

の同意で提供できる、③提供は15歳以上という現行の年齢制限を撤廃、④親族へ優先的に提供すると意思表示しておくことができる、である。

## ■法的脳死判定

旧移植法では、4類型（大学附属病院、日本救急医学会指導医指定施設、日本脳神経外科学会専門医訓練施設A項、救命救急センター）で、法的脳死判定が施行可能であったが、改正法により日本小児総合医療施設協議会の会員施設が追加された。

### 〔脳死判定〕

#### 1) 前提条件

- (1) 器質的脳障害により深昏睡および無呼吸をきたしている症例
- (2) 原疾患が確実に診断されている症例
- (3) 現在行い得るすべての適切な治療をもってしても回復の可能性がまったくないと判断される症例

#### 2) 生命徴候の確認

- (1) 体温：直腸温、食道温などの中心部体温が32℃以下でないこと（ただし小児においては35℃未満でないこと）
- (2) 血圧：収縮期血圧が90mmHg以上であること（ただし1歳未満は65mmHg以上、1歳～12歳は65+年齢×2mmHg以上）
- (3) 心拍、心電図などの確認：重篤な不整脈がないこと

#### 3) 脳死と判定するための必須条件

- (1) 前提条件を完全に満たすこと
  - (2) 除外例を確実に除外すること
  - (3) 生命徴候を確認すること
  - (4) 脳死と判定するための必須項目の検査結果がすべて判定基準と一致していること
- (1)～(3)の条件が満たされない場合は脳死判定を開始しない。

(4)での検査結果が判定基準と一致しない場合は、その時点で脳死判定を中止する。

#### 4) 除外例

- (1) 脳死と類似した状態になり得る症例
  - ①急性薬物中毒
  - ②低体温：直腸温、食道温などの中心部体温が32℃以下（ただし小児においては35℃未満でないこと）

#### ③代謝・内分泌障害

- (2) 修正齢12週未満
- (3) 知的障害者など、本人の意思表示が有効でないと思われる症例

#### (4) 虐待を受けた疑いのある児童

#### 5) 脳死と判定するための必須項目

法的脳死判定に先立って、臨床的に脳死と判断する場合には(1)～(4)、法的脳死の判定には(1)～(5)の確認が必要である。

- (1) 深昏睡
- (2) 両側瞳孔径4mm以上、瞳孔固定
- (3) 脳幹反射の消失

①対光反射の消失、②角膜反射の消失、③毛様脊髄反射の消失、④眼球頭反射の消失、⑤前庭反射の消失、⑥咽頭反射の消失、⑦咳反射の消失

- (4) 平坦脳波（聴性脳幹誘発反応の消失：必須条件ではないが確認することが望ましい）

#### (5) 自発呼吸の消失

#### 6) 脳死判定医

- (1) 倫理委員会などにおいて選任され、下記の条件をすべて備えている医師が行う。

①脳神経外科医、神経内科医、救急医または麻酔・蘇生・集中治療医で学会専門医または学会認定医の資格をもつ者

②脳死判定に関し豊富な経験を有する者

③臓器移植にかかわらない者

- (2) 判定は2名以上で行う。

- (3) 判定医のうち少なくとも1名は、第1回、第2回目の判定を継続して行う。

#### 7) 法的脳死判定における観察時間

第1回目の脳死判定が終了した時点から6時間以上（6歳未満においては24時間以上）を経過した時点で、第2回目の脳死判定を開始する。

なお、原因、経過を勘案して、必要な場合はさらに観察時間を延長する。

脳死の判定時間：第2回目の脳死判定終了時をもって脳死と判定する。

家族の立ち会い：希望があれば、家族の立ち会いのもとで脳死判定を行う。

日本臓器移植ネットワーク医療本部調べの「脳死下臓器提供70例の平均所要時間」で、臨床的脳死診断終了～摘出手術終了・退室までは、46時間33分を要し、とくに

表XV-5-3 脳死下臓器提供90例の平均所要時間

① 脳死とされ得る状態にあると判断 (旧法下での臨床的脳死診断)	平均所要時間
② 第1報受信	2時間57分
③ Coによる家族への説明	5時間36分
④ 家族の承諾(承諾書受領)	6時間10分
⑤ 第1回法的脳死判定開始	3時間54分
⑥ 第1回法的脳死判定終了	2時間41分
⑦ 第2回法的脳死判定開始	6時間33分
⑧ 第2回法的脳死判定終了	2時間16分
⑨ 意思確認開始(移植施設への連絡開始)	1時間10分
⑩ 摘出手術開始	12時間55分
⑪ 大動脈遮断	1時間21分
⑫ 摘出手術終了・退室	2時間13分
脳死判断終了～摘出手術終了・退室	46時間33分

(社団法人 日本臓器移植ネットワーク 医療本部調べ)

意思確認開始から摘出手術開始まで12時間55分かかり、この時間を短縮することが議論されている(表XV-5-3)。

### ■臓器移植の流れ

「臓器の移植に関する法律(臓器移植法)」(1997年)は、臓器提供の意思のある患者に限り脳死を人の死と認めるというものであり、患者および家族の意思が確認できれば、脳死体からの臓器摘出が合法的に可能となった。世界的にみても厳しい条件で、2009年6月末までで脳死下の臓器提供は81例にとどまっていた。

日本臓器移植ネットワークの報告では、1997～2008年6月までに、70名が脳死と判定され、脳死下で臓器提供している。これらの脳死下での臓器提供によって移植した方は、心臓移植54名、肺移植44名、肝臓移植52名、膵腎同時移植36名、膵臓単独移植11名、腎臓移植85名、小腸移植3名の計285名にのぼる。一方、心臓が停止した死後の腎臓提供は、1997年から2008年6月までの間、提供件数943件、移植件数1,695件(心停止後膵腎同時移植2件含む)であった。

2007年12月末までに、亡くなられた方が意思表示カード・シールを持っておられたという情報が1,397件あった。脳死下臓器提供の意思表示がされたのは925件(66.2%)で、そのうち、脳死下臓器提供が可能な4種類の医療機関からの情報は450件(49%)であった。心臓が停止する前に連絡を受けた情報のうち63件(4.5%)

表XV-5-4 移植希望登録者統計

[平成21年11月30日現在]

全 国	希望登録者数	
心 臓	168	内、心肺同時 4
肺	149	内、心肺同時 4
肝 臓	282	内、肝腎同時 9
腎 臓	11,985	内、肝腎同時 9 内、膵腎同時 141
膵 臓	185	内、膵腎同時 141
小 腸	4	

\* 各臓器の移植希望者数には、多臓器同時移植希望者を含む

が脳死下臓器提供に至っている。脳死下臓器提供に至らなかった情報で、脳死状態を経たと思われる103件について、提供に至らなかった理由を調べたところ、「脳死判定基準を満たさず」が50件ともっとも多く、次いで多かったのは、「家族の承諾が得られず」の35件であった。さらに、「脳死判定基準を満たさず」の内訳は、「循環動態不安定」が31件ともっとも多く、法的脳死判定を実施するのに必要な血圧90mmHg以上を保てなかった事例であった。

