

臓器移植の現状と今後の課題（２）

～ 主要な論点と今後の課題 ～

厚生労働委員会調査室 いわなみ ゆうこ
岩波 祐子

本稿は、第 171 回国会において改正案が成立した「臓器の移植に関する法律」（以下「臓器移植法」という。）に関する論議を中心に、臓器移植をめぐる内外の状況について、2 回にわたり、現状と課題を概観しようとするものである。第 1 回（「臓器移植の現状と今後の課題（１）」『立法と調査』第 298 号）では、法改正の背景と国際動向等を取り上げたが、第 2 回である本編では、法改正審議の際の論点、今後の課題等を取り上げる。

- 1．はじめに～現在の状況（前号）
- 2．臓器移植法制定に至る経緯（前号）
- 3．臓器移植法制定後の臓器移植をめぐる状況（前号）

4．改正に至る経緯

（１）衆議院における審議

ア A 案、B 案、C 案提出

平成 9 年 10 月の臓器移植法施行を受け、10 年 2 月には最初の脳死下臓器移植が行われたが、その後の提供件数は年間数例にとどまった（21 年 2 月に 81 例目の提供があった後は、11 月 15 日現在、新たな提供例はない）。特にガイドラインにより、臓器提供等に関する書面による意思表示をなすことが可能な年齢が、民法第 961 条の遺言可能年齢に準じて満 15 歳以上とされていることから、身体の小さい小児が移植を受ける機会が制約され、海外渡航に依存せざるを得ないことが改めて問題としてクローズアップされた。臓器移植法の附則には、3 年を目途とした検討が規定されていたところ、平成 17 年 8 月に、「臓器の移植に関する法律の一部を改正する法律案」として、本人の書面による意思表示の要件を緩和する第 162 回国会衆第 38 号（後の「A 案」）¹、運用上 15 歳以上とされている臓器提供可能年齢を法律の明文で 12 歳以上に引き下げようとする同衆第 39 号（後の「B 案」）が提出されたが、両案とも、衆議院解散に伴い廃案となった。

18 年 3 月、第 162 回国会衆第 38 号が第 164 回国会衆第 14 号（A 案）として、衆第 39 号が同衆第 15 号（B 案）として再提出され、さらに 19 年 12 月には、第 168 回国会衆第 18 号として、脳死判定の厳格化、生体からの移植の規制等を内容とする改正案（C 案）が提出された。

A 案

移植のための臓器摘出等に係る要件について、本人の生前の臓器の提供等の意思が不明の場合に、遺族等が書面により承諾した場合を加える等の措置を講じようとするもの

である。主な内容は、第1に、本人が書面により臓器の提供意思を表示している場合に行うことができるとされている移植のための臓器摘出の要件について、新たに、本人が臓器の提供を拒否している場合を除き、遺族が書面により承諾している場合を加えること、第2に、「脳死した者の身体」の定義から、「その身体から移植術に使用されるための臓器が摘出されることとなる者であって」との文言を削除すること、第3に、本人が臓器提供の意思を表示する場合において、親族に対し優先的に臓器を提供する意思を書面により表示することができることとする、第4に、国及び地方公共団体は、移植医療に関する啓発及び知識の普及に必要な施策を講ずるものとする、第5に、政府は、虐待を受けた児童から臓器が提供されることのないよう、適切な方策を検討し、必要な措置を講ずるものとする等である。

A案は脳死を一般的に人の死とすることを前提として、家族による承諾の意思表示により脳死判定・臓器提供を可能とする案であり、いわば、法制定時の中山案の原点に戻るものと言える²。なお、脳死の取扱い等について法の効力が及ぶのは臓器移植に関連する範囲に限られるという点については、答弁でもしばしば確認された。

B案

本人の書面による意思表示との要件には変更を加えず、意思表示が可能な年齢を現在ガイドラインで定められている15歳から12歳に引き下げようとするものである。主な内容は、第1に、臓器提供等に関する意思表示が可能な年齢を満12歳以上とすること、第2に、本人が臓器提供の意思を表示する場合に親族に対し優先的に臓器を提供する意思を書面により表示することができることとする、第3に、国及び地方公共団体は、移植医療に関する啓発及び知識の普及に必要な施策を講ずるものとする等である。

A案は日本移植学会、移植者協議会等の移植を推進する立場を反映したものであるが、これに対してB案は、小児に対する移植の道を開く必要性は十分に認識しつつも、子どもの自己決定という観点を重視し、子どもが脳死や臓器提供について理解し自分の意思を決定することが可能な年齢は何歳かという立場から提案されたものである。B案は、小児科学会関係者からも一定の支持を得ていた³。

C案

脳死の定義を、現行法 of 全脳の機能の不可逆的停止（全脳死・機能死）から、脳全体の機能の喪失（脳全体の死・器質死）に改め、脳死判定基準を厳格化し、それに伴い脳血流検査を省令により必須とすることを予定するなど、脳死判定基準を厳格化しようというものである。

A案・B案が国内における喫緊の課題に特化して改正を行おうとするものであるのに対し、C案は幅広く臓器移植全体の問題を対象としていた。現行の法制下における臓器移植の手の見直し・検討に加え、特に、我が国では法的規制のなされていない生体からの移植や、国際的に規制を強化する方向性が打ち出されている組織・細胞移植等についても規制を盛り込む方向である点が大きな特徴であった。

イ 国際的な動向～海外渡航移植の規制への流れ

WHOやTTS等の国際的な組織における臓器移植関連の最近の動きについては前編で述べたが、これらの動向は国内における法案審議に大きな影響を与えた。A案以下の法律案の審査は、衆議院厚生労働委員会に設けられた臓器の移植に関する法律の一部を改正する法律案審査小委員会の場において、参考人質疑を柱に随時進められて

いた。臓器移植法には施行3年後を目途とした検討規定があったものの、取りまとめて委員会に報告するというような、具体的に成立に向けた動きは見られなかった。このような中で20年春、TTSのイスタンブール宣言採択など、国内での臓器提供者の不足を補ってきた海外渡航移植を国際的に規制する動きが報じられるようになった。日本人への移植がより一層困難になるとの危機意識の下に一時はA案とB案の妥協案を模索する動きも生じたが結実しなかった。

しかしその後、21年1月、WHOの執行理事会において、臓器移植に関する決議がなされ、一部では、日本人による海外渡航移植を規制するものだという趣旨の報道がなされた。他方、WHOにおいては、途上国におけるいわゆる移植ツーリズムによる人権蹂躪等の弊害の深刻化を受け、移植の透明化・ドナーの保護の強化のため、「ヒト臓器移植に関する指導指針」(ガイドライン)の改定作業が進められていたところ⁴、この改定が海外渡航を禁止し、臓器の国内における「自給自足」を求める内容のものだという報道も相次いだ。臓器移植法施行から10年という節目の年を過ぎる中、臓器移植の特集記事が組まれ、海外渡航移植の実態が報道される一方で、生体間移植の問題点、臨床的脳死判定の要件を満たしつつなお長期間にわたり心臓が拍動を続け成長する長期脳死児の存在など、臓器移植に関する情報がより多くマスコミに取り上げられるようになった。国際的な動向を踏まえると、海外渡航移植の道が閉ざされるとの観測が高まったため、我が国においても法改正を実現してより容易に臓器提供を受けられる道を開くべきとの気運も生じた。

実際には、臓器の自給自足(self-sufficiency)を直接求めるのはイスタンブール宣言で、ガイドライン改定案の本文が渡航移植等を直接禁止しているわけではない⁵。ただし、同宣言では、従来は途上国において金銭により臓器提供を受けるという商業的な面から規定されがちであった「移植ツーリズム」については、当該国の国民が臓器提供を受けられる機会を減少させ、移植を受けられる機会を奪う結果となる場合も含めて広義に定義している。このため、日本人が欧米等の先進国に渡航して相当な対価の下に一般の医療行為として臓器提供を受けられる行為も含まれ、ここでの非難の対象となる。

そして、宣言、決議、ガイドライン等の内容いかんにかかわらず、国際的に、臓器移植に関する高度な技術を持ちつつも他国に移植を頼るという日本の姿勢が批判の対象となっていたという点は事実である⁶。

渡航移植に対する認識として、途上国でいわば闇で移植手術を受けて不法に臓器を買うという行為については我が国においても当然非難されるべきという意識は見られるものの、大学病院等の紹介を受けて募金を募り先進国に渡航する場合には、高額の治療費等の患者・家族への負担に關心が集中し、その問題性が認識されにくい。ここで、渡航移植が、国際的な規制の対象となるほどに問題とされているのは、当該国の患者が提供を受けられる機会を減少させる点にある。提供される臓器は有限であり、どの国でも不足している。日本人がアメリカで移植を受けると、その分、待機しているアメリカ人が機会を失うということである。この点、同じ外国人であっても、自国で移植を受けられる機会がない患者への提供はまだ理解を得られる⁷。しかし、国際的にも高

