

第四百四十回 参議院臓器の移植に関する特別委員会公聴会会議録第一号

平成九年六月十三日(金曜日)

午後一時一分開会

委員の異動

六月十一日

辞任

尾辻 秀久君

大島 慶久君

塩崎 恭久君

中島 眞人君

大島 雅子君

補欠選任

河本 英典君

松村 龍二君

中原 爽君

谷川 秀善君

大淵 絹子君

辞任

河本 英典君

谷川 秀善君

中原 爽君

松村 龍二君

補欠選任

尾辻 秀久君

中島 眞人君

塩崎 恭久君

大島 慶久君

六月十三日

辞任

大淵 絹子君

補欠選任

大淵 雅子君

出席者は左のとおり。

委員長

竹山 裕君

事務局側

常任委員会専門員

常任委員会専門員

公述人

北海道大学医学部第一外科教授

慶應義塾大学名誉教授・弁護士

三菱化学学生命科学研究所副主任

阿部 正俊君

石渡 清元君

尾辻 秀久君

大島 慶久君

小山 孝雄君

田浦 直君

田沢 智治君

中島 眞人君

長峯 基君

南野知恵子君

宮崎 秀樹君

大森 礼子君

木暮 山人君

山崎 順子君

山本 保君

渡辺 孝男君

大淵 雅子君

菅野 壽君

千葉 景子君

中尾 則幸君

橋本 敦君

佐藤 道夫君

末広真樹子君

栗原 君子君

吉岡 恒男君

大貫 延朗君

藤堂 省君

中谷 瑾子君

渡辺 環君

橋島 次郎君

日本移植コーディネーター協議会会長

大正大学教授・浄土宗僧侶

藤井 正雄君

本日、の会議に付した案件

○臓器の移植に関する法律案(衆議院提出)

○臓器の移植に関する法律案(猪熊重二君外四名発議)

○委員長(竹山裕君) ただいまから臓器の移植に関する特別委員会公聴会を開会いたします。

本日は、臓器の移植に関する法律案(第百三十九回国会衆議院第一二二号)及び臓器の移植に関する法律案(参第三二二号)につきまして、六名の公述人の方々から御意見を伺います。

御出席いただいております公述人は、北海道大学医学部第一外科教授藤堂省君、慶應義塾大学名誉教授・弁護士中谷瑾子君、主婦渡辺環君、三菱化学学生命科学研究所副主任研究員橋島次郎君、日本移植コーディネーター協議会会長玉置勲君、大正大学教授・浄土宗僧侶藤井正雄君、以上の方々がでございます。

この際、公述人の方々に一言ごあいさつを申し上げます。

本日は御多忙のところ本委員会に御出席をいただきまして、まことにありがとうございます。

皆様方から忌憚のない御意見を拝聴し、今後の審査の参考にしたいと思っておりますので、よろしくお願いいたします。

本日の議事の進め方でございますが、まず、藤堂公述人、中谷公述人、渡辺公述人、橋島公述人、玉置公述人、藤井公述人の順序で、お一人十五分程度で御意見を述べいただき、その後、委員の質疑にお答え願いたいと存じます。

それでは、まず最初に藤堂公述人をお願いいたします。藤堂公述人。

お座りになったままで結構でございます。

○公述人(藤堂省君) 北海道大学医学部第一外科の藤堂でございます。

まず、自己紹介と私の経歴を申し述べたいと思います。

私は、昭和二十二年、一九四七年に生まれまして、医者になりましたのが昭和四十七年、一九七二年であります。一九八四年、昭和五十九年からアメリカ・ペンシルベニア州ピッツバーグ大学で十三年間、肝臓を中心とする移植外科に携わってきておりましたが、本年一月一日に、現在の職務に赴任するために帰国いたしました。

