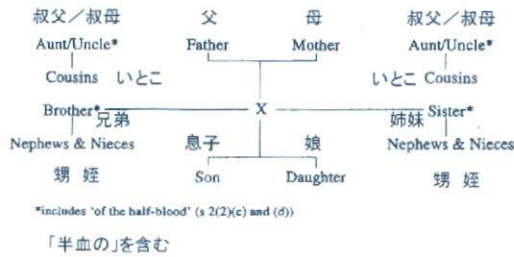


イギリス旧法 (Human Organ Transplants Act 1989) における血縁者の範囲



(2) 現行法

昨年度報告書のとおり、現行法である Human Tissue Act 2004 は、血縁関係の有無に関わらず、生体移植をすべて規制することとなった。このため、とりわけこれまで審査が不要であった血縁関係間での生体移植について、迅速な対応ができなくなるのではないかという懸念もあった。

それでは、現行法の下での対応はどうなっているのでしょうか。

まず、現行法では、これまで被血縁者間の生体移植の審査を行ってきた ULTRA に代わり、新たに Human Tissue Authority (以下 HTA) という機関が設立された。さらに、実際には、HTA から任命される Independent Assessor が調査し、ここからレポートを上げてもらった上で HTA が移植の可否を決することになっている。

HTA が活動を始めてちょうど1年間のデータによると、

- ・ 2006年9月～2007年8月末までに751レポートがHTAに提出されている(738件は感情的/遺伝的指定腎提供、5件は同様の肝葉提供、2件は同様の肺葉提供、2件はペア腎提供、4件はドナー指定のない腎提供)
- ・ 748件は承認(うち9件はパネルで

の評価)、2件は未承認、1件は差し戻し

- ・ レポートにかかる時間は平均で2業務日

となっているⁱ。この後もほぼこのペースで活動が続いており、迅速に審査および承認がされていると評価できそうである。実は、これまでの ULTRA の審査は時間がかかるという不満の声があったが、HTA はすべての生体移植を審査する代わりに迅速さが求められることとなったから、迅速に審査する体制が整っているのかもしれない。

また、HTA によれば、生体移植は、旧法の時代よりも広く認められているとのことである。上記の数字を見ても分かるとおり、遺伝的に指定される (genetically directed) ものに併せて感情的に指定される (emotionally directed) ものも同じように扱われており、さらには、これ以外に、ペア移植・プール移植のほか、レシピエントの指定のない提供 (non-directed altruistic) ものも認められているわけである (なお、ペア・プール・指定のない提供は、HTA において3人のパネルで承認・非承認が決められることになっている)。2007年12月のプレスリリースⁱⁱによると、指定のない腎提供を行ったドナー (看護師) とレシピエントとが会ったとのことである。この記事によると、ドナーは、自分が幸せであったこと、両親が他人の手助けをしていたこと、母親が腎臓に問題があって早くに亡くなったこと、などから、60歳を目の前にして、知らない誰かの役に立ちたいと考えた、とのことである。一方で、レシピエントの方は、父親も多発性嚢胞腎で

48歳で亡くなり、その父も同じ病気で38歳で亡くなっており、同じ病気だと診断されたときから自分はもう死んだようなものだ (I have been living on borrowed time) と思っていた、ところが、彼女 (ドナー) がしてくれたことのおかげで、人性 (human nature) に対する信念を回復することができ、さらに、手術によって、自分の人生と自由とが戻ってきた、と語っている。

また、HTA の Chair である Shirley Harrison は、これは真に無私的行為であって崇高なギフトであり、愛他主義が何を意味するかを示すもので、二人が公に出たことによって、人々が、このような形で臓器を提供するということがどういうことかが分かることを喜んでいる、とコメントしている。さらに、Chief Executive の Adrian McNeil は、できれば、年間10件程度のこの種の移植を承認したいと語っている。

2. イギリスにおける死体からの臓器提供におけるオプトアウトの検討

(1) これまでの法律の要件

1961年法においては、死体の合法的管理者 (Person lawfully in possession) は、本人の生前のリクエストがあった場合のほか、これがない場合にも、実行可能であるような合理的な調査の上、本人やいかなる親族の反対が確認できない場合には、臓器の摘出を認許することができる、と定められていた。PLP が誰であるかにも拠ることになるが、PLP は病院長であることもあるというのが公的な説明であり、そうなると、1961年法は、反対がない場合には摘出をすることができる、オプトアウトの方式をとっていたと評することができよう。

一方で、現行法は、制定の過程においてオプトアウトの導入が検討されたものの、結局は、生体・死体由来の組織や臓器 (ヒト細胞を含むもの) の利用には本人ないし近親者の同意 (appropriate consent) を必要とした (同意がない場合の利用は deemed consent という扱いにした) から、明確にオプトインの考え方がとられているわけである。

(2) 近時の動き

① 現行法を前提とした動き

2006年に設置された臓器提供タスクフォース (Organ Donation Taskforce) は、近時、政府に対して14の勧告を出したⁱⁱⁱ。この勧告の主な点は、①②臓器提供の枠組みを連合王国という全国単位で行うこと、③臓器提供に関する倫理的な検討を行うフォーラムを設置し、明確なガイドラインをさだめること、④～⑦臓器提供を「通常の」(usual) ものにするために、移植を前提とせず全ての患者に脳幹死テストを行うこと (BMA も GMC も、これが患者の最善の利益に適すると考えているとのこと)、など、⑧金銭面でのディスインセンティブをなくし、適切な診療報酬を導入すること (もっともインセンティブを与えることは適切でないとする)、⑨現在約100人おり、18のチームごとに働いているドナー移植コーディネーターの雇用の統一化、増員など、ドナー登録のIT化など (これによって現在の同意率60%を70%にまで増やせるだろうという)、⑩連合王国全体をカバーする摘出チームネットワークの確立、⑪臓器移植がありそうな病院スタッフのトレーニングの義務化、⑫⑬ドナーへの感謝の念を示すこと、臓器提供の推進、⑭コローナーとの関係、

の勧告を出しており、これによって5年間で提供件数を50%増やすことができると見積もっている。

② 現行法の見直しへ向けて？

しかし、近年、オプトアウト方式の導入を検討すべきだとの意見が出始めている。たとえば、1月13日サンデーテレグラフ紙に載ったブラウン首相の発言^{iv}は、日本でも報じられた^v。

もともと、2007年7月の首席医務官(Chief Medical Officer)のレポート”2006 Annual Report of The Chief Medical Officer -- On the State of Public Health”の中で1章を割かれて臓器移植の問題が扱われ、国内での移植件数が少ないため海外(多くはアジア)で移植を受けるなどの問題があるとして、勧告の第1として、オプトアウトシステムの導入するための法律の改正を提言している。保健大臣 Alan Johnson は、臓器提供タスクフォースに、オプトアウトシステムの導入について検討するよう命じ、現在検討中である^{vi}。

D. 研究発表

1. 論文発表

佐藤雄一郎「イギリスおよびアメリカ合衆国における生体移植」法律時報987号54-58ページ

2. 学会発表

佐藤雄一郎「生体移植の法的諸問題」第41回日本臨床腎移植学会-腎移植連絡協議会

E. 知的所有権の取得状況

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

1. http://www.hta.gov.uk/_db/_documents/2007-09-18_IA_Bulletin_-_sixth_Edition.doc.

