

テーマ

移植医療について



日 時 平成22年11月8日（月）19：00～

場 所 沖縄県医師会館 会議室3

出席者

司 会：玉井 修（沖縄県医師会理事、広報委員）

出席者

- 宮城 信雄（沖縄県医師会会長）
- 和氣 亨（沖縄県立南部医療センター・こども医療センター  
リウマチ科診療部長）
- 豊見山直樹（那覇市立病院脳神経外科部長）
- 村上 隆啓（沖縄県立中部病院外科医師）
- 宮島 隆浩（沖縄県移植コーディネーター）

沖縄県医師会理事 玉井修



平成22年に臓器移植法が改正され、マスコミにも頻繁に家族の同意による臓器移植が取り上げられるようになりました。しかし、現場医師である我々にも

その改正点がハッキリとは理解、浸透していないのが現状だと思われま。今回座談会でこのテーマを取り上げましたのは、今回改正された脳死による臓器移植が、今後我々実地医家にとって遠い存在ではなく、様々な場面で直面する問題であると思われたからであります。

遅ればせながら、私も今回臓器提供意思表示カードを作成しました。意思の確認が容易になるので、インターネットで仮登録し、更に後日郵送されてきたカードを使用してホームページ

でID番号を入力し本登録をするという方法でした。実際に出来上がった意思表示カードを見せながら妻にこの事を話すと、事も無げに了承されました。今度は子供達に話をすると、複雑な表情をして、うん、と頷くのでした。

父親が脳死状態になる、父親が死んだ際に移植医療に自分の臓器を提供するという事態を想像する事はまだ子供には無理でしょう。しかし、いずれ私の気持ちは解ってくれるはず。

私が医学部に合格した時、私の両親は揃って「でいご会」に入会しました。医学生であった私自身、両親が死んだ際に医学部の解剖遺体として献体するという事は、とても複雑な思いで受け取ったものでした。死の意味、生きる意味を考えないではいられません。今回の座談会でも意志を表示する事、また臓器移植について考える事、そして死について生について考える事が大事なのだなと思いました。

## 座談会「移植医療について」

○司会（玉井） それでは、宮城信雄会長からご挨拶をいただきたいと思。よろしくお願。いいたします。

○宮城会長



皆さん、こんばんは。この座談会を開催するにあたり、玉井先生が私を指名してきました。移植問題で理事会のときにいろいろ発言をしたというので私を

指名してきたものと思。います。

私は患者さんを紹介して移植をしていただくという立場で、長年臓器移植、特に腎臓移植にかかわってきたということがありますから、そういう立場で医師会の中ではできるだけ発言してきたというところがあります。

医師会が臓器移植を直接推進するというのではなくて、医師会としては移植医療の置かれている状況をできるだけ国民みんなに知らせて、それを理解していただくという立場をとりたいということです。それを正確に専門家から発言をしていただ。いて、移植医療そのものができるだけ普及していければいいと考えております。

医師会としてまとめてそれを推進するかどうかというのは、いろいろ医師会によって立場がどうも違うようです。そういう意味では、沖縄県医師会としては側面から援助していくという立場をとっていき。たいと考えておりますので、きょうの座談会は、ぜひ専門家の立場で発言をしていただ。きたいと思。います。

○司会（玉井） ご存じのとおり、臓器移植に関連しては様々な見方、考え方がござ。います。それを議論していただくために、きょうは

多方面の分野から専門の先生にこちらに来ていただきました。

○和氣



沖縄県臓器移植推進協議会という団体の広報委員長をしていますので、今日のお声がかかったものと思います。私は腎臓内科医として大勢の透析患者さんを見ており、腎臓移植で社会復帰した方々にもたくさん会ってきました。そういう経験を通じて、移植という医療が患者さんたちにとって社会復帰のための非常に有効なツールであると感じているものです。私自身は臓器移植を推進したい立場ですが、今やっている一般啓発活動というのは、まず移植がどういうことなのかを正しく県民に知っていただくための活動といったところです。

（この文章は上記の画像と重複する内容です）

○宮島



移植コーディネーターの宮島です。よろしくお願いします。

私は、沖縄県の仕事として移植コーディネーターをしており、県に1人という状況で活動しております。移植の推進はもちろん重要な仕事ですが、今あるルール、決まり事をきっちり守って、その中で移植医療を進めていくことが1つ大きな使命だと考えております。今日は、よろしくお願いします。

（この文章は上記の画像と重複する内容です）

○豊見山



私自身は脳神経外科医なので、いわゆる脳死の患者さんに関しては比較的ほかの科の先生方よりは多く見えます。

実は、私自身が移植というものに直面したのは研修医時代、もう20年近く前です。その頃は竹内基準が出てい

まして、私たちの教室では病棟で脳死に陥った患者さんに対して、判定法の確立のために脳死判定しておりました。ただし、その頃の考え方の中には、脳死というのは脳外科医にとっては敗北を意味するので、携わるべきではないというものもありました。

そういう中で、あるとき腎臓を患って透析をしていた患者さんが、脳出血を起こして脳死の状態に陥りました。そのことを家族に伝えたときに、家族のほうから申し出たんですね。私のお父さんの腎臓を使ってくださいと。苦しんだので分けてください。これは、医学的には正しいことではないことですが、そういう気持ちがあるんだと初めて知りました。結局角膜の提供をいただきました。移植の問題が社会的に取り上げられることが少ない時代の私自身の移植医療との関わりのスタートになります。

自分自身としては、時々この場所から逃げたくなります。しかし避けては通れないものですし、私は脳死というものを判定する人間として、こういう問題に目を向けていきたいと思っています。よろしくお願いします。

○村上



沖縄県立中部病院外科の村上です。中部病院での外科研修後、2年間の米国での移植外科研修を経て帰国し、現在腎臓、肝臓移植をはじめとした、一般外科診療を行っています。今日はよろしくお願いします。

（この文章は上記の画像と重複する内容です）

1. 臓器移植法改定：何が変わったか？

○司会（玉井） まず、平成21年の国会で通り、1月に家族内移植に関しては動いていましたが、その後、7月12日に完全施行という形になってますが、どこがどう変わったのか、宮島さん、ご説明いただけますか。

○宮島 時系列で見ますと、1月17日に部分施行になった親族の優先提供があります。これは世界にも類を見ない、日本が初めてという

法律です。

一般感覚からすれば、親族というと兄弟、もうすこし広い範囲で甥っ子、姪っ子などの親戚も含めて考えるところですが、今回の法律は夫婦と親子間、この範囲に限定して、その範囲に移植の必要な方があり、かつ本人（ドナー）が書面で親族を優先したいというお気持ちを示していれば、そのお気持ちを重視して優先することが可能になりました。

それから、7月17日に動き出したもので、一番大きいのが旧法では本人の意思表示というのを書面で示さなくてはいけないという部分、これも世界で日本だけが採用していた法律です。例えば口頭で提供したいといった場合は認められなかったのが旧法ですが、改正法は書面がなければ本人の意思についてご家族に質問をします。例えばテレビを見たときに話していなかったか？など、本人の意思をご家族が類推し、その結果を踏まえたご家族のお気持ちでご提供ができるようになったところが一番大きな変更点です。

次に、運転免許証と保険証の裏面に臓器提供の意思表示欄が新しく印刷されることになりました。免許証は12月以降更新、取得される方の免許証に印字された状態でお手元に来ることになりますし、保険証は各市町村やその団体によって時期が違うのですが、更新をする時には刷られたものが手元に来るので、一般の方も目にする機会が増えてくるということがもう1つあります。

また、よく話題になるのは年齢制限の部分で、これまでは臓器提供についても、通常の資産を残す遺言と考えられたので、遺言可能年齢は民法で決まりがあり、15歳未満のお子さんに関しては臓器提供の意思は残せないというのが以前でしたが、今回本人の書面による意思表示が必須ではなくなりましたので、年齢制限も同時に撤廃されました。

最後に法律の中で1つ話題になったのが脳死の取り扱いをどうするかということについてですが、旧法では臓器提供する場合に限定して脳死を人の死とするというような記載がありまし

た。ただ、改正された法律ではその部分の記載が削除され、脳死を人の死とすると記載があります。ですから、マスコミでもセンセーショナルに取り上げられ、脳死を人の死とする法律が通ったということで報道されましたが、国会審議でも、あくまで臓器移植の法律との前提に立ち、臓器移植の場合に限ってのみ、脳死を人の死とするということの審議がされています。文面的にはその部分は削られました。実際の現場の対応としては旧法と変わらず臓器提供の場面に限定して脳死を人の死とする取り扱いがなされています。

