

# 白いブラックボックス

—— 臓器移植のリスク管理

小林 和之

『マルチ・リーガル・カルチャー』(晃洋書房・1998)

## トピック1

### 白いブラックボックス

：臓器移植のリスク管理

#### はじめに

1997年6月17日、第140回国会において「臓器移植に関する法律」(以下、臓器移植法)が成立した。脳死からの臓器移植については従来から盛んに議論されてきたところであるが、法律家の議論は、問題の性質を把握していない、現実から遊離した観念的論議に終始しがちであった。ここでは、臓器移植を医療全体のなかで位置づけるという視点のもとに、臓器移植の、問題としての性質を明らかにし、よりよい医療を実現するための展望を開くことを試みる。ただし、脳死が人の死か否かという問題については、本書第2章で取り上げているので、ここでは脳死が人の死でありうることを前提とする。

#### 1 医療というブラックボックス

「医学」は日本文化の所産である。日本でいう医学に相当することばは外国語には見られないようだ。たとえば、英語の medicine, ドイツ語の Medizin は日本語の医学とはまったくことなる概念である。それらのなかには、医学と不可分のものとして「医療」という実践的要素が含まれている。

問題は、たんに英独の概念の方が包括的であるということだけではない。英独にも、大学の学部として「医学部」と訳される学部がある。しかし、そこで教えられているものの捉え方が日本とは大きくことなる。日本では医学が自然科学であると捉えられているのに対し、英独などでは、社会科学として、あるいはさらに広く文化や政治の

一部として捉えられているのである。このことを端的に示しているのが、図書分類法である。日本図書十進分類表（NDC）では、医学を自然科学の一部として分類しているが、世界標準のUDCにおいては、工学や農学と並んで応用科学・技術学に分類している。

自然科学として医学を位置づけたうえで、医療をその応用であるとする見方は、いわゆる研究至上主義を生んだ。倫理や社会的要請は医学の視野の外に置かれがちになった。これは、自分の意見を明確に表明しない、上下関係に敏感であるなどの国民性と相まって日本の医療のあり方に大きく影を落としている。

その状況が集約的に表現されているのが脳死と臓器移植の問題だといえる。そして、その臓器移植の問題を集約的に表現しているのが、いわゆる和田移植である。和田移植は、1968年に実施された日本の臓器移植第一号であるが、問題の構造はいまなお変わっていない。和田移植は、二重の殺人であるとの疑惑がもたれた事件である。すなわち、心臓移植を受ける必要のない患者に対して、生きており回復しつつある患者の心臓を摘出して移植したため、本来なら（少なくとも当分は）死なずにすんだふたりの患者の生命が奪われたのではないか、ということが強く疑われた。ところが、疑惑は疑惑のまままで終わることになった。検察は和田教授を容疑不十分により不起訴処分とした。理由は、心臓摘出時において患者が確実に生きていたことを立証するに足る証拠がないことなどである。

この事件は、真に二重の殺人であったか否かはともかくとして、かりに二重の殺人であったとしても立証がきわめて困難であることを示すものであった。医師が故意に患者を死にいたらしめたとしてもその立証が非常に難しいのは、以下の理由による。まず、実行行為が病院の手術室という密室のなかでおこなわれるので、外部に秘密が漏れにくい。つぎに、医師は複数の患者を担当しているため、逮捕して身柄を拘束することが難しい。そのため、関係者が口裏を合わせることを防ぐことはほぼ不可能である。現場保存もやりにくい。さらに、専門的な領域であるために証拠の採集・評価が難しい。

この事件はまた、日本の医の倫理の現状を考えさせるものでもあった。和田教授が殺人の罪で起訴されなかったということと、医の倫理の観点から見て問題がなかったということは別の話のはずである。和田教授の供述には事実と食い違うものが多かつ

た。重大な証拠である、レシピエントの心臓はなかなか提出されなかった。ようやく提出された心臓には細工の跡があった。また、レシピエントの主治医であった心臓内科医の所見では、移植適応ではなかったにもかかわらず主治医に連絡せずに移植をおこなった。ところが、このような行為に対して、日本の医学界はなんら対応措置をとらなかった。なお、脳死臨調の会合において、事件の鑑定をおこなった医師は、医の倫理に反する行為がおこなわれた可能性が大きいとのべている。

