

# 日本移植学会

## メディアワークショップ文字起こし

開催日：2022年12月5日

場所：東京ステーションコンファレンス

吉田先生(広報委員長)：

00:00:16:05-00:04:24:13

皆さん、こんにちは、お忙しい中ご参加をありがとうございます。メディアワークショップ3年ぶりです。私は、今の広報委員長の吉田と申します。今日の総合司会、開会と閉会の挨拶をさせていただきます。いつものメディアワークショップは、皆さんと色々な議論をざっくばらんにして、それを基に、皆さんにメディアいろんなもの書いていただくということになっています。最近、いろいろなメディアから幾つかの臓器移植に関する記事が出ておりました。ここで、一回、移植医療とは何なのか、移植医療にどうしても必須である臓器提供ってというのはどういうものか、もう一度立ち返って基本を少しお話しさせていただいて、それから後半は、今の日本の現状はどうなのかということをお聞きしたいと思っています。現在ある問題点をいかにして打開していくのかということと一緒に議論させていただければと思います。

我々医療側が、いくらやっても世間というか、一般の方々のご理解がいただければ、この医療は進みません。ですから、そういう意味で、メディアの方々にもいろいろ御意見をいただきますし、一緒に考えていただきたいというのが今回のメディアワークスの趣旨でございます。

前半は、江川理事長にご司会をいただき、まずは救急の立場から救急の有賀先生にご講演をいただきます。それから、もう一つはいろいろ法律上のことが臓器提供にはついて回りますので、法律家でいらっしゃる、上智大学の名誉教授の町野先生に刑法上解釈、刑法から臓器提供について講演をいただくということを前半第1部でしたいと思います。

第2部はそれを踏まえて、湯沢副理事長と前広報委員長の吉田克法先生にご司会をいただき皆さんと一緒に議論を深めたいと思います。

このメディアワークショップのお約束事というかお願いでございますが、今日の内容をそのまま記事にすることは御遠慮いただきたいと思っています。例えば、ビデオに撮ってそのまま出すとかはおやめいただきます。本日の内容を糧にしてというか、土台にして皆様で取材をしていただき、いろいろな御質問をいただき、取材をして記事にさせていただければと思います。移植学会の方にご質問等があれば、ホームページから質問ができますので、それを広報委員の方できちんと皆様にお返すようにします。この点をよろしく願いいたします。

それから皆様、今日の講演のご質問と討議ですね、これは一応文字起こしをさせていただいて、ご質問された方にお返しします。その質問をそのまま文字にしていかがうかはきちんととお訊きしますので、これ

はちょっと困るということはその旨を返していただければ、文字にはしません。なので一応、文字起こしをするための録画をしておりますので、それはご承知おきください。なのでご質問されるときには、必ずご所属と名前をお願いいたします。

では江川理事長、第1部のご司会と講師の先生方のご紹介をよろしくをお願いいたします。

江川先生：

00:04:21:12-00:07:26:02

江川でございます。皆さん、忙しいところ、ご参加いただきまして、ありがとうございます。座らせていただきます。この話になった経緯、先程吉田先生からありましたけども、せっかくの25周年というところに、いろいろな移植医療のダークサイドの出来事が報道され、もう一度考え直さないとならない。このメディアワークショップというのは通常はもともと移植法の改正のときに正しい報道をしてもらおうということで、皆様に情報提供をするというのがスタートでした。ですので、先ほど吉田先生からお話あったようにぶっちゃけた話をして勉強してもらおうという趣旨がありました。

ただ、今回は少し違っています。自分自身、移植側で移植外科医として、移植医療を30年やってきましたけども、移植医療は善であると信じてやってきました。そして、最近、臓器売買報道があって、移植臓器売買は悪であると。この『善悪の根本』が本当なのかというのを、最近自分で考え始めましてですね、こういうことを一度をみんなで考えて、共通のものができればいいですけども、少なくともできなくてもそこへ一緒に考えるという場を持った仲間がこの医療に取り組み、それからメディアとして情報発信をしていくということが大切ではないか考えて今回のワークショップを設定しました。

最初の演者は独立行政法人労働者健康安全機構理事長であられるの有賀徹先生です。もともと救急脳外科から救急医療へ移り脳死臓器提供に取り組みました。当時移植学会で幹事であった私は役員会の後ろ方に座っておりまして、理事であった有賀先生は、登壇され「臓器提供とは」、そして「その哲学について」一生懸命演説されている姿が印象に残っています。今日まで、救急側から見たあるいはその救急医療を通して長い間お考えになり、哲学というものまでを学ばれてこられました。今日は、それをお話ししていただけます。有賀先生よろしく申し上げます。

有賀先生：

00:07:26:02- 00:34:42:15

ただいまご紹介のありました有賀です。私は救急医学会での仕事が多かったのですが、今お話がありましたように、脳神経外科とそれから救急医学とを、いわばモザイクのように歩んできましたので、そういう意味では脳神経外科の先生方の気持ちになり、救急医学のドクターたちの気持ちなりを、何と申しますかわず語りによくよく感じながらずっとやってきたという、そういう風な経歴でございます。

本日はここにありますように発表させていただきますが、まずは発表の機会を賜りました江川理事長ならびに関係の皆さまに深く感謝申し上げます。発表の内容はスライドのようであります。



演題名は、救急医療終末期医療と臓器提供を受けてということで、私たちはひたすらサイエンスこの丸い位置にありますが、医学というか医科学ですね、メディカルサイエンス、つまりその医科学の実践に大変忠実にやってきたことは全くその通りであります。でも、患者さんやご家族の安心というのですかね、心の安らぎということについても、実はとても大事で、それはもう何も移植医療というか、いや医学の実践全般に関して全くそのとおりなのであります。そのとおりなのであります、何はともあれ、脳神経外科やそれから集中治療やそれから救急医療の厳しい患者さんたちを

前にしますと、やはりなかなか患者さんの心の安らぎというふうな観点でのパフォーマンスは難しいと、そういう中であって、実は今回改定された診療報酬に入院時重症患者対応「メディエーター」というのが収載されました。

これは当時、移植医療でいろいろとディスカッションした厚生労働省移植対策室々長の井内先生という人がいて、その方と臓器提供が成就したときに、うまくいったときには、それなりの診療報酬という形での何がしかのものが、病院側に来るのですけれど、そうでない時には何もないよね、もちろんお金が全てではございませんが、やはり流した汗を何らかの形で形として残すということがないと、なかなか話は甘くないなんてことを話していたことを覚えております。

今回の改定で入院で重症患者対応「メディエーター」というそれなりの勉強をした方が、お医者さんとは別に集中治療室・救命救急センターに配されれば、それなりの診療報酬の対象になるということがあって、これが臓器提供にどのようにつながっていくかというのがこれからの大きなテーマだという風に思う次第であります。

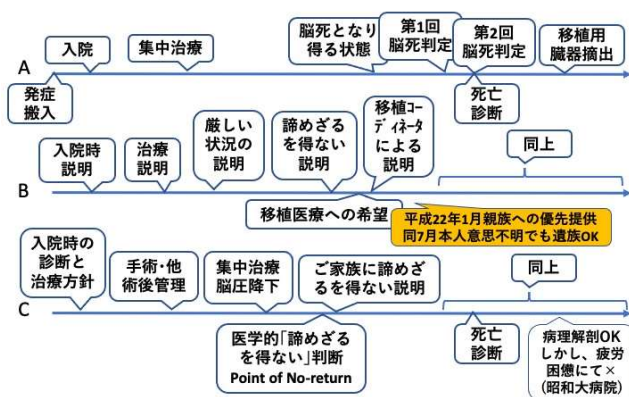
これは、患者の搬入から移植用臓器の摘出という話がABC、どれも同じものなのではありますけれど、ABCの3つの時間軸で示してあって、Aはいわば客観的な事実の流れ、発症して救急車で搬入されて入院して集中治療が行われて、そして脳死となりうる状態を経て、第1回第2回のそういうことがA。

Bはご家族の立場から説明を受けるという話のときに、例えば入院時に説明を受けて、治療の説明を受けて、そして厳しい状況になっていたというようなことについての説明を受けて、諦めざるを得ないという説明をすると、そのときに希望があれば移植コーディネーターによる説明に会うことができます。

Cは私たちの治療をする立場からのものであります。ここでは、入院時の診断と治療方針だとか、手術だとかいろいろ書いてありますが、多分御参集の方々、多分思い出していただけたらと思います、医学的に諦めざるを得ないという状況をポイント オブ ノーリターンという、それが究極の私たちが、あっもうだめなんだと敗戦になる、こういう断末魔の話で、基本的にはこのポイント オブ ノーリターンを過ぎれば、基本的にはマナーというか作法というルールに則するというそういう話であります。

患者の搬入から治療・脳死判定～移植用臓器の摘出まで

A:患者・事実経過の流れ B:患者家族の立場 C:主治医の立場



実は一番右側の病理解剖の話があります。私は医学、とりわけ西洋医学の実践における最終局面は病理解剖だというふうに固く信じてやってきました。多分、今の東京大学病院の病理解剖の率は 100 人の患者さん亡くなると大体 5 人から 6 人ぐらい。私が昭和大学を辞するときの剖検率は 20%です。断突に多かったですね。それは副院長・院長を通じて、私たちの西洋医学の最終局面は杉田玄白の頃から腑分けだという話をして、それでやってきた、という話。僕も実際には説明してオッケーをいただいたことがあるんですが、さすがに臓器提供のプロセス、その前の脳死判定のプロセス等々がありますので、最終的にはご家族はもう疲れちゃったんで、早く帰りたいので勘弁してください、と言われたことを覚えてます。

平成 18 年度厚生労働科学研究費補助金  
特別研究事業  
脳死者の発生等に関する研究  
平成 18 年度 総括研究報告書

脳外科学会  
救急医学会  
「合同調査」

主任研究者	有賀 敏	(昭和大学医学部救急医学)
分担研究者	阿部俊昭	(東京慈恵会医科大学脳神経外科)
	島崎修次	(杏林大学医学部救急医学)
	守園 慧	(東京女子医科大学病院臓器提供センター)
	布施 明	(日本医科大学付属病院高度救命救急センター)
	横田裕行	(日本医科大学付属病院高度救命救急センター)
	菊地謙三	(日本脳神経移植ネットワーク医療本部)
	菊池雅也	(日本脳神経移植ネットワーク東日本支部)
	喜目正央	(関東労災病院救急部)
	中村俊介	(昭和大学医学部救急医学)

	入院患者数/年	死亡数/年	脳死(推定)数/年	脳死判定数/年
全体	422,113	30,856	5,496	1,601
脳外科	239,245	14,808	3,601	824
救急科	142,617	13,556	1,483	827
その他	20,715	900	23	6
脳外科+救急科	16,239	1,319	309	154
脳外科+救急科+その他	3,937	204	80	10

年間の脳死死亡約1万例(推測)  
→「半数強」と!

脳死発生率が全死亡の0.4%なら  
平成20年全死亡114万人×0.004  
脳死[4600件/年]  
平成26年6月30日  
麻生総理大臣(当時)

臓器移植法の改変以降の改正は、平成 22 年の改正によって本人の意思が不明でもご遺族の OK によって移植用臓器の摘出が可能となりました。この厚生労働科学研究の特別研究は、それ以前のもので、日本救急医学会と日本脳神経学会との共同研究であります。当時の日本救急学会で脳死臓器移植に関する委員会の委員長がこの私であったことから、本研究の主任研究者となったというふうに思っています。

当時、年間の脳死脳死死亡がおおむね 1 万名と推測されていたので、同研究による合計 5500 例、我が国の脳死の

おそらく半分ぐらいだろうということを報告書に書いてございます。これは死んだ人のおおむね 1%、恐らく 1%弱ぐらいが脳死だろうと、そういうふうなわけになったわけですが、右下に書きましたように、このスライドをつくるために改めていろいろ調べてみると、一番少ない脳死判定率は全死亡の 0.4%と。これは国会の議論のようなんですが、皆さんの方がたくさん知っていると思いますが、0.4%で4,600件になりますので、統計の上で脳死がなかなか把握されにくい状況だという話は、これでお分かりになるかと思ひます。