これまでに日本救急医学会は次の3つのことを公表している。まず「脳死は人の死であり、医学的事象である、つまり脳死は“生物学的な死”である」。次に「脳死となればきちんと診断して家族にそのことを説明し、その後にとるべき方針については一緒に考えていこう」。3つ目は「移植医療は必要な医療であり、脳死下での移植用臓器の摘出は欠かせない」という見解である。また脳死となれば「看取る」という、いわゆる終末期医療という段階となる。終末期医療においては「看取り」のあり方について医療チームと家族らとが話し合うことがたいへん重要である。家族が脳死後の臓器提供の選択などについて聞きたいとなれば、日本臓器移植ネットワークのコーディネータと家族に会っていただき、詳しい話をしてもらうことになる。そして脳死状態での心臓などの摘出術という方針となれば、それは今までの「ドナーカードがあって脳死下に移植用臓器の摘出を行う」とのまったく同じ状況になる。もし急性期病院が脳死状態での移植医療にも関与しながら「看取る」を全うしようとするなら、病院は「看取ること」について、救急部門のみならず、病院全体として「組織的に行う」議論を始めることが求められる。

日本の臓器移植法(1997年)は条件がもっとも厳しく、提供件数は先進国中でもっとも少ない。一方で移植希望登録者は、2009年6月30日現在で、12,121名である(表XV-5-4)。世界でもっとも臓器提供が多いスペインでは、臓器提供拒否の意思表示をしていなければ、家族の意向にかかわらず提供してよいとされている。人口100万人当たりの年間心臓提供数は、スペインが12.5人、米国10.1人、英国7.6人で、日本はわずか0.05人である。2008年5月2日にトルコのイスタンブールで開かれた国際移植学会にて、「世界的な移植用の臓器不足などを背景に臓器売買などの問題が起きているとして、各国が自国で脳死や心停止した人からの臓器提供を増やすよう努めるべきだとし、そのために国際的に協力する」とのイスタンブール宣言が出された。世界保健機関(WHO)

も追認する方針で、このことが臓器移植法改正の機運を高めた。

改正臓器移植法が可決されたが、臓器提供にあたる医療現場の体制作りや、小児に関しては虐待の有無の判断や脳死判定法についてのさらなる検討も重要である。

#### 【文 献】

- 1) News Letter : 日本臓器移植ネットワーク, Vol 12, 2008.
- 2) 臓器移植制度研究会監 : 脳死判定・臓器移植マニュアル, 日本医事新報社, 東京, 2001.
- 3) 嶋村剛, 浅井康文, 他 : ドナーアクション, 北海道における取り組み, 移植 39 : 377-82, 2004.
- 4) 有賀徹 : 脳死の発生等に関する研究, 平成18年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業 総括研究報告書, 2007年3月, pp 1-63.

## 2.<オピニオン>

### (1) 「イスタンブール宣言以降の組織の取り扱い」

東京歯科大学 市川総合病院 角膜センター  
WHO 移植課 Expert Advisory Panel センター長

篠崎 尚史

1960年代に免疫抑制剤の普及とともに臓器移植の重要性が浸透し、80年代には臓器不全の患者数の増大と共に発展途上国における臓器売買や渡航移植が問題となってきた。更には生体間移植にも歯止めがかからず、1985年のWHOで、臓器移植におけるガイドラインの制定が可決され、1991年に“Guiding Principles on Transplantation”が発行された。

このWHOの動きは、80年代後半から90年代に多くの国々で世界的な臓器移植に関する法整備に貢献した。我が国においても1996年に国会で「臓器の移植に関する法律」が可決成立し翌1997年に施行された。

しかしながら、90年代に入っても臓器不全患者数は、生活習慣病の増大や発展途上国での医療技術の発展に伴い爆発的増加を辿り、臓器提供者のリクルートは遅々として進まず生体間移植や臓器売買はWHOガイドラインの存在にも関わらず、増加する結果となってしまった。2003年5月のWHAで、臓器移植の現状調査を実施することが決議され、同年10月にスペイン政府の主催により、マドリッド予備会議が開催され、Madrid Reportが翌04年のWHAに提出された。その席上、上記ガイドラインの改正が、2008年5月のWHAまでの4年間で行われる

#### □ワンポイント解説□

日本の移植医療への対応の遅れは、国際社会との隔たりを益々広げているようです。臓器の他にも組織・細胞のトレーサビリティなどの国際化が求められます。

こととなった。

今回の改定のポイントは、これまで臓器移植を対象としていたが、今後、臓器・組織・細胞を対象とする点、また、単にガイドラインを提唱するだけでなく、国際移植学会(TTS)を中心に移植学会が国際的に参画し、実質的な施策を実行できる体制を取った点があげられる。その最大のアクションが、TTSと国際腎臓学会が共同で開催した、Istanbul Summitで提唱された、「イスタンブール宣言」である。

臓器売買は、従来より「悪」とされていたが、イスタンブール宣言では、渡航移植も「悪」とした点が大きな変更点である。倫理的に自国内で、最大のドナー獲得に向けた努力をすることなく、他国に依存することは国際的に許されない、とのメッセージを宣言したものである。国際通念として、WHO加盟各国が、臓器移植に必要な臓器を自国内で提供できるよう、政府が認識すべ

きであるという認識である。

この解釈で注意しなければならない点が2つある。第一に、臓器移植でしか救えない個々の患者に対して、他国での加療を妨げるものではなく、患者が発生した国の政府に対して、自国内での治療が可能となる方策、努力を行うべきであるという警鐘を鳴らす事が目的である。第二に、対象は臓器移植における、臓器売買の禁止とドナー増加に向けた国レベルでの取組みを促すものであり、細胞、組織に関しては現状での国際的な sharing からみて対象としていない点である。

米国のアイバンク協会の統計でも、年間9万眼を超える献眼に対し国内での移植が4万5千件程度であり、1万数千例の角膜は国際的に sharing されている。組織バンク協会でも数千例に及ぶ組織の国際 sharing が実施されており、細胞における国際的な数量に関しては総合的なデータ収集が実施されていない。

WHOではTTSのイスタンブール宣言を引用し、新型インフルエンザの影響で1年遅れとなった2009年WHAにて、Guiding Principle on Transplantation を決議した。その中で、細胞・組織・臓器におけるトレーサビリティの確保が義務付けられている。基礎研究に使用される細胞、組織は別として、臨床研究や移植医療、再生医療等に使用されるものに関しては、ドナーからレシピエントまでの登録制度とその検索機能、有害事象に対する surveillance & vigilance の確保が急務である。

日本移植学会では、厚生科研で登録事業の Web 化に関する事業を実施しており、平成23年度より組織移植も統合した事業化プロジェクトが開始される。また、2011年2月には、イタリアの Bologna において、EUとWHO合同の移植医療に関する surveillance & vigilance 会議が開始され、欧州においては有害事象発生時に即時警告が発報できるシステムに向けたシステム開発が開始される。

細胞・組織においても国際化の中でグローバルなデータ共有化が必要となり、現在、EUと米国でのコーディングが組織バンクやアイバンク協会で協議されている。このような環境下で、我が国のヒト由来医療材料や組織の取り扱いに関しても、世界基準で収集、解析できるシステムが必要である。更に、2006年6月に、Zurichで開催されたWHO Human Cell and Transplantation, An International Symposium on Ethics and Policy Issue でも議論となったヒト細胞、組織における倫理と規制に関する国際的な視野も、年々変化しており、多角的な視野に立った次世代の議論も必要であると感じている。現実にヒト細胞、組織を医療材料とした企業が世界で活動を開始しており、実際に治療効果も著しい発展を遂げている中で、従来の「移植」という概念では把握しきれない実情に、根本的な倫理性や国際レベルでの規制を議論、研究し導入することが我が国の医学の発展からも求められている。

