

会誌に日本語翻訳とともに解説したので参考にして欲しい⁴⁾。今、この宣言文は、ポスト・イスタンブール宣言活動推進として関係国際誌に取り上げられ^{5,6)}、世界中の多くの人たちに呼びかけが始まった。

一方、今年9月開かれた第44回日本移植学会総会(高原史郎会長)では、わが国のアジアの移植医療における責務を考え「アジアの移植事情」というテーマでシンポジウムが企画された。そこでは韓国、タイ、ベトナムでの現状が報告された。これらの国々のドネーション活動に関しては、本誌でも紹介したが⁷⁾、やはり隣国でもドナー不足は深刻で、きわめて地道な努力がなされている⁷⁾。

本特集は、あらためてわが国の現状を見つめ、アジア隣国の臓器移植の現状を理解し、隣人がドナー不足にいかにかんじ、それを払拭するための努力をなしているかを知ることができる。韓国、タイ、台湾、中国、そしてシンガポールの専門家に各国およびアジアの現状についてご紹介いただいている。また本特集が、隣人であるアジア諸国の臓器不足の状況を理解し、相互に協力しながら自国のドナー不足の現状を打破するためポスト・イスタンブール宣言活動となることを期待する。

文 献

1) Budiani-Saberi DA, Delmonico FL. Organ trafficking

and transplant tourism: a commentary on the global realities. *Am J Transplant* 2008; 8: 925-929.

- 2) 小林英司, 高原史郎, 福嶋教偉, 他. 渡航移植者の実情と術後の状況に関する調査研究. 平成17年度厚生労働科学研究補助金(特別研究事業)報告書.
- 3) Steering Committee of the Istanbul Summit. Organ trafficking and transplant tourism and commercialism: the Declaration of Istanbul. *Lancet* 2008; 372: 5-6.
- 4) 小林英司. 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. *移植* 2008; 43: 368-377.
- 5) International Summit on Transplant Tourism and Organ trafficking. The Declaration of Istanbul on Organ Trafficking and Transplant Tourism. *Clin J Am Soc Nephrol* 2008; 3: 1227-1231.
- 6) Participants in the International Summit on Transplant Tourism and Organ Trafficking Convened by the Transplantation Society and International Society of Nephrology in Istanbul, Turkey, April 30-May 2, 2008. The Declaration of Istanbul on Organ Trafficking and Transplant Tourism. *Transplantation* 2008; 86: 1013-1018.
- 7) 小林英司. アジア諸国の脳死移植への取り組みから一タイ Organ Donation Center の活動. *移植* 2007; 42: 558-560.

渡航移植の制限—世界の潮流—

*1自治医科大学先端医療技術開発センター 先端治療開発部門

*2大阪大学大学院医学系研究科 先端移植基盤医療学

小林英司*1 高原史郎*2

はじめに

移植医療は末期臓器不全の患者の切り札として急速に世界に拡がってきた。世界では脳死を含む死体ドナーを主軸として推進されてきたが、各国でも種々の条件下で生体ドナー移植が発展してきている。しかし、生体ドナーを中心に、絶対的な貧富の差などにより個々の国単独で対応できない倫理的問題が生じてきた。

この国際的倫理問題に立ち向かうために、移

植専門家集団(The Transplantation Society : TTS)が2008年4月30日から5月2日までサミットを行い「イスタンブール宣言」を取りまとめた。

TTSのこのような活動は、4年前から活発化し、世界6地域にいるTTSの評議員のサポートをしながら、各国の調整役としてSteering Committee(舵取り委員会)が組織された。現在32名がこのメンバーとなっており(表)、今回のサミットのたたき台を検討した。サミットの骨子は、各国の国内事情により種々困難な倫理的

表 The Steering Committee

Mario Abbud-Filho, Brazil	Eiji Kobayashi, Japan
Mustafa Al-Mousawi, Kuwait	Norbert Lameire, Belgium
Ali Abdulkareem Alobaidli, UAE	Adeera Levin, Canada
Mona Alrukhaimi, UAE	Mahamane K. Maiga, Mali
Alireza Bagheri, Canada	Dominique Martin, Australia
Mohamed Adel Bakr, Egypt	Marwan Masri, Lebanon
Antoine Barbari, Lebanon	Seraladevi Naicker, South Africa
Alexander Capron, WHO	Luc Noel, WHO
Jeremy R. Chapman, Australia	S. Adibul Hasan Rizvi, Pakistan
William Couser, USA	Bernardo Rodriguez-Iturbe, Venezuela
Gabriel Danovitch, USA	Mohamed H. Sayegh, USA
Leonardo De Castro, Philippines	Faissal A. Shaheen, Saudi Arabia
Francis L. Delmonico, TTS	Antoine Stephan, Lebanon
Iraj Fazel, Iran	Annika Tibell, Sweden
Mehmet A. Haberal, Turkey	Matthew Kwok-Lung Tong, Hong-Kong
Vivekanand Jha, India	A. Vathsala, Singapore

Limitation of travel for transplantation

key words : organ trafficking, transplant tourism, transplant commercialism

問題を解決すべく移植の専門家集団として交流を深め、移植医療の世界的な適正化のために動こうとするものである。

宣言は、organ trafficking(臓器取引)、transplant commercialism(移植商業主義)への全面的反対、travel for transplantation(渡航移植)が違法で、非人道的な場合はtransplant tourism(移植ツーリズム)と認識されると定義したことである。

本総説は、まずこのイスタンブール宣言における渡航移植の制限が国際的な考え方であることに焦点をあてたうえで解説を加えた。2009年7月、わが国の臓器移植法が改正されるに至ったが、TTSのSteering Committeeからの報告をもとに世界の潮流を学んでほしい。

渡航移植の制限 —イスタンブール宣言の解釈

先に日本移植学会では、イスタンブール宣言がLancet誌に掲載されると同時にその翻訳を学会ホームページなどを介して多くの方々に広報した²⁾。ひと口に翻訳とは言うものの、その訳にひそむ種々の背景が重要である。ここでは、解釈の例を2~3紹介する。まず、翻訳委員会ではorgan traffickingを従来の訳のように“臓器売買”とせず、“臓器「取引」”と訳した。また、transplant commercialismは“移植商業主義”と訳し、臓器を売買し商品のように扱うことと訳した。“売買”と訳すと単純に考えられがちだが、イスタンブールサミットの討論では、“being bought or sold”が並列に並べられ、「売ること」も「買うこと」も人としての尊厳をなくすことであるとして激論が交わされた。渡航移植の制限にかかわるtransplant tourism(“移植ツーリズム”と訳)では、自国で移植ができない場合の人道的な渡航移植であるtravel for transplantation(“移植のための渡航”と訳)と区別した。大論議の末、用語として残ったが、結果として自国民の移植機会を奪うものであればtransplant tourismとなるとの結論であった。

小児心移植が実際上不可能なわが国において

は、まことに悩ましい現状であるが、世界中が臓器不足のため緊迫していることがうかがえる。以下、原文とその訳を記載する。

Travel for transplantation is the movement of organs, donors, recipients or transplant professionals across jurisdictional borders for transplantation purposes. Travel for transplantation becomes **transplant tourism** if it involves organ trafficking and/or transplant commercialism or if the resources (organs, professionals and transplant centers) devoted to providing transplants to patients from outside a country undermine the country's ability to provide transplant services for its own population.