私が肝臓移植を志しましたのは理由がございます。私が医者になりました年、一九七二年に最初に死亡診断書を書いた患者さんが肝硬変、しかも三十二歳の男性で、新婚で奥様のおなかの中に初めてのお子さんが宿つていらつしやる。その患者さんの死亡診断書を書きましたときに、当時まだ肝臓というものはなかなかメスが入らないいわば未開の分野でございましたので、いつかこういう患者さんを助けられる医者になりたいと決心しまして、その後、肝臓外科、それから肝臓移植の道を歩いてまいりました。

米国では、十三年間に下ナリ、すなわち脳死患者さんからの臓器の摘出を三百例から四百例行いました。それからレシビエント、実際に肝臓移植の手術を一九九四年まで、三年前までに一千七例を経験いたしております。さらに、二例のヒトから人への臓器移植、それから約百例の、世界じゅうで四百五十くらいしかないんですけれども、正確には九十四例の小腸移植も手がけてきております。

今回、日本に帰りました理由は、二年前に決心

したことなどですけれども、旧脳死法案が審議がないままに廃案になるということで、このままでは日本で移植を待つていらつしやる患者さんの方の塗炭の苦しみといえますか、お手紙を何度かいただきましたけれども、その苦しみをほうっておくことを外科医としてあるいは医者として容認できませんで、とにかくジュールに入る覚悟で帰ってまいりました。

帰ってきました、実際に赴任したのがことしの一月なんですけれども、昨年の十二月ごろからこのような中山法案あるいは猪熊法案などのような脳死法案が国会で審議されるようになったことを非常に喜んでおります。

私の移植外科医としてのバックグラウンドが米国を中心としたものであり、また帰国して間がないこともあり、私の考え方は多分にアメリカ的な考え方を申し述べるかもしれませんけれども、私のこの法案に対する意見を述べます前に議員の先生方に、日本とアメリカの臓器移植、特に肝臓移植の現状がどのように違うかということをお聞きしたいと思っております。

アメリカでは今から三十年ほど以前に、すなわち一九六三年に最初の肝臓移植が行われました。技術も未熟でその患者さんは手術中に亡くなったと私の恩師トーマス・スターズルからそのときの状況を詳しく聞いております。その後二十年にわたって技術や薬剤の改良がなされて、一九八三年、たつた今から十五年前にアメリカで肝臓移植は患者さんの治療に使える方法論だということが認められておるわけです。

その後の肝臓移植の発展と普及は目覚ましく、例えばアメリカだけをとりましても、昨年一年間の肝臓移植の症例数は四千例を超えております。その発展の主な理由は、スイスの化学者が開発したシクロスポリンという免疫抑制剤、さらに一九九〇年から使用を始めましたけれども、日本の化学者が開発したタクロリムスという新しい免疫抑制剤によって移植後の成績が非常によくなったためであります。

例えば、一年生存率で比較してみますと、それ以前の成績は一九七〇年代までは三五%でした。一九八〇年代に入りましてそれが七〇%以上になり、一九九〇年代に入りそれが八〇%以上に向上しております。

米国ではこのような移植成績の向上に伴い、確かに新たな問題が生じております。肝臓移植が一般に理解され、移植を受けたという患者さんがふえてきております。昨年一年間で移植待機をしている患者さんは八千例以上を超えております。ところが、ドナー、移植に用いられる臓器、グラフトと言いますが、それを提供してくれる患者さんが徐々にありますがふえてはおりませんけれども、五千四百という数にとどまっておりますので、どうしてもすべての患者さんを救うことはできません。したがって、待機患者の約一〇%は待機中に死亡しておるといふ状態でございます。

現在、米国の連邦政府、州政府、それからUNOSといふ臓器の公平な配分を目指す公的機関、あるいは移植に関係するいろんな免疫の研究施設などが、さらにドナー・ネーションあるいは移植外科そのものの重要性というものを社会に訴えるべく運動を続けております。

他方、日本では、皆様御承知のように生体肝移植というものが行われております。これは一九八〇年代の後半にブラジルで始まった方法論ですけれども、一九八九年に日本の島根で第一例が行われました。その後、技術の改良に伴って日本では約五百の症例が行われております。それから、世界じゅうでは生体肝移植は約千例行われております。