ここまでの今回の法改正の大きなポイントになっています。

法改正前と法改正後の比較

|                | 法改正前                           | 法改正後   | 施行日        |
|----------------|--------------------------------|--|------------|
| 親族優先提供         | できない                           | できる  | 2010年1月17日 |
| 法的脳死判定と臓器提供の要件 | 本人の書面での意思表示および家族が拒まないまたは家族がいない | ①法改正前と同じ<br>②または本人意思不明の場合(拒否意思表示がない)は家族の書面承諾 | 2010年7月17日 |
| 15歳未満の脳死臓器提供   | できない                           | できる  |            |
| 普及啓発活動         | —                              | 運転免許証等への意思表示の記載を可能にする等の施策                    |            |
| 被虐待児への対応       | —                              | 虐待を受けて死亡した児童から臓器を提供されることのないように適切に対応          |            |

(引用文献より)

○司会 (玉井) この中で意思表示のことでありますが、これは例えば運転免許証とか保険カードもそうですが、ホームページで今意思表示ができますね。

和氣先生、このあたりどうですか。結構アクセスするのは簡単だし、今後はこういう流れが一般化するのではないかという気がします。かなり浸透していますか。

○和氣 残念ながら僕はまだそのホームページを見ていませんので、トレンドに追いつけていないですね。

ホームページで意思を登録することのメリットというのは、玉井先生がおっしゃったように、気持ちが変わったときにも最新の意思がそこに反映されるということにあると思うんです。従来の方法だと、前に持っていたカードと、後から書き換えたカードと、もしかしたら

見つかっていない未確認のカードがあるかもしれないという不安がついてまわったんですが、ネット上で管理することで、常にその人の最新の

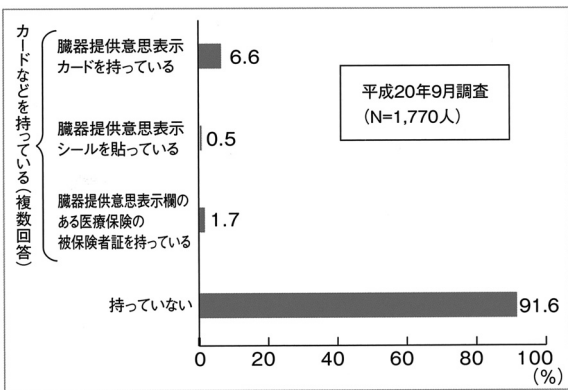
新しい意思表示カード



STEP 1: 1. 私は、脳死後及び心臓が停止した死後のいずれでも、移植の為に臓器を提供します。  
STEP 2: 2. 私は、心臓が停止した死後に限り、移植の為に臓器を提供します。  
STEP 3: 3. 私は、臓器を提供しません。  
STEP 4: (1又は2を選んだ方で、提供したくない臓器があれば、×をつけてください) (心臓・肺・肝臓・腎臓・膵臓・小腸・眼球)  
(特記欄：  
署名年月日： 年 月 日  
本人署名(自筆)：  
家族署名(自筆)：

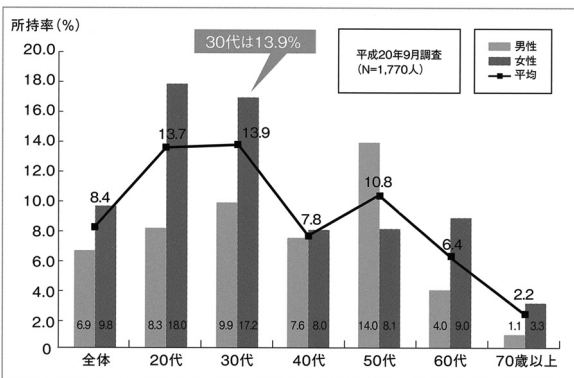
(引用文献より)

世論調査 意思表示カードなどの所持率の内訳



(引用文献より)

世論調査 性別・年齢別所持率 (平成20年)



出典：内閣府 平成20年9月「臓器移植に関する世論調査」  
<http://www8.cao.go.jp/survey/h20/h20-zouki/index.html>

(引用文献より)

意思を残しておくことができるというメリットは大きいと思います。

数年前の世論調査で8%ぐらいの人は既に臓器提供意思表示カードを持っていたんです。若い人ほど所持率が高い。ところがよく調べてみると、カードは持っていてもそこにちゃんと臓器提供意思の有無が記入されている人はその半分ぐらいだったんですね。そこに何も書かれていなければ意思表示をしたことにはならないわけですが、その方々というのは移植医療について知るチャンスがなくて、イエスカノーかを判断できずに保留しているという面もあると思います。

今後、新しい法律のもとでは、意思表示カードにかわるものが保険証や運転免許証などになり強制的に持たされることとなりますから所持率は100%。後はそこに各自が提供意思を書くか書かないかということです。臓器を提供するもしないも個人個人の考えであって、どっちが正しいとか、善・悪の問題ではなく各個人の判断なんですよ。その判断のためには移植について知ることが必要ですし、カードを持たされても何も知らないままではそこに意思を書くことはできません。

僕は臓器移植の広報活動というのは、意思表示カードにイエス・ノーを記入するために必要な情報・知識を正しく伝えることが務めと思っています。

ノーの人を説得してイエスに変えさせるんじゃなくて、正しく知ってもらって自分で考えた結論をカードに書いてもらいたい。よく考えた結果であればイエスもノーも両方とも尊重されるべきです。そうはいつても今回の保険証や免許証の裏というのは、移植医療にとってかなりの追い風になると思います。国民の全員が持っていて、その半分が書いてくれれば実際には圧倒的な数の人たちが意思表示をすることになるわけですから、臓器提供イエスという方の数も当然多くなり、移植のチャンスは増えるはずですよ。

○司会(玉井) 村上先生は、沖縄県立中部病院の外科ということで臓器移植に第一線でか

かわっていらっしゃるということですが、先生が実際に現場にいらっしゃってそういう意思表示、オプションを提示することも含めて、今現場は変わりつつありますか。

○村上 法律上そのように変わったとはいえ、臓器提供においては、本人の意思表示が大前提だと思います。和氣先生がおっしゃったように、最近、意思表示するための機会が増えているので、提供するにせよ、しないにせよ、自分で意思表示をしっかり行い、身近な家族にその意思を示しておくということが一番大切です。

その上で、一生懸命頑張って治療したけど、残念ながら力が及ばずに救命の可能性はないだろうと考えられる患者さんのご家族に対し、最後の社会貢献として臓器提供という方法もありますよということを、医療従事者側からも伝えていくべきだと考えています。

具体的には、毎朝のミーティングで各病棟間で、残念だけど脳死になりそうな患者さんがいる、あるいは救命できそうにない患者さんがいるといった情報を共有します。次にその患者さんに医学的に臓器提供が可能か否かということを確認し、可能であればオプション提示を行います。一昔前では非難されそうな場ですが、これは米国でも日本でも Donor detection program として正式に認められている方法です。

○司会 (玉井) 現場でも考え方が少しずつ変わってきたと。

○村上 そうですね。

○司会 (玉井) 豊見山先生は、実際に脳死というものを目の前にされる機会が多いかと思いますが、実際に現場において意思表示、例えば本人が明文化していなくても家族と話していたとか、家族間で議論があったとか。そういうことは今広がってきているんですか。

○豊見山 私自身の経験では本人がカードを持っていた、あるいは文書として出していたという人はいません。

心停止下移植に限ってですが、ご家族がこの人なら多分こう考えたんだろうという善意で考えて、提供された方ばかりでした。このようなことから今回の臓器移植法の改正は、残された

ご家族の選択肢に乗っとりかなり増えることになったのではないかなと思います。

○司会 (玉井) 村上先生、実際にゆっくり時間をかけていろいろなオプションを細かく提示していくというのは現場は結構ストレスだと思うし、時間もかなりかかるでしょうし、そういうものに対して割ける労力、また時間というのは現場にはありますか。

○村上 たしかに皆忙しいです。ただ、法改正もあり、医療レベルが上がり移植医療がかなりの率で成功していることは認識されてきており、そういった移植医療を受ける機会を増やしていくべきではないかと考えてくれる医療従事者は増えています。

当然のことですが、我々の医療現場で臓器提供のオプションを提示する前に一番大切なことは、“助けられるものは何としても助ける”という救命への姿勢です。しかし、全ての手を尽くして頑張ったけれど、どうしても医学的には助からない状況となった患者さんに対しては、適応があれば臓器提供のオプションを提示します。その頃は、患者さんのご家族は、我々の救命への姿勢と救命できないことへの無力感を肌で感じられており、十分な信頼関係が確立されています。その上で、救命できない事実と、最後の社会貢献として臓器提供という方法もあるということをご主治医からお話し、“興味があれば、沖縄県移植コーディネーターにお話しを聞いてみますか？”とご家族に伝えていきます。