2. http://www.hta.gov.uk/newsroom/media_releases.cfm?cit_id=383&widCall=customWidgets.content_view_1&usecache=false.

3. http://www.hta.gov.uk/_db/_documents/Organs_for_transplants_a_report_from_the_Organ_Donation_Taskforce.pdf.

4. <http://www.telegraph.co.uk/news/main.jhtml?xml=/news/2008/01/13/norgans213.xml>.

5. <http://www.afpbb.com/article/life-culture/health/2335988/2520875>.

6. http://www.dh.gov.uk/en/Healthcare/Secondarycare/Transplantation/Organdonation/DH_081593

厚生労働科学研究費補助金（再生医療等研究事業）
再生・移植医療の現状と将来に向けての国際比較
分担研究報告書

分担研究者 町野 朔 上智大学法学研究科 教授
研究協力者 高橋 公太 新潟大学大学院医歯学総合研究科 教授
研究協力者 大橋 靖雄 東京大学大学院医学研究科 教授
研究協力者 田中 秀治 国土舘大学体育学部 教授

研究要旨 わが国における移植の現状

免疫抑制療法の進歩や臓器移植患者の管理の改善により臓器、および組織移植の成績は飛躍的に向上しているが、わが国における移植の現況は、周知のとおり相変わらず提供者の数が極端に少ないので、生体臓器移植に依存しているのが現状である⁽¹⁻¹¹⁾。

また、小児の心移植は、わが国では事実上できないので、やむをえず欧米諸国に渡航して移植しているのが現状である。しかし、欧米諸国でも移植臓器の不足は深刻であり、WHOも自国民の移植は自国で処理するように勧告している。

その解決策として国家レベルで Donor action (臓器提供推進活動) を実施するとともに、小児の心移植が実施できるように「臓器の移植に関する法律」を改正しなければいけない⁽¹²⁻²³⁾。

A. 研究目的

わが国における移植の現状を把握し、その解決策について検討を加える。

B. 研究方法

わが国における移植の実態を調査するために日本移植学会、日本臨床腎移植学会、日本肝移植研究会、日本肺および心肺移植研究会、日本組織移植学会、日本透析医学会、(社)日本臓器移植ネットワーク News Letter、および日本組織移植学会などから収集したデータに解析を加えた⁽¹⁻¹¹⁾。

なお、本研究は、主に文献的な調査であるため、倫理的に問題はないが、移植医療におけるデータを考察するにあたり「疫学的研究に関する倫理指針」に配慮した。

C. 研究結果

1. 総論

免疫抑制療法の進歩や臓器移植患者の管理の改善により臓器、および組織移植の成績は飛躍的に向上しているが、わが国における移植の現況は、周知のとおり相変わらず提供者の数が極端に少ないので、生体臓器移植に依存しているのが現状である⁽¹⁻¹¹⁾。その解決策として Donor action (臓器提供推進活動) を国家レベルで実施するとともに、小児の心移植が実施できるように「臓器の移植に関する法律」を改正しなければいけない⁽¹²⁻²³⁾。

また、組織移植に関しても今後需要が増すので提供数を増やさなければいけない。

2. 各論

① 臓器移植

死体臓器移植の現状

1. 死体臓器提供と死体臓器移植の件数

「臓器の移植に関する法律」が1997年10月16日に施行された。それに伴い、(社)日本腎臓移植ネットワークは、多臓器移植に対応するため(社)日本臓器移植ネットワークに組織替えされた。死体臓器提供に関して厚生労働省から唯一臓器の斡旋が許されている機関である。したがって、当該施設で死体臓器移植を実施するためには、各臓器移植ごとに認定基準があり、その条件を満たした場合、ネットワークに申請し、認可を受けた時点で初めて移植が実施できる。死体臓器移植に関するデータもネットワークで一元管理されている。

日本臓器移植ネットワークの臓器移植希望登録者数

2008年1月31日現在、日本臓器移植ネットワークに臓器移植を希望して登録している患者数は、心移植において104例、肺移植126例、肝移植189例、膵移植154例、腎移植12,075例、小腸移植2例である。

脳死下臓器移植の件数

1997年から2007年6月までに、57例の脳死判定がなされ、そのうち56例から臓器提供がなされた。これらの脳死下の多臓器提供に対して221例のレシピエントに移植された。その内訳は、心移植45例、肺移植34例、肝移植40例、膵腎同時移植33例、膵移植5例、腎移植64例、小腸移植2例である。

脳死下臓器移植(死体臓器移植)の成績

2007年6月現在、脳死下に提供された臓

器移植の成績についてみると、心移植は45例中43例が生存、肺移植は、34例中29例が生存、肝移植は、40例中29例が生存している。膵腎同時移植では33例全例生存しているが、そのうち生着例しているのは25例である。膵移植5例は全例生存生着している。腎移植は、64例中56例が生存し、8例が死亡し、生存例のうち52例が生着している。小腸移植の2例中1例が死亡している。

生体臓器移植の現状(一部死体腎移植を含む)

生体臓器移植は、腎移植を筆頭に肝移植、肺移植、および膵移植で実施されている。生体臓器移植を実施し、医科診療報酬を得るためには、2008年4月以降、厚生労働省が定めた施設基準を満たすことが条件となっている。

1. 腎移植

世界的な統計はないが、年間、全世界で少なくとも約8万例の死体、および生体腎移植が実施されていると推定される。その内訳は、北米、ヨーロッパ諸国、アジア諸国、およびその他の地域で約2万例ずつである。地域によりその数値に大きな隔たりはみられるが、共通する大きな課題は、死体腎(献腎)の提供数が頭打ちになっている点である。

