

Title	臓器不足問題の理解とその対策に伴う倫理的問題 : フランスの事例から
Author(s)	山尾, 智美
Citation	医療・生命と倫理・社会. 9 P.1-P.23
Issue Date	2010-03-20
Text Version	publisher
URL	https://doi.org/10.18910/3991
DOI	10.18910/3991
rights	
Note	

Osaka University Knowledge Archive : OUKA

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

Osaka University

臓器不足問題の理解とその対策に伴う倫理的問題

—フランスの事例から—

山尾智美

(フランス・グルノーブル大学博士課程、
Laboratoire Philosophie, Langages & Cognition)

はじめに

移植用の臓器不足は、日本と同様フランスにおいても深刻な「問題」として位置づけられ、その解決を目指して様々な戦略が講じられつつある。フランスの移植医療は、制度においても実践においても日本のそれとは正反対の特徴をもつ。制度面に関しては例えば、ドナー候補者の意思を特定する法の枠組みが異なる¹。実践においては例えば、生体ドナーからの移植と死体ドナーからの移植の割合が著しく異なる(腎移植の場合)²。日本から見れば「鏡の国」さながらのフランスでは、同じ「臓器不足という問題」がどのように理解・認識されているのだろうか。それらの問題は、どのような枠組みで捉えられ、どのような「解決」が目指されているのだろうか。

上記の問いに答えるため、ベースとなる資料として「ヨーロッパにおける臓器不足解消戦略の多様性」と題された公開セミナーのプログラムおよび総括文書(Synthèse、以下「総括文」と表記)を参考にした³。同セミナーは2009年5月5日、6日にパリ第六大学(ピエール・マリイ・キュリー大学、以下UPMC)で開催されたものである。セミナーを主催したのはフランス外務省とユネスコ・フランス代表部(Commission française pour l'UNESCO)で、共催者にはUPMCと先端医療庁(Agence de la Biomédecine)⁴が名を連ねる。同セミナーにはフィヨン内閣の保健・スポーツ大臣 Roselyne Bachelot-Narquin や外務・ヨーロッパ関係大臣 Bernard Kouchner も臨席した。

まず、セミナーが開催された文脈について一言添えておきたい。セミナーは、生命倫理全国国民会議(États généraux de la Bioéthique、以下「全国国民会議」と表記)⁵の一環として開催された。全国国民会議とは、2010年に予定されている生命倫理法⁶の二度目の改定をふまえて設置された公共的対話の場の総称である。運営委員長を議員の Jean Leonetti⁷が務めた。全国国民会議は、2009年2月4日、上述の Bachelot-Narquin 保健・スポーツ大臣による記者会見をうけて開幕した。関連サイト⁸では、各地で開催される多様なイベント情報(学術会議や市民フォーラム⁹など)や関連資料にアクセスできるほか、意見投稿もできる(投稿は2009年6月4日で締め切られた)。全国国民会議が終わった現在¹⁰でも、サイト上で関連資料や最終報告書を閲覧できる。

法改定への前哨戦である全国国民会議という文脈の中で、当該セミナーの企画に携わった外務省とUPMCの狙いは、「文化や価値観においては近いが実践において多様なヨーロッパ近隣諸国に目を向けることで、生命倫理全国国民会議に新しい視点を導入すること」¹¹だった。近隣諸国との実践比較を提案する本セミナーは、生命倫理法の改定を視野に

入れつつ、フランス固有の法的・実践的現状の相対化・見直しを目指すものと言える。そのため総括文では、フランスにおいて臓器不足問題の解消を目指して検討中の戦略がまず示され、次にヨーロッパ各地の専門家による各国での実践状況の紹介、という形式が採られている。

当該セミナーのプログラムおよび総括文は、現代フランスの臓器不足対策の動向や、第二回生命倫理法改定の争点を把握する上で格好の資料であると思われる。これらの資料をもとにフランスの現状を素描することによって、状況の異なる日本との比較材料を提供できればと思う。ただし、総括文に記載の数値データなど一部曖昧な記述もある。しかしその検証や、それに依拠した議論展開が本稿の目的ではない。本稿では、ある議論や主張を裏付けるのにどのような量的・客観的・数的データが用いられているかを指摘することとどめたい。最後に、本稿では必要に応じてセミナーにおける個々の報告に言及したものの、その詳細までは紹介することができなかつたこと¹²、また関連情報を主としてインターネットで入手可能な情報をもとに補足したことをあらかじめ断っておく。

本稿の構成は以下のとおりである。まず、フランスにおける臓器不足問題の認識の枠組みを明らかにする(1)。次に、問題解消のために提案された戦略・課題と関連する倫理問題を、ドナーの特徴別にカテゴライズして紹介する(2)。最後に、フランスと日本の議論の比較が興味深いと思われる点を指摘して論を閉じたい。

1 フランスにおける臓器不足問題の認識

1) 「臓器不足」の実態

フランスで臓器不足問題はどのように認識されているのだろうか。フランス語における「臓器不足 (Pénurie d'organes)」という表現のレトリカルな機能にまずは注目してみよう¹³。Pénurieは「必需品の欠乏、食糧難 (manque de vivres, disette)」¹⁴を意味するラテン語 Penuriaに由来する。補語を伴わない場合は「貧困、金銭の欠如」を意味するこの用語は、複合表現では様々な生活必需品の欠乏を表現するのに用いられる(例えば「水不足、麦不足、ガソリン不足など (Pénurie d'eau, de blé, de pétrole, etc)」)。需要と供給のアンバランスを表す相対的概念ではあるものの、需要の過多よりも供給の希少性にアクセントをおく点、また供給すべきものに「必需品」という性格を前提する点において、ニュートラルなタームとは言いがたい¹⁵。言い換えれば、この用語を用いることはすなわち、需要の正当性を前提した上で供給の不足を問題視することである。しかし移植用臓器に関する限りで、このような需要の正当性の認識はどのような根拠に基づいているのだろうか。

フランスでは近年、移植数は増加の傾向にあり、2000年から2008年にかけて移植数は40%の増加を記録した¹⁶。にもかかわらず、臓器不足は深刻化する一方であるという。移植待機患者の数が増え、供給が(移植数の増加にもかかわらず)需要に追いつかないためである。このように移植待機患者の数が飛躍的に増えた背景は何か。移植待機患者数増加の要因について、総括文では以下のような説明がなされている。すなわち、移植医療の効果が認められてきたことに伴って適応症の範囲も拡大し、それが高齢化社会への移行などその他の要因とも連動して、さらなる臓器不足を招くに至った、という。つまり、移植

数増加がそのまま臓器不足解消につながるという単純な話ではなく、移植の成功例の増加に伴い、その有効性がひろく認知されるにつれて、また医療技術の進歩による適応症の多様化によって、移植用臓器への需要もさらに増す、というのだ。例えば、十年前であれば移植適応外だった患者も、現在ではリストに名を連ねる場合がある。このように移植医療の社会的認知を促し、臓器不足を招く理由とされている「移植医療の効果」とは、具体的にはどのような効果について言われているのだろうか。

2) 移植医療の臨床的・経済的効果に関する言説

総括文では、移植医療の効果が臨床的ならびに経済的観点に焦点を絞って紹介されている。まず臨床的観点からは、心臓や肺、肝臓などの不全について、臓器移植以外の代替治療策がないことを根拠に、移植医療が必須との認識の自明性が改めて主張・確認されている¹⁷。しかしそれだけにとどまらず、平均余命 (*espérance de vie*) の観点から見ても¹⁸、移植医療の効果は認知されつつあるという。総括文では腎移植の例が挙げられ、人工透析という代替治療法の確立された腎不全においても、移植医療の優越性が認知されてきているとの報告が紹介されている。腎移植を支持する立場の論者は通常、日常的な時間的拘束による患者への体力的、精神的負担が顕著な透析治療に比べて、腎移植を受けた患者の生命の質 (QOL) が向上するという論拠に訴える¹⁹。しかし「QOL の向上」というある種主観的な指標にとどまらず、腎移植によって患者の平均余命も延長されるという。総括文によれば、透析患者の平均余命と比較すると、腎移植を受けた患者の平均余命は 2.5 倍に上昇する。良コンディションの腎臓移植を施された場合は 3.8 倍というデータもあるという²⁰。

臨床的効果というレシピエント個人の利益だけでなく、移植医療には経済的な、つまり集団的観点から見た効果も期待されている。とりわけ腎移植に関してその効用が顕著であるという。先端医療庁医療科学部門の Christian Jacquelinet は、腎移植の発展によって医療費がかなり抑えられると主張する。その報告によれば、3000 件の腎移植を行うことで、透析に費やされる医療費が年間 9000 万ユーロ節約できるという²¹。

上述の報告の詳細に関する信憑性は、今後発行予定のセミナー記録集を検討する必要がある。本論ではとりあえず、上述の各論拠が移植医療を支持する目的で用いられていることを確認することとどめる。臨床的かつ経済的効果が見込まれるにもかかわらず、臓器が全ての希望者に行き渡らないという現実が依然としてあることを受けて、総括文では各患者に保証されるべき「健康権 (*droit à la santé*)」への平等なアクセスが侵害される事態への懸念が表明されている。要するに、功利主義的原理 (個人的・社会的効用) に基づいて移植医療は権利 (健康権) として正当化され、臓器不足という事態はその権利を各人が平等に享受するのを侵害する「問題」として認識されている。これは臓器不足対策を正当化すると同時に、移植医療に公権力が立法によって介入することも正当化する認識であると考えられる。

こうしてレシピエント個人や社会全体の利益が強調される一方で、臓器不足対策を正当化する文脈ではドナー個人の利益には触れられていないが、それはドナーに比べてレシピエントの数が圧倒的に多いことによると思われる。例えば、先端医療庁のサイトでは「一名のドナーから平均して四名のレシピエントに移植できます」²² との表記が太字で強