○司会 (玉井) そういうときに宮島さんが呼ばれるんですか。

○村上 はい。基本的には、その後は宮島さんに説明してもらうことになります。そこまでだったら忙しい医療従事者でも比較的協力しやすいのではないかと感じています。

○豊見山 そういう意味では、最近、沖縄県がつくったパンフレットは非常によくできたと思っています。

○和氣 「ご確認いただきたいこと」という沖縄県のロゴ入りのパンフレットがありまして、患者さんが亡くなりそうなお渡しできるようになっているんですね。

○豊見山 うるさくない形で必要な要項が載っています。

○和氣 亡くなりそうな患者さんのご家族に、これをそっと渡すだけで話のきっかけができるわけです。○○さんはもしかしたら元気なときに臓器提供したいと言ってませんでしたか？とか、お財布に意思表示カードが入っていませんでしたかとか、それについて専門の立場からのお話を聞いてみる気はありますか、そんなことが書かれていたと思います。臨終の場なかなか言い出しにくいことをこのパンフレット（下記参照）が、しかも沖縄県がバックアップしてやってくれるので非常にやりやすくなりました。

○司会（玉井） これは誰が渡すんですか。

○豊見山 主治医です。

○司会（玉井） やっぱり信頼関係がないと、こういうのってなかなか渡しにくいんです


よね。

○和氣 いきなりこういうのを渡されたら、もう医者に見捨てられたと思う人もいるかもしれないので、そこはやはりタイミング。先ほど村上先生がおっしゃったように、信頼関係ができてから、これだけ頑張っているけれども、もう救命できないというときに渡すんです。

○司会（玉井） そうですね。やはり臓器移植というものは、オプション提示に至るまでにどれだけ信頼関係が現場で築けているかというのは大きいと思うんですね。それがないと、そういうお話というのはご理解いただけないことが多いのではないかなと思います。

**2. 臓器移植の現状：世界的な流れ、日本の現状、沖縄の現状**

○司会（玉井） ご家族の意思ということが尊重されての移植というものが走り出して、欧



ご確認させていただきたいこと

◎ 沖縄県

ご家族の皆様へ

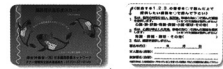
つらく、不安な日々をお過ごしのことと存じます。

沖縄県では、患者様やご家族の意思、権利を守るため、移植医療についてのお考えを確認させていただいております。

「移植医療を考えてみたい」  
「臓器提供の話は聞きたくない」…  
どちらのお考えも尊重されます。

提供したい、したくないどちらのお気持ちも尊重し、大切に守りたいと考えておりますので、以下の項目に○を付けていただき、スタッフにお渡しください。

**1** 移植医療や臓器提供について何かお話になっていましたか。  
話していた ・ 話していない ・ わからない

**2** 患者さまご本人は意思表示カードをお持ちでしょうか。  
  
はい ・ いいえ ・ わからない

**3** 県の専門職員から臓器提供に関する話をお聞きになりますか？  
はい ・ いいえ

ご協力ありがとうございました

お問い合わせ先

|               |                   |
|---------------|-------------------|
| 日本臓器移植ネットワーク  | TEL: 0120-22-0149 |
| 沖縄県アイバンク協会    | TEL: 098-867-5794 |
| 沖縄県福祉保健部健康増進課 | TEL: 098-866-2209 |
| 沖縄県移植コーディネーター |                   |

米との差というのがあまりなくなってきた部分があるとは思いますが、それでも日本、沖縄は移植そのものの件数が少ないですね。

○宮島 沖縄は、欧米などと比べるとやはり絶対数としては少ないのが現状です。国内の全く同じ法律の中で他の都道府県と比べると、沖縄は日本国内では上位にあり、大体毎年上位5位に入ってくる提供数、移植数があります。

これまで沖縄では心停止後の提供において、少ない年で1人、2人。また多い年で4人、5人。最大は1994年に年間8人の臓器提供があり、全国でも一番多い年でした。2000年前後に少ない状況でしたが、ここ数年は臓器提供される方が少しずつ増えてきています。

○村上 沖縄県内では肝臓病で亡くなる患者さんが毎年200人から300人ぐらいいます。そのうち年齢や原因疾患などで移植の適応となるのは20人程度です。従って、沖縄県内では年間20人ぐらいは肝臓移植で助かる事になります。現在、僕のところに肝臓移植目的で話をいただくのが年間10数例です。しかし、患者さんが重症すぎて移植までたどり着けなかったり、生体ドナーとしての提供者に問題があったりで、実際に移植までたどり着けるのは1人か2人という状態です。このように、生体移植は非常にハードルが高くなっています。ところで沖縄県の年間の透析導入件数はどれくらいですか？

○宮島 年間の新規透析導入は400人程度です。

○村上 60歳以下の導入件数はどれくらいですか？

○宮島 透析導入時の平均年齢が62歳から64歳ですから、半分以下は60歳以下ではないですか。

○村上 では毎年200人ぐらいが60歳以下の生産年齢で透析導入されており、腎移植の適応があると考えられます。それに対してどれくらい提供できるかですが、一般的に人口100万人で計算した場合、脳死を経て亡くなる患者さんというのは、年間100人ほどおられます。さらに、そこから年齢や死亡原因で、臓器の提供に適した状態の方というのは10人程度となり

ます。従って、どんなに一生懸命頑張っても脳死下からの提供は沖縄では年間10人程度となります。これは生物学的統計から考えての最大値です。心停止下からの提供はこの2～3倍ぐらいは可能であると推測されます。

従って、僕らが将来的に沖縄県の移植医療の具体的な目標を考える場合、肝臓移植に関しては年間20例の需要に対し、脳死下からの移植で10例、残りは生体移植が可能であれば行うという形になります。腎臓移植に関しても需要は年間200例ぐらいで、それに対し、脳死、心停止下からの提供が25例程度と考えて、腎移植が受けれるのは年間50人程度（腎臓は一人当たり2つ提供できるため2倍になります）で残りを生体移植で行うか、透析をしながら移植を待つということになります。数に関してはこの程度が限界となるので、今後右肩上がりに無限に増えて、年間に100例も200例も行うようなものではありません。

臓器移植を行うためには施設認定が必要となります。沖縄県で脳死下提供からの腎臓移植を行えるのは県立中部病院と琉大、同仁病院だけになります。また、肝臓移植に関しては、県立中部病院は生体肝移植のみ認定されており、脳死下からの肝移植の認定施設はまだ沖縄県にはありません。沖縄で脳死下の肝移植を希望される場合は、本土に紹介して登録してもらいます。しかし、離島県であるという沖縄の地域性を考えると、将来的にはやはり県内で完結する必要があると考えています。そのためには生体移植で実績を積みなければなりません。

○司会（玉井） そんな基準があるんですね。

### 3. 脳死判定の今

○司会（玉井） 脳死というものの定義が、どうしても一般の死とは日本は扱いが違うような、このあたりで受け入れがたい1つの壁があるような気がします。そのあたりは豊見山先生いかがですか。

○豊見山 日本のみならず、一番受け入れられている死の認識は心拍の停止です。法医学的には三兆候。瞳孔が開くこと、呼吸がとまって



いること、心臓がとまること。それが一般的で、ほぼ世界中に認められている死の認識です。それでは脳死というものがどういうものかということなのですが、脳幹を含めた全脳の機能が止まっていること。そういう患者さんを、人工呼吸器につなぐことで少なくとも心臓の停止まで時間をのばすことができるようになりました。人工呼吸器が使える時代になって初めて生まれてきた現象の1つが脳死の状態です。

その人工呼吸器と昇圧剤の投与の仕方がうまくかみあわせることで、ある限定的な期間、ほとんどは2週間以内ですが、脳死の状態を維持できるようになった。だから、この状態をどう理解していただくかということだと思います。

マスコミとかで混同されやすいのが、いわゆる植物状態と言われる状態ですけれども、それとは明らかに違う。脳死は全脳死。脳死に至るための条件としては全脳、脳幹から小脳、大脳、すべての機能が失われてますということが大前提になります。

○司会(玉井) 脳死という言葉そのものはだいぶ市民権を得ていると思うんですけども、脳死ということについて具体的にわかっているかというとなかなか難しいところがあるんですよね。

○豊見山 そうですね。

○和氣 10月に「臓器移植を知るシンポジウム」という市民向けイベントを開催しましたが、そのときにも参加者からその質問があって、「脳死って一体どうやって決めるんですか？具体的な方法を教えてください」というんです。

