The University of Osaka
Institutional Knowledge Archive

Title	移植医療における弱者の「いのち」 : 子どもの脳死臓器移植問題に関する一考察
Author(s)	冲永, 隆子
Citation	宗教と社会貢献. 2012, 2(1), p. 19-43
Version Type	VoR
URL	https://doi.org/10.18910/17522
rights	
Note	

The University of Osaka Institutional Knowledge Archive : OUKA

https://ir.library.osaka-u.ac.jp/

The University of Osaka

移植医療における弱者の「いのち」

―子どもの脳死臓器移植問題に関する一考察―

冲永隆子*

“Life” for Vulnerable Groups in Transplant Medicine

A Study of Issues in Pediatric Brain-death Organ Transplantation

OKINAGA Takako

論文要旨

筆者は「いのちとは何か」を問うこと自体が宗教あるいは宗教学の本質の一つであると考える。本稿では、宗教学の体系に生死の問題をあてはめるのではなく、生死という事柄そのものを主題的に考察する立場から、「生とは何か」、「死とは何か」という問いを、近年混迷を深める小児脳死臓器移植の倫理的課題に焦点を当てながら考えていく。筆者が脳死の子ども（弱者）の「生きる権利」や「いのちの尊厳」を奪ったと考えている、わが国の臓器移植法改正（2009年）の議論を通して、「犠牲を伴う医療」のあり方を問い、「思いやりの医療」とは何かを模索する。

キーワード　「犠牲を伴う医療」、「思いやりの医療」、小児脳死臓器移植、弱者、いのち、生命倫理

I consider the question “what is life?” to be the essence of religion or religious studies. In this paper, rather than locating questions of life and death in a system of religious studies, I would like to review the questions “What is life?” and “What is death?” through a thematic focus on ethical issues in organ transplantation for children (pediatric, brain-death organ transplants), an area which has recently become more and more confused. I consider the question of “medical care involving sacrifice,” and search for "compassionate medical care" through a discussion of the 2009 revisions to Japan’s Organ Transplant Law, which I think robs brain-dead children (vulnerable groups) of the “right to dignified life.”

Keywords: “Medical Care involving sacrifice” “Compassionate Medical Care”, Pediatric Brain-death Organ Transplantation, Vulnerable Groups, Life , Bioethics

* 帝京大学医療技術学部・専任講師　takaoki@main.teikyo-u.ac.jp

1. はじめに

本稿では、多くの問題を抱える移植医療やわが子の脳死に直面した家族の苦悩・「いのちの痛み」とそのケアのあり方について問題提起する。

「宗教と社会貢献」の活動となると、これまでの宗教者の医療の場への関わりについては、ターミナル・ケアにおける宗教ボランティアの活動、すなわちホスピス・ビハーラ活動などが多数報告されている。それに対し、移植医療の場においては、移植コーディネーターによるグリーフ・ワークを含めた心のケアをはじめとする、宗教的支援等の報告はほとんどないように思われる。移植医療に関与する医療者、また、当事者である患者とその家族に対する精神的なケアの試みが、今後重要課題の一つとなるに違いない。筆者は「いのちとは何か」を問うこと自体が宗教あるいは宗教学の本質の一つであると考える。宗教は、人々が、人間を超えた聖なるものを信じる、すなわち信仰を通して、様々な苦悩を解決し、安心、幸福を得ようとする、智慧や教えの総称であり、そこに主観的にコミットする。一方、宗教学は、宗教という行為や事柄、すなわち宗教現象を客観的かつ実証的に分析しようとする学問である。宗教が主観的なのに対して宗教学は客観的な立場にあり、両者のアプローチに違いはあるが、現代人が抱えるいのち（生死）の矛盾とは何か、またそうした現代人の苦悩をどう捉え、いかに支えていくのかの視点に、両者の視座の重なりや共通点は存在すると考える。

本研究は、宗教および宗教学がもつ本来の「弱者救済」の視点に立ちかえり、バイオエシックス（生命・医療倫理学）の視座から、移植医療における弱者へのケアとは何か、について探ることを目的としている。本稿では、後述する「生命倫理会議」で議論されるところの、移植医療の中の犠牲や闇の側面［高草木 2009：123-129、爪田 2010：71、土井 2010：72］を浮き彫りにすることで、守られるべき主体（弱者）の「いのちの痛み」に社会全体が目を向けることの重要性について論じる。声を挙げることのできない弱者の声に耳を傾ける医療のあり方を、筆者は「思いやりの医療“Compassionate Medical Care”」と呼び、移植医療の中で互いに弱者となり得る者同士が、いのちの矛盾とその苦悩をどう受け止め、支えていくのか

を模索する。

以上の目的を意識した上で、本稿では以下の構成で論を進める。本研究の課題と論点整理（1）、先端医療（生命操作）・移植医療をめぐる問題群の整理と問題提起を行い（2）、次いで、（脳死）臓器移植法改正をめぐる諸問題とそれに対する宗教界の反応を「日本宗教連盟」の活動から概観する（3）。続いて、小児脳死臓器移植（以下、脳死移植）をめぐる諸問題（4）についての論点整理を行う。移植医療における「犠牲を伴う医療」のあり方を問い、「弱者のいのち」・「思いやりの医療」とは何か（5）について考察し、最後に今後の課題を述べる（6）。

2. 問題の所在

生命を操作する「先端医療技術」（「生殖補助医療技術」（いわゆる「不妊治療技術」）や「移植医療技術」）が 1970 年代に登場して以来、私たち現代人の生命観・死生観を大きくゆるがすような倫理的社会的問題が噴出している。1978 年における世界初の体外受精児（試験管ベビー）、イギリスのルイーズ・ブラウンの誕生は、不妊治療技術を急速に進歩、普及させるきっかけとなり、不妊治療は、わが子を待ち望むカップルにとって福音となった。同じ年の 1978 年には、免疫抑制剤シクロスポリンの開発によって移植医療が飛躍的に普及することになり、移植医療は、これまで生きながらえなかった患者の命を救う画期的な医療として迎え入れられた［安藤 2011：18-20］。

先端医療技術は、不妊に苦しむ人々や移植でしか助からない人々の切実な願いに応える「光の技術」として、1980 年頃から急速に普及していった。

しかし、こうした先端医療技術は、「いのちの選択・選別」という新たな倫理問題を引き起こす結果となった。生殖医療の現場では、子どもを持とうとすることが、実はいのちを殺すことにつながる可能性がある。例えば、出生前診断で胎児に異常が見つかった場合の障害を理由にした選択的人工妊娠中絶、不妊治療の一つである体外受精‐胚移植（IVF-ET）の副作用の結果として引き起こされる、多胎妊娠に伴う減胎手術など、「いのちの選別」の可能性がある。

移植医療の現場では、レシピエント（臓器受容者）のいのちを救うために、ドナー（臓器提供者）を「生産的に」つくり出すシステムが産み出されている。それは、後で述べる「脳死＝人の死」と定めた 2009 年法改正を通じて、私たち一人ひとりに、脳死患者を死者とみなし、ドナー不足を解消させるべく「いのちの選択」を迫る可能性をも意味する［冲永　2011：495-496］。