わが国の透析患者数は、2008年1月現在、27万人を超えているが、日本臓器移植ネットワークに献腎移植希望登録しているのは、12,075名に過ぎない。その大きな理由の一つとして平均待機日数が約14年と長く、移植を諦めている患者が潜在的に多いと考え

られる。

わが国の腎移植成績は、欧米諸国と遜色ないが、ここ十数年間の年間患者数の推移は、800-1,200例の腎移植しか実施されていないのが現状である。2006年以降、腎移植は1,000例を超え、2007年には、生体腎移植数がさらに増加し、全国124施設で1,201例(生体腎1,014例、死体腎182例、脳死体腎24例)が実施された。原疾患の約60%は慢性糸球体腎炎である。

一方、米国では1オーダー違っただけで年間約14,000例の腎移植が施行されており、そのうち生体腎、死体腎移植が、それぞれ約6,000例と約8,000例も実施されているが、それでも移植臓器不足は深刻である。2000年を境に、世界的に死体臓器提供数が頭打ちとなり、生体臓器提供数が増加している。この点からもわが国においても国家的にdonor action program(臓器提供推進プログラム)を推進しなければいけない。事実、わが国の献腎提供数の2/3は、donor action(臓器提供推進活動)を実施している県から提供されている。

腎移植の成績

わが国における最新7年間の2,114例(生体腎移植1,694例、死体腎移植320例)の腎移植の成績を見ると、生体腎移植の生存率は、1年、3年、5年および7年において、それぞれ99.2%、98.4%、97.3%、および96.9%であり、生着率は、それぞれ97.4%、95.1%、91.0%、および84.3%である。死体腎移植においては、生存率は、それぞれ95.7%、90.4%、89.8%、および89.8%であり、生着率は、それぞれ93.2%、88.5%、84.5%、および80.1%であり、良好な成績を示している。

移植腎機能廃絶の原因と死因

移植腎機能の廃絶の原因として、慢性移植腎症(chronic allograft nephropathy:CAN)が最も高く、次に急性拒絶反応が続いている。

死因は、透析患者と同様に脳血管障害、心疾患などの血管障害が第一位を占め、続いて感染症が上位を占めている。また、長期予後が良好になるにつれ、悪性腫瘍の割合が増えてきており、特にわが国の特徴として長期透析患者が多いので、透析腎癌の発生が多いので注意を要する。

肝移植

日本肝移植研究会の報告によると、2005年12月までに全国55施設で3,816件の肝移植が実施されている。ドナー別では、死体肝移植が33件(脳死肝移植30件、心停止肝移植3件)、生体肝移植が3,783件であった。また、初回移植が3,710件、再移植が101件、再々移植が5件であった。

生体、死体別の移植数の変遷をみると、脳死肝移植が進まないで、生体肝移植が圧倒的に多く、1989年以降、年ごとに増加し、2001年には417件、2002年には432件、2003年には440件となり、2004年には、生体肝移植が保健適応となり、551例と著明に増加した。しかし、2005年には562件と頭打ちになっている。レシピエントの原疾患として胆汁うっ滞性疾患が約半分を占めているが、小児では胆道閉鎖症が多く、成人では腫瘍性疾患一番多く、約4割を占めている。肝移植の成績も良好で、生体部分肝移植、および脳死死体肝移植では10年生存率が約80%である。

肺移植

脳死肺移植実施施設は、従来 4 施設であったが、2005 年 7 月から新たに 4 施設が加わって、現在 8 施設が認定されている。2005 年 12 月までに 73 例の肺移植が実施された。その内訳は、脳死肺移植が 24 例、生体肺移植が 49 例である。このうち 2005 年に実施された移植数は 9 例で、そのうちわけは、脳死片肺移植が 2 例、脳死両肺移植が 3 例、生体肺移植が 3 例である。現疾患として原発性肺高血圧症、肺リンパ脈管筋腫症、特発性間質性肺炎、閉塞性細気管支炎などである。

成績

生体肺移植の 5 年生存率は、92.9%、脳死両肺移植の 4 年生存率は、76.9%、脳死肺移植の 5 年生存率は、66.3%と良好であり、国際登録の生存率よりも良好な成績を示している。

組織移植

わが国の組織移植の幹旋は、東日本組織移植ネットワークと西日本組織移植ネットワークにより運営されており、それを日本組織移植学会が統括している。

2007 年の組織移植の現況についてみると、心臓弁・血管は、2 施設(国立循環器病セン

ター、東大組織バンク、)から 13 組織片が提供され、52 組織移植がなされた。皮膚は、日本スキンバンクネットワークから 29 皮膚片が提供され、69 皮膚移植がなされた。骨は、2 施設(北里大学骨バンク、東海骨バンク)から 9 骨片が提供され、138 骨移植されている。膵島は、3 施設(東北大学、国立病院機構千葉東病院、京都大学、福岡大学)から 8 膵島片が提供され、5 名の糖尿病患者に移植された^(7,10)。

皮膚移植に関してはほぼ需要と供給のバランスがとれている。また、骨移植に関しても生体からの提供数もかなりあるのでほぼ需要を満たしていると考えられる。しかし、心臓弁・血管に関しては絶対数が不足しているのが現状である。また、膵島に関しては、今後の需要から考えると提供数は少ない。

文献

- (1) 日本臨床腎移植学会 腎移植臨床登録集計報告(2007)-2
2006 年実施症例の集計報告(2)
移植 42:414-422, 2007.
- (2) 日本肝移植研究会肝移植症例登録報告 移植 41:509-608, 2006.
- (3) 日本肝移植研究会肝移植症例登録報告(第一報) 移植 42:423-426, 2007.
- (4) 日本心臓移植研究会 本邦心臓移植登録報告 移植 42:427-429, 2007.
- (5) 日本肺および心肺移植研究会 本邦肺移植症例登録報告(2007) 移植 42:430-432, 2007.
- (6) 膵・膵島研究会膵臓移植班 本邦膵移