我々医療者は本を読んだり文献を調べることで知り得るんだけど、一般の人の場合、脳死判定の実際を知る機会はないと思うし、でも知らなきゃ納得して脳死判定なんて受けられないですよ。脳波がフラットである、人工呼吸器を停めたら呼吸しない、痛みにも光刺激にも反応しない、その他にも厳密な条件があって、しかもそれを2回調べて2回目も同じ結果だったときに脳死だというふうに、一般の人が聞いて納得できるような啓発活動を通して、こうだったら脳死だよ、こうなったらもう助からないん

だよ、ということをご皆さんに理解してもらえないといけない。一般の人たちがその脳死というものを受け入れてはじめて、その次のステップの臓器提供をどうしようかという議論に進んでいけるのではないかと思います。

○司会(玉井) 例えば、今、村上先生がされている肝臓移植。肝臓移植は脳死でなければできないですか。

○村上 そうですね、生体移植以外であれば、心臓、肺、肝臓、膵臓移植は基本的に脳死からの提供でなければ困難です。

米国では脳死下からの提供例を中心に、多くの摘出手術も行いました。先ほど、心臓、肺、肝臓、膵臓は基本的に脳死下からの提供が必要と言いましたが、米国でも臓器提供数が不足しており、その解決策として最近では、心停止下からの肝臓移植や膵臓移植が行われています。しかし、日本とは法律が異なり、米国で心停止下からの提供を行う場合、手術室で人工呼吸器をはずします。すると、酸素飽和度が下がり、徐脈となり心停止します。心停止後5分待って、変化がなければ、すばやく臓器の摘出を開始します。この5分間に何かあれば蘇生をしてICUに帰室しますが、そのような事例は経験しませんでした。

○司会(玉井) というと、これは脳死と非常に近いやり方ですね。

○村上 はい。しかし、それでも脳死下での提供に比べたら移植後の成績はかなり悪くなります。

○司会(玉井) たった5分でも。

○村上 はい。やはり臓器を移植目的で保存するという観点から考えると、心臓が止まり酸素が循環していない状態というのは“移植する臓器”にとっては非常に悪い状態です。よりよい状態で移植を行うには、可能な限り早く臓器保存液を流す必要があります。現在、日本で心停止下で臓器を提供していただく際は、まず病棟でお亡くなりになった患者さんの死亡宣告を行い、ご家族に面会していただき、その後手術室に運び摘出させていただく形になるので、米国での心停止下からの提供に比べても酸素欠乏

時間が長くなります。そういった意味から、日本では、脳死下提供でなければ、肝臓、肺、心臓、膵臓の移植はできません。しかし、腎臓はこうした酸素欠乏に比較的強い臓器であるため、これまで日本でも心停止下からの提供で数多く行われてきました。現在沖縄で行われている献腎移植も、この心停止下からの提供で行われています。

○司会 (玉井) なるほど。豊見山先生、実際に現場ではどうですか。

○豊見山 その脳死という状況をどうやって判断するかということなんです。脳死判定規準は5項目です。実はそこに至るまでにも段階がありまして、脳死の前提条件があり、それを満たしたうえで、さらに除外項目にあてはまらない方に脳死判定が行われます。深昏睡である、瞳孔が散大して固定している、それと脳幹反射

消失、脳波がフラットである、自発呼吸消失。これらが6時間以上たってもかわらないと段階を経て判定されます。日本の脳死判定というのはかなり厳格なものとしてされています。

○司会 (玉井) アメリカは基準が違うんですか。

○豊見山 基本的には一緒なんですけれども、どう運用していくかの問題だと思います。アメリカなんかもオプトインの国ですが、運用の仕方で差が出ると思います。

ただし、実際には、アメリカの移植に携わるコーディネーターの方と話をしたときに、ラフな運用と感じました。人工呼吸器をはずした際は、自発呼吸し始めたのが数パーセント、5%近くあるんだよという話を聞きました。ゆるむことなく、前提条件、除外項目をしっかりと守って、その上での脳死を捉えること。厳格な運用法が求められると思います。

○司会 (玉井) 虐待児童の問題がありますね。虐待児童に関しての取り決めも非常にシビアなところが日本にはありますね。これはアメリカにもあるんですか。

○村上 ありますが、日本ほど厳密ではないと思います。

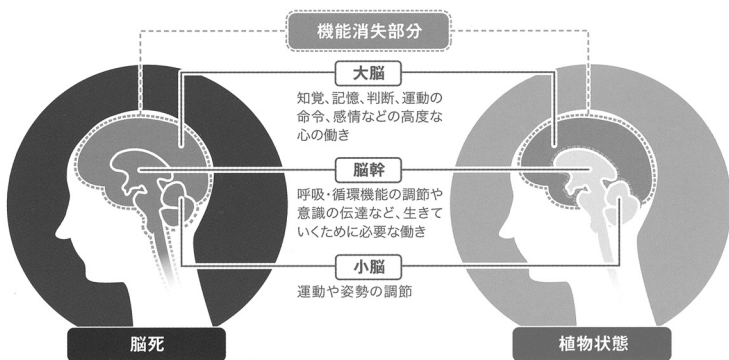
僕が経験した一番小さい子は、生後28日で脳死となり臓器提供されました。原因は転落後の頭蓋内出血からの脳死とありました。虐待の除外を

含めて、マニュアルに沿った法律的な手続きは十分に行われていましたが、摘出する側の気持ちとしては複雑なものがありました。日本では、さらに世論が厳しいため、その判定や適応に、十分に気を使わないといけません。

○司会 (玉井) しっかりとした扱いのマニュアル。

○豊見山 ただ、それ自体が法律化されたり、制度

脳死と植物状態の基本的な違い



(引用文献より)

法的脳死判定の検査方法 (生後12週未満の小児については、法的脳死判定の対象から除外)

| 法的脳死判定の項目                  | 具体的検査方法                                       | 脳内の検査部位と結果                                |
|----------------------------|---|---|
| 1 深い昏睡                     | 顔面への疼痛(とうつう)刺激<br>(ピンで刺激を与える、または眉毛の下あたりを強く押す) | 脳幹(三叉=さんさ=神経): 痛みに対して反応しない<br>大脳: 痛みを感じない |
| 2 瞳孔の散大と固定                 | 瞳孔に光をあてて観察                                    | 脳幹: 瞳孔が直径4mm以上で、<br>外からの刺激に変化がない          |
| 3 脳幹反射の消失                  | のどの刺激<br>(気管内チューブにカテーテルを入れる)                  | 咳こまない=咳反射がない                              |
|                            | 角膜を綿で刺激                                       | まばたきしない=角膜反応がない                           |
|                            | 耳の中に冷たい水を入れる                                  | 眼が動かない=前庭反射がない                            |
|                            | 瞳孔に光をあてる                                      | 瞳孔が小さくならない=対光反射がない                        |
|                            | のどの奥を刺激する                                     | 吐き出すような反応がない=喉頭反射がない                      |
|                            | 顔を左右に振る                                       | 眼球が動かない=眼球頭反射がない(人形の目現象)                  |
| 4 平坦な脳波                    | 脳波の検出   | 大脳: 機能を電氣的に最も精度高く測定して脳波が検出されない            |
| 5 自発呼吸の停止                  | 無呼吸テスト<br>(人工呼吸器を外して、一定時間経過観察)                | 脳幹(呼吸中枢): 自力で呼吸ができない                      |
| 6 6時間以上経過した後の同じ一連の検査(2回目)* | 上記5種類の検査                                      | 状態が変化せず、不可逆的(二度と元に戻らない状態)であることの確認         |

\*生後12週~6歳未満の小児は24時間以上

(引用文献より)

化されているということではなくて、各医療機関が独自の基準でやっています。ある程度先行している施設の例を見ると非常に厳格にできています。怪しいもの、虐待が否定できない症例に関しては、除外に入れます。ほんの少しでも曇ったものに関しては対象に加えない厳密な対応になっていると思います。

○司会（玉井） 日本の脳死判定または脳死に関しての扱い方というのは非常に厳しいということ。これは歴史的な背景も多分にあると思うんですけど、そうでないと今の社会でこれについての理解を広げていくということに難しい部分もあるのかなと思います。いろいろな方のホームページとかを見ていると、脳死に関しての考え方いろいろな意見がありますよね。批判的な考え方もありますね。その中には、例えば乳児とか幼児の場合、可塑性を非常に大きく見て、脳死の判定に対してかなり批判的な向きもありますね。このあたりを見ていて、先生方は何かご意見があれば。

○豊見山 先ほど申し上げましたとおり、選択肢として幾つかあるということが社会としても成熟していることなのかなと思います。生命が戻らないということがわかった段階で、少しでも役に立ちたいという気持ちを大事に拾い上げるというやっとならぬというふうには思います。その中で、もちろん少しでも怪しいものに関してはノーということなんです。