調されている。また、全国国民会議の一環として行われたストラスブールの市民フォーラム（テーマは移植医療と遺伝子診断）でも、総括文の執筆者の一人でもある Yvanie Caillé が公衆に向けて、大多数のものがドナーよりもレシピエントになる可能性が高いことに注意を促す発言をしている²³。ここには規則功利主義的な考え方が採用されているのは明らかだが、これは法改定を見据えた議論の一環という全国国民会議の文脈を考慮するなら当然かもしれない。法を正当化するのは最大多数の幸福実現を目指す規則を追求する観点であり、ドナー候補者など少数派の個人の保護の問題は、むしろ個々の具体的な議論において考慮される。

以上の認識に基づき、具体的にどのような戦略・対策が講じられているかを以下で見る。

2 臓器不足問題解消のための諸戦略

臓器不足問題の対策としてセミナーで検討された戦略は多岐にわたるため、本論ではそれらをドナーの種類別に紹介する。ドナーの分類法としては、ドナーとレシピエントの生物学的関係に着目した同種移植／異種移植という区分がまず考えられる。実際、異種移植²⁴に関する研究成果のサーベイ報告²⁵もセミナーのプログラムに組み込まれていた。しかし総括文によると、異種移植に関しては研究のレベルでは目覚ましい成果があげられているものの、実用に向けてはまだまだ問題だらけであり、実施の目処はついていないという。従って本論では異種移植に関する話題は割愛する。以下では同種移植について、ドナーの状態別（死体ドナーか、生体ドナーか）に臓器有効活用のための戦略とその含意する倫理問題を見ていく。

1) 死体ドナー有効活用のための戦略

現在のところ、フランスにおける移植用臓器の主要な供給源は死体ドナーである²⁶。後述するように、フランスにおける生体ドナーからの移植率はヨーロッパ諸国と比べても極めて低く²⁷、法的制約も大きい。またフランスでは、心停止ドナーからの移植は発展途上段階にある²⁸。従って、フランスにおける臓器ドナーの大半は脳死ドナーである。先端医療庁の調べによれば、2008年にドナー候補として特定された死亡患者（すなわち脳死患者）は、病院での死亡者数の1%に満たなかった。しかもそのうち30%は、ドナー候補者本人による生前の意思、あるいはその家族の意思によって臓器摘出が拒否されたという²⁹。そこで、ドナーの意思表示方法の適切さについて度々議論される。

(ア) 意思表示の特定方法

フランスの現行法では、死体ドナー候補者の臓器提供意思を特定する方法として推定同意制（Consentement présumé）が採用されていることは注1ですすでに触れた。国際的に見て、臓器提供に関する意思確認の方法は大きく二種類に分けられる。すなわち、オプト・イン制とオプト・アウト制である。オプト・イン制では（臓器提供への）同意の意思表示の有無が証明の対象になるのに対して、オプト・アウト制（または推定同意制）ではドナーの拒否の意思表示の有無の証明が焦点となる。換言すれば、オプト・イン制では「臓器摘出するためには同意の意思表示が要る。同意がなければ摘出しない」のが原則で

あるのに対して、オプト・アウト制では「摘出をしないためには拒否の意思表示が要る。拒否がなければ摘出する」のが原則である。両者の違いは個人の意思表示がない場合のデフォルトの選択肢の違い、と言える。

フランスで推定同意制は 1976 年に成立したカイヤベ (Caillavet) 法³⁰ によって導入されて 30 年以上たつが、その実際の効果や、含意する倫理問題については継続的に議論されている。推定同意制の提起する倫理問題としてしばしば指摘されるのが、ドナー候補者の自律に関わる問題である。推定同意制は、「個人の自律を無視する制度」としてしばしば批判の対象となる。推定同意制を社会契約の新しい形と見る向きもあるが³¹、そのようなフィクショナルな同意に基づいて臓器提供という選択肢をデフォルトとするのは倫理的に問題だとする反対論も国際的には根強い (佐藤、2008、p.15-14)。意思表示をしなかった者は臓器提供に同意すると推定するのは、言わば「同意なき同意」であって強引だ、というのがその論拠である。ここで問題になっているのはドナーの自律の尊重である。推定同意制はドナーの自律を尊重しない、という主張は精確だろうか。

哲学者・倫理学者の佐藤英明 (2008、p.11) の記述 (「あくまでも提供者本人による自己決定という自律原理を尊重しようとするれば」) に倣って、臓器提供の意思表示において問題になっている自律とは、ドナー候補者自身の自己決定と規定しよう。その上で、上述の疑問を検討するため、推定同意制が実際にどのように機能しているかに注目してみよう。少なくともフランスでは、原則どおり厳密に実施されているわけではない。先端医療庁が若者向け (16 歳～25 歳) に運営する啓発サイト³² では、推定同意制は次のように説明されている。

生前に国家拒否登録簿によって、および／または口頭で近親者に反対を表示していなければ、各人はその死後、移植目的で臓器及び組織を提供するのに同意していると見なされる。これが法に定められたところの推定同意である³³。

推定同意制では拒否意思の有無が争点となる。事実問題として公式に意思表示する人が少ないのを逆手にとって、拒否権を行使する者の数が少ないの見込む意図があるのは否定できない。しかし、無知や怠慢、あるいは不決断から拒否の意思を表示しなかった者は、臓器提供を余儀なくされるのだろうか。結論から先に言えば、必ずしもそうではない。それは、意思表示する際に多様な方法が認められていることによる。

死後の臓器摘出に関する意思表示法としては、具体的には以下の三つの方法がある。まず、国家拒否登録簿 (Registre national des refus) がある。臓器提供を希望しない場合は国家拒否登録簿に登録して拒否意思を表示できることが保健医療法典 (Code de la santé publique) に明記されている (L1232-1 条)。この登録簿に記載されている人物からは臓器を摘出できない。登録は 13 歳から可能である。この拒否登録は法的に証拠能力がある記録 (Trace légale) とみなされる。病院でドナー候補者が特定された場合、医療従事者は拒否登録簿を照査し、さらに照査したという証拠書類を発行するよう義務付けられている。ただし、拒否登録の記載がなければ臓器提供に同意するものと即座に推定されるわけではない。拒否登録はあくまでもドナーの (拒否) 意思を可能な限り尊重するため

の法的装置、という位置づけである。医療従事者が照査可能な拒否登録簿への登録は、臓器摘出を拒否するドナー候補者の意思を尊重する確実な手段と言える。

反対に臓器提供に同意する場合には、つまり同意意思を表示するにはどのような方法があるのか。またそれは、同意の意思尊重を保障する確実な手段と言えるか。端的に言えば、死後の臓器提供を希望する場合、ドナーカードの携帯だけでは十分条件ではない。ドナーカードを常に携帯しているとは限らないという問題がまずある。しかしそれだけに止まらず、ドナーカードは個人の意思の単なる記録（Trace）に過ぎず、「法的効力は全くない（Aucune valeur légale）」という。実際、保健医療法典にはドナーカードに関する記載は無く、国家が公式に配布するカードもない（書式に関しては先端医療庁がサイト上で見本を提示している³⁴）。そこで、拒否登録簿に記録されていないドナー候補者（脳死者）のドナーカード所持がすぐ判明した場合でも、医療従事者はその臓器を摘出することはまだできない。近親者から証言を採取し、ドナー候補者の拒否意思の有無を確認する義務を負う。その際、家族の反対にあえば摘出は見送られる。従って、近親者の理解を伴わないドナーカードの単なる所持は、臓器提供への同意意思尊重を保証する確実な手段ではない³⁵。

法的効力という点で国家拒否登録と並ぶもう一つの意味表示法に、近親者³⁶への口頭での意思表示が挙げられる。国家拒否登録簿にドナー候補者の名前がない場合でも、それだけで推定同意を結論付けることはまだできない。また先に見たように、ドナーカードの携帯も決定的ではない。従って、拒否登録簿にドナー候補者が登録していない場合、ドナーカードの有無に関わらず、医療従事者は近親者から証言を採取し故人の意思を問い合わせる法的義務を負う。この時点で、ドナー候補者に拒否意思がなかったこと（la non opposition）を近親者が確認しないなら、臓器摘出には至らない。先に引用した推定同意制の原則の説明に続く補足を見てみよう。

実際には、医療チームがドナー候補者を特定した際、近親者に問い合わせるドナーの拒否意思の有無を確認しなければならない。また国家拒否登録簿にドナー候補者の名前がないか確認しなければならない。（・・・）推定同意と言っても、臓器提供を余儀なくされるわけではない。医者が自由に（注：臓器を）使えるわけでもない。フランスの法律は我々に決定の自由を与えている。重要なのは反対や同意の意志を表示する

（注：登録または口頭で）ことだ。なぜなら尊重されるべきは我々の意思であって、家族の意思ではないのだから³⁷。

要するに、国家登録簿の記載がない場合、原則通りすぐさま提供意思があると強引に推定されるのではなく、またドナーカードの保持も決定的ではなく、医療関係者は近親者の証言を採取する義務を負う。このように、多様な意思表示法の並存によって、厳密な推定同意制は回避されている。

推定同意制は拒否の意思表示がないことをもって同意とみなす強引な制度、という批判に対して、フランスにおいては少なくとも拒否意思表示者の自律は法的に保障されていること、また推定同意制が原則どおり厳密に適用されているわけではないことを見た。とはいえ、ドナー候補者の生前の意思が不明の場合、遺族の対応如何で摘出の可否が決

