

Trafficking and Transplant Tourism を開催し、世界 78 カ国から 152 名の参加により「イスタンブール宣言」(表 2) が採択された。この会議でも、国際倫理問題として日本が取り上げられ、外国人の臓器が何例日本人に移植され、また、何例の日本人の臓器が外国人に移植されたのかという質問や、国内法で小児の臓器提供を規制していながら、小児の渡航移植を認めている根拠は何か、という質問もあり、国際的な「非難」ともとれる発言があった。これらが日本国内で大きく報道されないことも、また、会議参加者としては当惑したことを記憶している。この「イスタンブール宣言」が、WHO ガイドラインの改正案の中に、Report by Secretariat として引用されたことも歴史的な事柄である。

国内の報道では、WHO が渡航移植を禁止するというニュアンスが目立ち、一般国民には WHO が法的拘束力をもつかのような誤解を生んだことも事実であるが、国際的な倫理要綱として唱えられたものであり、加盟各国政府に対しての自助努力を促すものであるという本来の WHO 指針を忘れてはならない。しかしわが国は法的な整備を行う国際的なプレッシャーもあり、2009 年の法改正に結びついたことも事実である。基本的に、小児の臓器提供を法で規制し、さらに海外での移植の道が閉ざされた場合には、国民の生存権に抵触するという重大な責任を国会が負うこととなるため、政治的にも改正せざるを得ない状況であったことは事実である。

臓器提供、臓器移植には必ず担保されなければならない、下記の「4つの権利」がある。

- 1) 臓器提供を、する権利
- 2) 臓器提供を、しない権利
- 3) 臓器移植を、受ける権利
- 4) 臓器移植を、受けない権利

これらは国際倫理上も何度も検討され、前述のチューリッヒ会議でも話題となった。その中でも臓器提供を希望しないが、自身が臓器不全

で臓器移植が必要な場合には臓器移植を受けたい、という場合の利己的行動を社会が阻止できるのかという話題も持ち上がった。倫理的には許されるものではないが、同時に両方の決断を迫られる場面はないとしてその評価は、現実的にはできないとされた。しかし、このような議論を、日本国内の国会でも学会でもあまり耳にしたことがないように記憶している。これらの本質的な議論も、国民に考えさせる教育、啓発も必要であると感じている。

III 小児救急医療体制の整備

特集②の筆者からも指摘のあるように、本邦における小児救急医療体制の不備は、最近の報道でも目にすることが多くなっている。これまでの医療体制の中で、NICU は大学病院などの ICU に付属的に考えられていた医療機関も少なくなかったのではないだろうか。それも全国に 20 カ所程度、100 床との報告に驚きを隠せない。この体制の中で、小児からの臓器提供がどのようにして円滑に行われるのかという本特集のテーマを考えても、あまりのギャップに多くの問題点を列挙することしか考えられない。2003 年の段階で、小児科学会員の 82.3% が脳死を人の死と認めていたことも、72.6% の学会員が小児からの臓器移植が必要と考えていたことも、その当時の世情から鑑みれば先進的であったと感じている。しかし小児科学会員として、前述のような医療体制の中で、小児の生存権を含めて小児救急医療体制が整備され、最大の医療を提供できる状況を国策として行っていない状態で、総意としての決断は行えないというのは当然のことであったと感じている。さらには虐待児の問題も単なる識別だけでなく、国の制度としての予防策、さらには救済策が欧米並みに明確に運用されてこそ、上記の複雑な感情を払拭できるものである。

今回の改正法で、小児からの臓器提供が可能

表2 イスタンブール宣言 (概要)

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 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 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.

表2 つづき

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 non-governmental organizations, should develop and implement comprehensive programs for the screening, prevention and treatment of organ failure, which include :
 - 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.

となるのであれば、さらにこの点に関しても国策として、小児救急医療体制整備を実施する義務があるのは当然であり、これは臓器移植以前の国民の必要とする医療体制整備である。また、外科学的な側面のみならず、精神科学的な面からも、小児の救急時に対する家族のケアも、臓器移植とは関係なく十分に整備されてこそ、現実的な臓器提供が可能となるべきである。