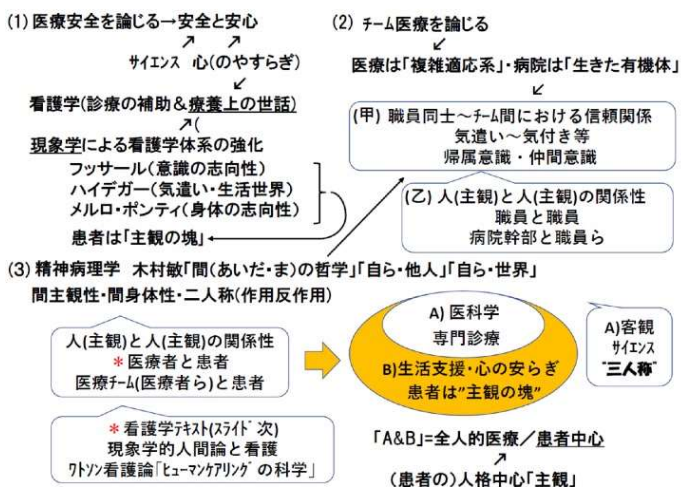
いずれにしても、これを見てわかるように、自分たちが対象になる施設で脳死で死んだらと思うられるのはこれだけあって、いわゆる何らかの脳死を診断するための基準、今私たちの国では竹内基準がありますが、そういうふうなものを使って判定したというか、診断したものが 1600 ですので、必ずしも 7 割ぐらいが診断されていないという話になります。診断されているのはカルテ上そうだという事です。これが当時の 4 類型とそれに含まれない脳神経外科と救急科にアンケートを出して、500 余りの施設 33%の回収率と。

もともと当時のことですので、救急科というより脳神経外科が圧倒的に多い時代ですが、そういうふうな母数の多さもあって、脳神経外科からの返事が救急科の 4 倍以上、で脳死の診断基準と判定した事例が前のスライドで 1600 件ほどでしたから、ポイントオブリターンを認識しても、7 割が形として脳死診断、脳死判定をしていなかったということになります。その理由は、端的に言えば労力がかかるということです。





このスライドを見ればわかりますが、自らの正味の仕事に忠実ではあっても、移植医療には手が回らないと。もっと端的に言うと、脳外科医や救急医にとって脳の治療において、まあいわば負け戦になるわけですから、まるで心のゆとりがないというのが、実感であったということになります。



サイエンスには忠実だったということに関連して、では何が欠けていたかについて考察したいと思います。(1) (2) (3)というふう振ってありますので、この順番に左上の(1)にありますように、安全と安心と対になってよく言われますけれど、安全はサイエンスで安心は心の問題。

ここは看護学におけるフッサール以下による現象学という哲学的な立場が看護体系を強化してという風な歴史があります。わかりやすく言えば、人は主観の塊と。で右上にあります 2 のチーム医療も一言で表現すると、病院は生きた有機体で複雑系

とよく言われますが、リニアではなくて、コンプリケイテッドなそういう風な組織であると言うわけで、複雑系の組織であって生きた有機体とよく言われます。この現象学的な説明は、複数の職員と職員の間、主観を持った職員と主観を持った職員の間、また管理者と第一線との間においても効いてくると、で(3)に示すように、白と橙色の実践が全人格的な医療の提供という話になります。で、よく患者中心って言いますが、これは患者の人格を中心とすることで、心を持った患者の尊厳を軸に A プラス B を実践するということが求められると。患者は主観の塊ですので、そのような現象学的な人間観を持ってチーム医療を展開する。ですからある看護師さんが自分の主観と患者の主観を行ったり来たりさせるという話は、それはそれで看護学としていいんですが、病院がチーム医療をやっているという観点でいくと、このチーム医療そのものが、主観の塊としての患者さんに心を寄せるとい話になるわけですね。この B の橙色のところ、入院時の重症患者対応メディエーターが絡んでくる、こういうことになります。

ちょっと今、看護学の話をしましたので、あと 2 枚ぐらい。この現象学が看護学体系を強化したとされるテキストの日本語訳であります。一つは、そもそも右の方にありますが、①の自らの意識に則して周りに関心を寄せていると、その意識の流れとして、時間の流れとともにある経験や主観がその人の実態となるわけであって、それが哲学の先生方ですと、心的世界とか言ってますが、僕らから見れば生活世界ですね。田舎に行って、どこどこまでどのぐらいかって尋ねると、すぐそこかと返事があって、実際歩いてみると 30 分以上歩かされたってということがありますが、あそこでは何キロだとか何分だったかっていうそういうふうな客観的なことは全然なしにして、その聞かれた人の生活世界の中で「すぐそこあっち」という返事なんです。そういうふうなことで、患者は主観の塊なので、そういう意味で私たち、主観の塊の患者さんへ医療者が気遣うと、医療者の主観が気遣う事によって患者もそれに応じると、この返事と反作用の積み重ねが患者による自らへの健康な気遣いという風に言ってますが、そのような気遣いを患者さんが自分自身にできるようになれば、患者の安心、患

**The Primacy of Caring**  
Stress and Coping in Health and Illness  
Patricia Benner / Judith Wrubel

「心の安らぎ」とは

ベナー / ルーベル  
**現象学的人間論と看護**

著 パトリシア ベナー  
ジュディス ルーベル  
訳 懸波 卓志

現象学(哲学)が看護学体系を強化した!

医学書院

Benner, P and Wrubel, J:  
The Primacy of Caring  
Stress and Coping  
in Health and Illness. 1989  
訳本: 第1版第1刷1999

パトリシア ベナー・ジュディス ルーベル  
懸波卓志訳ベナー/ルーベル現象学的人間論と看護、医学書院、2019年7月1日第1版第1刷

「現象学(哲学)」  
①自分・周りへの関心・気遣い  
②時間の流れ・自ら経験・主観  
これが「実体」  
③生活世界・心的世界  
生活空間「〜まで」直ぐそこ」  
心身統合的な安らぎ  
看護論  
○医療者の自律・善行  
○人の尊厳に至上価値  
(人格主義的生命倫理)  
×個人主義生命倫理  
×機械論的人間観

者の心の安らぎにつながっていくというふうに、看護学は説明しています。



**ジーン・ワトソン博士より日本の読者に**  
看護は、ヒューマンケアリング、人生の移り変わり、人間関係、健康や癒し、死など複雑な概念とプロセスに関与するものであり、単なる臨床的・実証的・生物学的・身体的現象ではありません。看護の主要かつ独自の現象はヒューマンケアリングの科学と称するもので、倫理的・哲学的・霊的・形而上学的現象を包含するものなのです。

ナイチンゲールは、病院や家庭、地域において、看護は人間の尊厳と生命の尊厳を基盤とし、ヒューマンケアリングを維持・実践するために対象を全体で捉え、道徳的・倫理的・哲学的志向性をもってかわる必要性を示唆しています。しかしながら、このような見方や考え方は、伝統的な医学や従来の自然科学から理解されてきたとはいえないのです。教育的・存在論的・認識論的・哲学的・道徳的観点を包括した理論的モデルは、21世紀における新しい、少なくとも**実証主義や還元主義を重んじる学問と相違する独自の科学であることを示した**

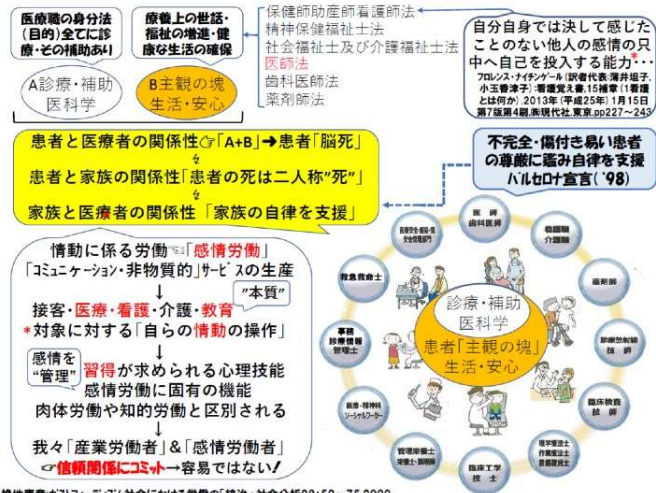


**トランスパーソナルケアリングが行われる瞬間 (右図)**

図説: トランスパーソナルケアリングとは、トランス次元空間に存在する、超越する、霊的な存在、もしくは超自然的存在と対峙する行為である。  
ジーン・ワトソン (訳: 看護学博士 戸村道子) 『ワトソン看護論—ヒューマンケアリングの科学』(株) 医学書院 2017年12月1日第2版第3刷発行 p.108~107

これはワトソンっていう学者の看護論です。ヒューマンケアリングの科学と称するもので、上の方ですね。倫理的・哲学的・霊的・形而上学的現象を含んでいる、という風なことが書いてあります。で、下の方にも伝統的な医学や従来の自然科学だったら理解された事とは言えない、教育論的・存在論的・認識論的・哲学的・道徳的観点という、要するに単純にサイエンスの世界ではない、そういうふうなことです。で、トランスパーソナル、看護師とそれから患者のパーソンっていうのはペルソナで人格ですから、トランスパーソナルケアリングっていうのは間主観的なケアリングという風なことになるのであろうと思います。ですから看護学でケアリングと言うと、こういう風なそういう観点、キューア アンド ケアとかってよく言いますが、そういうふうな意味を十二分に含んでいるという、そういう風なことになる訳です。

で、もう一回橙色を説明したいと思います。真ん中というか、右の下の方ですね。ごめんなさい、橙色は右の下の方です。で、真ん中の上の方に医師法などの身分法が並んでいます。多くの身分法には、診療の補助つまりサイエンスたる医科学の点は当然のことながら載っています。で、医師法を含めたいくつかの身分法には生活の確保といった言及があります。その中でも、保健師助産師看護師法は診療の補助と療養の世話の二本立てを謳っているわけで、この療養上の世話は今言った患者の橙色の件になるわけです。



機体産業ポストフォーダム社会における労働の「統治」社会分析28:59~75.2000

で、実にナイチンゲールの看護覚え書っていうのがあるんですが、その右の上の方にありますよね。看護覚え書の中に自分自身では決して感じたことのない他人への感情のただ中で自己を投入する能力と言っております。この言葉につづけて、それに相応しくない人は看護をやめろという風にも書いてございます。この自己を投入するっていうのは、左にありますように感情労働のことで、ここにおられる新聞記者の方は基本的に肉体労働プラス知的労働という風なことになりますが、私たちはそれプラス患者さんの主観を取り扱うということで、自らの主観もコントロールしなくてはいけないというようなことがありますので、そういうふうなことで感情労働と。

で橙色はもう一回言いますが、主観と主観の作用と反作用の実に集積・積み重ねということになります。で、バルセロナ宣言、右の方にありますが、バルセロナ宣言を用いれば「不完全で傷つきやすい、そのような患者の尊厳に鑑みて、患者の自立を支援する」ということになるわけであります。ここでは患者ですけど、この真ん中左の方の黄色で書いてありますが、黄色の部分は今回の肝であります。黄色の上段にありますように、我々医療者は患者とさっき言った A プラス B ですね。白と橙色の実践、特に橙色について結び付いてこの件が関係するわけですが、この場合には移植医療の場合には患者とではなくて、家族と理解せねばな

りません。家族の自立を支援するという話になるわけで、まさに死なんとする患者さんの家族、まさに死のうとしている患者さんの家族は、痛みつらさなどを患者と共有しているという状況、つまり、二人称の死。僕はウクライナ戦争で亡くなった人たちの話をニュースで見る限り、あの死亡は私らにとっては三人称。自分が死ぬことはもちろん一人称ですが、二人称の死ということで、先ほどの木村敏教授の話はそうっております。患者の家族は今言ったような、そのつらさとか痛みを患者と共有しているので、二人称の死を身をもって経験していると。このことに鑑みて、医療者は家族の自立を支援するということになって、医療者と家族の関係は全くこのように理解せねばなりません。



これは今までのことを理解していただいた上で、2年前に行われた救急医らによる座談会です。右の図、漫画ですが、サイエンスを実践する医療ケアチームと、それから患者家族に寄り添う患者家族ケアチームがあって、いよいよ移植となると、臓器提供に必要な患者管理を進める臓器提供サポートチームが登場する、これは聖隷浜松病院においてはそうなんだ。この一番右側の渥美先生のところは聖隷浜松病院です。座談会の写真のいちばん右側の渥美先生の聖隷浜松病院においては、じれらのチームが連携して機能しています。

櫻井 淳先生	三宅 康史先生	名取 良弘先生	渥美 生弘先生
日本大学病院 救急科科長・救命救急センター長	帝京大学医学部救急医学講座教授 帝京大学医学部附属病院 高度救命救急センター長	飯塚病院 脳神経外科部長	聖隷浜松病院 救命救急センター長
編集委員長 黒田 泰弘先生 香川大学医学部救命災害医学講座教授 香川大学医学部附属病院救命救急センター長			
脳死・臓器生32:86~103.2020			



**源美**：私のいる聖隷浜松病院は、主治医が治療のことだけを話しています。主治医が治療の話をしているとき、家族のサポートをしてくれる看護師が隣にいて、話の場で、「理解できましたか」というようなことを聞いてくれます。主治医がこれ以上の治療はできないと言った場合、「看取りのなかでできることの一つとして、臓器提供があります」という話をその看護師がしてくれるのです。この看護師は、院内コーディネーターです。そのように、治療とは別の、違う観点から話してあげないと、家族もやはり、「治療の話が、何で急に臓器提供の話に変わるの？」って思うってしまうと思うので、そこは分けるべきなのかなと思います。