# 聖マリアンナ医科大学における ドナーアクションの試み

小野 元\*<sup>1)</sup> - Hajime Ono

秋山 政人\*<sup>2)</sup> - Masato Akiyama

高橋 公太\*<sup>3)</sup> - Kota Takahashi

## サマリー

現在神奈川県における臓器移植の推進については、県内一部の病院を除いて非常に低いレベルにある。昨年神奈川県は県内の臓器移植推進のため、当院を含めた4大学病院（北里大学病院、東海大学病院、国立横浜市立大学病院、そして当院）に対し2年毎交代制の県移植コーディネーターの設置と院内コーディネーターの設置を求めた。今回我々はその一旦を担うべくDAP(Donor action Program)に加え救命センタースタッフを中心に県移植コーディネーター設置と院内コーディネーターを含めた院内臓器移植推進委員会を立ち上げ臓器移植支援を行った。

## 1. はじめに

移植推進については1997年10月の移植に関する法律（以下、臓器移植法と示す）後、これまでに本人・遺族の尊い決断により各施設で脳死下臓器提供が行われてきた。しかしその数は少なく国内で臓器移植しか治療法が残されていない方にとっては未だ献腎移植を含めドナー不足は否めない。それゆえ死体腎移植数の増加が望めないわが国では、生体腎移植治療の確立はめざましい。しかし昨年、イスタンブール宣言においても死体ドナーを自国で増やし、自国での臓器移植を増やすよう報告されている。

現在神奈川県は当院を含めた4大学（北里大学病院、東海大学病院、国立横浜市立大学病院、そして当院）が2年毎交代制の県移植コーディネーターの設置と院内コーディネーター（院内Co）の設置を県から要請され実施している。我々はその一旦を担うべく今回救命センタースタッフを中心に県移植コーディネーター（県Co）の設置と院内Coを含めた院内移植支援委員会・移植支援室を立ち上げた。その実績や今後の方向性を報告する。

\*<sup>1)</sup> 聖マリアンナ医科大学 脳神経外科 Department of Neurosurgery, St. Marianna University School of Medicine

\*<sup>2)</sup> (財)新潟県臓器移植推進財団 Niigata Organ Transplant Promoting Foundation

\*<sup>3)</sup> 新潟大学大学院 腎泌尿器病態学分野  
Division of Urology, Graduate School of Medicine and Dental Science, Niigata University

Key Word : 臓器提供施設、院内コーディネーター、DAP

## 2. 現 状

これまでの神奈川県における脳死臓器提供や心停止下臓器（腎臓）提供は年間 5 件から 8 件にとどまっている。腎臓提供の提供元に関しては 2002 年になり県内の提供が県外を上回った。また臓器移植希望者数に関して、県内の腎臓移植希望登録者数（県外施設への登録は除く）は約 800 人弱である。

そして平成 18 年度から神奈川県は臓器移植推進体制の整備に関して次のような内容で県下 4 大学病院に提案している。

### 1) 県 Co の設置について

県 4 大学病院の持ち回りとし、その期間は 2 年間とする。

### 2) 院内 Co について

対象施設として脳死下臓器提供が可能な施設（ガイドライン上の 4 類型）そして心停止下臓器提供が可能な施設。設置人数は最低でも 1 施設あたり 1 から 2 名程度。なお県は院内 Co 設置に係る費用への補助は行わない。

\* 院内 Co 業務としては普及啓発等の業務として

- (1) 所属する施設内に勤務する医療従事者に対し、臓器移植に対する普及啓発を行う。
- (2) 臓器移植に関する一般的な説明。（臓器あっせんに関する相談などは不可）
- (3) 県 Co 等と情報交換をし、必要な情報を施設内の関係部署に提供する。

\* 臓器提供に係る業務として

- (1) 円滑な臓器提供が実施されるように関係部署との連絡調整及び協力体制の整備を行う。
- (2) 県 Co 等関係機関との連絡調整を行う。
- (3) 関係部署と連携し、臓器提供意思表示カードの所持の確認を行う。

以上を本来業務に支障の無い範囲で行うことを推進計画としている。これまでに当院での臓器移植数は献眼も含め数例である。献腎にいたっては過去 5 年間で 2 例のみである。つまり当院は表 1 のとおり救命救急センターとして認定され、ドナーの掘り起こし活動がしやすい施設でありながら現場の医師や看護師の認識が全く無い現状にあった。

## 3. 救急医療のなかでの臓器提供について

さて全国各病院の救命救急においては重篤な脳障害を負った患者が多く搬送され懸命な治療に拘わらず脳死状態に陥る患者は少なくない。これは救命救急センターを併せ持つ当院でも同じである。1997 年に臓器移植法が成立・施行され脳死下臓器提供が可能となったが、逆

に献腎提供（心停止後提供）は減少し臓器提供施設は増加していない<sup>1)</sup>。臓器提供が行われるためには、患者家族からの申し出あるいは医療側からの臓器提供の選択肢提示（以下、選択肢提示と示す）が必要であるが、臓器移植制定後に選択肢提示を家族がうけた症例数は決して増えていない。

しかし臓器移植を希望する患者数に対して、臓器提供数が圧倒的に少ない現状で、患者本人あるいは患者家族の臓器提供への意思を尊重することができる選択肢提示ができるのは、実は我々救急医もしくは脳神経外科医である。

北海道・市立札幌病院では 2004 年から 1 年弱の間で救急救命センターにて臨床的脳死診断された 13 症例に選択肢提示を行い、12 症例の家族が臓器提供に関心を示し、9 症例の家族が移植コーディネーターとの面談を希望し、9 症例全ての家族が臓器・組織提供に承諾されている<sup>2)</sup>。

臓器提供数が増加しない現状で、DAP を中心とした臓器提供推進活動が盛んに始められている。DAP はスタッフの意識調査（HAS）、死亡患者症例の個表調査（MRR）、grief care からなる。HAS を行うことで知識整理や知識確認ができる。また MRR によりドナー適応症例の確認が可能であり、grief care を用いた患者・家族とのコミュニケーションスキルによりドナー家族へのケアが可能である。しかし、救急の現場で選択肢提示を行う行動については日常に救急業務に追加される脳死判断やそれに関係する諸検査の煩雑さは多く、否定的な報告や現場の声は十分理解できる。

実際に選択提示による患者家族との信頼関係崩壊の概念、臓器提供にかかる現場の努力は救急での現場の負担であることはこれからも変わりはない。また我々救急医・脳神経外科医の本業は救命救急医療であって、移植医療ではない。そして移植医療とは一線を引いている救急医も多い。しかしながら臓器提供の意思を持ちながら医療側からの選択肢提示が無いためにその尊い意思が反映されていなかった事実もある。その原因として医療者の問題軽視や意識の薄さが問題とされている。救急医療のなかでは、いかにこの時間的・精神的・肉体的ストレスを伴った移植医療への理解や、本人や家族の尊い臓器移植への意思を強制的ではなくいかにシステマティックに行えるかが今後のポイントと思える。

#### 4. DAP への参加

新潟大学大学院腎泌尿器病態学分野教授高橋公太先生の協力を得て平成 19 年 1 月に平成 18 年度厚生労働科学研究費補助金 ヒトゲノム・再生医療等研究事業「移植医療の社会的基盤整備に関する研究」におけるドナーアクションプログラム（DAP）セミナーに参加している。やはり最初に感じたことは我々救急の現場に働く者がただでさえ忙しい中、なぜ臓器提供意思を抽出しなくてはならないかの点である。院内システム構築においては、当院病院長はじめ看護部長等の理解や協力もさることながら、現場では入院時の意思表示カードの確認、オプション提示の実行も行う必要があるからである。

しかしそのプログラムには上記を十分納得できるポイントがあった。それは提供家族への心理的アプローチ、すなわち家族ケアの観点である grief care（図 1）であった。