脳死移植は、移植でしか助からないとされる多くの待機患者の命を救う「思いやりの医療」として、広く一般社会に知られるようになったが、脳死者という他の患者からの臓器提供によってしか成立しない点で、「犠牲を伴う医療」である［冲永　2012：97］。また、脳死移植は、他の代替医療手段が見つからず臓器不全で苦しむ待機患者の命を救う画期的かつ「先端的医療」として称賛されてきたが、ある意味「人体実験的要素の濃い医療」ということで、様々な倫理問題をはらんでいる［安藤 2007:252．櫛島 2001:18-20］(1)(2)。脳死移植・先端医療には、ドナーとレシピエント、ともに弱者である両者の間の「いのちの選択」における「自覚化されない生死」の問題が潜んでいる(3)。

さらには、移植推進派・移植医をはじめとする各立場の論者の、移植慎重派（とされる）宗教者・哲学者・倫理学者等に対する誤解と偏見があり、議論は錯綜するばかりである。例えば、以下の文章である。

> 移植に関して日本では宗教家の介入する余地も少なく、医療側にも宗教や哲学への素養がほとんどみられないことから、患者家族に適切な助言をする能力があるとは思えない。［神野 2011：1］

> 哲学的、宗教的な信念によって、脳死も臓器移植も反対する哲学者、倫理学者、宗教家。（中略）愛他主義がなく、身内と他人を明確に分ける文化と死生観などがあげられる。［杉谷 2009：3］

> 脳死をきっかけとして改めて死が論ぜられるようになったが、生物学的個体死はあくまで、文化によって決せられ、その実際的判断は医師に任せるべきだろう。それがどうだ。哲学者・宗教者・ジャーナリストなどが口をはさんできて、問題は複雑化した。誰が何を述べても

かまわないが、哲学者は死生観や自然観を語ればよく、宗教者はいかに生きるかに焦点を定めて説けばよい。［澤井 1999：201］

上記の杉谷医師は、臓器移植で有名な藤田保健衛生大学に所属する移植医で、神野医師は同大学の名誉教授・脳神経外科医であり、元救命救急センター長でもある。神野医師は、わが国の移植医療の遅れの原因を、医療者一般の宗教に対する無理解と対応の無能力さにあると指摘し、とくに宗教者・宗教学者の発言の移植医療に対する影響力のなさに原因があると述べている。杉谷医師は哲学者・宗教者・宗教学者・倫理学者が「ある種の信念」によって脳死移植に反対していること、また、日本人には「愛他主義」がないこと等を脳死移植反対の理由に挙げている。果たしてそうなのだろうか。「愛他主義」とは、「利他主義」と同義で「自己犠牲をも厭わない、他人に対する思いやり」であるが、日本人は決してボランティア精神に乏しい民族ではなく、脳死となった身内が大事であるから、他人への臓器提供を拒むという理由にはならない。日本での脳死状態の人からの臓器移植の少なさという特殊事情については、比較文化論的観点から、日本人にはキリスト教的な利他主義精神に欠けているために「無償の善意」なるものに疎いという説やそれに対する反論など様々ある［宇佐美 2007：17-36］。脳死移植に関する特殊な状況について、もっぱら文化的特殊性にだけにその違いの根拠を求めてしまうことに対しては慎重でなければならず、むしろ筆者は単なる文化的な背景を越えた社会的・政策的な意図（医療や福祉に関する「政治的策略」）が絡んでいることも影響しているように思える。

澤井氏は脳死移植ではなく死体腎移植を受け、『いのちの水際を生きる』で有名になった、イタリア文学作家・移植体験者である。氏は脳死は一つの科学的発見として是認すべき事項であるのに、宗教者や哲学者などが反対意見を述べて議論をややこしくしていると述べている。こうした問題は、現代医療において精神的な「いのちの側面」が無視されてきたことによるもの［柳田 2001：191］、あるいは医療者側と患者とその家族、双方の間のいのちに対する認識のズレ、捉え方の違いによるものであろう。

本稿では、「いのちの側面」を考察するために、わが国の脳死移植法改正後、初の小児臓器移植問題を中心に取りあげる。

3. 改正臓器移植法の諸問題

3.1 臓器移植法の改正内容

2010 年 7 月 17 日に「改正臓器移植法」（2009 年に法改正）が全面執行され、本人の意思が不明な場合であっても家族の承諾だけで可能となる、全年齢での脳死下臓器提供が行われるようになった。

1997 年の臓器移植法（正式には「臓器の移植に関する法律」）の臓器提供条件は、①臓器提供に同意する場合にだけ脳死は人の死、②ドナー本人が書面（ドナーカード）に意思表示し、家族がそれに同意すること、③ドナーは（民法で遺言意思が可能な）15 歳以上であること（年齢制限あり）、④親族（配偶者・特別養子を含む子・特別養子縁組による養父母を含む父母）へ優先的に臓器が提供されることはない（親族への優先提供はなし）、である。旧法では、臓器提供およびそのための脳死判定に対するドナー家族の承諾を条件としていながらも、ドナー本人の臓器提供と脳死判定に従う意思を最大限に尊重する、「本人意思表示原則」を基本的に守っており、「オプトイン（承諾意思表示）」方式を特徴としていた。

一方、2009 年の法改正では、①脳死は一律人の死、②ドナーが拒否の意向を示していない場合でも、家族の同意だけで脳死判定ならびに臓器提供は可能、③15 歳以上という年齢制限の撤廃によって家族の書面による承諾により、15 歳未満児童からの臓器提供が可能、④親族優先提供は限定的に認められる、である［厚生労働省 2010］。大幅にそれらの内容が変更されたという点で、本質的には法改正ではなく新法ともいえる。法改正では、ドナーの拒否の意思表示がなければ自動的に同意とみなす「オプトアウト（反対意思表示）方式」に近づいた。臓器提供を拒否していない限り、本人の意思が不明でも家族の承諾によって脳死の人からの臓器提供を可能にした今回の法改正は、とくに子どもをもつ親と小児医療の現場に波紋を投げかけた。

この法改正をめぐって 2009 年 4 月末日に、国会では以下の 4 つの改正案が審議された。①A 案は、脳死を人の死としたうえで年齢制限をなくし、本人の意思不明な場合でも家族の承諾で臓器提供を可能にする、②B 案は、提供できる年齢を現行法（97 年法）の 15 歳以上から 12 歳以上に下げる、③

C 案は、脳死判定基準を厳格化、④D 案は、15 歳以上は現行法通りで、15 歳未満は病院内の倫理委員会が審査した上で家族が代わりに承諾できるものとする。D 案では、14 歳以下の子どもについては、家族の同意のみで提供できるとするものだったが、本人の意思を尊重するという臓器移植法の理念を残しながら、小児移植に対する批判を考慮した上での苦肉の折衷案だったといえる［香川 2009：232 - 233］。当初、この D 案が有力だという報道も流れたが、6 月 18 日に衆議院を通過したのは、従来からあった A 案だった。7 月 7 日に参議院の厚生労働委員会の参考人質疑の場で、森岡正博氏（衆議院提出 B 案の原案となったいわゆる「森岡・杉本案」(4)の提唱者の一人）が、法的に一律脳死を人の死とし、「長期脳死」の子どもを死者とみなすこの A 案に対して異議を唱えた。しかし、結果的に A 案を無理押ししようとする何人かの国会議員によって森岡発言は無視された。無呼吸テストを二回以上実施して無呼吸が確認される、すなわち厳密な脳死判定を経た「長期脳死」の子どもが存在するのにも関わらず、「無呼吸テストは実施されていないので長期脳死は実は脳死ではない」という何人かの国会議員による出まかせによって事実はねじ伏せられたのである［森岡 2010：73］。