い水準の移植医療が行われ、法制上の問題で国内での移植が進まない日本からの渡航移植は、一方的に利益を享受するものであり、当該国の患者の利益を損なうものとして、拒絶されるのは自然な流れではあった。

臓器移植は、免疫抑制剤の革新的な進歩等の医療技術の発展による適応患者の増加に、ドナーの登録数が追いつかず、各国ともドナー不足が常態となっていることに変わりはない。このような中で、日本人の渡航移植に対する門はオーストラリア、イギリス、ドイツと次第に閉ざされ、残るのは事実上アメリカのみとなったが、外国人の移植患者に対する提供上限枠である「5%ルール」を厳格に運用したり、日本円にして3億円、4億円もの高額の高額の保証金を要求したりするなど、実質的な渡航拒否と見られる動きが広まりつつあった⁸。

ウ D案の提出及び本会議審議

そして、臓器移植法改正案の成立も、時間との戦いとなっていた。平成21年1月5日に召集された第171回国会の当初会期は6月3日までであった⁹。20年秋の麻生内閣の発足以降は常に解散の時期がいつとなるかが争点となっており、特に平成21年度予算成立後には、いつ解散されてもおかしくない状況であったところ、国際的には、臓器移植に関する決議の採択とガイドラインの改定が予定されるWHO総会は5月中下旬に予定されていた。臓器移植法改正案が可決される前に解散されると再び議題となるまでには相当の空白期間が生じることになり、早期成立が強く求められる中、臓器移植法改正案は重要法案と位置付けられた¹⁰。

上述のような状況の下で、衆議院厚生労働委員会の理事等の中で折衷案が模索され、5月15日に第171回国会衆第30号として、新たな改正案(D案)が提出された。

D案

15歳以上の者については、本人の書面による意思表示を要件とする枠組みを維持し、15歳未満の者については、虐待のおそれがないことの確認等を条件として家族の意思表示による脳死判定・臓器提供を認めようとするものである。

各改正案は衆議院の厚生労働委員会及び同臓器の移植に関する法律の一部を改正する法律案審査小委員会で審査され、参考人質疑、視察等も実施された。委員会における採決は行われず、6月9日に衆議院本会議において中間報告・提出者からの意見表明がなされ、16日の討論を経て、18日に記名投票に付された。多くの党が採決には党議拘束をかけないとする中、いずれの案が過半数の支持を得られるか判別し難い状況にあり、一時はすべての案が成立しないとの観測もなされた。採決順序による有利、不利が取りざたされ、後の採決の方が有利であるなどとして採決順序の決定をめぐる議論があったものの、提出順ということになり、結果的にはA案が263名の賛成をもって可決された(反対167名)。

(2) 参議院における審議

ア E案の提出

参議院では、6月18日に衆議院から提出されたA案に加え、23日には、議論の大きい子どもの脳死判定・臓器提供については有識者による臨時調査会を設置すること

等を主な内容とした「子どもに係る脳死及び臓器の移植に関する検討等その他適正な移植医療の確保のための検討及び検証等に関する法律案」(参第 26 号)(「子どもの脳死臨調設置法案」E案)が提出された。

－ E案

臓器の移植及びこれに使用されるための臓器の摘出が人間の尊厳の保持及び人権の保障に重大な影響を与える可能性があること等にかんがみ、子どもに係る脳死及び臓器の移植に関する検討並びに当該検討に係る臨時子ども脳死・臓器移植調査会の設置について定めるとともに、生体からの移植の規制の在り方の検討、適正な移植医療の確保のための検討及び検証等について定めようとするものである。

E案の問題意識は、社会的合意を得ないままに改正しても結局は臓器移植は進まないという点にある¹¹。なお、E案は生体からの移植の規制の検討等、C案の考え方を一部取り入れつつも、脳死の定義の変更・判定の厳格化は採用していない。

6月26日の本会議において、衆議院から提出されたA案と、新たなE案の趣旨説明が行われ、同日、厚生労働委員会に付託された。

委員会では、発議者から趣旨説明を聴取するとともに、政府参考人から我が国における臓器移植の経緯、現状等について、また、脳死判定から臓器移植に至る医学的プロセス及び「脳死下での臓器提供事例に係る検証会議」における検証結果について、同検証会議座長から、説明を聴取し、質疑を行った。

加えて、各界から、20人に及ぶ参考人を招いた。衆議院でも招致された実際の移植医療に携わっている当事者、患者、関係団体に加え、脳死・臓器移植について専門家として立法とその後の運用に携わり、あるいは諸改正案の理論構築等を行ってきた多数の有識者からの意見聴取を行った。また、移植医療・救急医療の現場である東京女子医科大学病院及び東邦大学医療センター大森病院を視察し、意見交換を行った。

イ A案修正案の提出及び本会議審議

さらに7月9日、A案の修正案(Aダッシュ案)が提出され、質疑が行われた。

－ A案修正案

第6条第2項の規定から「その身体から移植術に使用されるための臓器が摘出されることとなる者であって」との文言を削除する改正を行わないこと、遺族による看取りの過程を尊重すること、臓器提供に際しては対象者の自己決定を尊重すること、被虐待児が死亡した場合に当該児童から臓器が提供されないようにするための検討規定を公布の日から施行すること等を内容とする。

修正案は、臓器提供の場合に限り脳死を人の死と扱う現行法の枠組みを維持しつつ、E案の問題意識、参考人論議における提案等を踏まえて提出されたものであり、児童の脳死判定については児童の身体に関する医学的知見を十分に踏まえる、臓器の摘出が遺族に及ぼす心理的影響の緩和のための支援について検討する、法施行3年後を目途に新法の全般について検討を加える等の内容が盛り込まれている。

同日、委員会において、臓器移植法改正案(A案)、E案及びA案修正案に対する質疑が終局した後、本会議では、臓器移植法改正案(A案)及びE案について中間報告を求める動議が可決され、7月10日、中間報告が行われた後、両法律案について

本会議において直ちに審議することの動議が可決された¹²。その後、委員会に提出された修正案と同内容の修正案が提出され、討論が行われた。13日に採決に付されたところ、修正案は否決され、臓器移植法改正案（A案）が賛成多数（賛成138、反対82、棄権・欠席20）をもって可決された。

5. 衆議院における主要な論点

衆議院における主な論点は、以下のとおりである。

（1）脳死は人の死か

臓器移植法第6条第2項は、脳死した者の身体について、「その身体から臓器が摘出されることとなる者であって」との限定を加えていた。このように脳死を死と扱うことを臓器提供の場合に限定するのは、脳死を人の死と認めることに反対する人が一定数存在することに配慮した、法制定時の参議院修正による。この規定の下では、臓器提供を決定することがすなわち提供者の死を決定することになるため、脳死を人の死として認容する人に限り、自己決定の範囲内で実施するものであった。A案は、このような限定を外せば、提供を決定する親族等が死を決定することになるという問題を解消できるとの立場であったが、これに対しては、脳死を人の死とする社会的合意はできていない、脳死は一般的に人の死ということが臓器提供の場合以外にも波及し、家族の意に反して治療が打ち切られる懸念があるという指摘がなされた。これに対し、A案の立場からは、脳死を人の死とするのは世界の大勢であり、我が国でも合意が形成されつつある、提供の拒否も可能であり、また、A案でも法的脳死判定は臓器移植を行う場合に限定されるとの反論がなされた。

（2）脳死の定義

C案は、脳死の定義を、現行法的全脳の機能の不可逆的停止（全脳死・機能死）から、脳全体の機能の喪失（脳全体の死・器質死）に改め、脳死判定基準を厳格化することを主張した。脳血流が停止すれば物質としての脳は確実に死に至るとして、早すぎる脳死判定を防止するために脳血流検査等を規則に追加することを要求する。現在、法的脳死判定は昭和60年の厚生省研究班による基準（いわゆる竹内基準）により、脳波測定、感覚器への刺激、自発呼吸の喪失の確認（無呼吸テスト）等により実施されているが、これらに加え、脳血流検査等も義務付けようとするものである。これに対し、定義・判定の厳格化で提供者数が減少するという指摘がなされたが、逆に厳格化により信頼性が増し、提供希望者が増える可能性もあるとの反論がなされた。

（3）脳死判定基準¹³

C案は、脳死判定基準の厳格化により判定に慎重を期する立場であり、現在、省令等で定められている脳死判定の前提要件（深昏睡、原疾患の確実な診断等）を法律上明記することを主張した。さらに、小児からの臓器提供を積極的に容認しようというA案に対し、現在臨床の現場で使用されている生後12週から6歳未満の小児を対象とする脳死判定基準について、小児の脳は可塑性に富み、専門家でも予後の正確な予測は困難であり¹⁴、現在の判定基準はごくわずかな症例に基づくものである点が指摘された。そして、数年以上