まる、という「個人の自律」原則の観点からは問題のありそうな状況が生じる。まさに、このような推定同意制の条件つき適用こそがドナーの自律を蹂躪する、という論調もフランスでは見受けられる。というのも実際のところ、ドナー候補者の生前の意思が不明の場合は摘出拒否に傾く近親者が多いという³⁸。ドナーの意思が不明な場合は近親者の意向が尊重されがちなこと（結果、強引な推定同意制は回避されている）から、ドナーの、特にその提供への同意意思が明白な場合でも、家族の理解が伴わないなら、その意思が尊重されない可能性が残るといえるのだ。というのも既に見たとおり、拒否の場合は国家拒否登録という法的効力をもった意思表示法が確立されているため、拒否意思を持つドナー候補者の自律は法的に保障されている。対して、摘出に同意する場合、ドナーカードは法的効力を持たないため、近親者の証言というドナー候補者以外の采配に委ねられる形となる。言い換えると、同意意思を持つドナー候補者の自律はフランスでは法的に保障されていない。そのため、ドナー候補者の同意意思にもかかわらず、近親者が臓器提供を拒否するという状況が生じる可能性はゼロではない。そこで、臓器提供に同意するドナー候補者の意思を尊重するための法体制が整っていない、との批判がある³⁹。先に見た批判は推定同意制の原則に対する批判であったが、ここで問題になっているのは原則を実践に応用する際のルーズさ（Laxism）批判である。

しかしそもそも、個人の自律軽視という問題が浮上する可能性を持つのは推定同意制ばかりではないのではないのか。個人の自律という原則を論拠に推定同意制を批判するなら、同じ論拠でもってオプト・イン制も批判されなければならない状況が生じうるように思われる。推定同意制を「同意なき同意」と形容し、個人の自律尊重という点においてオプト・イン制に軍配を上げる議論で蔑ろにされているのは、「誰の同意か」という問題ではないだろうか。この点を、「せまい／広い、厳密な／緩い」という区別を導入しつつオプト・イン制とオプト・アウト制を分析することによって以下で主張したい。

佐藤（2008）に倣って、ドナー候補者本人の意思が不明の場合でも、場合によっては臓器摘出が可能か否かで、オプト・イン制を二つに分類しよう。すなわち、せまいオプト・イン制か、広いオプト・イン制か。前者では、ドナー候補者本人の生前の意思表示があった場合のみ、臓器摘出が認められる。後者では、ドナー候補者本人の意思表示が不明の場合でも、遺族の承諾があれば臓器摘出が認められる。つまり後者は、意思表示の主体として、場合によってはドナー候補者本人だけでなく遺族も含められる、という意味で「広い」のである。ただし、上述のような意味で「広い」にもかかわらず、先に挙げたケースとははっきり区別されるべきケースがある。例えば、日本における現行（2009年11月現在）の脳死ドナーからの摘出要件は、ドナー本人の意思表示だけでなく、その家族の意思表示も必要とされるという意味で「広い」。しかしこのケースは「広い」にもかかわらず、ドナー候補者の生前の意思が不明の場合や、（ドナー候補者の生前の同意があっても）家族の承諾が得られない場合は、臓器摘出はされない。つまり、「広い」からといって臓器摘出の要件が緩くなるかということ必ずしもそうではない。そこで本論ではさらに、広いオプト・イン制を厳格（hard）か緩い（soft）かに分類する。厳格かつ広いオプト・イン制の場合、本人の同意だけでなく家族の同意が必要とされる（日本の現行法の脳死ドナーからの摘出要件はこれに該当）。緩くかつ広いオプト・イン制の場合、本人の意思が不明の場合でも家族の同意があれば臓器摘出できる（日本の現行法の心停止死ドナーからの腎臓・

角膜に関する摘出要件に該当)。厳格にせよ緩いにせよ、広いオプト・イン制では同意の主体として遺族にも決定権(とその重圧)が課せられる。

オプト・アウト制もまた、ドナー候補者の拒否意思が不明な場合にどうするか、で二つに分けられる。すなわち、せまいオプト・アウト制と、広いオプト・アウト制がある⁴⁰。せまいオプト・アウト制では、ドナー候補者本人の拒否の意思表示がなければ臓器提供に同意するものと推定し、従って臓器摘出を可能とする。つまり、原則どおりのオプト・アウト制である。広いオプト・アウト制では、ドナー候補者本人の書面や公式登録による拒否意思の表示がない場合、ドナー候補者が拒否意思を生前に公言していたかどうか、家族に問い合わせて証言確保に努めることが求められる(前述のフランスの推定同意制はこれに該当)。

以上の分類項のうち、ドナー候補者の自律という観点から問題が指摘されうるのは、以下の場合である。

1. ドナー候補者の同意のみでは摘出の要件を満たさない、あるいは意思尊重の保障がない(従ってドナー候補者の同意にもかかわらず摘出が拒否される可能性もある)
厳格かつ広いオプト・イン制および広いオプト・アウト制の場合
2. ドナー本人の意思が不明の場合でも家族の承諾があれば臓器摘出が可能な柔軟かつ広いオプト・イン制および広いオプト・アウト制の場合

具体的にはフランスの場合既に見たとおり、国家拒否登録をした者以外の自律は遺族の意向如何で尊重されない可能性がなきにしもあらずである。日本の現行法の場合、ドナー候補者の同意があっても遺族が提供を拒否できたり(脳死ドナー)、ドナー候補者の意思が不明でも遺族の承諾があれば提供できたりする(心停止ドナーの腎臓と角膜)。以上から、個人の自律尊重の問題はオプト・イン制かオプト・アウト制かに関わらず浮上する問題と言えないだろうか。ただし本稿では、ドナー候補者個人の自律が侵害されるから(決定の当事者を複数認める)〈広い〉制度は倫理的に問題だ、と主張したいのではない。自律・意思決定の主体のステイタスに関わる議論や、誰の自律が、誰の意思尊重が問題なのか、臓器提供は誰の問題なのかという視点、〈個人の自律〉という問題圏を超えた視点を、この分類は提供してくれるように思われる。

推定同意制は個人よりも集団を優先するという批判についてはどうだろうか。既出の論文で佐藤(2008, p.3)は、推定同意制は原則どおり厳密に適用されているわけではないことを認めながらも、「自律原理よりも、むしろ公益性や功利性が重視されていると捉えるべきであろう」と述べている。さらに佐藤(2008, p.14)から引用すると、「提供拒否の意思は尊重されるが、死後の身体は、権利主体を失った公のもの、公共資源と見なされ、社会のために役立たせることが是とされている」。推定同意制が個人よりも社会への効用を優先するという佐藤の主張の根拠として、フランス型の「広いオプト・アウト制」を想定していると思われる記述を参照してみよう。

あくまでも「自己決定」と「利他主義」という原則を堅持しようとするならば、臓器提供に関して本人の意思表示がない場合や、自己決定をなし得ない者の場合には、臓

器の摘出は不可能となる。そうしたケースにおいても遺族の承諾によって提供が可能とされるのは、「死体」の扱いに対する遺族の権利、「死体」の公共的側面、移植医療の公益性、功利性などが重視されているためであろう⁴¹。

広いオプト・アウト制は、遺族の権利と並んで死体の公共性、移植医療の公益性・功利性の重視によって説明されると言う。翻って前述の緩くかつ広いオプト・イン制で最重要視されているのは遺族の権利である。心停止死に至った身体からは遺族の同意があれば腎臓・角膜を摘出できる、とした日本の現行法の規定に関して佐藤は、ドナー候補者の生前の意思は尊重されるべきだが、生前に意思表示しなかった者については「死者が自己決定権を行使することは不可能であり、「もはや権利主体が存在しない以上、その身体の扱いについての決定は遺族に委ねられる」という考え方を見ている(佐藤、2008, p.10, p.12)。オプト・イン制であれ、オプト・アウト制であれ、候補者の意思が生前に明確に表示されている場合は、その尊重・自律が重視される(ただしフランスの場合、ドナー候補者の同意意思は法的に保障されていないことは上で見た)。ドナー候補者の生前の意思が不明の場合、緩くかつ広いオプト・イン制では身体の扱いの権利主体が遺族へ移行する。広いオプト・アウト制でもドナー候補者の身体に関して遺族の権利が考慮されるが、その権限は限定的なものである。遺族の役割は代理決定ではなく、あくまでもドナー候補者の拒否意思の有無の推定に限定されている点において、ドナー候補者の身体の公共的側面も同時に強調されていると考えられる。先に見たとおり、フランスでは権利主体のドナー個人から遺族へのシフトが自律の侵害につながると見られているのに対し、日本では権利主体が変わることよりもその権限が公益との兼ね合いで軽減されるオプト・アウト制を批判する向きがある。これは、両国で懸案となっている〈自律〉概念の違いがあることを示唆しているように思われる。

年々増え続ける移植待機患者個人の効用と医療費削減による社会的利益という二つの功利主義的論拠が移植医療を正当化するために動員されているのを上で見たが、少数派であるドナー候補者の利益や権利は個々の制度や措置のレベルで考慮されている。個人的・社会的な効用が期待される移植医療の目的自体の正しさ、善さは規則功利主義的な枠組みにおいて確立されており、少数派であるドナー候補者の権利が考慮されるのは、その実現にあたって用いられる手段(国家拒否登録など)の選択においてである。

これまで意思表示方法の適切さに関する議論を見てきたが、その実施の役割を実質的に担う移植コーディネータの近親者応接の質やその養成のあり方も議論の対象となっている。

(イ) 移植コーディネータ養成

セミナーでは、コーディネータチームの存在意義はドナー候補者の生前の意思照会、次いで臓器分配、移植手術のオーガナイズといった物流的性格に限定されないこと(後述するが、むしろこの問題は医療従事者全ての問題と捉えなおす必要性が指摘されている)、移植医療の啓発活動ならびにドナー近親者の応接・支援がその第一の役割であることが確認された。コーディネータチームによるドナー近親者の応接の質向上は、道徳的・人道的義務であると同時に、移植数増加にも多大な影響を及ぼすと期待されている。