**黒田**：それは、そういう新たなシステムを作られたというわけですね。主治医の肉体的な負担はさておき、メンタルの負担をいかに減らすかということが一番大事なのかなと思っておりまして。脳死とされる状態になったとき、臓器提供の話を家族にする際、コーディネーターとの意思疎通などにおいて主治医の負担が大きいのではないかと思えます。



図2 理想とする院内体制  
(横田裕行監：臓器提供ハンドブック：終末期から臓器の提供まで、へるす出版、2019、p.2)

**櫻井**：終末期医療と臓器移植というのは、一緒に来るから大変というところがあります。やはり、患者さんを看取るという技術は、すごく高度な技術だと僕は思っているのです。そういった高度な医療技術をやっているさなかに臓器移植の話が入ってくると、非常にやりにくい。それが、主治医の負担といふところにつながっているのかなと、話を聞いて思います。先ほど名取先生がおっしゃった、終末期医療で看取っていくという軸と、臓器移植という軸がここで分かれるのですよね、きっと。いままでは一帯のもので、主治医が当然やるべきものであったのが、これからは院内コーディネーターという新たな人が出てきて、臓器移植のほうはそちらでやるという流れに分かれていくところだと思うのですが、その分かれていくなかでも、たとえ移植がなくても、必ず看取りという医療行為はしなければいけないわけですね。何も移植があるからそれをやるわけじゃないよね、という話の大きな流れの中に「メディエーター」の話も出てきたのかなと、いまのお話を伺って思いました。

**三宅**：いま櫻井先生がおっしゃった「メディエーター」というのは、コーディネーターという役割ではないのですよ。患者・家族と医療ケアチームとの調整役であり、両方の意見を聞いて、向こうはこういうふうに感じています。こういうところはわからないようなので、説明してください、とかね。そういったことを修正する。移植が決まる、決まらないではなく、入院したときから家族にかかわる職種です。

**名取**：急性疾患の救急の場面での終末期はどう迎えるかというのに、真正面でも向き合って対応したなかで出てくる臓器提供という場面であれば、脳死か心停止かに限らず、終末期の最後のニーズを誰が患者家族に聞くのか、という問題があります。主治医は聞く暇がないし、看護師にもできないし、それならその終末期のニーズを聞く専門の職種として「メディエーター」という制度を新設しようということですよ。それは、終末期医療のあるべき土台を作ろうという話だと私はとらえています。

**三宅**：そのなかで、臓器提供は1つの形であり、そういう選択肢ができるということですよ。

**黒田**：選択肢のなかの1つなのでですね。

**入院時重症患者対応「メディエーター」**



図6 患者家族をサポートする「メディエーター」(横田裕行監:同上,p.32)

**三宅**：メディエーターは、主治医の医療ケアチームとは別に、患者・家族ケアチームとの間に入って、この両者のコミュニケーションをとっていくということなんです。

**源美**：要するに、医療ケアチームと患者家族が話し合いをするときには、患者家族をサポートする人が絶対必要だということですよ。

**名取**：医療ケアチーム側についていなくて、患者のほうの席に座る？

**三宅**：いや、真ん中に座るんです。中立的な立場です。どちらにも与していないという患者支援なんです。

**三宅**：入院時重症患者対応メディエーターは、入院したときから入ります。実際は、さっき言ったように、看護師は最初から声をしたり、ケアもしているし、次の日の朝からはメディカルソーシャルワーカー（MSW）が入ってくるし、病院によっては臨床心理士さんが患者側に立ってケアをやっています。

**従来から臨床心理士の関与あり → 入院時重症患者対応「メディエーター」**

座談会では字ばかりで申し訳ないんですが、座談会では当時まだ具現化されていない入院時重症患者対応メディエーターについての議論が出てきます。このメディエーターは何かをコーディネートするのではなしに入院時から家族に寄り添って、先ほどの橙色を担う、そういう役割なのであります。超重症の患者を扱う救命救急センターなどで医療者・患者・看護婦さんたちは、先ほどの白のところ、つまりサイエンスで手いっぱいですので、橙色を担う存在は右の下、下から2つ目の四角がありますが、右下にありますように医療のあるべき土台を得

たという心境を語っております。で、家族にとって患者が脳死の状態ですと聞いて、これ左の漫画ですね。理解が難しければ、入院に重症患者メディエーターが仲立ちして噛み砕くことになると思います。橙色について安心と信頼がOKで、医学の内容が分かれば納得に結びつくということになるわけです。左にある丸で囲ったのはメディエーターのようですが、心の安らぎがあって信頼納得という水準に至れば、患者は脳死であって生きて帰ることはないということが理解できると思います。ただ、そこから移植に用いる臓器の摘出に関する説明は、何を根拠として可能なかという話になります。



で、先ほどの橙色をより深く考察している木村敏先生の著書からの抜粋です。確か 2021 年ぐらいに亡くなっておられる木村先生は、精神病理学において先ほど来の現象学を論じた京都大学の医学部の精神医学教室の教授でした。主観と主観の相互の関係性、つまり間主観性に ABC の 3 つがあると真ん中にありますね。A はお互いに、お互い人というのは主観と主観をぶつけあう、社会秩序ないし社会のルールを理解した上で、主観と主観のぶつかりが起こると。いわば公共的な間主観性で、これは教育や訓練で養うことができます。B は親密の間がさっき言った家族とかです、親密の間柄のように複数の人々に共有される私的な間主観性で、もともと近親者同士で痛みや喜びや悲しみなどの共有ができます。患者と家族の相互において、患者の死は家族にとって先ほど来のように二人称的な死であって、この先生によると、死の連帯性という表現もされております。



メディアーターと家族の関係もこれに準じた間主観的な作用、反作用になっていると思われます。最後の C についてですが、ここはちょっと難しいんですが、ほかならぬ私として意識する A と B とは個別主体性として圧倒的に肥大しているというか、基本的には普段意識するのがこの A と B だけで、C は意識してない。その A と B の下に埋没している間主観性が C だと言うんですね。これは生き物にとってみんな同種なら仲間として意識することができるように、犬は犬同士、猫は猫同士、だから人も人同士ですね。お互いにコミュニケーションがなくても、お互いに相手を人として認識できるという、そのような間主観性で、私たちは暗黙のうちにそれを感じていると。

木村によれば、表面的な新皮質 AB の考察ではなくて、C を考古学的に発掘することによって生と死、それから今日の話の臓器移植、それから別のところで問題になると思いますが、堕胎の問題に立ち戻ることができるとおっしゃっています。

このような事があったとして、信頼を得ているメディアーターが患者の臓器を移植用に取り出す説明ができる根拠は何かという命題があるに違いないと。死にゆく患者と二人称の立場にある家族に寄り添う中で、これまた二人称的な患者との関係となったメディアーターが悲しみの共有にあって、このような選択肢もありますよと情報を提供することがあってもよいようには思われます。

C の間主観性に問いかける、つまり同じ人として同種の仲間としてそのようであってもよいだろうと思います。しかし左の下にあります、ちょっと古い人ですが、和辻哲郎による倫理学を学びますと、その特徴は人とはすでに社会性を含んでいる、そして人とは共同体になっている存在だという風に言う、和辻の話の端的に言うと、もうそれに尽きるわけです。この論理学に則れば提供はそもそも当然であるという考え方もあり得ると考えられます。



実はですね。私個人的な経験ですが、20年以上前だったと思います。次にご発表いただく町野教授が「人は死亡後に臓器を提供する」が基本だというふうなことを御発言になったんですね。それを私はなぜなんだろうということですとずっと記憶してました。で、そのような素朴な疑問は、本日、このような形になったということでございます。で、恐らくこの辺は今後とも大いに考察ないし、議論をすべきかと思っております。ということで、サイエンスとしての医科学と、それから患者家族の心のケアについては、入院時重症患者対応メディエーターについて、そして心の安らぎが臓器提供にもつながる可能性の如何を論考した次第であります。ということで、御清聴、どうもありがとうございました。

江川先生：

00:34:42:24-00:35:04:12

ありがとうございました。まず今日の有賀先生の今お話しいただいた中で、ちょっとここを聞き漏らしたとか確認したいということはあったり、今この場でいっぱいあると思いますけれども、遠慮なく。

有賀先生：

00:35:12:12 - 00:35:13:09

追加していいですか。

江川先生：

00:35:14:09 - 00:35:16:04

どうぞお願いいたします。

有賀先生：

00:35:16:04 - 00:37:48:18

先ほどポイント オブ ノーリターンという話をしましたが、基本的に脳死の判定についてはいわゆる神経学的なチェックをして、そして脳死の第1回目の判定と第2回目の判定を行います。脳波もとりますが、私が集中治療をやっていた時には、患者さんは例えば低体温療法をやっているとすると、患者さんには麻酔をかけるんですね。麻酔をかけるということは、もう要するに光反射などは見られますけれど、その他動かない。麻酔がかかっていますので、動かないわけね。

ですので結局のところポイント オブ ノーリターンをどうやって認識するかというと、脳圧をずっと測り続けるというその限りにおいては、この脳圧だと平均血圧との差が縮まっているので、血液はもう脳に入っていないだろうと、だとすればこれは脳死の状況に矛盾しない、そういう話です。

で、今後我が国でどうなるかはよくわかりませんが、インターナショナルには今言ったような検査法を駆使している。しかし、私たちの国で今そうになってない。だから麻酔を覚まして、そして痛みを与えても動かないなどという深昏睡であることを確認するっていう形で、患者さんの脳死を診るのですよね。ですので、その時にはもうポイント オブ ノーリターンを過ぎた状況になっていますので、それで僕はさっきもポイント オブ ノーリターンが私にとってその負け戦の最終局面だという話をした。その話をした理由は例えば交通事故で眼球が破損しているという状況があったり、耳から血がだらだら流れているという事が、そういうのであれば、神経学の竹内基準は使えないんですね。

でも、脳死の状態は私たちはそういう意味ではポイント オブ ノーリターンを過ぎたということがわかりますので、恐らく他の国がそうなるように、私たちの国も恐らくポイント オブ ノーリターンを各種の検査法を使って、判定するというふうな時代は来るというか、来ないといけないんじゃないかなというふうに思う。ちょっと追加です。ポイント オブ ノーリターンの話をしました。以上です。	
江川先生：	00:37:49:13- 00:38:53:03
今の話は確かに5~6年ぐらい前から声が寄せられるようになってきました。幾ら臓器提供の意思を本人がドナーカードを持って示していても目や耳の外傷で脳死判定ができないので臓器提供にならなかったという事例が続いたことから、先ほどの有賀先生のスライドにちょっとお姿が出ていました渥美先生が中心になって関連学会での調査や意見お取りまとめに尽力いただき、ようやく今年の厚労省移植委員会で提言が出て改正に向けて動き始めました。もうちょっと時間がかかるとは思いますが、進んでいくと思います。あと有賀先生、この③の心の安らぎアットアルファ臓器提供というのは、その死と向き合っている家族のその現場での心の安らぎということでしょうか？	
有賀先生：	00:38:53:07
結局そういう事になります。	
江川先生：	00:39:00:04-
臓器提供をした後、そこがグリーフケアになるということと、またちょっと違いますか？	
有賀先生：	00:39:00:04-00:39:19:17
それはそれでまた別個、違う意味違う観点からの心の安らぎになるんだと思いますけれど、少なくとも臓器提供に至るまでの部分で私たちがなかなかできなかったことをメデュエーターがやってくれるといいなとこういう感じです。	
江川先生：	00:39:20:04-00:39:49:16
病院という複雑な有機体の中で、看護婦さんと患者さんの一対一の対応だけではなくて、横からそこを包み込むように寄り添う機能というものを病院に新たに付け加えるという動きがあって、さらにそれに診療報酬が追加されるということですね。	
有賀先生：	00:39:51:07-00:40:21:06
いいっていうのは何をもっていいっていうかわかりませんが、少なくともメデュエーターの人件費はぎりぎり払えるんじゃないかなっていう意見があります。払えないという意見もある。ただ診療報酬の件は、最初はまあとにかく形をつくって少しずつ積み上げていくという話が大事なのではないかなと思ったので、今回は多分とてもいいことをするだろうと思って、発表させていただきました。	
江川先生：	00:40:22:12- 00:41:14:04
後で総合討論、ディスカッションをしたいと思いますので、皆様におかれましては、何を聞こうか等今のうちに用意しておいてください。はい、ありがとうございました。	
江川先生：	00:41:48:15-



町野先生についてご紹介します。

先程有賀先生がおっしゃった、その全ての死体から臓器提供があってもいいじゃないかという考えになられた方です。町野先生は、ずっと長い間日本移植学会の倫理委員会で、専門家としての貢献をさせていただいてですね、3年前だったかな、もうしんどいから引退させてくれということで引退されたんです。で、実はその町野先生の御業績というものを、僕は倫理委員会の先生以上の認識はなくて、今回町野先生のことをいろいろ勉強させてもらって、その中で（本を見せながら）付け焼き刃で読んできた『生命倫理の希望 開かれたパンドラの箱』という本ですけど、他にもたくさんの著書があります。