心臓が動き続け、脳の機能の一部が回復する例もある「長期脳死児」の存在については、A案からは「長期脳死児」は無呼吸テストを伴わない例であるとの反論があったが、この点、現在臨床的に小児脳死判定基準として用いられている厚生省竹内研究班の調査当時から長期脳死児の存在は明記されており、小児科学会においても無呼吸テストを経てなお心臓が動き続ける複数の症例が報告されているとの再反論があった。

(4) 小児からの臓器提供の是非

特に小児固有の問題として、親が虐待の事実を隠す傾向があることから、専門家でも被虐待児かどうか識別することが困難であり¹⁵、被虐待児から臓器提供がされることになりかねないという懸念が指摘された。この点については、虐待問題とは切り離して議論する必要性が主張された。なお、15歳未満の場合に限り虐待のおそれ等を検証するD案に対しては、DV(ドメスティック・バイオレンス)の場合もあり得ることから、大人と子どもを区別する合理性があるのか疑問が呈された。

さらに、小児が脳死に陥る原因には事故が多いと考えられるが、小児救急医療体制が不備である中、十分な救急医療が行われなくて脳死にされるおそれがある点、親は子の死の受容に時間がかかる点等が議論となった。

(5) 脳死判定及び臓器提供に関する意思表示要件の変更(15歳以上)

D案は15歳未満の者と15歳以上の者との間で意思表示の要件を区分しているため、まず15歳以上の者について、A案と他の案との間で、本人の意思表示のみによるままとするか、家族による代替を認めるかという議論があった¹⁶。

内閣府の世論調査に示される臓器提供の意思を持つ人の割合(43.5%)と、実際に臓器提供意思カードに記入し所持している人の割合(約8%)との間には乖離がある。この差異の理由を、本人の書面による意思表示という厳格な要件によるものとし、家族による承諾で足りるよう改正しギャップを埋めようとするのがA案の基本的な立場だが、この点、本人の意思表示によるとの原則は現行法の大原則であり維持すべきとの指摘がなされた。

(6) 年齢要件の(実質的)変更

法律上は本人の書面による意思表示と家族の承諾が要求されているのみであり、臓器提供可能年齢の規定は置かれておらず、厚生労働省のガイドラインにより、民法上遺言が可能な年齢に準じて15歳以上に限定されている。

今回の改正論議における最大の焦点は、小児からの臓器提供であり、年齢要件をいかに緩和するかという点で対立があった。

A案では本人の意思が不明な場合、遺族の書面による承諾により脳死判定・臓器提供を可能とすることにより、意思表示ができない年齢の者であっても実質的に親族の代替により脳死判定・臓器提供ができることになる。この点、小児の脳は可塑性に富み、専門家でも予後の正確な予測は困難である、小児については長期脳死児や虐待など慎重な検討が必要である等の指摘がなされた。

B案は、本人の書面による意思表示を要求する脳死判定・臓器提供の条件には変更を加えず、自己決定が可能な年齢を引き下げ、臓器提供可能年齢を12歳以上と法律上明記しようとする。この点、12歳以上で区切る理由が不明確であり、年少者に死後の意思表示

を迫ることは不自然である、小児への提供の問題が解決されず、効果も微々たるものである等の指摘がなされたが、これに対し、年齢については段階的引下げを念頭に置いている、臓器提供の意思表示記載手段の拡充や広報、教育等で増加を図るとの反論がなされた。

D案は、15歳以上と15歳未満とで区分して規定し、脳死判定・臓器提供の条件について、15歳以上については変更を加えず、15歳未満は、本人の拒否の意思表示がなく、遺族が書面で承諾し、かつ医療機関において遺族による虐待等の不適正な事実がない旨を確認した場合に認めるとする。この点、A案から、15歳以上は現状のままであり、15歳未満でも臓器提供の場合のみ脳死を人の死とするのでは親が子どもの死を決定することになり提供は見込めないとの指摘がされたが、15歳以上については本人の意思を尊重する現行法の枠組みを維持すべきであり、子どもの脳死判定を受け入れるかどうかを親が決定するという枠組みは結局A案にも通じる問題であるとの反論がなされた。

なお、C案は、小児の臓器移植について検討規定を置いている。

(7) 親族優先指定の新設

A案、B案は、臓器の提供先として、新たに一定範囲の親族を優先する旨の意思表示を可能とする。この点、臓器提供については公平性の原則の下に各国とも統括的な組織で優先順位をつけて配分する実態がある一方で、身内に臓器移植の待機患者があれば優先したいとの感情は自然なもので、どちらを優先するかとの判断で対立する。偽装結婚による臓器売買が行われたり、家族に心理的圧力が生じたりすることへの懸念が指摘された。

なお、臓器提供先に係る生前意思の取扱いについては、過去に、脳死下提供過程で親族を優先する旨の指定があった事例を受け、厚生科学審議会疾病対策部会臓器移植委員会において検討が加えられ¹⁷、提供先の指定を認めないという結論が出された経緯がある。

(8) その他生体移植の規制、組織（皮膚、心臓弁等）移植の規制等の法律上明記

WHOのガイドラインの改定方向に合わせ、人権保護の立場から、現行法では規制されていない諸項目について新たに規制しようとするものであり、C案のみの主張である。

6. 参議院における主要な論点

委員会においては、臓器移植法改正案（A案。衆議院提出案）に関し、第6条第2項の「脳死した者の身体」の定義において、「その身体から移植術に使用されるための臓器が摘出されることとなる者であって」との文言を削除した理由、本人の意思が不明の場合に遺族の承諾による臓器提供を認める理由、被虐待児からの臓器提供を防止する方策等について質疑が行われた。また、子どもの脳死臨調設置法案（E案）に関し、「臨時子ども脳死・臓器移植調査会」について1年という期間で結論を得られる可能性、脳死を一律に人の死とすることの問題性、意思表示ができない子どもたちに臓器提供を求めることについての見解等について質疑が行われた。A案修正案に対しては、修正の意義等が問われた。

参考人質疑においては、脳死を人の死とすることの是非、救急医療の現状と体制整備の必要性、本人の意思が不明な場合に家族の承諾により臓器移植を認めることの妥当性、小児の長期脳死の実態及び脳死判定の困難さ、被虐待児に対する対応、ドナー家族等に対す

るケアの必要性、移植コーディネーターの在り方、海外における移植医療の動向、生体からの移植の規制の必要性、親族への優先提供に関する問題点等について質疑が行われた。

政府に対しては、国民の臓器移植に関する普及啓発の取組状況、諸外国における脳死、臓器提供に関する法制の実態、WHO等の近時の状況、イスタンブール宣言以降の諸外国における渡航移植希望者への対応、臓器移植に係る費用の保険適用状況、移植コーディネーター等の現状等について質疑が行われた。

以下、衆議院における議論と重複する部分は割愛し、参議院審議における各法案に関する主な論点を整理する。

(1) 衆議院提出案(A案)に関する論点～第6条第2項「脳死した者の身体」の定義等

A案は、脳死は人の死であることについて概ね社会的に受容されているとする脳死臨調の最終答申や近年のアンケート調査の結果を踏まえ、脳死は一般に人の死であるとの考え方を前提に、この考え方によりふさわしい表現となるよう文言を削除し定義を変更する。この点、本人の意思が不明の場合に、遺族の承諾による臓器提供を認めるとする理由が問われた。これに対して、臓器提供数が少ない状況で海外渡航移植や生体からの移植が行われているという現状がある一方で、最近の世論調査の結果等から、家族の承諾で脳死判定、臓器移植ができるということについて、国民の理解が広がっていると考えられるとされた。

その他、第6条第2項の「脳死した者の身体」の定義の変更が実際に臓器移植にかかわる家族に与える影響、提供しない意思が保護される必要性、子どもの意思表示と親の代諾について子どもの年齢に応じたきめ細やかな対応が図られる必要性、被虐待児からの臓器提供を防止する方策、長期脳死事例に対する認識、親族への優先提供を明記することの妥当性、相続や臓器提供に利害関係がある場合の同意権者の取扱い、臓器提供者の家族に対する心のケアの重要性、臓器移植に関して知的障害者等の権利が侵害されないようにすることの重要性、生体からの移植に関する法整備の必要性等について議論がなされた。

(2) 子どもの脳死臨調設置法案(E案)に関する論点

「臨時子ども脳死・臓器移植調査会」については、1年という期間で結論を得られるのが質され、法律案は子ども脳死臨調の設置期間を施行日から1年間とすることを明記しており、1年以内に結論が出されることとなる、並行して国会においてもしっかりと検討し、立法府として責任をもって結論を出していくとの答弁がなされた。成人の臓器提供を増やす道筋がないのではないかとこの質疑に対しては、海外の例を引きつつ、臓器提供の増加のためには、国民の理解が深まることが何よりも必要であり、子ども脳死臨調での国民的議論、移植医療の適正な実施を図るための検証等により、国民の理解が深まることとなるとともに、臓器摘出・移植を行う医療機関について厚生労働省令で基準を定めることにより、医療機関の体制が整備されるとの答弁がなされた。

