
種 別： 論説

タイトル： 病腎移植の法的・倫理的問題：ドナーの「拡大」か「再定義」か

著 者： 奥田 純一郎

所 収： 『上智法学論集』第 60 卷 3-4 合併号（平成 29 年 3 月）123-135 頁

発行元： 上智大学法学会

本頁は書誌情報頁です。適宜論文本文の前に付してご利用下さい。



上智大学法学会

論 説

病腎移植の法的・倫理的問題：ドナーの「拡大」か「再定義」か

奥田純一郎

- 一 はじめに
- 二 何が問題か？——移植医からの指摘——
- 三 検討
- 四 結語

一 はじめに

病腎移植とは「腎・尿路疾患のある第三者の患者から腎臓と尿管を摘出して、移植腎として利用すること」である⁽¹⁾。臓器移植には最も望ましいとされる死体ドナー（脳死・心臓死を問わない）からの提供が増加せず、加えて生体ドナーが近親者に限定されている現状で、需要に対して圧倒的に不足する供給を増加させる手段として考案されている（後述する国内の事例の他、諸外国にも実施例がある）。

2006年の宇和島徳洲会病院における臓器売買事件の調査において明らかになった病腎移植⁽²⁾は、本来の調査対象であった腎臓の売買に勝るとも劣らない衝撃を与えた。腎臓売買と病腎移植の両者に通底するの

-
- (1) 相川厚「病腎移植の問題」町野朔他編『移植医療のこれから』信山社（2011年）、87-104頁。
 - (2) 一連の経緯については、藤田みさお・児玉聡・赤林朗「病腎移植を実施する前に解決すべき三つの倫理的課題」日本医事新報4320号（2007年）107-111頁を参照の事。

は、移植による目覚ましい成果を目の当たりにしながらもその恩恵を受けられない患者と医師による、臓器移植の機会への切望である。とは言え、そのために手段を選ばないことが正当化される訳ではない。臓器売買は明らかに法律（臓器の移植に関する法律、以下臓器移植法）に違反している。一方病腎移植に関しては、法による規制はなされていない⁽³⁾。しかし下記二で検討するように医学的妥当性に疑問が呈されており（専門家間でも争いがある）、それに関連して・あるいは独立に、倫理的問題も指摘されている。

本稿では、病腎移植の正当性・倫理的許容性の有無を検討する。結論を先に述べるならば、病腎移植の正当性を論ずる際に、死体（脳死・心臓死を問わない）移植を基準とすべきではない。むしろ病腎移植の問題性が突き付ける、死体移植を原則とする「移植医療の常識」の欺瞞性を直視し、移植が「医療」の名に値するものか・そもそも医療とは何であるか、という問題に遡るべきである。その結果導かれる結論は「死体移植なおもて許容さる、いわんや病腎移植をや」⁽⁴⁾である。即ち、移植機会の増加のためにドナーの「拡大」として例外的に病腎移植を認めるのではなく、そもそも移植の性質とは何かを再検討しドナーのあり方を「再定義」すべき、ということである。なお問題となる腎臓の疾患には、ネフローゼや腎動脈瘤などもあり得るが、ここでは主として腎臓がんの場合に焦点を当てて考察する。

以下、主に日本の移植医から指摘される問題点を拾い上げた上で（二何が問題か）、これらの問題点につき検討した上で（三 検討）、結論を述べる（四 結語）。

-
- (3) 厚生労働省は、一連の事件を受けて2007年7月に臓器移植法運用指針（ガイドライン）を改正したことにより、臨床研究としての実施以外を禁じた。このガイドラインによる規制を「法による規制」と呼べるかは、疑問である。
- (4) 親鸞『嘆異抄』の「善人なおもて往生を遂ぐ、いわんや悪人をや」の本歌取りであるが、一見逆説的に見える点でも、この結論は「本歌」である親鸞の言葉と平仄が合っている。参照、親鸞（金子大栄校注）『嘆異抄』（岩波文庫、1931年）45頁。

二 何が問題か？——移植医からの指摘——

移植医や腎移植に関わる学会から、上記の病腎移植に関し消極的な意見が示された⁽⁵⁾。その要点は以下の通りである。

1) 治療としても移植としても不適切である——腎臓摘出の手技の違い
がんの治療として、腎臓を丸ごと全て摘出（全摘）する場合はありうる。その場合はがんが腎臓外に転移することのないよう、血流を始めたする水分の循環を遮断するのが標準的な手術の技法である。しかしこうすると腎臓の鮮度が落ち機能が劣化してしまい、全摘した腎臓は移植に適さないものになってしまう。