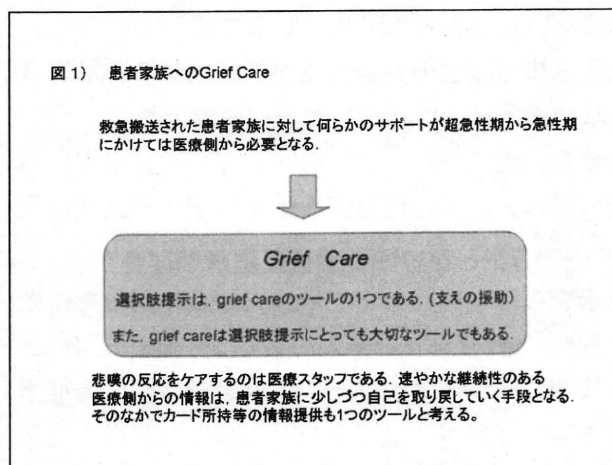


図1

これまで日常行ってきた本人・家族へのケアの一環として今回のプログラムを受け入れることが出来る。これまでの報告のなかで特に新潟県では1990年10月から官民を挙げた病院開発と啓発活動が行われ、そのDAPの成果は着実なものである。その他では沖縄県、福岡県、北海道、静岡県などで行われているが、現実はそうではない。第1に県Coが頻回に各病院との連絡を取り、院内学習会への参加することでコミュニケーションを十分とり、患者個票を元に献腎可能症例について総合的にディスカッションを施行している。第2に県内の先進医療機関の動きが報道を通じ紹介され、さらに県民啓発が浸透し、より多くの臓器提供への情報が集まっている。第3に行政支援の面では院内Coを名誉職と位置づけ県知事からの委嘱状交付がおこなわれている。さらに県単独事業として院内Coの整備に予算が投じられている点が挙げられる<sup>3)</sup>。

この考え方は、決して臓器提供症例ばかりではなく、患者本人や家族の願いをシステムティックに尊重できる体制である。つまり急性期における悲嘆家族に対し、医療者はその心のケアにあたる。すなわちgrief careの一環として臓器提供を据え、この活動の全てをエンドオブライフケアとしてシステムアップすることが出来る<sup>3)</sup>。

つまり患者本人・家族の期待権が言われる昨今、我々救急医・脳神経外科医は

## 5. 選択肢提示の現状

臓器移植提供症例の少ない現状で、やはり増加させる大きな方法は臓器提供意思の確認である。しかし意識障害などで救急搬送された本人に直接確認できない場合は多い。その時には本人の臓器提供の意思確認のため家族へのカード所持の確認と、もしくは医療側からの臓器提供の選択提示が必要となる。すでに臓器移植法の基本理念の第2条「死亡された者が生存中に有していた自己の臓器の移植術に使用されるための意思は、尊重されなければならない」<sup>4)</sup>や臓器移植の運用に関する指針(ガイドライン)第4「主治医等が、臨床的に脳死と判断した場合以降において、家族等の脳死についての理解の状況を踏まえ、臓器提供に関して意思表示カードの所持等、本人が何らかの意思表示を行っていたかについて把握するように努めること」<sup>5)</sup>と明記されている。では救急の現場において搬送された患者家族の心境はどうであろうか。

当然、突然の出来事に動揺や不安が前面にあり、病名は何か、患者本人は助かるのか、入院期間はどれぐらいなのか、入院費はどれぐらい必要なのかといった心境であり臓器提供どころではない。つまり経験豊富な医師や看護師でさえも臓器提供の意思確認等にはストレスを感じる。それはDAPにおいてHASの結果でも患者家族に臓器提供の選択提示を行う際に

「ストレスを感じた」医師は「ストレスを感じない」と答えた医師の2倍に達している<sup>6)</sup>。

しかし、その緊迫した救急の現場で患者本人や患者家族の尊い意思を引き出せるのは患者本人を必死に治療している主治医（救急医や脳神経外科医）であることも事実である。

患者家族は突然見舞われた不幸に対し、悲嘆し、受け入れ、また悲嘆していく。どうにもならない死への受け入れは怒りさえ伴う。その受け入れの過程は個人により様々で長期に及ぶことも希ではない<sup>3)</sup>。

このなかで救急医・脳神経外科医は選択提示をしなくてはならない。鹿野らの報告では搬入から選択肢提示までの時間は平均3.2日であり、選択肢提示から69.2%の症例が臓器提供となっていた。この理由としては患者家族、移植コーディネーター、主治医を含む医療従事者との間に信頼関係と話し合いがあり、十分な時間と環境（患者家族への静かな部屋などの提供）も重要であったとしている。この結果に対し鹿野らは臓器提供に対する意思については決して希薄ではなく、入院後脳死となった患者を見守る家族の臓器提供に対する心境の変化は医療従事者と家族とのコミュニケーション確立や積極的な選択肢提示により変化があったのだろうと述べている<sup>2)</sup>。

## 6. DAP 導入後

神奈川県には、臓器提供を円滑に進めるための地域システムはない。当院でも過去に行われた臓器提供も「家族の申し出」によって行われた結果が多く、システムによって得られた結果ではない。言い換えれば当院での院内開発は「ゼロからのスタート」となった。

DAPでは特に救急の現場でgrief careを実践するなかで臓器提供に対する選択肢提示できること。そして臓器移植数を増加させるにはやはり現場でいかに多く選択肢提示できるのか。そして選択肢提示に係る医師への教育が必須と思われた。当然優秀な移植コーディネーターが日本全国に設置され、移植医療に積極的な施設ばかりであれば良いのだが、各地域でばらつきのあるレシピエント側である移植医の積極性や腎臓内科医による透析患者から移植希望登録推進の積極性も大切な要因である。しかし現状ではその積極性にすべてを望めない。つまり臓器移植提供数を安全に的確に増加させるには、まず内因死以外の外因死等に対する警察や法医学の存在、そして病院として臓器移植に対するシステム構築が必要である。当然、救急医・脳神経外科医、事務、看護部、各協力部署を用いた院内臓器提供推進のシステム構築と現場からのシステムへの協力は必要不可欠なのである。

そのために、今回現場への支援として移植支援室を立ち上げた。

## 7. 当院における移植支援室および委員会立ち上げ

今回は移植支援委員会として（図2）のような形とした。未だに不十分な部分が多いが、苦労した点はまず第1に院内Coとしてお願いした看護師である。縦社会である看護師の社会ではその立場から会議への出席さえ困難とされた。第2に検査部や画像等協力部署への参

加要請を行ったが、その必要性に疑問視され、説明と教育には壁を感じた。最も苦労したのは生命倫理部会との関係である。この会は大学内で年4回程度開催される。一部の医師から臓器移植推進委員会は生命倫理部会の傘下で動くべきとの意見があったが、それでは日々の

推進部会のフットワークが悪くなるため病院長直下の部会とした。

また、より積極的に参加をお願いした部署は法医学教室である。実際に救急の現場では症例によっては原因不明で搬入される脳障害症例や意識障害症例があり、いかに臓器提供に対し妥当性があるか判断するには必須部署である。移植支援室は大学病院の協力部門として設置され移植に関するすべてに関与することとした。専任者として2名常勤している。