○司会（玉井） 宮島さん、実際に移植コーディネーターとして、そこでどういうお話をされるのか。またはどういう答えがあるのか。その辺を聞かせていただけませんか。

○宮島 はい、主治医の先生あるいは病棟の看護師さんからご連絡をいただいて、家族が臓器提供についての話を聞きたいという意思が確認された段階で、病院に伺って情報提供をさせて頂きます。まずは、その時点でご家族の病状理解についての確認をさせていただきます。やはり助からないという事を前提に臓器提供についてのお話をしないと順番が逆になってしまうことがあるので、脳死という状況に関しての受

け入れがなされているかの確認をします。次に私たちが気を使うのは家族関係です。

日本では個人よりも家族という単位で物事を見ていくので、承諾に必要な家族は誰がいるのか、あるいは現実的対応として、家族でなくても、遠い親戚の中に意見の強い方がおられる、場合によっては友人がこのような場面にくる場合もありますね。説明をする範囲については十分注意をして、どういった人が今来ていて、提供候補者の周辺というのはどういう人間関係があるのかというのを十分把握するように努めます。その上で最初にお話しするのは、臓器提供の話は説得、あるいは強制ではないこと、話を聞くこともいつでもやめられることの話をして、その後、仮にもし提供したいということになった場合どういったことがあるのか。具体的には手術がどれぐらい時間かかりますとか、傷はどういう傷がついて、それが手術が終わったらどういう状態になっているかということについての話をさせていただきます。

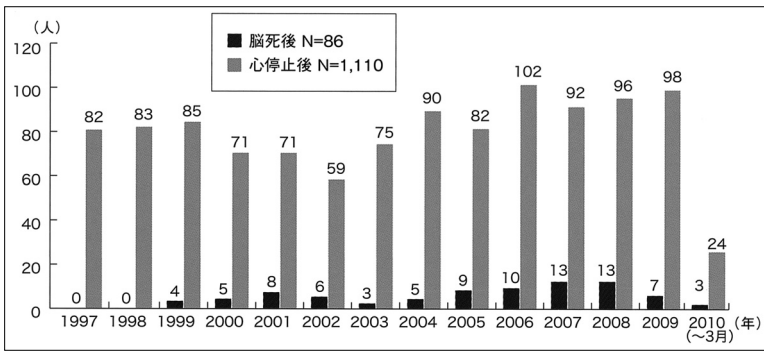
○司会（玉井） 例えばドナーアクションプログラムというのがあるようなんですが、臓器移植するということが家族にとっての1つの癒しみみたいなことを書いてある文章もあったりするんですけども、こういう話もされるんですか。

○宮島 私は、提供を検討される家族の前でその話は一切しません。基本的には臓器提供を検討するにあたって必要な情報だけを話すことにしています。また、私が関わった家族には、ご本人と臓器提供の話を全くされたことの無い家族もいました。そういう家族はどうやって気持ちを決めたらいいのか悩みます。例えば提供するにせよ、しないにせよ、今まで関わった家族はこのように決められた方がいましたよという話はしますけれども、臓器提供をしたら皆さんにとって癒しになりますよとか、そういうことは一切お話をしません。

○司会（玉井） そういう話をしても、その場で理解するのは難しいのではないかという気がします。

○宮島 そうですね。

臓器提供者数 (1997.1～2010.3)



(引用文献より)

○司会 (玉井) 何かご意見のある方いますか。その現場に実際にいたとかありますか？

○豊見山 その件ですが、私たちも実際に脳死を判定し、移植のお話をする事ができるのは、やはりある程度家族との関係ができた方です。ご家族が患者の状態を理解するまでの時間が必要なんですね。もちろん家族は最後まで望みは持っているんですが、でも駄目かもしれないという、そういうことが何となく肌でわかっていくというタイミングがあります。これが、お話をする機会かなと思います。その際に、私達は主治医として話をします。私達は、この方を助けられませんかという話をします。助けられないけど、どこか体の一部でも誰かの役に立つことがあなた方に将来何かをもたらすのであればこういう話がありますと伝えます。いわゆるオプション提示を行います。

ただ、それが必ずしも癒しになるかどうか、これはわかりません。その後の話をお伺いすると、やはり悩んだりしている。その中で癒しを感じる人もいれば、そうでない人もいますので、必ずしもそうではないけれども、こういうオプションがありますよという話をします。

○和氣 今年、私共の臓器移植広報委員会が全国の移植に関わったことのある人たちに、写真とメッセージで移植への思いを語ってくださいと募集したところ、たくさんの作品が集まり、それを10月のシンポジウムで披露したんです。

亡くなった息子さんが臓器提供したお父さんからは、臓器提供したことが今の自分の癒しになっているんだというメッセージがあったし、別の方からは、あのとき息子の臓器を提供しな

かったことが正しかったのかどうか何年もたった今でも悩んでいるという、そういうご意見もありました。臓器提供するも・しないもどちらも正しいと思うんですけども、皆さんいろいろなことを考えてくれているなというのがよくわかりました。

○司会 (玉井) 宮城会長、脳死は人の死だということを声高に言うてみたり、臓器移植を是とするよう

に我々が世論を誘導するような形にしてしまったりすると、そのときに「ノー」と言った家族はかなり苦しむということになりますよね。医療人としてどういうスタンスであればいいのかなといつも悩むところではありますけれども、先生はどうお考えですか。

○宮城 移植というのも1つの治療なんですね。移植によって助けられる命があるというのは現実なんです。移植は先生方が話をされているように選択の1つだということです。選択の幅を広げるというのは現場から常にやっていかなければいけないと思います。それを知らないと、移植という治療に携わる、あるいは家族がそういう申し出をするということもないわけですから。

医療の現場の事実を知らせるというのが非常に大事だと思います。それを選択するのも強制ではなくて自由意思に基づく。移植をしなかったから罪悪にとらわれるという環境にしてはいけません。自分の自由な選択、心の問題としてその選択をする場が提供できたらいいと思います。

移植というのは、治療法としては確立していたとしても、決して強制をしてするようなものではないです。そういう環境をつくっておくということが大事だと思いますね。

○司会 (玉井) 村上先生。現場で臓器提供の話をするときに、かなり気を使うでしょう。

○村上 僕は臓器移植は究極の医療と考えています。移植以外は助からない患者さんは生と死の狭間で、どうしても生きたいと思います。しかし、他人の死の上に自分の生があることに

とても苦悩しています。医療従事者もそのような患者さんをなんとか助けたいと思います。しかし、その患者さんを助けるためには誰かの死に期待をしなければならない事に強い負い目を感じています。でも移植医療はそのような葛藤も十分承知した上で成り立つ医療なのです。先日、宮島君と一緒に社会科の授業の一環で、中学生と臓器提供に関して話をしたのですが、中学生の段階から、みんな“人の役に立ちたい”という気持ちを持っているんですね。仕事でも、家庭でも、社会ではいろいろな“人の役に立つ”方法はあると思います。そういう人の役に立ちたいという気持ちは本来、人間みんなが持っているはずで、臓器提供というのはその延長線上にあるというふうに考えてもいいかなと思います。このような“生きたい”という患者さんの強い気持ちと、“役に立ちたい”という人間本来の善意を繋ぐ医療が移植医療だと考えています。

しかし、日本ではこれまで臓器の提供が少なく、生体移植という特殊な方向に向かってきました。世界でも生体移植の技術に関してはトップレベルだと思います。生体なら、腎臓、肝臓、最近では膵臓や肺も移植できるほど技術は進歩しています。心臓はさすがに1つしかないから無理ですけども。しかし、生体移植では法的に6親等以内の親族からの提供という取り決めがあります。だから、生体移植では、家族が“身を削って”家族を助けているのが現状です。生体で臓器を提供される方は本当にすばらしく尊敬に値しますし、家族の歴史としても、みんなで困難を乗り越えたことは非常にすばらしい歴史になります。しかし、本当にそれでいいのかと毎回悩んでいます。

○司会(玉井) 健康な人の体にメスを入れるという、ドナー側のリスクは許容しにくいものです。

○村上 日本ではこれまで生体肝移植は5,000例ほど行われていますが、肝臓の提供後に1例だけ亡くなっています。

○司会(玉井) 病気も何もない人にメスを入れて、生体肝移植は、ほとんど親から子へと

いう感じでやってますけれども、そうすると、僕も実際に琉大の第一外科にいましたので思い出すんですけども、あげない、またあげられない親というのも立場が微妙になるんですね。あげられない親はとても罪悪感を感じる。また、何も健康上問題のない人がメスを入れたがために、5,000人に1人亡くなるというリスクを負わせていいのかなというのとも思いますよね。あり方としては、やはり脳死移植のほうが、社会的には健全なのかとったりします。

○村上 生体移植を行うたびに、本当にこれでいいのかと葛藤しています。生体移植においては、何かあったときの責任は、家族と主治医とその関係性でとるしかありません。だから、かなり緊張感のある治療になります。