最終的に 7 月 13 日の参議院での投票で、賛成 138、反対 82 で A 案が可決され、移植を前提とした場合、脳死になった子どもを法的に「死体」とする条文を含む臓器移植改正法が成立した。すなわち、脳死の子供を「成長する死体」とみなす社会が到来したのである。長期間にわたって成長を続ける温かい身体についても、それを死体と呼ぶことになったのである［森岡　2012：49］。

3.2 宗教界の反応

日本の宗教界は、脳死移植の問題に長年にわたって積極的に取り組み続けてきた。教派神道系の大本教では、独自の見解、検討を踏まえて、11 年前（1991 年）に「脳死を『人の死』とすることに反対する声明」を出しており、また日本印度学仏教学会においても、「臨時脳死及び臓器移植調査会」が答申を提出したこの頃から、学会内に生命倫理委員会を設けるなどして活発に検討を進めていた。その間、世論では、脳死移植に対する推進派、慎重派、双方の対立する様々な議論が噴出していた。1997 年に臓器移植法が成立したが、前述のようにこの旧法は、「臓器提供に同意する場合

にのみ脳死は人の死」、すなわち「脳死を一律に人の死とは認めない」という前提に基づく内容であり、世界で独自のものとなった。宗教界はこれまで、脳死移植の問題にとどまらず、代理出産の問題など、「人のいのちの始まりと終わり」のテーマに多くの問いを投げかけ、現代医療・生命科学（生命操作）における様々な生死の矛盾に対し、いのちの尊さを世に問い、終始訴え続けてきた［中外日報社、2009 年 10 月 27 日］(5)。

例えば、1946 年（昭和 21 年）6 月 2 日に結成された「財団法人日本宗教連盟（Japanese Association of Religions Organization:JAORO）略称「日宗連」」（教派神道連合会、全日本仏教界、日本キリスト教連合会、神社本庁、新日本宗教団体連合会の 5 団体で組織される）は、臓器移植法改正をめぐる問題に対しても、2005 年から 2011 年（平成 17 年から 23 年）まで 6 回にわたってシンポジウム（「宗教と生命倫理」）を開催し、活発な議論を行ってきた(6)。また、同連盟は、2006 年から 2009 年（平成 18 年から 21 年）まで「臓器移植と生命倫理に関する調査研究の専門機関設置に関する要望書」・「臓器移植法改正問題に対する意見書」等）と題する「要望書・意見書」を発表し、積極的に国に働きかけてきた(7)。

しかし、国は、こうした宗教界や、後述する「生命倫理会議」、「『臓器移植法』改悪に反対する市民ネットワーク」等の、「脳死は人の死ではない」という訴えや働きかけを全面的に無視し、前述のように、衆参両議院あわせてもわずか 16 時間程度の審議で、改正臓器移植法「改正 A 案」を、2009 年 7 月 13 日に可決したのだった。この A 案では、①脳死の位置づけを、一律に「人の死」と定め（但し、判定拒否権は認める）、②臓器移植の条件を、本人に拒否の意思がなくても家族の承諾で可能とし、③子どもからの臓器提供を、ゼロ歳児から可能としたことを主な特徴としている。

「日本宗教連盟」（当時、岡野聖法理事長）は、「臓器移植の場合にのみ脳死を人の死と規定すべきだ」として、旧法を支持する姿勢を表明し、2009 年 6 月 18 日に衆議院で可決されたこの A 案について、脳死を「人の死」と前提にしている点や本人の意思がなくても家族の同意があれば臓器を摘出できると規定している点に強く反発していた。議論の進め方が性急すぎるとして、第二次脳死臨調を設置して議論を深めるように求めた（以下の「臓器移植法改正案の参議院審議に対する意見書」平成 21 年 7 月 1 日）。

浄土宗、浄土真宗本願寺派、真宗大谷派、天台宗、日蓮宗、立正佼成会、

大本、日本キリスト教協議会（主要 10 教団）等の代表者らは、A 案が参議院において 7 月 13 日に可決・採択される直前に、第 15 回「臓器移植法改定を考える緊急院内集会」（2009 年 7 月 8 日、参議院議員会館第 6 会議室）を開催し、この場で、「社会的な合意が得られていない」という点で、宗教・宗派の違いを超えた、宗教界の一致した意見としての「脳死は人の死ではない」ことを改めて表明した［YOMIURI ONLINE　2009、朝日新聞 2009、高佐 2009］(8)。

日本宗教連盟（岡野理事長）は、同年 7 月 1 日、臓器移植法改正案の参議院での審議に際し、宗教者の立場から、ドナーとレシピエント双方のいのちの尊厳が侵害されることのないよう、慎重な審議を求める意見書を発表した。「宗教者は、この世に生を享けた一人ひとりのいのちは、どの宗教においても、すべて等しく、かけがいのないものと受け止めています」として、脳死移植は、「生きている他者の重要臓器の摘出を前提としている限り、普遍的な医療行為にはなり難い」として、以下の 4 項目を要請した。(9)

1．脳死と診断された後、身長が伸び、体重も増え、いのちを刻み続けている子どもたちが数多く紹介されている。また、多くの日本人が、今なお「死の三徴候」をもって、「人の死」を受け入れていることから、「臓器移植の場合にのみに脳死を人の死」と規定すべきである。（現行法の尊重）
2．臓器移植後、手紙や日記などで本人が移植を望んでいなかったことが判明する場合が想定される。ドナーの「いのちの尊厳」を守るためにも、「本人の書面による意思表示」を規定すべきである。（現行法の尊重）
3．脳死段階での小児からの臓器移植については、大人と異なり子どもが蘇生力に富んでいることから、より厳格な脳死判的基準の導入、被虐待児を対象としないなど、脳死判定基準の検証をはじめ子どもを保護するシステムを検討すべきである。
4．以上 3 点を踏まえ、わが国の脳死・臓器移植が直面している諸問題を解決していくために、「第 2 次脳死臨調」を早急に設置し、集中的な検討を始めるべきである。

（「臓器移植法改正案の参議院審議に対する意見書」平成 21 年 7 月 1 日。下線部強調は意見書による）

日本宗教連盟は、これまで国会に向けた数回の「要望書・意見書」の中で、繰り返し、①脳死は人の死とすべきでない、②本人の書面による意思表示の必要性、③臓器提供対象年齢の引き下げ（15 歳未満への拡大）に対する見直し、等の要望を述べてきた。①に関しては、脳死状態であっても心臓が動き、温かい血液が循環し、汗も涙も流す人間の体を人の死とすることに未だ国民的合意が得られていないこと、②に関しては、人間が生きること、死を迎えることについての考えは、個々人の人生観、死生観によって異なり、人間存在と深く関わることから、本人の書面による意思表示は、脳死移植にとって欠くことのできない絶対条件であると主張している。

③に関しては、社会的に弱い立場にあり、脳死移植に十分な理解をもち得ない子どもの臓器提供には、大人とは別のルールが必要であること、また、脳死状態での子どもの蘇生力が富んでおり、提供年齢の引き下げに関して検証する明確な方法がない現状にあることなどから、慎重な態度でこれに臨まなければならない趣旨を述べている。