和田教授自身と、和田教授の行為を批判した医師のその後はきわめて対照的である。批判した医師は大学を去らねばならなかった。これに対して、和田教授はその後、現在も移植推進の急先鋒である東京女子医大に移り、そして和田寿郎記念心肺研究所の所長となった。現在は、心臓胸部外科学会会頭でもある。なお、氏は「民主主義という名の怯懦」と題された対談（『諸君！』1992年6月号）において、臓器移植が進まない原因は民主主義であるとして批判している。これは、医学界が社会の評価とはまったく別の尺度で動いているという例なのだろうか。たしかに、自然科学の観点からは、社会的な非難は無意味であり、医学を進歩させたか否かということのみが重要であるという評価はありうる。

われわれは和田移植から何を学ぶべきなのだろうか。医学界は患者を実験台としか考えない悪の巣窟ということなのだろうか。それとも、特異な例外として無視すべきなのだろうか。あるいは和田教授は患者の生命を救おうと全力を尽くした善意の人であり、「マスコミの犠牲者」なのだろうか。

臓器移植の問題を考えるにあたって、いずれが真実か、あるいはすべて真実でないかはそれほど重要ではない。重要なのは、いずれが真実かが決定できないということである。医療においては、もともと情報の非対称性という問題がつきまとう。患者は医師に対し、情報の量と評価能力において絶対的に不利な立場にある。これはどこの国でも同じことである。日本においては、力関係に敏感な国民性が事態をさらに悪化させているかもしれない。さらに、日本では医学という、患者の求めから独立した聖域が形作られている。医療者側の内部を見ても、日本人の国民性とされる「ウチーソト」意識が閉鎖性を強めている。医師のあいだの支配服従関係が強いために内部告発は難しい。医師とは別の立場で患者の利益を擁護しうるはずの看護婦の地位も、欧米に比べて低いといわれる。こうして、日本の医療は幾重にも囲われた白いブラックボ

ックスと化してしまっており、外部から内部を窺うことは非常に困難である。

臓器移植の問題を処理するためには、日本の医療の以上のような現状を踏まえておく必要がある。臓器移植は、独立した制度ではなく、医療の一部にすぎない。医療全体のなかで臓器移植を位置づける視点は、医療全体の適正を計る上でも非常に重要である。

## 2 不完全情報下の決定とリスク

臓器移植にかかわる意思決定が、不完全情報下での決定である点にも十分に注意する必要がある。完全情報のようなありえない事態を前提にしているようでは、現実の問題を処理する理論として失格である。臓器移植に関する適切なルールを策定するためには、臓器移植の意思決定をおこなう者が置かれている状況を把握しておく必要がある。

脳死からの臓器移植において決定権をもちうるものは、臓器提供者本人とその家族(国によってもう少し範囲が広い)である。不確定性は、臓器提供者の場合には非常に大きい。臓器提供者は、臓器が提供されるときには意思表示できない(もはや意思をもたないとされる)状態にある。臓器提供の意思表示は、脳死状態に陥る以前に、自分がどのような状況で脳死状態になるかがわからないままに表明されたものである。これに対し、臓器提供者の家族は、それよりはましな状況に置かれている。臓器提供者の現状についてはある程度のことは知ることができる。しかし、医療がブラックボックスであることは的確な情報把握の大きな障害である。医師から情報提供は受けられるにせよ、その情報が正確かどうかを家族が判断するのは、ほとんどの場合不可能である。

このような、情報が非常に限定された状況での選択においては、提供者と家族はつぎのようなリスクに直面することになる。すなわち、不測の事態の発生の可能性。提供者は、臓器提供の意思表示をしたときにはまったく予想しなかったような状況で脳死状態になるかもしれない。それは、その状況をあらかじめ知っていれば臓器移植を拒否するような状況かもしれない。さらに、誤診の可能性、脳死判定がおこなわれた

としても、それが間違いである可能性は残る。臓器移植以外の場合であれば、埋葬までに時間があるのでそのあいだに生存が確認される可能性があるが、臓器を移植されてしまうとそのことによって生命を失う。

以上は、臓器移植以外の場合にも共通する面のあるリスクであるが、臓器移植の場合にはさらにモラルリスクがともなう。すなわち、医師が故意に脳死状態でないものを脳死であると偽って告げる、あるいは回復可能な患者を脳死状態へと誘導する危険性がある。その動機についてはさまざまなものが考えられる。たとえば、医学の進歩のためや、自分の研究業績にするために、珍しい移植手術がしたい、また、移植手術によって収入が得られる。もしくは、免疫抑制剤を製造している製薬会社から研究費をもらっている義理がある。あるいは、純粋にレシピエントを助けたい。