町野先生は、1943 年生まれで東京大学法学部卒業後、東京大学法学部助手、上智大学法学部教授を経て、2004 年より上智大学生命倫理研究所教授でクローン技術規制の制定、その後で臓器移植法、精神衛生法、精神保健法、医療観察法の制定に関係された先生です。

もともと法律家であった町野先生が、どこから倫理に入ってくるかというと、いわゆる再生医療の IPS ではなく ES 細胞ですね。そこから、法律、倫理の方面に歩まれました。ES 細胞の領域で、海外の法律との比較とかさまざまな著作があります。

『生命倫理の希望 開かれたパンドラの箱』のなかに、人間の尊厳ということについて、言葉があります。『ただ、人間の尊厳というのは、ただ、それだけは虚しくなるドラの音であって、それぞれの問題に対して人間の尊厳が侵される具体的な内容がある』ということをおっしゃってるのですが、実はこの本を読んで、今日、その具体的な内容が移植では何なのか、臓器売買とは何なのかということをはっきりとするとところまでには行かなくても、町野先生に導いていただいて、みんなで考えられたなと思ってたんですけど、残念ながら先生ご自身はご体調を崩されちょっと今日は参加されません。では、町野先生からスライドと読み原稿をいただきましたので読ませていただきます。

演題は「臓器移植と日本社会—マスメディアへの期待」です。

江川先生：

00:44:46:01-01:06:06:15

まだ骨折からのリハビリ途中ですので、本日はリモートで失礼をすることになると思います。（江川注釈：これもぎりぎりまで出つつもりで書かれたものです。） 今回のメディアワークショップの趣旨を理解していないままですが、お話をさせていただくことが大変楽しみです。そうはいうものの、古希が過ぎ、厚労省、日本移植学会などの委員から引退し、ますます情報にも疎く、感度が鈍くなっておりますので、与えられた役割を果たすことができるか、心もとなく思っております。

アジェンダです。I. 朝日新聞記事に思う、II. 私と臓器移植問題、III. 慎重論と社会的合意論、IV. 死体移植と生体移植、V. 『臓器移植と脳死』論の混迷、VI. マスコミの果たすべき役割はあるか、VII. 臓器は『誰のものか』。

#### I. 朝日新聞記事に思う

グズグズ考えてるうちに 11 月 15 日、朝日新聞のウェブ版を見ました、渡航のための費用 5 億円のファンドレイジングの協力を訴えたものです。これは、これまでの朝日新聞の反臓器移植のキャンペーンからは、考えられない記事でした。朝日新聞がこれまで多くの関係者を悔しがらせ、悲しませてきたことに何の反省の言葉もないのかと腹が立ってきました。だが翻って考えると、これはマスコミだけではありません。研究者、私についても当てはまります。1960 年代末、自分たちの要求をスルーする教授会、一般学生を「黙殺暴力」と批判した私の学友、ゲバ学生のことも、今は理解できます。

## II. 私と臓器移植問題

私が、この問題に関りを持ったきっかけは、「全国心臓病の子供を守る会」（当時）からの依頼でした。それは1990年の始まりのころ、旧・臓器移植法の成立（1997年）さえ危ぶまれていたころのことでした。親たちは、誰も子供たちを救ってくれない、私たちの味方になってくれない、厚生省も弁護士会もそうだと訴えました。少し考えた後、勉強会で講師を引き受けることにして、トリオジャパンなどの会でも講師を務めました。移植医療の方々に積極的に協力するようになりました。まさに「イージーライダー」でした。

## III. 慎重論と社会的合意論

研究者は一つの立場にコミットすべきではない、研究者は慎重であるべきで、おだてられて神輿に乗るとは最低だと、批判されました。しかし、態度を明らかにしない慎重論が良心的なのでしょうか。そもそも議論している以上、みんな慎重に議論しています。慎重論でない「乱暴論」「軽率論」というのはありません。慎重論は、実は消極論、あるいは消極的現状維持の婉曲的表現に過ぎない。我が師、唄孝一先生は、「医者はアクセルを踏め、私はブレーキをかける。」とおっしゃいました。これも我が師、平野龍一先生は「唄君は何人殺せば済むのか！」と、パーティーの場で唄先生に直接申し上げたようです。唄先生は、「こたえた」とおっしゃっていました。

当時の脳死論は「社会的合意」一辺倒でした。しかし、これは倫理的議論でしょうか。現在は人権侵害、差別の極みと言われている1948年の優生保護法は、国会の全員一致で決まったものです。学会でも、マスコミでも脳死に社会的合意はあるか、社会的合意を得るためにどうしたらよいかばかりでした。私は知りませんが、昔のメディアワークショップの趣旨もそうだったのかもしれませんが。日本医師会生命倫理懇談会（これも我が師、加藤一郎先生が委員会座長）は、「脳死は人の死だから脳死臓器移植を認めることができる」＋「本人がいいと言っているときにはこれを認めてよい」＝世論調査の過半数となり、「脳死臓器移植はできる」という社会的合意ができているとしました。これによって、旧臓器移植法が成立しました。

これは、「死者本人が生前に提供の意思表示をした場合にはできる」という世論調査の過半数を支える意見と一致する場合しか、臓器提供ができないということになりました。メディアワークショップのときだったかもしれませんが、それを批判したら、法律家は黙ってると何回も国会議員に怒鳴られました。あきれたことに、法律家の代表のはずの日弁連の人も黙ってしまった。子供を守る会の母親が、「あなたたちは自分たちの子供に死ねと言うんですか」と問うと、それには黙って誰も答えなかった。

「社会的合意論」は、実は、非倫理的、ときには反倫理的な論理であることを忘れてはいけません。

高知赤十字病院での旧臓器移植法下で初の脳死臓器移植が行われたのをきっかけに、法改正の必要性が議論されました。柳田邦男さんは「せっかく実現した臓器移植法だから、その改正を急ぐべきではない」と発言された。臓器移植法は、大日本帝国憲法と同じ「不磨の大典」か、憲法9条と同じでしょうか。高知新聞はバランスを一気に崩す町野は不当であると書きました。だが毛髪1本でぶら下がっているダモクレスの剣に警告することの何が悪いのか。（江川注釈：ダモクレスの剣の話は、ある王様の部下が、王様はいい身分ですねと言った。王は彼を王座に座らせて上を見させた。その頭上に髪の毛1本でつってある剣があった。これが権力者の姿だと言ったそうです。）「濁った浴湯である“社会的合意”を愛するあまり、我が子を見殺しにする」のが日本では通説ではないか。あなたたちは、「美しい日本の私」（川端康成）と思っているが、「あいまいな日本」に甘んじている（大江健三郎）ではないか。

## IV. 生体移植と死体移植

臓器移植にも、死体から摘出した臓器を移植する死体臓器移植と生体からの生体臓器移植とがあります。後

に確認しなければならないことですが、臓器の出どころ（ソース）が生体であるか主体であるかは重大な問題です。生体臓器移植には限界があります。眼球の摘出など提供者に重大な影響を与える、生体移植は許されません。また、心臓移植は死体からしかできません。

生者と死者との間に存在する倫理的な相違は、臓器摘出の法的要件の相違に至ります。つまり、生体からの摘出と死体からの摘出では、傷つけるのが人間か死体かという違いがあります。

例えば、広島で起きた今でいうところの反社会的勢力の事件の裁判（広島高等裁判所昭和 36 年 7 月 10 日）があります。生体反応の有無が議論されました。生体の侵害であれば殺人罪・傷害罪、死体の侵害であれば死体損壊罪に当たります。「どうせ反社の出入りの問題でしょう」で済ませるわけにはいかない。反社であっても人間です。人が殺されたのか、死体が傷付けられたのかの相違は重要です。

「脳死の人」を言われる森岡正博さんは、脳死が人の死（いわゆる個体死）かを議論する意味はない、脳死の人をどう扱うべきかを論じればよいと言いましたが、脳死問題から逃げるのは反倫理的でしょう。

死体移植と生体移植とでは、倫理的にどちらを是認すべきかという議論です。死体移植が本則であるというのが世界的常識です。慢性的臓器不足が世界的状況の中で、ドナーが善意で行う生体臓器移植も認めるべきではないかという意見が出始めた時、それに抵抗したのが WHO のガイドラインプリンシパル 2011 でした。臓器移植法以前の日本では、日本で行われる移植の圧倒的多数は生体臓器移植した。臓器移植成立後の日本移植学会は倫理指針を改定し、生体移植から否定しようと考えたこともありましたが、「移植医療には、通常の医療としての諸問題以外に、臓器、組織または細胞の提供者（ドナー）を必要とするという特殊性があり、それに伴う倫理的な配慮が不可欠である」として、結局死体臓器移植を原則とすることとしました（日本移植学会倫理指針）。移植学会も、臓器移植の望ましい形態は、死体からの移植である。健常であるドナーに侵襲を及ぼすような医療行為は本来望ましくないと考えているのです。

生体臓器移植の弊害として、生体移植により臓器売買が貧困な人々の搾取になっています。政治犯や死刑囚の虐殺を招いている可能性が高いから絶対に禁止されるべきであると思われます。これに対して私の同僚の法哲学者岡田純一郎さんは臓器移植には反対だが、もし認めるとしたら提供者の自己の決定が可能な生体移植だけだと発言しています。他の死者の権利論者が生前の移植意思で良いとしているのに対し、現実の生きている者による自己決定を重視すべきだという一貫した主張には敬意を払いますが、自己決定を最高の価値として生体臓器移植を推奨することがこのような結果に至る倫理的意味を理解しているのでしょうか。

私のように、奥田さんは原理を簡単に負けない頑固者と評価する人はいるかもしれないが、悲惨な帰結を引き受けるつもりがないということであれば、無邪気な無責任論者としか言えないと思います。（江川注釈：町野先生は生命倫理の著書の中に、倫理学者は自分の発言に責任を持つべきであるということを行っています。）

#### V. 「臓器移植と脳死」論の混迷

しかし、脳死論の混迷は最初から始まっていました。臓器移植のためには、循環機能が維持されている死体である脳死体は有利なもの、デッドブレイン、リビングボディーとも言われ、温阻血による臓器の損傷を回避することができます。心臓移植が可能ならばだけでなく、他の臓器も生着率が高い。

そのため、脳死は臓器移植のために作られた死ではないかという疑念がつきまとっています。しかし、竹内



基準（1984年/85年）の竹内一夫先生が説得力を持って言われましたように、脳幹機能が不可逆的に失われた状態は、臓器移植が問題になるより前に知られていたところです。脳死は臓器移植に利用したものではありませんが、臓器移植のために「作られたもの」ではありません。

Harvard Criteria (Definition of Brain Death) 1968 は臓器移植の観点から、脳死の判断基準を irreversible coma としました。参加した Harvard Law school の教授は、相続開始時点、医療の限界点から脳死説を支持しました。

Barnard の心臓移植（1967）は、Harvard Criteria が公表される前であったので、ドナーの心臓が止まったところで行われました。和田寿郎は、脳死でやったと主張していましたが、検察庁の不起訴裁定のシナリオに合わせて、心臓死であったと主張を変えました。不起訴裁定書のすっぱ抜きは朝日新聞でしたが、その内容の問題点については認識されていませんでした。その後、臓器移植法の成立が成立したあと、同法の要件が実質的にそろっていれば、脳死は人の死であるとして、刑事告訴されていた臓器移植事件がすべて不起訴となりました。

このスライド9には「筑波大学膀胱腎同時移植事件」が書いてありますが、時間の関係で解説原稿も省きました。「相対的脳死論」は1998年ころのものですが、それを否定する形で、現在の（絶対的）脳死論が出てきます。これは「臓器移植のためだけに脳死を人の死とすることができるが、それ以外の場合にはそうはいえない」というもので、2009年の法改正にもかかわらず、厚労省の臓器移植対策室が、頑強に主張しているものです。

（スライド9参照）臓器移植法の歴史は臓器移植の事件史と連動しています。民法、刑法などのように、法律はそもそも一般的包括的なものが基本です。臓器移植のような個別の問題に関する法律を特別法といいますが、事件が起こるたびに対応する特別法は、どうしてもパッチワーク、モグラたたき方式にならざるを得ません。適用される臓器組織についても、最初は角膜であったものが角膜・腎になり、それが心・肺・肝・小腸・眼球という変遷があります。

それぞれの経緯を簡単に説明します。

今泉事件（盛岡事件）（1949年）です。今泉亀撤により日本初の角膜移植が行われました。死体損壊罪だという某新聞社の批判を受けて検察庁も動くが、結局、1953年の角膜移植法が成立しました。

