

## ヒトの死と、人の死

### —その2. 臓器移植と、その背景—

\*  
千田好子・高橋紀美子・岡崎節子

#### I. はじめに

臓器移植の歴史は比較的古い(1771年)それらは動物実験であり、臨床治療法としての臓器移植は腎臓の急性不全への応用(死体からの非血縁)であると言える<sup>1)</sup>。慢性腎不全の移植については1950年になってからであり(Lawlerらの死体腎移植で、同処性)、生体腎移植の最初はKussら(フランス)に続くScolaらの失敗例がある(1952, ポストン)。これらの症例は全て<非血縁>であり、血縁者間での生体腎移植はMichon(1953)らによっている。すなわち臓器移植の始まりは<死体>からの臓器利用であり、<生体間>による移植は非血縁者間で始まっている。これらに共通するものは移植免疫反応の抑制に悩まされていて、この解決はMerrill Johnの一卵性双生児・腎移植の成功例である(1954)。もちろん「移植における免疫反応」による拒否反応に関する功績は<皮膚移植>であり、Burnet, F.M.(ウシ)及びMedawar, P.B.(ネズミ)によるものである(1960年ノーベル賞の受賞)。その後「心臓移植」そして「肝臓移植」へと<動物実験での臓器移植>が行なわれ、今日に至っている。

最近になって日本では「生体の肝臓移植」が実施・成功例を認めると共に、死者からの臓器移植への成功率向上を目している。その結果現在では『脳死論議』が急速に浮上しているが<sup>2)</sup>、社会的な容認については十分とはいえない現実がある。もちろん臓器移植に関する動物実験あるいは基礎的な研究に関しては徹底的なものがあり、医学技術の開発・駆使についても我が国のそれは国際的に優位なものがある。しかし和田・心臓移植の告発(昭.43)という現実があり、20数年の沈黙・自重が続いていた。

一方では<角膜・腎臓の移植>は実施され、<骨髄移植>も例をみている。従って外科医の多くは『死者からの臓器移植』の実施は現実的・成功的な要素として蓋然性を自認し、大学独自の倫理委員会の容認を

待って、心臓・肝臓・すい臓についてもその成功に満を持している。間もなく『脳死及び臓器移植調査委員会』の中間報告が発表されるが、「脳死論議」に決着がつくまでは今暫くの待機が期待される。しかし死者からの臓器移植が、最近その推進派によって押し進められつつある。

#### II. 臓器移植の現況

臓器移植の臨床例は<腎臓移植>に始まり、『組織適合性』あるいは『免疫抑制法』の開発・進歩によって、移植施術数の増加・移植効果の向上が図られている。

##### 1) 腎臓移植

慢性腎臓不全患者の抜本的治療として、1964(昭和39)年に日本でも腎臓移植が実施されている。そして1989年には720例(総件数;約7,000)を数えるが、米国(年間の施術数;9,000)あるいは欧州(10,000例)に比し多くはない。とくに日本のそれは<生体腎臓移植>が約80%を占めているのに対して、米国では逆に<死体腎臓移植>が70%である。一方腎臓移植後の生存率(生着率)に関しては日本の生体腎の一年生存率は96.3%(89.3%)で、欧米の約95%(80%)に比して遜色はない。しかし日本の現況は生体腎臓移植が大部分をなすために、死体腎臓移植では欧米よりも劣っている。

##### 2) 心臓移植

臨床に於ける同種心臓移植の第一例はC. Barnardによって、1967年に実施されている。その後1989年までに12,631例(最近の1年間では約2,400)の移植が知られている。とくに米国ではその数が多く、109施設で1,441例(1987年現在)を数えている。また生存率も一年で79%、5年で75%、そして10年のそれは73%と高