- 植 症 例 登 録 報 告 (2007) 移 植
42:433-438, 2007.
- (7) 膝・膝島研究会膝島移植班 膝島移植
症 例 登 録 報 告 (2007) 移 植
42:439-477, 2007.
- (8) 日本透析医学会 わが国の慢性透析
療法の現況(2005年12月31日現在)
pp1-71. 2006.
- (9) 日本臓器移植ネットワーク News
Letter 11:1-8, 2007.
- (10) 日本組織移植学会 組織バンクのド
ナー数・レシピエント数の実績 2008.
- (11) 日本移植学会広報委員会 臓器移
植ファクトブック 2007 pp1-27, 2007.
- (12) 町野 朔 臓器移植方改正問題につ
いて 日本臨床 63:1915-1921
- (13) 町野 朔 長井 圓 山本輝之編
臓器移植方改正の論点 信山社 東京
2004.
- (14) 武下 浩 小児脳死の仮題 臨床麻
酔 31:49-57, 2007.
- (15) 高橋公太編 腎移植連絡協議会か
らの提言 小児腎移植を増やすには
—小児の腎臓は小児へ— 日本医
学館 東京 pp1-76. 1998.
- (16) 高橋公太編 腎移植連絡協議会か
らの提言 献腎移植を公平に受けるた
めには —数と地域格差の解消へ—
日本医学館 東京 pp1-71. 2000.
- (17) 高橋公太編 腎移植連絡協議会か
らの提言 臓器提供を増やすには
—ドナー・アクション・プロトコ
ル— 日本医学館 東京 pp1-52. 2001.
- (18) 高橋公太編 腎移植連絡協議会か
らの提言 献腎移植を増やすには
—献腎提供運動は意義あるボラン
ティア活動である— 日本医学館
東京 pp1-63. 2001.
- (19) 高橋公太編 腎移植連絡協議会か
らの提言 Donor Action program —
われわれは今なにをすべきか— 日
本医学館 東京 pp1-81. 2003.
- (20) 高橋公太編 腎移植連絡協議会
臓器提供をしやすい環境づくり —
自発的な提供意思の抽出はいかにあ
るべきか— 日本医学館 東京
p1-52. 2005.
- (21) 高橋公太編 腎移植連絡協議会か
らの提言 臓器移植の増加へのプロ
セス—臓器提供を増やすには—日本
医学館 東京 pp1-72. 2006.
- (22) 高橋公太編 腎移植連絡協議会か
らの提言 本邦における臓器配分の
ルールの現状と理想 —公平・公正
とは— 日本医学館 東京 pp1-66.
2006.
- (23) 高橋公太編 腎移植連絡協議会か
らの提言 生体臓器移植の適応と倫
理—倫理問題を考える— 日本医学
館 東京 pp1-55. 2007.

厚生労働科学研究費補助金（再生医療等研究事業）
分担研究報告書

韓国の臓器移植法の概要と脳死規定をめぐる議論

分担研究者 町野 朔 上智大学法学研究科 教授
研究協力者 趙 晟容 韓国デグ大学教育学部 非常勤講師

研究要旨：韓国では、法律の制定前から脳死臓器摘出が一般的に行われていた。臓器移植法は、このような現実に基づいて制定され、臓器配分の効率化、臓器移植における脳死問題の解決および臓器売買の禁絶をその目的としたものである。法制定の前とは違って、現在臓器移植に関する議論はどうすれば脳死臓器摘出を増やせるかにかかれており、脳死議論は決して盛んではない。脳死賛否の論拠は日本のそれとあまり変わらないが、その議論に決着が着く前に臓器移植法が作られ、脳死関連規定をめぐる、同規定は脳死を人の死として認めるものであるとする主張と、そうでないとする主張とが対立している。脳死を人の死でないとしながら、脳死臓器摘出を認めることは、どんな場合でも保護されるべき憲法上の生命権を侵害するものであり、後者の主張を支持することはできない。そのため、韓国では、同規定に対する合理的な解釈と脳死も人の死として認める法改正とが必要となっており、これを可能にするために、脳死論の誤用・悪用の防止、医療に対する不信感の解消および脳死論に対する国民の正確な理解・同意の獲得努力が求められている。

A 研究目的

韓国の臓器移植法（正式名称「臓器等の移植に関する法律」。以下、臓器移植法という。）は1999年2月8日に制定され、2000年2月9日から施行されており、現在まで4次にわたって改正がなされた。改正の主な目標は脳死臓器移植の活性化におかれてきた。日本で依然として大きな問題となっている脳死に関する議論は、現在韓国ではあまり表面化されていない。しかし、だからといって、脳死議論が決着されたわけではない。のみならず、臓器移植法の脳死関連規定は法的に脳死を肯定しているかのようにも否定しているかのようにもみえる。もし後者の立場をとると、少なくとも論理的には脳死臓器摘出は生きている者から行われるものになり、それを法律が認めるという不当な結論にならざるを得ない。この

ような問題を避けるためには、当分の間は臓器移植法の脳死関連規定に対する合理的な解釈をするしかないが、望ましいのは臓器移植法の改正であると指摘されている。

以下では、まず臓器移植法の成立背景と脳死臓器摘出の要件、臓器移植関連機関および臓器配分における特徴を中心とした同法の概要とを紹介する。そして、同法の制定前の脳死立法化のための動き、脳死賛否論者の主な論拠および同法の脳死関連規定をめぐる脳死議論について簡単な紹介を行う。これが日本の脳死論議と臓器移植法の改正議論に少しでも参考資料になれば幸いである。

B 研究方法

論文、法令、法案、統計、報告書などを参考して、研究を行った。報告書は、「臓

器移植の法的事項に関する研究—韓国の臓器移植法の脳死の法的地位と死体臓器摘出要件。平成11年度厚生科学研究費補助金免疫・アレルギー等研究事業（臓器移植部門）研究報告書」と昨年（平成10年）の厚生労働科学研究費補助金（厚生労働科学特別研究事業）の臓器移植法研究会で報告した「韓国の臓器移植の現状に関する研究」である。

C 研究結果と考察

I 臓器移植法の成立背景と概要

1 成立背景

韓国で脳死臓器移植が初めて行われたのは、1979年の脳死腎臓移植である。その後、1988年に脳死肝臓移植が、1992年に脳死脾臓移植と脳死心臓移植が、1996年には脳死肺移植が各々成功した。そして、臓器移植法が制定される前の1998年まで458名の脳死者から臓器摘出がなされた。この時期はまだ法的な脳死判定基準はなかった。最初に行われた1979年の脳死腎臓移植のとき、脳死判定がどのような基準によって行われたかは調べるができなかったが、その後3年ぶりに行われた1983年の脳死腎臓移植のときからは、同年に発表された旧大韓医学協会（現大韓医者協会）の脳死判定基準に従って行われたようである。

臓器移植法の立法はこのような状況で作られたわけであるから、その背景において、日本の臓器移植法（以下、日本法という。）のそれとは多少異なるところがある。すなわち、日本法が法律の制定によって国民の信頼を得て脳死臓器移植の道を開こうとしたのに対して、臓器移植法はすでに盛んに行われていた脳死臓器移植の法的整備を立法目的の一つとしていたのである。