和田心臓移植事件（1968年）です。医療側は、心臓移植を含めた包括的な臓器移植法を望みましたが、心臓移植の限界もあり、腎臓だけを含めた法律になりました。

その後の免疫抑制技術の向上があり、筑波大学膀胱腎同時移植事件（1984年）は脳死説を前提としました。当然、東大PRCなどから告発がありましたが、検察庁で棚上げとなり、脳死臨調（1992年）を経て、1997年に臓器移植法が成立しました。しかし1997年臓器移植法では事実上小児臓器移植が不可能であることが問題となりました。町野報告は単純に、臓器移植法の原案（中山案）を復活させ、それを理論的に説明したものです。イスタンブール宣言などの後、2009年の法改正が実現しました。このあと、気持ちの悪いほど、マスコミ、批判者が私にこやかに近づいてきました。私としては、「クリンチで逃げるな」と言いたいところです。

歴代の日本の移植法がこういう臓器移植法である理由はなぜか？諸外国の臓器移植法とは大きく異なっています。日本人にとっては、人間の身体より仏様の体を傷つけることが問題なのでしょうか？

日本人にとっての遺体の方が重要なのか？当時のマスコミは、「日本人は死体、遺体を大切に。日本人

は臓器移植には向かない。移植法も日本人には向かない。」と報道をしていました。

#### VI. マスコミの果たすべき役割はあるのか？

まず日本の移植医療が進まないのはなぜか？「臓器移植は不自然な医療だ、日本人に合わないのが当然だ」という冷たい視線がありました。それでも、諸外国に比べると、それでは説明のつかない遅れがありました。一つは移植医療への不信、特に、和田事件の衝撃が大きかった。「騙された」というマスコミの怨念。次に、移植医療のインフラ問題があります。その一つに日本臓器移植ネットワークのシステム不全があります。臓器提供の現場では、JOTコーディネーター、都道府県コーディネーター、院内コーディネーターの所属と指示系統が異なる三種類の職種が役割分担をします。これらの人材確保と機能分担が課題です。三つ目に日本のメディアの役割です。社会の意思決定を導くのは、西欧は教会で、日本はマスコミでしょうか？日本では前のめりになると批判されます。何よりも推進されるべき日常の臓器移植のイメージがはっきりしない。高額な海外渡航移植は、日本の国民皆保険の中で突出した存在です。国民皆保険を前提としながら国民全般に最善の医療が提供されるよう watch することがメディアの役割です。

そもそも、臓器移植は推進されるべきか

Margaret Lock は、『脳死と臓器移植の医療人類学』（2004年、みすず書房）の中で、日本人は臓器移植を悪と考えると述べています。唄孝一先生は和田心臓移植事件後の厚生省での議論で「皆さんはアクセルを踏み。私はブレーキをかける」と言いました。

ローマ教皇庁の立場は「脳死（神経学的死の概念）は妥当である」という明解この上もないものですが、日本では殆ど理解されていません。

例えば、我が論争相手・島藺進さんは、“Pro Life であるカトリックは脳死に反対なはずだ”という初歩的な誤りを犯しています。Pro Life の牙城としてのローマ教皇庁は、1) 臓器移植は推進すべき医療である、2) 脳死は人の死である、3) 人を搾取する生体臓器移植は禁圧されるべきである。と明言しています。

#### VII. 臓器は誰のものか。

現在の臓器移植法の下では、小児臓器提供では親族として親の判断で臓器提供が進められます。

しかし、子どもの臓器は誰のものか、子どもの命は、大人とちがう特別なものなのか。

子どもに限らない人すべてに妥当する解決が必要です。

高知赤十字病院移植事件（旧・臓器移植法下で初の脳死臓器移植。1999/02/28）では、マスコミ注視の中、遺族の「権利」が議論になりました。

虐待された子供からの臓器提供では、虐待親にも権利があるか？虐待死したした児童からの臓器の摘出は犯罪被害者への畏敬を侵害するか？が問題となり、「政府は、虐待を受けた児童が死亡した場合に当該児童から臓器が提供されることのないよう、移植医療に係る業務に従事する者がその業務に係る児童について虐待が行われた疑いがあるかどうかを確認し、及びその疑いがある場合に適切に対応するための方策に関し検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずるものとする」という附則（平成21年法律第83号）5項（検討）によって、小児臓器移植が動かなくなりました。こうなってくると、「人間の尊厳」の意味を考えなければなりません。

（江川注釈：虐待児の件では、虐待が疑わしきはいくら親が希望しても提供に至らなかったのが、埼玉医大の荒木先生の努力で、児相に相談しない場合は臓器提供が可能になりました。障害児も、以前は障害がある子供は臓器提供に初めから道が開かれていなかったのが、親御さんの「死んだ後まで差別しないでほしい」という言葉で、その道が開かれました。人間の尊厳とはそういうことだと思います。）

(スライドで町野先生の写真を見せながら) 町野先生の早いご回復をお祈りしております。  
以上です。

吉田一成先生 :

01:07:39:07-01:07:39:07

議論の方はざっくばらんにしていただいて、例えばオフレコもあるかなと思います。  
次の議論の方に移る前に、瓜原先生から本日のアンケートについてちょっとお話をされた方がいいと思います。どうぞお願いします。

瓜生原先生 :

01:08:06:11-01:09:12:24

すみませんお時間、ありがとうございます。本日みなさまのお手元にメディアワークショップに関するアンケートというのを配付させていただいております。今会は、日本移植学会主催でありまして、私の厚労科研の研究班が厚労科学に基づいた移植啓発をどのように行っていくかというものです。  
江川先生の分担班が今回共催でこの会を開催させていただいております。皆様方が日頃、移植医療に関する記事をお書きになるに当たって、何か困られていること、それから、どんな情報が欲しいと思っていられるのか、そういったものに関して教えていただきまして、それをもとに、今後メディアワークショップのテーマを考えたり、そして適切な情報提供したいと思っております。ですので、ちょっと書くところを多いのですが、ぜひご協力のほどよろしく申し上げます、以上です。

吉田一成先生 :

01:09:12:24-01:10:29:00

ありがとうございます、皆さんよろしいですか。では、第2部というか、討論に入りたいと思います。マイクが2本ありますから、すみませんがご質問とか、あるいはご発言いただくときには、このマイクでお願いできればと思います。その時にご所属と名前をお願いしたいと思います。  
じゃあ、司会の湯沢先生、吉田(克法)先生からまずはお願いします。

湯沢先生(後半司会) :

01:10:29:00

すみません後半の司会を担当させていただきます、移植学会の広報委員会の副委員長であり副理事長でもあります湯沢賢治と申します。一緒に司会を担当していただくのは吉田克法先生です。

吉田克法先生

01:10:30:03-01:11:23:15

私は数年前まで広報委員長をやっておりましたが、コロナの前までは、メディアワークショップを毎年開催させていただいておりました。その頃は、脳死に関する法律の問題、臓器売買の問題や病腎移植問題などいろいろありまして、メディアの方々の活発なディスカッションがあったことがあります。それ以後、コロナでメディアワークショップの開催ができなくなったのですが、理事長の江川先生より、やっぱりマスコミの方々にも十分な情報を提供して共有したいということで、今回こういう機会を持つことになりましたので、よろしく申し上げます。

湯沢賢治先生 :

01:11:24:06-

私、町野先生、有賀先生とずいぶん長い間一緒に倫理委員会とかいろいろな委員会で一緒に仕事をさせていただいてきたのですけれども、正直なところ結構難しい話だったのではないかと思います。で、ここでまずお二人のご講演に対して質問を受けたいと思います。このメディアワークショップ、何が良かったら、ざっくばらんに議論していただければいいと思いますし、疑問を解消して今日お帰りいただけるように



<p>させていただいておりますので、遠慮せず、是非この機会にご質問をいただければと思います。いかがでしょうか。</p> <p>はい、どうぞ。こちらに来ていただいて、所属とお名前を最初にお願ひいたします。</p>	
朝日新聞 野口様：	01:13:20:01-01:14:15:17
<p>朝日新聞の野口と申します。はい、いろいろと町野先生からは厳しい、先輩とかに聞かないとなと思うんですけど、有賀先生に御質問で、あんまり適切な質問じゃないかもしれないですけど、国内の移植の適用になりうる脳死の方っていうのは、年間結局 4600 件とか 5000 人ぐらい発生しているという風に捉えていいのかなと思うんですけど、そうすると本当だったら国内で年間にどれぐらい脳死の提供数があっっておかしくないのかっていうふうに捉えられるのかっていうのを、一度伺ってみたいなのというのは思ってます。</p>	
有賀先生：	01:14:18:06-01:15:01:20
<p>その報告書の中では、どういうふうな文言で書かれていたか、記憶が定かではありませんが、大雑把に言って 1000 例というふうに当時も議論してきたことを覚えております。ですので、芦刈さん、年間脳死はやはり 100、何 10 例? 100 ぐらいですよ。(JOT 芦刈さん「はい」) だから 1000 あっても良いだろうと。だから 100 しかないよねっていう、そんなボリューム算であります。</p> <p>とか。</p>	
朝日新聞 野口様：	01:15:03:16-01:15:27:18
<p>こんな基本的な質問でもうしわけない、そうするとよく国際比較みたいなことをされるときに、日本の 100 万人あたり? 10 万人当たりでしたっけ? 100 万人あたりの提供数が、韓国とかの 8 分の 1 とか 10 分の 1 だったとか、ちゃんと覚えていないんですけど。</p>	
有賀先生：	01:15:27:19-
<p>とても少ないですよ。</p>	
朝日新聞 野口様：	01:15:29:07- 01:15:36:11
<p>10 倍ぐらい、1000 例が丸々こう提供できれば、その韓国と同じぐらいの規模には恐らくなりうるっていう。</p>	
有賀先生：	01:15:36:11- 01:15:37:06
<p>韓国より多いよね。</p>	
朝日新聞 野口様：	01:15:42:04-01:16:07:11
<p>逆にいうと、その例えばアメリカとかまでの数には行かないって言うか、なかなか頑張ってもそこまでの数が行かないっていう風にも見えるのかなと思うんですけど。先のことを考えすぎかもしれませんが、そのこう違っているというのは結局どこにあるというか、やっぱりアジアと欧米とっていう違いなのか、すみません。</p>	
有賀先生：	01:16:07:15-01:21:02:11
<p>恐らく本当の本当のことは僕はわかりませんが、やはり死生観っていうんですかね、それがかなり効いてるんじゃないかなとは思っています。要するに茶毘に付す時に、天国に行って歩けなくてはいけないから、杖も一</p>	

緒に燃やしてくれとかってよくあるじゃないですか。それから角膜の移植についても天国でものが見えないと気の毒だから勘弁してほしいとかってあるじゃないですか。あの手の話は、もう何て言うか理屈じゃございませぬので、そういうふうなことが人々の間でいくらでもあるということからすると、なかなか難しいかもしれない。

ただ、僕は町野先生が20年以上前に確におっしゃったんですね。「死んだら臓器を提供するのは当然である」というふうなことをおっしゃったんですよ。その時は多分、あの韓国とかですね。中国とかの留学生を入れて議論していた中でおっしゃって、僕には「こういう勉強会だから、ちょっと来て勉強したらいいんじゃないの」って言われて、2回ぐらい行ったことがあるんですが、そこでやっぱり言われたんですね。町野先生は本当のところは知りませんが、上智大学っていうのはキリスト教の学校ですよ。ですので、そういう意味ではバチカンの教皇はこんなこと言ってる、あんなこと言ってるっていう話はかなり頻りに議論されているんじゃないなという風に想像します。

それプラス町野先生御自身の何らかのお考えでそうおっしゃったんだと思うんですが、僕自身は今回のメディエーターの件でいろいろ勉強していくとですね、いろいろ勉強していくと、そういうふうなことを言っている人がいるって、今まで勉強してこなかったのは悪いんですけど、そういうふうな考えるということがあったので、そこら辺はやはりこれからのこの国全体の何て言うかな教育というか、日本の国は一体何なんだったという話も含めて、別に神話の世界のどうこうするわけではなくて、これから日本を考えた時にどうするのかっていうことの中で、やっぱり考えていかなくちゃいけない問題なのかもしれないなというふうに思っております。

ですから、人口比に比べてどのぐらいどうかっていう話は、今のところ、その報告書を書いた頃は、年間に亡くなる人は100万人ぐらいですかね。今、年間102、30万人いるんですかね。増えてますよね。ですので、もちろん年齢も上がってますから、そのそのまま脳死で臓器提供に使える患者さんがどんどん増えてくるのかわかりませんが、やはりじわじわとその脳死の患者さんが増えていくことは多分間違いが無さそうなので、当面はね。ですので、ちゃんとした議論をしていくべきじゃないかなというふうに思います。

私自身は脳神経外科だとか救急医学だとか助ける側、移植の先生だって助ける側にいるわけですが、その人を助けないといけないという中で頑張るそのプロセスの延長線上で移植医療があるってことになると、やはりそこらへんを何て言うかな、よく分かってもらえるような、そういうふうな仕組みを社会の中で持たないといけないとおもう。救急側の医者ももっと喋るとかですね、がんがん言われるんですけど、そんなこと言たってっていうのがあるんですよ。ですので、せっかくの機会なのでメディエーターの話をさせていただいたと。だからこれから先どうなるかわかりませんが、メディエーターが一定の水準で仕事をしてさえくれれば、恐らくよくわかってくれるご家族が増えるんじゃないかなというふうに思う次第です。以上です。