家族の死 (family loss) に関する心理学的研究も、とくに小児の死に関して家族が通過するその経路に関して、精神科学的な疾患に陥ることを防ぐための研究や、その対応体制が十分に整っているとは言い難い。とくに臓器提供がその上に発生する場合に、ドナー家族のケアとして、この点を考慮してグリーフケアが実践できる移植コーディネーターによる家族ケアは不可欠となる。特集⑥の項では、日本臓器移植ネットワークの移植コーディネーター教育として、このような体制整備に向けた習熟を期する教育体制が示されているが、過去の研究内容をも、家族ごとの個別化や急性反応を示す母親の影で「忘れ去られた、遺族」として、将来的に重症化している父親の存在などにも、欧米の研究のみでなく、わが国独自の文化的要素を考慮した研究、それらの結果を踏まえた教育、研修体制の整備も必要である。

おわりに

これらの多くの問題を抱えている中、本改正法は2010年7月17日に施行される。十分な医療体制が整備された一部の医療機関に、初期の症例を期待する声も聞かれるが、小児の臓器不全患者への新たな希望の道が開かれる。その道は前途多難であることは明白である。さまざまな問題が生じる可能性は否定できないが、移植技術の医学的な発展とともに、忘れてならないのは、そのためには必ずドナーが存在し、また、その家族がいることである。小児救急医療体制がさらに充実し、最高の医療水準が確保される

ことこそが、万が一の際に家族も納得のゆく医療を受けられたことになるであろう。その上で、これらの家族の精神的なケアが行え、さらに臓器提供となった際も、その後も、対応できる体制と水準を整備することこそが、小児との死別という人生でもっとも過酷ともいえる状況下で、少なくとも臓器提供に関して、「後悔」のない状況が作れるものと考ええる。小児臓器不全の患者、およびその家族への希望の道を閉ざさないためにも、公平、かつ公正な医療として、小児臓器移植がわが国の医療として定着することを祈念する。



- 1) C・M・パークス：死別—遺された人たちを支えるために—。桑原治雄，三野善央，曾根維石（訳），メディカ出版，1993
- 2) Arnold JH, Gemma PB : A Child Dies : A Portrait of Family Grief. Aspen Systems Corporation, Rockville, MD, 1983
- 3) Arnold JH, Gemma PB : A Child Dies : A Portrait of Family Grief. The Charles Press Publishers, Second Edition, Philadelphia, PA, 1994
- 4) Bramblett J : When Good-bye Is Forever : Learning to Live Again After the Loss of a Child. Ballantine Books, New York, 1991
- 5) Cordell AS, Thomas N : Fathers and grieving : coping with infant death. J Perinatol 1990; X (1) : March
- 6) Corr CA et al (eds) : Sudden Infant Death Syndrome : Who Can Help and How. Springer Publishing Company, Inc, New York, 1991
- 7) DeFrain J et al : Sudden Infant Death Syndrome : Enduring the Loss. Lexington Books, Lexington, MA, 1991
- 8) Donnelly KF : Recovering From the Loss of a Child. Macmillan Publishing Co, New York, 1982
- 9) Finkbeiner AK : After the Death of a Child : Living with Loss Through the Years. Simon and Shuster Inc, New York, 1996
- 10) Horchler JN, Morris RR : The SIDS Survival Guide : Information and Comfort for Grieving Family and Friends and Professionals Who Seek to Help Them. SIDS Educational Services, Hyattsville, MD, 1994
- 11) Hosford C. Fact Sheet : When a Twin Dies.

- Maryland SIDS Information and Counseling Program, Baltimore, MD, 1994
- 12) Moffat MJ (ed) : In the Midst of Winter : Selections from the Literature of Mourning. Random House, New York, 1992
- 13) Rando TA (ed) : Parental Loss of a Child. Research Press Company, Champaign, IL, 1986
- 14) Staudacher C : Men and Grief : A Guide for Men Surviving the Death of a Loved One, A Resource for Caregivers and Mental Health Professionals. New Harbinger Publications, Inc, Oakland, CA, 1991

お知らせ

第9回 NST わからん会

日 時 : 平成 22 年 8 月 7 日 (土) 13 : 00 ~ 17 : 00
場 所 : 大阪樟蔭女子大学 小阪キャンパス (401 教室)
最寄駅 : 近鉄奈良線「河内小阪」駅下車徒歩 5 分
テ ー マ : 「Direct PEJ か? それとも PTEG?」(仮題)
症例提示 : 東邦大学医療センター大森病院チーム (代表者 : 鷺澤 尚宏 東邦大学医療センター大森病院栄養サポートチームディレクター)

第5回 NST わからん会 (東京版)