臓器移植法の主な立法目的は以下のとお

りである。まず、臓器配分の効率化である。紹介したように、法制定以前から脳死臓器移植が活発に行われてきたし、脳死臓器摘出の件数は、1979年に2件、1983年から1991年まで10件、1992年に15件、1993年に20件、1994年に45件、1995年に78件、1996年に66件、1997年に97件、1998年に125件と、増加の趨勢であった^{*1}。しかし、全国的なネットワークが形成されておらず、臓器配分の効率性が低かった。したがって、この問題を解決して、脳死臓器移植をより活性化させるために、臓器移植法を制定したのである。

第二に、脳死臓器移植における脳死の法的問題の解決である。「心臓死体からの臓器摘出」の際に問われる刑法上の死体損壊罪の問題は、「屍体解剖及び保存に関する法律」（以下、死体解剖法という。）5条2項に心臓死臓器摘出の要件^{*2}を規定することによって法的に解決されていた。これに対して、脳死は医学的には人の死であるとされていたものの、法的な人の死として定着していなかった。それで、脳死臓器摘出は理論上は刑法上の殺人罪または嘱託殺人罪として問われるおそれが残っていた。したがって、なるべく早く脳死の法的問題を解決しなければならなかったのである。

第三に、生体臓器移植における臓器売買の根絶である。死体臓器移植が盛んに行われるようになったとはいえ、依然として移植用の臓器は足りない状況であったため、臓器売買が生じ始めた。しかし、それを処罰できる法律がなかったため、これを禁止できる法的根拠が必要になったのである。

2 概要

(1) 臓器移植法は、死体臓器移植だけでなく、生体臓器移植に関する事項をも定めて

いる。臓器移植法が適用される「臓器等」の範囲(3条)は、腎臓、肝臓、膵臓、心臓、肺、骨髄、角膜、脾臓、小腸(脾臓と小腸は同法施行令の2007年の改正によって新設された1条の2に臓器等に含まれるようになった)である。

(2) 死体臓器摘出の要件

a 心臓死臓器摘出の要件と脳死臓器摘出のそれが同一である(18条3項1号・2号)。

b 本人が生前に書面によって臓器摘出に同意しており、遺族がそれを明示的に拒否しない場合(以下、1号要件という。)、もしくは、臓器摘出に対する本人の同意または反対の意思が確認されないときであって、遺族が臓器摘出に同意する場合(以下、2号要件という。)に、死体臓器摘出(ほとんどの場合は脳死臓器摘出である)は可能である。

精神障害者または精神遅滞者の死体臓器摘出は1号要件によってのみ許される。2号要件に該当する場合であって、本人が16歳未満の未成年者である場合には、原則的にはその父母二人の同意があるときのみ、臓器摘出ができるが、例外的にその一人の同意によってできる場合もある。

1号要件において、本人の同意とともに、遺族の拒否がないことを要件としているのは、遺族の拒否があるときには実際には臓器摘出ができなかった法制定前の状況が反映されたものである。法的な根拠なしに行われていた脳死臓器摘出の場合にはもちろん、本人の同意だけで臓器摘出を認める旧死体解剖法5条2項の規定によって行われていた心臓死臓器摘出においてもそうであったのである。

c 法制定前はもちろん、その後も、死体臓器摘出は2号要件によって行われている。臓器移植法が施行された2000年から

2005年まで10才以下の子供の脳死臓器摘出も33件行われたが、これも全部2号要件によるものである。

d 臓器移植法の遺族の範囲は配偶者、直系卑属、直系尊属、兄弟姉妹、その他の四親等以内の親族である。この遺族の間には順位が定められているが、その順位は「配偶者→直系卑属→直系尊属→兄弟姉妹→その他の四親等以内の親族」の順である(3条5号)。

遺族の臓器摘出の同意または拒否は遺族の総意によるものではなく、14才以上の遺族のなかで先順位者二人の同意または先順位者二人中の一人の拒否によってなされる(11条1項2号・3号)。

しかし、臓器摘出の同意権をもっている先順位者の家出または所在不明のため連絡がとれないか、あるいは海外滞在のため連絡が困難であるが故に、先順位者からの連絡を待つと、臓器移植のタイミングをのがすおそれのある場合と、先順位者が精神障害・精神遅滞または高齢などの健康上の事由のため、正常な意思表示をすることができない場合には、その次の順位者二人の同意によって臓器を摘出することもできる(11条1項2号但書、施行令12条の2)。

(3) 関連機関

臓器移植法の臓器移植関連機関には、国立臓器移植管理機関(以下、KONOSという。)、臓器移植登録機関、脳死判定医療機関、臓器移植医療機関、脳死判定対象者管理専門機関がある。

KONOSは、主に、死体または生体臓器移植において臓器移植法施行令の基準に基づきレシピエントを選定し、生体臓器移植においてドナーの臓器提供の純粋性を調査して彼によって選定されたレシピエントを承認し、臓器移植を広報し、またその他の臓器移植関連機関の指導・監督など臓器移植

全般に関する事項を総括する保健福祉部傘下の国家機関である（9条）。

臓器移植登録機関は、臓器提供希望者と臓器移植待機者の登録・身体検査・その結果の KONOS への通報、またはドナーの登録・KONOS への通報等に関する業務を遂行する機関であって、一定の施設・人力等を備えて保健福祉部長官によって指定されたものである（12条）。

脳死判定医療機関は、臓器の摘出・移植のための脳死判定業務を遂行する医療機関であって、一定の施設・装備・人力等を備えて KONOS の長へ通知したものである（14条）。

臓器移植医療機関は、臓器の摘出・移植手術業務を遂行する医療機関であって、一定の施設・装備・人力等を備えて保健福祉部長官によって指定されたものである（21条）。

脳死判定対象者管理専門機関は、脳死臓器移植において、ドナーの状態把握・管理、脳死判定、臓器の摘出・移植等に関する一連の業務を総括的に遂行できる医療機関であって、臓器移植登録機関・脳死判定医療機関・臓器移植医療機関の資格を持ち、さらに一定の施設・装備・人力等を備えて KONOS の長によって指定されたものである（16条の2）。

KONOS を除いてこれらの機関の場合、一つの機関が他の機関の資格を共有するケースが多い。例えば、臓器移植医療機関の病院が脳死判定医療機関でもあり、臓器移植登録機関でもあるケースが少なくない。しかし、この三つの資格をすべて持っている医療機関のなかで脳死判定対象者管理専門機関として指定されているものは限られており、現在全国に19箇所しかない。