以上のように、日本の宗教界は、脳死状態の人々、とくに社会的立場の弱い、脳死状態の子どもたちの人権、いのちの尊厳を守ろうと世に問い、国に働きかけたのである。

そもそも97年旧法下で脳死移植の件数が圧倒的に少なかったこと（2009年12月の段階で82件）、また15歳未満の脳死の子どもからの臓器摘出が不可能であったことが、2009年の法改正の大きな理由であった。とくに移植を必要とする心臓病の子どもの場合、そのサイズに合った心臓が必要となるため、国外で移植を受けるかあきらめるしかなかったからだ。

このような脳死移植をめぐる日本の制度的な大転換の約2カ月前に、東京海洋大学の小松美彦氏を代表とする「生命倫理会議」が、生命倫理教育・研究に携わる人文社会学系の大学教員71名（筆者もメンバーの一人）によって、結成された。「生命倫理会議」は、この法改正をめぐる国会での意見聴取・審議が行われていた2008年初夏に、批判的な立場から3度にわたる

声明文発表と記者会見などを行ってきた。また、2010年5月には『いのちの選択――今、考えたい脳死・臓器移植』（岩波ブックレット）を出版し、法改正と脳死移植そのものの問題性を世に訴えてきた。「生命倫理会議」においても、改正法の「脳死＝人の死」や「年齢制限の撤廃」に対し、「ドナー＝脳死者」の人権蹂躙が子どもにまで拡大されることの問題性について強調されてきた［小松、市野川、田中編　2010：付録］(10)。

次章では、「日本宗教連盟」や「生命倫理会議」で出された、小児脳死移植の論点を手掛かりに、脳死の子どものいのちの問題について考えたい。

4. 小児臓器移植の現状

4.1 小児移植医療の諸問題

脳死の子どもの問題に向けられる法改正前からの懸念は以下のとおりである［冲永　2012：103-107］。

１．「長期脳死」（通常は、脳死と診断されて数日から一週間程度で心停止に至るが、脳死になっても30日以上も心臓が止まらず、成長し続ける状態を長期脳死という）の子どもに対する法的脳死判定の暴力性、つまり、救命治療を続け容態が安定すれば、心臓が動き続ける可能性の高い子どもに、脳や全身に強いダメージをもたらす無呼吸テストを含む法的脳死判定を行うことの危険性である。今回の法改正により、脳死は一律人の死と定められたことによって、子どもの救命救急医療がおろそかになることがまず懸念される。

２．法改正によって、家族（親）の承諾だけで脳死判定と臓器提供が可能になったことで、意思を示せない小さな子どもは「脳死とされうる状態」に追い込まれることになる。法律では虐待児童からの臓器提供は禁止されているが、経験豊富な小児科医でさえも、虐待と非虐待の判別は難しいとされていて、虐待児童からの臓器摘出の可能性は十分にある。

３．被虐待児からの臓器摘出増加の危険性については、近年、児童相談のところへの虐待件数の増加から十分推測されうる。

2010 年 9 月に厚生労働省がまとめた「子ども虐待による死亡事例」報告の中の「6 次報告」によると、2008 年 4 月から 2009 年の相談件数は年間 4

万件を超え、その加害者の 85%が実の両親だという。心中以外の虐待による死亡事例は 67 人（うち 0 歳児 39 人）で、5 歳以下の乳幼児がその 9 割を占めている。直接死因は「頭部外傷」（26.9%）、「溺水」（17.3%）、「頸部絞厄以外による窒息」（13.5%）、「頸部絞厄による窒息」（9.6%）と報告［「子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について（第 7 次報告）の概要」社会保障審議会児童部会児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会（平成 23 年 7 月）］[(11)]。これらは脳死につながる可能性があるとして、被虐待児からの臓器摘出への懸念が予想されるものと思われる。虐待を受けた子どもにとっては、虐待で命を奪われたうえに親の承諾で臓器が摘出されるのなら、それは二度殺されたことになる。虐待した親が「証拠隠滅」のために、臓器提供を申し出る可能性も懸念される。虐待を受けた子どもが脳死と診断されのちに長期に生存し、親が臓器提供を申し出たケースが幾つか報告されている（『日本小児科学雑誌』第 114 巻第 2 号、369 頁）[(12)(13)]。

「日本宗教連盟」や「生命倫理会議」で出された、これまでの小児移植における法改正の問題点を整理すると、①子どもは大人に比べると蘇生力が高いのにも関わらず、提供・移植年齢をゼロ歳児にまで引き下げたこと、②親の承諾のみで脳死判定ならびに臓器提供を可能にしたこと。

①「脳死は人の死」であるとは科学的に立証できないこと、厳密な脳死判定後にも「長期脳死」の実例が子どもの場合、多くみられることなど、それらの最も重要な事実が無視され、脳死移植に急ぐ改正案が成立したのである。体温を保ち、脈を打ち、出産も可能で、なめらかな動き（ラザロ徴候）を見せる脳死状態の患者を死者とみなすことができるのか、また死者ならなぜ臓器摘出時に麻酔や筋弛緩剤を投与するのか、不可解である。世界的に唯一公認されてきた「有機的統合性」を核とする科学的論理も、脳全体の機能を完全に失った状態で成長を遂げ、最高 21 年生存した「長期脳死」の患者の存在により破綻したといえる。

②さらに重大な問題は、脳死患者本人が拒絶の意思を事前に示していない限り、家族の承諾だけで脳死判定と臓器提供が可能となったことで、自己決定権を基礎とする従来法を根本理念から一変させた点にある。いいかえれば、それはバイオエシックスにおいて有力な判断基準、倫理的許容の根拠となる、自己決定尊重原理を根底から覆したことである。

親の承諾だけで脳死判定と移植が可能となった小児脳死移植にはやはり問題がある。我が子のいのちの線引きを、悲しみに打ちひしがれている親に押し付けることも残酷であろう。子ども患者本人にとって利益になるための一般診療上の代諾理論（親の意思決定が子どもの意思決定のかわりになる）を、当人にとって不利益となる脳死判定ならびに脳死移植にまで応用させることは考え難い。

ドナーの年齢制限の撤廃により、これまで実施不可能であった小児の移植医療の道に希望の光があたったかのようにみえるが、長期脳死の子どもとその家族が必死に生きている姿についてほとんど知らされないまま、いかに臓器提供を増やすかの議論ばかりがなされてきた。

4.2　小児移植医療の闇―いのちの犠牲

先端医療におかれた弱者の危機的状況について、臓器移植法改正後の問題から考えてみたい[(14)(15)]。

今回の改正臓器移植法の施行後、初の 15 歳未満の脳死児童からの臓器摘出が発表されたことによって、先で述べた法改正前から懸念されていた倫理的問題が現実のものとなり、臓器移植の背後に潜む闇の部分が浮き彫りとなった。

日本臓器移植ネットワークによる発表、新聞各紙による報道では、2011 年 4 月 12 日に関東甲信越地方の病院で「交通事故」による頭部外傷の治療を受けていた 10 歳から 15 歳未満の男子からの臓器提供を、本人の書面による提供意思表示がなかったため家族の承諾により実施したとあった。実際には少年の死は「交通事故」ではなく「（新潟県加茂市の JR 加茂駅の信越線下りホームで起きた）列車への飛び込み自殺」によるものであったことが告発された（週刊文春　4 月 28 日号）[(16)]。

「脳死患者本人が拒絶の意思を事前に示していない限り、家族の承諾だけで脳死判定と臓器提供が可能」とされた今回の法改正は、脳死状態の子どもからの臓器移植に対する移植医学会からの切実な需要を反映したものではあるが、バイオエシックスが守ってきた自己決定権・自律尊重原則を根本的に覆し、意思表示することが不可能な弱者、とくに脳死状態の子どもの生きる権利を剥奪せしめた。今回のケースでも、この少年の健康保険