他方、移植のために腎臓を全摘する場合は、腎臓の鮮度と機能を保つべく直前まで水分の循環を維持する必要がある。この場合、腎臓にできたがんが患者（でありかつドナー（腎臓提供者）、以下患者ドナー）の腎臓以外の体内に転移する危険性を高めてしまう。従ってがんの治療として意味をなさなくなってしまう。

(5) 日本移植学会、日本泌尿器学会、日本透析医学会、日本臨床移植腎学会が四学会の共同声明として2007年3月31日に発表した「病腎移植に関する学会声明」（その内容は、日本医事新報4330号（2007年）22頁参照）、小林公夫「病腎移植」の正当化と可能性」法律時報81巻2号（2009年）80-85頁、小久保亜早子「病腎移植をめぐる政治学」日本医事新報4508号（2010年）89-94頁、高橋公太「売腎移植と病腎移植」町野朔他編『移植医療のこれから』信山社（2011年）83-85頁、山本輝之「生体移植—刑法上の問題点の検討」成城法学82号（2013年）1-23頁及び相川前掲注(1)論文、藤田他前掲注(2)論文を特に参考とした。

なお本稿での検討においては、宇和島徳洲会病院等で行われた病腎移植において現実が生じた手続き上の問題点に関しては、直接には取り上げない。手続き上の問題点とは、例えば、文書によるICがきちんと保管されていないこと、倫理委員会に諮っていないこと、執刀医が患者ドナーとレシピエントの双方の主治医であり利益相反（民法第108条の言う双方代理）に該当すること、等である。本稿での考察は、手続き上の問題点をクリアできる仮想的な状況にあったとしても、なお残る問題点に対するものである。従って本稿は、上記病腎移植に関わる実際の当事者やそれに対し見解を表明した学会関係者を、弁護あるいは難詰するものではない。

即ち病腎移植は、手術の技法(手技)として、腎臓のがんの治療と移植の両方を同時に満たすことができない。一方を満たすならば他方は不完全なものとならざるを得ない。

2) 病巣を除去した腎臓(修復腎・レストア腎)の扱いが不適切である

病巣の除去が完全にはなされ得ない場合と、なされ得る場合に分けて考えられるが、いずれの場合においても問題を生じうる。

除去が不完全な場合、その腎臓を他人(レシピエント)に移植すれば、レシピエントに当該疾患を発症させかねない。これでは移植により健康を回復することを目的とする、移植医療の趣旨にそぐわない。

逆に除去が完全になされ得るならば、その腎臓は患者本人に戻すことが本来であり、全摘する必要は全くない。それにも関わらず患者が全摘を望み、ドナーとなることにつき説明を受けた上での同意、インフォームド・コンセント(Informed Consent、以下ICと略す)を与えたのだとすれば、それは誤った情報の提供(欺し)や脅しによって患者が誘導された可能性が大である(実際、宇和島の例では書面によるICが保存されておらず、この疑念が強く抱かれることとなった⁽⁶⁾)。

3) 前提としての「移植におけるドナー保護の最優先」「移植機会の公平性の担保」という命題に抵触する

移植医療においては「ドナーの保護が最優先である」と言われる。また「移植機会の公平性の担保」も強調される。そして実施においては、こうした命題が当然の前提である、として語られる。

移植には臓器が不可欠であり、ドナーの存在が全ての前提である。しかしドナーは、移植によって何ら利益(少なくとも、健康状態の改善という純粋に医学的な面でのそれ)を得ることのない存在である。だからこそ最低限、ドナーには「臓器を得るためにドナーが殺されてはならない」

(6) 藤田他前掲注(2)論文及び大島伸一「病腎移植の何が問題なのか——「二つの医療」と医師集団の責任」日本医事新報4324号(2007年)106-114頁など、この疑念が示されている文献は少なくない。

という保護が必要で、これを要求する倫理的・法的規則（デッド・ドナー・ルール（Dead Donor Rule）、以下 DDR と略す）が存在する⁽⁷⁾。DDR を徹底するならば、ドナーの生死に関わる臓器（端的には心臓）を摘出することは許されない。また提供される臓器の数も増加しない。