\* 倉敷市立短期大学

表1. 臓器移植の状況

部位	適応	国内施設	実施例	患者数	予後	費用	臓器提供
心臓	特発性心筋症 冠動脈疾患 先天性心疾患	×	1,512例 (米国, 1987年) 3,000例以上 (全世界, 1987年)	(日本) 予測対象患者 1,000名 (米国) 待機患者 900名	1年生存率 5年生存率 70~90% 70%以上	1,000~ 5,000万円	脳死
肝臓	(小児)・先天性胆道閉鎖症 ・先天性代謝異常症 ・壊死後性肝硬変症 (成人)・壊死後性肝硬変症 ・原発性胆汁性肝硬変症 ・硬化性胆管炎	×	1,159例 (米国, 1987年)	(日本) 9,700~20,700名 (米国) 待機患者 500名	1年生存率 5年生存率 75% 64%	2,300~ 6,000万円 (平均 3,500万円)	大部分脳死 一部生体
脾臓	心・腎障害や網膜症など合併を 持った1型糖尿病 (インシュリン依存型)	×	192例 (全世界, 1986年) 累計1,394例 (全世界, ~1988年3月)	(日本) 4~7万名	1年生着率 1年生存率 46% 85%	420~ 560万円	大部分脳死 一部生体
腎臓	慢性腎不全 (人工透析患者)	○	8,800例 (米国, 1987年) 日本 500件 (累計4,000件)	(米国) 待機患者 13,000名 (日本) 人工透析患者 80,000人、毎年7,000人増	4年生着率 生体 死体 78% 67%	400~ 500万円 人工透析 年500万円	生体 死体
骨髄	白血病 再生不良性貧血 免疫不全症	○	150例 (日本, 1987年) 10,000例 (全世界, 1985~1987年)	(日本) 対象患者 2,600名	ALL非再発5年生存率 50% AML非再発5年生存率 80% 再生不良性貧血生存率 80%	11万円 (健保)	生体
角膜	円錐角膜 角膜白斑 角膜変性症	○	35,000例 (米国, 1987年) 1,500例 (日本, 年間)	(米国) 待機患者 5,000名	適応症により 成功率 50~95%	6万円 (健保) 50~100万円	死体
血液	貧血, 失血	○	1,500万パック(日本)			2,500~ 4,500円	生体
皮膚	熱傷	○					生体
肺	肺線維症, 肺気腫	×					死体
心・肺同時	原発性肺高血圧症	×	416例 (~1988年)		2年生存率 1年生着率 61% 86~91%		脳死
肺・腎同時	糖尿病性腎症	×					脳死
脳	パーキンソン病	×					中絶胎児
脾	血友病A	×					生体
骨・軟骨		×	実験段階				
小腸		×	実験段階				

—山田充ほか, 日本保険医学会雑誌, 87巻, p. 341, (1989)—

率であり、quality of life (生活の質) の向上を認め73%の社会復帰を成し遂げている。

一方日本では和田・心臓移植による移植後83日目の死亡以来(1968)、『脳死問題』の未解決とともに沈黙が守られている。しかし日本医師会生命倫理懇談会の最終報告による「脳死を人の死とする」の声明<sup>2)</sup>を受け・大学独自の倫理委員会の承認をまっけて、心臓移植の再開が機運として高まっている。

### 3) 肝臓移植

T.Starzlの臨床肝臓移植以来(1963)、免疫抑制剤シクロスポリンの開発・利用(1980年)によって『肝臓移植』の症例数が増加し、移植成績も向上している。すなわち最近では全世界の移植症例数は一万件を越えている(米国では1989年中に2,160例、欧州で3,911例)。日本では「生体肝臓移植」が1989年に初めて行なわれて以来、全国で次々と「生体による部分肝臓移植」の実施を見ている(表1)。また「脳死肝臓移植」についても、東京大・医科学研究所生命倫理委員会ではその承認が出され・京都大でも中間報告が出て、移植の実施へと胎動している。

表2. 生体肝臓移植(日本)

平成2年12月14日現在 [H.2-12-16, 朝日新聞]

実施大学名 (回数○)	患者 (年齢)	臓器提供者 (年齢)	施行年月日	経過 入院中	経過 退院	(日数) 死亡
1. 島根医大 ①	杉本裕弥(1)	父親(26)	1989・11・13			285
2. 京都大 ①	男児(9)	父親(37)	1990・6・15			179
3. 信州大 ①	女児(7)	父親(36)	6・19		42	
4. 京都大 ②	男児(3)	母親(38)	6・29		39	
5. 信州大 ②	男児(6)	父親(45)	9・11	○		
6. 京都大 ③	女児(9)	母親(38)	9・21		61	
7. 信州大 ③	窪田篤夫(1)	父親(35)	10・16			38
8. 京都大 ④	男児(3)	母親(30)	10・26		40	
9. 京都大 ⑤	男児(9)	父親(38)	11・21			25
10. 京都大 ⑥	女児(11ヵ月)	母親(26)	11・30	○		
11. 京都大 ⑦	男児(6)	母親(40)	12・14	○		

