は誰かの助けを借りないとできないのです。健康な時の決断や行動と違って、「どう死ぬか」という選択は、家族や医療者など周囲の人たちを否応なく巻き込むことになり、それらの人々の心に大きな影響――場合によっては傷跡――を残すことになります。尊厳死は、自分一人が「自己決定」すればいいというような、単純な問題では決してないのです。

「尊厳死」法制化の問題点

幸か不幸か、尊厳死が法制化されていない現状では弾力的な対応が可能な余地がありますが、もし制度化され、その執行に強制力が備わるようになったとしたら、現場において深刻な問題を引き起こす可能性はないとは言い切れません。

前に尊厳死の法制化に関して賛否両論があることを紹介しました。反対の立場にある人たちが懸念しているのはまさにこの点で、「安楽死・尊厳死法制化を阻止する会」の声明には次のようにあります。

日本尊厳死協会のリビング・ウィルは、将来おこるかもしれない状態を想定して前もって行う意思表示であり、実際に延命措置に直面しての意思表示ではない。

リビング・ウィルの署名者を広く募り、尊厳死の法制化をめざすとき、個人の「死ぬ権利」は、「死ぬ義務」となり、弱い立場の者に「死の選択を迫る権利」に置きかわっていかないか。

「あのようになってまで生きていたくない」と、生きている人の状態を「あのように」と見る、自らの内にひそむ選別の思想こそ振り返る必要がある。

尊厳死法制化の動きは、人工呼吸器を使って呼吸し、栄養・水分補給をうけて生活している人々をはじめ、障害者や高齢者に目に見えない恐怖をいだかせるものとなる。生きようとする人間の意思と願いを、気兼ねなく全うできる医療体制や社会体制が不備のまま、「尊厳死」を法制化することは、病に苦しむ人や高齢者に「死の選択を迫る」圧力になりかねない。

つまり、尊厳死が制度化されてしまうと、必ずしも尊厳死を望んでいない人に対して「尊厳死」を強要することになりかねないのではないか、というのです。前述した医療費抑制の風潮の中では、とくに障害者や高齢者といった弱い立場の人たちの「いのちの尊厳」がかえって脅かされかねないという主張は、それなりの説得力を備えているようにも思われます。

一方、法制化を目指す立場もわからないではありません。尊厳死やリビング・ウィルについて社会的な理解が広まったとはいえ、これも前述したように、現状では必ずしも本人の意思が実現できないこともあります。このため、本人の意思の確実な履行を求めて、法制化を求める人たちがいるのも頷けます。

しかし、法制化という形で手続きを明確化してしまった場合、やはり反対派の人たちが懸念するような事態が起こりうる可能性は否定できないと思われます。手続きが明示され、それに則った形式が整えられてさえいれば、いわば「自動的」に尊厳死が執行されてしまうというのは、「いのちの尊厳」が守られている状態とはいえないでしょう。とはいえ、尊厳死を望む人たちの意思が無視されてしまうのも、やはり「いのちの尊厳」を踏みにじることになりかねません。

結局、尊厳死は法によって制度化されるべきでも、また法によって規制されるべきものでもないのです。アメリカでは多くの州で、リビング・ウィルに法的効力を与え、それを実行した医師の免責を立法化しています。実行した場合の免責を保証することと、実行しなければならない強制力を備えることとは大きな違いです。日本においても、現実的な解決策として一考に値するのではないでしょうか。

三　浄土宗教師はどのように対応すべきか

ここからは、浄土宗教師が尊厳死をめぐって、教化の現場でどのような対応を取ったらよいのかを考えてみたいと思います。

最初に、『往生要集』以来綿々と受け継がれてきた「臨終行儀」について、次に法然上人の死生観について、それぞれ整理し、私たち浄土宗教師の尊厳死に対する基本的なスタンスを確認します。その後で、具体的な対応について述べることにしましょう。

1　臨終行儀と三種の愛心

――安らかに死にたい。

これは洋の東西、時代の懸隔を超えて、大多数の人の望みであり続けています。現在の尊厳死も、その一つのバリエーションに他なりません。平安時代中期に登場した恵心僧都源信（九四二―一〇一七）の『往生要集』は、こうした人々の願望に応え、安らかな最期を迎えるための理論と実践儀礼を提供した一種の〝バイブル〟でした。

『往生要集』の臨終行儀

『往生要集』は全十章からなっていますが、「臨終の行儀」が説かれているのはその第六章である大文第六・別時念仏の後半です。ここでは、どのようにしたら病者が安らかな臨終を迎えられるか、そのための設備・環境のしつらえ方や看病の仕方、そして病者に語り諭す内容といった「看取り」の技術と心構えが詳しく説明されています。いくつか拾い上げてみましょう。

一、寺の西北端に「無常院」という簡素な一堂（病室）を設けること
一、その中に一体の立像を西向きに（または西方に）安置すること
一、像の手と病者の手を五色の紐で結ぶこと
一、焼香・散華して病者を荘厳し、汚物は速やかに片付けること
一、病者が苦しみにうなされるようならば、看病する者が一緒に念仏を称え、共に懺悔して滅罪をはかること
一、看病者が「善知識」となって病者の不安や不信を取り除き、「必ず往生できる、大丈夫だ」と励ますこと

源信は「臨終の一念は百年の業に勝る」と述べ、臨終の迎え方を大変重視しました。それは、臨終時に正念（執着を捨て去った安らかな気持ちで念仏する状態）を得られれば阿弥陀仏が来迎して下さり往生がかなうものの、正念を得られなければ三悪道（地獄・餓鬼・畜生）に墜ちると考えられていたからです。したがって病者は臨終正念を得ることを目指すわけですが、それはなかなか簡単なことではありません。

三種の愛心——死の前に起こる執着

源信の頃の比叡山では、命が終わろうとするときに三つの執着（愛）が生じると考えられていました。第一に家族や友人、財産などに対する愛着である「境界愛」、第二に自分自身の身命を惜しむ「自体愛」、第三に死後どうなるのか不安を覚える「当生愛」で、これを「三種の愛心」と呼びます。先に挙げた環境の整備、仲間による看病と指導も、全ては三種の愛心のような「邪念」を克服し、「正念」を得ることを目的として勧められているのです。

このように『往生要集』に説かれる「臨終行儀」は、病者が最期の瞬間を「正念」で迎えるために、病者一人ではなく、仲間が看病者・指導者（善知識）となって助力すること

を基調とするものです。それは望ましい死のあり方を示したものとして広く受け入れられ、その後も強い影響を与え続けました。平安後期（院政期）には各宗の人師がこぞって「臨終行儀」に関する著作を執筆しましたが、細かい部分はともかくとして、大枠としては『往生要集』を踏襲しているといえます。そして多くの人たちが、『往生要集』等の説示に則って最期を迎えようとしたのです。そうした人たちの行状については、平安後期に盛んに編纂された『往生伝』などによって知ることができます。

こうした風潮の中で、病気などで意識が朦朧としているようでは最期の瞬間を「正念」で迎えることができない、いっそ心身が健康なうちに最期を迎えてしまおうと考える者が現れてきました。「健康のためなら死んでもいい」という冗句がありますが、臨終正念への強いこだわりは、それにも似た奇妙な発想をも生み出していったのです。

2　法然上人の死生観

人は思うような死に方ができるとは限らない

法然上人は、こうした臨終正念を求める時代のまっただ中に生まれ育った人です。しかし法然上人の「臨終行儀」に対する態度は、同時代の人たちとは全く異なり、そっけない

ものでした。

先徳たちの教にも、臨終の時に阿弥陀仏を西の壁に安置しまいらせて、病者その前に西向きに伏して、善知識に念仏を勧められよとこそそうらえ。それこそあらまほしき事にてそうらえ。ただし人の死の縁は予ねて思うにも叶いそうらわず。にわかに大路、径にて終る事もそうろう。また大小便痢のところにて死ぬる人もそうろう。前業逃れ難くて、太刀小刀にて命を失い、火に焼け水に溺れて命を滅ぼす類多くそうらえば、さようにて死にそうろうとも、日ごろの念仏申して極楽へ参る心だにもそうろう人ならば、息の絶えん時に、阿弥陀、観音、勢至来たり迎えたまうべしと信じ思召すべきにてそうろうなり。（「往生浄土用心」『浄土宗聖典』四・五五六頁）

つまり、臨終行儀は素晴らしいこと、望ましいことであるとしながらも、人の死の機縁（死にざま）は様々であり、必ずしも望み通りの死に方ができるとは限らないというのです。ここで法然上人が例に挙げているのは、道を歩いていて突然倒れた者、不浄（便所）にて心臓麻痺を起こして死を迎えた者、戦陣で傷つき命を落とす者、火に焼かれ水に溺れて亡くなった者など、理想的とはほど遠い最期を迎えた者たちです。そのような最期を心から望む者など誰もいないでしょう。しかし法然上人は、「どのような最期を迎えること

になるのかわからない」のが人間の実態であると看破され、私たちの誰もが、そのような「不本意」な最期を迎える可能性を秘めていること、その厳しい現実から目を逸らせてただただ理想的な死に方を望むことの危うさを指摘されたのです。

阿弥陀仏は死に方を選ばない

そして法然上人は、阿弥陀仏のありがたさは、どのような死に方であったとしてもそれによって差別することなく、日頃念仏を称えていた者を必ず迎えに来て下さるという点にある、と述べています。

法然上人以前は、前述のような死に方では到底安らかな心持ちで最期を迎えられようはずもなく、したがって阿弥陀仏も来迎せず往生を果たせなかったものと見なされてきました。その背後にあるのは、命終に臨んで正念を得られれば阿弥陀仏が来迎して下さる、という考え方です。これを「正念来迎」と呼んでおきます。しかし臨終の床で「正念」を得ることは大変難しいことであり、だからこそ病室の荘厳を整えたり、「善知識」という導き手を招くことが必要とされました。

それに対して法然上人は全く逆の見解を述べています。

また後世者と覚しき人の申すげにそうろうは、まず正念に住して念仏申さん時に仏来迎したまうべしと申すげにそうらえども、『小阿弥陀経』には「諸の聖衆とともに現にその前に在す。この人終る時心顛倒せず、すなわち阿弥陀仏の極楽国土に往生することを得」とそうらえば、人の命終らんとする時、阿弥陀仏聖衆とともに目の前に来たりたまいたらんをまず見まいらせて後に、心は顛倒せずして極楽に生まるべしとこそ心得てそうらえ。（中略）いま一遍も病なき時念仏を申して、臨終には阿弥陀仏の来迎に預かりて三種の愛を除き正念になされまいらせて、極楽に生まれんと思召すべくそうろう。

（同・五五五～六頁）

法然上人は、行者の力・全知識の力によって「正念」を得たから阿弥陀仏の来迎があるのではなく、臨終時に阿弥陀仏が来迎して下さったそのお姿を目の当たりにすることで「正念」の状態を得られるのだという、「来迎正念」の考え方を示しています。つまり阿弥陀仏は、「どのような最期を迎えることになるのかわからない」という人間の現実のありさまを踏まえており、だからこそどのような「死にざま」であるかを問わずに、日頃の念仏に応じて来迎して下さるというのです。

「尊厳死」の理解と位置付け

このような法然上人の立場を踏まえると、尊厳死はどのように理解され位置付けられるのでしょうか。

先に見たように、法然上人においては尊厳死自体は必ずしも否定されているわけではありません。人生の最後をどのように迎えるか、一人一人が考え実行を試みることは一種の臨終行儀と捉えられます。その意味で尊厳死を選択することも「あらまほしき事」、すなわち「理想的な死のかたち」の一つとして認められ得ると考えてよいでしょう。