しかし DDR を維持しつつ、この隘路を抜け出す方法がある。それが死の定義の変更である。脳死を人の死とすることにより、臓器としての心臓が機能している状態で摘出しても DDR に違反せず、患者たるレシピエントに移植することが可能になった。また肝臓などの移植の成功率も提供数も増加させることを可能にした。それでも臓器提供が不足している現況では、DDR を厳守する死体移植ではまかない切れず、生体移植にも頼らざるを得ない。そのため移植の効用への期待と倫理的躊躇（ドナーに対して感じる、負い目や後ろめたさ）との板ばさみの産物として、移植に関して「死体ドナーからの移植（死体移植）が原則であり、生体ドナーからの移植（生体移植）は例外的である」という命題が生まれた。移植ツーリズムを禁じる 2008 年の国際移植学会のイスタンブール宣言⁽⁸⁾も同様な視点から、死体移植が原則でありその普及を各国で図る事、生体移植は例外的であり止むを得ずこれに頼る場合はレシピエントと同様に生体ドナーの事後的ケアに留意する事を義務付けている。

また「移植機会の公平性」に関しても、病腎移植はこれを潜脱するものとして懸念が示されている。上記の、死体移植が原則であるとの「通説的見解」は、摘出された臓器を、医薬品や医療機器と同様、提供される機会が全てのレシピエントに公平に配分されるべきことを強調する⁽⁹⁾。このことは臓器移植法第 2 条の第 3 項及び第 4 項にも抽象的に

(7) 児玉聡「デッド・ドナー・ルールの倫理的検討」日本生命倫理学会編『生命倫理』vol. 17no. 1 (2007 年) によれば、近時のドナー拡大の趨勢の中、DDR を撤廃する動きさえ存在するという。

(8) 正式名称は「臓器取引と移植ツーリズムに関するイスタンブール宣言」、日本移植学会の Web サイト上に訳文がある。http://www.asas.or.jp/jst/pdf/istanblu_summit200806.pdf

「基本的理念」として示されている。また具体的には、臓器移植法第12条～17条の2上の「臓器あっせん機関」である日本臓器移植ネットワークが、日本全国のレシピエント候補者（待機患者）の病状・適合性等に配慮して優先順位を定め、その作成した待機リストに従ってレシピエントを決定して移植を行っている。またこの優先順位決定に影響を及ぼさないため、ドナーは匿名化され、ドナーがレシピエントを指名したり特定の範疇の人を指定・排除したりすることは認められない（ドナー匿名原則）。ある論者はこの待機リストを「日本全体で決めたからこそ、公平性が確保されている」「聖なるルール」と表現している⁽¹⁰⁾。この点に照らして考えると、病腎移植を含む生体移植は、全国規模での公平性を担保する待機リストを抜け駆けするものと看做される。また生体移植に関してもガイドラインにより、レシピエントを原則として近親者に限定して例外的に許容している⁽¹¹⁾。

以上を前提に考えるならば、病腎移植は1)及び2)の技術的問題を抱えているだけでなく、ドナーの保護に欠け、公平性を損なうという倫理的問題をも有するものである。従って移植医療として許容できない。移植医や関連学会はこのように主張している。

以下の「三 検討」ではこの主張の妥当性を検討することにより、病腎移植の許容性を論じ私見を述べることとする。

-
- (9) 大島前掲注(6)論文によれば、日本移植学会は「ベスト・オープン・フェア」という基本方針を掲げ「その時代における最高の医療を、臓器の提供から移植に至るまでの全過程と手続とを国民や社会に公開して行う。そして、提供された臓器は、それを必要としている患者に公平に配分されるよう、社会のルールに従って行う」ことを、国民・社会に誓約した、とされる。この公平性への執着は、いわゆる和田移植が移植への国民の不信を招いたことへの深い反省に基づく、と多くの移植医も強調する。しかし後述するよう、これは倫理的配慮の力点を置き間違えた議論である。
- (10) 小久保前掲注(5)論文。
- (11) 病腎移植問題が取り上げられた後、2009年の臓器移植法の改正により第6条の2が新設され、死体移植についてもレシピエントを近親者に限定したドナーからの指名が可能になった。この改正は、臓器提供の拡大を企図した反面、公平性の観点からは後退した、として批判される。

三 検討

上記の移植医側から見た病腎移植反対論は、日本において通説的な地位を占めている。しかしそれは妥当なもの・理に適ったものと言えるであろうか？ 2で述べた1)～3)の順で検討してみよう。

1) がん治療と腎臓移植は手技上両立不可能か？

筆者は医学における素人であり、専門的な正確さは欠けている。しかしながら、筆者が参加している病腎移植の法的諸問題に関する研究会⁽¹²⁾の質疑応答において、以下の手技の可能性を移植医に質問した。