現在、脳死判定、臓器摘出および臓器移植は脳死判定対象者管理専門機関を中心に行われていく傾向であり、最近には脳死判

定医療機関または臓器移植医療機関の資格を持っていながら実際には脳死判定または臓器摘出・移植の実績が全然ない医療機関の数も増えている状況である。

(4) 医療機関に対するインセンティブの付与

死体臓器移植において、臓器移植医療機関の長に角膜およびレシピエントの選定を待っているのは移植の時期を失う著しいおそれがある臓器のレシピエントの選定権を与えており（22条2項）、また、脳死判定対象者管理専門機関に腎臓のレシピエント一人の選定権を与えている。さらに、2007年9月28日からは、臓器移植法施行令の改正によって、脳死のドナーを見つけた脳死判定対象者管理専門機関でない臓器移植医療機関にも、腎臓のレシピエント一人の選定権を与えることになった（施行令18条1項別表2）。結局、脳死臓器摘出の場合には、腎臓のレシピエントの選定に関しては、KONOS はほとんど関与しなくなったのである。このような政策は、これらの医療機関にインセンティブを与えることによって、脳死者の遺族に対する臓器提供の勧誘活動を積極的に行わせるためであるという。

(5) 遺族に対する優先配分

脳死のドナーの遺族の中に臓器移植待機者として登録した者がある場合には、KONOS は彼を優先的にレシピエントと選定する。これは、遺族の同意による脳死臓器摘出をより活性化させるためであるという。

(6) 以上の医療機関に対するインセンティブ付与制度や遺族に対する優先配分制度については、公正な臓器配分を毀損するという批判がある。

II 脳死規定をめぐる議論

臓器移植法は、議論の絶えなかった脳死の問題について、韓国では初めて法的な立場を示したという点において、大きな意味を持つものである。しかし、同法はこれまでの論争に終止符を打ったわけではなく、かえってそれをより困難にし、法的な死の概念に混乱をもたらしたといえる。

1 法制定前の脳死立法化のための動きと脳死賛否論

韓国における最初の脳死議論は、1970年のヨンセ大学法律問題研究所が主催した「臓器移植に関する 세미나」であったが、その後、脳死議論は主に大韓医学協会を中心として行われ来た。大韓医学協会は、1979年の最初の脳死腎臓移植の成功の後、1983年に全脳死（以下、脳死という。）も死の一つであると宣言し、脳死判定基準を発表したことがある。その後、大韓医学協会は1988年と1992年に二回の脳死に関する公聴会を主催し、1992年と1995年に大韓弁護士協会と二回の脳死に関するセミナーを行った。特に1992年の公聴会のときは、宗教界、学界、法曹界、言論界、市民団体、医療界、政府等の有識者が多く参加したが、脳死に対する世論の聴取が十分になされたこと、脳死と脳死臓器移植に関する立法を急ぐことにだいたい意見が一致していた。大韓医学協会は公聴会の主催や傘下の特別委員会の研究などを経て、1988年、1993年にも脳死も人の死であるという脳死に関する宣言と脳死判定基準を発表した。1993年の脳死宣言の内容は「1. 死亡は心肺機能の停止である心肺死または全脳機能の喪失である脳死によって判断する。 2. 脳死の判定は生命の尊厳性を毀損する無意味な延命治療行為の中断または新たな生命を創造する臓器提供の場合にのみ施行する。

3. 脳死判定は大韓医学協会の脳死判定基準に従って行う。……」というものであり、そのときの脳死判定基準はほぼそのまま臓器移植法に反映された。さらに、同協会は1991年1月には脳死を心肺死とともに死亡とするという死亡の定義規定が新設された医療法改正案を保健福祉部に提出して公式的に脳死立法を求めたこともある。

保健福祉部もこのような医学界の努力や脳死を人の死とすることに約71.1%が賛成した全国的な世論調査の結果などの影響を受け、1996年中に脳死を法的に認めることを前提にする臓器移植法案を作ることを明らかにしたことがある。

脳死論者（全脳死説）の一番有力な論拠は次のようなものである。脳は生物学的に身体を有機的に統合・調節する機能と精神的な意識機能とを持っている生命の中核である。心臓と肺は自然的に停止しても機械的に蘇生できるが、脳機能は一度喪失すると蘇生することができない。したがって、脳機能が不可逆的に喪失してしまうと、身体の有機的な統合・調節機能と意識機能とは不可逆的に失われ、死に至る。臓器移植や延命治療中断の必要性および有用性も脳死論の根拠としてあげられる場合があるが、これはあくまでも前の論拠を前提とする脳死論の必要性および有用性を強調するものであって、それが脳死論の主な論拠になるわけではない。

これに対して、脳死否定論者の主な論拠は次のようなものである。脳死説は臓器移植などの必要性から生じたものであるが、異種移植技術またはES細胞からの臓器生産技術が発達すれば、脳死説の必要性はなくなる。臓器移植の場合に限って脳死説が必要になるから、それを一般的な法律上の死の判定基準にする必要はない。現在の医療技術上脳死判定は可能であるが、脳死の

時点は知らないから、脳死説は法律全般に有用な概念として使うことができない。心臓や肺も脳のように不可逆的に停止すると、蘇生することができないし、脳死状態における妊娠継続、体温調節、心神代謝、動作などの現象が報告されているから、脳死の不可逆性または有機的な統合・調節機能をもって脳死を人の死とすることはできない。

しかし、死の判定基準を必要性や有用性によって決めるわけにはいかない。脳死論は特定の目的のために主張されるものではなく、医学の進歩によって少なくとも医療界では定着した死の判定基準である。脳死が法的に人の死として定着されているわけではないが、脳死の時点が明らかでないことが脳死論を法的に否定すべき根拠となるわけではない。死の時点の不明確さは心臓死の場合もあまり変わらないからである。また、脳機能の不可逆的な喪失というのは、自然的に停止した脳機能は人為的に蘇生することはできないという意味であるから、それと人工呼吸器を付けた後に停止する心臓機能の不可逆的な喪失とを同等に評価することはできない。さらに、脳死状態での妊娠継続などはごく例外的な現象であり、これによって医学界で脳機能の有機的な統合・調節機能が否定されているわけではない。

