

は麻酔・蘇生科・集中治療医、小児科医であって、それぞれの学会専門医又は学会認定医の資格を持ち、かつ脳死判定に関して豊富な経験を有し、しかも臓器移植にかかわらない医師が2名以上で行うべきと考える。

## 5. 本人意思不明で家族の同意による場合の取り扱い

改正臓器移植法では、本人が臓器の提供を望んでいないという明確な意思表示がない限りにおいて、家族が臓器提供に同意すれば臓器の提供を行うことが可能となる。したがって、本人が生前に提供しない意思表示があったかなかったかを確認する必要がある。

確認の方法としては、1) 家族に本人が臓器提供の意思の有無を表示していたかどうかを尋ねる  
2) 家族の同意のもとに本人の持ち物を調べ、意思表示カードなどを有していないかどうか調べる  
3) 家族に本人が臓器提供についてどのような考えを持っていたか、また話題にしていたかを尋ね、その内容から臓器提供の意思があったかどうかを推定する などの作業が必要となる。このような作業をしても、家族が本人の意思表示について「知らない」「わからない」と答えた場合の取り扱いは以下のようにになると考える。

一般的に病理解剖については遺族の承諾によって行われる。ほとんどの場合、これは患者の生前の意思が不明である状況で行われている。つまり、患者本人が生前に病理解剖に供して欲しくないという意思表示があったなら、遺族はそれに従って病理解剖を承諾しないと思われるが、不明であれば、家族による病理解剖の承諾によって病理解剖が行われる。これは、患者が死んでいて、法的には「生きている人ではない」ということからそのようである。病理解剖のルールを逸脱すれば、死体の損壊や遺棄という罪を問われる可能性はあるものの殺人ではない。

このような考え方に立つとすると、患者が脳死となったなら、家族の同意によって移植用臓器の摘出ができるということは、その時点において法的には「生きている人ではない」という判断による。したがって、本人意思が不明で家族の同意によって病理解剖が行われるのと全く同様に、本人

意思が不明で家族の同意があれば、脳死下において移植用臓器を摘出することができることとなる。ただし、事が片付いた後に、遺品を整理していたら本人は実は拒否の意思を持っていたことが判明するような事態も全くないではない。今後の課題としては、臓器の提供を希望しないという意思表示があったかどうかの確認が容易に行える体制を整備する必要がある。単に意思表示カードを携帯するだけでなく、「提供する」「提供しない」いずれかのはっきりした意思がある場合、ネットワークなどのしかるべき機関にその情報を登録しておくなどの方策も考える必要がある。

## 6. 厚生労働省による提供症例の事後検証作業の取り扱い

法改正により、今後臓器提供症例が増えた場合、現在のやり方では到底対応できない。提供症例についての事後検証には、提供施設における医学的な検証と斡旋に関する臓器移植ネットワークでの検証の2つがある。後者が日本臓器移植ネットワークの各支部において行われるのに比べて、前者は提供施設に検証医3名がまずは赴く必要がある。その後に報告書をまとめるなどあって、多大な手間と暇が掛かっている。

したがって、この10年余に臓器提供が行われた約80症例について当初はともかく、最近の症例については提供があってから実に1年以上を経てようやく検証医が訪問する状況にある。提供施設が検証作業に協力するにしても、当時の主治医が別の施設に転勤するなどあって、提供施設のスタッフは症例の検討に1年以上の間が空くことの不条理に実に“耐えている”。

加えて、この数年においては、検証の結果によって医学的な不合理が指摘された例を知らない。つまり、厚生労働省による提供症例の事後検証作業は既にその役割を終了したものとみなしてよく、今までのような事後検証は不要であると考えられる。今後は、この10年で経験したと同じ症例数が1年間で得られるだろうなどの試算もあるので、今までのような検証方法は不可能であるとも言えるべきである。

そもそも医学的な検証を厚生労働省という行政の責任ないし権威によって行うというのも奇妙なことと言わざるを得ない。その意味でも、今まで

の方法は歴史的な使命を終えたと考える。今後も検証作業を続けるなら、そのための費用を行政が支弁するとしても、検証そのものは関連する医学会が医学会の責任において行うことが妥当であり、どのような方法で行うかなどについても関連の医学会に任されるべきであると考えられる。