欧米では当初、この生体肝移植については非常に批判的な意見でございました。と申しますのも、二つのファクターがありました。一つは生体にメスを入れるという道義的な問題、それからもう一つは、生体から臓器を摘出するということは決してリスクがない、全くないというわけじゃないという事実、例えば今まで世界じゅうに千例ほど生体肝移植がございますけれども、既に三例の

臓器を提供した患者さんの死亡が知られております。

それから三番目に、生体肝移植について倫理的な、これが一番欧米でできるだけ生体肝移植を避けようという理由でもあったんですけれども、倫理的問題が言われておりました。すなわち、そういう移植を必要とする患者さんを持つ親御さんあるいは肉親が外から無言のうちに心理的な圧迫を受けるということ、それによって判断をしなければならぬということが倫理的問題として挙げられてきております。

実際、私は日本に帰ってまいりまして、現在そういう患者さんが入院していらつしやるんですけれども、お母さんの苦悩ぶりというのは、そばで見ても本心に医者としてつらいものです。

そのためには、そういう問題を払拭するためにも、脳死肝移植というものを日本で進めなければならぬというふうに考えて帰国したんですけれども、日本の場合は脳死ということと臓器移植ということが同じテーブルで語られているがためにこういう問題が起きたんだと思っております。

欧米では、既に脳死というものは医学上の死であるということが一九六〇年の後半から八〇年代の初期において、人工呼吸器あるいは救急医学の発達とともにそういう現象が生じたのでありますけれども、既に医学的な死であるということが定まらされておりました。そのころ少しづつ症例がふえてきた臓器移植にそういう倫理的問題があるということがありますので、それでは脳死の患者さんから善意で臓器を提供していただいて移植していただいたらいかがだろうか、そういう歴史的な変遷がございまして、決して二つの問題が同時に日本のようにできたわけではございません。

もちろん、そういう問題が解決されるためには、これも私の師でありますスターズル教授からその当時のことを日本に帰ってきました前に詳しく聞いたんですけれども、司法界とかマスコミとか行政とかあるいは一般の市民の方々の強い支持が

あったと聞いております。それが現在の欧米の臓器移植を進めてきた源でもあるわけです。

それでは、この脳死の法案をどのように考えればいいのか。私は中山法案に賛成でございますし、日本には菩薩道という言葉もございまして、欧米のキリスト教の世界では愛という言葉がござい

ます。自分の、脳死になった患者さんの臓器を提供するということはまさしくその表現であります。もし患者さんがそのときに死でないとすれば、例えばドナーの家族は、私のその善意を生かすためであつたにしても、生きた者から臓器を提供した、それからレシピエントの患者さんは、生きるために生きた人から臓器をいただいた、そういう心理的な問題はいつまでも残ります。それから、救急医療あるいは移植医療の現場でも、そういうことがはつきりされていなければスムーズに現場を運営することができないと思っております。

以上でございます。

○委員長(竹山裕君) ありがとうございます。それでは次に、中谷公述人をお願いいたします。中谷公述人。

○公述人(中谷環子君) 時間の制約がありますので、できるだけ論点を絞って申し上げたいと思

います。

まず第一に、脳死は人の死かどうかということでございますが、私自身は、医学的な死であると同時に、やっぱり脳死は人の死だというふうに考えております。その脳死を法定すべきかどうかについては、私は法定の必要はないというふうに考えてまいりました。

ところが、平成四年に私、厚生省の科学研究費をいただきました臓器移植をめぐる法的諸問題という研究班をつくりました。これには、私は刑法が専攻ですけれども、刑法だけではなくて民法のしかるべき有数の先生にも入っていただきましたし、そのほかに、法医学者、救急医学者、それからいろんな方に入ってもらったほかに、どうしても検視の問題があるものですから、警察庁と法務省の検察庁の担当の方に入っていただきました。