証の裏面に臓器提供を拒否する意思表示はなく、親の承諾のみで臓器提供に至り、家族はこれまで本人と臓器移植について一度も話し合ったことはなかったという[(17)(18)]。

今回の重大な問題は、日本臓器移植ネットワークが、ドナーとその家族のプライバシーを守るとの理由で、少年ドナーの自殺という重大な事実を隠ぺいしたことである。このことは、子どもの権利擁護の立場からも看過することはできない。私たちは、この事実の隠ぺいにより、この少年の死と向き合う機会が奪われているのである。個人の死と向き合わない社会の在り方を、今こそ問い直さねばならないときに来ているように思われる。

さらに驚くべきこと、看過することのできないことは、少年が自殺に至った（精神的）虐待の有無など全く調査されなかったという事実である。少年の身体的虐待の有無は、病院の虐待防止委員会で確認されたとあるが、精神的虐待の有無までは確認されていない。先にも述べたように、身体的虐待に関しては、専門家である小児科医であっても、正しく判定することはできないという実態報告さえある[(19)]。

臓器移植法を問い直す市民ネットワークの厚労省に要望・質問して得た回答書によると、「少年の自殺死の事実は確認できず、仮に自殺であったとしても現行の法令やガイドライン上は問題がない。精神的虐待（いじめ）についても確認できていないが、いじめは法律上関係がない」とのことである。「子どもの自殺は、それを防げなかった社会の敗北、学校の敗北」（26 年前、当時 6 歳の長男剛亮（ごうすけ）くんを脳死で亡くされ、ドナー家族となった小児神経専門医・杉本健郎（たてお）医師の言葉。5 章を参照）[(20)]、私たちが共有すべきなのは、小さないのちを守りきれなかったこと、その感覚なのではないだろうか。

筆者は、先の事例のような表に出てこない「いのちの犠牲」がある限り、今回の法改正による小児脳死移植は、脳死の子どもの人権を侵害し、尊厳を損なわすものと考える。確かに移植を受けなければ生命が危ない多くの子どもたち（とその家族）を救うことは緊急課題であり重要なことであるが、彼らを救う法改正の背後には、こうした小さな「いのちの犠牲」があること、その事実を重く受け止めなければならず、脳死の子どもの人権と尊厳が完全に守られたあとではじめて、移植への配慮が行われるべきであ

ると考える［杉本 2003：179］。次章では、こうした小さな「いのちの犠牲」、痛みについて考え、「思いやりの医療」とは何かについて論じていきたい。

5. 移植医療における弱者のいのち

5.1　隠ぺいされる弱者の「いのちの痛み」

移植医療にはそれに関わる人々の様々な「いのちの叫び」、「いのちの痛み」をどう捉えていくのかという課題がある。心臓移植を待ちわびる幼い我が子をもつ家族（レシピエント家族）の悲痛な叫びばかりではなく、突然、我が子の脳死に直面し、状況を受け入れられないまま様々な決断を迫られる家族の苦悩や「いのちの痛み」に対して、社会全体がどう捉え共有していくのか。いいかえればそれは、「隠された弱者のいのちの痛み」を社会全体がどう捉えるか、という問いである。ここで「隠された」と表現しているのは、先に述べた事例のように、移植医療の場における様々な情報操作、隠ぺいの構造が彼らの「いのちの痛み」を見えにくくしているという意味からである。「救われるいのち」のために「棄てられるいのち」が必要になるという逆説は、現代において否定しがたいものである［高草木 2010：69］。

例えば、生と死の教育・いのち教育で教材として活用されている『隠された風景―死の現場を歩く』（福岡賢正、2004）では、以下のように現代の「死の隠ぺい」「いのちの隠ぺい」の状況を表現している［冲永 2009(2)：516-517］。

著者は、人間の勝手な都合で不要となったペット（犬、猫）を処分している現場（動物管理センター）と肉をつくるために家畜を処理している屠殺場など社会から隔離された「死の現場」でのルポ（取材）を通じて、生きることの本当の意味を世に伝える。

> 現代という時代は「死」が隠ぺいされ、いのちがとても見えにくくなっている時代です。それは生きているという実感が乏しいということでもあります。だからこそこの社会は今、事実をきちんと伝えて、まっとうなことを主張してくれることを待っています［福岡　2005：

220］

「死の現場」である動物管理センターや屠殺場、（脳死）移植医療の現場に共通してみられるのは、「いのち」の隠蔽である。現代社会は犠牲となった動物たち（現場に関わる人々）とドナーたち（その家族たち）の心の痛み（悲しみ・苦しみ）が徹底して見えてこない社会を生み出した。

私たちが無意識のうちに組み込まれている医療システムの中で、体外受精や顕微授精による高度な不妊治療技術、生命維持装置を使った延命治療技術、生体移植や脳死移植など、もはや通常の医療となり、「不自然ではない」実現可能な医療として社会に浸透されていく。ここ数十年の間に、驚きでもって現代人に迎えられた生殖医療技術や延命治療技術については、慣れの感覚が優勢になり、通常の医療として受け入れられている。

先の事例に戻って考えてみると、少年自殺者からの臓器提供、移植医療周辺では、自殺であるのに、自殺に至った問題からは目をそらされ、むしろ臓器提供という側面ばかりが強調され、少年の痛みや家族の痛みが、「いのちのリレー、いのちのバトンタッチ」という美化された言葉により、徹底的に隠ぺいされたことがわかる。仲介役の臓器移植ネットワークは、「親族も『臓器提供は彼らしい行動だ』と賛同してくれました」と語り、厚生労働省のコメントにおいても「ご家族の尊い御判断に敬意」とあり、その他の「15 歳未満の子どもの初の脳死判定、臓器移植」のタイトルの厚生労働省関連発表においても、讃美の声しかない(21)。この出来事は、現在の移植医療が、レシピエントの立場での視点に偏っており、ドナーの立場でいのちを考える、もう一つの視点が不足していることを浮き彫りにするものと思われる。レシピエント家族がしばしば陥りがちな「移植を待つということは、別の子どもの死を待つことではないか」という苦悩についても見過ごされがちである。国内で心臓移植を受けることができないために、海外での高額な移植手術を受けなければならず、レシピエント家族が街頭に立ち募金を集めて海外に渡ったが、そうした苦労の甲斐なく亡くなっていく小さな子どもたちの様子とその家族の悲しみと怒りには言葉を失う。しかしその一方で、脳死の子どもの生の姿や様子、その親の心情を知る情報が少なく、「死んでいるのなら、助かる命に臓器を提供しても良い」という声が圧倒多数を占めているのも現実である。今回の法改正がその感覚

を後押ししたのである。移植医療を支持する「いのちの贈り物」、「いのちのリレー」といったボランティアリズム精神に溢れる言葉によって、いのちの本質が隠されていく。拡張される善意において、もはや「大切なもの」、いのちの本質は見えないのだ［冲永　2011：495－496］。

5.2　「犠牲を伴う医療」と「思いやりの医療」

移植医療（「生体臓器移植」（生体移植）、「心臓死臓器移植」（心停止後移植）、「脳死臓器移植」（脳死移植））はドナーの犠牲に立ったうえでしか成立しないという点で「犠牲を伴う医療」と呼べるものである。「生体移植」が、健康なドナーの体にメスを入れ、QOL（生命・人生の質）の低下は避けられないという点で、はっきり「犠牲」が目に見えるのに対して、「脳死移植」は、「脳死」という厄介な概念の問題が絡むために、その「犠牲」という構造がみえにくい［安藤　2007：266-276］。