そこで注目されているのが、ヨーロッパにおける死体ドナーからの摘出数において突出するスペイン⁴²のコーディネータ養成プログラムである。同じ推定同意制を採るスペインとフランスだが、拒否数に大きな開きがある（スペインでは15%、フランスでは前述のように30%）。セミナーではバルセロナ大学の移植コーディネータ養成プロジェクト、Transplant Procurement Management (TPM)⁴³のプロジェクト・ディレクターMarty ManyalichがTPMの取り組みについて報告し、移植コーディネータ専門スタッフ養成の必要性を強調した。

身内の死に直面した遺族の、特に臓器提供に関わる決定に直面した遺族に接したフィールド経験から、フランスの医療人類学者 Claire Boileau が興味深い指摘をしている。「身体を傷めることは人格を損なうこと、不敬であり、その尊厳を傷つけることだと思う人もいれば、故人の臓器や組織を分けることは部分的・象徴的に故人を別の人々の中で生かし続けることと捉える人もいる」（Boileau, 2002, p.115）。つまり、全く逆の結論（臓器提供に同意するか否か）を支持する二つの対立する論拠（身体の破損は人格の破壊か、身体の分散によって人格は存在し続けるか）の狙いは、同じ一つの〈人格〉の擁護にあるというのだ。ただし、同じ一つの用語〈人格〉を用いているとはいえ、その内容は異なる。人格は身体の完全性（インテグリティ）と不可分か、それとも身体の部分にも宿るのか。

前者の人格観は例えば、多くの宗教の葬送儀礼に形を取って現れている。実際、多くの宗教では遺体の破損・損壊は敬遠されている。例えば火葬の忌避はキリスト教をはじめ多くの宗教で見られる。また長い間、ギリシア正教は臓器摘出を敬遠すると考えられてきたが、それは死をスピリチュアルな生へ生まれ変わることと捉えるギリシア正教では、死者の身体破損が禁じられているためである。またユダヤ教における亡骸の取り扱いにかんする三原則は、①遺骸を利用して利益を生むことの禁止、②遺骸を破損することの禁止、そして③遺骸はすみやかに埋葬することである。特に②と③の原則は臓器の摘出と移植にとって障害となる。とはいえ、上述の宗教はいずれもその公式見解では移植医療に賛成の立場を表明している。

後者の人格観は、身体の一部へ付与されがちな特別なステータスに見受けられる。このことは、人工臓器と臓器の比較を例にとると分かりやすい。

人工心臓は人工物だが、人の心臓は生きた臓器である。前者は、それを設計した技術者であれ、取り付けた外科医であれ、受け取った患者であれ、なんらかの人格に結びついているとはいえない。しかし後者は、その提供者の人格に結びついている（Mattei, 2000, p.782）。

ここでは身体は、たとえ部分に分解され、全体から分離されても単なる「もの」とは見なされていない。例えば「命のリレー」といった表現も、このような考え方に依拠していると思われる。

このような身体と人格の関係についての問いに限らず、臓器提供という選択肢の検討を通して人が直面するのは、人格とはなにか、人を（死者であれ生者であれ）ものとしてではなく人として扱うとはどういうことか、身体の一部を失うと人格は損なわれるか、受け取った臓器は誰のものか、またそれによって生かされている私は誰か、などの哲学的問

いである。これらの問いに直面した、というよりむしろ、以後つねに直面し続ける遺族やレシピエント患者、生体ドナーにどう寄り添うか。各人の宗教的、個人的信条を尊重し、各人のアイデンティティーに適ったサービスを提供すること、またさまざまな問いに直面するドナーやレシピエント、そしてその家族に適切に対応すること、これらの課題に応じていくことのできるよう訓練を受けたコーディネータの必要性がフランスでも認識されはじめている。

以上、ドナー候補者の意思確認方法やドナー家族のケアに関する議論を見てきたが、その狙いはドナー候補者数と実際のドナー数との隔たりを縮めることであった。摘出拒否に加えて、医学的理由（ドナーの年齢、既往症、臓器の保存状態などの質的要因）から移植に不適と判断されるドナー候補者も除けば、実際にドナーとなるのは候補者のうちの半数に絞られる（例えば 2007 年フランスで脳死ドナー候補として特定されたのは 3147 名、そのうち実際に臓器摘出が施術されたのは 1562 名だった）⁴⁴。このように、脳死ドナーは極めて希少な存在である。そのため、全ての待機患者に臓器が行き渡るわけではない。そこで、提供された臓器は最大限公正な仕方でも分配されねばならない。しかし現状では、臓器摘出・移植数の施設間格差、地域間格差の存在が問題視されている。そこで、コーディネータなど移植に直接携わる者のみならず、関係医療施設に属する全ての医療従事者の意識改革の必要性が指摘されている。

（ウ）分配の格差是正

フランスで臓器摘出が許可されている医療施設のうち ⁴⁵、およそ 10 施設では全く臓器摘出が行われていないという。このように施設によって摘出数に格差 ⁴⁶ があることがレシピエントの機会平等の観点から問題視されている。解決策としては、移植関連スタッフに限らず、関連施設で働く全ての医療従事者にさらなる自覚を促すため、摘出数の少ない施設ではペナルティを課すなどの措置が検討されている。また、全ての医療従事者の意識改革と潜在的ドナー候補者の可視化の関連性を強調した〈ドナー・アクション〉プログラム ⁴⁷ のニース大学病院（CHU de Nice）での成果報告 ⁴⁸ が注目を集めた。

施設間だけでなく、地域間でも摘出件数に格差が存在する。移植待機患者の数も地域毎に差があることから、深刻な臓器不足に直面する地域もあれば、自足していて現状以上の努力の必要性が認識されていない地域もある。こうして、ある特定の地域に居住するがゆえに臓器がまわってこないという「不条理」な状況が出現しうる。このような事態は保健医療サービスを平等に享受する権利の尊重に抵触するのではないかと危ぶまれており、間地域的規模での臓器の公正な分配に関する考察が求められていることが明らかにされた。この話題に関してセミナーでは、多国籍（ドイツ、オーストリア、スロベニア、そしてベネルクス三国）にまたがって活動を展開する移植コーディネータ機関ユーロトランスプラント（本拠地オランダ）⁴⁹ に関する報告があった。

（エ）マージナル・ドナー

臓器摘出の可能なコンディションでの死は希少であるのに加えて、その全てのケースについて臓器提供への推定同意が得られるわけではないこと、また全ての脳死者が臓器摘出に適しているのではないこと、従ってその希少さゆえに摘出臓器の公正分配の問題が立ち上がることを見てきた。慢性的臓器不足という現状を受け、また医療テクノロジーの進歩に後押しされる形で、臓器摘出にあたって求められる臓器の質の基準緩和が検討され

ている。つまり、これまでは使用対象外とみなされていた臓器の使用も、臓器不足・医療の進歩という文脈に鑑みて正当化しようとする動きが見られる。

すでに見たとおり、2007年、フランスでドナー候補者として特定された脳死者（3147名）のうち、実際に臓器摘出が施術されたのは1562名（全ドナー候補の50.3%）だった。臓器摘出されなかった49.7%のドナー候補者のうち、27.9%は拒否意思のため、残りの21.8%はドナーの病歴や医学的障害、臓器の輸送時の問題のため摘出されなかった。また、摘出された臓器が全て移植されるわけではない。例えば心臓に関しては、摘出されたが移植されなかった心臓は5.9%⁵⁰だった。移植されなかった理由は、摘出中に心臓が停止した場合や、摘出した臓器の質に問題があった場合である。2005年から、B型肝炎ウィルスやC型肝炎ウィルス、ならびに梅毒の既往歴を持つドナー候補者からの腎臓、肝臓、心臓、肺の摘出が、特定の条件⁵¹を満たせば法的に可能となった⁵²。これらのドナーは一般に「マージナル・ドナー（または Expanded criteria donor, フランス語では *donneur à risques* や *donneur limite*）」と呼ばれる。従来はドナー対象外だった高齢のドナー候補者もこのカテゴリーに含まれ、高齢ドナーからの摘出・移植数は年々増加傾向にある⁵³。マージナル・ドナーからの移植の予後は従来のドナーからの移植の予後に比べると必ずしも良いとはいえないが、慢性的臓器不足という文脈において正当化されると見なされている。

（オ）心停止ドナー

臓器不足問題の深刻化をうけて、上述の通り、脳死ドナー候補者から提供された臓器の有効活用が目指されている。とはいえ、そこに「臓器不足＝脳死者不足」という認識は、少なくともセミナーの総括文には読み取れない。むしろ、フランスでは従来の脳死ドナーの活用は限界に近づいたという認識があり、そこからマージナル・ドナーという選択肢も出てきたと言える。さらに、これまでフランスではドナー候補対象外だった心停止ドナーからの臓器摘出も検討されるようになってきた。

心停止ドナー（Non-heart-beating donor/*Donneur à coeur arrêté*、以下 NHBD）はマーストリヒト分類で国際的に4種類にカテゴライズされている。以下にそれぞれのタイプの NHBD の特徴を簡潔に記す⁵⁴。

- 病院搬送時にすでに心停止状態のドナー。心停止から30分以内に適切な措置が施されたのでないなら、この種のドナーからの臓器摘出はできない（マーストリヒト分類Ⅰ）。
- 心臓マッサージや人工呼吸器による処置を施せる環境で救急隊がすぐに蘇生にあたったにもかかわらず、血行力学的回復に至らなかった場合（マーストリヒト分類Ⅱ）。
- 予後不良のため延命治療の停止が決断されるに至った場合（マーストリヒト分類Ⅲ）。
- 脳死判定を受けて死亡宣告がなされた後、スタッフが移植準備している間に不可逆的な心停止状態に至った場合（マーストリヒト分類Ⅳ）。