それで、一年間かかって、脳死者からの臓器の提供というときに一番適性があるといいますが、そういうのは事故死、交通事故とかその他の事故死体であるというふうに考えましたもので、それから、それについての刑事訴訟法で規定されている検視の問題があるもので、その点についていろいろ話し合いをしまして、完全にこの人は死に至るということがはっきりしている場合には、脳死の段階でその検視をし、そして臓器の摘出を認められなければならないという話を続けましたけれども、法的な根拠がない限りは絶対にだめだということその壁を崩すことができませんでした。

それで、非常に私は無力感に襲われたわけですが、けれども、どうしてもこれは臓器移植法という、少なくとも脳死を死と認める何らかの法的な根拠がなければならぬんだなということを感じたわけでございます。脳死については一般の理解が非常に不十分だという感じを持ちます。

第二番目に、移植医療は結局は過渡的な医療であるということの認識が必要ではないかということも考えます。

脳死というのは、全死亡者の一%未満の人が脳死というプロセスを経て死に至ると言われております。ですから、日本では、ごく最近になりますと、ちよつと死亡者の数がふえて大ざっぱに言つて九十万人と言われているから、そうしますと八千人から九千人というのが脳死のプロセスを経る方だということが考えられます。きょうかと思ひます。そのうち移植との関係で考えますと、移植に臓器の提供をしていただきたいという対象者はさらにちよつと少ないということになります。国民の皆様に知っていただきたいわけですが、

脳死がどうしてそこから蘇生不可能かということについての御認識も非常に不十分で、私はかつて大変有数な、日本一と言われる脳神経外科医の先生に、先生、脳死について国民一般に対する啓蒙をやっていただけませんか、随分誤解がありますよと、私はいろんなところで話をすればいい、正確に脳死というものについて理解している

発言というものに今までお目にかかったことがない、だから先生方がそれをやっていただけじゃないかとお願いしましたら、自分は忙しくてとてもそんなことをやっている暇はないよというふうな断られました。その後も啓蒙といいますが、そういうものが実際にやられていくかどうかについて、私は非常に残念な段階にあるのではなからうかというふうな考えをしております。

第二番目に、先ほど申し上げましたように、移植医療は過渡的な医療にすぎない。今は欧米では通常の臨床で行われ、通常の医療として定着しているわけでございますけれども、もしこれが人工臓器が開発されればそれに当然変わるだろうと思ひます。あるいは人クローニングというのも、臓器だけのクローニングができればそれは大変いいことではないかと思ひますし、いろいろなことが将来は考えられるけれども、しかし現段階では臓器移植をしない限りは延命できないという患者さんがいらつしやることも確かで、そういう方たちが移植医療を受けられないためにみすみす亡くなつていくということも現実なわけですから、それに対応するべき何らかの措置がどうして必要だろうというふうな考えております。

私は、この法案について見ますと、法案の第六条に生前の書面による提供意思の表明の必要性というところが中山案に修正として入れられました。これはドイツの人たちからいうと反脳死論の意見を入れたもので、脳死論とそれから反脳死論の妥協であるというふうな評価があるようです。資料を私お届けしてありますので、それをごらんいただきたいと思ひますが、そういうようなことがあ

るわけでございます。これが脳死論と反脳死論の妥協かどうかはわかりません。しかし、臓器の提供について、当事者本人の意思が尊重されなければならぬということとは脳死論調の報告書でもうたわれているところでありまして、それはそれなりに大変評価できると私は考えます。しかし、これにはまず早急にドナーカードというものの普及を図らなければなら

ないだろうと思ひます。

ドナーカードの普及については後から王置さんがおつしやるだろうと思ひますけれども、臓器移植学会なんかで既に今二百万枚の予定をしているというふうな聞いております。そのときのドナーカードに書かれるべき文言についても検討中のようでございますので、そういうものを含めまして至急にそれを始めないと、せつかくの本人の意思の表明というのが、事故死するような若い方が生前にこれを表明しておくことはほとんど考えられません。