その他、脳死を一律に人の死とすることの問題性、意思表示ができない子どもたちに臓器提供を求めることについての見解、現行の移植医療及び脳死判定基準に対する評価、子どもの脳死判定基準を厳格化する必要性、尊厳死に対する見解、日本人の死生観や看取りに対する受け止め方等について質疑が行われた。

(3) A案修正案(Aダッシュ案)に関する論点

修正案によって改正案の何が変わるのか、との質疑には、臓器移植に関する修正案の考え方の基本は改正案と共通するが、脳死を一般に人の死とすることに国民的コンセンサスが得られていない状況の下で、文言の削除により、誤解が生じないようにすると答弁された。さらに、修正案でも、本人の意思表示がない場合に家族の承諾のみで臓器を摘出することを認める理由については、最近の世論調査によれば、本人の意思が不明な場合の家族の承諾による臓器提供について 62 %が賛成していること、子どもの渡航移植に多くの支援金が集まっていることから、国民的合意が形成されつつあると考えているとされた。

その他、第6条第2項の文言を削除しないことがドナーの家族に及ぼす影響、被虐待児からの臓器提供を防ぐ具体的方策を施行日までに確立する必要性、小児の脳死判定基準の検討の見通し等について、質疑が行われた。

7. 今後の課題

よりよい臓器移植の推進は、喫緊の課題である。平成 21 年 2 月の提供を最後に、脳死下臓器提供がなされていない事態は深刻にとらえる必要がある¹⁸。改正法の本格施行に向け、当面の間は、臓器提供が増えない理由の解明・解決を最優先すべきであろう。

この点、重要な手掛かりとなるのが日本臓器移植ネットワークの臓器提供意思表示カードによる情報に関する集計¹⁹である。平成 9 年 10 月から 19 年 12 月の間の臓器提供意思表示カードによる情報件数は、1,397 件あった²⁰。うち脳死下臓器提供をする旨の意思表示が 925 件、そこから臓器提供が可能である 4 類型施設（後述）に連絡されたものが 450 件、心停止前に連絡されたものが 282 件、法的脳死判定まで終了したものが 64 件で、実際に提供に至ったのは 63 件とわずか 5 %であった。法的脳死判定を実施しなかった 214 件のうち、脳死状態を経たと思われる事例は 103 件で、最も多い理由は「脳死判定基準を満たさない」50 件、次いで多いのが「家族の承諾が得られない」という 35 件であった。

A 案提出者の富岡勉衆議院議員も、「ドナーカード 1,397 人のうち、脳死下で提供に至ったのは 63 例である。現実には、搬送施設、連絡時期、法的脳死判定などのプロセスにおいて、脳死下提供に至るまでにはいろいろな制約があることを示している。」旨の認識を示している²¹。

このフローは本人の意思が明らかな場合のものであり、家族のみの承諾でも提供が可能となる改正法施行後は流れも変わってくる点には注意が必要ではあるが、現在の法律の枠組みの下でも、以下のような解決策が考えられる（ただし、一部は政省令事項となる）。まず、第 1 段階として、医療機関で確認されるカードの数を増やす（カードの所持そのものを普及、推進するとともに、医療機関が積極的に確認するようにする）、第 2 段階として 4 類型施設に連絡できる体制を整えるか、提供施設そのものを増加させ、提供可能な病院に連絡されるようにする、第 3 段階として、心停止前に速やかに連絡する（この点、諸外国では医療機関への支援、コーディネーターの増員などで 24 時間体制が強化されている）、第 4 段階として、法的脳死判定を実施できる事例を増加する（家族の理解を得られるようにする²²、脳死判定基準を再検討する）等である。

特に、家族の承諾が得られぬとの理由で法的脳死判定に至らない例がかなりの比率を占めている点は重要である。意思表示要件が改められても、他の運用が従来どおりであれば、善意が提供につながる割合は低いままにとどまるであろう²³。さらに、前段階として、臓器移植に対する一般の理解を深めること（臓器提供をしないことが悪いという風潮を作らず、臓器提供をする自由、しない自由のいずれも尊重されるようにする）、具体的には、正確な知識の提供、ネットワークにおける連絡体制や脳死下での臓器提供検討委員会や移植者のQOLを含む正しい情報の迅速な公開、検証結果の反映等の促進が求められる。

なお、臓器移植の実務の大半は、臓器移植の普及促進、登録、実際の調整に至るまで、あらゆる関連業務が日本臓器移植ネットワークにゆだねられてきている。同ネットワークについては、運営の透明性や効率性を求める声もあり、登録者が亡くなった場合の情報の更新が遅く、ドナー発生時の確認・連絡のため時間のロスが生じているという指摘もなされている²⁴。存在する善意を効果的に提供に結び付けるべく改善が望まれるところである。

（１）意思表示カードの所持・インターネット登録の普及、推進

脳死を人の死と認めるかとの議論がなお存在する中で、臓器提供の門戸を開くべく、脳死を人の死と受け容れる人の善意を生かすというのが従来法の立場である。脳死判定及び臓器提供は本人の意思がある場合になされるものとされ、その意思を確認するための確実な手段として、遺言の形式に準じ、臓器提供意思表示カードが作成された。もっとも、法制上は単に書面によることが要求されているのみであり、必ずしも指定のカードによる必要はない。ただし、提供臓器の種類や脳死下提供に関する意思、署名した年月日、家族への事前の告知等、所定の要件を満たすためには、カードによることが無難ではある。

既に一部の健康保険証には意思表示カードの内容を掲載したものもあるが、やはりこのような表示がなされることが何よりも重要である²⁵。

なお、普及策の一つとして、インターネットによる登録システムも稼働しているが、法が書面による意思表示を要求しているため、従来は補完的な位置付けにとどまっていた。今後は、特に本人の提供しないという意思を保護する観点から、後述するように、このシステムが重要性を持ってくる点に注意しておきたい。

（２）医療機関への支援、救急体制の整備の必要性

臓器移植法に基づく脳死した者の身体からの臓器提供を行う施設については、ガイドラインにおいて、当該施設全体で合意が得られていることを要求し、適正な脳死判定を行う体制がある施設であって、救急医療等の関連分野において高度の医療を行う施設である大学附属病院、日本救急医学会の指導医指定施設、日本脳神経外科学会の専門医訓練施設、救命救急センターとして認定された施設の４類型を指定している（いわゆる４類型施設）。

ただし、これら医療機関で実際に臨床的脳死者が発生しても、臓器提供意思の有無がすべて確認されとは限らない。親族からの申出がないとの理由で「面倒なことになりそう」脳死判定を行わない施設も多い²⁶。脳死下臓器提供を実施する場合、臨床的脳死判定から臓器移植終了後の記者会見に至るまで、丸２日近くかかり、複数の医師に加え医療機器の提供、特に脳波測定の際の環境の確保等、相当程度の医療資源が費やされる²⁷。

一方で、脳死下臓器摘出ができる４類型施設は、救急患者に対応する医療機関である。

ここで救急体制の危機的状況については改めて付言するまでもないが、人的物的資源が限られる中、親族から積極的な申出がない限りは積極的に臓器移植に踏み込もうとしないのは、いわば無理からぬ状況と言える。

このような状況の裏付けの一つとなるのが、4類型として指定されていても実際には臓器提供に対応できない施設の存在である。厚生労働省の調査によると、平成20年9月現在4類型の施設474施設のうち、実際に臓器提供ができると回答した施設は338施設と約7割にとどまる。他方、日本救急医学会と日本脳神経外科学会の共同調査²⁸によると、4類型以外の施設では、「協力できる」が約70、「支援があれば協力できる」が約120、「協力できない」が約70だった。人的・財政的に支援があれば臓器提供に対応可能とする施設も相当数ある。つまり、入口である「病院」の支援が肝要であり、結局は救急体制の崩壊や医師不足といった問題を解消することが、臓器移植の増加にもつながるのである。

救急体制の立て直しということは、提供側の家族の納得を得るという面でも重要である。臓器提供には本人又は家族の同意が必要であり、このような同意が得られるのは、脳死に至るまでの医療行為に納得が得られている場合に限られる。つまり、脳死者の家族が、十分に救命措置がなされなかったのではないかと疑いを持ち、医療行為に納得していない場合には、仮に本人が生前に書面で提供に同意していた場合であっても、家族の拒絶により、臓器提供に至らない可能性が高い。