フランスで NHBD からの臓器摘出・移植（腎臓・肝臓に限り）が法的に可能となったのは 2005 年である⁵⁵。政令（Décret） N°2005-949 によって新たに保健医療法典に付け加わった条項 R.1232-4-2 をうけ、先端医療庁が NHBD からの臓器摘出・移植条件を規定したプロトコルを作成し、2007 年 4 月に公表した⁵⁶。法律上では NHBD からは腎臓・肝臓に限り移植できることになっているが、先端医療庁はその試験的性格のため現状での NHBD からの移植は腎臓に限定することをプロトコルで規定している。また、NHBD からの臓器摘出・移植の倫理的問題を検討するワーキング・グループが 2007 年 11 月にパリ病院・公共医療センター（Assistance publique-Hôpitaux de Paris, AP-HP）内の倫理機関 Espace éthique/AP-HP 内に立ち上げられた⁵⁷。

セミナーではマーストリヒト分類Ⅲの NHBD からの移植も実施されているイギリスの事例が紹介された⁵⁸ が、フランスでは現在のところ、このカテゴリーのドナーからの臓器摘出・移植は許可されていない。その理由は、医師 Christian Cabrol が国立医学アカデミーに提出した報告（Cabrol、2007）によると、「治療中止」の決定と「臓器提供の意思」の混同を避けるためという。これは、終末期医療と移植医療という二つの文脈の交錯による混乱回避と言い換えられよう。したがってフランスで現在、試験的に腎臓の摘出・移植が実施されているのはマーストリヒト分類Ⅰ、ⅡおよびⅣに該当する NHBD に限られる。

レシピエントのリスクを考慮し、プロトコルでは NHBD を 18 歳以上 55 歳未満に限定する規定を設けている⁵⁹。レシピエントに関しても、60 歳未満で最初の腎移植であること、という条件が定められている。医療関係者はレシピエント候補者に対し、NHBD からの移植に伴うリスクのインフォームド・コンセントを得る義務を負う。

NHBD やその家族に関する倫理的考慮としては、どのようなものがあるだろうか。上述の四つの NHBD は、管理 NHBD（Controlled、マーストリヒト分類ⅢとⅣ）と非管理 NHBD（Uncontrolled、マーストリヒト分類ⅠとⅡ）に区別される。管理 NHBD の場合、家族あるいは遺族の承諾がすでにあるため、心停止に先立って移植に必要な処置（臓器保存のための投薬、カニューレクション）を始めることができる（倉持、2005、p.27-28）。しかし非管理 NHBD については、例えばドナー候補者の近親者との応接のタイミング（臓器保存の処置をする前か後か）の問題が喚起され、議論が進められている。

臓器提供がある場合に限って脳死が法的に死と認められる日本の現行法の下では、脳死状態からの摘出と心停止死してからの摘出の要件が異なること、その差異はドナー候補者の状態（脳死か、心停止か）如何で臓器提供に関する決定の権利主体が違ってくることによることをすでに見た。佐藤（2008、p.10）は、脳死ドナーの身体を生体と見なして「死の自己決定」を要求する現行法の理念を明らかにしている。したがって提供意思が不明なまま脳死状態に至った者は、「自己決定の主体とみなせない生体」と見なされる。本人以外の決定に基づく生体からの臓器摘出は認められないため、この場合の摘出はされないのである。翻って、法的死が脳死であるフランスにおいて、NHBD は死者か生者か。NHBD を死者と見なし、脳死者と同様の扱いをするべきか。脳死状態を経て心停止に至ったカテゴリーⅣの NHBD は文句なく死者（法的に）と言えるが、他の三つのカテゴリーの NHBD に関してはどうか。先端医療庁の作成した NHBD プロトコルに関する既出の報告文において Christian Cabrol 医師は NHBD の試験的实施に至った経緯を次のように

説明している。「臓器資源を増やすため、先端医療庁は、諸外国（ベルギー、オランダ、イギリス、日本、スペイン）の経験に依拠しつつ、持続的な心停止状態を経て脳死に至った者でも臓器ドナーになれると考えた。これは現在のところ（訳者注：2007年3月当時）フランスではそうではないが。心停止に先立つものであれ後続するものであれ、唯一の死は脳死であることを強調しておきたい」（Cabrol, 2007）。ここから、心停止状態にあるものの脳死判定を受けていないものも NHBD に含まれるといえるだろうか。それとも、心停止を経て脳死に至った時点で初めて NHBD と言えるのだろうか。その際、脳死判定はするのかどうか。前述の NHBD のケースにおける近親者の応接と臓器保存処置のタイミングの問題は、心停止状態の患者のステイタスに関する議論を重ねる必要があることを示唆するものではないだろうか。

2) 生体ドナー移植の促進戦略

すでに見てきたように、ドナー候補者＝脳死者は希少である。そこで医療従事者の連携により脳死ドナーから摘出された臓器を最大限に活用するとともに、これまでは移植に不適とされてきたマージナル・ドナーの活用や、NHBD からの臓器摘出も検討されるようになってきた。さらに、死体ドナー以外からの供給促進もあわせて検討されるようになってきた。以下では生体ドナーからの移植促進の戦略について見る。

臓器摘出手術に伴って生体ドナーが負うリスクは、現在のフランスでは（腎移植に関する限りでは）極めて低いとされている⁶⁰。また生体ドナー移植のレシピエントにとっての臨床的利点は、移植後の臓器の半減期（*la demi-vie*）の長さだという。腎臓の半減期は生体ドナーからだ約20年、死体ドナーからだ13年であることから、臨床的には生体ドナーからの移植の優越性が認められてきているという⁶¹。そこでフランスでも生体移植の促進が奨励され始めている。その際、生体からの臓器提供を増やすための努力が求められる一方で、生体ドナーの保護の問題が大きな課題となる。そのために、どのような法的措置がとられているのだろうか。

2004年の生命倫理法の改定により、生体ドナー候補者の幅が広がった。1994年の生命倫理法では第一親等ならびに祖父母、孫を除く二親等までの親族（配偶者は緊急の場合のみ）だけがドナーとして認められていた。2004年の法改定により、緊急でなくとも配偶者はドナーとして認められるようになった。また二親等以内の親族やおじ・おば・いとこ、さらにレシピエント候補者と二年以上の同居歴がある者なら生物学的な親族関係になくてもドナー候補と認められるようになった。ただし、ドナーは成人（フランスの場合18歳以上）でなければならない。

ドナーの範囲が広げられると同時に、2004年の法改定ではドナー保護のための措置も講じられた。まず、ドナーが摘出手術の意図やリスクをよく理解した上で決断を下したかどうかを生体ドナー専門家委員会（*comité d'experts donneurs vivants*）が確認しなければならない（保健医療法典L1231-1、生体ドナー専門委員会に関してはL1231-3も参照）。またドナー候補者は、その同意意思を大審裁判所（日本の地裁に相当）で表明しなければならない。大審裁判所ではドナーになんらかの圧力がかかっていないか確認する（同L1231-1）。フランス生命倫理法の人体の扱いに関する一般原則、すなわち「同意原則」、「無償原則」、「匿名の原則」（西村、2001）のうち、生体ドナー専門委員会は「同意原

則」の尊重を保障する。大審裁判所での確認の規定は、「匿名の原則」のあてはまらない親族間での生体間移植において、（本来なら「匿名の原則」が保障するはずの）心理的・財政的圧力の回避し「無償原則」の保障を目指すものと理解できる。

以上の措置にもかかわらず、フランスにおける生体ドナーからの移植率は現在のところ極めて低い。2008年の生体ドナーからの移植数は222件だったが、それは腎移植総数の7.5%に過ぎない。ヨーロッパの近隣諸国と比べると、同年イギリスでは914件、オランダでは411件の生体ドナー腎移植が行われたという⁶²。生体ドナーからの移植数を増やすため、現在検討されているのが交換移植（cross-donor system、dons croisés）の導入である。ヨーロッパで交換移植を禁止しているのは、現在（セミナー開催時）のところフランスとポルトガルのみだという。日本移植学会がサイト上で公開している生体ドナー交換腎移植に関する倫理指針によると、交換腎移植とは「ドナー・レシピエント間のABO式血液型不適合、リンパ球クロスマッチ陽性、HLAの完全不適合などが存在する場合に、ドナーを交換することによってこれらの問題を解決して相互の移植を実現することを目的としている」⁶³。二組の生体移植の実現を可能にする交換移植の臓器不足問題への（功利主義的観点からの）貢献は明らかである。にもかかわらず、生体ドナーを親族や二年以上の同居者に限定する現行法では交換移植は認められていない。そこで、交換移植実施のための法整備が進んでいない現状に関して疑問の声が上がっている。このような課題提起を受け、セミナーではオランダの腎臓病専門医 Willem Weimar が、親族以外のレシピエントの生体ドナーとなれる交換移植や善意ドナー（Good samaritan donor）の自国での実施状況を紹介した。

しかしドナーの範囲を広げることのデメリットに関する懸念も根強い。とりわけ、親族以外の生体ドナー許容がレシピエントとドナーの間での金銭授受や市場モデルの導入を促すことにより、現在の移植関連法を貫く原則の一つ「臓器の無償」原則の崩壊につながるのではないかと危惧されている。パリ郊外アビセヌヌ病院の麻酔医で1999年から2007年までフランス国家倫理諮問委員会（Comité consultatif national d'éthique）のメンバーも勤めた Sadek Beloucif はその報告において、生体ドナー移植の普及に伴って国家の主導権のもと、生体ドナーの選抜、報奨および事後検診を管理する市場モデル導入を望む声が高まる可能性に言及し、その倫理的限界を指摘した⁶⁴。具体的には総括文では臓器提供に関する現行の方針を支える利他主義や連帯（solidarité）といった理念への抵触が示唆されている⁶⁵。