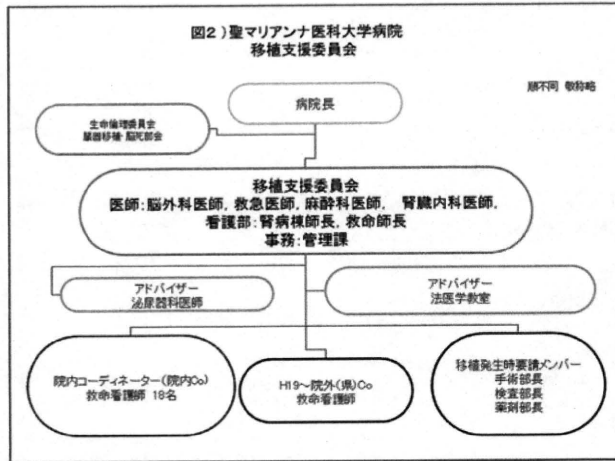


図2

## 8. まとめ

今回神奈川県からの依頼が部会立ち上げのきっかけになったのだが、県からの院内 Co への活動費の補助はなく、県 Co 設置に対する活動費もアイバンクへの活動費で削減され 500 万弱である。移植医療の財源についても必要とする現場に対し円滑に分配されている感はないが、現実に推進している現場には十分必要な財源を望まれる。我々としてはいかにシステムやプログラムを用いても、または大掛かりな組織図を作成したところで臓器提供数が増加しなければ、全く意味の無いものになることなる。また臓器移植法に対する様々な意見がある。国会審議においてなかなか見直しがなされず、まさに国民不在の感が強い。提供側としても同じように保険診療のなかで日常業務を行っている我々とすれば、まさに臓器提供の業務は「ボランティア」であり今後ドナー増加への一翼を担うとはいえ、ある程度のインセンティブについても多くの議論で方向性を示す時期である。つまり国や県は具体的な研修計画、業務に関する費用補助もなく、多くの内容を4大学病院のみの任せただけでは何の解決にもならないのである。

さらに実際の活動に関しては県の協力に関らず個人の積極性に預けられている状態である。県からの依頼とはいえ、国や県の考え方は結果ありきである。今後の腎不全に対する透析にかかる医療費やその削減に関する重要性や救急医療における医療費問題、さらには臓器提供に関する患者・患者家族の期待権の問題などより国や県は現場側に立った推進をすべきである。特に急性期の終末期医療において医療スタッフと患者・家族とのコミュニケーション不足から新聞に掲載されるような事件例もある。現在、国民の終末期に対する期待は様々であり現場の医療スタッフへの教育はいまだ不十分であろう。Grief care を含め再教育が必要と感じている。また移植医の努力も必要であろう。我々はポテンショナルドナーを抽出し、安全に

臓器提供数増やし、さらに臓器提供病院の発掘や移植医療に拘わるメンバーが参加できる状況となるようこの活動を継続する。そして今後、我が国で多くの検討により問題のない死体からの臓器提供が定着できるよう期待している。

## 文 献

- 1) 長澤俊彦：臓器移植法成立後の日本の移植の実状。医学のあゆみ。196：1060-5, 2001
- 2) 鹿野 恒, 大宮かおり, 山崎 圭, 佐藤朝之, 佐藤真澄ら：臨床的脳死症例家族に対する臓器提供に関する選択提示の試み。日救急医学会誌 17：129-36, 2006.
- 3) 秋山政人, 斉藤和英, 高橋公太：ドナーアクション：新潟県のケース。日本移植学会雑誌 移植 39：383-8.
- 4) 臓器の移植に関する法律。法律第104号 1997年7月16日公布
- 5) 臓器提供に関する法律の運用に関する指針（ガイドライン）。健医発第1329号 1997年10月8日制定
- 6) 長谷川友紀, 篠崎尚史, 大島伸一：ドナーアクションプログラム。日臨 63：1873-7, 2005.

## 総合討論

### 司会 高橋公太\*

発言者

- 佐藤雄一郎 (神戸学院大学法学部)  
 相川厚 (東邦大学医学部 腎臓学教室)  
 佐藤滋 (秋田大学医学部 泌尿器科)  
 杉谷篤 (九州大学腎疾患治療部, 臨床・腫瘍外科学/  
 現 藤田保健衛生大学 臓器移植再生医学)  
 剣持敬 (国立病院千葉東病院 外科)

(発言順)

高橋 せっかくのチャンスですので、ご意見・コメントを受けたいと思います。腎移植に関しては、いままで学会員でなければ守らなくてもよいという考え方もありましたが、2007年7月から学会員でなくとも日本移植学会の倫理指針などを守らなければ、診療報酬がもらえなくなりました。いろいろな問題点があると思いますが、ご意見をお願いします。

相川 佐藤(雄一郎)先生のご講演のなかで、emotionally relativeと血縁関係の方と一緒に話されましたが、どのくらいの割合だったのか、どのくらいのパーセンテージでそうだったのか、というデータは出てないのでしょうか。

佐藤(雄一郎) HT Authorityの出しているデータをそのまま訳したもので、問い合わせればもしかしたら出てくるかもしれませんが、私はここにお見せしたのしか持っています。

相川 おそらく、emotionally relativeが圧倒的に多いということはなと思います。私がイギリスで勤務していたころは、生体腎移植は限られた施設でのみ行われており、ちょうどアラブの患者さんを対象にしたロンドンでの売腎問題があったときなんですが、それによって規制が厳しくなったと思います。プレゼンテーションのデータをみますと、新たにつくったような感じがしてしようがないのです。その間になにかイギリスで不都合な出来事があったのでしょうか。

佐藤(雄一郎) 私も正確に存じ上げているわけではありません。佐藤(雄一郎) 89年法は相川先生がおっしゃった売腎問題があったので、それに対応するためにしたというように把握しています。

相川 Emotionally relativeと普通の血縁関係を一緒にしているのですが、その間でまったく違いがないということになっているのでしょうか。

佐藤(雄一郎) 89年法ではrelativeはgeneticallyに限られていました。配偶者は入っていませんでしたし、法律のなかで、この法律のいうrelativeというのは、この範囲をいうというこ

\*新潟大学大学院医歯学総合研究科 腎臓泌尿器病態学分野

とが書いてありました。しかし、2004年法はrelativeもnon-relativeもまったく同じように法律の対象にして、ただ実務の扱として分けているだけなんです。

私自身もemotionally relativeがgenetically relativeな場合と同じに扱われているということにびっくりしてレポートを読んでいます。もしかすると、金銭の授受の心配がないという意味で同じように扱っているように考えているのかもしれないですね。もっともこれは私の臆測にすぎないことです。

**高橋** 今回の日本臨床腎移植学会の特別講演に総会長の星長先生がAllan D. Kirk先生(National Institute of Diabetes and Kidney Diseases)と慶應義塾大学の阿川尚之教授を招待しています。明日、emotional related transplantationについて、鼎談で一部触れていただきます。

阿川先生は、米国NIHのプログラムにのって大学の同級生から生体腎移植を受けられました。米国では、どのようなシステムにのってemotional related transplantationが実施されているか、Kirk先生にお話ししていただきますし。

**相川** イギリスでemotionally relativeで1例目の生体腎移植を行ったのは、私のボスだと思えます。インターネットにそのように出てきましたので、ですからその辺も少し聞いてご報告申し上げたいと思います。

**佐藤(滋)** 2007年、宇和島問題と誤解されて私たちの病院での生体腎移植もマスコミをにぎわせ、そのことから勉強させていただいたことがあります。生体腎移植と少し異なりますが、日本の法律のうえで、臓器あるいは組織はだれのものであるか、その所有権はだれにあるのかという明文化はないと思いますが、いかがでしょうか。

**佐藤(雄一郎)** まず、臓器や組織が物であって、所有権の対象だということは、どこにも書いてないのですが民法の総則の解釈上そうだとはい言われています。だれのものかとい

うことは、古い明治時代・大正時代の判決のなかで、生体から切り離された場合にはその人のもの、死体の場合には相続人のものだと言われたものがあります。

ただ、実際の事件になりますと、この一般論ではまったく役に立たず、法的にはよくわからないことになります。ただ、一つだけ、自治医科大学の病理標本の事件では、これは承諾を得て病理標本を保存していたケースでしたが、所有権は遺族にあるというので、病院は返還しなければならぬという判決が出たことがあります。