江川先生：

01:21:03:08-01:21:38:15

じゃあ僕から質問でいいですか。ちょっと変わりますけど、読売の虎走さん、いろいろ取材に行かれて、僕の今日のテーマの臓器売買はなぜ悪いかということについて、いろいろ現場を取材してこられて、やっぱりこれはダメでしょうと思うようなことがあればお願いします。見てきた人でないと言えないことがあると思って質問しました。

読売新聞 虎走様：

01:21:40:21- 01:23:16:24

<p>ありがとうございます。読売新聞の虎走です。今年の8月からの江川理事長がおっしゃっていただいたように、海外に出られて移植を受けて帰ってこられる方、受けようとされた方たちの取材を、今中心にしていて、これからもちょっと記事を出そうっていうのを考えてるんですけど、実際にその患者さんないし、そのそれを仲介している NPO の人たち、あとその NPO 法人に患者を紹介したり、紹介状を書いたりしてるお医者さんに話を聞いているんですけども、やっぱりその患者さんたちが助かりたいっていう気持ちを持つのは当然のことだなと感じるんですけど、その海外に行けば助かるんだよっていうような話を、簡単にその医療の知識、何もなしの人 NPO の人たちが安易にそれを進めて仲介をして海外に連れて行って受けさせるようなところまではやってはいるんですけど、その方たちが亡くなったりしても、後遺症が残ったりしても、あんまり助けていないというか、そういったところを本人やその患者の家族、その辺が結構ないがしろにされているっていうのが問題なんじゃないかなというのをすごく感じました。</p>	
江川先生：	01:23:16:24-
ドナーの方の取材もされましたか？	
読売新聞 小走様：	01:23:17:11-01:24:00:06
<p>ウクライナの方の取材も一応できていて、ただその方にその自分の提供した腎臓がもう廃絶して外れてしまったっていうところはちょっと伝えてはいないです。悲しまれたらあれなのでという配慮もあって、その方たちはやっぱりお金を受け取って自分の臓器を提供するっていうことにあんまり抵抗を持っていない人で、そういうことが国際的に非難されるようになっていうことはあまり知られていない方達でした。</p>	
江川先生：	01:24:00:06-01:25:05:19
<p>よく南北問題と引っ付けて言われるじゃないですね。アジアの貧困、例えばインドなんかでも本当に貧困村にドナー狩り・臓器狩りのキャンペーン者がやってきて、突然こう看板出してこんだけ金もらえるぞって言うとか皆手を挙げて連れて行かれるっていう話を、あのバチカンの会議のときに聞いて僕はショックを受けました。そういう悪とはまた違って、臓器売買そのものがなぜ悪であるのかということを確認に述べることができるか？</p> <p>臓器売買と知って渡航移植に出かける患者さんに臓器売買は悪だってことを納得させるために、ずっと臓器売買はなぜ悪なのかを自分に問い続けてきました。臓器売買により何が侵されているのかっていう問いに、町野先生は搾取であるって書いてあったけど、搾取は悪いんですけど、その善悪の根本原理とか判断基準がどこにあるかっていう答えが見つからない。いや、これは医療者としての議論ではなく、人としての議論になるので、誰か会場から議論に参加してくれると嬉しいです。</p>	
吉田克法先生：	01:25:26:03
江川先生、今、ちょっとお話に出たバチカンの会議について、どういうものだったか、少し説明していただけませんかね。	
江川先生：	01:25:26:03-01:27:53:12
<p>2017 年年末に突然メールが来てですね、送り主を見たらポンテシアサイエンスアカデミーって書いてあった。これがバチカンからのメールだったのです。いきなり何月何日に来てくださって書いてありました。そのメールには、先進国であるにもかかわらず、まだ日本は海外に移植に行っていると、それについて申し開きに来てくださいと書いてありました。なんで私に来たんだろうと思って、すぐに時の厚労省の相談に行っ</p>	

たんですけど、これは先生に来たもんだから先生行ってくださいって言われました。 スライドを作って日本の対応、それから今一生懸命やってることをきちっと説明したら、頑張れと逆に励まされました。その後は STATEMENT 作成に積極的に参加して帰国後すぐに日本語に訳して学会員に周知しました。それがご縁で、WHO やバチカンの臓器移植関連会議やイスタンブール宣言の2018年改訂の時に声がかかるようになりました。

実はこの話は、何で教皇さんがこれをやろうと思ったかという、ちょうどシリアからの難民がヨーロッパに渡っていくときに、エジプトで臓器売買、つまり腎臓を売って、そのお金でヨーロッパに上がるという事例がすごく増えて、そのエジプトの移植医の中にイタリア人が入ったというので、余計ローマ法王が心を痛め、世界中の国から代表者を集めて、ローマ教皇庁として臓器売買の禁止と、それから各国で移植を勧める STATEMENT を出しましょう、ということでやっただ。その一連で呼ばれました。非常にイスタンブールよりも厳しい語調です。もう許さん、悪だ、一切の支援はするなというきつい言葉で書いてあります。イスタンブール宣言は、そういうことまでは書いてなくて、特にイスタンブール2018年は自国での移植ができるように努力しなさいって書いてあるわけです。

吉田克法先生：

01:28:09:05

はい、ありがとうございます。他にご質問はありませんか。

有賀先生：

01:28:09:16-01:28:48:04

今の Pontifical Academy for Life (英語表記) でですね、多分日本からその委員会に三人か四人出てるはずなんですよね。要するに、何年か続けて委員をやって、でまた交代していくと。京都大学のノーベル賞を受けた山中先生もその一人のほうですよ。

江川先生：

01:28:48:04

はい。私の前にアカデミーにはいった日本人は山中先生だと言われました。

有賀先生：

01:28:50:10-01:31:36:21

あと富山大学ですね、秋葉悦子先生っていうやっぱり上智大学におられて、今富山大学の経済学部の教授をやってますけど、その先生もその一角を占めて、その秋葉先生がたぶん同じお仲間だと思うんですけど、オランダの先生のお書きになったグローバルバイオエシックスっていう本があって、もう秋葉先生から訳本も出ているんですけど、グローバルバイオエシックスの全体の話は、今言ったいわゆるいわゆる資本と労働力が国境をまたいで自由に行き来する、そういうグローバル化の今の時代にあっては、要するに、その貧富の差はそこそこついていくと、元々グローバル化そのものはEUにしても、それからTPPでしたっけ、環太平洋の、それも自由に行き来すれば全体の富が増えてみんなが豊かになると、確かにそれはそういう面もあるんだと思うんですが、豊かになり方は極端に豊かになる人と、ちょっとりしか豊かにならない人がいて、結局格差が広がると、その格差の延長線上に今言った臓器を売ることによって、生きていけなくちゃいけない人がいる、という風なそういう風なことが書いてあるんですよ。

だから臓器売買だけじゃなくて、今言った南北問題のとっても大変なところっていうのは、多分、今の世の中の経済的社会的政治的ないろんなことの延長線上に起こってるんだろう。そういう感じがしますですよ。だから、新聞記者メディアの方達は、そういうふうな観点で、日本の国の経済や社会や政治の動きがどうなんだっていう話は、やっぱり、そういうふうな観点でいろいろ見て行って記事を書いていて出さないと少なくとも僕みたいに無理くり勉強しなくてはいけなくなって勉強した人はそこそこおりますけど、普通の人たちは普通にわかろうと思ったら、普通の新聞を読んでいるわけですから、ぜひそこら辺は問題意識としていろいろやっていただきたいなという気がしますですよ。



<b>江川先生：</b>	01:31:42:12-01:32:31:19
<p>オーガントラフィッキングには、生体の臓器売買と死体の脳死判定後の臓器の不正な流通、いわゆる不正斡旋の二種類の行為が含まれます。生体に関しては日本国内で生体をたくさん実施しているので今更言うのも変だけど、やっぱり健康な人に傷をつける。それが家族への愛情のためではなくて、お金のために人間の身体に傷をつけさせるといったところが、その尊厳を侵していることになるんでしょうね。</p> <p>この考え方で良いでしょうか？</p>	
<b>吉田克法（後半同時司会の先生）</b>	01:32:34:11- 01:34:25:08
<p>今日来られているマスコミの方は、以前メディアワークショップを開催した時参加された方もおられると思いますが、大多数の方は基本的なことから勉強しつつも、まだ理解できてない方も数名おられると思います。基本的なことでも何でも結構ですのでご質問をしてください。</p> <p>例えば、臓器売買に関しては、以前は臓器売買では関連したブローカーが大部分搾取して、その残りのお金でその家族を養い、あるいはお金で会社を興して家族にすごく感謝されたという報道が出ていたことがありました。ある国では一時、臓器売買することを法制化しようという動きもあって、実際はあの却下されたのですが、そういう国もあるというのが実情でした。</p> <p>そういうことも含めて基本的なことでも何でも結構です。新しく社会部に赴任された方々でも、他の関係者の方でも結構ですので、ご質問お願いします。また、今日はネットワークの方々も来ておられますので、ご質問や聞きたいことあったらどうぞご質問ください。</p>	
<b>吉田克法先生：</b>	01:34:25:08
<p>前に来て所属と名前をお願いします。</p>	
<b>産経新聞 豊吉様：</b>	01:34:32:16- 01:38:36:08
<p>産経新聞の豊吉と申します。社会部の記者で改正臓器移植法 2010 年が改定される前のところから、移植医療の方を取材させていただいています。</p> <p>有賀先生の脳外科の先生や救急の先生のお話の中で、脳蘇生がならなかった際には敗北感があり、の気持ちの切り替えは極めて難しいというような話が出ておりましたが、この議論は、2010 年の前から出ている話だと認識しております。脳外科の先生、救急の先生の臓器移植に対する感情的な部分の問題が改正から 12 年たっているにもかかわらず一向に変わらないという現状について、一体なぜそういうことが起きるのか、私の中でずっと疑問に思っておりました。最近、1 歳になった女の子と、もう一人 10 歳の女の子が今回渡航移植を目指して募金活動をしています。ここのご家族達に話をお伺いしたところ、そもそもなぜ、法律があるにもかかわらず、ポイント オブ ノーリターンの状態になった段階で、看取りにするのか、臓器提供という選択肢を提供するのか、それともそのまま積極的な治療を続けるのか、という選択をしっかりと出せないのか、これはそもそも義務化すべきじゃないか、これをしないのは行政や医療界の怠慢ではないかというような御意見が出ておりました。</p> <p>外科の先生たちのお気持ちもわからないわけでもないですが、そのご両親の言ってることも、大変よく分かります。まず、1 点目として、そもそもこの外科の先生のマインドがなかなか変わっていかない、この 12 年経っても変わっていかないという現状について、理由とその対応についてお伺いしたい。</p>	

渡航移植を目指すお子さんたち、特に10歳の女の子は、自分でもよく理解し、様々な状況を踏まえて会見でお答えになっていて、自分も頑張るから助けてくださいということをおっしゃってました。僕自身はそもそも渡航移植はあるべきではなくそもそも国内で全て行われるべきだと思っております。

うちの新聞でも、基本的に移植医療の原稿を書くときは、移植医療に対する社会の理解を深めてもらい、その上で臓器提供という選択をしていただく形が増えれば、という思いで書いてるので、渡航移植を選択するお子さんが出ることには敗北感を感じています。ただ、このようなお子さんがまだ出ているという状況下移植学会として改善するための大きな動きがなかなか見えてこない。そもそもそういうお子さんに「助けてください」ということを言わせている現状について、移植学会としてその状況をどうやって克服していくのかということ、今後の見通しも含めて、お伺いできればと思います。

有賀先生：

01:38:36:08-01:41:08:04

このポイント オブ ノーリターンというのは、医者のカンファレンスの中で、もちろん出るわけですよ。だからもうこれは死んだも同然だという、平易な言い方をすれば死んだも同然。ただそれだけでは死んでないですよ。わかりますよね？ですので脳死は人の死であると、要するに普遍的にというふうなことが、もしきちっとあれば、じゃあという話はありません。ただ、ポイント オブノーリターンとそれから本当に死亡しました、あのたった今患者さん亡くされましたねと、心停止の死亡宣告のあの景色と、それから臓器提供という作業とどういうふうな形で順番にやっていけるかっていう話を、臓器提供ありきで前倒して、僕たちに何かをやってというのは無理なんですよ。

脳死が死であるということがあれば、それは死だと。だからこの患者さんはもう死んでいると、だから臓器提供に行くしかないよねっていう話は順番からいけばそのとおりになるんですけど、臓器提供のときだけ脳死が死であるっていう話になってくると、前倒しをしながら何かをしなくちゃいけなくなっていて、それは一生懸命頑張るといって話とディメンジョンが違うんですよ。なのでみんな苦労してるという話なのです。だから臓器提供ありきの話が全部あるのであれば、脳死は全て人の死であるという話をきちっと決めるっていう話の方が、むしろもう救急医にしても脳外科医にしても、あの話の筋として理解できる。そうじゃないので、その部分で気持ちが行ったり来たりというところがあって、負け戦でぐったりしていると、こういうのが実態なんです。