臓器移植が多くの人・物的資源の投入を必要とする医療行為である以上は、まずは医師不足問題、特に救急医療体制の危機を解消することが、普及への大前提であろう。

(3) 小児の臓器提供をめぐる課題

法改正により、平成22年7月17日以降、小児からの脳死下臓器提供も法制上は可能となる。特に議論の多かった小児脳死判定基準についても、小児科学会が改正案の衆議院通過を受けて検討を開始しているところだが、厚生労働省においても検討が始められている。小児科学会のアンケート等に示されるように、小児の脳の可塑性等の特殊要因により、予後の正確な判断は非常に困難であり、脳死判定そのものをためらう医師は多い。しかし一方で、経験を積めば正確に判定できるという海外の小児移植医療現場の声もあり、慎重な検討が待たれるところである。

また、OECDのデータによると、日本は乳児死亡率は低いですが、1～4歳の死亡率が高いことから、小児の救命救急医療を担う医療機関の整備が喫緊の課題となっている。成人とも共通するが、やはり医療措置が尽くされてこそ、提供に結び付く可能性があることは小児についても同様である。この点でも、まず医療体制の整備が肝要である。

さらに、虐待を受けて脳死状態に陥った小児から臓器提供が行われる点への懸念は大きな論点の一つだった。小児への虐待は、親が隠すため非常に発覚しにくい特殊性がある。臓器の摘出は、証拠隠滅にもなり、また、二重の虐待にもなるという批判がある。虐待と臓器移植を区別すべきという考えもあるが、我が国の感情論にはなじまないようである。この点、国立成育医療センター等では、被虐待児をスクリーニングするSCANという複数の医療専門家等からなるチームを展開し、成果を上げている²⁹。将来小児から提供を受ける際には、このような体制がある医療機関に限定するののも一つの方策であろう。

さらに、単独で有効な意思表示をなせないとされる 15 歳以下の者であっても、発達段階には個人差があることから、本人の意思が可及的に反映されるよう、例えば小学校高学年から適切な移植医療や臓器提供の知識を与えるとともに、子ども向けの準ドナーカードのようなものを考えることも必要になるのではないだろうか³⁰。

(4) ドナー・アクション・プログラムの検討

家族が臓器提供の是非について一定の判断を行いうる各国で、臓器提供の増加策の一つとして活用されているのが前編で触れたドナー・アクション・プログラムである。

厚生労働省も研究を進め、既に 24 の医療機関で試験的に導入され、臓器提供希望者の意思を尊重できるシステムの開発が目指されている。実施病院の増加により、ドナーの数が相当数増えることが見込まれる。改正法施行前であっても、心停止下の臓器提供は、本人の意思表示がない場合でも家族の判断で行うことが可能であり、腎臓提供について活用する余地はある。さらに、本人が提供する意思であっても、家族が独自の拒否権を持つ我が国の法制下では、このプログラムの持つ意義は大きい。

ここで重要となるのが、実際に家族に接する移植コーディネーターの資質である。家族が自由意思で判断できるよう、強制や誘導を避けるべく配慮する必要性は言うまでもない。

(5) 移植医療の有効性を追跡調査する必要性

移植医療の成果は、一定期間経過後の移植を受けた患者の生存率や、移植を受けた臓器の生着率等で示されており、我が国の移植医療は国際的にも高い水準にあるとされている。そして、最も待機患者が多い腎不全については、腎臓透析という医療があるものの、透析が長期間に及べばそれだけ合併症も生じやすくなり、生活の質は落ちるとされる。腎臓移植の方が透析よりも生活の質が向上することに加え、長期的に見れば経済的負担が軽くなると一般的には理解されている³¹。

しかしながら、移植された腎臓が定着せず再び透析に戻るという例も少なからず存在する。レシピエントのその後の生活状況等については、厚生労働省が把握している公式の追跡調査は存在せず、日本移植者協議会の久保通方氏による「移植者の QOL」という定期アンケート調査の手掛かりがあるのみである³²。この結果、移植を受けたことを肯定的にとらえる者が多数を占めている一方で、思わぬ後遺症や副作用に悩む者や、社会復帰に障害がある者もある。中には生着せずに再度透析に戻る例や、合併症で亡くなる例もある。

長い待機期間を経て、相当の費用を費やした結果、移植前に期待していたほどには生活の質が向上しないのであれば、何のための移植医療か、ということになりかねない。移植に伴うリスクは患者は知らされていても、一般人には機会が限られている。このような情報は包み隠さず収集・公開し、正しい理解を深め、透明性を確保することこそが、結局は移植医療は特別なものであるという偏見をなくすことにつながる。そして、移植医療の限界を知ることにより、他の先進医療や人工臓器の開発もより進められると思われる。

フォローアップという点については、生体ドナーに対する健康調査も含め、今後、国際共通コード番号の採用等により体系的に追跡調査がなされることを期待したい。

(6) 本人の意思(特に拒否の意思)を保護するシステム

改正案をめぐる議論の中で、本人の実際の意思に反する形で脳死判定・臓器提供が行わ

れることへの危惧はしばしば表明された。

脳死判定や臓器提供を拒否する旨の意思は、法改正後であっても、承諾の意思と異なり、書面で残す必要はなく、口頭でも足りる。この点は、改正前の法制下における心停止下臓器移植に関する取扱いの例が参考になる。現在1万6千人が利用しているというインターネット登録について、拒否の意思登録は、仮にカードという書面による裏付けが得られない場合であっても、有効とされていた³³。

書面による意思表示は、本人の真意であるとの確実な証拠となりうる一方で、常に紛失のリスクを伴う。さらに、表示内容の異なる新たな書面が存在することもある。

インターネットで登録された意思は、現在は提供の場合については書面（カード）の存在を推認させる証拠の一つとなるにすぎないが、今後は家族が提供するか否かを決定する際の重要な手掛かりとなろう。このような保護のシステムは、臓器提供を呼び掛ける際に、同時に、徹底して周知する必要がある。

（7）看取りの過程の尊重、ドナー家族に対するグリーフケアの重要性

我が国における臓器提供は匿名性の原則の下に行われ、レシピエントはドナーの名前を知ることはなく、ドナーの家族もレシピエントの名前を知ることはない。移植コーディネーターを通じサクスレーターが手渡されることはあっても、基本的には匿名の存在で、移植推進集会等、交流の場は限られ、親密な交際状況が報道されるアメリカの例とは異なる。

このような状況もあってか、我が国では提供したドナーの家族のその後の状態について、ほとんど顧みられることはなかった。この点、今回の参議院厚生労働委員会に参考人として出席した脳死下での臓器提供検討委員会の委員である作家の柳田邦男氏から、臓器提供の際、脳死した家族の看取りの過程で癒えない傷を負い、その後もPTSDに苦しむなどの家族の姿が紹介された。この問題提起を受けて提出された修正案には、看取りの過程の尊重、ドナー家族に対するグリーフケア（grief care）なども盛り込まれた。この案は成立しなかったものの、その視点は今後の運用においても生かされるべきものである。特に従来の家族の判断は、基本的には本人の提供意思を前提として行われるものであったが、改正法施行後は、本人の意思が明確でなかった場合には家族が主体的に判断することが要求されるようになることから、一層看取りの過程における家族への配慮が重要となる。移植コーディネーターを始めとする関係者の意識涵養などの積極的な対応が期待される。

（8）生体からの移植の規制

今回成立した修正案には、生体からの移植に関する規制は置かれていない。参議院厚生労働委員会において、A案提出者の河野太郎衆議院議員に対して、生体からの移植の問題性を認識しつつ修正案が生体間移植には全く触れていない理由が質された。河野議員は、現在の厚生労働省ガイドラインの規制で問題が起きているわけではないとしつつ、「脳死からの臓器提供が行われないうまま、生体移植について強い規制をするのが本当にいいのかどうかという御議論も当然ある」として、未来永劫にガイドラインでよしとはしないが、法改正後の脳死下臓器提供等の状況を踏まえて法律による規制を検討する必要があると答弁している³⁴。やはり早期に実態を把握し、検討を行うべき課題である。

我が国では、生体からの移植を含めた臓器移植全体を統括するデータはないとも言われ

る。日本臓器移植ネットワークが対象とするのは、ネットワークを通じて行われる移植のみであり、親族間の生体からの移植は含まれない。国際的にドナー保護の風潮が高まる中で、少なくとも一定のいわゆるインフォームドコンセントに類する情報提供の義務付けに加え、移植の実数とドナーの予後の把握は、最低限必要ではないかと思われる。

(9) 親族優先規定

身内に待機中の者がいる場合に優先してほしいとするのは自然の情ではあるが、一方で臓器提供制度の根底にある公平という理念と、他方では現在の生体間移植においても見られるような、意に沿わない提供という懸念、さらには親族が脳死判定及び臓器提供を承諾し得る立場にある場合の利害衝突への危惧等もあり、なお微妙な問題をはらんでいる。

親族への優先提供規定の施行期日は22年1月17日であり、厚生労働省は年内に省令やガイドラインの案をまとめるべく、厚生科学審議会疾病対策部会臓器移植委員会で検討を進め、優先提供は親子と配偶者に限定し、個別の親族名を指定することは認めないという方向で議論されている³⁵。