腎臓全摘に先立って、がん治療と同様に血流を遮断する。同時に患者ドナーの体外から腎臓にカテーテルを挿入し輸液を循環させ、鮮度を維持する。その後腎臓全摘術を行い、レシピエントに移植する。こうすれば、患者ドナーの体内で腎臓以外にがん細胞が転移することを防ぎ、がん治療としての目的を全うしうる。同時に全摘後も腎臓は鮮度と機能を維持して移植に適した状態にできるのではないか。

これに対する移植医の回答は「理論上不可能ではないが、コストその他の面で非現実的である」との事であった。

だとすれば、手技上不可能という訳ではない。確かにコストの問題は無視できないが、そもそも何と比較してコスト過剰という結論なのか。ドナーへの配慮が全く不要な死体移植との比較であるとすればコストが高騰するのは当然である。しかし死体移植を原則とすること自体に疑義がある（これについては、下記3)で述べる）ことからすれば、この議論は疑問である。また病腎移植でない生体移植との比較であれば確かに説

(12) 平成26～28年度日本学術振興会科学研究費補助金（基盤研究（B））「病腎移植に関する刑事法上の諸問題の総合的検討」（研究代表者：城下裕二北海道大学教授）による研究会である。本文中の回答は、研究会メンバーである湯沢賢治（（独）国立病院機構水戸医療センター臓器移植外科医長）による。

得的であるが、そもそも移植医療自体が高コストである事に鑑みれば、絶対的に排除されるべき選択肢とまでは言えない。

2) 修復腎は、患者ドナーに戻すべきか？

上記2の2)の場合分けに従って、検討する。

除去が不完全にしかなされ得ない場合、患者ドナーにとっては自身の体内(腎臓以外)にがんが転移する危険を減少させるため、腎臓全摘は合理的な治療であり得る。問題は修復腎が移植されたレシピエントの体内にがんが転移する危険性があることである。しかし従来、家族性アミロイドーシス患者の肝臓をドミノ移植することは、許容される生体移植とされていた⁽¹³⁾。だとすれば病腎移植も状況は同じである。レシピエントのインフォームド・コンセント(IC)がこの危険性を含めて真摯になされているものであれば、同様に許容され得ると思われる。

除去が完全になされ得る場合、レシピエントに関しては通常の(病腎ではない腎臓の)生体移植と同様であり、合理的な治療であり得る。問題は患者ドナーにとっては腎臓全摘の必要性が無く、修復腎を患者ドナーの体内に戻す方が合理的に見えることである。実際、宇和島等での病腎移植に関しては、この点の患者ドナーのICが十分であったことが証明されず、不必要な腎臓全摘が必要であるかのように「詐欺や脅し」があった可能性が指摘されている。しかしこの点も、患者ドナーのICが十分であれば問題はない。純粋に医学的な見地からは合理性に疑問あり

(13) この手法は、家族性アミロイドーシス患者の(病原たるアミロイドを異常産出する)肝臓を健康な肝臓に置き換え、その際に摘出した肝臓をより重篤な肝不全患者に移植するものである。アミロイドが体内に蓄積して発病するまでには時間がかかるため、肝不全患者の一時的な治療方法(将来的には、より健康な肝臓に置き換えることを目指す)として考案された。前掲注(10)での研究会が主催した国際ワークショップ「病腎移植をめぐる法的諸問題——ドナーの拡大はどこまで可能か——」(2016年12月11日・北海道大学東京オフィス)での質疑応答において、日本において既に52例実施されていることが湯沢(前掲注(12))より指摘された。しかし同時に、肝臓は移植を実施しなければ肝不全患者は死が切迫する状況であるのに対し腎不全であっても死はそこまで切迫しないので、前者への瑕疵ある臓器の移植を緊急避難として認めることはあり得ても後者にはそれが当てはまらない、という意見が付された。

としても、修復の不十分さや再発を恐れる患者の心理は全く不合理とまでは言えない（それは、がんの予防的切除⁽¹⁴⁾とパラレルに捉えうる）。

一層の問題は、宇和島徳洲会病院等の調査において「詐欺や脅し」の可能性が指摘されたことである。これは当事者たる医師の個人的な傾向性の問題ではなく、むしろ、移植医療の本質にかかわる問題点（ドナーとレシピエントのゼロサムゲームの不可避性）を指摘している。詳しくは3)で後述する。