### 4) すい臓移植

R.Lilleheiによる膵臓移植(1967)以来、1988年までに膵臓移植が1,830回も報告されている。もともと膵臓移植は『糖尿病治療』の目的で行なわれ、「膵臓の体尾部移植」が主流を占めている。一年生存率は87%、生着率54%の成績である。

日本では筑波大学に於いて「膵・腎臓同時移植」が行なわれているが(1984年)、その翌年に告発され(表3・註)膵臓移植は頓挫している。

### 5) 心・肺同時移植

B.Reitzらはスタンフォード大学グループとして『心・肺同時移植』を初めて実施している(1981)。その後1989年までに785例(米国は年間40~50例)が行なわれて、生存率は一年で60%、5年で40%となっている。

これらの臓器移植についての問題点としては①移植臓器の獲得、②臓器の保存と運搬、③拒絶反応に関するもの等があり、『脳死論議』の展開と相まって解決を要する内容が多くある。

## Ⅲ. 『脳死判定の基準』と、『死の判定』

厚生省・基準によると、脳死の判定基準は『全脳死』である事を前面に打ち出して既述のような6項目を示している<sup>2)</sup>。一方ハーバード大学のそれは『全中枢神経系』を謳い<sup>3)</sup>、北欧諸国では『全脳梗塞』を当てている<sup>4)</sup>。筆者らは<脊髄機能の喪失>までを含めた内容を『脳死』の判定に求めるものではないが、三井らの言う<脳血流の停止>あるいは<低(無)酸素症>を脳死の目安とすること<sup>5)6)</sup>に賛意を呈する。その根拠は<医師の診断には限界がある>ことを知っているからであって、厚生省・基準に明示される<6時間の経過観察(場合によっては24時間)>を重要視したいと考える。すなわち「生命維持に不可欠な脳機能の喪失」を証明する適確な方法は現在では把握できないので次善の方法として採択するのである。その実例は<脳死からの脱却>が知られ<sup>7)8)</sup>、我が国でも半田肇の例がある<sup>9)</sup>。これらの例では、その当時に果して「適確な脳血流の阻害」を認めているか否かに疑問を残すのであるが、一応の事実として容認することとする。しかし「大阪大学の脳死者からの臓器移植」の実例(1989年9月3日)は、こうした一連の<脳死論議>を超越した『臓器移植』を優先する余りの<大きな過誤>として印象づけられる。その上、園田教授(当時の阪大・附属病院長)の談話には「臓器移植を優先して、ドナーを軽視する」に等しいものがあり、現・病院長もその主旨は同じである。筆者らは初め、この事例では単に若杉長英教授(法医学)の個人的な行為であると推察していた。しかし新聞報道(H.2-9-9)によって事実の経緯を知るにしたがって、<死者からの臓器移植>が目的であるという印象を受けるに至っている。大阪大学側の根拠には『脳死は人の死』とする日本医師会の見解や、大阪大・倫理委員会の結論の妥当性などにある(2-9-21, 園田孝夫病院長談

話)。しかしこの事例には日本医師会の見解はさておき、【A】法律上の過誤（死体解剖保存法、角膜・腎保存法）、そして【B】医の倫理に関する規定<sup>10)</sup>への誤解があり、具体的には次の5つの誤謬が挙げられる。すなわち①死体検案を無視したものがあり、②脳死の判定と、人の死の判定とを同義的に取り扱っていて、③人の死についての経過の観察を怠っていて（表3～5）、④人工呼吸器の取り外しに、司法解剖の担当医が立ち会っている（H.2-9-7、山陽新聞）、⑤複数の医師が要求される事象に、大阪大学・倫理委員会副委員長であり・司法担当医という同一人物がただ一人の立ち会い人として存在している。

大阪大学の事例については東大・医師グループや関西市民の会からの告発があり（H.2-10-24、読売新聞）、他にも同様なケースが筑波大学の脾臓・腎臓同時移植（1984, Sept.）など4例の移植について医師グループからの告発がある。

ここで改めて「脳死と心臓死」との関係<sup>2)</sup>を再録す

表3. 大阪大学医学部の事例(1990年)