○司会(玉井) 主治医としてジレンマがありますね。

○村上 特に健康なドナーの手術は、普段以上の緊張感と慎重さが必要となります。

○司会(玉井) やはりリスクとベネフィットを秤に掛けて、ベネフィットのほうが大きいと思っているからオベは入るわけで。

○村上 100%成功させて、100%合併症がなく終わらさないといけませんから。100%というのは逃げ道がありません。

○司会(玉井) 実際に臓器移植に関しては、例えばその臓器を求める方が必ずいらっやいます。

そういう方たちの手記もいろいろ読ませていただいて、気持ちって複雑ですね。何かご意見のある方はいらっやいますか。

○和氣 亡くなった方からの臓器提供で健康を取り戻した方に関しては、そういう意味での罪悪感は少ないだろうと思うんですね。この前講演していただいた心臓移植を受けた方がおっしゃったのは、それよりもむしろ同じ心臓の病気で苦しんでいる自分の仲間、戦友と言っていましたけれども、同じ病気と闘っている中で自分だけが先に移植を受けてこんなに元気になって、何人かは移植を受けられずに亡くなっていたという意味での負い目は感じているということをおっしゃっていました。なるほどなと思

いました。

○司会（玉井） 今、腎臓移植を求めているのは1万3,000人ぐらいいますか。

○和氣 そうですね。沖縄では260人。

県内では去年1年間で献腎移植が6人です。それと同じぐらいの数の生体腎移植もされていますので、県内では年間十数人が腎臓移植を受けておられます。

○司会（玉井） 沖縄県においては、透析の問題というのは非常に大きな問題ではあるんですけど、これから腎臓移植というのは増える傾向にあるんですか。

○和氣 個人的には増えていってほしいなと思います。沖縄の透析患者さんは確かに多いんだけど、高齢者がだんだん多くなってきているんですね。臓器移植を受けることで社会復帰してクオリティ・オブ・ライフを高められる若い透析患者というのは、これから先だんだん少なくなっていくのではないかと思います。

腎臓移植を受ける側もだいぶ様変わりしてきましたので、一概に増えるといいとは言えないけれども、少なくとも現状でいえば、まだまだ若くて社会復帰できる人たちが透析のために縛られていますので、この先10年くらいは、沖縄県でも臓器移植、腎臓移植は増えていってほしいなと思っています。

移植希望登録者数（2010年3月31日現在）

| 臓器名 | 登録者数   | 備考         |
|-----|--------|------------|
| 心臓  | 166    | うち、心肺同時3   |
| 肺   | 142    |            |
| 肝臓  | 277    | うち、肝腎同時5   |
| 腎臓  | 12,010 | うち、脾腎同時142 |
| 脾臓  | 175    |            |
| 小腸  | 3      | —          |
| 計   | 12,623 |            |

※最新のデータは(社)日本臓器移植ネットワークのホームページをご参照ください。  
(<http://www.jotnw.or.jp/datafile/index.html>) (引用文献より)

○司会（玉井） 宮島さん、今の現状というのはどうですか。

○宮島 臓器によってもかなり違いがあります、やはり心臓、肝臓などの生命に直結する移植を待っている方と、少なくとも腎臓のように

透析をすることで直近の生命の不安というものを抱えない方では雰囲気も違いますね。

腎臓の方の場合には待機期間が非常に長くて、大体14～15年待ってやっと受けられる。長い方だと30年待ってやっと受けたという方もいるくらいなのです。腎臓移植における問題として出てきているのは、あまりに待機期間が長くなりすぎて、多くの合併症の中で移植をしなくてはいけないこと、また、長く透析をされているので透析中の生活が当たり前になっていて、移植を受け生活が大きく変わることのストレスもあります。ですから、もう少し早期に移植ができれば移植による恩恵が大きく受けられるのではないかと感じています。

○司会（玉井） 僕なんかは、透析を受けるよりも腎臓移植を受けたほうがクオリティ・オブ・ライフは上がってよかったのではないかなと思ったりするんですけど、そういう簡単な問題ではないわけですか。

○宮島 具体的な事例をお示ししますと、70代の方で20数年待機して移植を受けることができました。それによって腎臓が働いてどんどんおしっこは作られますが、膀胱が萎縮して固くなり、広がらないので1日に何十回もトイレに行く状況で、最終的には尿ろうを作ってQOLが低下したケースもあります。ですから待機期間の長さがまた別の問題を生んでいるのも1つの側面だと思います。

○司会（玉井） 今は待機期間が長すぎて、ちょっと考えられないような問題が起きているということですね。

あと、村上先生、実際に生命と直結するような臓器を先生は扱っていらっしゃる。そこでレシピエントの思いというのは複雑ですか。どうですか。

○村上 生体移植に関して言うと、生体移植を受けた患者さんは、家族の犠牲のもとに元気でいられるわけだから、やはり思いとしては複雑です。だけど、家族の中で完結できるからうまくいっているのだと思います。

脳死での提供を受けた患者さんになると、アメリカでの経験ですが、善意での提供に対して

何かお礼を示す方法はあるかどうか考える患者さんもあるし、それは当然の権利だというふうに受けとめる患者さんもあります。いろんな受け止め方があると思います。

○司会（玉井） ステップを踏んでいくということが大事かもしれません。

そのステップとして今回の臓器移植法の改正があって、脳死からの肝移植というものもあり得る。

○宮島 ただし、脳死を判定して臓器提供ができるのは、指定された病院で脳死患者が発生したときに限られます。県立中部病院、県立南部医療センター・こども医療センター、浦添総合病院、琉球大学医学部附属病院。この4カ所ですね。この4つの病院のどこかに入院していて、入院中に脳死になった場合に限られますので、明日あるかもしれないし、10年先までないかもしれない、そういう状況ではあります。

○豊見山 昔、大学にいたときにアメリカらしい考えだと思う症例の経験があります。兵士の方の事故の脳死患者さんなんですけど、24時間預けますので脳死判定としてくれと頼まれました。その方はドナーとして人工呼吸器をつないだまま本国に連れて帰るとのことでした。現状では、4つ以外の病院に来た場合ご家族の意思があってもそれを生かすことはできません。善意をなるべく生かしてあげるというのも、やはり医療として将来的には絶対的に必要な対応かなと思っています。

○宮島 将来的に可能性はありますが、現状、法的に移動は認められていません。

○豊見山 はい。現状としてですね。たまたま運ばれた病院が認定されていなければ、今の

ところは心臓停止下のお話しかできません。

○司会（玉井） トランスポートはできないんですね。

○宮島 はい、実際に先日も八重山病院から連絡を受けて、家族の方が臓器を提供したいと言っているがどうしたらいいかと。それは現時点ではどうしようもないと。

○和氣 心停止後の提供になったんですか？

○宮島 いえ、間に合いませんでした。

○豊見山 現状では心停止下という次のステップを早めにお話してあげるといいう方法はあると思いますね。

○司会（玉井） 例えば逆もあり得るわけですよ。

○村上 僕は、臓器移植の本来の形は、脳死下および心停止下の提供と考えているので、そこに救える命がある限りは、必ず実現しないといけないと思っています。

○司会（玉井） 沖縄には基地がありますね。

○和氣 基地内のアメリカ人が亡くなったときに腎臓の提供を申し出てくれたことがあったと聞いています。

○司会（玉井） そうなんですか。日米のそういうやりとりってあるんですね。沖縄は独特な現状になります。

臓器移植というのがだいぶいろいろなところで議論されていて、今後どういう動きがあるんですか。和氣先生、広報委員として。

○和氣 県民に臓器移植医療というのを知ってもらわないといけないわけですね。スタートはそこからだと思っています。毎年10月は沖縄県が定めた臓器移植普及推進月間ですから、その月間を利用して広報をしています。今年は

10月に北谷町で全国移植者スポーツ大会というのがあって全国の臓器移植を受けた人たちが集まって運動会をして、こんなに健康になったんだよというのを沖縄から全国に向けてアピールすることができました。10月末には臓器移植推進の市民シンポジウムもやり



ました。一般の方々向けで入場無料、ポスターをいっぱいつくってチラシも配ってやるんだけど、参加者は200人ぐらいでしたね。さすがに臓器移植というのはとっつきにくくて、興味を持ってわざわざ会場まで足を運んでくださるという方はまだまだ多くはないですが、実はこのシンポジウムは十数年前から毎年やっていて、少しずつ若い人たちが会場に増えてきています。

10年前にこのシンポジウムをやったときに、会場は透析患者さんとそのご家族だけで、移植体験者の話を聞いてみようとして来られていたんですけど、最近のシンポジウムでは、若い人たちが「自分は一般の者ですけど」とフロアから質問してくるぐらい。若い人たちが興味を持ってきていて、臓器移植というのを知りたい人たちが増えてきているのではないかなと、個人的には思っています。