(10) 移植コーディネーターの養成・拡充

参議院では、家族が自ら脳死判定・臓器提供を決断する場面の増加やグリーフケアの観点等から、今後さらに重責を担うこととなる移植コーディネーターについての論議が深められた。移植コーディネーターは、その主として担う役割により、臓器提供候補者及びその家族と関わり臓器提供に関する連絡調整を行うドナーコーディネーター（プロキュアメントコーディネーター）、移植を受ける患者への説明やケアなどを行うレシピエントコーディネーターに分けられる。我が国で移植コーディネーターという場合にはドナーコーディネーターを指す場合が多く見られる。日本臓器移植ネットワークに所属するコーディネーターが21名、都道府県に配置されている都道府県コーディネーターが51名（愛知及び福島には配置されていない）、病院に配置されている院内ドナーコーディネーターが38都道府県の658病院に1,575名存在する³⁶。

我が国ではコーディネーターの公的認定資格はない³⁷。日本臓器移植ネットワークのコーディネーターには、医療有資格者又はこれと同等の知識を保有、夜間、休日でも対応可能、全国への出張、転勤が可能との応募条件があり、採用後は、遺族の意思のみで可能な心停止後腎臓提供にかかわる知識と業務取得を目的とする新人研修、脳死下臓器提供に関する業務取得を目的とする継続研修等が行われ、質の確保と向上が図られている。

平成22年度予算の概算要求で、厚生労働省は、移植コーディネーターを10名増員するとともに、医師を雇用する等の方針を掲げた。ただし、募集人員を増やしても、魅力ある職業とならない限りはコーディネーターの志望者は増えず、質の向上は期待できない。スペインのコーディネーターの成功報酬制が知られる中、一部にはコーディネーターの誘導により臓器提供させられることへの危惧も存在する。コーディネーターの中立性・専門性が信頼され、臓器移植に対する理解が深まるよう、適切な運用を確保し、社会的に評価されるようにすることが重要である。それには、処遇を改善し、安定した職業とする必要がある。医学上の知識はもちろんのこと、やはりメンタル面でサポートする技量が何よりも重要となろう。心理的ケアに配慮した要求資格の見直し、研修制度の充実等が求められる。

(11) ドナー登録を増加させる方法³⁸

本稿第一編で触れたように、各国では、ドナーを増加させるために様々な施策が講じられている。意思表示要件の変更等直接的なものに加え、医療機関による働きかけ、マスコミやインターネットを利用したキャンペーン等の広報活動などが主なものであるが、中には「善意の贈物」として無償が原則とされる臓器提供について、金銭の授受を肯定するかのような提案もあり、一部の経済学者から理論的には一定の支持を得ているという³⁹。

臓器提供の見返りとして直接金銭を提供することにはやはり抵抗があるが、より受け入れやすいものは、臓器提供への意欲を喚起するよう、ドナー登録の際に本人に、あるいは死後に遺族に対し、一定の報償行為を実施することである（「臓器提供インセンティブ方式」と呼ばれる）。これは一部は日本でも採用されているが、賞状やメダルの贈呈などである。さらに、アメリカの一部の州ではドナー登録による運転免許更新の手数料の減額、葬儀の費用としての一定金額の支払なども採用されている。

中でも発想として目を引くのは、実現するには至っていないが、「相互保険方式」とでも言うべき提案である。保険とは、予想されるリスクに対して、あらかじめ備え、実際に事故が起こった場合は、事前に一定の拠出をした加入者のみが損害を補填されるという仕組みであるが、端的に言えば、「臓器提供を受けたい場合は自分も臓器提供することに同意せよ」というものである。つまり、登録制を採用する前提で、前もって臓器提供に合意し、登録した者のみが、実際に臓器移植が必要となったときに、移植を受けられるという仕組みである。事前の登録を条件とすることで、現在は健康な人に対しても、移植について考え、積極的に意思を表示し、登録するということが期待できる。

臓器移植をめぐる議論は、ともすれば待機中の患者という受ける側が一方的に求め、その他の一般国民は求めに応じるか応じないかという選択をする構造になりがちである。すべての人が臓器移植を必要とする立場になる可能性があるが、実際にその立場にならなくては切実さが分からず、進んで提供する意思を表示しないのではないだろうか。このような、切実感がない他人事との感覚は、臓器提供してもよいと思いつつ積極的な意思表示を行わないという、各国共通して存在する意思と行動とのギャップからもうかがわれる。

臓器提供意思表示カードという書面による意思表示を原則とし、臓器配分の公平性を旨とする我が国法制下では整合性につき検討する必要はあるが、例えばドナー出現時のレシピエントの優先順位を判定する一要素として、移植希望を登録する前からドナーになる意思を表示しインターネットに登録していた場合に優遇するなどの方策も考えられる。

自らは臓器を提供する意思がなかったにもかかわらず、我が身が必要となると他者に提供を求めるという行動を自制させる発想は、新たな視点となり得るのではないだろうか。

(12) 先進医療・人工臓器開発の必要性

臓器移植は、基本的には「脳死者」の身体から、まだ血が通って拍動している臓器を取り出し、他人の身体に植え付けるという医療である。つまり、「脳死者」の存在を前提とする制度である。脳死者は人工呼吸器の存在があって初めて登場する概念であり、通常の病死や事故死の過程で当然に生じるものではない。脳死に至る原因は脳内出血などの病気や、交通事故等による頭部外傷が挙げられる。いずれも成人病の予防の徹底、交通事故死

ゼロ対策の徹底により、防止可能なものであることは言うまでもない。

厚生労働省は、脳死の発生率を0.4%として年間の死亡者数114万人を掛けて、年間約4,600人が脳死となると推計するが、脳死者の数の将来動向については、救命医療の充実、人口構成、疾病動向等の要素があり一概には言えないとしている⁴⁰。さらに、救急医療の充実、疾病の予防及び早期発見、早期治療の取組等の推進や新たな治療法の普及により、脳死を含め重篤な状態に至らないよう早期に対応を図る救命医療の充実が必要としている。

この点、A案提出者の河野議員も、脳死下臓器移植の将来性について、脳死者がゼロになり臓器提供ができなくなることは、この国が安全になったということでもむしろ望ましいとして、「そういう場合には、ほかの医療方法を開発して救える命を救うためにどうするかという努力を我々はしていかなければいかぬということだと思います。」と答弁した。

透析導入患者の主要原疾患は、糖尿病性腎症43.2%、慢性糸球体腎炎23.0%等となっている⁴¹。原因が解明されていない慢性糸球体腎炎は別として、少なくとも糖尿病性腎症は、成人病対策により、新規発生患者を一定数抑制することが期待できると考えられる。

また、心臓移植手術のため渡航したところ、心臓弁の簡単な手術で済んだとの例もあるが、補助人工心臓は海外では体内式のものが主流であるにもかかわらず、平成20年現在、国内で保険適用されている補助人工心臓は体外式のもののみで⁴²、保険適用が見込めないため開発への意欲がそがれるとも言われる。臓器移植の代替手段の開発・充実が急務である。また、iPS細胞など、新しい科学技術の発展で、必要な臓器が培養できる可能性もある。

臓器移植に過度に依存すると、脳死者の絶対数が不足・減少する中、生体ドナーを求めあまり、意に沿わない臓器提供やあるいは臓器目当ての誘拐など、人権侵害がより深刻化する可能性もある。防げる病気には予防対策が徹底されることを望むが、防げないものについては、人工臓器等の実用化のための調査研究開発が更に推進されることを期待する。

8. おわりに

脳死の概念についてはアメリカにおいてでさえも揺らぎが生じてはいるものの、真に脳死状態に至れば、もう発症前の状態に戻ることはなく、遅かれ早かれ従来の概念の死が訪れるという点には、恐らくは誰も異論はないだろう。ただ、臓器提供を前提とする脳死判定となると、臓器摘出により従来の概念での死が確実に訪れること、親族が短時間のうちに決断を迫られること等の事情もあり、特に判定が正確になされる必要性が高く、同時に、その際の本人や家族の意思決定の尊重の担保も求められる。さらに、家族による死の受容のプロセスが通常の場合にも増して尊重されなければならない。臓器移植法各改正案は党議拘束をかけない議員立法として提出され、積極派、慎重派が多くの自主的勉強会を開催してきた。加えて国会の参考人質疑等を通じて、現行制度の運用上の問題点が明らかにされたからこそ、参議院でE案やAダッシュ案が提出されたのではないだろうか。

国会で改正論議が本格化する前は、意思表示要件を最大論点とする関係者も多かったが、審議過程では、脳死を人の死と一般的に認めることの副次的効果への懸念に多くの時間が割かれた。この点、日本救急医学会の平成18年の理事会見解は、脳死は人の死であり、