日 時 : 平成 22 年 9 月 19 日 (日) 13 : 00 ~ 17 : 00
場 所 : 昭和大学 (上條講堂)
最寄駅 : 東急大井町線・池上線「旗の台駅」下車徒歩 5 分
テ ー マ : 「呼吸不全で人工呼吸器装着患者の栄養管理」
症例提示 : 市立岸和田市民病院チーム (代表者 : 加藤 裕子 市立岸和田市民病院看護局)

※以下の要項は第9回、第5回 (東京版) とともに共通です。

対 象 者 : 医師・看護師・薬剤師・栄養士・その他の医療関係者 (学生を含む)

参 加 費 : 1,000 円 (当日徴収) 学生無料 (学生証の提示必要)

※必携品 : 当日、計算機を使用しますので、各自で御持参ください。

申し込み : 別途申込用紙に氏名・所属・職種・連絡先を明記の上、① FAX : 06-6723-8135 または ② <http://nst-wakarankai.com> の参加申込フォームよりお申込み下さい。

問合せ先 : NST わからん会事務局 (大阪樟蔭女子大学大学院)

藤本 素子

TEL 06-6723-8135

E-Mail : jimu@nst-wakarankai.com

代表世話人 : 山東 勤弥

世 話 人 : 大石 雅子, 加藤 裕子, 佐々木 雅也, 幣 憲一郎, 東海林 徹, 立花 貞信, 土岐 彰, 福原 真美, 保木 昌徳, 丸山 道生, 宮澤 靖, 吉田 理香, 鷺澤 尚宏

小 児 科 第55巻 第4号 (平成26年4月1日発行) 別冊

Pediatrics
of Japan

小 児 科

特集：小児科医が行う「いのちの授業」—子どもたちにどう伝えるか—

いのちの授業とは

中 西 敏 雄

金 原 出 版 株 式 会 社

いのちの授業とは

なかにし としお
中西 敏雄*

学習指導要領には、「道徳」の授業として、

- ・小学校1～2年生には、生きることを喜び、生命を大切にすることを心をもつ
- ・小学校3～4年生には、生命の尊さを感じ取り、生命あるものを大切にする
- ・小学校5～6年生には、生命がかけがえのないものであることを知り、自他の生命を尊重する
- ・中学校では、生命の尊さを理解し、かけがえない自他の生命を尊重することを教えることとしている。

われわれを含め、生徒たちは、命について日常考えることは少ないであろう。いうまでもなく、死があってこそ生きる実感がある。いのちの授業は、生と死について考える授業ではないかと思う。もとより死とは何かは、法律論はさておき、個々で考えるべきものである。その手助けが、上記の道徳の授業である。生や死をいったい誰が教えるのが適切なのだろうか。学校の先生なのか、宗教関係者なのか。命について教えることは、結構難しい。

われわれ小児科医は、常日頃からいろいろな重症度の病気の子どもをみている。わが国の医療水準をもってすれば多くは回復するが、なかには助からない子どももいる。子どもの死や生に深く関わる職業に就いている小児科医は、いのちの授業を行う者として最適ではないだろう

か。命について考えるきっかけとなる授業をわれわれ小児科医が行うことができることは、子どもの死や生に深く関わる職業に就いている者として、意義深いことではなかろうか。それこそ小児科医冥利に尽きるのではなかろうか。

多忙な診療に明け暮れる小児科医の中には、なぜわざわざ忙しいのに学校に行き授業しなくてはいけないのか、といった意見もあろう。最近、学校では、地域のさまざまな分野からの方々を呼んで、子どもたちに授業をしてもらうようになっている。学校医として生徒たちの健康管理をまかされている小児科医も多くいるはずである。自分がかつて通学した学校の近くに住む小児科医もいるかもしれない。自分の子どもたちが通学している、または通学した学校もあるかもしれない。自分が住む地域や働いている地域に学校はあるはずである。いろいろな形で、医師になってからも学校とのつながりはあるはずである。そこにいのちの授業を待っている生徒たちがいるのである。少しの時間を割いていただいて、学校に出向くことをお願いしたい。

本特集では、小児科医が行う「いのちの授業」と題して、4人の方々に原稿をいただいた。小児科医が2人、小児外科医が1人、弁護士が1人で、小児科医以外の方々からも寄稿いただいた。小児科医が「いのちの授業」を行う際の参考になれば、と考えたからである。小児外科医

* 東京女子医科大学循環器小児科
〒162-8666 東京都新宿区河田町 8-1

の方は、発展途上国の医療援助を通して子どものいのちについて考えられ、いのちの授業を始めるに至られた。弁護士の方は、いじめ予防が契機になり、いのちの大切さにつながる授業に至られた。すでに1万人近くの生徒が授業を受けたという。いのちの授業を始めるきっかけは