おわりに

生命倫理法改定を目前に控えたフランスにおける臓器不足問題の理解枠組みを確認し、そこで講じられつつある対策とそれが含意する倫理問題を見てきた。日本では臓器提供のある場合のみ脳死が法的死とされるという経緯から、生体としての脳死者＝ドナー候補者の生存権や自律＝自己決定権という義務論的根拠から移植医療それ自体の正当性を疑問視する流れがあるように思われる。他方、脳死が法的死であり、ドナーの大半が脳死者であるフランスでは、臨床的・社会的効用の期待される移植医療は国家の優先事項（une priorité nationale）に指定されており（保健医療法典 L1231-1A）、また2009年の国家

的大義 (Grande Cause nationale) にも選ばれた⁶⁶。これは死者の身体を権利主体のいなくなった公共財とする認識に支えられていた。しかし近年ではフランスにおいても生体移植が奨励されるようになってきた。生体ドナーを始め、NHBD など新しいタイプのドナーの保護について主題的に議論する必要性が出てきた。

生体ドナーや NHBD はその社会的・道徳的ステータスの議論を要請するが、特に NHBD は死の定義についても改めて議論する機会を提供すると見られる。死の定義についての議論が活発な日本と比べて、脳死が法的死であるフランスでは表立って死の定義が問い直されることはほとんどない⁶⁷。NHBD の試験的实施にともなってフランスで浮上した NHBD のステータスや死の定義の問題において、NHBD において先進国である日本⁶⁸の視点は、フランスの議論を深める上で貴重な貢献となると思われる。また逆に、日本でも NHBD の概念を明確化するうえでフランスの議論を参考にできるのではないか。

推定同意制 (オプト・アウト制) は、臓器提供に関してオプト・イン制を採る日本からすると縁遠い話に思える。しかし、2009年7月に改正臓器移植法が成立したことにより、日本でも脳死判定に関してはある種の推定同意制への移行が決定した (改正法案第六条第三項)。すなわち、本人による臓器提供の意思表示がある場合またはその意思が不明の場合、脳死判定を拒否する意思表示がなく、さらに家族の拒否もないか (本人の臓器提供意思表示がある場合) 家族が脳死判定を行う旨を書面で承諾するなら (本人の臓器提供意思表示が不明の場合)、脳死判定を行うことができる⁶⁹。推定同意制を批判する向きは個人の自律侵害や、個人に対する集団の優越を非難する。しかし、オプト・アウト制は必ずしも個人の自律を侵害するものではないことを本稿で見てきた。肝要なのは、公共の福祉を目指して作成された法において、個人の自律・自由を保護する措置をいかに組み込み、その周知を徹底させるか、であり、これはオプト・アウト制の採用によってフランスが直面し続けてきた、そして日本もこれからは熟考を余儀なくされる課題であるといえる。

移植コーディネータに求められる役割、技量はなにか、という問題提起は、日本でもこれからますます重要になってくると思われる。フランスでは公正・正義を実現する分配 (医学的検査の手配、移植チームとの連絡、臓器の運搬) の調整とともに、死の文化のスペシャリストが求められていることがセミナーで強調された。とりわけ、多様な宗教・死の文化が並存する移民社会フランスにおけるこの取り組みの動向を追うことは、日本にとっても参考になると思われる。

最後に、生体移植の実施に関しても日本とフランスの比較は興味深いと思われる。総移植数に占める生体移植の割合が国際的にも高い日本では、生体移植は法的規制の対象ではなく、日本移植学会の倫理指針⁷⁰に、つまり医療従事者の職業倫理の采配に委ねられている (例えば日本移植学会の定める倫理指針によって生体ドナーは「6親等内の血族、配偶者と親等内の姻族」に限定されている。とはいえ、交換腎移植を含む非血縁者間の移植は全面的に禁止というわけではなく、当該医療機関の倫理委員会の承認や日本移植学会への意見請求の後に当該医療機関の責任の下に決定を下すのが望ましいとの見解を日本移植学会はサイト上で表明している⁷¹)。翻ってフランスでは、生体ドナーの範囲は保健医療法典の一部をなす生命倫理法で規制されており、現状では交換腎移植は法に抵触する。両者の動向を追い、その倫理的観点からの長所、短所や問題をリストアップすることは、今後の移植医療の規制のあり方を議論していく上で参考になるだろうと思われる。

〈参考文献〉（下記 URL については 2010 年 1 月時点で確認）

引用文献は、本文中に作者名と出版年、頁数を併記し挿入することで示す。

【文献】

絵野沢伸 2007: 「米国の移植臓器調達のシステム形態と経済的基盤」、*Organ Biology*, 14(2):163-171,2007[国立生育医療センター研究所、マンスリーレポート、2007年8月]
[http://www.nch.go.jp/MONTHREPT/bunken/enosawa2_14\(2\)07.pdf#search='絵野沢NHBD'](http://www.nch.go.jp/MONTHREPT/bunken/enosawa2_14(2)07.pdf#search='絵野沢NHBD')

倉持武 2005: 「『デッド・ドナー・ルール』再考」、『医療・生命と倫理・社会』第4号、2005年3月、26-29頁。

<http://www.med.osaka-u.ac.jp/pub/eth/OJ4/kuramochi.pdf>

佐藤英明 2008: 「臓器提供—生者と死者のはざま」、『中央学院大学人間・自然論叢』電子版第26号、2008年1月、3-34頁。<http://wwwlib.cgu.ac.jp/cguwww/06/index.html>

佐藤英明 2009: 「臓器移植における互惠性」、『中央学院大学人間・自然論叢』電子版第28号、2009年1月、3-26頁。<http://wwwlib.cgu.ac.jp/cguwww/06/28/028-01.pdf>

西村高宏 2001: 「倫理原則を備えた法的な規制の試み—フランスにおける生命倫理法についてのノート—[改訂版]」、『医療・生命と倫理・社会』オンライン版、Vol.1, No.1, 2001。
<http://www.med.osaka-u.ac.jp/pub/eth/OJ1-1/nishimura.html>

Denis Berthiau 2005, « Prélèvement d'organes », パリ第五大学医事法学マルチメディア資料センターサイト (2005年3月8日アップロード)。

<http://www.droit.univ-paris5.fr/cddm/modules.php?name=News&file=article&sid=71>

Claire Boileau 2002: *Dans le dédale du don d'organes : Le cheminement de l'ethnologue*, Éditions des archives contemporaines, 2002.

Christian Cabrol 2007: « Prélèvements d'organes sur donneur à cœur arrêté », Rapport au nom du groupe de travail sur les transplantations d'organes, *Bulletin de l'Académie nationale de médecine*, 2007-03, vol.191, n°3, pp.633-638.

Sophie Chauveau 2009: « L'épreuve du vivant : santé publique et marché en France depuis les années 1970 », *Le mouvement social*, octobre-décembre 2009, numéro 229; La Découverte, pp.79-101.

Valérie Gateau 2009: Pour une philosophie du don d'organes. Librairie philosophique J. VRIN, 2009

Jean-François Mattei 2000: « Conclusion. La greffe éthique ou le don de prométhée », *La greffe humaine, (In)certitudes éthiques : du don de soi à la tolérance de l'autre, Dialogue pluridisciplinaire sur « La greffe, le don et la société »*, (sous la direction de Robert Carvais et Marilynne Sasportes), 2000, PUF, pp.771-788.

Sir Peter Morris 2003: *Regard éthique : les transplantations. Éditions du Conseil de l'Europe. 2003.*

Anne-Marie Moulin 2000: « Postface ». *La greffe humaine. (In)certitudes éthiques : du don de soi à la tolérance de l'autre. Dialogue pluridisciplinaire sur « La greffe, le don et la société »*, (sous la direction de Robert Carvais et Marilynne Sasportes), 2000,

PUF. pp.749-763.

【資料・報告書】

Conditions à respecter pour réaliser des prélèvements de reins sur des donneurs à cœur arrêté dans un établissement de santé autorisé aux prélèvements d'organes. Agence de la Biomédecine. Avril 2007.