しかし問題は、私たち人間の世界では往々にして、必ずしも理想通りに、当初考えていた通りに運ばないこともある、という点です。病勢の判断や治療環境など現実の状況がそれを許さない場合もあるでしょうし、あるいは本人の意思と医療者や家族の意向とが相違することもあるかもしれません。また、実際に「終末期」を迎えた時に本人の気持ちに変化が生ずることも考えられなくはありません。そして何より、思ってもみなかった形で突然、死を迎えることになるかもしれないのです。

尊厳死は、ガンなどを患ってある程度の時間的な経過の中で死を迎えるといった場合の死の迎え方に過ぎません。そうではない死の訪れも充分に考えられますし、仮にガンだっ

たとしても、最後まで可能な限り生きていたいと願うことを否定することはできないはずです。

そう考えると、あまり尊厳死にこだわりすぎるのは疑問です。阿弥陀仏はたとえどのような「死に方」であっても、念仏を称えた者を必ず迎えに来て下さり極楽へと導いて下さるのです。阿弥陀仏は「死に方」で差別などしません。私たちは凡夫ゆえについ「死に方」に目が向いてしまいますが、どのような「死に方」であっても、それがその人の人生の幕切れであると受け容れること——。これこそ、「死の尊厳」を認めることなのではないでしょうか。

尊厳死を選ぶかどうかは、一人一人がそれぞれ判断すればよいことです。本人の「希望」としてそれを選択することは悪いことではありません。しかし、尊厳死はあくまでも「希望」と捉えるべきであり、理想的な、限定された状況下での死の迎え方に過ぎないことを意識する必要はあるでしょう。むしろ大切なのは、どのような形で死が訪れようとも大丈夫だという確信を得ることであり、健康な時から日々お念仏を積み重ねてゆくことにあるのです。

3　浄土宗教師の対応

最後に、教化の現場での具体的な対応について考えてみます。

臓器移植や生殖補助医療についても同じことが言えますが、教化の現場で適切に対応できるかどうかは、教師自身の日頃の準備にかかっています。尊厳死についてどの程度の知識を持ち、どのように問題点を把握しているのか、そして自分自身の場合はどうするのか、が問われていると言ってもよいでしょう。教師自身が自分なりの答えを模索し、考えをまとめてゆく姿勢こそが大切なのではないでしょうか。

以下、檀信徒への対応という場面を想定し、その方向性について述べていきます。

リビング・ウィルについて訊かれたら

自分が病気になった場合どうしてほしいのか、どのような死に方を望んでいるのか、考えている檀信徒は少なくないはずです。特に葬儀の後などは、若い人も含めて、そうしたことが話題に上ることも多いのではないでしょうか。そうした人たちの中には、日本尊厳死協会への登録などを考えている人もいると思います。もし尊厳死やリビング・ウィルの是非を尋ねられたらどのように答えますか？

法然上人のお言葉から考えるに、尊厳死は積極的に求めるべきものとみなされてはいませんが、さりとて必ずしも否定されていません。ですから本人の判断で決めればいいことなのですが、その人が尊厳死をめぐる問題点を的確に把握しているかどうかは確認した方がよいように思います。

・リビング・ウィルの拘束力は法的な根拠を持つものではなく、これさえあれば問題なく尊厳死ができるという〝切り札〟ではないこと。

・「現代の医学では不治の状態であり、既に死期が迫っている」状態であるかどうかについて明確な判定基準が存在していないこと。

・リビング・ウィルは健康時の意思であり、撤回には書面が必要であること（それも「精神が健全な状態にある時」でなければならない）。実際に病気に罹り考え方が変わった場合でも、リビング・ウィルが「本人の意思」だとみなされる可能性があること。

・「尊厳死」はあくまでも理想的な、限定された状況下での死の迎え方であること。そうではない形で死が訪れる可能性も多分にあること。

・「本人の意思」と家族の感情とが一致せず、遺された家族の心に傷を負わせるおそれもあること。

リビング・ウィルよりも大切なこと

自分がどのように死を迎えたいのかという願望を持つことも、尊厳死という形でその実現を図ることも、それ自体は問題ありません。しかしそれは、周囲の理解と支援があってはじめて実現できるものなのです。先に見たように、患者が自分自身の場合は「家族に長い間迷惑をかけたくない」「助からないのなら早く死んでしまった方がいい」などと考えても、家族が患者となった場合は「少しでも長く生きていてほしい」という気持ちが働く傾向があります。自分自身が患者となった場合、家族はどのような気持ちを抱くのだろうかと想像してみるよう勧めてください。

尊厳死を選ぶにせよそうでないにせよ、家族に自分の希望を伝え、充分に話し合う機会を得ることは、自分自身にとっても家族にとっても、大きなメリットがあります。日常生活の中ではなかなかその機会を見つけることは難しいかもしれませんが、葬儀や法事という場では比較的口にしやすくなるようです。そうした機会をとらえて話し合いができるよう、教師や寺庭がサポートしていくことも必要でしょう。

つまるところ、本当に大切なのは、尊厳死という形にこだわることではなく、人生の最

後をどのように迎えるのかということ、ひいてはどのような形で死が訪れようとも大丈夫だという確信を得ること、に尽きるのではないでしょうか。法然上人は、病を得る前の健康な日々に念仏を相続することによって、それが可能であると仰っています。そのような法然上人の死生観についても、上人自身のお言葉などを交えながら話してみてはどうでしょうか。そしてどのような選択をしたとしても、結局は日々のお念仏の積み重ねが大切であることを伝えていただければと思います。

「尊厳死」患者の家族に対して

長く生活を共にした人と死別することは、家族に大きな悲しみをもたらします。そしてもし尊厳死を実行した場合、家族はより大きな心の負担を負うことになるかもしれません。

近年、終末期医療をめぐる指針やガイドラインの類が発表されていますが、最近の傾向として、「本人の意思」は尊重するものの絶対視はせず、特に患者の意識がなくなって以降は、家族と医療者が充分に話し合った上で患者にとって最良の治療方針を判断してゆく、と謳われるようになってきました。すなわち、患者の治療方針決定のプロセスに「家族の意向」がより深く組み込まれるようになってきているのです。

例えば患者本人が尊厳死を望んでいた場合でも、多くの場合、最後の段階では意識が認められません。そうなると、人工呼吸器などの延命措置を続けるかどうかという判断は、実質的に家族が下さなければならなくなります。たとえ尊厳死が本人の意思であったとしても、家族は一日でも長く生きていてほしいと願うことは決して少なくないはずです。そうなると家族は、本人の意思と自らの感情との間で激しい葛藤を覚えることになります。そのような葛藤の間に〝自然と〟死が訪れた場合は「本人の意思」に添えなかったという後悔が残るでしょうし、本人の意思に従って尊厳死を遂行した場合でも、やはり何らかの後ろめたさを拭うことはできないのではないでしょうか。

程度の差や直接・間接の違いこそあれ、家族の死期を早める措置に関与したという心の傷は、家族にとって決して軽いものではありません。私たち浄土宗教師は、そうした家族に対してどのように向き合っていくことができるでしょうか。

「来迎」「倶会一処」というイメージ

先ほど、法然上人の素晴らしさは、それまでの「正念来迎」の考え方を「来迎正念」へと逆転させた点にあると述べました。臨終の際、人は三種の執着の心（三種の愛心、境界

愛・自体愛・当生愛）を起こすといわれますが、そうした「邪念」を自らの力で克服し、正念を得て阿弥陀仏にご来迎いただくことを目指すのが「正念来迎」の考え方です。それに対して法然上人は、阿弥陀仏が来迎して下さったそのお姿を目の当たりにすることで三種の愛心などの「邪念」が消滅し、「正念」の状態を得られるのだという「来迎正念」の考え方を示されました。これはまさに法然上人独特の考え方であり、他宗には見られない浄土宗ならではの来迎観です。

息を引き取ろうとしている患者さんは、阿弥陀仏の来迎を得て、人生の最後の瞬間を安らかで清らかな心で過ごしています。患者さん本人はどのような最期を望むだろうか、どのような最期が最善なのか――。家族の人たちが、目の前に横たわっている大切な人の想いを精一杯汲み取ろうと努力した末に導かれた結論ならば、いかなる結論であったにせよ、患者さん自身はその想いを澄んだ心に素直に受けとめてくれるに違いありません。そして、「みんな本当にありがとう。一足お先に、あちらの世界（極楽浄土）で待ってるからね」と旅立たれ、極楽世界から家族のみなさんを見守り続けてくれるのです。

「来迎」や「倶会一処」という古くさい言葉、あるいは専門的な用語では、現代の人々には通用しないのではという批判があるかもしれません。しかし、「来迎」や「倶会一

処」という言葉で示されてきた内容は、意外と現代の人々のイメージの中に生き続けているように感じられます。例えば、「お迎えが来る」という表現は頻繁に耳にすることができますし、親しい間柄同士で「お前は先に行って待っていろ」「俺は後からゆっくり行く」といった会話が交わされる光景も、映画やドラマなどでしばしば見ることができるのです。現代人の心の奥には、「来迎」「倶会一処」についての浄土宗の教義と、全く同じではないにしろ大枠において類似した、しかし漠然とした宗教的なイメージが隠れているのではないでしょうか。昨年の「千の風になって」という歌の大ヒットも、こうしたイメージを巧みにすくいあげた結果だったように思われます。このような宗教的イメージを、現代の人々は秘かに求めているのではないでしょうか。

臓器移植・生殖補助医療と違って、尊厳死に関する対応の基本線は、先に見た通り法然上人の教えから導くことができます。したがって檀信徒や一般の方々への対応に当たっては、現実的な次元にとどまらず、是非とも法然上人の人間観や死生観、そして「来迎」「倶会一処」などの宗教的イメージの提示にまで踏み込んでいただきたいと思うのです。

第三章　生殖補助医療についてどう考えるか

一　急速に進展する生殖補助医療

1　生殖補助医療の現状

生殖の原理や仕組みがわからない時代には、子どもは「授かりもの」とされてきました。ところが、ヒト体外受精の技術が確立したのを皮切りに、生殖補助医療領域において様々な科学技術が生まれました。これらの技術は生殖補助医療技術（assisted reproductive technology　ＡＲＴ）と総称されています。生殖をコントロールすることが、ある程度技術的に可能となり、かつ利用したいという人々の欲求がある以上、今後もさまざまな技術が開発され続けていくことが予想されます。このような個人の欲望や市場の論理優先の流れに対して、さまざまな立場から賛否の議論がなされる中、浄土宗教師としても、この問題にどのようなスタンスで対応すべきかが、今、問われているといえるでしょう。

この問題に対応するためには、まずは、生殖補助医療の現状を把握し、そこで何が問題とされているのかを理解する必要があります。

2　不妊治療はどのように行われるのか

不妊とその診断

不妊（Infertility）とは、自然な状態で妊娠に至れないか、妊娠を一定期間以上維持することができない状態を指します。WHOによる定義は「避妊なしで二年以内に妊娠に至れない状態」となっています。なお、妊娠に至れない状態を原発性不妊、一度以上の妊娠・分娩後妊娠に至れない状態を続発性不妊として区別する考え方もあります。日本においては、正確な統計結果ではないものの、一般的には妊娠を望んでいるカップルの約一〇%が不妊症であるとされています。厚生労働省研究班の二〇〇三年の調査では、不妊治療をする患者は、日本全国で四十六万七千人程度と推計されています。なお、男性側に問題があるケースが約四〇%、女性側に問題があるケースが四〇%、両性に問題があるケースが一五%、原因不明な場合が五%あるといわれています。

不妊の診断については、一般の健康調査に加え、血液分析によるホルモン量の調査、精液の調査などが行われています。男性不妊のうち、精子の運動性不足・精子欠乏症・無精子症などは精液の検査によって診断が可能です。またY遺伝子上の問題も不妊に関与していることから、遺伝子を短期間に増幅させて検査するPCR法による診断も試みられてい