2 現行法の脳死関連規定をめぐる脳死議論

韓国の法律には死の定義に関する規定はない。それは臓器移植法も同じである。しかし、伝統的に心臓死は人の死として認められている。脳死立法を推進してきた医学界をはじめとして脳死説の支持者も、心臓死説を否定するわけではなく、脳死も心臓死とともに人の死であるという二元説をと

っている。

保健福祉部の1996年6月の「臓器移植法制定協議案」（以下、協議案という。）や同年9月の修正案（以下、修正案という。）も基本的には脳死と心臓死の二元説を前提にするものであるといえる。両案1条の目的規定は「生きている者」と「死亡者」からの臓器摘出・移植に関する事項を規定することを目的とするとしていた。また、両案2条2項の基本理念規定は「生きている者」または「死亡者」の臓器提供意思は尊重すべきであるとしていた。さらに、修正案の場合には、死亡者からの臓器摘出要件と脳死者からの臓器摘出要件を「第3章死亡した者からの臓器摘出」の中に一緒に規定していた。ここで死亡者が心臓死者を示すということに異論はない。

しかし、1997年8月の臓器移植法に関する政府案（以下、政府案という。）では、このような心臓死・脳死の二元説はかなり後退する。まず、政府案1条の目的規定が「生きている者、死亡者または脳死者と判定された者から臓器を摘出し、……移植するに必要な事項を規定する」と変わり、2条2項の基本理念規定も「生きている者、死亡者または脳死者と判定された者が表示した……意思は尊重しなければならない」と変わる。また、死亡者からの臓器摘出要件と脳死者からのそれを、各々別の章に規定し、脳死者からの臓器摘出要件については死亡者からのそれを準用するとしたのである。さらに、19条4項に、脳死者は臓器摘出によって死亡したときには、脳死の原因となった行為によって死亡したものとみなすという「脳死の死亡原因」という規定を新設した。このように修正案が変わったのは、決して脳死立法に反対する与論がより多くてそれを反映したわけではなく、政府案を審査する過程で、脳死立法に消極的であった法務部（日本の法務省）の意見

が反映された結果であるという。

現行の臓器移植法は修正案とは違って、目的規定、基本理念規定から「生きている者、死亡者または脳死者と判定された者」云々とする記述がなくなった。そして、死亡者からの臓器摘出要件と脳死者からのそれを一緒に18条3項に規定している。また、3条4号の定義規定では「『生きている者』とは、人の中で脳死者を除いた者をいい、『脳死者』とは、この法律による脳死判定基準及び脳死判定手続により、脳全体の機能が不可逆的な状態で停止したと判定された者をいう」という規定が新設された。これらの変化、特に「生きている者」とは、人の中で脳死者を除いた者を示すという記述を見る限り、臓器移植法は心臓死・脳死の二元説を明確にしたようにも思われる。

しかし、17条には修正案の「脳死者の死亡原因」規定がそのまま残り、「脳死者がこの法律による臓器等の摘出によって死亡したときには、脳死の原因となった疾病又は行為によって死亡したものとみなす」と規定されている。また、18条3項の心臓死者または脳死者からの臓器摘出要件の規定^{*3}には、死亡者の縁故者に対しては「遺族」という用語が、脳死者のそれに対しては「家族」という用語が新しく使われている。さらに、処罰規定では、臓器提出要件規定に違反して、脳死者から臓器を摘出したときは、無期懲役または2年以上の有期懲役に処しながら、死亡者から臓器を摘出したときには、5年以下の有期懲役または罰金に処している。これらの規定を見る限

り、臓器移植法は原則的には脳死は人の死ではないとしているかのようにも思われる。

これらの規定については、脳死は実は人の死ではないとした以前の修正案の立場をより明確にしたものであるとする見解も多

い。この見解をとる者は、臓器移植法が脳死説を否定しながらも脳死者からの臓器摘出を認めるのは、脳死者が限りなく死に近付いており、臓器移植という現実的な必要性を受け入れて合法化し、刑法との調和をはかるためであるという。そして、その合法化の正当化の根拠を、個人の利益を譲りまた犠牲してより大きな社会全体の利益を確保するという社会的な連帯性や功利主義に求める。

しかし、このような脳死否定論者の解釈については、脳死者は死んでいないとしながら、彼から臓器を摘出する行為は、本人または遺族の同意があろうがなかろうが、殺害行為であり、そのような行為を合法化するのは、倫理的に問題があり、また生命権を保障している憲法に違反するという指摘も少なくない。また、このような脳死否定論者の解釈は、現実的に心臓死・脳死二元説が国民の意識に定着しつつあることに反するものになる。これまで行われた脳死臓器摘出において、遺族が脳死者が死んでいないと思いながら、臓器の摘出に同意したり、医師がそのように思いながら、それを摘出したりしたとは、考えられないからである。本当に国民が脳死を人の死でないと考えていたのであれば、少なくとも法制定以前に、脳死臓器摘出に同意した遺族およびそれを行った医師が殺人罪に問われる事件が起こってもおかしくないはずであるが、そのような事件はまだ1件も起こっていない。

3 現行法の脳死関連規定に対する合理的な解釈の試み

臓器移植法の脳死関連規定の曖昧さによる混乱を避けるためには、同法の改正を急ぐべきであろう。しかし、社会的に脳死論

が定着され、それを法律化するには時間がかからざるを得ないため、そのときまでは同規定に対する合理的な解釈が要求される。

前述したように、3条4号の定義規定が脳死者が生きている者でないとしていることは、臓器移植法が脳死が人の死であることを明記したものであるといえる。死と生の間に第3の概念は存在し得ないからである。そして、死亡者と脳死者の臓器摘出要件がまったく同じであり、同一の規定に定められているが、これは両者がまったく同等の死の現象であることを示すものであり、同法が脳死を人の死として認める根拠であるといえる。さらに、臓器摘出要件規定で脳死者の縁故者に対して家族という用語を使っているのは、脳死者が生きている者であるという意味ではない。脳死臓器移植に対して国民の信頼を得ようとする同法の趣旨からいうと、同法の脳死判定基準と手続によって脳死と判定される前の状態を脳死と認めることはできない。そのため、その判定の前になされる臓器摘出の同意のときには、まだ脳死ではなく、同意の資格のある近親者を「家族」というだけなのである。脳死者からの臓器摘出要件を違反した場合と死亡者からのそれを違反した場合との法定刑が異なるのも、同じく、同法の脳死判定基準と手続によって脳死と判定される前の状態を脳死すなわち死と認めないからだけである。