事象	切迫脳死	第2回脳死	心拍動停止	司法解剖	両側腎臓摘出
月・日・時刻 (1990) 時間の経緯	9/3 19:00 約 2.4時間	19/4 19:35 約 2.4時間	18/30 18:30	18/5 18:35 即時	18/5 18:35 即時

—NHK-TV(1990-9-7):ニュース解説—  
(参考) 筑波大の場合(1984):脳死者で、『脾臓・腎臓』の同時移植を実施  
(『殺人、死体損壊罪』で、医師グループが検察庁へ告発)

表4. 『脳死判定』から『心臓死』までの時間経過

研究者	例数	最短	一般的	統計的
①竹内一夫 (1984)	300	2時間以内 (約1/4)	5～7日	3日以内(60%), 5日以内(87%), 7日以内(93%), 14日以内(98%)
②魚住 徹 (1985)		(脳死の『判定基準』によりマチマチ) 25分～2時間		
③村上誠一 (1989)	6	2時間16分～53時間20分		
④千代孝夫 (1990)	24	7日以内 [詳細, 図示] (76%)		
⑤前之園晃幸 (1990)	35	22.14 ± 21.59		

⑥: 竹内一夫ほか(杏林大・脳神経外科):脳神経外科における脳死の実態, 脳と神経, 36, 1984.  
魚住徹ほか(広島大・脳神経外科):脳死の判定, 治療学, 14, 1985.  
村上誠一ほか(金沢大・医・麻酔学教室):脳死の臨床, 23(1):1989.  
千代孝夫ほか(関西医大・救命救急センター):脳死症例における～, 救急医学, May, 1989.  
前之園晃幸ほか(川崎医大・救急医学):脳死に合併する臓器障害の検討, 救急医学, Jan, 1990.

表5. 岡山県の実例・K氏(18才)の場合

事象	発症 (突然の意識不明)	第1回脳死 判定	第2回脳死 判定	心拍動停止
月・日・時刻 (1990) 時間の経緯	3/10 14:00 約 72時間	13 14:00	14 約 24時間	17 22:48 約 7日間

—吉岡純二・岡山旭東病院—

る訳ではないが、＜死者からの臓器移植＞の場合には『脳死判定』から＜心臓死＞までの観察を省略化し、徒らに臓器の摘出に汲々とする移植医の姿が浮かんでくる。

多くの研究者によると、＜脳死判定＞から、＜心臓死＞までの時間経過は可成りの時間（日数）を要している（表4）。また吉岡純二の実例（18才）<sup>11)</sup>では約4日間を要している（表5）。もちろん症例によって差異の大きいことは推察出来るが、大阪大の場合（表3）は余りにも短時間であり、第三者からは「移植が目的である」と言及されても致し方はないだろう。

#### IV. 臓器移植ネット・ワークなど組織・機構づくりの必要性

我が国では死体腎臓移植に関しては、厚生省の指導により「地方腎移植センター」が設立されている。また平成2年度の国家予算によって 移植コーディネーターの件数20名分が認められている。

欧米ではユノス（United Network for Organ Sharing, 米国）、あるいはユーロトランスプラント（Euro Transplant）が欧州の数カ国で活発な活動を発揮して＜移植臓器の獲得＞を行なっている<sup>9)</sup>。すなわち最近では人口100万人あたり46人の年間提供者を推計学的に算定している。しかし実際には米国フロリダ州の43人、スウェーデンの40人、そしてアラバマ州では20人の実績である。欧米では移植数の急増に対応して、一人の提供者から多数臓器（心臓と肺との一塊、肝臓、すい臓・尾部、両側腎臓、さらに角膜、皮膚その他の臓器）の摘出を一般的なものとしている。

ユノスの理事会は31人の構成で、そのうち18名は医師以外からの選任となっている。またコーディネーターは組織適合性の責任者、あるいは宗教・心理学・健康保険機構の代表が選ばれている。また1,000人以上のコーディネーターは各地の『移植臓器獲得機構』に属して、『全米移植コーディネーター協会』を組織し、活動の円滑化を図り・社会的な地位向上に向けて努力している。しかしその前途には臓器獲得数においても組織活動の実際面においても多難であると側聞する。反面では臓器保存液の開発は、獲得臓器の移植への適応を容易にしている。すなわち肝臓ではEuro-Collins 液では保存時間は5～6時間であり、Wisconsin 液によると30時間までの保存が可能