訳：移植のための渡航(travel for transplantation)とは、臓器そのもの、ドナー、レシピエント、または移植医療の専門家が、臓器移植の目的のために国境を越えて移動することをいう。移植のための渡航に、臓器取引や移植商業主義の要素が含まれたり、あるいは、外国からの患者への臓器移植に用いられる資源(臓器、専門家、移植施設)のために自国民の移植医療の機会が減少したりする場合は、移植ツーリズム(transplant tourism)となる。

さらにイスタンブール宣言では、生体ドナーの保護についても触れている。多くが生体ドナーに頼って発展してきたわが国の移植医療と欧米先進国とはその背景が異なる。また、同じアジアのなかでの経済的格差なども非血縁者間移植の悩ましい問題となっている。

しかし、ここで改めてわが国の現状を見つめ、アジア隣国の臓器移植の現状を理解し、隣人がドナー不足にいかにかに苦しみ、それを払拭するためいかなる努力をしているかを知ることが重要である³⁾。韓国、タイ、台湾、中国、そしてシンガポールの専門家は各国およびアジアの現状について以下から学び取ってほしい。今後は、隣人であるアジア諸国の臓器不足の現状を理解し、相互に協力しながら、自国のドナー不足の現状を打破するためポスト・イスタンブール宣言活動となることを期待している。

ポスト・イスタンブール宣言—TTS Steering Committee からの報告

中国

Dr. Danovitch と Dr. Al-Mousawi (Task Force 3) から中国保健省へ直接伝えられた情報により、黄潔夫 (Huang Jiefu) 保健副大臣が行動を起こした。中国当局にもたらされた情報により、いくつかの病院が処分を受け、少なくとも 1 年間の閉鎖を命じられた。中国政府はすべての病院を完全に管理しているわけではないことが認められた。例えば軍の病院に対しては政府の管理が及んでいない。そのため、いまだに死刑囚からの臓器を得るため中国に赴く患者がいる。イスタンブール宣言が卓越した力であり続けるよう、鼓舞される場所である。

コロンビア

Dr. Chapman が 2008 年夏にコロンビアを訪問した。コロンビア移植学会長から、イスタンブール宣言の代表が同国保健省の担当官に会うよう要請がなされた。その結果、「コロンビアで行われた移植のドナーと外国患者に関するデータを提供する」との返答が得られた。今後数カ月の間に、ラテンアメリカおよびカリブ移植学会と共同で、更なる活動が行われる予定である。

エジプト

イスタンブール宣言を代表して Dr. Haberal, Dr. Shaheen, Dr. Al-Mousawi, Dr. Bakr, Dr. Delmonico が、エジプト保健省とエジプト腎臓病学会の指導者との間で 2008 年 10 月 15 日にカイロで行われた会議に出席した。保健大臣は、イスタンブール宣言代表に、エジプトで外国の患者が移植を受けるのを減らすため政府の行動を開始すると保証した。Dr. Bakr が、エジプト腎臓病学会の代理として、保健省とイスタンブール宣言をサポートする詳細なプランを提示した。

Dr. Haberal と Dr. Delmonico がイスタンブール宣言を代表して、2009 年 2 月 14 日にカイロで、保健省大臣 El-Gabaly 主催の会議に出席した。この会議では、イスタンブール・サミット

参加者の Refaat Kamel と Adel Bakr が重要なリーダーシップをふるったことであろう。

日本

日本移植学会は 2008 年 9 月の第 44 回日本移植学会総会 (高原史郎会長) で第 4 回世界移植デーを同時開催し、前述の世界的趨勢を日本の国民に啓発すべく、多くのプログラムを企画した。国際移植学会などのメンバー Dr. Chapman, Dr. Delmonico, Gunter Kirste, Luc Noel, Philip Morel, Gloria Paez らの協力を得た。さらにアジアから Myoung Soon Kim, Visit Dhitavat, Nguyen Hoang Phuc, Miinggang Zhao らが来日し協力した。移植の改善を願う多くの人たちの努力で、わが国の法改正の動きに拍車がかかった。

インド

2008 年 11 月の常任会議で、Dr. Vivek Jha が、Guragon での違法取引事件について報告した。インド政府は違法行為の監視を続けており、いくつかのグループからの圧力が続いていることをものともせず、商業化に反対する強固な立場をとった。非血縁者からの「愛他的な」臓器提供は、現在厳重な審査に服している。イスタンブール宣言はインドで促進されてきた。ヒト臓器移植法は現在改正中で、臓器売買の禁止は維持される。WHO の地域会議が 2009 年 2 月にインドのジャイプールで開かれ、イスタンブール宣言代表が出席した。

イラン

イランは移植ツーリズムを成功裏に減少させてきたが、「イラン・モデル」は今やドナーとレシピエントの間で追加の支払いの交渉を可能にするものとして知られるようになり、イラン国内ではこのプログラムが意図された通りに働いていないという感情が高まっている (参照: "Quality of life and life events of living unrelated kidney donors in Iran: a multicenter study". Nejatisafa A, Mortaz-Hedjri S, Malakoutian T, Arbabi M, Hakemi M, Haghghi A, Mohammadi MR, Fazel I. *Transplantation* 2008 Oct 15; 86 (7): 937-40.). イラン・モデルはイスタンブー

ル宣言に反している。イスタンブール宣言に合うように移植を行っているイランの移植のリーダーもいる。例えば、11月にシラズで行われたMESOT会議を主催したMalekhosseini SAである。Dr. Bagheriはイスタンブール宣言実施のための重要な代表である。

イスラエル

2008年11月の常任会議でDr. Danovitchが、Knessetイスラエル国会がイスラエル国外への違法な渡航移植を禁じたと報告した。移植ツーリズムへの保険の支払いはすでに停止された。ブローカーたちは今や刑事訴追に直面している。イスラエル移植センター長のDr. Gurmanからは、以下の言葉を受け取った：イスラエル財務省保険部は、イスラエル国外で行われる移植の費用への保険支払いに対し特別の新しい規制を設けた。保険の支払いは、1)臓器の調達と移植が手術の行われる国の法律に従って行われ、2)臓器の商業主義や取引の疑いがない場合にのみ行われる。イスラエルのすべての保険会社には、この新しい規制を顧客に伝える義務が課される。

2008年3月に制定された法律ではまた、ドナーの費用への償還として、18,000シケル(約41万円)を1回の定額払いとして認めている。イスラエルの規制当局は、いまだに法のこの規定を施行していない。常任会議は、こうした支払いはイスタンブール宣言に適合しないかもしれないとの懸念を表明した。

サウジアラビア王国

2008年11月の常任会議で、Dr. Shaheenは、サウジアラビア王国から外国に移植を受けに行く患者はかなり少なくなっており、死者からの提供が増えていると報告した。明らかに、臓器提供者には補償として5万リアル(約122万円)支給できるとのサウジ法の規定は実施されたことがない。

クウェート

2008年11月の常任会議で、Dr. Al-Mousawiは、臓器の売買防止について進展はあったが、いまだに腎臓は売られていると報告した。励みになるのは、死者からの提供が増えていること

である。Dr. Al-Mousawiとのやりとりを通じてフォローすべきことがもっとあるだろう。Dr. Al-Mousawiは、彼個人に(政治的な)結果が降りかかることがあっても、リーダーシップをふるうよう勧められた。

レバノン

保健省と宗教指導者たちに、イスタンブール宣言策定のリーダー Antoine Barbari, Antoine Stephan, Marwan Masri から、宣言について情報提供がなされた。外国人からレバノン国民への提供は長い間禁止されており、提供は倫理委員会による厳格な審査に従っている。生きている人から提供を受けることができる前に、まず死者からの提供待機リストに載って待たなければならない期間を義務づけることで、死者からの提供が奨励されている。帰国した渡航移植患者 transplant tourist のフォローアップケアは政府による支給対象にされ続けている。

マリ

Marc DeBroe のリーダーシップのもとで、WHO, ISN, TTS, GAT, SMN とマリ保健省が開いた「慢性腎臓病の防止と移植、途上国において達成可能なこと」に関する会議に、イスタンブール宣言代表が出席した。イスタンブール宣言への支持は着実に高まっている。

パキスタン

2008年にムシャラフ大統領は、外国人患者がパキスタンに渡航して腎臓を買うことを禁止する布告に署名した。数週間前、イスタンブール宣言メンバー Dr. Rizvi と Dr. Naqvi のリーダーシップがうまくなされて、パキスタン議会においてこの布告への挑戦異議が退けられた。イスタンブール宣言は、監視の機能を果たしている。

フィリピン

2008年11月の常任会議において、Dr. DeCastro は、非フィリピン人への臓器提供者に対する支払いはアロヨ大統領の命令によって禁止されたと報告し、Dr. Padilla は、外国人患者は閉め出されたと報告した。しかし地下で実施が続いている可能性がある。2009年春に、イスタンブール宣言リーダー代表(Dr. Danovitch と Dr.