**佐藤(滋)** 私たちは通常の医療行為をして臓器を摘出し、たとえがんで臓器を摘出して、その臓器を病理学的に検査するというような行為も勝手に行っているのではなく、基本的にはその臓器は摘出された人のものであって、その人のメモリのために、あるいはいつかの医療行為のために検査をさせてもらっていることを認識しているつもりです。

そうすると、「あなたはがんですから、この腎臓は摘出しなければいけません」と言っておきながら、その臓器を一切断らずに移植した場合、この臓器を摘出された人が移植に同意してなくて、「そんなことは認めてない、損害賠償しろ」、ということになった場合、訴訟として起こりうるのでしょうか。

**佐藤(雄一郎)** 少し遠回りをしますが、自分の身体から出た腎臓がうまく使われなかった場合に損害賠償がとれるか。ご承知のとおり、東京医科大学の八王子のケースですが、父親が息子さんに腎臓を提供したケースで、息子さんの術後の管理の結果、息子さんが亡くなったという原告の訴えについては、近親者固有の慰謝料をもって評価されるのだから、自分の腎臓が息子にあって、その後うまく医学管理がされなかったことは、独立の損害賠償の対象にはならないという判決があります。

結局は腎臓が勝手に使われたということ自体と、その結果な

んらかの別の新たな損害が発生したかということとして、前者だけで具体的にどこに損害が生じたかといえるかどうかというのはちよつと難しいと考えます。

**佐藤(滋)** 損害ということですか。

**佐藤(雄一郎)** はい。これはイギリスのケースですが、脳腫瘍の患者さんが亡くなったあと、病理解剖をして脳も摘出したのですが、その標本をきちんとつくらないうちに脳を捨ててしまひ遺族から訴えが起こったケースでは、損害が生じてないはないかということで、訴えが棄却されたものがありました。

これは、もともとは医療過誤の訴訟のなかに出てきたもので、それで、それによつてたとえは、医療過誤で脳腫瘍を見逃していったということが本来だつたら証明できたのに証明できなくなったかと思ひますが、腎臓の場合には、損害としてはなにかあることになるかと思ひますが、腎臓の場合には、自分の腎臓を病気によつてとるといふように言つておいて、実はそれは他の人に移植してしまつたということだけで、具体的にどこかの損害があるかということ、難しいかもしれません。

ただ、慰謝料というものがあつたので、慰謝料が一定程度認められる可能性は否定できないと思ひます。

**佐藤(滋)** 生体腎移植から離れますが、献腎移植の日本のシステムですと、亡くなつて臓器を提供することを承諾し、家族も同意して臓器を摘出する。しかし、腎移植ではレシピエントを指定できない。この場合、家族あるいは本人が遺言書で1腎は自分の親族のだけそれにあげたいと。しかし、これは無視されるんですね。これは法律上違反ではないのでしょうか。

**佐藤(雄一郎)** もし臓器が物であるという、先ほどの民法総則の原則を使ひますと、腎臓は値段があるかどうかかわかりませんが、それは相続財産である、そうするとこれは遺言でもつて当然に処分ができるはずだということになりそうです。

ただ現在の判例は実は相続財産と扱つておりません。なぜか

というところ、そうすると奥さんが半分、子どもたちがたとえ残り1/6ずつ持つていくことになりかねませんので、死体というのはお墓とか仏壇と同じように特別の物として扱われていまひます。

それについては、本人は一応だれに管理をしてほしいかを指定できることになっていまひます。ただし、それはお墓に入れる場合の死体の話であつて、移植に使う場合の臓器の話なんというものは民法は全然考へてない。果たして臓器に対する処分権を認めるべきかどうかというのは、臓器が通常の物とどの程度同じでどの程度違ふかということとからんでくると思ひますが、少なくとも日本の法律の解釈として通説というものはありません。

ただ、一つは臓器移植法が、ご承知のとおり本人の自己決定というものを認めていまひますので、自己決定が提供先の指定にまで及ぶべきだといふ強い主張はありません、しかし一方では臓器の公平な分配を考へますと、これは本人の指定ではなくて医学的に必要な順番で分配するほうが望ましいといふ理解もあると思ひます。

私個人は本人には処分権はあると思ひますが、ただそれは医学的な理由から制限をされていひて、ですから本人が指定したとしても、これは臓器移植法のもう一つの理念である移植の機会の公平・公正といふところでもつて医学的な理由で分配をすべきであつて、現在のやり方は理に適つていひるかと思ひます。ただし、法律の通説として固まつていひるものはないと思ひます。

**佐藤(滋)** ありがとうございます。

**杉谷 実** は2003年に日本ではじめて交換生体腎移植を行い、そのときの経験と以後学会などでみてきたことで、先ほどの佐藤(滋)先生と同じような疑問を持つていたもので、もう少し詳しくお聞きします。

まず、生体からとり出された腎臓の意味についてです。倫理委員会が「杉谷先生は腎臓を物と考えたんですね」と言われました。なんの意味かわかりませんが、腎臓を下ナーの人格の一部と考えるのか、それとも腎不全を治す一つの道具、物として考えるのか、そういう意味を聞かれたんだということですが、あとで考えてわかりました。私としては、眼前の腎移植を成功させることがプロとしての使命と考えていました。

ところが、交換したということとはまったく関係のない人のところにその腎臓は移植されたということなんです。ドナーは当然生きていますから、法的・倫理的問題が生じます。生体から摘出された腎臓というのは、日本の場合には、そのドナーの人格の一部としてみなされている。そして、死体から摘出された腎臓というのは、物として考えられていて、国家共有の財産としてネットワークが臓器移植法とその下の決まりに従って公正に分配されるものなんだと、いまは理解しています。

宇和島の問題は、病腎移植という前に、結局、摘出された腎臓は生体腎でした。それをドナーが事前に知らない人のところに移植されたのです。ですから、これは物として扱ったことになりません。そこは明らかに倫理に反したんだらう。だからいけないことだらうと思っています。

この考え方が違っているかどうか、生体の腎臓、死体の腎臓について佐藤(雄一郎)先生のお考えを教えてください。

**佐藤(雄一郎)** 私、原則論として、死体とか生体から切り離されたものは物だと民法総則では考えられていてと申し上げてしまいましたが、ただ、それはいまから100年も前に言われたことで、それが無批判にいまでも言われているというだけですし、実際にはかなり前から、法学のなかでも、死体や生体から切り離されたものをたんに物扱いしてはいけないと言われておりました。仮に、だれかに処分権を認めるとしても、それは埋葬のために必要なかぎり処分権が認められているにすぎない

い。言い換えると、いまは死体のことを念頭においていますが、遺体を埋葬する義務の一部として、他の人に対しては、だからこの遺体には触るなというなんらかの権限があるだけだということ議論も非常に強いものです。

また、倫理的にとりかかると、一般の方の受けとられ方として、特に生きた人の身体から出たものがたんに物扱いされるということに非常に拒否感があるということは私もよくわかります。

一方でそれを法律のほうに立ち返って考えてみると、法律で人格という場合には、人格権というプライバシーとか名誉毀損ということがこれまでは言われていたぐらいで、臓器に対してどんな権利があるのかということは、なかなかよくわからな

い。ただ、私としては、本人は自分の身体から出たものに対してずっと追いかける紐みたいなものを持っているんじゃないのかというように思っていることがあるわけです。とすると、物扱いしないでほしいという利益が一つあって、ですからそれはやたらめたらに使ってはいけないということがあると同時に、本人の意に反するような使い方はしてはいけない。