〈ドナー家族とレシピエント家族のそれぞれの苦悩・心の葛藤と我が子への切実な思い・愛情が描かれた記録集の例〉

（左：剛亮くんの家族　小児神経専門医　杉本健郎さん（父）・祐好さん（母）・千尋さん（姉）による著作）[22]

脳死移植は、生きている脳死の子どもを死者とみなし、彼らのいのちを奪うことの犠牲によってしか成立しない。また脳死移植は、限られた時間の中で臓器提供をするかどうかの決断を親たちに迫り、我が子の死を受け

入れるわずかな時間や看取りの時間を奪うという意味においても「犠牲を伴う医療」である。前述のように、小児神経専門医の杉本健郎氏は、1985年、小学校入学式直前の 3 月、ご子息の剛亮くん（享年 6 歳）を交通事故による脳死を経て亡くされ苦悩の末にドナー家族となった一人である。杉本氏は、当時の切実な親の心境を、『着たかもしれない制服』や「剛亮生きてや―脳死を見つめた 78 時間」（1987 年 3 月放送 NHK 特集）、『子どもの脳死・移植』の中でこう語っている。

> 午後 6 時 55 分、「それでは！」の合図で人工呼吸器が外される。全員の目がモニターに集まっている。脈拍が少しずつ減ってくる。医師たちは、ただ心拍数が減っていくのを待ちながら見入ってくるのである。「最後のチャンスだ。息をしてごらんよ」と私は心の中で叫んだが、剛亮は微動だにしない。顔がだんだん土色になってきた。まさに「死」の色になってきた。「目にみえない死」が「目にみえる死」になった。「器械を外してから 5 分か 20 分で心臓は止まるでしょう」との医師の説明とは裏腹に 25 分すぎても止まらない。おそらく医師たちは、一刻も早く心停止がきてほしいと考えているだろう」［杉本 2003：72－73］

脳死移植は、心臓死後の移植のように、家族たちが病室で本人の心停止を確認して本人との十分なお別れをするのではなく、手術室で（医師の手で）人工呼吸器が外されて自発呼吸の停止を待って（時には停止する前に）臓器が取り出されることを意味する。杉本氏は医師であったため特別に入室が許されたが、一般の家族はそうではなく、杉本氏のように「最後のチャンスだ。息をしてごらんよ」と息子に呼びかけることもできないのである［小松　2005：98］。

> 小さく燃え尽きてしまう最愛のわが子を前にして、生きたまま残すのは臓器しかない。緊迫した状況の中で判断を迫られ、親の想いに正直になれば同じような結論が出たのである。ドナー家族の結論は、あくまで親の生き様を反映したものであり、悲しみを緩和するための唯一の手段だったかもしれないと思う。（中略）臓器移植は死に逝く子どもを救うという美談では決してない。［杉本　2003：28－29］

数日後には確実に心臓が止まる状況に追い込まれ、恐怖の念に襲われ、

「このまま灰になるのか。短すぎる人生で何か生きた証を残してやりたい」という思いにかられ、息子の臓器提供を決断したのだった。息子の太ももには大好きだった漫画「筋肉マン」に登場する正義のキャラクターの星マークがフェルトペンで描かれていた。「病気の子どもが剛亮の力で蘇る。剛亮は正義の味方になるんだ」と自身に言い聞かせた。しかし杉本氏は 10 年以上経ち、「あの決断は息子本人のためではなく、親の癒しでしかなかったのではないか」と悩みはじめた。杉本氏自身、医師として臓器移植で子どもたちが助かってほしいと願う一方で、「精神的に参っている家族は自分たちが救われるために『死んでも人を助ける』という臓器提供の物語に簡単にはまる」と指摘する。「十分に看取り、納得した上の決断でなければ、後悔することになりかねない」と、複雑な親の心境を語っている(23)。

以上、ドナーとその家族（隠された弱者）の見えにくい犠牲の側面について論じてきた。最後に「思いやりの医療」とは何かについて考えてみたい。

世間一般で言われる「思いやりの医療」とは、主として移植を待ち望むレシピエントに向けての「思いやり」の行為をさし、実際にはドナーの見えにくい「犠牲」を前提とした医療の意味でもあるように思える。他人の福祉の増進を行為の目的とする、いわばキリスト教の「隣人愛」や仏教の「布施行」など（一部で）臓器移植肯定の論拠に「思いやり」が用いられてきたのだが(24)、それらは本人による自発・自覚があってこそ正当化できるのではないか。自己犠牲や愛といってしまえば、脳死状態の人の死あるいはいのちの問題が隠されてしまう［土井 2010：72］。そのことの問題性について、これまで社会は目を向けてきたのであろうか。

とくに意思表示不可能な小さな子どもに対しては、脳死判定ならびに臓器提供に伴う意思確認の際に、慎重であり続けなければならない。「児童の権利条約」の精神からみても、私たち大人には彼らのいのちを守る義務がある。

先の杉本医師の言葉にあるように、意思を持ち得ない小さな子どもの臓器提供はあくまで親の意思に基づくものである。愛するわが子の「いのちの継承」によって救われる家族がいたとしても、何年か経ったあとに「あのときの決断は正しかったのか」と後悔の念にさらされる親は少なくない。国内で心臓移植を待つ子どもたちを救うことは緊急課題ではあるが、「い

のちをもらう子ども」も「いのちを与える子ども」も、同じ重みのいのちをもっている。

移植医療はレシピエントのみならずドナー（とその家族）の犠牲に立った医療である限り、「思いやり」は両者に向けられてしかるべきなのではないのだろうか。「思いやりの医療」とは、社会全体のそうした弱者の「いのちの痛み」の共有に基づくものでなければならない。声を発することのできない弱者の声にも耳を傾け、目に見えない他者・弱者の声を挙げていく社会は、いのちの本質を問う社会である。私たちには「弱者のいのちの痛み」に耳を傾ける社会を形成していく努力や姿勢が必要なのである。

6. おわりに

本稿では、平成 23 年 11 月 26 日（土）に開催された「宗教と社会貢献」研究会　第 1 回研究会での報告「犠牲を伴う医療における弱者へのケアとは何か」に基づき、「移植医療における弱者のいのち」の問題について検討した。ここで述べてきた趣旨は、「救われるいのち」のために「棄てられるいのち」が必然となる、犠牲を伴う脳死移植の現状と、そこにかかわる隠された弱者の痛みや苦悩に、社会はどれほど向き合ってきたのか（5.1）と、そうした移植医療そのもののあり方を、いのち（生死）の矛盾という視点から「思いやりの医療」を捉えなおすことが、宗教者や多くの人々、また社会全体に求められるのではないか（5.2）、という主張であった。

いのちとは、多くの人々が共有する痛みの感覚であり、いのちというものを「他者」との関係の中で捉えなおすこと、そこにいのちの本質がある。

冒頭では、移植医療の場において苦悩する当事者に向けられる心のケアや宗教的支援の研究はほとんど注目されてこなかったと述べた。たしかにわが国においては、宗教者が医療の場に関わりにくいという側面があるのかもしれない。しかし筆者自身は、移植医療ないし救命救急医療の場においても、ホスピス・ビハーラ活動のように、宗教者にも、レシピエント家族とドナー家族の心の支援やグリーフ・ワークに取り組む姿勢が求められるように思われる。