である。最近では H-L 液が開発されて、さらに長時間の臓器保存（動物実験；ラット）が可能である（第26回移植学会・発表）。

臓器移植の状況（表1、その他）によると、脳死者からのものは米国を始め諸外国では「心臓」・「肝臓」・「すい臓」などの移植が数多く実施されている。我が国と比較すると、移植への取組の違いを感じる。すなわち機構によるネットワークが率先して実施する諸外国と、単独の医科大学チームによる個人プレーとの差異を感じない訳にはゆかない。事実岡山大学・折田教授などはその点を指摘して（H.2-10-29, 山陽新聞）、臓器移植への実施を自重して・基礎研究に重点を置いてく好機の到来を待っている。

## V. 臓器移植への推進と、慎重論

### 1. 第26回日本移植学会

（H.2-10-31～11-2、於・岡山市）

日本移植学会は久々の盛況裡に開幕された。それは和田・心臓移植以後は「腎臓移植学会」という実態であったが、今回は生体肝臓移植が島根医科大学で実施されて1カ年の間に8例の施術があり、現在では11例を数えていて（表2.）、腎臓移植以外の手術報告が期待されるからである。また国の「脳死臨調」の発足・中間報告への期待も大きいものがある。折田薫三・会長は「残るは脳死移植だけ。人間愛に満ちた真摯なディスカッションを期待する」と、開会の挨拶を行ない、『人間からみた臓器移植』の特別講演（米国・教授）と、イブニング・セッション『生体肝臓移植』の企画で特徴付けられるものを示している。また『移植医療の推進にとって何が必要か』の公開シンポジウムでは移植医ら専門家5名に混じって、脳死肝臓移植の海外体験者・家族の訴えを加えている。

結果的には「移植でなければ、助からない患者さんが大勢いる。早く脳死段階の臓器移植を実現させよ」で代表する、専門家以外からの発言を認めている。また「（前略）移植の推進派だけではなく、脳死での移植への判断の下せる内容」の討議を希望する学生などを散見する。一方専門家の方では①組織適合検査の詳細、②免疫抑制剤の使用に関する専門的な内容、などの検討を行なうとともに「日本の現状を変える刺激が欲しい」を頂点とする「脳死移植」への推進を論じるものが多く挙げられる。とくに「臓器移植後の拒絶反応に、特定の遺伝物質が関与する」（岡山大学・第一外科の研究グループ）が大きな問題の提起として注目される。

### 2. 大学独自の倫理委員会

①東大医科学研究所・倫理審査委員会は「脳死での肝臓移植」を我が国で初めて承認する（1990, Feb.）。②大阪大・倫理委員会も中間報告として「心臓・肝臓などの脳死移植にゴー・サインを示し（1990, Aug.）、続く③岡山大、島根医科大、鹿児島大、熊本大、九州大などでは臓器移植の申請を行ない、現在は審理中である。しかし東大では、未だその実施には至っていない。また大阪大の場合は中間報告に示される「地域ネットワークづくり」・「臓器登録者・移植対象者の登録制度」など機構づくりの整備に手間取り、加えて「傷害事件の被害者からの腎臓摘出・移植」によって、その実施は頓挫の形である。

これら死者からの臓器移植の実施には生体臓器移植と異なって、①ドナー・ネットワークの整備を先ず必要とし、②脳死の判定基準に関する問題、③人工臓器と臓器移植との関係、④臓器適合反応・拒絶反応への配慮、⑤患者と医師との問題（informed consent）、⑥再移植の必要性がある症例の問題、⑦経済的負担など、医療技術水準とは別に事前に解決を要する内容を多く抱えているのが日本の現状である。

### 3. 患者別の優先順位

日本肝臓移植適応研究会（内科・小児科の肝臓専門医の集まり）は第5回の会合で『適応基準』をまとめている。対象とする疾患は「原発性胆汁性肝硬変」・「胆道閉鎖症」・「劇症肝炎」・「肝臓のガン」・「肝硬変」の5つであり、優先順位としては①患者の病状経過の子測、②移植にふさわしい時期の判定法、③疾患別の優先順位、④患者別の優先順位、などを具体的な形でまとめている〔H.2-9 23. 新聞報道〕。また日本小児外科学会は公開シンポジウム「胆道閉鎖症治療の現況と肝臓移植」の討論では（H.2-4-26 松山市）積極的に移植医療を目指すより『葛西の手術』に期待を寄せる、結論を出している<sup>2)</sup>。