それに反して使われたときに返してもらっても全然意味がないんじゃないかという批判もあるんですが、やっぱり返せとか、そういう使い方をすると指定する一定の権利を本人は必ずと留保しているのではないかと、そういうタイプの特殊な物というように、理解していかないといけないかということに、ここ数年考えています。

ですから、杉谷先生のおっしゃった、生体から出た物については、それをどのように法律論として組み立てていくかという、ボールを投げていただいたつもりで、これからも考えたいと思います。

**杉谷** 実はその法的な解釈と倫理的な解釈、さらに一般の人



のギャップに私は非常に悩むんです。実際に外科学会のシンポジウムで故 中谷 蓮子先生(慶応義塾大学名誉教授)に聞きました。こういうことをしたんですけれど、私は正しかったのでしょうか?と。彼女は前もってインフョームド・コンセントをとってあって、きちんとカルテに記載してあるならば法的にはなんの問題もないとおっしゃったのですが、当然、現実的には100%のインフョームなんてできるわけないから、医療訴訟が起こるわけです。

このように法的な解釈と倫理的な解釈というのは、現場では乖離があって、どうにもならないと思います。いみじくも、ニューヨークからフロリダへ搬送の例で佐藤(雄一郎)先生がおっしゃったドナーは亡くなった方ですよ。しかし、知人に提供してまです。アメリカではあの腎臓をなんと考えたのか、おそらく物と考えられ、さらに遺志を持ったドナーの人格の一部と考えられたと思います。これでよいかということをおたずねします。もう一つは、一応死体腎ですが、二つの腎臓とも提供先を指定する権利、遺言で、あるいは家族での言葉でということとする権利があったと認められたのかどうか、この2点聞きたいのですが、アメリカの場合ではどうですか。

**佐藤(雄一郎)** 後者のほうが事実関係ですので、先にお答えできるかと思いますが。アメリカの死体提供法は死体の臓器というものは本人あるいは遺族が、だれにあげるか、使い方も含めて指定できることになっています。ですから、当然あのケースでも奥さんが2腎ともフロリダ州のR氏にあげると言えば、それは法律上は有効になります(ただしドナーの治療上必要なこともありますが)。

ただ、角膜炎で実際に私が聞きにいったときには、できるだけそういう指定はしないでくださいと一般の人にはお願いやいか教育をしているという話でした。ですから、法律は、あなたが処分権を持っているのだから世の中のためにあなたが提

供してくださいねという建前でいながら、実は医学的なルールで分配をされているという乖離があって、ニューヨークの事件からみると、おそらくこのやり方はニューヨークの臓器移植幹旋機関だけでなく他でもやっているとあります。2腎あげてもしょうがないので、1腎は医学的な理由から分配してたんだらうと思います。

そのことが問題になってしまったわけでも、もしそういう必要があるのならば法律をそのように改正するなり、一般の人にそのように説明するなりすべきだったと思います。建前と実際上の必要がずれていたということではないかと思えます。まず、ここまですで確認などいただけたらと思います。

**杉谷** わかりました。

**佐藤(雄一郎)** つづいて、1点目です。これは難しいところで、一つはこの法律の解釈というのは世の中の動きを、あるいは世の中の人たちの考えていることを無視して行うことはできないと私は考えています。その意味で法律の解釈は常に柔軟でなければいけないし、社会的な倫理観というものを反映しなければいけないと思っています。

死体とか臓器が物だというのは、たとえばこのパソコンとか、このペットボトルが物だというのと同じように扱って考えてしまった結果であって、その前提自体がおかしいと言えはおかしいので、社会的にみておかしいのであれば、じゃあ臓器というのとは別な性格を持つもので、どういう性格をもつて、どういう扱いをすべきものかということを考えていかないればいけない。

というのと同時に、もう一つ法と倫理との乖離の問題としては、法律というのは倫理的に正しいこと、倫理的になすべきことをすべて書くということとはもちろんできませんので、社会的に考えて、これだけはどうしても法律で決めておかなければいけないというものだけを明文化したものです。ですから、法的

には許されるけれども倫理的には疑問の余地があるものというのはたくさんある。

ですから先生方は法律に従ってさえいればよいわけではなくて、さらにそのうえでいろいろお考えになるんだと思います。

要するに、道徳のなかの一番最低レベルのことだけが法律には書いてあり、法律はそれ以上細かいことをいろいろうろろくは言わないのです。二番目の意味での乖離というのはどうしても避けられない。法律は倫理的に正しいことすべてをだれかに押しつけるというようなことはしないで、むしろコアの部分だけに規制をかけて、他の部分は各人の判断に委ねているところがあるのだらうと思います。

**杉谷** 最後に、今日のご講義と高橋先生がおっしゃってたことをまとめ、自分のなかに覚えておいて帰りたいと思います。イギリスのHTAのことをおっしゃいましたが、あそこは一応生体に関しても2、3日で答えを出すような審査を全例に対して行っている例がある。しかし、アメリカのような例、各州によって違います。このような違いを理解したうえで、いまの日本では法律ということ、宇和島のことに関しても罰則ということはまだないが、学会のガイドライン、それと保険から適用になるかどうかということでの一定のラインは考えておいて、法の規制がなくても、守らないといけないんだよというように、今日のご講義は理解して帰ってよろしいでしょうか。

**佐藤(雄一郎)** そうですね。すべて最初から法律をつくれということではなくて、もつと緩やかなレベルから考えていけばよいのではないか。現実的には学会ガイドライン+保険基準でかなりの部分がカバーできるのではないかと思いますので、まずはそこまでの規制で様子を見る。もし、そこで足りなければまた考えてみるということではよいのではないかと考えています。

**杉谷** ありがとうございます。

**剣持** 普段はわからないようなことを勉強させていただきましてありがとうございます。一つ、献腎移植をやっていて、ごときどき体験することですが、ドナーカードを持っていて、ご本人の意思ははっきりしていて、お子さん、奥さん、家族の方、ごく近い方はドナーの意思を叶えてあげたいと承諾され、移植がすんで摘出の準備が進んでいったなかで、2007年に経験した症例は、そのなかで遺族の方に連絡しているうちに、遠い親戚の方がいらっしやって、その方は反対ということでした。

その方と別にコーディネーターに対して、どうしてもご本人の意思を叶えてあげたい、どうしてできないんですかと泣いて頼まれたことがあります。現在は、残念ながらご遺族の全員の賛成ということをもつての提供になりますので、その場合は断念したことがあるんです。

質問は、そのいわゆる亡くなった方のご遺族は法律的にどういう定義がされているのか、遺族といったらどこまでも広がると思います。それがどういう定義なのかということと、そのときにお子さんやごく近い家族の方はどうしても提供を希望している。ご本人はいつも言っていたと希望しているのに、それをほとんど会ったことのないような方が断つてだめにするということの法的な意味合いといいますか、その奥さん、お子さんは提供したいわけですから、かなり失望されて泣いてしまっているんじゃないんです。

その辺のところは法律的にどのような、難しいとは思いますが、法的な規制がそこにかかっているとは思えません。そういうところを専門家としてのご意見をお願いします。

**佐藤(雄一郎)** 臓器移植法は本人の書面による承諾と遺族が拒まないことと書いてあるのですが、この遺族の定義は臓器移植法にも他の法律にもございせん。たとえば親族という言葉を使われまして民法の725条というところに書いてありますが、遺族というものの定義は他の法律にもない。これは先ほど

のイギリスの例で any surviving relative というところで見たのと同じ問題で、遺族というのはどんな遠い遺族でも反対してはだめなのか、おそらく日本の臓器移植法はだめだと考えていると思います。