医学的事象である、脳死となれば診断して家族に説明し、その後の方針については本人の意思、家族の考えなどを考慮する、移植医療は妥当な医療である。脳死下での臓器摘出はそのことのためには欠かせない、とする。現在も、臨床的脳死状態となった場合、突然人工呼吸器を取り外すことはないものの、人工透析や血液浄化等を行わず、親族の受容の状況を慮りつつ、徐々に生命維持のレベルを下げている実態がある⁴³。このように医療現場では脳死は人の死との扱いが浸透していたと解される中、臓器移植法における規定の在り方が直ちに何らかの影響を及ぼすか、筆者には即断できない。ただ、命に優劣をつけ、助からない命に対しては医療行為をしなくてよいとの風潮の一般化には不安が残る⁴⁴。

臓器移植は非常に特殊な医療である。臓器を提供する死者（あるいは生存者）がいて初めて成り立つ医療であるという点と、集中的な資源の投入を要求する点、当該医療機関以外にも移植コーディネーター、日本臓器移植ネットワーク、厚生労働省臓器移植対策室等の多くの機関が関与する点、また、手術が成功したらそれで終わりというわけではなく、記者会見があり、報告があり、数年後になることもある検証もあるなど時間がかかるという点、レシピエントは副反応を乗り越えても、免疫抑制剤を服用し続けることになり、将来にわたって影響が残るといった点などが挙げられる。腎臓移植の実情に詳しい現場の医療関係者の中には移植よりは透析を好む傾向も見られるとの声⁴⁵もあるとあり、唯一絶対解というわけでもない。また、ドナーの側は遺族がトラウマに苦しむこともある。生体ドナーについては、従来からWHOのガイドラインにもその保護が盛り込まれていたが、近時、途上国において生活苦から腎臓を売却するという例が多く見られ、しかも臓器を売った後には健康状態が悪化し、臓器を売る前よりもより貧困になるといった悲惨な例もあることが知られるようになった。これを受けて、一層の規制強化、提供後のドナーの健康保持への配慮等が国際的に図られる方向が明示されている。

本稿の執筆時点現在で臓器移植法改正法の公布から4か月が経過したが、脳死下臓器提供は21年2月実施を最後に途絶えている⁴⁶。法案審議中は現場が慎重になっているとの憶測もなされたが、成立後も状況は変わっていない。臓器移植法の改正は、まさに待機患者の生死にかかわる内容であっただけに、成立が急がれた。とはいうものの、一方では、参議院における法案審査の過程で明らかになったように、施行に至る前であっても、臓器移植に対する理解を深め、善意を提供に結び付ける手段は数多く残されているはずである。しかし、残念ながら、いまだに目立った対策は講じられていないというのが実感である。

臓器移植法制定時は、法施行から初のドナーが現れるまで約4か月かかった。最近の後期高齢者医療制度導入時に広報不足で混乱が生じたことは記憶に新しく、臓器移植法改正法の施行については、充実した広報活動を期待したい。

提出されたすべての案が、よりよい移植医療を目指すという点では共通していた。既に改正法は公布され、施行・運用に成否がゆだねられる段階となった。法施行までの限られた期間に、一般国民の理解を深められるよう、関係者各位の努力が待たれるところである。

1 衆議院で提出された4本の改正案は、すべて「臓器の移植に関する法律の一部を改正する法律案」という同

- 一名称であるため、識別すべく、提出順にA案、B案、C案、D案との通称が用いられた。
- 2 別の法的構成としては違法性阻却論がある（臓器を摘出する行為は法律で認められた正当な行為として違法と評価されないとする）が、これでは形式的にせよ摘出医の行為が嘱託殺人罪あるいは自殺幇助罪の構成要件に該当することにもなりかねない。ただし、今日、違法性阻却論を主張する立場は、決して一律に臓器移植行為そのものに否定的なものではなく、むしろ推進するものも見られる。
 - 3 「臓器移植関連法案改正についての日本小児科学会の考え方」（日本小児科学会会長・小児脳死臓器移植に関する基盤整備ワーキング委員長、平成 18 年 5 月 21 日）は、「……日本小児科学会の臓器移植の考え方は、現時点ではB案（説明略）に近いものです。もしいきなりA案（説明略）に沿って、年齢制限も設けず小児脳死臓器移植が行われる場合は、ほとんどの病院で基盤整備が行われていない現状においては、現場で混乱が起こるのは必至であります。したがって、数年間の期限付きでB案を施行する中で、その間に厚労省の責任で基盤整備をすることが望ましいと考えます。そして、基盤整備ができた後に、より低年齢の小児にも脳死臓器移植が行われるような法案整備を進めるべきであると考えます。なお、今回の法案に盛り込まれている親族への優先項目については、公正性から疑問があります。」（基盤整備とは 被虐待児からの臓器摘出の防止、小児の脳死の判定基準の検証と再検討、小児の意思表示権の確保の3点を指す）としていた。
 - 4 WHOのガイドラインの設定・改定は総会の決議により行われるが、総会決議は加盟国を拘束するものではなく、違反した場合に制裁を受けるものでもない（実際に我が国においてもガイドラインの内容である生体からの移植や未成年者保護の規定に対応する法制はない）、事実上尊重されるという位置付けである。
 - 5 なお、WHOのガイドライン関係では、2008年11月20日付の指針に関する報告の事務総長報告の第4パラグラフで移植ツーリズム禁止等のイスタンブール宣言に言及、第11パラグラフでは国内又は地域内の臓器移植の自給自足のためには死体ドナー、特に心停止ドナーの増加が必要である旨を述べている。
 - 6 イスタンブール宣言をめぐる会議の状況について、日本移植学会の副理事長でもある高原史郎参考人は、「予想どおり、日本は名指しで非難されました。特に発展途上国からの非難は非常に厳しいものでした。お金で臓器を買いに来る。その結果、自分たちの国の中で本来その臓器を必要とされている患者さんが死んでいる。日本だけが、先進国の中で日本だけがなぜほとんど臓器移植が増えないのか、極端に少ないのか。…セルフサフィシエンシー、自分たちの国で必要な臓器移植のドナーは自分たちの国の中で賄う。……そんなことは当然だ、なぜわざわざそんなことを宣言し、WHOのガイドラインに入れようとするのか。要するに、名指しで非難された金で臓器を買いに来る日本のような国を防ぐためなんです。もうはっきり言われました」と発言した（第171回国会参議院厚生労働委員会議録第23号3頁（平21.7.7））。
 - 7 この点、5%ルールはアメリカ国内で脳死状態に陥った外国人からも臓器提供を受けている点への返礼という面と、自国内で臓器移植の技術が発展していない国への人道的支援という二つの側面があると解される。
 - 8 「東京の2歳児心臓移植、米コロニア大が拒否」『読売新聞』（平21.4.15）、「値上げの本音 日本人排除 渡米移植費高額化」同（平21.6.18）などによる。
 - 9 後に7月28日までの会期の延長が決まったものの、4月に東京都議会選挙が予定されており、国会情勢にかんがみて早期の解散もあり得る状況であった。
 - 10 重要法案とされたことには、自らが生体間移植を受けた河野洋平衆議院議長の積極的な後押しもあったとされる。「臓器移植、法改正へ前進」『時事ドットコム』（時事通信、平成21年6月18日配信）ほか。
 - 11 委員会における趣旨説明では、「他の医療と移植医療が根本的に異なるのは、臓器を提供するドナーの存在があって初めて成り立つ医療行為であるという点です。多くの課題を解決しないままに強引に結論を導き

出すのであれば、ドナーとなるとういう方々の理解を得られないのはもちろんのこと、医療の現場等にも大きな混乱を招きかねず、さらに終末期の医療におけるみとりの在り方等に深刻な影響を及ぼす可能性があります。」とされた(第171回国会参議院厚生労働委員会議録第20号3頁(平21.6.30))。

12 採決に当たっては党議拘束をかけないことが予定される中、各議員が自らの判断で採決に臨めるように、これらの厚生労働委員会審査の過程で委員に提供された参考資料は、議院運営委員会理事会の決定により、全議員に配付された。

13 海外の脳死や臓器移植に関する取扱いを見てみる。Eelco F.M. Wijdicks, "Brain death worldwide", *Neurology* 2002;58:20-25 <<http://www.neurology.org/cgi/content/abstract/58/1/20>>によると、調査時点で臓器移植につき法的枠組みがある国が80か国中55か国(69%)、成人につき脳死の実務上のガイドラインがある国が70か国(88%)で、ガイドラインの過半数は、脳死宣告は複数の医師によることを要求した。無呼吸テストを要請する国は59%で、脳死状態が酸素欠乏症(anoxia)による際には付加的条項もあった。このような実態からは、我が国の脳死判定基準は、国際的水準から乖離しているものではないだろう。