### 4. 『臨時脳死及び臓器移植調査会（脳死臨調）』

我が国の『脳死問題』に関しては、最近の厚生省・研究班『脳死基準（1985年）』に次いで日本医師会が「脳死を人の死とする」表明（1988）を行ない、政府は『脳死臨調』を参議院・内閣委員会で可決し（平成元年11月28日）首相の諮問機関として発足する（平成2年3月）。メンバーは会長・永井道雄（医学界）をはじめ各界から選ばれた15名の委員（森亘、木村栄作、梅原 猛、斉藤明、宇野 収、平野龍一、早石 修、

井形昭引など)が二ヵ年の期限内で『脳死』や『臓器移植』の問題を検討する。

結論次第では『脳死』・『移植』に関する法律づくりが始まる可能性もあり、最大の論点は「何をもって人の死とするか」である。調査・視察の概要は次の通り。

- ①北里大・救命救急センターの視察 (6名, 1990-5-19)
- ② " (6名, 1990-6-30)  
これらの視察によって、多くの委員は「実感として、理解が深まった」との感想を、梅原猛委員は、とくに「臓器提供者の人権は、移植を受けられない患者と同様に或はそれ以上に重い」と、それぞれに述べている。
- ③第3回会合 (H2-6-21); 竹内一夫・杏林大学長から聞く。
- ④欧米州視察 (米国, 1990-July)
- ⑤ " (英国, デンマーク, ドイツ) (1990-Sept.)
- ⑥ " " [1990-10-16, 朝日新聞]
- ⑦ " (アジア, オセアニアなど)
- ⑧平成2年10月31日; 会合
- ⑨有識者への『アンケート調査』 (H.2-11-20); 医療・法曹・言論・哲学・倫理など8分野の1,000名を対象者(731名から解答)とした解答の概要は<脳死を人の死>として65%が認め、60%以上が<脳死者からの臓器移植>を認めるべきだとしている。もちろん分野別の肯定率は異なり、医療・医学関係者では80.4%が肯定的である。
- ⑩中部地区『公聴会』(事前の応募者19名, 発表者8名)の開催(1990, Nov.)。
- ⑪国政モニター「脳死と臓器移植」550名(344名回答)[調査Aug., 1990, 公表は12月]によると、原則的な容認は2/3を占めている。
- ⑫第9回会合; 委員相互で、非公開討議(H.2-12-6, 24時間の討議, 於・静岡県)

委員13名と、参与3名が参加。

- |     |   |  |
|-----|---|--|
| テーマ | { | <ul style="list-style-type: none"> <li>(1) 脳死を人間の死と認めるか。</li> <li>(2) 臓器移植の是非。</li> <li>(3) 現在の脳死判定基準の妥当性。</li> <li>(4) 医師への「国民の不信感」</li> <li>(5) その他</li> </ul> |
|-----|---|--|

この調査会の経緯からは、『脳死』及び『臓器移植』に対する「法的な処置」に結論づける事に至るかも知れない。しかし『脳死論議』では一つの結論へは到達せず、賛否の併記になると推察される。

## Ⅵ. その他、アンケート調査によるもの

### 1. 腎移植学会での発表 (1990-1-26)

正月26日の地方紙・夕刊は二面トップに大見出しで『脳死:看護婦の半数は認めない』という記事を載せていた。内容は国立循環器センターに勤めるY氏(移植コーディネーター)が行なったアンケート調査の結果で、腎移植学会で発表されたものである(1990-1-26)。Y氏の感想としては「救急病院でもスタッフの認識はまだ不十分で、一層の啓蒙活動に力を入れたい」である。

調査対象は大阪周辺の3救命救急センターと、公立病院2・私立病院8(いずれも救急病院)の医師・看護婦・事務職員で回答数は約700である。その結果は①脳死を「人の死」と考えるのは医師で77%,看護婦で44%,その他のスタッフで48%が肯定的である。②脳死を「人の死」であると法律で定めること:賛成は医師の57%(反対が9%)で、看護婦の35%が賛成で、20%が反対の意見である。③真正面からの反対は少なく「どちらとも言えない」が多く、現状が浮き彫りにされている。