こういうことがもっと広がっていくには、例えば学校での授業ですね。村上先生がやられたみたいに、中学校への出前授業とか、あるいは高校での授業で臓器移植、臓器提供をとりあげてもらいたい。臓器提供というのは自分が死んだときに自分の臓器つまり自分の体をどうしたいかということを考えることなわけですよ。そのときに自分が死ぬってどういうことなんだろう、翻って生きていてどういうことなんだろう、何のために生きていてなんだろうということを考えてもらう1つのきっかけにはなるので、ぜひ中学や高校の授業に生きるということや死んだらどうなるかということを取り入れてもらいたいなと思っています。そうしたら、もっと理解してもらえないのですか。

○豊見山 僕も教育というのは大切だと思っています。内閣府で年代別の意識を調査されて、明らかに若い人の6割、7割は臓器提供を肯定的に考えている。年齢が進むにつれて比率は下がってくるんですけども、それでも4割ぐらいは肯定的なんです。日本人の意識調査として70代でも3割強、4割弱ぐらいが肯定的なんです。

そういう意識が生かされない点として、用語

の問題もあるかなと考えています。なぜtransplantが臓器移植という言葉になったのか。移植でいいのになぜ臓器がついたのか。献血や、献腎という言葉があるのに、なぜ臓器（提供）という言葉なのか。「献体」という言葉をほかで使われちゃっているのではないんですけれども。移植医療の前提となるドネーションという考え方を小さいお子さんに教えてあげる。子どもたちは何かの役に立ちたい。自分が社会の役に立ちたいというふうに思っています。そのことを認めてあげる、くんであげることが必要です。「ドネーション」は日本語で何と言っていいかわからないんですけれども、漢字として一番いいのは「献」なんですね。そういう考え方を言葉にできなかったのかなというのが、そこが非常に残念ですね。献じる心の先に成り立つのが移植です。

ただ、最近、移植医療のパフレットを見ても「臓器」という言葉が減って「移植医療」というように言葉が変わってきましたが、法案としてはどうしても「臓器」という言葉が出るので、どうしても生々しい感じがするんですね。子どもたちの口から臓器移植という言葉は出させたくない感じがします。

気持ちとして自分の体の一部を誰か、献じる形の言葉に法律用語として変えていただけないかなというのが、僕のしょうもないごねです。言葉の選び方1つで敷居を高くしているのではと思います。

○司会（玉井） 村上先生はアメリカでもご経験があるんですけども、そういうドネーションというものに対しての日米のギャップというか、違いがありますか。エディケーションも含めて。

○村上 そうですね。アメリカでは思ったより自然にドネーションされており、社会に浸透している感はあります。人口も多く提供数も非常に多いです。ただ、やはり絶対嫌だという反対派の人も必ずいます。アメリカで移植外科学会にいくと、会場の前に横断幕を持って、「移植反対」と主張しているグループがたくさんいて驚きました。アメリカでも臓器提供が本



国別臓器移植数 (2009) ※韓国は2007年、フランスは2008年の件数

|     | OPTING IN |     |       |       |       | OPTING OUT |       |       |
|-----|-----------|-----|-------|-------|-------|------------|-------|-------|
|     | 日本        | 韓国  | アメリカ  | ドイツ   | イギリス  | オーストリア     | フランス  | スペイン  |
| 心臓  | 6         | 47  | 1,852 | 357   | 134   | 72         | 360   | 274   |
| 肺   | 9         | 8   | 1,391 | 501   | 145   | 108        | 196   | 219   |
| 心/肺 | 1         | 1   | 23    | 16    | 3     | 1          | 19    | 1     |
| 肝臓  | 7         | 126 | 5,124 | 1,118 | 733   | 141        | 1,011 | 1,077 |
| 肝/腎 | 0         | 1   | 302   | 33    | 15    | 5          | —     | 27    |
| 腎臓  | 182       | 267 | 8,812 | 2,192 | 1,439 | 326        | —     | 2,111 |
| 膵臓  | 0         | 9   | 325   | 115   | 48    | 1          | —     | 97    |
| 膵/腎 | 7         | 9   | 724   | —     | 159   | 32         | —     | 82    |

※OPTING IN: 本人が生前、臓器提供の意思を表示していた場合または家族が臓器提供に同意した場合、臓器提供が行われる。(日本の場合、法改正後も基本的には本人の生前の意思を尊重するOPTING IN に変わりはないが、生前の意思が不明な場合、家族の承諾があれば、臓器提供が可能となった。P.3参照)  
 ※OPTING OUT: 本人が生前、臓器提供に反対の意思を残さない限り、臓器提供をするものとみなす。臨床の現場では家族の反対があれば実際には臓器提供をしないことが多い。

出典: Transplant Procurement Management International Registry of Organ and Transplantation 2009 (<http://www.tpm.org/>) (引用文献より)

私は腎のほうに関係していたのですがいわゆる生体腎、身内から腎臓をもらうというのも限られているんです。ほとんどそういう環境にある人たちは移植を受けているんです。移植を受

格的にはじまったのは1970年代からですから、ドネーションの文化の浸透にはある程度時間が必要なのだと思います。日本はやっと欧米並みに法律が改正されたばかりですから、これから歴史を重ね、いろんな賛同や批判をもらいながら、少しずつ社会に浸透していくのだと思います。沖縄県においても、先ほど述べたように、生物統計学的に100例、200例の脳死が出るわけではなく、ある程度数は限られてくるので、一つ一つの善意をきちんと提供につなげて、移植を成功させ、社会に認めてもらえればと考えています。

○司会 (玉井) 宮城会長、家族間でこういう話をするというのは、日本人としてなじむものなんですか。

○宮城 先ほど和氣先生が話されていたように、移植を考えるというのは、本当はどういう生き方をするか。生きる意味を問われていることなんです。そういう意味では、もっともって家族の中で議論があってもいいと思いますよ。死ぬということは、あるいはどういう死を迎えるかというのは、どういう生き方をするかというものの延長線上にあるわけですから、もっと自由な形で生き方を問うような、話し合うような場が必要です。家族の中で議論が活発にやられるべきだと思います。

教育の問題でもそうです。教育の現場でも移植ということがどういう意味なのか。それは、生きる意味を問うた中で移植という話が出てこないといけないと思います。

けたいと思っている人たちが非常に多くいる。そういう方たちを救ってあげるためには、どうしても献腎というものがなくなってくるんです。

その実態というものをみんな認識をしておかないといけない。先ほど村上先生が話されたように、腎臓の場合は200人という話がありましたし、透析に入ってくる人数というのも決まっております。若い人たちが何人ぐらいいるか。それから、家族環境の中で提供者がいる家庭がどれぐらいあるのか。それは実数としてはすぐ出てくるわけです。そういう状況というものをもっと県民のほうに広く知らせて、考える場というのをつくっていただきたいと思います。

それと同時に、これはただ単に移植という問題ではなくて、生きる意味を問い直すという場から問題提起をしていったほうがいいかもしれないです。

4. 臓器移植の推進にはどのような課題があるか

○司会 (玉井) 臨床現場のドクターとして、現場で何かやりにくいこととか、そういうのはありますか。

○和氣 僕自身は透析患者の側、もらう側に近いところにいますので、患者さんや家族に「臓器提供しませんか」という話をする機会は数えるぐらいしかありません。

○司会 (玉井) 例えば医者の中で移植医療というものについての理解は深まっていますか。

○和氣 うちの病院でいえば、医局にたくさんの方の医師や研修医がいて毎日顔をあわせていて

も、臓器移植とか臓器提供の話や、移植法改正が話題になることはないですね。

○司会（玉井） どこがどう変わったのかというのは、実はお医者さん自身もわからないと。

○和氣 おそらく医療者でも具体的な点については知らない先生のほうが多いかもしれないですね。

○司会（玉井） 豊見山先生はどうですか。

○豊見山 やはり組織としてつくり上げていくというのは非常に難しく、一生懸命走ってわーっとやろうとしても、その後、次のステップはどうしていいのかわからなくて止まってしまっているというのが多くの病院の現状です。1人ではなくて数人でそういうことを考えていくようにならないと前に進まない。その辺のシステムを構築しようとはしますが、組織が大きくなると変なところでひっかかったりしますね。