Delmonico)が Dr. Padilla とともにフィリピンを訪問した。

ロシア

イスタンブール宣言を代表して Dr. Danovitch と Dr. Delmonico が、2008 年 11 月にモスクワの国立研究所で Dr. Sergey Gautier によって開かれた会議に出席した。

シンガポール

Dr. Chapman がシンガポールを訪問し、臓器提供者への補償をトピックにした全国討論会でイスタンブール宣言を紹介した。Dr. Chapman と Dr. Delmonico はジュネーブでの WHO 執行理事会においてシンガポール代表と会った。現在、シンガポール国会での審議のため起草された法案は、経費について(補償に対し)「償還」という語を特に用いている。Dr. Chapman はジュネーブ会合で保健省担当官に以下の懸念を伝えた：提供者はどこから来るのか？ 現在の法案は、例えばマレーシア、フィリピンやインドネシアから来る外国人の提供者を禁止していない。この懸念を強める書簡が、アジア臓器取引タスクフォースから、議長の Daniel Fu-Chang Tsai のリーダーシップのもとでシンガポール保健省に送られた。Dr. Bagheri もこのアジア臓器取引タスクフォースの努力において非常に影響力のあるリーダーであった。ほかの何人かのイスタンブール・サミット参加者もメンバーである。このアジア臓器取引タスクフォースによる文通はまた、Dr. Chapman が TTS(議長として)およびイスタンブール宣言を代表してシンガポール保健省に懸念を表明した公式書簡への注意も喚起した。

アメリカ合衆国

2008 年 11 月の常任会議で Dr. Danovitch が、腎臓を買って移植を受け、中国とエジプトから米国に帰国した数人の患者について報告した。中国からの 1 人のレシピエントは詳細な記録を持っており、その後中国保健省に伝えられた。

連邦議会では、ペンシルベニアの Specter 上院議員が、1984 年の全国臓器移植法(NOTA)を撤廃し、臓器提供者にかかった費用の償還を超

えた補償をすることができるようにする法案が提出された。本稿を執筆している時点で最終的な法案は成立していないが、米国移植学会は Specter 上院議員事務所へ直接、臓器に現金を支払うことには引き続き反対することを表明した。全国腎臓基金も NOTA 改正に反対する立場を公式にとった。

Dr. Sayegh は 10 月の米国腎臓病学会(ASN)でイスタンブール宣言に関するプレゼンテーションを行った。ASN はイスタンブール宣言を支持している。

UAE(アラブ首長国連邦)

Dr. Mona Alrukhaimi は、外国で腎移植を受けて帰国した患者を受け入れ続けている。この情報は、新興の脅威 emerging threat に関するイスタンブール宣言タスクフォース 3 にもたらされた。その情報は、適切な保健省関係者に伝えられているところである。

バチカン

イタリア国立移植センターが法王庁生命アカデミー(PAV)および世界カトリック医師会連盟との共催で開いた特別会合に、イスタンブール宣言代表が出席した。PAV 会長 Fisichella 猯下との会話において、PAV はイスタンブール宣言を支持するとの保証が与えられた。その後、法王ベネディクト(16世)は会合参加者への挨拶のなかで臓器取引を非難した。

ベトナム

われわれは、ベトナムの官吏が中国に行き腎移植を受け、その生体提供者が死んだとの知らせを受け取った。中国の適切な規制当局に報告書を提出する前に、証拠書類の調査が必要だろう。提供者の死という悲劇はあったが、現在、中国に外国の患者が移植を受けに行くことは法律で禁止されている。

2009 年 5 月にハノイで開かれた医療フォーラムにおいて、イスタンブール宣言が紹介された。**世界保健機関(WHO)**

2009 年 1 月 24 日、スイスのジュネーブで、Jeremy Chapman が WHO 執行理事会第 124 回会合においてスピーチを行い、世界保健機関の

改訂指導原則への支持を伝えた。WHO 執行理事会は、世界保健機関総会が行った決議を処理するために開かれた。WHO 事務局は、Dr. Luc Noel のリーダーシップのもとで、死後提供者への配慮により焦点を当て、生体提供者すべての保護を強化する改訂指導原則を発展させるために、国と地域のレベルで広範に協議を行った。2009 年度 WHO 総会でのイスタンブール宣言が採択される予定であったが、新型インフルエンザ問題により次年度(2010 年)に先送りとなった。

おわりに

イスタンブール宣言後も、TTS のみならず多くの移植専門家の働きかけが活発化している。このような世界的「自給自足」の方向性が示され、わが国もようやく基準は国際水準となった。しかし、いま一度わが国において脳死移植という医療がなぜ受け入れ難かったのかを社会全体で考える必要がある。この 11 年間の事実を真摯に受けとめ打開策を明確に示すべきである。

謝 辞

各国のポスト・イスタンブール宣言の活動内容は、TTS Steering メンバーからの報告を基にした。また、この報告は、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)「再生・移植医療の現状と将来に向けての国際比較」：研究代表者・田中紘一先生の名前ですでに報告したものである。

REFERENCES(参考文献)

1. 小林英司. Istanbul Summit on Organ Trafficking and Transplant Tourism 報告—April 30 to May 2, 2008/Istanbul, Turkey—. 移植 2008 ; 43 : 211-2.

2. 小林英司(国際移植学会 翻訳：日本移植学会アドホック翻訳委員会). 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(2008 年 5 月 2 日, イスタンブール). 移植 2008 ; 43 : 368-77.
3. 小林英司. ポスト・イスタンブール宣言—アジアの臓器移植の現状を見て—, 移植 2008 ; 43 : 408-10.
4. The Declaration of Istanbul on organ trafficking and transplant tourism. *Exp Clin Transplant* 2008 ; 6 : 171-9.
5. The Declaration of Istanbul on organ trafficking and transplant tourism. *Transplantation* 2008 ; 86 : 1013-8.
6. The Declaration of Istanbul on organ trafficking and transplant tourism. *Nephrol Dial Transplant* 2008 ; 23 : 3375-80.
7. The Development of the declaration of Istanbul on Organ Trafficking and Transplant Tourism. *Nephrol Dial Transplant* 2008 ; 23 : 3381-2.
8. International Summit on Transplant Tourism and Organ Trafficking. The Declaration of Istanbul on Organ Trafficking and Transplant Tourism. *Clin J Am Soc Nephrol* 2008 ; 3 : 1227-31.
9. The Declaration of Istanbul on organ trafficking and transplant tourism. *Kidney Int* 2008 ; 74 : 854-9. Comment in : *Kidney Int* 2008 ; 74 : 839-40.
10. Steering Committee of the Istanbul Summit. Organ trafficking and transplant tourism and commercialism : the Declaration of Istanbul. *Lancet* 2008 ; 372(9632) : 5-6.

イスタンブール宣言にかかわって

小林英司

自治医科大学先端医療技術開発センター先端治療開発部門

はじめに

1980年中ごろから欧米で臓器移植治療が末期臓器不全の患者の切り札として登場した。当時はこれまでの常識をくつがえす、まさに革命的治療法として、瀕死の患者を救うための実験的治療であったことはいまでもない。この治療法は、脳死を含む死体ドナーを主軸として推進されたが、種々の条件下で生体ドナー移植も行われた。死体および生体移植のいずれも、崇高な思いを必要として、種々の医学的、倫理的問題が発生しやすい状況であった。したがって、当初より倫理的規範が重要な要件であり、移植の専門家集団は、それぞれの医療集団として種々のガイドラインを制定した。世界保健機構（WHO）も1987年の総会には臓器移植のガイドライン制定を実地する決議し（WHA 40.13）、さらに1991年「移植ガイドライン」制定（WHA 42.5）するに至った。

臓器移植は、まさに20世紀の革命的治療であり、医療として急速に先進諸国に広がった。1990年代に入ると種々の移植に有利な免疫抑制薬の開発や移植技術や術後管理の進歩により、欧米諸国を中心に普及した。一方、瀕死の患者を劇的に救済する威力を示す臓器移植治療は、罰則のないガイドラインなどの規制下では種々の倫理的問題が起り、多くの国で臓器移植のための法律が制定されはじめた。死する患者がまさによみがえる革命的な治療が普及する一方で、臓器提供者は患者数に比し十分とならず、生体移植が急増し続けた。発展途上国での臓器売買、渡航移植、さらに先進国でも科学技術の発展により細胞・組織の商業利用に拍車がかかってきた。そのような状況の中WHOは2003年マドリードの予備会議で臓器移植のガイドライン改正案作成し、2004年、総会でそれを可決するに至っていた。

一方、わが国の臓器移植は、脳死移植が困難というきわめて特殊な状況下で行われてきた。腎臓移植は、心臓停止ドナーや血液型不適合ドナー等リスクの高い

ケースも選択し行われた。また海外にそのすべてを依存してきた肝臓移植は、1989年から始まる小児生体ドナー肝移植により開始された。開始当初は、病める子を救う両親がドナーとなっていたが、成人患者を救うための大きな肝臓を提供するドナーが必要となり、血縁者間のドナー選択は悩ましい問題に巻き込まれはじめた。脳死ドナーを必須とする心臓移植は、1997年に採択された移植法案により開始されたが、脳死を主軸とする他国の移植医療社会とはきわめて異なる背景が根ざしていた。11年前の法案自体は、「脳死が人の死である」という認識について一般的に十分とはいえない状況であった。ドナーとなるための「本人の書面による意思表示」を必須とする移植法が作られ、自己決定（オートノミー）を最重要とすべし、わが国の脳死移植を開始してきた大きな一歩であったことは間違いがない。