### 2. 日本移植学会での調査報告

『日本移植学会』が岡山で開催され、京都府立医大・腎移植チームの64病院への調査報告(H.2-11-2)によると、京都府の医療現場では「脳死者を<死体>として取り扱う事には躊躇が大きい」とハッキリ示されるという結論である。その内容は①心拍動の停止まで<人工呼吸器>を42%が継続使用している。②30%は家族の承諾を得て、人工呼吸器の取り外しをする。③医師の判断のみで、装着を停止する事はしない。ということで、観念的には「脳死をヒトの死」と考えていても「家族の承諾なしで、治療を打ち切る」ことには抵抗感を持っている実態がよく判かる。

### 3. 雑誌・編集部アンケート調査<sup>12)</sup>

『からだの科学・編集部』では愛読者カード・定期読者ファイルからの任意抽出で384名に解答を求め、221名(男子140名,女子80名,不明1)からの解答を得ている。

①臓器移植医療に賛成ですか……はい54%,いい

- え14%、どちらともいえない32%
- ②脳死を個体死とするか……はい58%、いいえ12%、どちらともいえない29%
- ③脳死を臓器移植と結びつけて考えることについて……切り放す58%、当然結びつける19%、分からない15%
- ④ドナー・カードの所持……無解答8%とその他37%を除いて残余は所持なし。
- ⑤臓器移植についての話し合い……はい69%、いいえ26%、無解答5%
- ⑥、⑦は直接関係がない項目であるから略す。

## Ⅶ. むすび

我が国で初めて『生体肝移植』が島根県立医科大学の医師グループによって、突如として実施(H.元-11-13)されてから13カ月の間に11例の同じ移植が実施されている。この内、手術後の死亡例が3例(現在も入院中は3例)を数える。外科医の心の内では、「脳死者からの移植」であれば<100%の成功>であるとの思いがある。事実、東京大学では『脳死者からの臓器移植』に倫理委員会は承認を与えているし、多くの大学でも『認可の申請』が出されている。それらの中1~2を除いては、その承認について現在のところ審理を行なっている。

一方、厚生省の「脳死研究班」が『脳死の判定基準』を公表したのは1985年12月で、研究班の結論が出てから2カ年の後である。この研究班では一応の結論には達したが、さらに検討の余地を残していたと思われる。しかし此の公表は1985年2月に筑波大学で脾臓腎臓同時移植手術が実行され、その事実を東京大学の医師グループによって告発された事に触発されたものとする。その後日本医師会では脳死問題を検討して、その生命倫理懇談会は「脳死を人の死」とする声明を発表している(1988)。恐らくこれが原因となって政府は『臨時脳死及び臓器移植調査会』を発足させ(1990)、『脳死論議』が現今のように活発なものとなったと思われる。

それにも拘らず移植医たちは、米国で言う「大脳死

は人間の死である」を基盤として、「そこに患者が待っている、希求する現実がある」を楯にとってレニビエントに応えようとしている。しかし脳死状態の人(ドナー)に眼を移す時、彼は「果して、死んでいるのだろうか」という粗野な疑問を抱くことに気づく。なる程「脳死は医学的にみて、死である」ことに、筆者らは否定するものではない。しかし“Neo-Mort”を耳にすると、“Neo”の三文字が気になって仕方がない。すなわち“Death”ではなく新しい呼称・言辞の意味するものである。もし「脳死は人の死である」を唱えるならば、日本の社会にあって此の“Neo”を取り除く努力が必要ではないだろうか。

大阪大学の事例(1990-9-3)は『脳死論議』のさ中に、脳死者から敢えて臓器移植を行なった(それも傷害事件に関係する)ものとして、着目しない訳にはゆかない。すなわち大阪大・事例は『脳死移植』に対する推進派の内情を露出する一端であると、筆者らには思えてならない。脳死移植の推進派は20数年前の和田・心臓移植、あるいは筑波大学の脾臓・腎臓同時移植を反省の資料とはせず、むしろそれらに加勢するように<強行突破>の形であると思われるも致し方がない。