## 3 リスクへの対応

以上のように、臓器提供者側が置かれている状況に即して具体的に考えると、心臓死や移植を前提としない脳死の場合と比べて大きなリスクが存在することがわかる。このリスクのみを考慮するならば、臓器移植はおこなうべきではないということになるかもしれない。厳格な意味では、臓器の提供は臓器提供者の利益にならないからだ。臓器提供者は、提供の時点において脳死状態のはずであり、いかなる利益をも享受できる立場にない。しかし、現実には臓器を提供しようとする人はいる。彼らが不合理な選択をしていると考える必要はない。他人の幸福を自らの利益と考えることは可能である。また、利益を臓器提供の時点だけではなく、長期的な視点で捉えることも可能である。臓器提供者が提供の意思表示をする時点においては、彼は移植を受ける立場になることもありうる。適正な臓器移植システムの構築と運営は、他者に対する配慮と共感の意思表示を可能にするものであり、社会的連帯を具体化するものであるということもできる。もちろん、そのような美名の下に人の善意が悪用され、不正が隠蔽される危険はあるにせよ、システムの設計と運用が正しくおこなわれれば、提供者にとっても利益になりうる。その際に重要なのは、上述のリスクにいかに対応するかである。

まず注意すべきは、臓器移植の前提としての脳死判定には、モラルリスクが存在することである。したがって、臓器移植をおこなう場合には、一般の脳死判定の場合以上に厳格な基準を設けておくことが合理的だといえる。

つぎに重要なのは、問題になっているのが生命に対するリスクだということである。このリスクの負担を選択できるのは、基本的に本人だけであるといつてよい。したがって、臓器提供を決定できるのは原則として本人だけであると考えられる。ただし、本人の意思の確認の手段についてはさまざまなものが考えられる。家族による証言もそのひとつであろう。その確認の手段について厳格な要求をすると、本人の意思の実現を制約することになってしまうことには留意する必要がある。厳格な要求をするにはそれなりの理由が必要であろう。そして、医療がブラックボックスであることがその理由になる。よく分からないものに対して重要なものを委ねるのは無謀というものだ。書面によるとするのはひとつのやり方であるが、書面ならなんでもよいというものではない。何年も前に出来合いのカードに丸をつけたようなものでは、本人が丸をつけたかどうか疑問が残る。その後意思が変化していることもありうる。有効期限を限定することが望ましい。生きながら臓器を摘出されるリスクを負う意思表示であるから、財産の処分との均衡を考えると、最低でも自筆証書遺言程度の厳格さは必要だろう。もっとも、臓器移植に必要な迅速さを考えると、検認をする機関は必ずしも裁判所でなくてよいかもしれない。

また、すでに述べたように、臓器提供の意思表示は、脳死状態になる以前におこなわれるのであり、提供者は脳死状態と判定されるときに状況についてまったく知りえない。このハンディキャップを補う存在として家族を考慮することができる。家族は、脳死者が受けている医療を担当している医療機関、医師について、若干のことは知ることができる。また、一応、患者の利益の代弁者として考えることができる。したがって、家族は臓器提供を拒否できるとすることが合理的である。脳死者が臓器提供の意思表示をした時点では知りえなかった事情によって、リスクが大きいと家族が判断する場合がありうるからだ。

家族が知っている具体的状況からして、臓器提供者が判断をすることがかりに可能であるとしたら、意思表示を撤回したであろうと考えられる場合には、家族が本人の意思を「付度」して臓器提供を拒否することが認められてよい。これは、家族

が提供者の意思の実現を補助する役割をになうことを意味する。ただし、本人の意思が不明の場合に家族が本人に代わって提供の意思表示をすることは認めるべきでない。本人のリスクを免れさせることはできても、本人にリスクを負わせる権利は家族にはない。家族はおおむね本人の利益の代弁者として考えてもよいとはいえ、絶対にそうだと前提することはできない。本人が家族から疎まれている可能性は否定できない。幸福な家族のみを想定することは、事実と反するだけでなく、不利な立場に置かれている者をさらに追いつめることになりかねない。

そして、医師が故意に脳死状態であると偽ったり、回復可能な患者を脳死状態へと誘導するモラルリスクに対しては、脳死判定者と移植実施者を分けることが有効な対策である。しかし、共同謀議を完全に防ぐことは不可能であり、完璧な対策はない。また、患者の組織適合に関する情報の保護が非常に重要になるだろう。たとえば、政財界の大物が移植を必要としたときに、なぜか決まってその大物と組織適合のある者が交通事故に遭って脳死状態に陥る、というような事態は望ましくない。