ます。女性不妊については、甲状腺刺激ホルモン量・女性ホルモン量の分析、女性生殖器の診断などが行われています。

人工授精

精子の運動性や数に問題があって妊娠が困難な場合、性交障害がある場合、女性生殖器の狭窄などによって精子の通過性に問題がある場合などに行われる不妊治療法です。手法として、精子を注射器のような器具を用いて子宮内に注入することによって行われます。かつては採取した精液をそのまま注入していましたが、現在では精液を遠心分離などによって精製し、活性の高い精子を選別するなどして、効率向上と副作用の低減を図っています。このとき、女性側に対しては、卵細胞の活性化や排卵誘発剤の投与がしばしば行われます。精子の提供者によって、配偶者間人工授精（Artificial Insemination by Husband　AIH）・非配偶者間人工授精（Artificial Insemination by Donor　AID）に区別されています。重症の精子欠乏症や無精子症で治療が見込めない場合には、ドナーの精子を用いるAIDが必要となります。日本では一九四九年八月、慶応義塾大学の安藤教授により初のAID児が誕生して以来、現在まで一万人以上の児が出生していると推定されています。

精子の提供による精子バンク

ヒト精子の凍結保存は、一九四〇年代に技術が開発されました。精子凍結保存の利用価値は、一般にはＡＩＨのときに、充分な精子数が得られないような症例において、精子を複数回採取し、凍結・融解したものをまとめて使用する場合や、化学療法や放射線療法に入る前に患者の精子を保存しておくなどの場合にあります。しかしながら、精子凍結保存の最大の利用法はＡＩＤへの適応です。凍結技術の確立によって、生殖補助医療界では精子バンク設立へとつながりました。

体外受精

体外受精（In Vitro Fertilization　ＩＶＦ―ＥＴ）とは不妊治療の一つで、通常は体内で行われる受精を体の外で行う方法のことをいいます。受精し、分裂した卵（胚）を子宮内に移植することを含めて体外受精・胚移植と呼んでいます。卵管閉塞などの器質的原因に対する治療法として用いられる他、タイミング法や人工授精を試みても妊娠に至らなかった場合に用いられます。この治療法では、通常は精子を自然受精させますが、精子欠乏症

など精子側の受精障害がある場合には、顕微授精（多くの場合、卵細胞質内精子注入法ＩＣＳＩ）を行います。自然での人間の周期あたり妊娠率は平均一五％前後ですが、ＩＶＦ―ＥＴの場合二五％程度に向上します。

この体外受精の技術は、人工授精の場合と同様、精子の提供者によって、配偶者間と非配偶者間に区別されますが、日本産科婦人科学会は一九八三年に見解を発表、*この技術適用は原則として配偶者間に限られるものとし、非配偶者間に歯止めなく広がることを防止しています。諸外国の対応については、表1にまとめました。

＊「日本産科婦人科学会会告」（「体外受精並びに胚移植等」に関する見解）。

卵子提供

体外受精技術の開発により、卵子を体外に取り出して受精させることができるようになると、提供精子による妊娠・出産と同じく、第三者の提供卵子によって妊娠・出産することが可能となりました。卵子提供を受ける医学的な適応としては、

（1）性染色体異常などで先天的に卵巣が形成されていない場合

（2）後天的に卵巣の機能を失い、卵子が得られない場合

表1　各国における体外受精・胚移植の規制状況

国名	立法化	ガイドライン	規制なし	婚姻形態
日本		○		結婚
アイルランド		○		結婚
アメリカ合衆国		○		事実婚
アルゼンチン		○		不問(男女間)
イギリス	○			不問
イスラエル	○			事実婚
イタリア		○		不問
イラン			○	結婚
エジプト	○	○		結婚
オーストラリア(西)	○			事実婚
オーストラリア(南)	○			不問
オーストラリア(ビクトリア)	○			事実婚
オーストラリア(その他)		○		事実婚
オーストリア	○			事実婚
オランダ	○			不問
カナダ			○	不問
韓国		○		結婚
ギリシア			○	結婚
サウジアラビア	○			結婚
シンガポール	○	(○)		結婚
スイス		○		事実婚
スウェーデン	○			事実婚
スペイン	○			不問(18歳以上)
台湾	○			結婚
チェコ共和国	○			事実婚
デンマーク	○			不問(男女間)
ドイツ	○			事実婚
トルコ	○			結婚
ノルウェー	○			事実婚
ハンガリー	○			事実婚

フィンランド		○		事実婚, 独身女性
ブラジル	○			事実婚
フランス	○			事実婚(男女間)
ベルギー			○	不問
ポーランド		○		事実婚
ポルトガル		(○)	○	事実婚
香港			○	結婚
南アフリカ	○			不問
メキシコ	○			事実婚
ヨルダン		(○)	○	結婚

＊菅沼信彦著『生殖医療』（名古屋大学出版会，2001）p.153 および Cohen, J., & Jones, H.W. 2004." Worldwide Legislation". in Textbook of Assisted Reproductive Techniques, ed. David K. Gardner et al, London: Taylor & Francis. p. 918. より作成。

が、考えられています。卵子を採取できても、卵子が原因で妊娠に至らないと思われる場合にも提供卵子を用いることがあります。

精子提供の場合は、提供する側に身体的リスクは特に考えられず、凍結保存も可能なので時間的制約も少ないですが、卵子提供となると、提供者に対する排卵誘発剤の投与、採卵のための麻酔や手術など身体的な危険が生じます。採卵のタイミングは、移植される側のタイミングに合わせなければならず、時間的制約は大きいものとなります。現時点において未受精卵の凍結保存は技術的に困難なため「卵子バンク」なるものは存在しません。

凍結受精卵

現在では、体外受精で受精した卵を凍結保存す

る技術があります。これは胚移植した残りの卵（余剰卵）や卵巣過剰刺激症候群や子宮内膜が薄いなど、何らかの理由で胚移植できなかった卵を液体チッソで凍結保存する技術です。余剰卵を凍結しておくと、毎回採卵しなくても凍結卵を解凍して胚移植をし、妊娠を成立させるということが可能です。移植のときに解凍しますが、この凍結解凍によって卵の状態が悪くなることもあり、凍結卵によって妊娠した場合、流産、子宮外妊娠、新生児の異常等が起きる場合もあり、安全性が確立しているとは言えません。

減数（減胎）手術

多胎妊娠した場合の妊娠初期に一部の胎児を妊娠中絶する手術のことを言います。減胎手術とも呼ばれ、妊娠三ヶ月頃までに行われます。多胎妊娠の原因は、排卵誘発剤の使用や、体外受精時に多数の受精卵を子宮へ戻すことによって起こります。

着床前遺伝子診断

受精卵、あるいはそれが少数細胞にまで発生が進んだ段階で、その遺伝子を解析し、将来起こりうる重篤な病気・障害の有無を診断することを着床前診断（受精卵診断）と言い

ます。体外受精した場合に行われることが多いです。遺伝子が特定されている遺伝病や染色体異常等を発見することができます。

代理母出産

代理母出産は、卵子提供者が誰かによって以下の二種類に分類されます。

（1）Traditional Surrogacy …夫の精子（もしくは精子バンク）を使用して代理母が人工授精を行い、出産する場合を言います。「サロゲートマザー」とも言います。

（2）Gestational Surrogacy …代理母とは遺伝的につながりの無い受精卵を子宮に入れ、出産する場合を言います。「ホストマザー」とも言います。以前は、「借り腹」と呼ばれていましたが、この言葉にネガティブな印象があることから、現在はあまり使用されなくなりました。

この場合には、以下四通りの出産方法があります。

1．夫婦の受精卵を代理母の子宮に入れ、出産します。

2．第三者から提供された卵子と夫の精子を体外受精し、その受精卵を代理母の子宮に入れ、出産します。

3．第三者から提供された精子と妻の卵子を体外受精し、その受精卵を代理母の子宮に入れ、出産します。

4．第三者から提供された精子と卵子を体外受精し、その受精卵を代理母の子宮に入れ、出産します。

出自を知る権利

二〇〇〇年十二月に、厚生科学審議会先端医療技術評価部会・生殖補助医療技術に関する専門委員会は「精子・卵子・胚の提供等による生殖補助医療のあり方についての報告書」を提出しました。「報告書」では、「非配偶者提供による精子・卵子・胚を用いる生殖補助医療によって生まれた子が、将来に自分の出自について知る権利（出自を知る権利）」の重要性に一定の理解を示しながらも、提供者のプライバシー保護を重視するため、従来通りの匿名性を保持する原則を支持した内容となっています。この「報告書」の内容を具体的制度に発展させるため翌年六月に設置された、厚生科学審議会生殖補助医療部会では、子どもの権利を擁護する観点、心理学的観点、福祉的観点から、生まれる子の出自を知る権利を認め、生殖補助医療の制度づくりの提言をした報告書を二〇〇三年にまとめ

ました。

3　不妊治療の経済面

人工授精の場合、一回につき数万円、体外受精の場合は一回につき数十万円の費用がかかります。二〇〇八年現在、日本では人工授精は健康保険の対象となりませんが、「特定不妊治療」に対する公的補助として、地方自治体などにより費用の一部負担が行われている場合があります。なお、EU諸国では北欧地方を中心に全面的に公的補助の対象とされています。

4　生殖補助医療技術についての意識調査

二〇〇二年に厚生労働科学研究費補助金を用いた「生殖補助医療技術に対する国民の意識に関する研究」がおこなわれ、報告書が提出されています。報告書調査結果から言えることは、産婦人科医（体外受精をおこなっている医師とそれ以外の医師）、小児科医、不妊治療を受けている患者と一般の国民との間では、大きな意識のズレがあるということです。どうしても子どもが欲しくてたまらない夫婦と、最先端の生殖補助医療にのめり込む

医師という構図の一方で、「子どもがいなくても人生にはいくつもの選択がある」「自然が一番」「できなければ養子をもらえば」というその他多くの人々の意見があります。それぞれの立場によってこの問題に対する回答は異なり、現時点で国民の考えを一つにまとめることは到底不可能であるといえます。

5　その他の生殖補助技術

産み分け

産み分けは、男女どちらかの性別の子どもを希望する夫婦が、それを実現するための科学的な根拠を持つ技術、またはその技術を用いることを言います。科学的根拠を有する確実な方法は、体外受精の手法を用いた着床前診断だけですが、産み分けの目的でこの手法を用いることは日本産科婦人科学会が禁止しているため、日本国内では公然とは行われていません。その他、世間一般に流布している方法は、民間療法に過ぎないと言えます。

デザイナーベイビー

デザイナーベビー（designer baby）とは、受精卵の段階で遺伝子操作を行なうことによ

って、親が望む外見や体力・知力等を持たせた子どもの総称のことです。親がその子どもの特徴をまるでデザインするかのようであるためそう呼ばれています。デザイナーチャイルド（designer child）、ジーンリッチ（gene rich）とも呼ばれています。本来、受精卵の遺伝子操作は遺伝的疾病を回避することを主目的に論じられてきましたが、親の「より優れた子どもを」という欲求に従い、外見的特長や知力・体力に関する遺伝子操作も論じられるようになってきました。クローン人間とは違い、デザイナーベビーを産み出すためにクローン技術は不要ですが、技術的にも倫理的にも強く問題視されており、現在はおこなわれていません。

二　生殖補助医療の問題点

1　生殖補助医療の何が問題なのか

ここでは、前項で記述した生殖補助医療技術が抱える問題点について、前項で挙げた項目に沿って考えてみたいと思いますが、その前に不妊とその治療そのものが抱える問題点について最初に触れておきます。