そして、この移植法案が採択され、この11年間に80余の尊い脳死ドナーが現れた。提供された臓器を受けた患者は、世界最高水準といえる予後を得ている。しかし「自己」の意思決定のみということで脳死ドナー提供率が「世界最低値」であることや「15歳未満が対象外」とならざるを得ない現実が改善されない。海外に臓器を求める以外に生きるすべがなくなっている移植待機患者は、脳死移植が国内でまったくできないでいる時代とは異なるレベルで窮地に追い込まれている。

2004年厚生労働特別研究事業

そのような状況変化の中、移植関係者から「海外での移植患者の予後が不良であることを指摘するケースレポート」があった。2004年厚生労働省と日本移植学会が協力して渡航移植者の実情を調べる必要性を討議した。そして、田中紘一日本移植学会理事長（当時）のもと、当方が班長となり、平成17年度厚生労働特別研究事業「渡航移植者の実情と術後の状況に関する

調査研究」を開始した。前述のようにわが国の脳死移植が開始されて10年余り経過しようとする中で、過去の渡航移植とは別次元の倫理的問題や国際的問題が山積していた。これまでも学会レベルでのアンケートを行い、渡航移植患者の予後を把握しようとする努力はなされてきたものの、当事者のプライバシーに配慮し、可能な限りの実態を詳しく調査する必要があった。1年限りの特別研究は、実質数カ月で行われた。移植専門化集団へのアンケート調査で行われたが、当事者のプライバシーに配慮し、できる限り当事者に近いものより匿名でその現状をヒアリングしながら行った。その結果は、他で公のものとなったが、その要点は以下であった¹⁾。

心臓移植の調査では、1984年から2005年末までに103例が海外渡航心臓移植を受けたことが判明した。男性が64例、女性が39例であり、移植時年齢は、10歳未満が32例、10～17歳が22例、18歳以上が49例であった。法制定までは、1995年に9例施行された以外は年間1～4例であったのが、法制定後施行数は増加し、2000年以降は毎年7例以上となっていた。特に2005年は15例の海外渡航心臓移植が施行された。渡航先は米国85例、ドイツ9例、英国7例、カナダ1例、フランス1例で、法制定後はイギリス、フランスでの受入はなかった。斡旋・紹介は全例明確であった。渡航移植後の成績は良好であるが、渡航後待機中に死亡している例が11例あることが判明した。

肝臓移植の調査の結果は、120施設(97.6%)から回答を得た。83施設において2,982名の肝移植患者が外来通院し、うち43施設において221名が海外で肝移植を受けていた。渡航先は12カ国にわたり、オーストラリア(20施設)、アメリカ合衆国(19施設)、中国(14施設)が最も多かった。国別の渡航人数については、患者の倫理的面等により返答が得られなかったものが、6施設(120名)あった。渡航人数が判明しているものは、101名($101/221 \times 100 = 45.7\%$)で、米国42名、オーストラリア14名、中国14名、イギリス4名、ドイツ3名、スウェーデン3名、韓国2名、ベルギー2名、コロンビア1名であった。斡旋紹介に関しては、回答が得られないものがあった。

腎臓移植の調査の結果は、138施設(90.0%)から回答があった。136施設において8,297名の腎移植患者が外来通院し、うち63施設において198名が海外で腎移植を受けていた。渡航先は9カ国にわたり、中国(48施設)、フィリピン(20施設)、アメリカ合衆

国(18施設)が最も多かった。把握されている渡航国としては、中国106名、フィリピン30名、米国27名、韓国11名、タイ2名、フランス1名、パキスタン1名、インド1名、ペルー1名、詳細不明18名(合計198名)であった。斡旋・紹介に関しては、回答が得られない例があった。

この調査を通じて渡航移植が発生する原因は、①国内における提供者の絶対的不足による移植不可、または待機時間の延長、②小児移植が不可能な臓器に置ける法的問題、③インターネットを中心とした、新たな情報源の発展による、専門医が必ずしも介在しない患者、家族自らの自発的な行動が上げられた。

海外渡航移植の当事者の心情は、移植する臓器により状況は異なると考えられた。心臓移植を必要とする小児においては、国内では小児ドナーからの移植が法律で認められていないために、巨額の医療費と渡航費用を募金活動に頼りながら渡航移植実現にこぎ着けていた。また肝臓移植では、移植以外に根治的な治療法がなく緊急の移植を必要としながら血縁者内に適切なドナーを見いだせない場合などでは、必死の思いで海外に移植の機会を求める現状がうかがわれた。さらに比較的待機期間が長い腎臓移植においても、長期間の透析治療に耐えかね、海外での腎移植を選択するケースが増えていると思われた。

この調査からも、わが国が渡航移植を通じ国際的、倫理的渦に確実に巻き込まれており、自国の医療を自国民とともに是正しなければならないことは明白であった。

2008年イスタンブール宣言

2005年、ボストンで行われた国際移植学会において、TTSのコアメンバーであるキャサリン・ウッド教授、アニカ・チュベル教授、フランシス・デルモニコ教授らと日本の調査研究の結果について討議した。日本からは本調査の分担者である高原史郎先生、福島教偉先生が参加した。アカデミアが主導してこのような調査をまとめたものは世界になく、日本移植学会の姿勢が高く評価されたと自負している。しかし、一方で日本の患者が海外渡航している事実の打開策を具体的にできないでいることは、日本で移植治療に携わるものとしてきわめて歯がゆい思いもした。当時、中国で行われている死刑囚ドナーが大きな話題となっており、日本からの患者が数多く中国に臓器を求めて渡っていることがメディア等でも報じられていた。

TTSは、ハーバード大学のフランシス・デルモニコ教授をチーフにし、各国の調整役としてSteering Committee (舵取り委員会)を組織した。実際に移植治療をやるもの、倫理を専門とするもの、移植研究をするもの、さらにWHOからの2名等を加え、32名がこのメンバーとなった。TTSは世界6地域にそれぞれカウンセラーをもち、全世界をカバーしている唯一の移植のアカデミア集団である。メンバーはそれぞれの地域のカウンセラーとみつに連携を取り、イスタンブール宣言のまとめに取りかかった。

2007年12月、イスタンブールサミットに先立ち、ドバイでこの舵取り委員が集まった。目的は次年度に予定するイスタンブールサミットのたたき台の討議である。著者は、家族の急用で出席を当日キャンセルしたが、事前にわが国の渡航者移植の現状の調査資料を送り、その後のメール会議に参加した。メンバーは、種々困難な倫理的問題を移植の専門家集団として交流を深めた。各国ともそれぞれ状況が異なる点も多くあったが、移植医療の世界的な適正化のために努力した。

2008年4月30日、この舵取りメンバーが、まずイスタンブールに集結した。まず、コンセンサ会議の資料を再度討議した。宣言の骨子は、organ trafficking (臓器取引)、transplant commercialism (移植商業化)の用語を設定し、これに対して全面的反対を示す内容であった。このような用語の定義を論議している折の逸話がある。専門用語は普段、著者が使用している医科学上のものと異なり、英語での激しい討議には閉口した。しかし、TTSの舵取り委員も全員が英語圏の人間でもなく、宣言の用語には特に注意を払われた。当方は、使い慣れない英語を調べるのに電子辞書を持っていたが、舵取りメンバーの会議で、“Exploitation (搾取)”を討議したことがある。これに注釈が必要かを討議した折、当方が英英辞典でこれをその会議で調べた。「A situation in which you treat someone unfairly by asking them to do things for you, but give them very little in return-used to show disapproval」と辞書に書いてある文を読み上げると、メンバーが妙に納得し注釈不要としたことを覚えている。

翌日の5月1日には、世界78カ国152名の臓器移植関連の専門集団が一堂に集まった²⁾。わが国からは高原史郎(日本移植学会副理事長)、篠崎尚史(同学会WHO関連)、長谷川友紀(同学会倫理委員長)が参加した。会議ではまず事前に割り振られた8グルー