最後に、リスクの配分の公正についても配慮すべきである。移植医療についてのリスクは、万人に対して均等ではない。障害者団体に、「われわれに人間の尊厳はない」という強い言葉で医療と社会への不信を突きつけ、脳死からの臓器移植に反対しているところがあることは知っておくべきであろう。彼らは日々の暮らしのなかで、身をもってリスクを感じている。社会からの偏見と差別にさらされ、医師とのあいだの力関係の差は大きく、不当さを訴える手段もかぎられている。日本の医療の歴史において、患者の権利ははたして尊重されてきたであろうか。不幸にして、それと正反対である例は少なくはない。数々の薬害。エイズ訴訟はまだ記憶に新しいだろう。世界最大の薬害であるスモン事件のあとでそれは起こった。スモン訴訟のあとでも、また他の薬害訴訟のあとでも、薬害は二度と繰り返してはならないといわれたのだが。そして、1953年の成立以来、すでに治癒したハンセン病「患者」を強制的に隔離してきた「らい予防法」が廃止されたのは、ようやく1996年になってからである。自由に意思を表明できる健常者のみを念頭におき、提供の意思表示を厳格に考えないことは、事実上拒否できない弱者からの臓器の収奪につながりかねない。それを疑わせる事件はすでに起きている。臓器が弱者から強者に流れる傾向も見受けられる。

## むすびにかえて

日本の医療が白いブラックボックスであることは、臓器移植の問題処理においても重要である。結果が重大であり、過程について窺い知ることのできない領域に対しては、慎重に臨むことが合理的である。現在の日本の医療においては、「何をされるかわからない」、これは、語の慣用とはことなり、「ひどいことをされる」ことを推定するものではない。文字どおり、プロセスについて十分に知りえないということである。なお、医療の信頼性の問題と医師個人の信頼性とは別問題であることには注意すべきである。このふたつはしばしば（おそらくは意図的に）すりかえられる。個人として信頼に足り、尊敬すべき医師が多くいることを私は疑わない。同時に、一部とはいえ信頼できない医師が存在することもまたさまざまな事件が示している。そして、一番多いのは「ふつうの」医師であろう。

日本の医療において懸念されるのは、一部の信頼できない医師をチェックするシステムが整っていないことである。薬害エイズ事件においては、非加熱製剤の危険性を指摘する答申を出そうとする医師に対し、安部教授が「終生浮かべられないぞ」と恫喝した。その医師はこの件を公にして患者の安全を確保することをしなかったわけだが、それを非難できるであろうか。このような恫喝が通用してしまうところに問題がある。ある対談において、大学医学部の体質の古さを「相撲の世界か、大学医学界か」ということばで語った医師がいる。それに対し、医療裁判に関する著書においてある弁護士は、大相撲のほうがよほど近代的で、医学の世界ほど一人前の大人が他人の意思に支配される世界はない、と評している。もしそうだとすれば、普通の人の普通の善意が当たり前にかされるシステムを作り上げることが必要なのである。

臓器移植を適正におこなうためには、日本の医療が信頼できるものであることが示されねばならない。今すでに問題が克服されている可能性は否定しないが、少なくとも、それは外部にわかるかたちで示されてはいない。臓器移植は、それだけを見ると、ほとんどの者には直接かわりがない問題である。われわれのほとんどは、臓器を提供する側になることも提供される側になることもなく、生きそして死んでいく。しかし、臓器移植は、医療の問題を考えるよい手がかりになる。そして、臓器移植を適正

におこないうる医療システムを作り上げることは、われわれすべてにとって利益になるだろう。臓器移植を安心して託しうる医療こそ、健康と生命を預けるに足る医療である。臓器移植は白いブラックボックスへのトロイの木馬になりうる。われわれはまず、ブラックボックスを開けることから始めるべきだろう。それは、パンドラの箱を開けることになるかもしれない。だが、たとえそうだとしても、やってみる価値はある。さあ、パンドラの箱を開こう。災いではなく、希望を見いだすために。

(参考文献については本書第2章参照)

トピック1の最後につきの一文を追加いたします (p.71).

医学を自然科学に位置づけることが日本特有の現象であることについては、中川米造博士の『素顔の医者』（講談社）に全面的に依拠している。博士は本稿の構想中にお亡くなりになった。博士の研究に敬意と感謝の念を表するとともに、ご冥福をお祈りしたい。