不妊そのものが引き起こす問題

不妊によって夫婦の仲に問題が発生することがあります。不妊治療は夫婦仲の改善に有効である場合と逆効果である場合の両方が考えられます。また、不妊治療が羞恥心を刺激するとの指摘もあります。特に閉鎖的な社会においては、不妊であることによって社会的な圧力を受けることがあり、問題であると言えます。特に、不妊の原因は男女ほぼ半々であるのに、社会的な圧力は女性側に向けられることが多いため、女性にとって過大なストレスの原因となっています。

精子バンク

精子凍結保存技術の開発により、ＡＩＤにおける精子の安定供給が実現したと同時に、精子を望む人々に対し、要望に合わせた精子をそれに見合う金額で用意することが可能となりました。こうした需要と供給の関係の上で成立している精子バンクの医療ビジネス的側面を否定することは出来ません。

卵子提供

卵子提供は、その仕組みから提供者が極端に不足することが考えられ、精子バンク同様、卵子提供ビジネスが台頭することになります。

卵子提供の問題点は、精子提供よりもさらに身体的にリスクを伴うため、その代償費用が高額となりビジネス化することや、精子提供の場合と同様、子どもの法的地位や親子関係、ドナーの匿名性などが問題となります。また、卵子提供によって高齢者の妊娠が増加すると、妊娠中あるいは出産時の合併症が増加する危険も高まります。

減数（減胎）手術

減数手術とは、いわば胎児を間引きするという発想とも言え、母体保護法の妊娠中絶手術の定義に反する可能性があり、倫理的な問題が指摘されています。

厚生労働省・生殖補助専門委員会／部会はその報告書のなかで、

①原則としては行われるべきではないため母体保護法の改正により、人工妊娠中絶の規定を改める必要はない。

②多胎妊娠の予防措置を講じたのにもかかわらずやむをえず多胎（四胎以上、止むを

えない場合にあっては三胎以上）となった場合には、母子の生命健康の保護の観点から、実施されるものについては、認められうる。

③減数手術の適応と内容については、母子の生命保護の観点から個別に慎重に判断すべきものである。

と、条件つき容認の見解を出しています。そして実施条件が厳格に守られるためには、行政または学会において、これをルール化することが必要であるとしています。

これを受けて日本産科婦人科学会では、不妊治療において、受精卵を体外から子宮に戻す個数について、今まで三つまでとしていたのを、原則として一つに制限する新指針案を二〇〇八年二月にまとめ、四月の総会で正式決定することとなりました。二つ以上を戻した場合も出産の確率に違いがないという臨床報告に基づく判断です。これが実施されるようになれば、多胎妊娠の場合の減数手術の必要がなくなります。但し、高齢になると妊娠率が落ちるため、三十五歳以上の場合や、二回以上妊娠できていない場合は二つでもよいという例外規定を設ける予定です。海外では、スウェーデンがすでに二〇〇三年に原則一つを法で定めており、英国でも同様の法制定手続きを進めています。米国では、学会が一つから二つを推奨しています。

着床前診断

問題点を整理すると、下記の二つに分けられます。

一つ目は、遺伝性疾患罹患児の出生の回避と生殖補助医療の質の向上という二つの医学的適応を区別して考えなければならないということです。

二つ目は、遺伝性疾患罹患児の出生の回避に限ってみた場合、当該疾患の重篤度判定基準はなく、個々の疾患ごとに判定されるということです。慶應義塾大学では Duchene 型筋ジストロフィーに関して着床前診断の施行について倫理委員会で承認されていますが、その一方で、名古屋市立大学では筋緊張型ジストロフィーについて着床前診断の実施は不許可となっています。

日本産科婦人科学会では、受精卵診断の対象を、成人まで生きることが出来るかどうかというレベルの重い遺伝病に限っています。なぜなら、診断は遺伝子に関わるものであり、診断の対象をフリーにすれば、優れたものだけを残そうとする方向へ道を開くことになるからです。当学会では、一九九八年に「着床前診断に関する会告」を発表し、この会告に違反した医師を除名処分しています。さらに現在も新しい指針作成のために、「出生前に

表2　着床前診断に対する各国の対応

（科学技術文明研究所／朝日新聞　2004年2月23日）

国　名	規制の根拠	実施の可否，条件	性別選択	実績
日　本	日本産科婦人科学会の会告（指針）	重い遺伝性疾患に限り，個別に審査	原則禁止	無申請の3件が判明。
英　国	ヒトの受精・胚研究法（90年），着床前診断の指針（02年）など	子供の福祉に配慮，重い遺伝性疾患に限定を期待	医学的理由のみ可	01年までに約50人出生。
フランス	保健医療法典（94年）	不治の重い遺伝性疾患	医学的理由のみ可	99～00年に260件申請。
スウェーデン	ヒト受精卵の取り扱いに関する法（91年）など	早期死亡の恐れがあり，治療できない重い進行性の遺伝性疾患	医学的理由のみ可	01年までに33組が受診，14人出生。
ドイツ	胚保護法（90年）	事実上禁止（議論中）	—	—
スイス	生殖医学法（98年）	禁止	—	—
オーストリア	生殖医学法（92年）	禁止	—	—
米　国	連邦法なし	ほとんどの州は規制なし，一部の州は規制	州により差？	不明
韓　国	生命倫理および安全性に関する法律（03年成立）	大統領令で定める遺伝性疾患	未定	01年7月までに三星第一病院で65人出生。
オーストラリア（ビクトリア州）	不妊治療法（95年）など	遺伝性障害・疾患（詳細なリスト）	医学的理由のみ可	01年に179組受診，32人出生。

＊森崇英著『生殖の生命倫理学―科学と倫理の止揚を求めて―』（永井書店，2005）p.49より引用。

行われる検査および診断に関する見解（案）」を発表し、検討を続けています。

しかし、その一方海外では、アメリカをはじめ、すでに数千例以上の受精卵診断が実施されているのが現状です（主要国における規制の状況については表2を参照）。こうした状況が、国内での学会会告に違反して強行突破を推進した可能性は否定できません。現に当学会は二〇〇六年に習慣流産に対する着床前診断について「染色体転座に起因する習慣流産を着床前診断の対象とする」とも発表しています。これまで重篤な遺伝病に限定されていた着床前診断を一歩進めたことになり、この発表も現状の実施状況に合わせるために後から出されたものといえます。今後、重篤な遺伝病→習慣流産→ダウン症排除という具合に歯止めがかからなくなる危険性は否定できません。

代理母出産

代理母出産については、生殖補助医療の進展を受けて日本産科婦人科学会が一九八三年十月に決定した会告により自主規制が行われているため、国内では原則として実施されていません。しかし、代理母出産そのものを規制する法制度は現在まで未整備となっています。この制度の不備を突く形で、諏訪マタニティークリニック（長野県下諏訪町）の根津

八紘院長が、国内初の代理母出産を実施し、二〇〇一年五月にこれを公表しました。また、タレントの向井亜紀が、国内の自主規制を避ける形で海外での代理母出産を依頼することを大々的に公表し、これを実行しました。これらの事件により、代理母出産は、その是非も含めて社会的な注目を集めることとなっています。

こうした状況に対応するため、日本学術会議の生殖補助医療の在り方検討委員会は、二〇〇八年四月、代理出産の原則禁止を盛り込んだ「生殖補助医療法」（仮称）をさだめるよう求めた最終報告書をまとめ、厚生労働省及び法務省に提出しました。この報告書では、法律で営利目的の代理出産をあっせんした業者や医師、依頼者を処罰対象とする一方、公的機関の厳格な管理の下、子宮が機能しないなど、代理出産以外に自分の子を産む方法がない者に対する救済措置として、試行（臨床試験）の道も残しています。この試行による代理出産で子どもが生まれた場合、生んだ女性を母親と規定し、外国で生まれたケースも含め、依頼者との親子関係は養子や特別養子の縁組で認めるとしています。しかし、すでに厚生労働省の審議会や日本産科婦人科学会の会告でも同様の代理出産原則禁止が打ち出されてきたのに、国会での議論は異論噴出により棚上げされた状態になっており、今回の報告書がすぐに立法化を促すことになるかといえば、疑問といえます。

2　不妊治療に対する賛否

人工授精などによって子どもを得ることは、教義に反するという宗教的な価値観に立った立場からの批判があります。また、非配偶者間の生殖補助医療は、家庭関係を複雑化させ、ひいては社会を不安定化させるといった批判もあります。その一方で、子どもを望むのは人間として当然の権利であるという主張や、人工授精は少子化対策に有効であるという主張もあります。体外受精については、子宮内に戻す受精卵の数は多胎による母子への負担（最悪、母子共に死に至る）を避けるため、一般的に二～三個に限定されています。このとき、より多くの受精卵が得られた場合には冷凍保存または破棄することとなりますが、受精卵や胚、あるいは減数手術の対象となる胎児を「一つの生命」とみる立場からは、生命の選別や安易な廃棄は許されないという倫理的な批判があります。

次に不妊治療の中でも代理母出産に対する意見はさらに様々で、以下のとおり批判と反論を列記します。

代理母出産に対する批判

・人間に許される行為ではない、とか公序良俗に反しているという批判があります。

・代理母出産は、ある意味で女性を子どもを産む機械として扱うことになるため、女性蔑視を助長するのではないかという批判があります。
・母性本能に目覚めた代理母が子の引き渡しを拒否する事件（ベビーM事件）が起きているように、トラブルが起こる危険があるという批判があります。
・先進国においても妊産婦死亡がゼロになっていないことからも明白なとおり、妊娠・出産には最悪の場合、死亡に至るリスク（帝王切開を必要とする異常妊娠や妊娠高血圧症候群等に伴うハイリスク分娩、産褥期の感染症など）があり、また、死亡に至らずとも母体に大きな障害が発生する場合もあるため、このようなリスクを軽視し、それらを代理母に負わせることに対する倫理面からの批判があります。
・障害者差別を助長するという批判があります。代理母出産では、妊娠時の羊水染色体検査が義務づけられており、障害がみつかった場合は強制的に中絶させられることが多いのです。また、障害児が生まれた場合、依頼者が受け取りを拒否する事件も起きています。さらに、成功率向上の必要もあって、受精卵を子宮に戻す前に問題のある受精卵を排除するための着床前診断が行われている場合もあります。障害イコール悪いことといった考え方が、障害書の差別につながるのではないかという考え方です。

・人種差別を助長するという批判があります。米国においては、代理母として同一人種・同一民族・同一国籍の女性を求める傾向があるため、（依頼人に多い）白人に需要が集まり、黒人女性が代理母をつとめる場合よりも白人女性が代理母をつとめる場合の方が契約金が高額になります。この現象が黒人差別を助長するというのです。

・民法上の親子関係を複雑化するという批判があります。現在の日本の最高裁判例においては、「母子関係は分娩の事実により発生する」（最高裁判所第二小法廷昭和三十七年四月二十七日判決、昭和三十五年（オ）第一一八九号 親子関係存在確認請求事件、民集十六巻七号一二四七頁）との判断が示されており、遺伝子上は他者の子であっても代理母の子として扱われます。このため、代理母と子との間で相続上の問題が発生することが懸念されています。遺伝子上の親を実親として認めさせようという動きもありますが、生まれた子が依頼者・受託者双方と遺伝子上のつながりを持たないケースがあり、単純に遺伝子的なつながりのみで親子関係を確定することはできません。

代理母出産批判への反論

・「人間に許される範囲を超えている」という指摘もあるが、どこまでが「人間に許され

ること」なのかを一義的に決定することは難しいのではないかという反論があります。例えば、夫婦ともに健康で通常の妊娠出産が可能であるのに代理母出産での生殖を行う場合と、子宮癌など生死に関わる病気を患い、代理母出産の可能性だけを生きる望みとして闘病生活を乗り越えてきた女性が代理母出産での生殖を行う場合では、倫理面で同じ基準を適用しうるかどうかを考える必要があります。