D 結論

いつ死に至り、それをどういう基準によって判定するかを究明するのは、だいたい医学の仕事である。医学が生と死に関して定義する絶対的な権限を持っているわけではないが、死の実態を究明するにおいて決定的な役割をし、その判定基準を提供してきた点を否定することができないであろう。前述したように、韓国では医学的には脳死は心臓死とともに人の死として受け入れられている。これは、臓器移植法の制定・改正において医療界がそれを主導し、脳死議論よりは脳死臓器移植の活性化に関心がおかれてきた点を考慮しても、脳死否定論者が批判するような、もっぱら臓器移植を活性化するための便宜的な現象ではない。しかし、社会的に脳死論が定着される前に法律をつくり、脳死関連規定に矛盾と問題が生じている。脳死を人の死でないとしながら、脳死臓器摘出を合法化することは論理的に成り立たない。だからといって、勝手に脳死を心臓死とともに法的な死として明記することもあってはいけない。その矛盾と問題を法的に解決するためには、脳死論が誤用・悪用されなく、医療界に対する不信感が払拭され、また脳死論に対する国民の理解を高めることができるような、徹底的な制度の整備と有識者の努力が必要である。これこそ現在の韓国の法律と社会に求められる役割であると思われる。

*1 臓器移植法の成立前後の脳死臓器の摘出・移植件数は以下のとおりである。

[脳死臓器摘出と移植の件数]

年度	脳死臓器 提供者	移植を受けた者（移植された臓器）						
		計	腎臓	肝臓	脾臓	心臓	肺	角膜
1979年	2	3	3					
1983年	1	2	2					
1984年	1	2	2					
1986年	1	2	2					
1988年	1	3	2	1				
1989年	1	1	1					
1990年	3	5	5					
1991年	2	3	3					
1992年	15	38	28	5	4	1		
1993年	20	45	36	6	2	1		
1994年	45	117	67	20	5	25		
1995年	78	178	135	22		21		
1996年	66	165	112	29	2	20	2	
1997年	97	251	177	36	4	31	3	
1998年	125	338	239	61	8	30		
1999年	162	435	306	84	8	34	3	
2000年	64	269	125	42	10	14	1	77
2001年	52	214	101	37	5	21		50
2002年	36	167	70	28	8	11	3	47
2003年	68	285	124	50	12	15	2	82
2004年	86	363	167	64	10	23	4	95
2005年	91	400	173	66	12	26	8	115
2006年	141	597	263	118	29	29	5	153
2007年	148	676	281	127	18	50	17	183
総計	1306	4559	2424	796	137	352	48	802

KONOS ホームページ http://www.konos.go.kr/home_statistics/stat1/stat1.jsp 参照。

*2 旧屍体解剖及び保存に関する法律 5 条 2 項の心臓死臓器摘出の要件は、第一に、本人の生前の書面による臓器提供意思表示があること、第二に、第一の意思表示のないときには、遺族の同意があること、第三に、第一・第二の要件のないときには、市・郡・区の長の許可があることである。1995 年改正によってこの要件が新設されたわけであるが、同条は後に臓器移植法の制定によって削除された。

*3 18条3項「脳死者および死亡した者の臓器等は、次の各号のいずれかに該当する場合に限り、これを摘出することができる。ただし、精神疾患患者及び精神遅滞者の臓器等の場合には、第1号の場合に限り、これを摘出することができる。

1 本人が脳死又は死亡前に臓器等の摘出に同意した場合。ただし、その家族又は遺族が臓器等の摘出を明示的に拒否する場合は除く。

2 本人が脳死又は死亡前に臓器等の摘出に同意又は反対した事実が確認されない場合であって、その家族又は遺族が臓器等の摘出に同意した場合。ただし、本人が16歳未満の未成年者である場合には、その父母（父母中1人が死亡し、又は行方不明その他大統領令で定めるやむを得ない事由によって同意することができないときには、父母中の残り1人）が臓器等の摘出に同意した場合に限る。」

厚生労働科学研究費補助金（再生医療等研究事業）

分担研究報告書

小児における脳死判定基準に関する研究

分担研究者	武下 浩	宇部フロンティア大学大学院教授・香川学園理事長
	竹内 一夫	杏林大学名誉教授
研究協力者	坂部 武史	山口大学大学院医学系研究科麻酔・蘇生・疼痛管理学分野教授
	下地 恒毅	宇部フロンティア大学大学院教授
	加藤 浩子	有馬温泉病院副院長
	村川 敏介	宇部フロンティア大学大学院人間科学研究科教授
	石田 和慶	山口大学大学院医学系研究科麻酔・蘇生・疼痛管理学分野講師
	河野 理恵	目白大学人間社会学部人間福祉学科講師
	宮坂 勝之	長野県こども病院院長
	阪井 裕一	国立成育医療センター総合診療部部長
	佐藤 栄志	杏林大学医学部脳神経外科講師

A. 研究目的

本研究の目的は、2000年に公表された修正年齢12週以上6歳未満の小児に適用可能な厚生省研究班による小児脳死判定基準が、今日においても、その内容が妥当かどうか、改訂の余地があるとすれば、どのような点か、小児を含む脳死判定基準に今後どのような変革が起きる可能性があるかを国際的視野に立って文献的に調査することにある。

B. 研究方法

調査は研究分担者、研究協力者が個人的に蓄積してきたものに加えて、インターネットを活用し、“brain death”、“children”、“criteria”、“pathophysiology”、“EEG”、“evoked potential”、“test”の組み合わせをキーワードとしてPubMed - MEDLINEで検索した。和文で英文抄録が付いているものも集

録した。1996年から2007年までの論文を集め、英文抄録としては全部で5383件あったが、うち473件を抄録集に収めた。和文については、医学中央雑誌から“脳死”、“小児”をキーワードとして、2000年から2007年まで全部で2086件あったが、うち259件を抄録集に収めた。抄録集への採否は研究分担者(武下)が本報告書の趣旨に合うものを選んだ。内容別分類は英文ではConcept (18)、Pathophysiology (141)、Diagnosis (70)、Test (121)、Others (123)、和文では病態生理 (56)、診断 (37)、検査 (75)、その他 (91)とした。この他報告書の各章の末尾には、その章の引用文献をそえて、読者の便宜を図った。この場合判定基準と直接的関係の少ない文献は抄録集のなかに入れていない。なお、本報告書の特色は、①脳死の病態生理 ②厚生省基準と外国基準との比較 ③小児脳死の周辺課題 ④小児

脳死判定基準の俯瞰的把握にある。

C. 研究結果、D. 考察、E. 結論