本稿では、主として国内の事例しか扱っておらず、フィールドに基づく

調査研究の報告ではないため、今後は、海外での実態調査も含め、移植医療の場における様々な苦悩を抱える人々への支援の在り様を調査し研究を重ねていきたいと考えている。筆者の「いのちの痛み」とそれに向けてのケアの研究は、始まったばかりである。多くの論者の意見や批判を受けながら、生と死をめぐるいのちの問題に時間をかけて取り組んでいきたい。

註

(1) 現在の日本では、通常の医療と実験段階の医療を厳密に区別して管理する考え方と仕組みが確立されておらず、被験者保護法もない。例えば、体外受精や顕微授精は、実験段階の技術であるのにも関わらず、不妊「治療」の名の下に、事前審査も特別管理もなされず広く普及していった。「先端医療」のほとんどは実験段階の医療技術である［櫛島 2001：18-20］。

(2) 「『先端医療』という語は、それが実験段階の（人体実験的要素が濃い）技術、すなわちそれを受ける人にとっての利益が証明されていないだけでなく害を与える可能性の強い技術であるという事実や本質を覆い隠す働きをしている言葉だということである」［安藤 2007： 252］。

(3) 脳死が人の死であるという明確な根拠がなく、科学的根拠が崩壊しているのにもかかわらず、2009 年の改正臓器移植法によって、脳死は人の死とされ、脳死移植が正当化された。移植でしか助からないとされる患者は、生きるために他者を殺すということが自覚されないままであり、社会全体としても、他者のいのちの犠牲を隠ぺいしている、そのことを問題にしようとしない［冲永 2011：495-496］。本稿、15 頁以降を参照。

(4) 森岡正博、杉本健郎「子どもの意思表示を前提とする臓器移植法改正案の提言」（2001 年 2 月 14 日発表）では、脳死状態からの臓器摘出に関して、以下の A 案あるいは B 案のいずれかを候補案として採用するよう提言された。A 案：15 歳以上の者に関しては現行法と同様にし、15 歳未満 12 歳以上の場合は、「本人の意思表示」および「親権者による事前の承諾」がドナーカード等によって確認されている場合に可能とすること、12 歳未満 6 歳以上の場合は、上記の条件に加えて、子どもが虐待を受けた形跡がないこと等を病院内倫理委員会（あるいは裁判所）が審理するという条件を追加。6 歳未満の場合は「法的脳死判定」および「臓器摘出」を行わない。B 案：15 歳未満 12 歳以上の場合は「本人の意思表示」および「親権者による事前の承諾」がドナーカード等によって確認されている場合であって、親権者が拒まないときに限り、「法的脳死判定」および「脳死状態からの臓器摘出」を可能とする。12 歳未満の場合は「法的脳死判定」および「臓器摘出」を行わない［杉本 2003：172-178、森岡 2000：253-268］。

(5) 社説：いのちの尊さと生命倫理の問題。中外日報のホームページ http://www.chugainippoh.co.jp/NEWWEB/n-shasetu/09/0910/shasetu091027.html

(6) 臓器移植・生命倫理等の問題について。日本宗教連盟ホームページ。http://www.jaoro.or.jp/activity/state.html 臓器移植法改正をめぐる「宗教と生命倫理」シンポジウムが、第 1 回：平成 17 年 2 月 22 日（コーディネータ(以下 CN)

井上順孝）、第 2 回：平成 17 年 11 月 30 日（CN 島薗進）、第 3 回：平成 20 年 12 月 3 日（CN 島薗進）に行われた。第 4 回は「尊厳死法制化」、第 5 回は「代理出産の問題点」がテーマ。

(7) 「臓器移植法改正問題に対する意見書」（平成 18 年 11 月 16 日）、「臓器移植と生命倫理に関する調査研究の専門機関設置に関する要望書」（平成 19 年 3 月 29 日）、「臓器移植と生命倫理に関する調査研究の専門機関設置に関する要望書」（衆議院厚生労働委員会　臓器の移植に関する法律の一部を改正する法律案審査小委員会　提出資料）（平成 20 年 6 月 3 日）、「臓器移植法改正問題に対する意見書」（平成 21 年 4 月 17 日）、「臓器移植法改正問題に対する重ねての意見」（平成 21 年 6 月 1 日）、「臓器移植法改正案の参議院審議に対する意見書」（平成 21 年 7 月 1 日）、「改正臓器移植法に対する懸念と今後の姿勢」（平成 21 年 10 月 13 日）。出典：上記ホームページより。

(8) YOMIURI ONLINE「十宗教教団、臓器移植法改正で A 案に反対」2009 年 7 月 8 日号、朝日新聞「日本宗教連盟、臓器移植法改正に反発　現行法を支持」2009 年 7 月 8 日号、高佐宣長「現宗研だより　教団付置研究所談話会と脳死臓器移植法（その一）」『日蓮宗　現代宗教研究所』宗報　平成 21 年 8 月号　第 257 号　改訂第 89 号。

(9) クリスチャン新聞「『いのちの尊厳』慎重審議を――日本宗教連盟が臓器移植法改正で 2 次臨調に意見書」2009 年 7 月 19 日号。

(10) 小松美彦、市野川容孝、田中智彦編 2010：付録「生命倫理会議　臓器移植法改定に関する緊急声明」

(11) 「子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について（第７次報告）の概要」社会保障審議会児童部会児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会（平成２３年７月）厚生労働省ホームページ。
http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/gyousei/09/kekka8.html

(12) 「脳死および臓器移植に関する意識調査」『日本小児救急医学会雑誌』7 巻 2 号、2008 の日本小児救急医学会会員対象のアンケート報告。「ドナー候補者が非虐待時であるかの診断が適切にできると思いますか？」の設問に、「わからない」と答えた医師が半数を超えている。

(13) 「Q11　虐待を受けた子どもが臓器摘出される可能性はありますか」『脳死・臓器移植 Q&A―ドナーの立場でいのちを考える』海鳴社、2011、51-53.

(14) 2011 年 7 月 18 日「市民の集い―改訂臓器移植法施行から一年をふりかえる―少年自殺者からの臓器摘出は許されるのか？」（主催：臓器移植法を問い直すネットワーク）の配布資料。

(15) 冲永 2012：105-106．冲永 2011：3「第 11 回　犠牲を伴う移植医療―救われるいのち、棄てられるいのち」宗教情報センター「コラム」（2011 年 11 月 18 日掲載 http://www.circam.jp/page.jsp?id=2027）

(16) 週刊文春　2011 年 4 月 28 日号
http://www.bunshun.co.jp/mag/shukanbunshun/adv/img/110428.jpg

(17) 「少年の願い　命をつなぐ　１５歳未満で初の脳死判定、臓器移植へ」SANKEI EXPRESS（2011/04/13 ）交通事故による重症頭部外傷で関東甲信越地方の病院に入院していた１０代前半の男子が法的に脳死と判定されたと、日本臓器移植

ネットワークが４月１２日明らかにした。昨年７月に改正臓器移植法が全面施行され、１５歳未満の脳死移植が認められており、国内で初めて子供からの脳死移植が行われる。１３日朝に臓器摘出手術が行われ、待機患者に移植される見通し。