プに全員が参加し、文章の内容を再度討議した。そして全員が翌2日の宣誓までは退席を許されないコンセンサ会議が行われた。宣誓文は、後日Lancet誌に報告され公のものとなった³⁾。その全文は、日本移植学会会員にいち早く知らせ、学会ホームページに、また学会誌に日本語翻訳とともに掲載された⁴⁾。

翻訳では“organ trafficking”を従来の訳のように“臓器売買”とせず、“臓器「取引」”と訳した。また、“transplant commercialism”は“移植商業主義”と訳し、臓器を売買し商品のように扱うことと訳した。“売買”と訳すと単純に考えられがちだが、イスタンブールサミットの討議では、being bought or soldが並列に並べられ、「売ること」も「買うこと」も人としての尊厳をなくすることであると大きな論議を行ったことも忘れえない思い出となった。渡航移植の制限にかかわるtransplant tourism (“移植ツーリズム”と訳)では、自国で移植ができない場合の人道的な渡航移植であるtravel for transplantation (“移植のための渡航”と訳)と区別した。大論議の末、本用語が残ったが、結果として自国民の移植機会を奪うものであればtransplant tourismとなるとの論議であった。

イスタンブール宣言では、生体ドナーの保護についても重要な点を述べている。多くが生体ドナーに頼って発展してきたわが国の移植医療と欧米先進国とその背景が異なる。フィリピン等は同じアジアの中でも経済的理由等で非血縁者間移植の悩ましい問題となっている。イスタンブール宣言ではこのような異なる背景についての説明や取り扱い、詳しく記してない。しかし「生体ドナーをレシピエントと同様の患者として扱うべき」という論議は、納得の行くものであった。また生体ドナーの敬称について、当初イスタンブール宣言では、“hero”として扱おうとされていた。生体ドナーとなることは確かに崇高なことであるが、そのすべてが血縁者で行われているわが国にとってなじまない。論議の末、形容詞となり“heroic”となったが、日本語訳でも「高潔な」とすることができ、「英雄的な」と単純な誤訳にならずに済んだことは不慣れた法律用語や倫理用語に対し自ら理解しわが国の実情に合わせようとしたことが、今となれば思い出となった。

譯 終わりに

イスタンブール宣言後もTTSのみならず多くの移植専門家の働きかけが活発化している⁵⁾。このような世界的「自給自足」の方向性が示され、2009年7月

日本もようやく基準は国際水準となった。この法案改正において参議院厚生労働委員会の参考人質疑でこのイスタンブール宣言に意味と意義、そしてわが国の抱える国際性の問題について述べる機会を得た⁹⁾。解散まじかな国会議員の方々に当方の考えを十分伝えきれたかいささか自信がもてない短期のものであった。

本項を書くにあたり最も述べておきたい点は、法案は改定されたが、今一度わが国において脳死移植という医療がなぜ受け入れられなかったのかを社会全体で振り返る必要がある点である。この11年間の事実を真摯に受けとめ打開策を明確に示すべきである。そして、アジアの医療、経済のリーダーとしても隣国の臓器移植の現状を理解し、隣人がドナー不足にいかにかに苦しみ、それを払拭するための努力をなしているかをもっと真摯に見つめ、交流を持つべきである。

文 献

- 1) 小林英司, 高原史郎, 福島教偉, 他. 渡航移植者の実情と術後の状況に関する調査研究. 平成17年度厚生労働科学研究補助金(特別研究事業)報告書.
- 2) 小林英司. Istanbul Summit on Organ Trafficking and Transplant Tourism 報告: April 30 to May 2, 2008/Istanbul, Turkey. 移植 2008; 43: 211-213.
- 3) Steering Committee of the Istanbul Summit. Organ trafficking and transplant tourism and commercialism: the Declaration of Istanbul. The Lancet 2008; 372: 5-6.
- 4) 小林英司; 国際移植学会(翻訳: 日本移植学会アドホック翻訳委員会). 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(2008年5月2日, イスタンブール). 移植 2008; 43: 368-377.
- 5) 小林英司. ポスト・イスタンブール宣言: アジアの臓器移植の現状をみて. 移植 2008; 43: 408-410.
- 6) 参議院厚生労働委員会会議録第二十二号, 2009年7月6日.

1) 小林英司, 高原史郎, 福島教偉, 他. 渡航移植者の

SUMMIT REPORT

The Declaration of Istanbul on Organ Trafficking and Transplant Tourism

Participants in the International Summit on Transplant Tourism and Organ Trafficking convened by The Transplantation Society and International Society of Nephrology in Istanbul, Turkey, April 30–May 2, 2008*

Preamble

Organ transplantation, one of the medical miracles of the twentieth century, has prolonged and improved the lives of hundreds of thousands of patients worldwide. The many great scientific and clinical advances of dedicated health professionals, as well as countless acts of generosity by organ donors and their families, have made transplantation not only a life-saving therapy but a shining symbol of human solidarity. Yet these accomplishments have been tarnished by numerous reports of trafficking in human beings who are used as sources of organs and of patient-tourists from rich countries who travel abroad to purchase organs from poor people. In 2004, the World Health Organization, called on member states “to take measures to protect the poorest and vulnerable groups from transplant tourism and the sale of tissues and organs, including attention to the wider problem of international trafficking in human tissues and organs” (1).

To address the urgent and growing problems of organ sales, transplant tourism and trafficking in organ donors in the context of the global shortage of organs, a Summit Meeting of more than 150 representatives of scientific and medical bodies from around the world, government officials, social scientists, and ethicists, was held in Istanbul from April 30 to May 2, 2008. Preparatory work for the meeting was undertaken by a Steering Committee convened by The Transplantation Society (TTS) and the International Society of Nephrology (ISN) in Dubai in December 2007. That committee’s draft declaration was widely circulated and then revised in light of the comments received. At the Summit, the revised draft was reviewed by working groups and finalized in plenary deliberations.

This Declaration represents the consensus of the Summit participants. All countries need a legal and professional framework to govern organ donation and transplantation activities, as well as a transparent regulatory oversight system that ensures donor and recipient safety and the enforcement of standards and prohibitions on unethical practices.

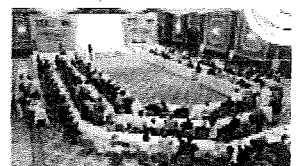
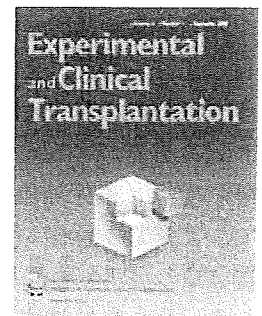
Unethical practices are, in part, an undesirable consequence of the global shortage of organs for transplantation. Thus, each country should strive both to ensure that programs to prevent organ failure are implemented and to provide organs to meet the transplant needs of its residents from donors within its own population or through regional cooperation. The therapeutic potential of deceased organ donation should be maximized not only for kidneys but also for other organs, appropriate to the transplantation needs of each country. Efforts to initiate or enhance deceased donor transplantation are essential to minimize the burden on living donors. Educational programs are useful in addressing the barriers, misconceptions, and mistrust that currently impede the development of sufficient deceased donor transplantation; successful transplant programs also depend on the existence of the relevant health system infrastructure.

Access to health care is a human right but often not a reality. The provision of care for living donors before, during, and after surgery—as described in the reports of the international forums organized by TTS in Amsterdam and Vancouver (2-4)—is no less essential than taking care of the transplant recipient. A positive outcome for a recipient can never justify harm to a live donor; on the contrary, for a transplant with a live donor to be regarded as a success means that both the recipient and the donor have done well.

This Declaration builds on the principles of the Universal Declaration of Human Rights (5). The broad representation at the Istanbul Summit reflects the importance of international collaboration and global consensus to improve donation and transplantation practices. The Declaration will be submitted to relevant professional organizations and to the health authorities of all countries for consideration. The legacy of transplantation must not be the impoverished victims of organ trafficking and transplant tourism but rather a celebration of the gift of health by one individual to another.

Definitions

Organ trafficking is the recruitment, transport, transfer, harboring, or receipt of living or deceased persons or their organs by means of the threat or use of force or other forms of coercion, of abduction, of fraud, of deception, of the abuse of power, or of a position of vulnerability, or of the giving to, or the receiving by, a third party of payments or benefits to



achieve the transfer of control over the potential donor, for the purpose of exploitation by the removal of organs for transplantation (6).

Transplant commercialism is a policy or practice in which an organ is treated as a commodity, including by being bought or sold or used for material gain.