<http://www.espace-ethique.org/fr/documents/transplantations/DVprotocole%20V12%20avril%202007.pdf>

Programme. Séminaire La diversité des stratégies de lutte contre la pénurie d'organes en Europe. Questions organisationnelles et éthiques.

http://www.diplomatie.gouv.fr/fr/IMG/pdf/Prog_Web_fr_don_organes_30_.pdf

Rapport final. États généraux de la bioéthique. Rapporteur général : Alain Graf, http://www.etatsgenerauxdelabioethique.fr/uploads/rapport_final.pdf

Synthèse. Séminaire La diversité des stratégies de lutte contre la pénurie d'organes en Europe. Questions organisationnelles et éthiques.

http://www.diplomatie.gouv.fr/fr/IMG/pdf/Don_d_Organes_synthese_19-06.pdf

〈注〉

¹ フランスで採用されている推定同意制については本論 2 で詳しく見る。ここで簡単に説明すると、推定同意制 (*presumed consent/consentement présumé*) の下では、明示的な拒否の意思表示がない場合は全ての国民が潜在的に臓器提供に同意するとみなされる。これは英語圏では *Opt out* 制とも呼ばれる。対照的に日本の現行法 (1997 年法) の下では、ドナーになるには同意の意思表示を書面で提示することが求められている (*informed or explicit consent*)。これは英語圏では *Opt in* 制とも呼ばれる。

² 日本移植学会の発行する『臓器移植ファクトブック 2007』によると、2007 年の日本国内における腎移植総数 1136 件のうち、生体腎移植は 939 件で全体の 82.7% を占めた。

(http://www.asas.or.jp/jst/factbook/2007/fact06_03.html)

同年フランスにおける腎移植総数 2911 件のうち、生体腎移植は 235 件だった。

(http://www.agence-biomedecine.fr/annexes/bilan2007/pdf/I_2.pdf) もちろん、総人口数や脳死ドナー数など、各国の事情が絡んでくるため、これらの数字のみを単純に比較することはできない。

³ 総括文の執筆を担当したのは「生命倫理および企業の社会的責任」担当官 Michel Doucin と UPMC のパートナー・リソース部長で先端医療庁の方針評議会 (Conseil d'orientation) メンバーでもある Yvanie Caillé の二名である。資料はセミナーの終了日である 2009 年 5 月 6 日に、総括として閉会式で生命倫理全国総会の運営委員長 Jean Leonetti、EU の Groupe Europeen d'Ethique de la Presidence の事務局長を務める Maurizio Salvi、ならびに先端医療庁長官 Emmanuelle Prada-Bordenave ら三名の臨席のもと提示された。

⁴ 先端医療庁 (Agence de la Biomédecine) は 2004 年の生命倫理法改定により新設された保健・スポーツ省管轄の公共行政機関。移植医療、生殖医療、発生学、遺伝子医療の領域を専門に、以下の業務に携わる。①規制やガイドラインの作成・適用 (施行)、②関連分野の諸活動の指導、評価、管理、そして③臨床医や研究プロトコルの認可。

⁵ 「Etats généraux」は歴史用語では貴族、聖職者、平民を召集した臨時議会を指し、「全国三部会」と訳される。通常の用法では「réunion plénière (総会、全体会議)」の意で用いられる。(参照: 『Trésor de la Langue Française Informatisé』

<http://atilf.atilf.fr/tlfi.htm>) 生命倫理全国国民会議の詳細や評価については櫛島・小門の報告「生命倫理を社会全体の議論にするために - フランス「全国国民会議」調査から考える -」(東京財団、2009 年、9 月 3 日更新) 参照。

<http://www.tkfd.or.jp/research/news.php?id=482>

6 フランス生命倫理法は 1994 年に制定され、2004 年に第一回目の改定が行われた。フランス生命倫理法の特徴や第一回改定の争点については西村 (2001) を参照した。

7 Jean Leonetti は現役の循環器学専門医で Alpes-Maritimes 県選出の国民議会議員。生命医療倫理の問題に強い関心を持ち、緩和医療や終末期医療について規定した「患者の権利及び生の終末に関する 2005 年 4 月 22 日の法律第 2005-370 号」(2005 年に成立、通称「レオネッティ法」) の成立に尽力した。

8 <http://www.etatsgenerauxdelabioethique.fr/> 生命倫理全国総会が閉会した現在 (2009 年 9 月末) でも議論に用いられた各種資料や全国国民会議の最終報告書を閲覧できる。

9 三つの市民フォーラムがフランスの地方都市 (マルセイユ、レンヌ、ストラスブール) で開催された。マルセイユの市民フォーラムのテーマは「幹細胞と胚、出生前診断、着床前診断」(2009 年 6 月 9 日)、レンヌは「生殖補助医療」(2009 年 6 月 9 日)、ストラスブールは「移植医療、遺伝子診断」(2009 年 6 月 16 日) だった。

10 2010 年 1 月現在。

11 総括文。

12 フランス外務省のサイトによると、個々の報告を集めたセミナーの記録集 (*Les actes intégraux*) の発行は現在準備中である。

13 「Pénurie」という概念は 1980 年代に台頭してきたが、その適切性に関しては議論されている。(Chauveau, 2009; p.82, p.94)

14 *Le Trésor de la langue française informatisée* (<http://atilf.atilf.fr/tlf.htm>)

15 *Dictionnaire de l'Académie française* (1762、第四版) では「生活必需品の不足 (disette)、極端な貧困 (pauvreté)」という用法が記録されている。18 世紀フランスのイエズス会教師 Jean-François Féraud は同じ定義を再録した上で「フランス語において『disette』や『Pauvreté』ほどよく使われるものではないが、これらよりも (『pénurie』のほうが) 効果的 (énergique) である場合に用いられる」とコメントを付け加えている (*Dictionnaire critique de la langue française*. Marseille, Mossy, 1787-1788, 3 vol.)。

18 世紀と比べて現代ではその使用はより一般化されているかもしれないが、この用語は今なおなんらかの修辭的效果をもつと思われる。

16 総括文。ちなみに、2000 年に実施された総移植数は 3212 件、2008 年は 4620 件だった。<http://www.dondorganes.fr/Les-chiffres-cles.html>

17 生命倫理会議 (日本の臓器移植法改定の内容や手続きに提言すべく生命倫理学者が結成した団体) 2009 年 5 月 12 日に公表した『臓器移植法改定に関する緊急声明』の第六段落では「日本でも移植適応の拡張型心筋症の乳幼児へのペースメーカー治療が始まっている。政府・国会は本来、臓器移植を待つ患者のためにはそのような代替医療の援助にこそ尽力」すべき、と言われてしている。セミナーの総括文では言及されていないが、フランスでも人工心臓などの研究・開発が日進月歩である。しかし移植医療の代替治療法というよりは補完的治療法という位置づけである。最近の例では、心臓外科医 Alain Carpentier を中心に患者の身体に埋め込み可能な人工心臓の研究・開発が進められているが、Carpentier 医師のベンチャー企業 CARMAT SAS のサイト上でも、人工心臓は臓器不足のため臓器を得られない患者や移植適応外の患者を意図した移植医療の補完的存在と位置づけられている。(http://www.carmatsas.com/?page_id=79) ヨーロッパで初めて心移植手術を手がけたフランス人医師 C.Cabrol も、人工心臓の使用を移植医療の補完と位置づけている。

(<http://www.francesoir.fr/enquete/2008/10/28/c-ur-artificiel-pr-christian-cabrol-une-belle-reussite.html>) また先端医療庁も 2008 年 8 月 4 日に同様の見解をサイト上で表明している。(<http://www.dondorganes.fr/Recherche-et-perspectives.html>) ちなみに先端医療庁のサイトによると、心臓以外の肝臓、肺、すい臓などの人口代替物の研究・開発も進められているが、まだ途上段階にあるという。つまり人工臓器の使用を推奨する議論は、現段階での人工臓器は移植医療を完全に代替するものとは言えないので、現実的根拠に乏

しいと思われる。

18 腎移植待機登録中の患者と移植を受けたレシピエントの長期生存率を比較して移植患者の生存率の高さを示した論文には以下のものがある。Robert A. Wolfe et al., « Comparison of Mortality in All Patients on Dialysis, Patients on Dialysis Awaiting Transplantation, and Recipients of a First Cadaveric Transplant », *The New England Journal of Medicine*. Vol.341, n°23, december 2, 1999. pp.1725-1730.

19 とはいえ、移植が成功した場合でも、レシピエント患者は移植後は一生免疫抑制剤の投与や定期検診を余儀なくされる。

(<http://www.dondorganes.fr/La-vie-avec-une-greffe.htm>) また、移植臓器の質によって経過予後も違って来るだろう。

20 以上、移植医療の臨床的効果については Michèle Kessler の報告がもとになっている。

21 Christian Jacquelinet の報告。

22 <http://www.dondorganes.fr/-La-greffe-hier-aujourd-hui-et-.html>

23 *Rapport final. États généraux de la bioéthique* (Rapporteur général : Alain Graf). p.47.

24 異なる種の動物間での臓器摘出・移植。人間への臓器提供動物としてブタが注目されている。

25 報告者は Gilles Blancho。

26 例えば、2007年の総移植数 4666 件（うち腎移植は 2911 件）のうち、生体ドナーからの移植件数は 253 件（腎臓は 235 件）である。

http://www.agence-biomedecine.fr/annexes/bilan2007/pdf/I_2.pdf [Tableau G 4]

27 先端医療庁サイトの 2007 年の全腎移植数における死体腎移植・生体腎移植の割合を各国別に表示したグラフを参照。

http://www.agence-biomedecine.fr/annexes/bilan2008/organes/6_greffe_renale/fr8.htm

28 2007 年の心停止ドナー数は 39 名、心停止ドナーからの移植数は 42 件だった。

http://www.agence-biomedecine.fr/annexes/bilan2007/pdf/I_1_synth.pdf 心停止ドナーからの臓器摘出・移植の促進戦略については本章後半部で詳しく見る。

29 2008 年、ドナー候補と特定された脳死者のうち 30%が臓器摘出を拒否したが、そのうちわけは候補者本人の生前の拒否によるものが 4 割、遺族による拒否が 6 割だった。

<http://www.dondorganes.fr/-La-greffe-hier-aujourd-hui-et-.html>

30 La loi du 22 décembre 1976。当該法の原文（複製）は以下のサイトでダウンロードできる。

http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=AEB592BBA338AE20E802172AA2D3455F.tpdjo17v_3?cidTexte=JORFTEXT000000699407&categorieLien=id

31 総括文ではセミナー報告者の Elisabeth Lepresle の見解とされている。

32 <http://www.ledonlagreffeetmoi.com/>

33 <http://www.ledonlagreffeetmoi.com/Les-regles-et-le-controle.html>

34 http://www.dondorganes.fr/_pdf/ABM-DON-GUIDE-2008.pdf

35 <http://www.ledonlagreffeetmoi.com/Je-veux-etre-donneur.html#p2>

36 2004 年の生命倫理法改定以来、故人の意思を照会する対象の表記が家族 (famille) から近親者 (proches) に変わった。これによって、例えば婚姻関係にないカップルでも拒否意思の有無確認ができる