(18) <「提供意思」と判断> SANKEI　EXPRESS（2011/04/13 ）移植ネットによると、男子は交通事故で頭部に重傷を負い、８日に主治医が家族に「回復は困難」との見通しを示した後、臓器提供の機会があることを知らせた。この日、脳死とされ得る状態と判断した。９日には臓器移植コーディネーターが家族に臓器提供に関し約２時間説明。11 日に再度説明をした後、家族から脳死判定と臓器摘出の承諾書を受け取った。２回の脳死判定は１２日午前７時３７分に終了し、死亡と宣告された。移植ネットが発表した両親のコメントは、臓器提供が「彼の願いに沿うことだと考えた」などとしている。男子の健康保険証の裏面に臓器提供を拒否する意思表示がなかったとしているが、提供する意思表示もなく、家族はこれまで臓器移植について話し合ったことはなかったという。

(19) 高橋尚人（自治医科大学小児科）「救急医療の現場からみた子どもの権利」（50 頁）、植田育也（静岡県立こども病院　小児集中治療センター）「小児 ICU と脳死下臓器提供」（53 頁）『日本生命倫理学会第 22 回年次大会（2010 年 11 月 20―21 日、藤田保健衛生大学医学部）　プログラム・予稿集』（2010 年 11 月 20―21 日）など、日本生命倫理学会シンポジウム 2010 において、現場の小児科医より虐待児の見極めは難しいと多数報告があった。

(20) 洞ノ口佳充（庄和中央病院）メッセージ『―市民の集い―改訂臓器移植法施行から一年をふりかえる　少年自殺者からの臓器摘出は許されるのか？』（主催：臓器移植法を問い直す市民ネットワーク）配布資料、14 頁。

(21) 厚生労働省のコメントおよび関連発表としては、以下を参照。
「『ご家族の尊いご判断に敬意』厚労省のコメント」産経新聞 2011 年 4 月 11 日（http://sankei.jp.msn.com/life/news/110412/bdy11041212440005-n1.htm）
「初の子供脳死移植『理解と共感広がって』家族は歓迎」産経新聞 2011 年 4 月 14 日）（http://www.iza.ne.jp/news/newsarticle/natnews/medical/502550/）
「【生命倫理サロン】第 5 回　子どもの移植？～15 歳未満脳死臓器提供第一例から考える」東京財団、2011 年 5 月 17 日
（http://www.tkfd.or.jp/research/project/news.php?id=729）

(22) 本書は絶版であるが、『子どもの脳死・移植』に一部再録されている。

(23) 2009 年 6 月 12 月読売新聞「子どもの臓器移植(2)性急な提供　悔い残る」

(24) 第 2 回宗教と生命倫理シンポジウム「いま、臓器移植法改正問題を考える」

参考文献

安藤泰至 2007「『先端医療』をめぐる議論のあり方―選択と選別のロジックを中心に」佐藤光編『生命の産業―バイオテクノロジーの経済倫理学』ナカニシヤ出版、251-302。

――― 2010「臓器移植における『弱者』とは誰か？」『宗教と現代がわかる本 2010』

平凡社、200-203。
安藤泰至編 2011『「いのちの思想」を掘り起こす　生命倫理の再生に向けて』、岩波書店。
稲場圭信・櫻井義秀編 2009 『社会貢献する宗教』世界思想社。
稲場圭信 2011『利他主義と宗教』弘文堂。
宇佐美公生 2007「日中の終末期医療に関するアンケート調査に基づく生命倫理の比較文化論的研究」岩手大学教育学部研究年報、第 67 巻 17-36。
冲永隆子 2007「バイオエシックスと死生ケア教育の可能性―死の看取り・ターミナル・ケアを中心に（特集　宗教教育の地平）」国際宗教研究編『現代宗教 2007』秋山書店、277-299。
――― 2009(1)「バイオエシックスにおける『生と死の教育』の可能性―自己決定権と人間の尊厳の対立から―」『医学哲学と倫理』第 6 号、60-65。
――― 2009(2)「日本の大学における『生と死の教育』の可能性」『宗教研究』第 83 巻、第 363 号、516-517。
――― 2011「いのちは誰のものか―生命倫理学的アプローチ―」『宗教研究』第 84 巻、第 367 号、495-496。
――― 2012「犠牲を伴う移植医療―小児脳死臓器移植をめぐる諸問題とケア論に向けての一考察」『総合教育センター論集』99-117。
香川知晶 2009『命は誰のものか』ディスカバー携書。
金森修 2010「聴こえない声を聴く」小松他編『いのちの選択―今、考えたい脳死、臓器移植』岩波ブックレット。
神野哲夫 2011「1. 脳外科医からみた脳死」『日本生命倫理学会ニューズレター』No.47。
厚生労働省健康局疾病対策課臓器移植対策「臓器移植法の改定内容（参考）現行法と改正法との比較」http://www.mhlw.go.jp/seisaku/2010/01/01.html
小松奈美子 2005『医療倫理の扉　生と死をめぐって』北樹出版。
小松美彦、市野川容孝、田中智彦編 2010『いのちの選択―今、考えたい脳死、臓器移植』岩波ブックレット。
澤井繁男 1999『臓器移植　体験者の立場から』中央公論新社。
杉谷篤 2009「3. 臓器移植法改定の意義と課題」『日本生命倫理学会ニューズレター』No.42。
杉本健郎 1986『着たかもしれない制服』波書房。
――― 2003『子どもの脳死・移植』かもがわ出版。
――― 2010「小児脳死診断基準と長期脳死」小松他編『いのちの選択―今、考えたい脳死、臓器移植』岩波ブックレット。

高草木光一 2009「改正臓器移植法の闇」『季刊　ピープルズ・プラン』ピープルズ・プラン研究所。
――― 2010「これは、おそらく始まりにすぎない」小松他編『いのちの選択―今、考えたい脳死、臓器移植』岩波ブックレット。
爪田一壽 2010「死を見据えて生きてこそ見える『いのち』の実相」小松他編『いのちの選択―今、考えたい脳死、臓器移植』岩波ブックレット。
土井健司 2010「『愛』を問い直し、そして脳死となる人のいのちを大事にしよう」小松他編『いのちの選択―今、考えたい脳死、臓器移植』岩波ブックレット。
福岡賢正 2004『隠された風景―死の現場を歩く』南方新社。
櫛島次郎 2001『先端医療のルール　人体利用はどこまで許されるのか』講談社現代新書 1581。
森岡正博 2001『増補決定版　脳死の人　生命学の視点から』法蔵館。
――― 2005『生命学をひらく―自分と向き合う「いのち」の思想』トランスビュー。
――― 2010「『長期脳死』をめぐる国会での暗闘」小松他編『いのちの選択―今、考えたい脳死、臓器移植』岩波ブックレット。
――― 2012『生者と死者をつなぐ―鎮魂と再生のための哲学』春秋社。
山口研一郎監修　臓器移植法を問い直す市民ネットワーク編 2011『脳死・臓器移植 Q&A―ドナーの立場でいのちを考える』海鳴社。
柳田邦男 1995『「犠牲」―わが息子・脳死の 11 日』文藝春秋。
――― 2001『「犠牲」への手紙』文春文庫。
Takako Okinaga, *Education on Life and Death at Universities*, 20th World Congress of International Association for the History of Religions, University of Toronto 20 August 2010（2010.IAHR Abstract Book.p137. http://individual.utoronto.ca/yeungsydney/IAHR_Book_of_Abstractsv6.pdf.）