・多くの批判は「このような事例もある」という、個々の事例の問題を持ち出して、代理母出産の全てがそういった問題を引きおこすかのような議論〈滑りやすい坂道論と呼ばれる〉を行っているのではないかという反論があります。例えば、ベビーM事件のような事例が実際に起きてはいるが、全ての代理母が生まれた子どもの引き渡しを拒否するわけではないといったものです。

・人類史を振り返ってみたとき、家族のあり方は極めて多様なものであることを考えると、代理母出産を批判する際にしばしば持ち出される「家族関係を複雑化する」という主張は説得力を欠くという反論があります。

出自を知る権利

出自を知る権利を認める場合に、以下のような問題を考える必要があります。まず、子どもに精子・卵子・胚を提供する人（提供者）の個人情報をどこまで開示するのか、提供者を特定できる情報まで含めるか否かの問題です。この問題については、出自を知る権利の本来の意義から、提供者を特定できる個人情報も含めることで厚生科学審議会生殖補助医療部会は一致しています。これに加えて、提供者のプライバシーを充分に考慮に入れる必要があります。提供者のプライバシーは、提供者が個人情報開示に同意することにより保護されますが、もしも子に開示する情報を提供者が同意した情報に限定するならば、提供者によって提供される情報が異なることになり、子どもが知る情報の範囲が異なるという新たな問題が生じます。同意した情報提供の範囲により、親を特定することができる子とできない子ができることになります。このように、子の出自を知る権利を認める制度をつくる上で、生まれてくる子の出自を知る権利と提供者のプライバシーの保護との間で、どのようにバランスを取るのかという困難な課題が残されています。

3　ヒトＥＳ細胞研究の問題点

余剰受精卵の利用法としてのヒトＥＳ細胞研究

胚性幹細胞（Embryonic Stem cells　ＥＳ細胞）とは、動物の発生初期段階である胚盤胞の一部に属する内部細胞塊より作られる幹細胞細胞株のことを言います。生体外において、理論上すべての組織に分化する全能性を保ちつつ、ほぼ無限に増殖させることができるため、再生医療への応用が注目されています。このＥＳ細胞を樹立するには、受精卵ないし受精卵より発生が進んだ胚盤胞までの段階の初期胚が必要となります。ヒトの場合には不妊治療の際に採取される受精卵が材料となりうるために倫理的な論議を呼んでいます。

先進国においては、例えば米国ブッシュ政権が二〇〇一年八月に公的研究費による新たなヒトＥＳ細胞の樹立を禁止しているように、いずれヒトになりうる受精卵を破壊することに対する倫理的問題から、現段階でのヒトＥＳ細胞の作製を認めない国がある一方、パーキンソン病、脳梗塞、糖尿病など根治のできなかった疾患を将来的に治療できる可能性から、その研究を認める国など対応が分かれています。日本においては限定的に認められています。米国においても、公的研究費を用いない形での研究が、ハーバード大学幹細胞研究所などで行われているほか、カリフォルニア州においては、アーノルド・シュワルツ

エネッガー知事が認める方向を打ち出すなど大きな社会的議論になっています。また、受精卵を用いるＥＳ細胞の新たな作製を回避するために、次の項に述べるような方法も開発途上にあります。この技術が完成すれば、これまでの倫理問題に終止符を打つ可能性があります。

ｉＰＳ細胞研究の展望

二〇〇六年八月二十五日の科学雑誌セルに、京都大学再生医科学研究所の山中伸弥教授らによる論文が発表されました。論文によると山中教授のチームは、マウスの胚性繊維芽細胞に四つの遺伝子（Oct3/4,Sox2,c-Myc,Klf4）を導入することで、ＥＳ細胞のように分化多能性を持つ人工多能性幹細胞（induced pluripotent stem cells　ｉＰＳ細胞）を確立することに成功しました。山中教授のチームはさらに研究を進め、二〇〇七年十一月二十一日、人間の大人の皮膚に四種類の遺伝子を導入するだけで、ＥＳ細胞に似たｉＰＳ細胞を生成する技術を開発、これを論文としてセルで発表し、世界的な注目を集めました。また時を同じくして、世界で初めてＥＳ細胞を作成したウィスコンシン大学のジェームズ・トムソン教授も同じく人間の皮膚に四種類の遺伝子を導入する方法で、ｉＰＳ細胞を生成

する論文を発表しました。この二チームはそれぞれ個別に研究していましたが、奇しくも同等の研究成果を同じ日に発表するに至りました。この二チームの研究成果は、大まかな細胞の作成方法こそ似ていますが、組み込んだ遺伝子が一部異なっています。ES細胞マーカーの発現量や分化条件などにおいてES細胞と異なる点があり、更なる研究が必要だと思われますが、倫理的問題が未解決であるES細胞に代わる技術として大きな注目と期待を集めています。

三　浄土宗教師はどのように対応すべきか

1　「いのち」の始まりについての浄土宗の立場

生殖補助医療の現場でもっとも問題となる生命倫理的課題は、生殖補助医療技術の利用の過程で発生することがある着床前診断の結果による不良受精卵の廃棄、余剰胚の再生医療への利用、多胎妊娠時の減数手術（中絶）等が挙げられます。生殖補助医療技術の利用が始まるまでは、人間のいのちの発生（萌芽）は、精子と卵子の受精と受精卵の子宮への着床、すなわち受胎という現象として捉えられ、それが人間としてのいのちの始まりであ

るという医学的な解釈が通説とされていました。仏教やキリスト教における生命観もこの医学的現象をいのちの始まりと見なし、それで事足りてきました。カソリックの中絶反対論もこの前提に基づくものと言えます。つまり、人間はいのちの始まりの時点から人間としての生命の尊厳を有するので、中絶はその尊厳を犯す行為として許されないというわけです。しかし、体外受精技術の確立により、着床前の受精卵が存在するという新たな医学的現象が発生し、受精卵そのものをいのちの始まりと捉え、尊厳を与えるべきかどうかについては、現在議論の分かれるところです。また、その立場によって、受精卵そのものの取り扱いに対する倫理的判断が左右されることになります。浄土宗の教義では、個々の生命のはじまりを明確に定めることはできません。よって、従来の通説で説明できる場合以外は、何をもって人間のいのちのはじまりとするのかということについて、教師各自に直接問われ、判断をもとめられることになりますので、まずは、第一項で述べているような生殖補助医療に関する正しい知識を身につけておく必要があります。

2　不妊の人々に浄土宗教師として如何に対応すべきか

不妊に対する偏見について

第二節の「不妊そのものが引き起こす問題」で述べたように、不妊自体が、人間としての欠陥のように扱われ、社会から偏見を受け、抑圧の対象となる可能性があります。仏教の根源的な平等性の立場に立って、私たち教師がその偏見の一端を担っていないかどうかよく自問してみる必要があります。無意識のうちに、子どもがいないことに対して同情の念を露わにしたり、これから出来ることを期待しているかのような発言を行ってはいないでしょうか。確かに寺院運営者として、檀信徒の祭祀継承権が無事相続されることは大きな関心事であり、それを期待するのは当然のことではありますが、実子による家の存続のみがその手段ではないことによく思いを至らせておくべきでしょう。そもそも少子化という現代社会の構造変化への対応は、寺院護持にとって避けて通ることの出来ない課題であり、不妊問題の解消だけで解決のつく問題ではありません。従来の家制度や家族形態にとらわれない大局的な視点に立って寺院運営を考えていくことが出来れば、不妊に対する狭量な職業的判断に陥らずにすむと考えます。そして、その姿勢を確立することが出来れば、自ずと社会に対しても仏教者としてそうした偏見の払拭に貢献していくことが出来るので

はないでしょうか。

浄土宗教師としての対応

子どもが欲しいという人々の欲求は、ごく自然の感情であり、そのために最新の生殖補助医療技術を利用したいと望むのも当然のことといえます。子孫を望むことは、種の保存という人類の本質であり、むしろ、こうした欲求は尊重されるべきであり、人間としても宗教者としても、その欲求に共感を抱く方が自然ではないでしょうか。子どもをどうしても欲しいというのは、仏教でいう我執であるといって、その欲求を頭から否定するような対応はもちろん問題外ですが、第一章で取り上げたように、臓器移植を受けてでも自らのいのちを延命したいという生への執着に対し、極楽往生という宗教的生命観を提示するやり方でも、この問題に関しては、対応しきれない部分が残ります。むしろこの問題で留意しなければならないことは、第二節で述べたように、不妊治療には様々なリスクが伴っており、正しい知識によってそうした問題を認識した上で対応していかなければ、安易な共感や応援は、結果としてかえって不妊で悩んでいる人々の信頼を失うおそれがあるということです。また、不妊治療の有無にかかわらず、子どもを授からなかった人々に対しては、

浄土宗教師として、子どもがいなくても充実した豊かな人生の可能性が、お念仏による信仰生活の中にあることを提示していく役割が求められます。

失われたいのちへの対応

生殖補助医療を利用する方との関わりの中で、失われたいのちに対して浄土宗教師としてどうかかわるべきかについて、以下のような場面が想定されます。例えば、子どもを授かることは出来たのだが、その過程で多胎となり減数手術を受けたことを悩み、相談にきた人に対してどういう宗教的対応をするかが問われます。人工妊娠中絶に対しては、日本の仏教界は、「水子供養」という儀礼によって、中絶当事者の贖罪意識を癒す役割を果たしてきましたが、その一方で「不殺生」という絶対的な生命観を中心的な教義としながらも、中絶そのものを抑止する宗教的論理を持ちえず、今日に至っていることを深く自覚しておく必要があります。「水子供養」の免罪符としての役割は、中絶という「殺生」をむしろ容認してきたと言っても過言ではなく、このような相談に対して「水子供養」という儀礼でのみ対応し、中絶当事者の負い目を軽減するだけでは不充分です。中絶という選択をせざるをえなかった当事者の事情と苦悩に共感を抱きつつも、中絶が、仏教の絶対的生命観

に反する行いとなる「殺生」であり、そのことに対する懺悔の機会を設けずに儀礼のみで対応するというやり方は、タタリ信仰に乗じた宗教的悪徳商法との謗りを免れないでしょう。

最後になりますが、中絶の当事者は女性であるため、男性教師の場合は寺庭の協力を得るなど、女性が相談しやすい環境を整えることなどにも配慮したいものです。

あとがき

本書は、浄土宗総合研究所で平成十六年度から二期四年にわたって行ってきた総合研究プロジェクト「生命倫理の諸問題」の研究成果を取りまとめたものです。総合研究プロジェクトは一期二年を目途に実施されていますが、生命倫理に関しては検討すべき多くの課外があるため、二期四年にわたって調査研究を続けてきました。

第一期の研究成果は『「臓器の移植に関する法律」の改正についての見解』（平成十七年五月）、生命倫理シンポジウム『これからの生命倫理の諸問題―臓器移植法改正の次に何が問題となるか―』（平成十八年二月、梅窓院）などで発表してまいりました。平成十八年度からの第二期の成果として公表するのがこの総研叢書『いのちの倫理』です。ここでは臓器移植、尊厳死、生殖補助医療の三テーマについて、「生命倫理の諸問題」研究班での検討結果を取りまとめています。

「生命倫理の諸問題」研究班のプロジェクトメンバーは左記の通りです。

研究主務　今岡達雄

研究メンバー　福西賢兆　戸松義晴　袖山榮輝　坂上雅翁　林田康順　名和清隆

水谷浩志　吉田淳雄　齋藤知明

調査研究は研究分野ごとに担当者を決めて常時情報収集や分析を行い、研究会での出席者全員での討議を行って見解をまとめていく手法を採用しました。各担当は、今岡達雄（総合調整、科学技術動向）、戸松義晴・水谷浩志（海外情報）、坂上雅翁（行政情報）、名和清隆（他教団動向）、袖山榮輝・林田康順（宗義的対応）、福西賢兆・吉田淳雄・齋藤知明（総合調整）で行いました。