産経新聞 豊吉様：

01:41:08:04-

ただ、法律上でいうと、少なくとも脳死判定した段階で、人の死にはなっている。

有賀先生：

01:41:18:08- 01:41:26:06

それをやるためには臓器提供がないとできないですよ。だから、みんな困ってるんです。

産経新聞 豊吉様：

01:41:27:04-01:41:39:12

そこも重々承知の上で、だからこそ例えば看取りも含めて、さらに積極的な治療も含めてといった幾つかの選択肢を提供することというのは、可能ではないかと思う。

有賀先生：

01:41:39:12-01:43:41:19

だからそれは要するに治療とは、現に進行の治療とは別のところの話として存在するんです。そういうことです。ですから、その話が存在しないなんて、誰も言ってないんですが、少なくともマジョリティーの救急医にしろ、脳外科医にせよ、マジョリティーは基本的にはその患者を助けるために一生懸命頑張っていると、それはいいですよ。で、そのことと同時進行で別の話がこう転がっていくということを、主治医として、右の輪っかと左の輪っかを同時に転がしてるというわけではないという事なんです。その部分を理解して欲しい。

ですので、今回の重症患者さんのメディエーターができたっていう話は、そういう意味では右の輪っかを転

がしている主治医からすると、左の輪っかが同時進行で転がるんだらうということで期待してもいいんじゃないかっていう話。ですから、今までの臓器提供は全く出ていないわけではありませんし、さきほど概ね100例ぐらい出てると言ってますので、今言った右の輪と左の分を同時に転がしてる人たちグループがいることはもう間違いないんでね、僕だってそうやって転がしたことがあることはあるんですよ。ただ、さすがにすべからず転がせていうのであれば、それは転がすのではなくて同時に、ここで一旦切れて、そしてその先だよねっていう、その切れ目の部分をはっきりしてくれると、そういう意味では何て言うか変な言い方ですけど、そこでこう切り替えができるというか、そういう話です。

ですから、移植の時だけ脳死は人の死みたいになっちゃってますので、そこで凸と凹がこう合体するみたいな難しさが出てきちゃってるという、そういうふうな感じです。

江川先生：

01:43:41:19 - 01:50:39:02

今お話のあったその両輪をうまく回している施設というのは、経験のある複数の施設です。

この話をずっと戻ると、2016年に僕がひょんなことでバルセロナのDTIに行き、そこで1週間の、多分移植医としては世界で初めてじゃないかなと思います。移植医は普通行かないです。ドナーコーディネーターや救急医たちが来ています。臓器提供は善なりという、もう熱狂というような雰囲気の一週間なわけですよ。座学だけでなく脳死判定や家族対応のロールゲームも含めて全部やるわけですよ。帰りの飛行機の中で、これを日本に持って帰るにはどうしたらいいんだらうと考えました。いきなり臓器提供は善なりって声高に叫んでも多分だめだらう、それはもう5年前6年前の話ですから。

で、それこそちょうど今話に出たメディエーターのことを一生懸命やった厚労省の井内さんがちょうど移植対策推進室室長だったので相談をして、まず厚労省横田班研究の1回目の会議で体制作りと負担軽減をやるよということ、それで人選をして、救急医と内科医とコーディネーター合計4名をバルセロナDTI国際ワークショップに送った。ワークショップ以外にも、人・金の動きと実際のスペインでの提供施設開発システムも見てきてくれというミッションをお願いしました。その中の一人、写真に出た渥美先生が、何よりも感激されたのは、見学に行ったちょうどスペインでもDTI流の取り組み始めた病院で、向こうは医者がコーディネーターしますから、コーディネーターである麻酔科の救急のドクターに話を聞くと、「DTI流の取り組みを立ち上げてから亡くなり方がよくなった」と言われたことでした。様々な死の経過があって、たまたま脳死の経過、そして心停止をたどる人の中で臓器提供しない場合、ICUの隅でカーテン引いて心臓が止まるまで待ってるだけという状況で悲しみの中で死んでいくのが、臓器提供をするということで、家族も医療者も気持ち楽になった。国民性もあると思うんですけど、その亡くなり方がよくなったと言うのを経験して、渥美先生は、そもそも決して臓器提供・臓器提供という人ではなく、救急医として最期どういう看取りがいいのかということに取り組んだ結果、臓器提供がいいんだということに気がついて、それを広めようとして活動しておられます。

スペイン取り組みのなかで、拠点化構想というのがあり、MOTHERホスピタルとその関連施設をつくって新しい医療を広げるやり方です。日本では癌診療でそれをやってるわけですけども、それをモデルにしてやってみようというので、今14カ所の拠点事業が実施されています。これは厚労省から日本臓器移植ネットワークに資金がおりて、ネットワークがその事業を進めています。私がバルセロナに行った2017年当時は脳外科の先生に臓器移植の話なんかしたら、「何で我々くたびれてるのに臓器持って帰っていくようなことにただで協力しないといけないのか」という言い方をされました。私が、「いや、実は先生の病院に300万円は入るんですよ」と言ったら、「えええっ、そのお金はどこへ行ってんだよ」と。「それは先生の病院の中の話ですよ」と言いました。何にも御存じないんだなということが分かりました。

それから今日司会の吉田克法先生と救急関連の学会とか脳神経外科関連の学会に、企業がブース出すとこ

ろに、移植学会のブースを作ってもらって、二人で座って、前を通る人に「臓器提供って知ってますか？ 臓器移植でこんなに元気になるんです。」っていいながらパンフレットや本などの資料を渡してですね、全国を行脚しました。これ5年ほどやった。とうとう仙台の脳神経外科学会で臓器提供の講演を頼まれました。だから5年かかるんです。

そうやって地味だけでも、コミュニケーションして、「あ、何か大きな顔したやつがいつもおるな、あいつ何時も臓器提供のことを言ってるのか、ちょっと話でも聞いてみようか」っていう、そういうソフト方面のアプローチと、提供施設の体制整備と負担軽減のためのシステム構築を3年単位の厚労科研の形でやってきました。

例えば関東だと先進的な救急施設では、もう実は有賀先生のおっしゃる両輪が普通に回ってる施設が多いですね。だけど最近、関東から近畿の某大学病院の教授になって行かれた救急の先生がおっしゃっていたけど、その大学病院では脳死と思われる患者がいても提供の意思確認について誰も何も言わない、一切言わないって言っていました。だから、これ数年かかるなって。ですから、今じわじわと東京とか、それから浜松や愛知の東海地区では、そのシステムが功を奏して、最近の臓器提供はその輪の中に入った小さな病院からぼつぼつ出始めてます。そういうのがやっと今動き出してるって形なので、もうちょっとかかるなと思います。ただ、決して悪い方向には行ってないとは考えているんですけどね。

移植医療は善であり、臓器売買は悪であると、お前は正しいと会場から誰かに言ってもらえないのかなと、今日は発言し続けております。ただ、今自分で喋りながら考えるに、生体の臓器売買に関しては、自分の欲のために健康体を傷付けたというところで人間の尊厳を侵している、だからこれ成立ですよ。死体からの臓器売買に関しては、これは本来だったらもらえるはずのその自国の人が臓器をもらえずに外国の人に流れているから、もらえなくて亡くなった人がいる、言い換えると、本来自国でもらえる人の命を侵しているから、人間の尊厳を侵してるで整理つけていいんですかね。

吉田克法（後半同時司会の先生）

01:54:05:17- 01:55:49:02

先程の追加した発言なんですけどね。あの江川先生と救急科あるいは脳神経科の学会にも盛んに数年行きました。その時にちょっと前向きに考えられていることは、先程の質問にもなるんですけども、若手のお医者様が来られるんですよ、こう興味やったり、こっちが質問したりするんですけど。若手の医者の救急医、それから脳神経外科医が案外とポジティブに考えて、いやこのまま何回もオプション提示してます、だけど、なかなかいい答えが得られません、だけど、めげずにやりますよという若い先生が徐々に増えてきているのは印象ありましたね。

まあ、極端に言うのだいぶ年をとった先生は、先程の話でもありますが、何でこんなところ移植学会が来るんだとかいうのもあの1度2度ありましたけども、若手のドクターは数はそんなに多くないんです、そういうのはだんだん増えてくるんじゃないかと思えますね。どうしてそれ自分でしましたが、上司の命令ですかと聞くと、いや私が独断で主治医でしたので、判断してやりましたと言う返事をする先生方がちょっとずつ増えてきたので、これ将来的にはこの人達がだいぶ上になってきたらですね、そういうシステムを作ってくれるんじゃないかと、この規制のある状況下でという風に当時考えましたね。

吉田克法（後半同時司会の先生）

01:54:05:17- 01:55:49:02

江川先生の提供側学会への参加についてですが、江川先生と救急科あるいは脳神経科の学会にも積極的に参加いたしました。その時に移植医療に関して、若手の医者の救急医、それから脳神経外科医が意外と移植医療に関してポジティブに考えておられて、「これまで何回もオプション提示していますが、なかなかいい答えが得られません、だけど、めげずにやりますよ」という若い先生が増えてきているのは印象的でありま



したね。逆に、年配の先生で、「何で移植学会がこのような学会へ来るのか」と言われたことも1度2度ありました。

臓器提供に積極的な若手のドクターそんなに多くないのですが、だんだん増えてくるんじゃないかと思えますね。「オプション提示を自分でしましたか、上司の命令ですか」と聞くと、「いや私が独断で主治医でしたので、判断してやりました」と言う返事でした。このような先生方がちょっとずつ増えてきて、将来的にはこの人達が指導的地位になってきたら、臓器提供システムを作ってくれるんじゃないかと、規制のあるあの時期の状況下で頼もしく感じました

吉田一成先生：

01:55:49:02-

ちょっと口を挟みますと、私は腎移植を担当して、私は臓器摘出も随分いたしました。昔は、救急の先生から「来たなハイエナ」とか言われて、かなり白い目で見られた経験がありますが、最近は随分変わってきたと思います。たぶん医学教育の中でも、臓器移植とかそういうことが随分話されるようになったんじゃないかって思うんですね。ですから、最近の若い医者は、そういうことについて考えてはきてるんだと。ただ日本の一般の方々はですね、こういう問題については心臓移植をしなきゃいけなくなったような方の家族はすごく考えられるんですが、一般の方々にしてみればですね、そんなことを関係ないよってという人がほとんどだと思うんですね。

多分、運転免許証とか保険証の裏、あるいはネットを介して、あるいはマイナンバーカード裏に移植臓器提供のことはあるんですが、書いておられる人は非常に少ないと聞いてます。何パーセントでしたっけ芦刈さん、今10%ぐらいですかね。ここには提供しないっていうチョイスもちゃんと書いてあるんですね。そういうことは知らない人がほとんど、知っていてもそこは無視、あるいは家族で話したことはないという人がほとんどだと思うので、そこの辺がやっぱり意識改革が必要かなというふうに思います。

例えば日本人の倫理観だとか宗教がらみなのか、そこら辺が非常に難しいと思うんですが、多分韓国はカトリックが多いですね。それから他のヨーロッパの国々では、ほとんどやっぱりキリスト教が多い。イスラム教については良く分かりませんが、それも多分臓器提供については最近ジェンダーレスと思うんですね。そういうことについて、日本はあんまりその辺の意識がないと思います。

なのでこれは聞いた話なので分かんないんですけど、かなり昔の御巢鷹山にJALが落ちた時にですね、海外の遺族の方は自分の親族が亡くなっていることが分かたらもうそれでいいと、日本の遺族はとにかく骨の最後まで拾えと言って食い下がったという。そのぐらい言った御遺体に対しての意識が違うんじゃないかなという気はします。マスメディアの方々日本人のそういう倫理観、死生観とか、宗教のバックグラウンドとか、僕ら医療者よりももっと一般社会に近いと思いますので、どういう風感じておられるのか、あるいはそれをどう考えておられるのか、あるいはメディアとして何かそこを発信されることについてどうお考えなのかをできればお聞かせいただけるとありがたいと思います。

吉田一成先生：

02:10:44:24-02:12:43:23

日本移植学会としては、臓器売買の疑いのある渡航移植症例についての対応というのは、改めて学会としてホームページでは公表しておりませんが、情報を得た場合にはそれなりの対応を学会として対応はしております。臓器不全の患者さんを診察してるのは、多くの内科系の医療従事者なので、イスタンブール宣言で渡航移植なり、臓器売買をやめましょうということを内科学会の先生方にもよく知っていただく必要があります。実は移植学会にも移植内科医の会というのがありまして、そういう動きについて、酒井謙先生から御紹介いただけますか、お願いします。