脳死臨調・委員の梅原猛は「脳死を<死>であると決めないと、外科医は臓器移植の実施へと踏み切れないだろう」と言い、さらに『死の概念の変更』を求めている。それは単に<臓器移植>のために『死の概念』を変えるのではなくて、近代科学に立脚して<より適切な>死の概念への模索でありたいと念願するからである。

筆者らは臓器移植の推進派の唱える「脳死は非可逆的である」と「人間の死」との間には、大きな隔たりがあると考える。その根拠として「脳死者からの出産例」あるいは「脳死者の延命を願う医療」など、脳死移植とは真反対の事象についても考究することを課題として『ヒトの死、人間の死』結論へと臨まねばならないと考える。

(平成3年1月8日・脱稿)

【付録】 『生体肝臓移植』その後の実施(追加)と、経過

実施大学名 (回数○)	患者 (年齢)	臓器提供者 (年齢)	施術年月日	経過(日数)			備考
				入院中	退院	死亡	
1. 島根医大 ①	杉本裕弥(1)	父親(26)	1989・11・13			285	多臓器不全
2. 京都大 ①	男児(9)	父親(37)	1990・6・15			179	呼吸不全
3. 信州大 ①	女児(7)	父親(36)	6・19		42		
4. 京都大 ②	男児(3)	母親(38)	6・29		39		
5. 信州大 ②	男児(6)	父親(45)	9・11	○			
6. 京都大 ③	女児(9)	母親(38)	9・21		61		
7. 信州大 ③	窪田嵩大(1)	父親(35)	10・16			38	多臓器不全
8. 京都大 ④	男児(3)	母親(30)	10・26		40		
9. 京都大 ⑤	男児(9)	父親(38)	11・21			25	心不全
10. 京都大 ⑥	女児(11ヵ月)	母親(26)	11・30	○			
11. 京都大 ⑦	男児(6)	母親(40)	12・14		48		
12. 京都大 ⑧	男児(11)	母親(35)	1991・1・11			21	肺不全
13. 東京女子医①	女児(1才11ヵ月)	父親(35)	1・17	○			
14. 京都大 ⑨	女児(1才3ヵ月)	母親(28)	1・25		23		
15. 京都大 ⑩	男児(9ヵ月)	母親(37)	2・8	○			
16. 京都大 ⑪	女児(8ヵ月)	母親(25)	2・15	○			
17. 東京女子 ②	女児(2才)	父親(28)	2・25	○			
18. 京都大 ⑫	女児(1才3ヵ月)	母親(24)	3・1		33		
19. 京都大 ⑬	女児(5才)	母親(40)	3・8			157	感染症
20. 京都大 ⑭	女児(2才)	母親(39)	3・15		○		
21. 京都大 ⑮	女児(3才)	父親(28)	4・26		○		

(註. 平成3年8月6日現在32例の生体部分肝臓移植が実施され、8人死亡している。)

引用文献

- 1) 橋本 勇：臓器移植の歴史と現況，からだの医学，No.155,34~37(1990, Nov.)
- 2) 三木福治郎ほか：(その1) 脳死問題をめぐって，岡山県立短大・研究紀要 35, (1991)
- 3) Report of the AdHoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death：JAMA, 205, 337, (1968) [文献 8)より孫引き]
- 4) Ingvar, D.H.: Acta Anaesthesiol. Scand. (suppl.), 45, 129, (1971) [文献 8)より孫引き]
- 5) 川島康生：脳死の判定と臓器移植，診断と治療，23, 2641~2638 (昭和63)
- 6) 三井香見ら：脳死，診断と治療，77, 2488~2491, (1989)
- 7) 桂 秀策：脳死と個体死(2)，日本医事新報，No.3390, 51~54 (平成1年)
- 8) 桂 秀策：脳死と個体死(1)，日本医事新報，No.3389, 43~48 (平成1年)
- 9) 半田 肇：脳死の判定とその運用，病態生理，10月号(1985)
- 10) 厚生省健康政策局医事課・編：生命と倫理について考える，医学書院(東京)，298 (1985)
- 11) 山陽新聞社編：揺れる「いのち」，山陽新聞社(岡山市)，145 (1990)
- 12) からだの科学・編集部：臓器移植と脳死に関するアンケート調査，102~103, No.155, 日本評論社(1990)

平成3年1月17日受付

平成3年5月16日受理