それは、臓器の摘出が認められるのは特別の場合である。要するにデフォルトであれば臓器はとれない、特別の場合だけ臓器がとれる。ですから、本人の強い意思とか、あるいは本人に親しい配偶者とか子どもどのどんなに強い希望があっても、それは特別の基準である遺族が拒まないことを満たさなければ、できないのが現在の法律の建前なんだろうと思います。

ただ、それ自体が見直されてもよいかもしれません。少なくとも、臓器をあげること、あげないことを中立的に考えてみる。あるいは臓器をあげるということを推奨することになります。法律の書き方が変わるはずで、たとえばイギリスもアメリカもそうですが、ご承知のとおり、どの国もといって差し支えないぐらいですが、本人の明示的な承諾がなくても遺族が承諾すれば、臓器の提供ができることになっていますし、そのなかでは遺族には順番が書いてあって、その一番上の人が承諾をすれば、他の人がいくら反対していても、臓器の摘出は少なくとも法律上はできるところがほとんどです。その順番というのは本人の親しさの順番で配偶者、子ども、親などという順番。

ですから、臓器の提供を推進するということと、もう一つは遺族といっても本人との精神的な関わりの強さの違いがあるはずだということを考えて、私は遺族の範囲を限定するなり、あるいは定義をおくなり、あるいは優先順位をつけるなりということがあります。さらにはいわゆる開かれたオプトインと申しますが、遺族による提供を認めてよいと思います。

ただしこれは、むしろ法律の問題で、そのことと現実にとれるかということとはまた違っていて、法律のなかで配偶者がよい

と言っていればとれると書いてあっても、子どもが強く反対するととれないという実態は外国でもあるようです。それはともかくといたしまして、少なくとも法律の規定の仕方として、もうちょっと考え直していいのではないかと思います。

**剣持** 問題になるのは、献腎のときには家族が全員の遺族に知らせられるかということ、いろんな場合があり時間的余裕がなかったり、その後に連絡できなかつた遺族が私は反対だったと言われると、それは自分の意思を確認しなかつたからといって訴えられてしまうということもありうるのかということですが、

それがまた生体移植の場合、もっとインフォームド・コンセントを何回もやって、さらにご遺族の方に反対はいいないですかと細かく聞きますが、そういうことが生体移植の法規制になつたときには、どこまで聞く必要があるのか、聞いてない人が、たとえば私は聞いてなくて反対だったとすると、医者側もあるいは提供した側も、よかれと思ってしたことではないかと思いをされるのではないかと思います。

**高橋** 以上で腎移植連絡協議会を終わらせていただきます。佐藤先生、神戸からお忙しいところおいでいただきまして大変ありがとうございます。会員一同にかわりまして感謝申し上げます。会場のみなさま、最後までご清聴ありがとうございます。

# 臓器移植コーディネーターからみた 新潟県の取り組み

秋山政人<sup>\*1)</sup>, 中川由紀・齋藤和英・高橋公太<sup>\*2)</sup>,  
山崎 理<sup>\*3)</sup>, 荒川正昭<sup>\*1)</sup>

新潟県では、1999 年より病院開発、およびドナーアクションプログラム(DAP)の導入を図り、臓器提供意思を尊重できる院内環境づくりは もちろん、特に「救急における悲嘆家族のケアこそが臓器提供を増やす」との信念に基づき救急施設への働きかけを行ってきた。また同時に、県民に対する啓発を含め“官民一体の活動”も欠くことなく、臓器提供を増やすためのシステムとともに、行政による政策面での地域づくりにも邁進してきた。結果、2006 年(1～12 月)の献腎は 8 例 16 腎の提供があり、うち県内の 12 人に移植された。2007(1～12 月)年 9 月現在 2 例 4 腎で、献腎希望の通報であったが医学的適応外で 2 例 4 腎の献眼となっている(図 1)。

この活動で臓器提供数が増えたかのように感じるが、たんにスタートラインに立っただけと考える。それは救急現場での臓器提供意思が以前より抽出しやすい環境が構築してきたことにある。すなわちキッチンの築の網目が小さくなくなっただけで、いままでは見逃されてきた臓器提供意思を拾えるようになったことにある(図 2)。言いかえれば、このことにアクセラを踏めばたくさん臓器提供意思が拾えるのだと考える。

新潟県の Donor Action の展開は他の地域との違いがあり、それは“官民一体の活動”である。すなわち特定の医療機関にシステムを導入するだけではなく、これらを支える行政支援があり、さらに行政として一般

<sup>\*1)</sup> 財団法人 新潟県臓器移植推進財団  
<sup>\*2)</sup> 新潟大学大学院医学総合研究科 腎泌尿器病態学分野  
<sup>\*3)</sup> 新潟県福祉健康部健康対策課

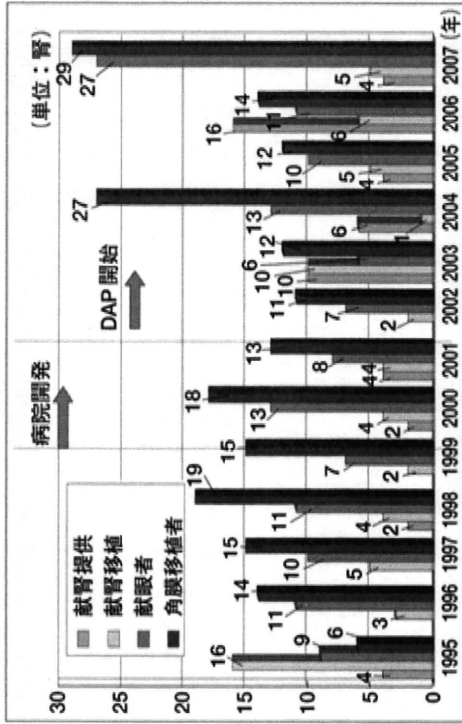


図1 各年の献腎数(新潟県)(年度表示)

増えたようでは患者の臓器提供意思をとりこ

いままでは患者の臓器提供意思をとりこぼしていたが、その意思を以前より拾えるようになった。

“臓器提供意思の尊重”と言えるような院内システムをいまま以上に構築し、患者・家族のニーズに応えられる医療機関をつくりたい。

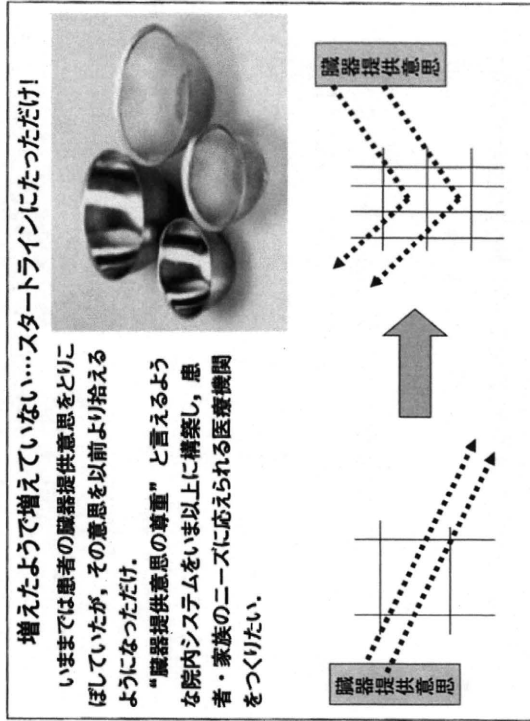


図2 臓器提供意思抽出の変化

県民にも充分な啓発ができるよう、いわば地域一体型の Donor Action が特徴である。この官民一体の活動は、“提供しやすい環境づくり”観点からみれば理想形であるが、このことについて“哲学はわかるが、現実