総研叢書については、まず臓器移植、尊厳死、生殖補助医療の三テーマに絞ることを研究会で決め、それぞれのテーマについて（1）現状認識、（2）問題点把握、（3）浄土宗としての見解ならびに浄土宗教師の対応、の三点について研究会で討議を行いながら見解を集約し、総研叢書として記述すべき内容の目次案を作成しました。具体的な執筆については原稿作成担当者を決め、先に決めた目次案を勘案しながら執筆を行いました。執筆の担当は左記の通りです。

第一章「臓器移植」についてどう考えるか

（1）を坂上雅翁、（2）（3）を今岡達雄

第二章「尊厳死」についてどう考えるか

（1）を名和清隆、（2）（3）を吉田淳雄

第三章「生殖補助医療」についてどう考えるか

（1）（2）を戸松義晴・水谷浩志共同執筆、（3）を水谷浩志

なお、各章の（3）については袖山榮輝、林田康順と協議の上執筆しました。

用語集については臓器移植、尊厳死、生殖補助医療の各分野から用語を抽出し、齋藤知明が作成しました。

本書は臓器移植、尊厳死、生殖補助医療の三つのテーマについて浄土宗教師に知っておいて欲しい情報を盛り込んだものです。用語を厳密に使用しなければならないことから、わかりにくい表現になったところも多々あると思います。また、浄土宗としての見解、浄土宗教師としての対応のあり方については、本書と異なる見解を持つ方々もおられると思いますが、本書が生命倫理の諸問題に対して宗内の活発な議論が行われる端緒になれば幸いと存じます。

研究主務　今岡達雄

レシピエント

移植医療においては、臓器等の移植を希望する患者、受ける患者、あるいはすでに移植を受けた患者のことを指す。 →p.12

わ行

和田心臓移植事件

1968（昭和43）年８月、北海道立札幌医科大学胸部外科教授の和田寿郎らによって行なわれた日本初の心臓移植。移植後83日目にレシピエントが血清肝炎等を併発して死亡した。手術に至る経緯、手術後の拒絶反応など、様々な問題が指摘され殺人罪で告訴されるにまでに至った。1970（昭和45）年９月、札幌地検は「嫌疑不十分」で不起訴処分となった。本件で挙げられた問題点は、ドナーは救命できなかったのかが不明なこと、脳死判定と移植手術を同一の医師が行なったこと、レシピエントの治療に関して心臓移植以外の方法がなかったかが不明なことなどである。この事件は以後の日本の移植医療に大きな影響を及ぼした。 →p.12

ら行

ラザロ徴候

脳死判定後、無呼吸テストの最中あるいは人工呼吸器を外した後に、脳死患者が自動的に両手を胸の前に動かすといった上肢や頚部、体幹などによる複雑な動作のこと。1984（昭和59）年にA・H・ロッパーによって脳神経科学誌の『Neurology』に報告され、イエスが甦らせた男ラザロにちなんで、ラザロ徴候と名づけられた。 →p.27

リビングウィル

1969（昭和44）年にアメリカのカトゥナーが提案した、生前発効遺言のこと。生前の信託（living trust）と遺言（will）を組み合わせた「生きている間に効力を発行する遺言」という意味を持つ。医療技術の発展に伴い、生命維持装置によって生かされ続けることもまれではなくなり、このような社会背景を受けて「最後は尊厳をもって死にたい」「自らの死に方は自らが決定して良いのでは」という自己決定を尊重する風潮のなか、アメリカの各州で法制化された。日本では、日本尊厳死協会が「尊厳死の宣言書」を作成し、会員が署名・捺印した文書を登録・管理している。

→p.94,105

苦しみから救う目的であること、④病者が意志を表明できる場合には、本人の真摯な嘱託または承諾があること、⑤医師の手によること、⑥方法が倫理的にも妥当であること、以上の6点を確認することにより安楽死が認められたことである。これは安楽死の6要件と言われ、以後の安楽死裁判の一つの基準となった。
→p.81

UNOS（全米臓器分配ネットワーク）

米国における公平な臓器分配を行なうための組織。米臓器移植法が制定された1984（昭和59）年に発足する。その2年後から政府の支援を受けて活動している。米国における公的な機関であり、全臓器に対応していて、臓器移植希望者を登録し、ドナーが現れたときには厳格な医学的基準に基づきレシピエントを決定している。
→p.14,31

羊水染色体検査

胎児診断の一つ。妊娠14週から18週において行われ、羊水内の剥がれ落ちた皮膚細胞などを培養して増やし、それらの細胞に含まれる染色体を観察し、染色体異常の有無を診断する。ダウン症候群など染色体の本数や構造による症例は見つかるが、DNA変異の先天性疾患やウィルス感染などは見つからない。流産の可能性や、診断後における選択的な中絶などが倫理的問題となっている。 →p.161

先天性免疫不全症や、ＨＩＶなどのウイルスがＴ細胞を破壊するために起こる後天性免疫不全症候群、抗癌剤や免疫抑制剤などの薬剤の副作用として起こる感染防御能の低下、また高齢や栄養不良によって免疫不全に陥る場合など、原因は多様である。

免疫抑制剤

同種、あるいは異種移植における、移植された臓器・組織・細胞の免疫反応によって起きる拒絶反応を抑える薬剤。移植後は、一生のあいだ免疫抑制剤を服用しなければならない。深刻な副作用が出ない強力な免疫抑制効果を持つ薬剤の開発が、移植医療の発展のために欠かせないこととなっている。　→p.11,32

や行

山内判決

1961（昭和36）年、愛知県で起きた安楽死事件に対する判決。その関係者名に因む。５年にわたり脳溢血の後遺症によって寝たきりで苦しみ、余命10日程と診断された父親から「早く楽にしてくれ」「殺してくれ」と要請された被告である長男が、牛乳に農薬を混ぜて殺害。一審の尊属殺害を二審で同意殺人と覆され、執行猶予処分となる。本件で重要なのは、①病者が不治の病で死が目前に迫っていること、②病者の苦痛がひどく、誰の目にも忍びえない程度であること、③病者を死の

夫妻は引き渡しを求めて裁判を起こした。最高裁判決では、代理母契約は乳幼児売買を禁止した法律に違反するとし代理母契約を無効とした上で、ビルを父親、メリーを母親と認めた。しかし、子どもの最善の利益から、養育権はスターン夫妻にあるとし、メリーには訪問権が認められた。代理母制度が持つ多くの倫理的諸問題が明らかになったことで有名な事件であり、世界諸国において代理母の在り方について議論になった。→p.161

ヘムロック協会

1980（昭和55）年に自由意志に基づいて安楽死を選ぶ末期患者の権利を訴える運動の一環として、デレック・ハンフリーが中心として設立したアメリカの安楽死協会。

ま行

マーカー遺伝子

遺伝子組み換えの際に、目的遺伝子が入ったことを確認するための目印として、いっしょに組み入れられる遺伝子のこと。薬剤耐性遺伝子や、蛍光タンパク質や酵素の遺伝子などが使われる。 →p.167

免疫不全

何らかの原因によって免疫系の働きが不充分になった状態。免疫細胞やその機能が先天的に欠落して起こる

制定理由として、人の尊厳の保持、人の生命及び身体の安全の確保、社会秩序の維持が挙げられている。
→p.42,152

病気腎移植

過去に癌や肝炎、腎炎などの疾患をもつ第三者の患者から摘出した腎臓を用いて移植すること。2006（平成18）年、宇和島徳州会病院で生体腎移植における臓器売買事件が発覚した際に、病気腎を用いて移植を行っていたことを、同病院の泌尿器科医・万波誠医師が自ら公表した。病気腎移植について万波医師は、「生体、死体腎移植に続く第三の道として、このような医療行為があってもいいのではないか」と述べている。2007（平成19）年３月に、移植関連４学会が「移植医療として多くの問題があった。現時点では病気腎臓移植には妥当性がない」としたが、現在も病気腎移植の是非について議論が行われている。　→p.19,48

ベビーM事件

1985（昭和60）年２月にアメリカ合衆国で起きた、人工授精型代理母において問題となった事件。代理母となるメリー＝ベス＝ホワイトヘッドとスターン夫妻の夫ビル＝スターンとの間で、不妊センターが仲介して、１万ドルを報酬に代理母契約が結ばれた。メリーはベビーMを出産した。しかし、メリーは生まれてきた子どもに愛情を持ち、代理母契約を拒否した。スターン

は行

パーソン論

オーストラリアの哲学者トゥーリーによって生命倫理学に導入され、「パーソン（人格）とは何か」をめぐって行われる議論。トゥーリーは、生物学的な意味でのヒトと道徳的な意味でのパーソンとを区別し、生存権の認められるのはパーソンだけであると主張する。この主張は主に人工妊娠中絶や、植物状態などの意識を持たない末期患者の扱いに対する議論に用いられる。トゥーリーの論に当てはめれば、人工妊娠中絶や、意識を持たない患者の安楽死は正当化される。

→p.36,117

排卵誘発剤

主として無排卵・不妊女性の治療のために用いられ、排卵を引き起こすことを目的とした薬剤。排卵誘発では多数の卵胞の発育を促すため、多発排卵や多胎妊娠の確率が上昇する。そのため、母体に対する負担も大きくなる。 →p.142

ヒトクローン

同一のゲノムを持つ生物個体を作る技術をヒトに適用したもの。日本においては2000（平成12）年に「ヒトに関するクローン技術等の規制に関する法律」が公布され、世界に先駆けてヒトクローン作成を禁止した。

と考えるかどうかで論争が続けられている。

脳死判定基準

脳死と判定するにはいくつかの基準がある。現在日本では、1985（昭和60）年、竹内一夫・杏林大学脳神経外科教授を座長とする厚生省研究班によって発表された「竹内基準」が使用されている。脳外科医など移植医療と無関係な二人以上の医師が、「深い昏睡」「瞳孔の散大と固定」「脳幹反射の消失」「平坦な脳波」「自発呼吸の停止」「６時間以上経過した後の同じ一連の検査（２回目）」の６項目が行われる。２回目の脳死判定で脳死が認められた場合、その時刻が死亡時刻となる。　→p.12,27,111

脳死臨調

正式名称は「臨時脳死及び臓器移植調査会」。1989（平成元）年12月に国会で設置が定められた脳死および臓器移植の分野における適正な医療を審議する総理大臣の諮問機関。1990（平成2）年２月から２年間にわたり審議を行い1992（平成４）年に最終答申を発表した。そこでは、「脳死」を人の死として妥当性を持つ意見が多数であり、「臓器移植を進めるに当たっての基本原則」として、「確実な脳死判定」「臓器提供の承諾」「臓器移植とインフォームドコンセント」「移植機会の公平性の確保」「臓器売買の禁止」を示している。→p.51

P）を目的として、1965（昭和40）年に創設される。1980（昭和55）年に日本医師学会に加盟する。各種臓器等の移植を積極的に推進する性格を持つが、「臓器移植法」に基づいた移植が公正に行われているかという医学的見地、人工・再生臓器の開発の是非に対する哲学・倫理学的見地などについて、さまざまな議論が行われている。 →p.15,20,31,46

日本尊厳死協会

1950年代から安楽死容認運動を推進してきた医師の太田典礼が中心となって、医師、法律家、哲学者、政治家などが集まり、1976（昭和51）年1月に日本安楽死協会が設立された。その後1983（昭和58）年に日本尊厳死協会に改称。尊厳死の容認・普及を目的としている。主な活動としてリビングウィルの登録・普及を推進している。 →p.94,105,114,131