## 7. 提供医, 提供施設の負担軽減とインセンティブ<sup>5)</sup>

日本救急医学会は平成18年2月21日に「脳死判定と判定後の対応について－見解の提言」を公表し、「臓器移植手術を妥当な医療と認識し、脳死下臓器摘出と臓器提供は不可欠なものとして理解する」と述べ、脳死下臓器提供への協力と理解を表明している。これまでは本人の意思が存在したときのみ脳死下臓器提供が可能であるが、平成22年7月以降は本人の明確な意思が存在しなくても家族の承諾で脳死下臓器提供が可能となり、脳死下臓器提供数が増加することが予想される。

しかし、脳死下臓器提供の際には臓器提供施設に人的、時間的、あるいは経済的な負担が発生することは以前から指摘されている。3で述べたように、臨床的脳死診断から臓器摘出手術が終了するまで45時間と長時間を要することも負担の一因となっている。実際、脳死下臓器提供を経験した施設に対するアンケート調査によると、日常の診療に影響があると回答した施設が多くを占める。具体的には、臨床的脳死診断から法的脳死判定終了までの時間に2/3の施設において日常診療に影響をきたし、1/4の施設では救急患者受け入れ困難・不能な状態が生じたとしている。脳死判定以降のドナー管理の時間帯においても同様である。

脳死下での臓器提供が日常的な業務ではない現在の状況においては、提供医、提供施設の負担軽減に関する対策の一つとして、法的脳死判定、ドナー管理などに対する人的資源の供給を含めた支援体制の整備、確立が必要となってくる。

現時点での支援体制としては、日本脳神経外科学会脳波検査支援、日本救急医学会の法的脳死判定支援アドバイザー、ドナー評価・管理のためのメディカルコンサルタントなどの医師の派遣がある。これらを含めた支援体制をより整備していく必要と、支援する医師の経費や報酬などに対する

費用支弁に関しても検討すべき問題である。

また現在、脳死下臓器提供時の費用負担に関しては、平成18年4月の保険医療改訂により、脳死下臓器提供における診療報酬が算定された。脳死下臓器提供の場合には臓器提供数にかかわらず58万円が支払われ、この他提供臓器毎に臓器移植にかかわる費用配分が提供施設に約14万（腎）～約34万（心）円支払われる。またこれ以外に日本臓器移植ネットワークから200万円を限度に補助を出すことが可能となっている。

今後は脳死体から臓器の提供が行われた場合における、臓器の斡旋（レシピエントの選定・移植施設・提供施設への連絡）、ドナー家族の対応（意思確認を含む）、ドナー評価、管理、摘出手術時の支援（呼吸循環管理の支援を含む）、臓器搬送（搬送方法の手配を含む）、ドナー家族の支援などの日本臓器移植ネットワークコーディネーター・都道府県コーディネーター及びメディカルコンサルタントの業務にかかる費用を保険収載することを要望する。

## 文 献

- 1) 平成17年度厚生科学研究費総合研究報告書「脳死下での臓器移植の社会基盤に向けての研究（主任研究者：横田裕行）
- 2) 平成18年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業「脳死の発生等に関する研究（主任研究者：有賀徹）
- 3) 平成21年度厚生労働科学研究（厚生労働科学特別研究事業）小児の脳死判定及び臓器提供等に関する調査研究報告書（主任研究者：貫井英明）
- 4) 平成11年度厚生科学研究（厚生科学研究費特別研究事業）小児における脳死判定基準に関する研究班報告書「小児における脳死判定基準」（主任研究者：竹内一夫）
- 5) 平成20年度厚生労働科学研究費補助金 免疫アレルギー疾患等予防・治療研究事業：脳死並びに心停止ドナーにおけるマージナルドナーの有効利用に関する研究報告書

---

平成21年度厚生労働科学研究費補助金  
(厚生労働科学特別研究事業)

小児の脳死判定及び臓器提供等に関する調査研究  
(研究代表者 貫井英明：山梨大学元学長)

小児脳死下臓器提供施設に関する研究

---

発行 平成22年3月31日  
発行者 平成21年度厚生労働科学研究費補助金  
(厚生労働科学特別研究事業)  
小児脳死下臓器提供施設に関する研究  
研究分担者 横田 裕行  
日本医科大学大学院侵襲生体管理学  
東京都文京区千駄木1-1-5  
TEL03(3822)2131