3) 「移植医療」の前提としての「通説的見解」は正当か？

更なる問題は、移植医療の常識、いわゆる「通説的見解」とされているものに立脚している。移植にはドナーという存在が不可欠であるが、そのドナーは身体的には害のみを与えられ利益を得ない存在である。このドナーという存在には移植当事者たちは負い目を感じざるを得ない。だからこそDDRが主張され、その反対解釈としてドナーが死者＝人としての倫理的配慮をしなくてもよい存在である死体移植が原則であり、生体移植は例外としてのみ許容される、との通説的見解が主張される。また通説的見解は「移植機会の公平性」という視点からも、病腎移植がこれを潜脱するものとして批判する。

しかしこのことは、移植がドナーとレシピエントの間のゼロサムゲームであることを理解しているからこそ、その問題を解決せずに解消する道を選んだ結果である。その道の欺瞞性を暴いたのが、まさに病腎移植という問題である。1) や2) で示されたのは、患者ドナーとレシピエントの双方にとって利益になることは非常に困難である、という事である。だからこそ通説的見解は「患者ドナーの保護」「移植機会の公平性の保護」を口実に病腎移植に対し消極的になっている。

(14) 近年でこの問題が注目されたのは、著名な女優アンジェリーナ・ジョリーが乳がんの予防として、その時点では何ら病変のない乳房を切除したとの報道による。その当否をめぐっては論争が巻き起こったが、そのこと自体、日本の病腎移植をめぐるアカデミズム（特に医学界）の議論状況のように否定はほぼ一色ではないことを示している。

だが実際は逆である。患者ドナーを配慮しないことの究極が、ドナーを死体とする死体移植である。そもそも移植は「医療」と言えるか。その問いの前提たる「医療の目的は何か」という問いに答えることは難しい。しかし「病気や怪我による機能損失を治療することで、患者のかけがえのなさを守り、その生を全うさせること」との答えは概ね共有されよう⁽¹⁵⁾。ならばDDRは、その本来の意図である「ドナーとなることによって、ドナー本人が死んではならない」という原点に立ち戻って考えられるべきである。それは上記の「医療の目的」に適合し、さらに言えば各人のかけがえのない生を保障し「何人も、他の誰かを救うための犠牲とされてはならない」とする「基本的人権の尊重」とも整合する。だからこそ、医療の目的は法のそれと同一の方向を向いていると言え、医療をして法において特別な役割を承認される存在たらしめ得る。

通説的見解の採るDDRの「反対解釈」は、字面のみ踏襲してその実質を潜脱する「悪しき法解釈」の好例である。死体移植とはドナーを医療から放逐すること、より直截な言い方をするならば「死体を作ること・かけがえのない「ヒト」からかけがえのある「モノ」にすること」の上に成り立っている。このことはドナー匿名原則や、「かけがえのなさ」の生物学的象徴である免疫の抑制を必要とすることからも傍証される⁽¹⁶⁾。だとすれば倫理的に問われるべきは、病腎移植以上に死体移植を原則としている移植医療そのもの、より正確に言えばそれを支える「通説的見解」である。しばしば通説的見解を維持したままで移植機会を拡大すべく「ドナーの拡大」が諸々論じられ、病腎移植もその文脈上

(15) この点につき詳しくは、拙稿「医療に対して法はどう向き合うか？」岩瀬徹他編『刑事法・医事法の新たな展開(下巻)』信山社、2014年、5-21頁。

(16) 多田富雄『免疫の意味論』青土社、1993年。またこの見地から、許容されるのは生体移植のみであり、死体移植は少なくとも法によって保護するに値する医療とは言えないとする主張として、拙稿「生体移植と死体移植」町野朔他編『移植医療のこれから』信山社、2011年。これは本稿では扱わなかった売腎移植(臓器売買)問題を主として念頭に置いた考察である。