脳死

脳幹を含む脳全体の機能が停止し、不可逆的（回復の希望が全くなくなった）状態の脳のこと。脳幹死がおきると呼吸が止まり、酸素欠乏によりやがて心停止に至るが、1960年代に普及した人工呼吸器によって人工的に呼吸を停止させなくしたため発生したのがいわゆる「脳死状態」である。日本において死体として認められる「脳死」は、臓器提供の意思を持ち、脳死判定基準を通過したもののことを指す。この状態を人の死

ドナーカード

「提供意思表示カード」ともいう。心停止後、あるいは脳死後に自分の臓器や組織を提供する意思を表示するカード。臓器移植法においては、脳死状態の臓器提供には本人の生前の意思が絶対条件である（むしろ、臓器提供の意思表示があって初めて脳死判定が可能である。「臓器移植法」第6条参照）。改正案では、本人の意思の有無が焦点となっている。 →p.52,63

ドミノ移植

ある患者（A）から別の患者（B）に複数の臓器を移植し、そして移植された患者（B）から、ただちに健康なほうの臓器を切り離して、第3の患者（C）に移植すること。たとえば、末期肺疾患患者（B'）に心臓と肺を同時移植し、取り出した心臓を別の末期疾患患者（C'）に移植するなど、文字通りドミノのように移植していく方法である。ドナー臓器の不足から考え出された手術法である。 →p.17,48

な行

名古屋安楽死事件

⇒山内判決

日本移植学会

「移植およびその関連分野の進歩普及をはかるとともに、人類の福祉に貢献すること」（日本移植学会H

ＮＡ分析を行う。そこで遺伝子に異常のない胚のみを子宮に移して着床させる。この方法によって遺伝子的な問題による胎児の流産が減少することや、出生前診断に比べて妊娠中絶が減少するなどということに対して、妊娠中絶同様に、「いのちの萌芽」である胚の尊厳に対して反しているともいえる。　→p.147,156,167

同意確認の原則

移植臓器の提供に際して、ドナー本人の最近親者の同意を原則的に必要とする考えのこと。

東海大学付属病院安楽死事件

1991（平成3）年５月、東海大学医学部付属病院において末期がん（多発性骨髄腫）で入院していた患者（58歳）に対し、１名の医師が家族の強い要請に基づき、薬物（塩化カリウム製剤）を投与して安楽死をさせた事件。東海大学はこの医師を倫理に反するとして懲戒解雇した。1995（平成７）年３月の横浜地裁の判決は、懲役２年（執行猶予２年）であった（確定）。この判決は、山内事件の判例における安楽死の６要件がすべて満たされていないことをもとに出されたものであった。　→p.80,82,98

ドナー

「提供者」ともいう。臓器・組織・血液・精子などを提供する人のこと。　→p.12,24,34,48

る。主に妊娠・出産に対するリスクの問題を軽視していることを理由に、厚生労働省及び日本産科婦人科学会は代理母出産を認めていない。

日本における代理母出産問題では、タレントの向井亜紀のケースがもっとも有名な事例の一つである。2002（平成14）年プロレスラーの高田延彦と結婚した向井亜紀は、2000（平成12）年に妊娠すると同時に子宮がんが見つかったため、自身の出産をあきらめ代理母に出産を依頼することを公表した。翌2003（平成13）年にアメリカ合衆国・ネバダ州の代理母から双子の男子が産まれる。遺伝上は高田・向井夫妻が両親であるが、子どもの国籍はアメリカ合衆国であった（後に日本国籍に変更）。2004（平成16）年に向井を実母とする出生届を出すも受理されず、後の最高審で結局受理は認められなかった。理由は日本の法律では出産した人が母親となるためであった。日本産科婦人科学会では、この事件に先立ち代理出産を規制する指針を出し、日本における代理出産の実施や仲介を認めないとした。

→p.148,158

着床前遺伝子診断

「ＰＧＤ（preimplantation genetic diagnosis）」とも呼ばれる。排卵過度と体外受精の場合に、子宮に着床する以前に利用され得る遺伝子診断の一つ。受精卵の検査では、８分割の段階での各胚から細胞を摘出し、D

→p.17,19,36,60

組織移植

欠損や損傷、機能不全に陥った組織を充填・代替する治療法。扱われる組織は、皮膚・角膜・心臓弁・気管・骨・軟骨・血管・膵ランゲルハンス島・副腎髄質組織・鼓膜（側頭骨を含む）などである。皮膚・角膜・骨・鼓膜などはバンクが設立されている。日本組織移植学会では、組織移植コーディネーターの育成に力を注いでいる。 →p.10,23,25

た行

代理母

代理母には２種類ある。サロゲートマザー（日本語訳は人工授精型代理母）とホストマザー（日本語訳は体外受精型代理母）である。前者は、不妊の妻とその夫が子どもを望み、夫の精子を代理となる女性に人工授精させ、妊娠・出産する。遺伝上は依頼した夫が父親であり、サロゲートマザーが母親である。そのことにより、サロゲートマザーが生まれてきた子どもに対して愛情を持ったり、依頼した夫婦の関係がぎくしゃくしたりする場合がある。他方後者は、通称「借り腹」と言われており、依頼する夫婦の精子と卵を体外で受精させ、代理母の子宮に移植することで妊娠・出産する。遺伝上は依頼した夫婦がそのまま父親・母親とな

より、移植医療の適正な実施に資することを目的とする。日本においては、世界の主要国よりも大きく遅れて1997年に立法化された。争点となった脳死臓器移植では、15歳以上である本人の意思と家族の同意があるときのみ摘出可能となった。臓器提供に関係なく脳死をヒトの死とし、本人の意思が不明であっても家族の承諾があれば提供が可能な欧米・アジア・豪州などに比べて極めて厳しいものとなっており、ドナー数は非常に少ない。 →p.13,21

臓器仲介機関

ドナーの臓器・組織の適切な分配とレシピエントの登録と追跡、臓器移植の結果の記録などを行なう団体のこと。たとえば日本では（社）日本臓器移植ネットワーク、海外ではアメリカのＵＮＯＳなどが有名である。→p.14,30,46

臓器売買

人間の臓器を売り買いすること。臓器は組織や細胞などと同様、移植用・医学研究用・薬物試験用などの目的で売買される。しかし、とくに移植用の臓器の売買は多くの国で禁止されている。国によって、「臓器」「売買」の基準が違うが、国を越えての売買が行われていることがある。地球規模で見れば、第三世界の人が先進諸国の人に臓器を売っている傾向にあり、新たな南北問題を生み出しているとも言える。

分も正常の大きさに回復することが期待される。このため、１個しかない肝臓でも生体のドナーからの移植ができる。　→p.16

臓器移植

臓器が疾患に侵されるなどで不全状態に陥った際に、生命の危機にあるか、または生活が不便になった場合に、他の個体のものと置き換える医療技術のこと。臓器移植には、他の動物の臓器を人間に移植する異種間移植と、人間の臓器を移植する同種間移植がある。この同種間移植には、生体移植・死体移植・脳死臓器移植がある。移植される臓器は、救命を目的とする心臓・肝臓・肺、生活の質を上げる腎臓・膵臓・小腸・眼球（角膜）、などである。臓器移植には、高価な費用、免疫抑制剤、臓器売買、死体移植に関しては他者の死を望むという状況、脳死臓器移植には脳死は人の死として認められるかなど、生命倫理諸問題の中でも数多くの倫理問題を含んでいる。

臓器の移植に関する法律（臓器移植法）

1997（平成９）年に成立した臓器の移植に関する法律。臓器の移植についての基本的理念を定めるとともに、臓器の機能に障害がある者に対し臓器の機能の回復又は付与を目的として行なわれる臓器の移植術に使用されるための臓器を死体から摘出すること、臓器売買等を禁止すること等につき必要な事項を規定することに

推定同意の原則

臓器移植のドナーとなりうる患者が発生した際に、患者が生前に公式的にドナーになることを拒否しておらず、最近親者がドナーとなることを反対しない場合に、患者の臓器を移植に使用することを原則的に認める考え方。西ヨーロッパにおいて、死体臓器の数を増やすために考え出された。ベルギー、フランス、デンマーク、スウェーデン、オーストリア、スイスおよびイスラエルではこの原則が適用され、臓器獲得比率を著しく増加させる結果となった。 →p.34

生存率

特定の期間にかけての生存者の割合。集団の年齢構成にかかわらず、さまざまな死因の平均余命に対する影響の大きさを示す指標となる。生命倫理の問題では、特に予後においてどれだけの人が生きているかが焦点となる。1年生存率、5年生存率、10年生存率などが主に使用される。あくまでも統計的な指標であり、患者の状況や治療によって数値は異なる。 →p.15,32

生体肝移植

ドナー肝臓を親族者の生体から摘出し移植する治療法。脳死からの臓器提供を得ることが難しい日本において発展した。成人での生体肝移植では、ドナーの肝臓の3分の2を摘出し、レシピエントに移植する。肝臓は再生力が強く、ドナーに残された部分も移植された部

by donor）とも呼ばれ、夫以外の男性の精液を用いる方法。夫が重度の精子過少症や無精子症などで妊娠の可能性を期待できない場合に行う治療法である。1948（昭和23）年、慶応大学の安藤画一教授が、男性側に原因がありなかなか妊娠しない夫婦に臨床応用したのが始まりとされる。夫婦間の子どもではないという社会的・道徳上の問題や、次世代に及ぼす優生上の問題、生まれてきた子どもたちの福祉的サポートの問題など、現在も議論は継続されている。日本産科婦人科学会は、インターネットを通じた商業目的の精子売買活動を規制する目的等から、1997（平成９）年「非配偶者間人工授精と精子提供」に関する見解を会告し、①ＡＩＤを実施する夫婦の条件、②実施夫婦や生まれた子どもへのプライバシーの配慮、③精子提供者の条件、④精子提供者のプライバシーの保護と記録の保存、⑤営利目的での精子提供の斡旋のもしくは関与の禁止、⑥施設登録の厳守が明記されている。 →p.142,160

親族優先権

死体臓器移植に関して、提供者が意思を表明していれば親族に優先的に臓器を提供できること。「従来の優先順位の意味を失う」「移植医療の精神は博愛にある」などの批判があり、臓器移植法改正の争点にもなっている。 →p.22,60

自発呼吸も可能。外界の刺激に対して目が動くなどの反応を示すが、意識があるという証拠が認められない。行動したり、思考したりする機能を動物機能、胃腸の働きや血液循環調節などの不随意機能を植物機能と呼んだ古い習慣から、このように命名された。

→p.76,94,107,117

人工呼吸器（レスピレーター）

自発呼吸機能を失った患者に装着し、人工的に呼吸を維持する装置。いわゆる脳死状態は人工呼吸器が作り出した現象である。また、尊厳死をめぐる問題では人工呼吸器を外す時期の議論が絶えない。人間の生死や尊厳にかかわる問題では重要になってくる医療機器の一つである。　→p.83,97,104,120,135

人工授精

不妊の治療として行う人工授精は２種類ある。一つは、配偶者間人工授精で、通称ＡＩＨ（artificial insemination by husband）と呼ばれる。不妊の治療として行う人工授精で、夫の精液を用いる方法。夫に精子過少症などがあって妊娠しない場合に、運動性の良い精子を集め、その精液を妻の子宮内に注入する。妊娠した場合は夫婦間の子どもであるため、社会的な問題はない。ただし、宗教的な理由から、正当な性行為を経ない妊娠に対して容認しにくいという場合も多い。もう一つは、非配偶者間人工授精で、通称ＡＩＤ（artificial insemination