さまざまである。「いのちの授業」にはいろいろな切り口があってよいと思う。その切り口の中で、小児科医が「いのちの授業」を行うと、他にはできない授業が可能となると考える。

本特集が、日本全国の小児科医がいのちの授業を行うきっかけとなれば幸いである。

小 児 科 第55巻 第4号 (平成26年4月1日発行) 別冊

Pediatrics
of Japan

小 児 科

特集：小児科医が行う「いのちの授業」—子どもたちにどう伝えるか—

小児科医による「脳死と臓器移植を考える」授業

中 西 敏 雄

金 原 出 版 株 式 会 社

特集

小児科医が行う「いのちの授業」
—子どもたちにどう伝えるか— 3

Key words
いのちの授業
脳死
臓器移植

小児科医による 「脳死と臓器移植を考える」授業

なかにし とし お
中西 敏雄*

死について生徒たちが考えることは、自分の命や他人の命を大切にすることにつながるのではなかろうか。そう考えて、筆者は小学生に対して、死や命について考える授業を行ってきた。わが国の臓器移植法では、死の定義に心臓死と脳死がある。授業では、死の定義に議論があること、脳死と臓器移植が直結していることを教える。脳死（に近い状態）と告げられ、臓器提供をするか悩む家族の映像も見せる。脳死下臓器提供に合意して子どもの臓器提供を行った家族の手記なども紹介する。心臓手術を受けた子どもの映像を見せ、臓器移植、生、死といったことは物語の世界のものではなく、実世界のものであることを実感させる。授業からの生徒たちの反応が授業を続ける励みになっている。「いのちの授業」に出向くことで、子どもたちにいのちについて考えるきっかけを作っていただくことを日本全国の小児科医にお願いしたい。

はじめに

死について生徒たちが考えることは、自分の命や他人の命を大切にすることにつながるのではなかろうか。命について考えるきっかけとなる授業をわれわれ小児科医が行うことができることは、小児の死や生に深く関わる職業に就いている者として、意義深いことではなかろうか。そう考えて、筆者は小学生に対して、死や命について考える授業を行ってきた。本稿では、小児の脳死について簡単に概説し、筆者が行っているいのちの授業について紹介したい。

I 小児の脳死

わが国の臓器移植法では、死の定義は2つある。心臓死と脳死である。脳死は、臓器提供に

際してのみ適用される。小児が脳死に近い状態に陥った場合、家族は臓器提供の選択があることを担当医から告げられることがある。その場合家族にとっては、臓器提供に合意すれば脳死が死であるという選択となるし、臓器提供しなければ心臓死が死であるという選択となる。家族が死の定義を選択せねばならない。身体が温かい状態で家族に死の定義の選択をゆだねることは、家族にとってはつらい場合もある。われわれは日常生活のなかで死の定義について考えることはほとんどない。自分の子どもが脳死に近い状態になることは、予期せぬ出来事である。突然訪れる悲劇の中で、死についての選択は、いかに家族にとってつらいか、想像するにあまりある。

II 脳死の議論

1990年代初め、臓器移植法の制定前に、脳死

* 東京女子医科大学循環器小児科
〒162-8666 東京都新宿区河田町 8-1

の議論が盛んであった。1990年に首相の諮問機関として臨時脳死及び臓器移植調査会（脳死臨調）が設置され、1992年に、脳死は人の死であるという答申をした。ただ少数意見として、脳死は人の死ではないという意見も組み入れられた。この少数意見の委員も脳死臓器提供のものには反対ではなかったという。脳死臨調の答申に対しての反論がマスコミをにぎわし、臓器移植法の制定に至るまで、脳死に関する議論が繰り返された。その結果、1997年に成立した臓器移植法は、一律に脳死は死であるという法律とはならず、臓器提供時に限って脳死は死であるとされた。ただし15歳未満の小児では脳死判定はできないことになった。この法律のもとでは15歳未満の小児は、心臓死のみが死であった。小児に対する脳死臓器移植は困難となり、脳死臓器移植によってしか助かる道がない小児は海外渡航移植に頼るしかなかった。世界保健機関（WHO）の、「自国の臓器移植は自国のドナーから」というイスタンブール宣言もあり、小児の臓器移植に道を開こうという臓器移植法の改正の機運が高まった。2009年に成立した改正臓器移植法では、15歳未満の小児でも、臓器提供時に限って脳死は死であるとされた。その2009年の臓器移植法改正後、死の定義についての論争は下火になってきているように思える。臓器提供においてのみ脳死が適用されるという日本的な落し所に、国民は安住しているかのように見える。