酒井先生：

02:12:43:23- 02:15:53:23

今の御質問なんですけれども、臓器移植は腎臓だけではなく、肺でも小腸でも肝臓でも、もちろん心臓でも、

そこの多くのベースラインの患者を見ている学会というのは、日本内科学会、あるいは個々の腎臓学会、循環器学会等々でございます。申し遅れましたが、移植学会の理事の酒井 謙と申します。東邦大学です。そのような見地から、移植学会のみならず、例えば透析であれば透析学会、あるいはその前段階のCKD（慢性腎臓病）であれば腎臓学会である、と同じように、一般のかかりつけ内科の先生方にも周知をお願いしたい。例えば患者さんからちょっと紹介状を書いてほしいと言われます。「移植をしたいんだけど」、「どこでされるんですか?」、「いろいろと考えているんです」、このようなやり取りの中で、図らずも紹介状を書いてしまって、そしていろんな国で移植をされてくるときに、その患者さんも、そしてその紹介状書いた医療者の方も同様に法令違反となる可能性が出てくるわけです。この渡航移植に関しては、医療者も守らなくちゃいけないし、一番患者さんも守れなくちゃいけない。そのような周知はもはや移植学会だけではなく、普遍的な移植医療になったということにおいて、どの病院でもどのクリニックでも移植患者さんが訪れる、そのような状況になりました。ぜひ日本内科学会という、一番裾野の広いところでイスタンブール宣言をエンドース承認いただいて内科学会の会員の方々、かかりつけ医の方々にも移植医療を理解していただきたい。海外渡航移植に結びつけないように、ないしは移植医療が日本の中でさらに定着するようないろんな方策と一緒に考えていただきたい。

もはや移植医療は普遍的な医療になりましたので、移植学会がやってるだけではない、全医師が広い意味で見たいという立場であります。

現在、内科学会・腎臓学会・透析医学会・臨床腎移植学会と協力をして、イスタンブール宣言を承認していく手続きを踏んでいるところです。移植学会としては、全臓器にわたる臓器移植のハンドブックをつくりまして、全てのかかりつけ内科医の先生方に見ていただきたい。昨今 COVID-19 陽性患者が来た、実は移植をしている、うちでは見られないよということも多発しました。そのようなファーストタッチでさえ断られるようなことがないような、診療形態をつくっていきたいと思っています、以上でございます。

吉田一成先生：

02:15:54:19-02:16:55:13

はい、ありがとうございました。ほかにご質問とかご意見、ご討議はございますでしょうか。

有賀先生、海外の心臓死からの臓器提供ってほとんどレシピレーターオフですね。レシピレーターオフは日本はそれすると多分救急の先生方が起訴されたりすることが多いと思うんですが、今後どうでしょう、その辺のいわゆるコントロールと UNCONTROLLED cardiac death の問題というのは少し議論が進みそうでしょうか？

有賀先生：

02:16:55:13-02:19:37:04

そこら辺に関する全体の景色を、救急にしろ脳外科のドクターにしろ、一般のドクター全体でいいとは思いますが、イメージしてるかという、基本的にはしていないんですね。

実は、私は横田先生と一緒に英語のテキストを日本語にする仕事した時に、例えば ICU で亡くなるその時に脳死に近いけど実は脳死ではなく亡くなる場合もある。で、心臓死になった時どうするかなんていう話ですね、結構体系的にきちっと書いてある。そういう風なものに接して、なるほどねって思ったのですよ。これからどうなるかっていうと、例えば次の脳死脳蘇生学会は聖マリアンナ医大の小野先生っていうあの先生がたしかおやりになる。小野先生がおっしゃった「脳死のときにはこうだけど、そうでない時にはこうだね」ということについての全体の流れについて、かなりわかりやすく、いろいろ言ってくださっている。全体としてのイメージというか概念というか、そこら辺は救急っていうか臓器提供の可能性のある側にわかってくると、少しまた状況が変わっていくんじゃないかなというふうに思います。少なくとも、こういう時にはこうなって、ああなって、どうなってという、全体の流れというか、そこら辺は全然イメージできないのと、イメージできてる時とは全然違いますので、これから先どうなるかと言えば悪い方向には行かないと思うんです。どれぐらいのスピードかっていうことはよくわかりませんが、正直言って。先生の言うてることを理解しなくてはいけないなとつくづく思いながら聞いてます。

湯沢先生：

02:19:37:04-02:21:45:16

実はスペインなりアメリカでは、5~6年前に脳死下の臓器提供の数がほとんど一定になってしまったんですね。そこで臓器提供を増やすために、スペインでもアメリカも今4分の1、3分の1から4分の1ぐらいは心停止後の提供になってるんです。そして、どんどん増え、そういう方法で増やしているというのが今現状です。例えばオランダなんかですともう8割ぐらいが心停止後の提供になっているというのがあります。

ですから、何とか例えば日本でも皆さん御存じのように5種類の施設に運ばれた人しか脳死での提供ができないわけですが、それで頭打ちというか、それで臓器提供の意は尊重されなければならないと言いつつできてないというのが現状なんです。

そこで、実は昨年来、厚生労働科研で私研究代表者をさせていただいているんですが、湯沢班というのがあって、そこでは心停止後の臓器提供を増やすための方策として、例えば今吉田先生からお話があった生命維持装置の離脱、それを切るということです。それでの臓器提供とか、もう一つは実はコロナで有名になりましたけど、エクモという血液を酸素化する機械、それを心停止後にすぐに使うことによって、心停止後、臓器の機能を温存することができるようになります。そうすると現状ですと、心停止後の提供は腎臓しかできないわけですが、スペインとかアメリカでは腎臓だけではなくて、肝臓も膵臓も腎臓も肺も心臓も提供に至ってるんですね、心停止後にです。それがもう3分の1から4分の1ぐらいになってるんだという現状は、今ありますので、何とかそういう方向にも日本でも動いていけないかということで、湯沢班では検討させていただいているということも紹介をさせていただきます。

吉田一成先生：

02:21:45:16-02:22:46:09

それと先ほど有賀先生が救急の先生は救急患者を救うために懸命に治療をされているので、救命が不可能になってからの臓器提供という両輪は難しい、そこでメディエーターっていうのに非常に期待されていると思います。今現在メディエーターまだあんまり動いてなくて、今動いておられるのはコーディネーターですよ。コーディネーターはある程度もう臓器移植ありきで入ってこられるんですが、現場では非常にコーディネーターの方々が疲弊するというか大変だということは聞いてます。で、多分、これからもし臓器提供が増えた時に、今の臓器移植ネットワークの状況では立ち行かなくなるんじゃないかなという危惧が移植側としてもあるんですが、今日せっかく来ていただいているので、臓器移植ネットワークから何かを一言ありますでしょうか。

臓器移植ネットワーク医療情報部 芦刈様：

02:22:47:17-02:24:33:07

臓器移植ネットワークの医療情報部の芦刈と申します。今JOTの実際のコーディネーター30数名です。都道府県のコーディネーターも60名ぐらい。合計90名のコーディネーターで全国をカバーしているという状況です。

一例の脳死下臓器提供があると、提供病院に5名のコーディネーター、また本部に5名のコーディネーターで一事例で10名で対応しています。で最近よくあるのですが、5~6例同時に進行しているという状況があります。報道の方々に、厚労省の記者クラブのメールを通して配信をしているかと思いますが、1週間で5~6例、提供が固まってきたりという状況があります。計算していただきますと、都道府県のコーディネーター基本都道府県に張りついていて、近隣の県の応援を受けることありますけれど、その人数で全国をカバーしている状況で、現状の件数年間100例の件数でも正直、かなりオーバーワークです。

その状況の中で今後件数増加、これは増加していくと思います。このメディエーターの制度も動いていくと、増加するという方向性に行きますので、恐らく現状ではこのシステムが維持できないので、その役割をシフトしていく必要は出てくると思います。

吉田一成先生：

02:24:34:23-02:24:40:10

<p>実際、現場には5人いるんですか？ 例えば2人、1人ぐらいで良いのではないのでしょうか。</p>	
臓器移植ネットワーク医療情報部 芦刈様：	02:24:40:23-02:24:33:07
<p>その見直しをどうしていくか、例えば院内コーディネーターが整っている施設では、それほど人数を送り込まなくてもいいかもしれませんが、経験の浅いところはやはりもしかしたら人数を多く行く必要はあるかもしれませんが、そこも今後、その役割分担シフトしていく必要はあると思います。</p>	
吉田一成先生：	02:25:05:08-02:25:09:16
<p>院内コーディネーターは今は承諾書は取れないですね。</p>	
臓器移植ネットワーク医療情報部 芦刈様：	02:25:09:16-02:25:11:14
<p>そうですね、取れないです。</p>	
吉田一成先生：	02:25:11:14-02:25:16:21
<p>それは少し変わるとかっていうことはあり得る？</p>	
臓器移植ネットワーク医療情報部 芦刈様：	02:25:17:03-02:25:43:10
<p>あっせん業の委嘱をどのように考えるかというところになりますので、都道府県コーディネーターの制度そのものとの兼ね合いもあります。都道府県コーディネーターは厚生労働省の通知によって定められていますので、そことの調整は必要になってくると思います。ただ、今の現状の人数体制では、維持はかなり難しくなってくるとは考えています。</p>	
吉田一成先生：	02:25:43:19-02:26:05:10
<p>JOTは厚労省と一緒に動いてるので、ぜひ一緒にやっていただければというふうに思います。我々も移植側で手伝えることがあったら、したいとは思いますが。</p>	
臓器移植ネットワーク医療情報部 芦刈様：	02:26:06:06-02:26:37:20
<p>そうですね、かなり多くの移植病院イコール提供病院の施設では、移植医療支援室を設置していただいて、その中で臓器提供があるときに院内のドナーコーディネーター、また移植医療支援室の中で、移植医ではあるんですが、ただ病院としてその院内での提供の体制を支援していただくという立場で係わっていただいていますので、そういった意味ではかなり変わったとは思っています。</p>	
吉田一成先生：	02:26:38:15-02:27:00:19
<p>昔、移植医として救急の看護師さんたちに移植医はこういうことを考えて移植しているのだったという話をしたら、その話をする前はかなり嫌われている感があったんですが、話が終わった途端に、ああそうだったんですか、と、すごく協力的になってくださったという経験があります。今後は移植医も積極的に説明をすれば、救急の皆様も多分どんどん協力的になって来るか思います。</p>	
吉田一成先生：	02:27:01:19-02:27:24:15
<p>そういう意味では、ちょっと時間も過ぎてきたのですが、これからさらに医学教育と多分一般の方々への教育とか丁寧な説明が、大学等々の教育がすごく重要になってくると思って、それについて瓜生原先生から一言お願いします。</p>	
瓜生原先生：	02:27:26:02-02:29:43:09
<p>お時間のところ申し訳ありません、あの大学教育というか中学教育、研究をした結果の情報提供させていただきたいと思います。2019年から、中学校で道徳が教科化されまして、そのこの生命の尊重というところで臓器移植というものが題材とされることになりました、というかこれは文科省の指針の中に入っているのではなく、教科書会社が自発的に取り上げているものでありまして、8社中7社が取り上げております。その7社、今年の2月に全国1万件の全中学校にアンケートを行いました。その結果、臓器移植が取り上げ</p>	

られている教科書を採択しているところが70%でした。そのうち臓器提供・臓器移植について授業をしているところは90%を超えております。ということは現在、全中学校を見た時に60%の中学校で臓器移植臓器提供にかかわる授業が道徳でなされているということです。道徳ですので、臓器移植とはではなくて、自分が臓器移植を受ける立場または臓器提供する立場、または待っている人とか、そういったいろんな立場になって考えていくことで、正解のないものではありませんが、その中学校の段階でその全国の6割の子供たちがそれを考え、そしてまた家でお母さんお父さんと話す機会があるということは非常に大きなことでありまして、こういったことが2019年からですので、その子供たちが今度高校生になって大学生になってっていう後、数年経てば大きく変わるのではないかと思います。

このように学校教育というのが変わっておりまして、私たちがやらなければならないのは、その高校への接続、そして大学でももちろん医学教育には入っていくとは思いますが、非医学非医療系の大学でそれをどうやって継続的に教育をするのかということは今検討しております、以上でございます。

吉田一成先生：

02:29:44:01-02:30:18:14

ありがとうございます。あの中学生とか小学生とかっていう若いうちからそういうものに接してですね、昔は教育委員会から臓器提供の宣伝だろうと、偏見だろうと言ってすごく叱られたのですが、やっぱり命を大切にするとすごく大切なことなので、そういう風になっていけばいいかなと思います。恐らくですね。日本人はこの物事を議論して考えるということは、どうもあんまり得手ではなさそうなので、そこはもうちょっと進むと意見が出ていいかなと思います。

吉田一成先生：

02:30:19:20-02:30:43:21

はい、それでは時間となりましたので、これでディスカッションを終わりたいと思いますが、やはりこう移植学会にとって情報提供と共有というのは非常に重要だと思いますし、定期的に行うということですので、まずその時はまずご参集いただきますようお願いいたします。