病院内の意識を同じ温度にしていく。熱くする必要はないので、あたたかくなってくれればと思います。組織内での温度差はかなりあります。

○司会（玉井） 村上先生は、それを例えばナースも含めてチームを組んでやらないといけない。大変だったんじゃないですか、どうですか。

○村上 そうですね。僕はアメリカで肝移植を100例やるよりも沖縄で1例やりたいと思って帰ってきました。先ほど述べたように、沖縄にも肝移植で助かる患者さんは確実に存在し、沖縄の地理的特殊性を考えると肝移植が必要なほど重症な患者さんの、本土への搬送は肉体的にも経済的にも非常に困難です。また、そのような重症な患者さんが元気になれるほど移植医療はすばらしいということをみんなに知ってもらいたくて帰ってきました。先生がおっしゃったように、生体肝移植を始める前は、看護師さんや

各部署と何十回と勉強会を行って、準備をすすめました。そして皆の協力のもとに一例目を成功させることができました。移植医療とくに肝臓移植では、病院としての総合力が試されると思います。それでも、やはり結局は結果がうまくいかないとはつながりません。移植医療は常に世論の厳しい目に晒されており、社会や地域にきちんと結果を出していかないとなかなか認めてもらえない医療だと思っています。一人一人の患者さんをきちんと助けていく事でしか前に進めないと考えています。そして、移植後に元気になった患者さんが自分の人生を楽しみ、周りに感謝し、ちょっと積極的であれば、どこかの集まりで体験談を話してくれたら、それはもう僕らが100回言うより効果があり説得力のある社会へのメッセージになります。そういうふうにつながるのが一番いいのかなと思います。一人一人の患者さんをきちんと治療し、元気になってもらって、地域につなげていく形です。残念ながら、必ずしもうまくいかない場合も確かにありますが、それでも前を向いてしっかりやらないといけないと考えています。

○司会（玉井） 本当にそうですね。目の前の患者さんに必死に取り組んで、例えばオプション提示に関しても時間をかけていろいろなことを話していかないと、本当に大変ですね。

宮島さんは実際に政府とか、または行政とこういうことをずっとかかわっていらっしゃるって、やりにくさというのはありますか。

○宮島 やはり行政の担当者は、異動がある職業ですから、臓器移植のようないろいろと問題があって専門性を求められる分野において、例えば3年という期間の中ですべてを理解して、どこが問題で、どこをどう解決すれば行政



的に上手くいくのかを理解して、実践するには期間的にも非常に難しいと思っています。

沖縄県でもそうですし、厚生労働省でも臓器移植対策室があります、しかし、実際上は数名の方だけでやっている部署で、国が悪いと言うのは容易いですが、厚生労働省も現実として難しさがあるというのが、何年か前に行かせていただき正直に感じたところです。その面からしますと、逆に沖縄なら沖縄という単位の中でしっかりした取り組みをして、それをモデルケースとして全国に発信できるような、そういった取り組みをしっかりとやっていかなければと思っています。

○司会 (玉井) 宮城会長、何かございますか。

○宮城 沖縄県の場合は腎移植から始まっているんですが、透析施設と、移植をする施設、それと行政が連携をしていたんです。当初から非常に連携がよかったということです。施設間の意見の相違というのはありませんでした。そういう意味で非常にうまく機能していたところがあります。

ただ、臓器移植法ができて、それが少し解体されてきたところがある。先ほど宮島さんが話されていたように、沖縄でやっていたシステムというのは非常にいいシステムがあったわけですから、これを逆に日本全体に広げていくべきだと思います。提供する側も一生懸命、移植をする側も一生懸命ということで、それぞれが連携をしているということですから、それをもっと進めていくべきだと。もちろん医療側全体で、今度はそういうのをバックアップしていくということですね。

移植施設だけではなくて、医療界全体がそういう治療法があるということをもっと認識をする。会員の中でも、あるいは医局員の中でも温度差があるということがあったんですがこれも全会員が知識というのを深めた上で、もっと取り組みをしていくべきだと思います。

○司会 (玉井) 何かここで発言をされたい方はいらっしゃいますか。

○宮島 どうしても臓器移植だけですと、関連のある先生方は限られた範囲になってしまい

ますが、今、私は組織移植学会にも参加していて、他の面から見てみますと、非常に広い分野で移植と再生医療なども連携をしながら進んでいます。例えば心臓弁や血管では循環器の先生方、骨では整形の先生方、また最近では形成外科でもかなりいろいろな移植がされています。例えば研究段階ですけれども、子宮の移植、肛門の移植、そういったこともありますし、分野自体が広がってきています。実際に医師会の会員の先生方にも、現時点では、臨床上直接の関わりが無いかもしれませんが、新しい分野がどんどん広がってきているので、ぜひ少しでも興味を持っていただけたら、この移植医療自体が少し変わってくるのかなと考えています。

○司会 (玉井) 移植医療もだんだんと変化しているということですね。発展していると。

○宮島 そうですね。

○司会 (玉井) 多くの先生方がそれに興味を持たなければいけないような時代に入りつつあるということでしょうか。

○宮島 はい。

○司会 (玉井) ほかにご意見のある方いらっしゃいますか。

○和氣 うち先日新しい保険証をもらったときに、かみさんと2人で裏面を書いて見せ合ったんです。これからはみんなが意思表示カードが持つことになりますので、それを家族の中で話し合うきっかけにしてもらって、自分が死んだときにこうしてほしいんだよというのを、こういうことでもないと伝えることないですから、家族で話し合うきっかけにもらえたらいいかなと思いますね。

○司会 (玉井) 村上先生、何かありますか。

○村上 移植医療に限らず、飛躍的な医学の進歩の結果、昔は助からなかったであろう患者さんがたくさん助かる時代になっています。しかし、一方で高齢化社会が進んでいることもあり、昔は治療しなかったであろう患者さんにまで治療を行っているのではと感じることもあります。例えば、95歳で腹膜炎で運ばれてきた患者さんに大きな手術をして本当にいいのか、腎臓内科の先生だったら80歳超える患者さん

に透析を導入しても本当にいいのか、といった問題に僕は日常的に接しています。多くの場合、本人の意思は確認できないため、家族の希望で治療を行う事になりますが、果たして本当にそれでよいのでしょうか。家族は突然のことで動揺し、また罪悪感もあるので“治療しないで下さい”とは言い切れません。このような医療現場の現状をもっと社会に伝える必要があると思います。自分が癌になったら、事故にあって脳死になったら、年老いて病気になったらどうしたいか、自分は最後はどんな形で迎えたいかなどについて、元気なうちに話し合っていてほしいのです。臓器提供に関してもその話題の一つにさせていただきたいと思います。“延命治療は受けない”、“臓器は提供しない”という主張も立派な意思表示として尊重されます。普段は避けて通っている“自分の死”“家族の死”ということに関して考える機会を持ってほしいのです。案外自分が思うほど遠いものではないのかもしれませんが。終末期の意思表示がきちんとできるほど社会が成熟すれば、医療ももう少し風とおしの良いものになると思います。そういったことを県民のみんなが考えられるような情報や機会を医師会の方から出していただければ本当にありがたいと思います。

○司会(玉井) 死生観というのは大きいですよね。日本はこういうのを議論する機会というのはなかなかないですから。

○豊見山 個人の選択肢の増加というのは、そこに至るまでのきちんとした情報を皆さんに与えていかないといけない。ところが、今の話もそうなんだけど、家族の中で話すというタイミングもちょっと難しいところがあります。実は僕は昔の臓器移植カードは○をつけてかなり長いこと持っていたんだけど、家族のカウンターサインが必要でした。話を家族にしているのかわからないまま1年半か2年財布の中に入れていました。何かのはずみで「そういえば、これサインして」と言って渡したことで非常に気まずい空気が流れた。そういうことはあるんですね。

今、村上先生が話されたように、いろいろなカードのほかに免許証にしても、それを更新してきたときに「これにするからね」といえる。生活の中に自分がどう生きるか、自分が死んだ後どうしたいかということを楽しみに話せるような状況が作り出されねばなりません。

選択肢が増えたというのはいいことと考えます。ただ、それをきちんと選択してもらうために、私たちはきちんとお話ししないといけないんだろうなと思います。脳死も含めて、技術も含めてすべてを受け入れるためには、ある程度のところまではわかっていただく。そういうことは必要ではないかなと思います。そういう面では責任は非常に重い。医局の先生方の意識を温めないといけないのかなという思いもあります。

○司会(玉井) だいぶ苦勞されていますね。宮城会長。

○宮城 みんなまとめてあるので追加することはないですが、医師会としてはこういう場を提供して、みんなが考えていくことが必要だと思います。できるだけそういう機会は増やしていきたいなと思いますので、どうぞよろしくお願いします。

○司会(玉井) きょうは、長時間にわたって専門の先生方の貴重なご意見を、伺わせていただいて大変勉強になりました。きょうはどうもありがとうございました。

【引用文献】

(社)日本臓器移植ネットワーク. 日本の移植事情 2010年臓器移植法改正版. 2010.8.