Travel for transplantation is the movement of organs, donors, recipients or transplant professionals across jurisdictional borders for transplantation purposes. Travel for transplantation becomes **transplant tourism** if it involves organ trafficking and/or transplant commercialism or if the resources (organs, professionals, and transplant centers) devoted to providing transplants to patients from outside a country undermine the country's ability to provide transplant services for its own population.

Principles

1. National governments, working in collaboration with international and nongovernmental organizations, should develop and implement comprehensive programs for the screening, prevention and treatment of organ failure, which include the following:
 - a. The advancement of clinical and basic science research;
 - b. Effective programs, based on international guidelines, to treat and maintain patients with end-stage diseases, such as dialysis programs for renal patients, to minimize morbidity and mortality, alongside transplant programs for such diseases;
 - c. Organ transplantation as the preferred treatment for organ failure for medically suitable recipients.
2. Legislation should be developed and implemented by each country or jurisdiction to govern the recovery of organs from deceased and living donors and the practice of transplantation, consistent with international standards.
 - a. Policies and procedures should be developed and implemented to maximize the number of organs available for transplantation, consistent with these principles;
 - b. The practice of donation and transplantation requires oversight and accountability by health authorities in each country to ensure transparency and safety;
 - c. Oversight requires a national or regional registry to record deceased and living donor transplants;
 - d. Key components of effective programs include public education and awareness, health professional education and training, and defined responsibilities and accountabilities for all stakeholders in the national organ donation and transplant system.
3. Organs for transplantation should be equitably allocated within countries or jurisdictions to suitable recipients without regard to gender, ethnicity, religion, or social or financial status.
 - a. Financial considerations or material gain of any party must not influence the application of relevant allocation rules.
4. The primary objective of transplant policies and programs should be optimal short- and long-term medical care to promote the health of both donors and recipients.
 - a. Financial considerations or material gain of any party must not override primary consideration for the health and well-being of donors and recipients.
5. Jurisdictions, countries, and regions should strive to achieve self-sufficiency in organ donation by providing a sufficient number of organs for residents in need from within the country or through regional cooperation.
 - a. Collaboration between countries is not inconsistent with national self-sufficiency as long as the collaboration protects the vulnerable, promotes equality between donor and recipient populations, and does not violate these principles;
 - b. Treatment of patients from outside the country or jurisdiction is only acceptable if it does not undermine a country's ability to provide transplant services for its own population.
6. Organ trafficking and transplant tourism violate the principles of equity, justice, and respect for human dignity and should be prohibited. Because transplant commercialism targets impoverished and otherwise vulnerable donors, it leads inexorably to inequity and injustice and should be prohibited. In Resolution 44.25, the World Health Assembly called on countries to prevent the purchase and sale of human organs for transplantation.
 - a. Prohibitions on these practices should include a ban on all types of advertising (including electronic and print media), soliciting, or brokering for the purpose of transplant commercialism, organ trafficking, or transplant tourism.
 - b. Such prohibitions should also include penalties for acts—such as medically screening donors or organs, or transplanting organs—that aid, encourage, or use the products of, organ trafficking or transplant tourism.
 - c. Practices that induce vulnerable individuals or groups (such as illiterate and impoverished persons, undocumented immigrants, prisoners, and political or economic refugees) to become living donors are incompatible with the aim of

combating organ trafficking, transplant tourism and transplant commercialism.

Proposals

Consistent with these principles, participants in the Istanbul Summit suggest the following strategies to increase the donor pool and to prevent organ trafficking, transplant commercialism, and transplant tourism, and to encourage legitimate, life-saving transplantation programs:

To respond to the need to increase deceased donation:

1. Governments, in collaboration with health care institutions, professionals, and nongovernmental organizations should take appropriate actions to increase deceased organ donation. Measures should be taken to remove obstacles and disincentives to deceased organ donation.
2. In countries without established deceased organ donation or transplantation, national legislation should be enacted that would initiate deceased organ donation and create transplantation infrastructure, so as to fulfill each country's deceased donor potential.
3. In all countries in which deceased organ donation has been initiated, the therapeutic potential of deceased organ donation and transplantation should be maximized.
4. Countries with well established deceased donor transplant programs are encouraged to share information, expertise and technology with countries seeking to improve their organ donation efforts.

To ensure the protection and safety of living donors and appropriate recognition for their heroic act while combating transplant tourism, organ trafficking, and transplant commercialism:

1. The act of donation should be regarded as heroic and honored as such by representatives of the government and civil society organizations.
2. The determination of the medical and psychosocial suitability of the living donor should be guided by the recommendations of the Amsterdam and Vancouver Forums (2-4).
 - a. Mechanisms for informed consent should incorporate provisions for evaluating the donor's understanding, including assessment of the psychological impact of the process;
 - b. All donors should undergo psychosocial evaluation by mental health professionals during screening.
3. The care of organ donors, including those who have been victims of organ trafficking, transplant commercialism, and transplant tourism, is a critical responsibility of all jurisdictions that sanctioned organ transplants utilizing such practices.
4. Systems and structures should ensure standardization, transparency, and accountability of support for donation.
 - a. Mechanisms for transparency of process and follow-up should be established;
 - b. Informed consent should be obtained both for donation and for follow-up processes.
5. Provision of care includes medical and psychosocial care at the time of donation and for any short- and long-term consequences related to organ donation.
 - a. In jurisdictions and countries that lack universal health insurance, the provision of disability, life, and health insurance related to the donation event is a necessary requirement in providing care for the donor;
 - b. In those jurisdictions that have universal health insurance, governmental services should ensure donors have access to appropriate medical care related to the donation event;
 - c. Health and/or life insurance coverage and employment opportunities of persons who donate organs should not be compromised;
 - d. All donors should be offered psychosocial services as a standard component of follow-up;
 - e. In the event of organ failure in the donor, the donor should receive:
 - i. Supportive medical care, including dialysis for those with renal failure, and
 - ii. Priority for access to transplantation, integrated into existing allocation rules as they apply to either living or deceased organ transplantation.
6. Comprehensive reimbursement of the actual, documented costs of donating an organ does not constitute a payment for an organ, but is rather part of the legitimate costs of treating the recipient.
 - a. Such cost-reimbursement would usually be made by the party responsible for the costs of treating the transplant recipient (such as a government health department or a health insurer);
 - b. Relevant costs and expenses should be calculated and administered using transparent methodology, consistent with national norms;
 - c. Reimbursement of approved costs should be made directly to the party supplying the service (such as to the hospital that provided the donor's medical

- care);
- d. Reimbursement of the donor's lost income and out-of-pockets expenses should be administered by the agency handling the transplant rather than paid directly from the recipient to the donor.
7. Legitimate expenses that may be reimbursed when documented include:
 - a. the cost of any medical and psychological evaluations of potential living donors who are excluded from donation (eg, because of medical or immunologic issues discovered during the evaluation process);
 - b. costs incurred in arranging and effecting the pre-, peri- and post-operative phases of the donation process (eg, long-distance telephone calls, travel, accommodation, and subsistence expenses);
 - c. medical expenses incurred for postdischarge care of the donor;
 - d. lost income in relation to donation (consistent with national norms).

References

1. World Health Assembly Resolution 57.18, Human organ and tissue transplantation, 22 May 2004, http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_R18-en.pdf.
2. The Ethics Committee of the Transplantation Society (2004). The Consensus Statement of the Amsterdam Forum on the Care of the Live Kidney Donor. *Transplantation* 78 (4):491-92.
3. Barr ML, Belghiti J, Villamil FG, Pomfret EA, Sutherland DS, Gruessner RW, Langnas AN & Delmonico FL (2006). A Report of the Vancouver Forum on the Care of the Life Organ Donor: Lung, Liver, Pancreas, and Intestine Data and Medical Guidelines. *Transplantation* 81(10):1373-85.
4. Pruett TL, Tibell A, Alabdulkareem A, Bhandari M, Cronon DC, Dew MA, Dib-Kuri A, Gutmann T, Matas A, McMurdo L, Rahmel A, Rizvi SAH, Wright L & Delmonico FL (2006). The Ethics Statement of the Vancouver Forum on the Live Lung, Liver, Pancreas, and Intestine Donor. *Transplantation* 81(10):1386-87.
5. Universal Declaration of Human Rights, adopted by the UN General Assembly on December 10, 1948, <http://www.un.org/Overview/rights.html>.
6. Based on Article 3a of the Protocol to Prevent, Suppress and Punish Trafficking in Persons, Especially Women and Children, Supplementing the United Nations Convention Against Transnational Organized Crime, http://www.uncjin.org/Documents/Conventions/dcatoc/final_documents_2/convention_%20traff_eng.pdf.