37 強調は原文。注の挿入は引用者による。

<http://www.ledonlagreffeetmoi.com/Les-regles-et-le-controle.html>

38 先端医療庁の資料を見ると近親者による拒否率はドナー候補者による拒否率よりも高い。

http://www.agence-biomedecine.fr/annexes/bilan2007/pdf/I_1_tabfig_2.pdf[Figure P21]

39 2009 年 6 月 15 日付『ルモンド』紙。同様の懸念は生命倫理全国国民会議の地方フォーラム（於：ストラスブール）でも表明されている (cf. *Rapport final*. pp.46-47)。

40 例えば、〈オプト・イン〉制から〈オプト・アウト〉制への移行が検討されているイ

ギリスの調査レポートではこの区別を「厳格 (Hard) / 緩い (Soft)」としている (2008 年 11 月掲載記事)。

http://www.uktransplant.org.uk/ukt/newsroom/statements_and_stances/statements/opt_in_or_out.jsp しかし本論の流れではこれをむしろ「せまい/広い」とした。

⁴¹ 佐藤、2008、p.14。

⁴² http://www.agence-biomedecine.fr/annexes/bilan2007/pdf/I_1.pdf [Figure P.4]

⁴³ <http://www.tpm.org>

⁴⁴ http://www.agence-biomedecine.fr/annexes/bilan2007/pdf/I_1.pdf [Figure P1]。2007 年のデータでは、ドナー候補者として特定された脳死患者のうち、臓器摘出されたのが 50.3%、摘出に至らなかったのが 49.7%だった。摘出に至らなかった理由のうちわけは、拒否が 27.9%、医学的・その他の理由が 21.8%だった [同上、Figure P5]。

⁴⁵ 脳死ドナーからの臓器摘出が許可されている医療施設の総数は 168 施設である。

http://www.agence-biomedecine.fr/annexes/bilan2007/pdf/I_1.pdf の 16 頁参照。

⁴⁶ 施設間の臓器提供数格差については以下にも資料がある。

http://www.agence-biomedecine.fr/annexes/bilan2007/pdf/I_1_synth.pdf

⁴⁷ <http://www.donoraction.org/> フランスでは先端医療庁が統率している。

<http://www.agence-biomedecine.fr/professionnels/donor-action.html>

⁴⁸ 報告者は Patrick Jambou。

⁴⁹ 報告者は Axel Rahmel。ユーロトランスプラントに関しては以下のサイト参照。

<http://www.eurotransplant.nl/>

⁵⁰ 2007 年の心臓の総摘出数は 393 件、そのうち摘出されたが移植されなかったのは 23 件。

⁵¹ レシピエントの状態 (抗体の有無など) やインフォームド・コンセントが得られていることなど。

⁵² 先端医療庁「2008 年度移植医療活動報告書(Bilan des activités de prélèvement et de greffe en France 2008)」、19 頁。ただし、先端医療庁の報告書によるとこの措置は 2005 年 12 月 23 日の政令 (Décret) によるとあるが、「2005 年 12 月 21 日の政令」が正しいように思われる。本文中に記載の病気への感染リスクを伴う心臓・肝臓・肺・骨髄の移植は、生命の危機に関わる緊急事態に限り、1997 年より容認されていた。2005 年の政令 (Décret) により「生命の危機に関わる緊急事態に限る」という限定が見直され、(生命の危機に関わるとみなされていなかった) 腎臓の移植も可能になった。一部の B 型・C 型肝炎ウイルスマーカーが陽性のドナーからの臓器摘出・移植に関する規定については下記のフランス厚生・保健製品安全庁 (AFSSAPS) のガイドラインも参照。

http://www.afssaps.fr/var/afssaps_site/storage/original/application/a67ca84ea220df67a7a88a53ba2fdbc9.pdf

⁵³ 1996 年から 2008 年にかけて、ドナー数の推移をその年代別に示したグラフは以下を参照。http://www.agence-biomedecine.fr/annexes/bilan2008/pdf/I_1.pdf [P18, Figure P3]。

⁵⁴ マーストリヒト分類については先端医療庁のプロトコル (注 51 参照) 中の記述および絵野沢 (2007) による記述を参考にした。

⁵⁵ Décret N°2005-949 du 2 août 2005。この政令 (Décret) 原文については以下のサイト参照。

http://legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=5B3F94830D5C49925299E3D1F9D87332.tpdjo09v_3?cidTexte=JORFTEXT000000449123&dateTexte=20090707 NHBD からの摘出臓器を腎臓と肝臓に限定した法令 (Arrêté du 2 août) 原文については以下のサイト参照。

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?dateTexte=&categorieLien=id&cidTexte=JORFTEXT000000808226&fastPos=1&fastReqId=785097451&oldAction=rechExpTexteJorf>

⁵⁶ プロトコルの正式名称は「*Conditions à respecter pour réaliser des prélèvements de reins sur des donneurs à cœur arrêté dans un établissement de santé autorisé aux*

prélèvements d'organes」(本稿の参考文献参照)。国立医学アカデミーによる当該プロトコルの報告書については本論参考文献の Cabrol(2007)を参照。報告書の筆者 C. Cabrol も国立医学アカデミー (Académie nationale de la médecine) 代表としてセミナーに臨席した。

⁵⁷ <http://www.espace-ethique.org/fr/transplantations.php> NHBD からの移植における倫理的問題のリストやグループ活動の議事録をダウンロードできる。

⁵⁸ Eric Chemla の報告。マーストリヒト分類Ⅲにあたる NHBD に関しては、フランスでは導入は見送られている。このカテゴリーのドナーに関しては倫理的問題が倉持 (2005) でも指摘されている。

⁵⁹ *Conditions à respecter pour réaliser des prélèvements de reins sur des donneurs à cœur arrêté dans un établissement de santé autorisé aux prélèvements d'organes*, p.6.

⁶⁰ 世界では 3000 人に 1 人の死亡率だが、ABM によるとフランスにおける該当例の報告はないという。ただし、フランスにおける生体移植の実施数自体が低いことも考慮にいれるべきだろう。また、生体ドナーの負う「リスク」の低さを説得する論拠として死亡率のみを挙げるのは不十分であるように思われる。また、上記は腎移植に限った話であって、肺や肝臓については先端医療庁は消極的な立場を表明している。

<http://www.ledonlagreffeetmoi.com/Donner-un-organe-de-son-vivant.html>

⁶¹ 先端医療庁のサイトに移植腎の生存率をドナーの種類別に示した資料がある。

http://www.agence-biomedecine.fr/annexes/bilan2008/organes/6_greffe_renale/fr13.htm

⁶² 先端医療庁のサイトで 腎移植総数における死体／生体の割合が表になっている。

http://www.agence-biomedecine.fr/annexes/bilan2008/organes/6_greffe_renale/fr8.htm

⁶³ 日本移植学会は交換腎移植をあくまでも個別事例のレベルにとどめ、その実践に関する決定は各施設の倫理審査に委ねるとし、社会的システムによる推奨を奨励しないことを表明している。日本移植学会ウェブサイト上の資料『ドナー交換腎移植に関する見解』参照。<http://www.asas.or.jp/jst/news/news007.html>

⁶⁴ Sadel Beloucif の報告。

⁶⁵ また、臓器を商売 (commerce) の対象としてだけでなく交換 (échanges) の対象として扱うことも禁止し、無償の提供だけを許容するカトリックの見解に抵触するため、臓器の取引の実現に向けては宗教的な障害も懸念される。移植医療の条件に関するカトリックの見解としては第 264 代ローマ教皇ヨハネ＝パウロ二世が 2000 年に第十八回国際移植学会で行った演説を参考にした。

http://www.vatican.va/holy_father/john_paul_ii/speeches/2000/jul-sep/documents/hf_jp-ii_spe_20000829_transplants_fr.html

臓器の報償の是非をめぐるフランスのアクチュアルな議論を哲学的視点から論じた著作に、生体肝移植の関係者に社会学的手法を用いて調査を実施した博士論文をベースにまとめた Gateau(2009)がある。

⁶⁶ 国家的大義は総理大臣が毎年指定する。指定のテーマでキャンペーンを実施する非営利団体は、公共放送 (テレビ・ラジオ) で声明の無料放送を申請できる。

<http://www.gouvernement.fr/premier-ministre/grande-cause-nationale-2009-don-d-organes-de-sang-de-plaquettes-et-de-moelle-osseus>

⁶⁷ とはいえ、死の定義に関する議論が全くないわけではない。例えば哲学者の Moulin (2000, p.761) は日本の状況を参照しつつ、フランスの死の定義の歴史的・文化的性格を指摘している。

⁶⁸ 日本の臓器提供意思表示カードを見ると、心停止後の提供 (腎臓、膵臓) という選択肢があり、また献腎移植のほとんどが心停止ドナーからの提供による、という日本移植学会ファクトブックの記述 (日本移植学会ファクトブック 2008、14 頁) に依拠して、日本を「NHBD における先進国」と表現した。実際、臓器提供意思表示カードの「心停止後の提供」はマーストリヒト分類Ⅳに該当すると思われる。他の分類に関して、例えばⅠやⅡ、Ⅲのタイプのドナーからの摘出も日本で行われているのかどうかは筆者は把握できていない。

- 69 <http://www.mhlw.go.jp/seisaku/2010/01/01.html> (平成 22 年 1 月 18 日アップロード)
- 70 http://www.asas.or.jp/jst/news_top.html
- 71 日本移植学会「ドナー交換腎移植に関する見解」
<http://www.asas.or.jp/jst/news/news007.html>