ピエント選択、迅速な臓器搬送などの業務の遂行である。 →p.13,30,46

受精卵冷凍保存

人工授精の過程で受精卵を凍結した後、−196℃の液体窒素内に保存し適切な時期に融解し支給または卵管腔に移植するもの。多胎妊娠を避ける目的で移植胚数を制限する際や、卵巣過剰刺激症候群の重症化を避けるために適用される。胚の所有権や凍結保存期間の問題、代理母の問題など、多くの倫理問題が残されている。 →p.146,160

小児臓器移植

未成年に対する臓器移植。現行の臓器移植法の運用に関する指針において、ドナーとなる意思表示が有効な年齢は15歳以上となっている。しかし現在では、15歳未満の小児で移植しなければ治療できないケースを踏まえて年齢基準を撤廃、あるいは下げるべきだとの意見も挙げられている。改正案では、本人の意思がなくても家族の意思の有無があれば移植可能かどうかが争点となっている。 →p.15,30,47

植物状態

重症の頭部外傷や低酸素性—虚血性脳症などにより、高度の精神機能の回復がみられないまま安定した状態が3ヶ月以上続くこと。脳死と違って脳幹機能が比較的残存している。そのため自律神経系の機能は正常で

児童虐待

日本では、2000（平成12）年に「児童虐待の防止等に関する法律（児童虐待防止法）」で「保護者（親権を行う者、未成年後見人その他の者で、児童を現に監護するものをいう）がその監護する児童（18歳に満たない者）に対し、次に掲げる行為をすること」と定義されている。養育者による虐待の種類としては、身体的虐待、性的虐待、心理的虐待、ネグレクト（養育の拒否）などが分類される。生命倫理の問題においては、臓器移植法が改正され子どもの臓器移植が認められた場合、児童虐待によって死亡した子どもの臓器を移植する決定権を誰がもつか、あるいは禁止すべきではないかという議論が挙がっている。 →p.30

（社）日本臓器移植ネットワーク

1995（平成7）年４月に、日本における死体腎の、より公平、公正、最適な分配を全国的に行うために、前身の「（社）日本腎臓移植学会」が設立された。1997（平成９）年10月から、現在の名前に改称し、脳死下での心臓や肝臓等の移植も扱う。全国を３つの支部（東日本、中日本、西日本）に分割し、それぞれ経験のある移植コーディネーターを配置している。主な業務としては、移植医療の普及・啓発、全国の臓器移植希望者の登録、臓器提供情報の収集、ドナー家族への対応、摘出チームの編成と調整、適正かつ公平なレシ

微生物に感染した細胞を抗原として認識して結合する。

さ行

三徴候死

従来用いられてきた死の判定基準。心臓拍動停止、呼吸停止、瞳孔散大の三徴候を確認した後に死亡とする。瞳孔散大と対光反射の消失は脳幹機能の消失の一部であるため脳死判定基準と共通したところもある。

→p.28,54,62

自己決定権

責任能力があれば、自己の私事については、他人に危害を及ぼさない範囲で自由に決定して良いとされる権利。医療倫理においては、医師と患者の関係において最も重要な概念のひとつであり、医学以外にも哲学や法律学で議論の的となっている。医師の裁量権が強いとされるパターナリズムに対して、患者が自分自身の信条や価値観に基づく治療の決定を行う事ができる権利とされる。　→p.35,99,116

死体腎移植

生きている人から腎臓を提供され移植する生体腎移植に対して、心臓死・脳死した人の腎臓を移植することを指す。日本において脳死者から提供される腎臓が少ないため、死体腎移植は生体腎移植に比べると数が少ない。　→p.12

L（「sanctity of life」、日本語訳は「生命の神聖性、尊厳性」）が挙げられる。 →p.32,76

ゲノム

一定の生物種に固有に備わっている個体を形成するために必要な全体の遺伝子情報。「ある生物をその生物たらしめるのに必須な遺伝情報」として定義される。遺伝子「gene」と、染色体「chromosome」をあわせた造語である。 →p.143

顕微授精

授精障害例に顕微鏡下操作を行い、授精させる人工授精法。

抗原

細菌やウイルスなどの外来病原体や人為的な注射などで体内に入るタンパク質などのように、多くは外界から生体に侵入してきた異物であり、特異的な抗体の生成を誘発する。抗体やリンパ球の働きによって生体内から除去されることになる。その大部分はタンパク質だが、糖、脂質などほかの物質が抗原となる場合もある。

抗体

成分は血清タンパク質の免疫グロブリンで、特定のタンパク質などの分子（抗原）を認識して結合する働きをもつ。抗体は主に血液中や体液中に存在し、例えば、体内に侵入してきた細菌・ウイルスなどの微生物や、

に許されず、殺人罪が成立する」と判断する一方、家族からチューブを抜くよう要請があったと認定して1審判決を破棄、殺人罪としては最も軽い懲役1年6ヶ月（執行猶予3年）を言い渡した。　→p.98

拒絶反応

同じ種の他の個体から移植された臓器や組織を排除しようとするレシピエント側の免疫学的反応。移植医療においては、拒絶反応をどのように抑えるかが最重要であり、免疫抑制剤は欠かせないものとなっている。ＥＳ細胞、ｉＰＳ細胞による再生医療は、自身の細胞を利用するため拒絶反応はないものとされている。→p.11,43

ＱＯＬ（クオリティー・オブ・ライフ）

ＱＯＬは略称で、正式名称は「quality of life」。日本語訳では文脈によって「生活の質」「生命の質」とも表わされる。個人が、与えられた環境の中で可能な限り快適に、尊厳を保って生きることを重視した概念。医療において、人間の生命活動が維持されることは重要であるが、病気を治療するための薬剤であってもその副作用により患者の生活に支障を与えるなど、果たしてその個人の生き方にとってどのような医療の選択が望ましいのかということが問われるようになってきている。人間の人生に対して「量」ではなく、「質」を重んじる考え方ともいえる。対照的な概念としてＳＯ

カレン＝クインラン（当時21歳）は呼吸困難に陥った後、遷延性植物状態となり、回復の見込みはなく人工呼吸器を外せば生存は困難であると診断された。彼女の父のジョゼフ＝クインランは主治医に対して人工呼吸器を含む医療措置の停止を申し出たが、主治医に拒否されたため、彼女の後見人となって裁判所に医療措置の打ち切りを申し出た。第一審では、生命を尊重し、申し出は棄却されたが、その後の最高裁判所の判決は生命の尊重よりもプライバシーの権利を優先し、医療措置の打ち切りを認めることになった。この判決の2か月後に人工呼吸器が外されることになったが、彼女はその後も生命を維持し続け、9年後の1985（昭和60）年6月11日に肺炎が原因で死亡した。この事件の問題は、意識不明の患者の意思を他人である父親が代行決定したことにある。この判例は、以後の生命維持治療の停止に関する司法判断に大きな影響を及ぼした。

川崎協同病院事件

1998（平成10）年11月、川崎協同病院（川崎市）に入院中の男性患者（58歳）が、気管内チューブを抜かれ筋弛緩剤を投与されて死亡した事件。主治医であった女医が殺人罪に問われ、1審・横浜地裁の判決は懲役3年（執行猶予5年）であった。2審・東京高裁は2007（平成19）年3月、「患者本人の意思は不明で、死期が切迫していたとも認められない」として「法的

と、専門家である医師との確実な情報の共有が問題となる。 →p.20,34,91,114

太田典礼

1900（明治33）年～1984（昭和59）年。九州大学医学部を卒業し、避妊具を開発するなど性科学の第一人者となる。優生保護法、安楽死の法制化の推進者であった。1976年に日本安楽死協会（現、日本尊厳死協会）を設立。 →p.94

か行

海外渡航移植

海外へ移植を受けるために渡航すること。移植を希望する患者が増加する一方で、移植用の臓器が国内で不足しているため移植を受けられずに死亡するケースも多いという背景からこのような状況が起きている。特に、15歳未満の子どもの脳死後の臓器提供は、日本では法的にみとめられていない。そのため、移植が必要な場合、海外へ渡航して移植を受けざるをえない状況にある。海外へ渡航しての臓器移植については、先進国と途上国の間での臓器売買など多くの倫理的な問題が存在する。 →p.12,15～17,36,50,69

カレン事件

回復の見込みのない植物状態患者の延命措置の停止に関する代表例として扱われる事件。1975（昭和50）年4月15日の夜、アメリカのニュージャージー州に住む

シピエントを決定したり、ドナーの家族に臓器移植について説明し、その後移植終了までのさまざまな対応をする。移植希望者の登録や、データ整理、実施後の経過報告なども行う。国家資格ではないが、(社)日本臓器移植ネットワークで養成や研修の教育を行っている。 →p.62

インフォームド・コンセント

患者が医療担当者から適切かつ十分な説明を受け、その内容をよく理解したうえで、自らになされる検査や治療について必要と考えられる医療を選択、同意、拒否すること。「説明と同意」というのは日本医師会の訳。自分の健康に責任をもつ患者が、自分自身の医療を選択するということを強調する意味で用いられる。この概念の成立は、ナチスの非人道的な人体実験への反省に端を発し、1947（昭和22）年の「ニュルンベルク綱領」、1964（昭和39）年の「ヘルシンキ宣言」などで医学実験における被験者の権利が保障されてきた経緯による。また、アメリカの医療における裁判の問題で、治療における情報を医師が患者に対して充分に与えていないことが焦点となり、その後1973（昭和48）年「患者の権利章典」、1983（昭和58）年「医療における意思決定」などが公表され、医療における患者の権利が整備された。患者の自己決定権を尊重した概念といえるが、充分な医療知識を持っていない患者

用語集

あ行

ｉＰＳ細胞（人工多能性幹細胞）

体細胞、主に線維芽細胞に数種類の遺伝子を導入することにより、ＥＳ細胞に似た、理論上すべての組織に分化する分化多能性を獲得した人工の細胞のこと。人工ではあるが、基になっている遺伝子は自分自身の細胞であるため、拒絶反応などの免疫系の問題は生じないとされている。2006（平成18）年に京都大学山中伸弥教授によって発見された。　→p.39,44,166

ＥＳ細胞（胚性幹細胞）

動物の発生初期段階である胚盤胞期の内細胞塊より作られる幹細胞で俗に万能細胞と呼ばれる。理論上すべての組織・細胞に分化する多能性を保ちつつほぼ無限に増殖させることができるため、クローン技術との併用などにより再生医療への応用に注目されている。ES細胞を樹立するには、受精卵あるいは受精卵から発生が進んだ胚盤胞段階の初期胚が必要となる。→p.39,165

移植コーディネーター

移植医療において、医療機関と連携してドナーとレシピエントの仲介をする専門家。選択基準に基づいてレ

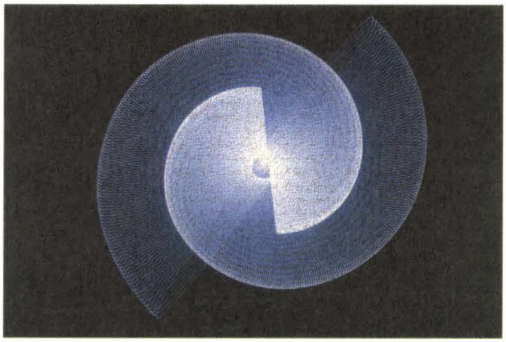
総研叢書　第５集

いのちの倫理

―臓器移植・尊厳死・生殖補助医療―

平成20年３月31日　発行

編　集　浄土宗総合研究所
印　刷　株式会社共立社印刷所
発　行　浄　　土　　宗

浄土宗宗務庁
〒605-0062　京都市東山区林下町400-8
TEL 075-525-2200(代)
〒105-0011　東京都港区芝公園4-7-4
TEL 03-3436-3700(代)
http://www.jodo.or.jp/

浄土宗総合研究所
〒105-0011　東京都港区芝公園4-7-4
TEL 03-5472-6571(代)
http://www.jsri.jp/