に取り上げられる。しかし本来問題となるべきはドナーの「拡大」ではなく、従来真剣に問われてこなかったドナーの「定義の再検討」である。

また移植機会の公平性についても、その美名とは裏腹に実は移植という技術の持つ問題性を無視し糊塗している、と言える。既に述べたように、この命題は提供される臓器を、希少だが「かけがえのある」匿名の医薬品・医療機器と同様に考えることを前提とする。即ちドナーの「かけがえのなさ」への配慮を捨象して初めて成り立つ命題である。確かに（病腎移植ではない）生体移植においても死体移植と同等の「公平性」を担保すべく、ドナー匿名原則を貫こうとする実践はアメリカで行われている⁽¹⁷⁾。しかしドナー保護を本気で考えるならば、上述の通り死体移植を原則とする通説の見解こそ誤りである。移植にはドナーが欠かせず、そのドナーの自己決定・自律に基づく提供意思によって初めて臓器の提供が正当化される。そして、ドナーにとっては「誰に」提供するかは、「提供するか否か」の判断を左右する重要な考慮要素であり得る。このことに注目するのであれば、提供先の指定も含めて「ドナーの自己決定」である。即ち移植目的での摘出であれば、身体から切り離されてなお、臓器は匿名化されることになじまない。しかるに、公平性の美名のもとにこれを封じるのであれば、そもそもドナーの提供意思を真摯に捉えていない。いやむしろ、本来匿名的な存在である医薬品・医療機器と同列に扱うことこそ、臓器及びそれを提供するドナーへの軽視である、とさえ言えよう。こう考える時、「移植機会の公平性」という言葉は、むしろ移植というものの本質を見失ったものと言える⁽¹⁸⁾。

(17) 藤田他前掲注(2)論文によると、アメリカでは「提供先指定のない生体移植」(Non-Directed Living Donation : NDLD)と呼ばれ、1990年代末から行われているという。その臓器配分の基準は全米臓器配分ネットワーク (United Network for Organ sharing : UNOS) と同じ基準を用い、待機リストを作成している。

(18) ただしこの点については、病腎移植に携わった医師たちも「捨てた臓器」「不要になった腎臓の再利用」との言動を繰り返しており、彼らがドナーへの配慮に欠ける点で、

こう考えるならば、通説的見解の与える移植の倫理面での不等式、

死体移植 > (通常の) 生体移植 / 病腎移植は絶対的に禁止

は疑わしい。

確かに通常の生体移植であれば、腎臓全摘において移植のみに配慮した手技を採り得る。また患者ドナー自身の腎臓疾患による切迫した状況にはないことから、ICにのみ重点を置きうる。これに対し病腎移植においては、腎臓全摘における手技につき、移植のみならず患者ドナー自身の疾患の治療にも配慮しなくてはならない。ICについても、疾患原因の完全な除去ができるか否か・できる場合は腎臓を患者の体内に戻すのが原則である(即ち、ドナーとなる必要はない)ことの十分な説明が必要である。そのため病腎移植は手技やICにおいて通常の生体移植よりも慎重であることを求められる。しかしドナーを死体化すること・「死体を作る」ことの上に成り立つ死体移植よりも、ドナーを死体としない病腎移植の方がまだドナーに配慮していることは疑いない。だとすれば不等式は以下のように書き換えられるべきである。

(通常の) 生体移植 > 病腎移植 / 死体移植は絶対的に禁止

しかしながら、現在の日本の臓器移植法は死体移植を認めている。このことについての立法的な評価はさて置く。その上で言えることは「死体移植なほもて許容さる、まして病腎移植をや」であろう。

通説的見解に立つ批判者と実は同じ穴のムジナであることを露呈している。

四 結語

病腎移植が突きつけた問題は結局、移植医療の本質とは何か、ということである。特にこの問題はドナーとレシピエントがゼロサムの関係に立つことを明るみにし、レシピエントの移植による回復という光の故に見落としていたドナーという影に正面から向き合うことの必要性を浮き彫りにした、と言って良い。ここでなすべきは、DDRの本旨である「ドナーとなることで死に至ってはならない」を「何人も、誰かを救うための犠牲とされてはならない、各人の生のかけがえのなさを否定してはならない」と正しく理解することである。それは上記の「医療の目的」であり、基本的人権の尊重と言い換えれば法の目的でもある。従って問うべきは「ドナーの拡大」ではなく「ドナーの再定義」である。死体移植を原則とした通説的見解は、このことを見失って移植の光の面のみを追ったがため、かえって影を色濃くし光が褪せて見えるものにしてしまった、と言わざるを得ない。

追記：本稿は、平成26～28年度日本学術振興会科学研究費補助金（基盤研究（B））「病腎移植に関する刑事法上の諸問題の総合的検討」（研究代表者：城下裕二北海道大学教授）によるものである。本稿の内容は、当該補助金による研究グループが主催した国際ワークショップ「病腎移植をめぐる法的諸問題——ドナーの拡大はどこまで可能か——」（2016年12月11日・北海道大学東京オフィス）での報告を基にしている。また平成24～26年度厚生労働科学研究費補助金（再生医療実用化研究事業）「再生医療の社会受容にむけた医事法・生命倫理学の融合研究」（研究代表者：奥田純一郎）の成果にも一部依拠している。

（本学法学部教授）