***The Participants in the International Summit on Transplant Tourism and Organ Trafficking and the manner in which they were chosen and the meeting was organized were as follows:**

Process and Participant Selection

Steering Committee:

The Steering Committee was selected by an Organizing Committee consisting of Mona Alrukhami, Jeremy Chapman, Francis Delmonico, Mohamed Sayegh, Faissal Shaheen, and Annika Tibell.

The Steering Committee was composed of leadership from The Transplantation Society, including its President-elect and the Chair of its Ethics Committee, and the International Society of Nephrology, including its Vice President and individuals holding Council positions. The Steering Committee had representation from each of the continental regions of the globe with transplantation programs.

The mission of the Steering Committee was to draft a Declaration for consideration by a diverse group of participants at the Istanbul Summit. The Steering Committee also had the responsibility to develop the list of participants to be invited to the Summit meeting.

Istanbul Participant Selection:

Participants at the Istanbul Summit were selected by the Steering Committee according to the following considerations:

- The country liaisons of The Transplantation Society representing virtually all countries with transplantation programs;
- Representatives from international societies and the Vatican;
- Individuals holding leadership positions in nephrology and transplantation;
- Stakeholders in the public policy aspect of organ transplantation; and
- Ethicists, anthropologists, sociologists, and legal scholars well-recognized for their writings regarding transplantation policy and practice.

No person or group was polled with respect to their opinion, practice, or philosophy prior to the Steering Committee selection or the Istanbul Summit.

After the proposed group of participants was prepared and reviewed by the Steering Committee, they were sent an letter of invitation to the Istanbul Summit, which included the

following components:

1. The mission of the Steering Committee to draft a Declaration for all Istanbul participants' consideration;
2. The agenda and work group format of the Summit;
3. The procedure for the selection of participants;
4. The work group topics;
5. An invitation to the participants to indicate their work group preferences;
6. The intent to communicate a draft and other materials before the Summit convened;
7. The Summit goals to assemble a final Declaration that could achieve consensus and would address the issues of organ trafficking, transplant tourism and commercialism, and provide principles of practice and recommended alternatives to address the shortage of organs;
8. An acknowledgment of the funding provided by Astellas Pharmaceuticals for the Summit;
9. Provision of hotel accommodations and travel for all invited participants.

Of approximately 170 persons invited, 160 agreed to participate and 152 were able to attend the Summit in Istanbul on April 30-May 2, 2008. Because work on the Declaration at the Summit was to be carried out by dividing the draft document into separate parts, Summit invitees were assigned to a work group topic based on their response concerning the particular topics on which they wished to focus their attention before and during the Summit.

Preparation of the Declaration:

The draft Declaration prepared by the Steering Committee was furnished to all participants with ample time for appraisal and response prior to the Summit. The comments and suggestions received in advance were reviewed by the Steering Committee and given to leaders of the appropriate work group at the Summit. (Work group leaders were selected and assigned from the Steering Committee.)

The Summit meeting was formatted so that breakout sessions of the work groups could consider the written responses received from participants prior to the Summit as well as comments from each of the work group participants. The work groups elaborated these ideas as proposed additions to and revisions of the draft. When the Summit reconvened in plenary session, the Chairs of each work group presented the outcome of their breakout session to all Summit participants for discussion. During this process of review, the wording of each section of the Declaration was displayed on a screen before the plenary participants and was modified in light of their comments until consensus was reached on each point.

The content of the Declaration is derived from the consensus that was reached by the participants at the Summit in the plenary sessions which took place on May 1 and 2, 2008. A formatting group was assembled immediately after the Summit to address punctuation, grammatical and related concerns and to record the Declaration in its finished form.

Participants in the Istanbul Summit

Last Name, First Name Country

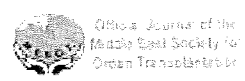
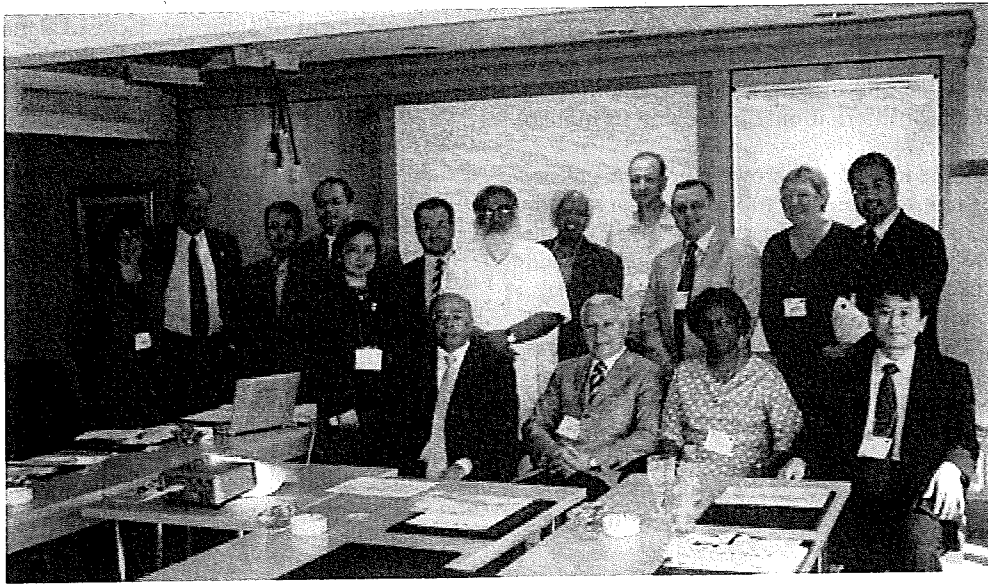
Abboud, Omar *Sudan*
Abbud-Filho, Mario *Brazil**
Abdramanov, Kaldarbek *Kyrgyzstan*
Abdulla, Sadiq *Bahrain*
Abraham, Georgi *India*
Abueva, Amihan V. *Philippines*
Aderibigbe, Ademola *Nigeria*
Al-Mousawi, Mustafa *Kuwait**
Alberu, Josefina *Mexico*
Allen, Richard D.M. *Australia*
Almazan-Gomez, Lynn C. *Philippines*
Alnono, Ibrahim *Yemen*
Alobaidli, Ali Abdulkareem *United Arab Emirates**
Alrukhaimi, Mona *United Arab Emirates**
Alvarez, Ingrid *Uruguay*
Assad, Lina *Saudi Arabia*
Assounga, Alain G. *South Africa*
Baez, Yenny *Colombia*
Bagheri Alireza *Iran**
Bakr, Mohamed Adel *Egypt**
Bamgboye, Egun *Nigeria*
Barbari, Antoine *Lebanon**
Belghiti, Jacques *France*
Ben, Abdallah Taieb *Tunisia*
Ben, Ammar Mohamed Salah *Tunisia*
Bos, Michael *The Netherlands*
Britz, Russell *South Africa*
Budiani, Debra *USA*
Capron, Alexander *USA**
Castro, Cristina R. *Brazil*
Chapman, Jeremy *Australia*
Chen, Zhonghua Klaus *People's Republic of China*