III なぜ死について考えるのか

臓器提供においてのみ脳死が適用されるといふ世界でもまれな臓器移植法のもとに生きるわれわれは、安住の地を得たのであろうか。突然訪れた悲劇にみまわれた家族にとっては、死の選択は究極の選択である。米国の18歳未満の脳死の数は年間約1,800人である。もしわが国で、脳死に近い状態の小児全例に臓器移植の選

択提示がなされれば、年間約900人の家族が死の選択をしなければならないことになる。われわれは、自分にとって死とは何かを常日頃から考えておく必要があるのではなからうか。

死について考えることは、決して臓器提供の提示をされたときに慌てないために、ではない。死について考えることは、生について考えることであり、自分や他人の命を大切にすることにつながる。法律が制定されたとはいえ、それに安住することなく、死について議論をしていくべきだと考える。全国の小児科医がいのちの授業を行うようになれば、わが国全体で、死の定義について再び論議が起こるきっかけになるのではなからうか。そして何より、子どもの生に関わる小児科医は、誰にもまして、死について常に考える必要があるのではなからうか。

IV 筆者の「いのちの授業」

短い授業時間で、脳死や心臓死について議論することは難しい。死や命について考えるうえで、漠然と哲学論議をしたのでは、実世界の自分のこととして考えにくく、概念論や水掛け論になってしまう恐れがある。筆者の授業では小学生の子どもが心筋症になり、気管内挿管されて人工心臓が取り付けられ、臓器移植をしなければ生きる望みがない状況の映像を見せる。また、一方で、脳死（に近い状態）と告げられ、臓器提供をするか悩む家族の映像も見せる。授業では、脳死と心臓死の違いを解説し、死の定義に論争があることを教える。筆者自身の考えは聞かれば話すが、できるだけ自身の考えは表に出さないようにしている。

また授業では、参考図書や新聞の投書欄、新聞記事を用いて、脳死下臓器提供に反対する家族の率直な意見や、脳死下臓器提供に合意して子どもの臓器提供を行った家族の手記などを紹介する。授業では、実際の心臓手術や心臓移植の映像を見せ、臓器移植、生、死といったこと

は、物語の世界のものではなく、実世界のものであることを実感させる。

以上の授業の最中には、講師の一方的な授業ではなく、講師-生徒間、生徒-生徒間で活発な質疑応答や議論を促すようにしている。また、授業の日の夜に、家庭で、脳死は死か否かについて、また脳死下臓器提供に同意するか否かについて、家族で話し合うように生徒にお願いしている。さらに、その話し合いをふまえて、生徒自身の意見をまとめて作文し、学校へ提出するようお願いしている。

V 生徒の作文

1回約50人の小学校5年生への授業の後の作文について分析してみた。生徒の作文から、脳死が死と思うと考える生徒の数は14%、脳死は死でないと考える生徒は19%、わからないとの記載が3%、記載がないのが64%であった。50分の授業の後、数日考える時間があるとはいえ、脳死の問題の難しさを考えれば当然といえる結果であろう。また、脳死になったら心臓を提供すると考える生徒の数は49%、提供しない生徒の数は32%、わからないのは5%、記載なしが14%であった。臓器提供と脳死は直結しているのに、思考に解離があるようにもみえるが、

死の定義よりも臓器提供の話がわかりやすいこと、自分が死亡したら臓器提供で他人を助けたいという気持ちが強く出た結果と筆者はみている。

VI 「いのちの授業」のすすめ

筆者は、自分の子どもたちが卒業した公立小学校のコーディネーターに、授業の提供を3年前に持ちかけた。快諾を得て、以来5年生、6年生に毎年授業を行っている。一部の生徒の親からではあるが、普段家庭で命について、死についての話題が出ることがないので、よい機会になったと感謝の言葉をいただいている。生徒の作文のなかでも、生徒自身の授業に対する感謝の言葉があり、非常に励みになっている。日常の診療とすこし離れて、学校に出向き、生徒たちと交流することは、筆者自身の楽しみにもなっている。弁護士による「いのちの授業」を受けた生徒はすでに1万人以上にもなっているという。弁護士の方々に負けず、日本全国の小児科医が「いのちの授業」に出向くことで、子どもたちに命について考えるきっかけを作っていただくとともに、小児科医自身が大きな喜びを感じていただければ幸いである。