14 日本小児科学会の平成19年のアンケート調査では、「新生児を含む小児の脳死診断は医学的に可能と思うか」との問いに、はいと答えた医師が31.8%、いいえが15.8%、分からないが48.2%であった。

15 上述のアンケート調査では、「小児のドナー候補が被虐待児であるか診断が適正に行えるか」という問いに対して、はいと答えた医師は12.3%、いいえが33.8%、分からないが49.9%であった。

16 諸外国における臓器摘出の際の意思表示要件の法制と実務については本稿の第1編参照。実務上は本人の意思が不明な場合は、家族の同意を要求するopting inの扱いが多数を占める。

17 当時の厚生労働省健康局臓器移植対策室の調査(平成13年12月)によると、調査対象となったアメリカ、カナダ、イギリス、スウェーデン、オーストリア、イタリア、大韓民国、フィリピン、オーストラリアのうち、このような指定が尊重され得るのはアメリカやカナダの一部の州のみであった。

18 脳死移植が1例も行われなかった最長の空白期間は、278日間であったが、平成21年11月15日に空白期間が279日間と過去最長となった。法改正論議を受けて現場が慎重になったとの推測もなされている。「脳死臓器移植、空白期間が過去最長に」『読売新聞』(平21.11.15)、「脳死臓器移植、8カ月間ゼロ 法改正に伴う議論の高まり影響?」『産経新聞』(平21.10.15)。

19 日本臓器移植ネットワーク『ニュースレター2008 vol.12』掲載。

20 そもそもカードの所持の有無を確認していないケースも相当数あると考えられる。

21 東京財団主催勉強会(平21.5.19)における発言要旨。東京財団サイト「イベントレポート臓器移植法改正案を検証するA～D案提案者による説明と討論」<<http://www.tkfd.or.jp/topics/detail.php?id=142>>

22 海外でも家族の拒否率の高さは問題となっている。

23 本稿の第1編でも触れたセイラーの『実践行動経済学』では、提供率の差は本来opting inかopting outかに帰するが、実際には提供のための環境整備が大きく影響していることを指摘している。

24 「緊急提言 柳田邦男 『臓器移植法改正』を問う」『週刊文春』(平21.7.16号)。なお、同稿は委員会後に柳田氏から厚生労働委員長に提供され、全参議院議員に配付された。

25 もっとも、関係者以外には知られないように個人情報として保護する要請もあり、保護のためのシール等も重要となる。特に現在迷っているために記入していないという場合に問題はあろう。この点、今は決めていないという欄を作る、訂正した場合の対応を検討しておく等、考えるべき課題は多い。アメリカでは、臓器提供に関する意思表示をしないと運転免許証の交付そのものを受けられないという制度を採用する州もあ

るといふ。

26 平成 18 年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業概括研究報告書「脳死者の発生等に関する研究」主任研究者有賀徹昭和大学医学部救急医学教授。

27 脳死判定に加わる複数の医師に加え、臓器ごとに 4、5 人の摘出チームが担当、多いときは手術室に計約 30 人以上が入るとされる。「ドナーの可能性誰にでも 臓器移植法改正」『中日新聞』(平 21.9.24)。

28 前掲注 26 参照。

29 有瀧健太郎ほか「国立成育医療センター S C A N チームにおいて虐待疑いで対応した 294 例の検討」『日本小児科学会雑誌』112 巻 2 号 (平 20.2)。

30 子どもの意思表示権の保障については、森岡正博「子どもにもドナーカードによるイエス、ノーの意思表示の道を」(『論座』3・4月号(平 12.2)200～209頁)を参照。また、日本小児科学会小児脳死臓器移植検討委員会「小児脳死臓器移植はどうあるべきか」(谷澤隆邦委員長、平成 18 年 4 月 26 日) <<http://www.jpeds.or.jp/saisin-j.html>>では、「(1)小児の自己決定権を尊重するために」として、「小児の人権を護る立場からは自己決定権を明示するチャイルド・ドナーカードの推進が望ましい。その前提には治験などでの小児自身への説明と承諾の明確化と同様に脳死と死に関する授業教育の実践と自己決定への意図的な誘導を避けるための中立的システムの構築が必要となる。また、民法の規定とは別に表示意思の有効年齢を 15 歳から引き下げることが求められる。さらに、ドナー家族・レシピエント本人と家族両者への橋渡しとなる小児移植専門のコーディネーターの育成が脳死移植医療の世論への理解を深め、本人と家族への医療情報提供のみならず精神的な負担の軽減に必要である。」などと提唱されていた。

31 保険適用の範囲は順次拡大しており、経済的負担は以前に比べればかなり軽くなっていると解されるものの、腎移植手術の際、臓器搬送費と摘出医師派遣費、リンパ球直接交差試験用血液搬送費(共に実費交通費)のほか、コーディネート経費 10 万円が必要である。

32 『総合臨床』55 巻 8 号(平 18.8)。なお、このアンケートは悉皆調査ではない。

33 現在のインターネット登録システム構築の際の、厚生科学審議会疾病対策部会臓器移植委員会の臓器提供意思登録システムに関する作業班報告(平成 18 年 3 月 31 日)は、「心停止下での臓器提供については、法附則において、本人が臓器を提供する『意思を書面により表示している場合』及び本人が臓器を提供する『意思がないことを表示している場合』以外の場合に、遺族の承諾によって臓器提供することができる」とされている。このため、システムに登録された拒否の意思表示は、臓器を提供する意思がないことを表示している有効な意思表示として取り扱われる。なお、システムへの登録後に意思表示が別の形で行われたことが確認された場合には、後に行われた意思表示が本人の意思として取り扱われる。」としている。

34 第 171 回国会参議院厚生労働委員会会議録第 23 号 29 頁(平 21.7.7)。

35 詳細な要件は「臓器提供に係る意思表示・小児からの臓器提供等に関する作業班」で検討されている。

36 レシピエントコーディネーターは病院の任意設置であり、厚生労働省は正確な人数を把握していない。

37 欧米ではコーディネータの資格を取るための研修は基本的に大学で行われ、単位修得制とされるという。

38 金銭的インセンティブ制度をめぐる議論については、中川かおり「臓器提供を促進するための金銭的インセンティブ」『外国の立法』(国立国会図書館調査及び立法考査局、平成 15 年 4 月 26 日) <<http://chosa.ndl.go.jp/WIN/lib/doc/0000039581001.html>>、相互インセンティブ方式、保険方式を含む各国における臓器提供制度については、児玉聡「臓器提供制度のあり方に関する過去 5 年間の英米学術誌の動向」 <http://plaza.umin.ac.jp/~kodama/bioethics/organ_procurement_survey.pdf>に詳しい。

- 39 無償とされる臓器提供の原則を見直し、臓器売買を公認し、公定の臓器市場の創設を提案するという極端なものも存在する。売る方はお金を受け取り、買う方は臓器を受け取り、双方望むものを得て幸福になるので問題はないという。また、臓器そのものは無償提供されても臓器移植に関わるあっせん、搬送、移植手術等は有償である点との整合性はどうかとの疑問も呈される。ただ、臓器を売った側は、実際には後遺症に悩まされ、体力が落ちて労働能力が減少し、より貧困な状態に陥るなど、必ずしも幸福が続くわけではない。
- 40 上田博三健康局長発言（第 171 回国会参議院厚生労働委員会議録第 23 号 30 頁（平 21.7.7））。ここでは平成 4 年の長谷川友紀氏の論文を根拠に脳死者の発生率は 0.4 % とされたが、1 % とする研究もある。
- 41 日本透析医学会統計調査委員会『図説 わが国の慢性透析療法の現況』（2008 年 12 月 31 日現在）12 頁。
- 42 日本移植学会の『臓器移植ファクトブック 2008』によると、補助人工心臓装着後に心臓移植を受けた 51 件のうち、体外式が 36 件、体内式（埋め込み式）が 15 件であった。
- 43 第 171 回国会参議院厚生労働委員会議録第 21 号（平 21.7.2）における有賀徹参考人の発言等を参照。
- 44 この点、関連する論点として、軽視できないのが尊厳死の問題である。尊厳死そのものは自らの生前の意思表示により過剰な医療行為を断るというものだが、脳死が一般に人の死という概念が広がることで、助からない命よりも助かる命を優先するという影響があり得ることは否定できないだろう。
- 45 真田晴美「透析医療従事者から見た腎移植医療」（『大阪透析研究会誌』平成 9 年第 15 巻 2 号、155-158 頁）では、「あなたが透析者なら腎移植をうけますか？」の問いに対し医誠会クリニックの看護職員が、はい 9.5 %、いいえ 38.1 %、わからない 52.4 % と答えたことから「透析をしなくてすむのはいいが、命にかかわる危険性を考慮すると思いつけないと考える職員が大多数であった」と分析している。他類似研究あり。
- 46 過去に長期間にわたり提供が途絶えた時期には、臓器提供意思表示カードの記入の有効性の判断基準の緩和等がなされている。