Codreanu, Igor *Moldova*
 Cole, Edward *Canada*
 Cozzi, Emanuele *Italy*
 Danovitch, Gabriel *USA*
 Davids, Razeen *South Africa*
 De Broe, Marc *Belgium*
 De Castro, Leonardo *Philippines**
 Delmonico, Francis L. *USA**
 Derani, Rania *Syria*
 Dittmer, Ian *New Zealand*
 Domínguez-Gil, Beatriz *Spain*
 Duro-Garcia, Valter *Brazil*
 Ehtuish, Ehtuish *Libya*
 El-Shoubaki, Hatem *Qatar*
 Epstein, Miran *United Kingdom*
 Fazel, Iraj *Iran*
 Fernandez, Zincke Eduardo *Belgium*
 Garcia-Gallont, Rudolf *Guatemala*
 Ghods, Ahad J. *Iran*
 Gill, John *Canada*
 Glotz, Denis *France*
 Gopalakrishnan, Ganesh *India*
 Gracida, Carmen *Mexico*
 Grinyo, Josep *Spain*
 Ha, Jongwon *South Korea*
 Haberal, Mehmet A. *Turkey**
 Hakim, Nadey *United Kingdom*
 Harmon, William *USA*
 Hasegawa, Tomonori *Japan*
 Hassan, Ahmed Adel *Egypt*
 Hickey, David *Ireland*
 Hiesse, Christian *France*
 Hongji, Yang *People's Republic of China*
 Humar, Ines *Croatia*
 Hurtado, Abdias *Peru*
 Ismail, Moustafa Wesam *Egypt*
 Ivanovski, Ninoslav *Macedonia*
 Jha, Vivekanand *India**
 Kahn, Delawir *South Africa*
 Kamel, Refaat *Egypt*
 Kirpalani, Ashok *India*
 Kirste, Guenter *Germany*
 Kobayashi, Eiji *Japan**
 Koller, Jan *Slovakia*
 Kranenburg, Leonieke *The Netherlands*
 Lameire, Norbert *Belgium**
 Laouabdia-Sellami, Karim *France*
 Lei, Ruipeng *People's Republic of China*
 Levin, Adeera *Canada**
 Lloveras, Josep *Spain*
 Lõmus, Aleksander *Estonia*
 Luciolli, Esmeralda *France*
 Lundin, Susanne *Sweden*
 Lye, Wai Choong *Singapore*
 Lynch, Stephen *Australia*
 Ma'a, Mahamane *Mali*
 Mamzer, Bruneel Marie-France *France*
 Maric, Nicole *Austria*
 Martin, Dominique *Australia**
 Masri, Marwan *Lebanon**
 Matamoros, Maria A. *Costa Rica*
 Matas, Arthur *USA*
 McNeil, Adrian *United Kingdom*
 Meiser, Bruno *Germany*
 Mesi, Enisa *Bosnia*
 Moazam, Farhat *Pakistan*
 Mohsin, Nabil *Oman*
 Mor, Eytan *Israel*
 Morales, Jorge *Chile*
 Munn, Stephen *New Zealand*
 Murphy, Mark *Ireland*
 Naicker, Saraladevi *South Africa**
 Naqvi, S.A. Anwar *Pakistan*
 No*, Luc *WHO**
 Obrador, Gregorio *Mexico*
 Oliveros, Yolanda *Philippines*
 Ona, Enrique *Philippines*
 Oosterlee, Arie *The Netherlands*

Oyen, Ole *Norway*
 Padilla, Benita *Philippines*
 Pratschke, Johann *Germany*
 Rahamimov, Ruth *Israel*
 Rahmel, Axel *The Netherlands*
 Reznik, Oleg *Russia*
 Rizvi, S. Adibul Hasan *Pakistan**
 Roberts, Lesley Ann *Trinidad and Tobago*
 Rodriguez-Iturbe, Bernardo *Venezuela**
 Rowinski, Wojciech *Poland*
 Saeed, Bassam *Syria*
 Sarkissian, Ashot *Armenia*
 Sayegh, Mohamed H. *USA**
 Scheper-Hughes, Nancy *USA*
 Sever, Mehmet Sukru *Turkey*
 Shaheen, Faissal A. *Saudi Arabia**
 Sharma, Dhananjaya *India*
 Shinozaki, Naoshi *Japan*
 Simforoosh, Nasser *Iran*
 Singh, Harjit *Malaysia*
 Sok, Hean Thong *Cambodia*
 Somerville, Margaret *Canada*
 Stadler, Maria *USA*
 Stephan, Antoine *Lebanon**
 Suarez, Juliette *Cuba*
 Suaudeau, Msgr. Jacques *Italy*
 Sumethkul, Vasant *Thailand*
 Takahara, Shiro *Japan*
 Thiel, Gilbert T. *Switzerland*
 Tibell, Annika *Sweden*
 Tomadze, Gia *Georgia*
 Tong, Matthew Kwok-Lung *Hong Kong**
 Tsai, Daniel Fu-Chang *Taiwan*
 Uriarte, Remedios *Philippines*
 Vanreenterghem, Yves F.C. *Belgium*
 Vathsala, A. *Singapore**
 Weimar, Willem *The Netherlands*
 Wikler, Daniel *USA*
 Young, Kimberly *Canada*
 Yuldashev, Ulugbek *Uzbekistan*
 Zhao, Minggang *People's Republic of China*

***Members of the Steering Committee. (William Couser, USA, was also a member of the Steering Committee but was unable to attend the Summit.)**





Official Journal of the
Middle East Society for
Organ Transplantation

Copyright © Baskent University 2003. Printed in Turkey. All Rights Reserved.

The Declaration of Istanbul on Organ Trafficking and Transplant Tourism

Participants in the International Summit on Transplant Tourism and Organ Trafficking Convened by the Transplantation Society and International Society of Nephrology in Istanbul, Turkey, April 30–May 2, 2008

PREAMBLE

Organ transplantation, one of the medical miracles of the twentieth century, has prolonged and improved the lives of hundreds of thousands of patients worldwide. The many great scientific and clinical advances of dedicated health professionals, as well as countless acts of generosity by organ donors and their families, have made transplantation not only a life-saving therapy but a shining symbol of human solidarity. Yet, these accomplishments have been tarnished by numerous reports of trafficking in human beings who are used as sources of organs and of patient-tourists from rich countries who travel abroad to purchase organs from poor people. In 2004, the World Health Organization, called on member states “to take measures to protect the poorest and vulnerable groups from transplant tourism and the sale of tissues and organs, including attention to the wider problem of international trafficking in human tissues and organs” (1).

To address the urgent and growing problems of organ sales, transplant tourism and trafficking in organ donors in the context of the global shortage of organs, a Summit Meeting of more than 150 representatives of scientific and medical bodies from around the world, government officials, social scientists, and ethicists, was held in Istanbul from April 30 to May 2, 2008. Preparatory work for the meeting was undertaken by a Steering Committee convened by The Transplantation Society (TTS) and the International Society of Nephrology (ISN) in Dubai in December 2007. That committee’s draft declaration was widely circulated and then revised in light of the comments received. At the Summit, the revised draft was reviewed by working groups and finalized in plenary deliberations.

This declaration represents the consensus of the Summit participants. All countries need a legal and a professional framework to govern organ donation and transplantation activities, as well as a transparent regulatory oversight system that ensures donor and recipient safety and the enforcement of standards and prohibitions on unethical practices.

Address inquiries to the Steering Committee of the Istanbul Summit as noted on pages 1016–1018 of the Declaration.

E-mail: dma@transplantation-soc.org

Copyright © 2008 by Lippincott Williams & Wilkins

ISSN 0041-1337/08/8608-1013

DOI: 10.1097/TP.0b013e318185ffc9

Transplantation • Volume 86, Number 8, October 27, 2008

Unethical practices are, in part, an undesirable consequence of the global shortage of organs for transplantation. Thus, each country should strive both to ensure that programs to prevent organ failure are implemented and to provide organs to meet the transplant needs of its residents from donors within its own population or through regional cooperation. The therapeutic potential of deceased organ donation should be maximized not only for kidneys but also for other organs, appropriate to the transplantation needs of each country. Efforts to initiate or enhance deceased donor transplantation are essential to minimize the burden on living donors. Educational programs are useful in addressing the barriers, misconceptions, and mistrust that currently impede the development of sufficient deceased donor transplantation; successful transplant programs also depend on the existence of the relevant health system infrastructure.

Access to healthcare is a human right but often not a reality. The provision of care for living donors before, during, and after surgery—as described in the reports of the international forums organized by TTS in Amsterdam and Vancouver (2–4)—is no less essential than taking care of the transplant recipient. A positive outcome for a recipient can never justify harm to a live donor; on the contrary, for a transplant with a live donor to be regarded as a success means that both the recipient and the donor have done well.

This declaration builds on the principles of the Universal Declaration of Human Rights (5). The broad representation at the Istanbul Summit reflects the importance of international collaboration and global consensus to improve donation and transplantation practices. The declaration will be submitted to relevant professional organizations and to the health authorities of all countries for consideration. The legacy of transplantation must not be the impoverished victims of organ trafficking and transplant tourism but rather a celebration of the gift of health by one individual to another.

DEFINITIONS

Organ trafficking is the recruitment, transport, transfer, harboring or receipt of living or deceased persons or their organs by means of the threat or use of force or other forms of coercion, of abduction, of fraud, of deception, of the abuse of power or of a position of vulnerability, or of the giving to, or the receiving by, a third party of payments or benefits to achieve the transfer of control over the potential donor, for