ドイツではこういうことを考える意思表示主義といいますが、コントラクティング・インになるわけですが、こういうものを認めることはほとんどの臓器移植を不可能にするものだ、非常に困難にする、今までやってきた九〇%はこれによつてできないことになるだろうというふうなことが書かれております。それも資料の中にありますので、ごらんいただきたいと思ひます。

そういう意味で、本人の書面による意思の表明ということが原則でも、それに対して補充的な家族の意思みたいなものを、前はんたうという言葉が使われておりましたが、そんなくという言葉がいいか悪いかは別論といたしまして、何か補充的なものを考える必要はないのかというふうなことも考えております。

提供者の、ドナーの数が減つていく、少ないということとは先ほどの藤堂先生のお話にもありましたけれども、アメリカでもそれに対応するため、ユニホーム・アナトミカル・ギフト・アクトという一九六八年にできた法律は全部の州で受容されましたけれども、ドナーをふやそうという形で、最初に病院に担ぎ込まれたときに、もし何かの場合はあなたは臓器を提供してくれますかということ聞いて、それによつて保険医療にするかどうかを決めるという一九八七年の改正法は評判が余りよくなくてなかなか実施されていないというふうなこともありますけれども、そういう問題も考えなければいけないだろうということですが、

私は、きょうは皆さんにぜひお考えいただきたいと思つたのは、ニュージャージー州の一九九一年の死亡宣告法でございます。これは、脳死を認めない個人の宗教的な信念を保護するために一定の信仰による免除というものを認めた良心条項といいますが、コンシエンス・クローズといいますが、こういうものを五条で認めているわけですが、心停止を待つて死亡宣告をするという余地を残した法律でございます。これが人によつては脳死判定拒否権といふふうにかかれておりますが、拒否権と言つていいのかどうか私はよくわかりませんが、死の自己決定権を認めた一つであろうと思ひます。そういうものを一つ認めている。これは、そういう意味でのアメリカで最初の良心条項を持った規定である、法律であるというふうな評価されております。

この法律のもう一ついいことは、ニュージャージー州では、脳死判定基準というものを州の法律あるいは規則で規定しよう、統一的な脳死判定基準に従つて脳死判定を行い、それによつて死亡宣告をしようということになっております。

我が国では、竹内基準というのが一応みんな認められていくわけでございますが、資料の二のBをこらんいただきたいと思ひます。日本の各医療機関における脳死判定基準は竹内基準に大体よつていくようではありますけれども、さまざまなんです。そういう意味で、例えば補助検査にしても聴性脳幹反応を調べるというのは多くの施設で認めよう、これは竹内先生の九一年の補遺でもそれは認めた方がいいような表現がありますが、これを認めようという施設がふえているということ。それよりも何よりも問題なのは、観察時間といふものを六時間から二十四時間、あるいはそれ以上というふうな差があることでございます。第一回目の脳死判定のときを死亡、これは死亡時刻をどうするかとも関連がありますけれども、もし死亡時刻を第二回目の脳死判定のときといたしますと、六時間か二十四時間では大変な差になると

いうことがございます。

そういう意味で、今度の法案では、厚生省令によつてそういう基準を決めるのだということですから法定することになるのだと思いますけれども、それは大変いいことではないか。とこの施設でもきちんとした同じ基準で脳死の判定をしてもえらるということがやはり非常に重要なことではないかというふうに私は考えております。

かつ、ニュージャージー州では、脳死判定基準というのは絶えず見直しをして、そして逐次医療水準に合った変更を加えて改正をしなければならぬと言われておりますけれども、それともそのとおりだと思います。

それから、猪熊案には、脳死判定については判定する人の限定を規定しておられます。これは、この臓器移植法で規定するのがいいかどうかということでございますが、あればいいのかもしれないけれども、既に竹内先生の脳死判定基準にも、補遺では判定者の限定がありますので、それに従つてそこで決めてもいいのではないかとこのように考えております。

次に、社会的合意の問題ですけれども、これは社会的合意ということになりますと、今まで随分議論されてまいりました。しまいに、東大の元学長の加藤一郎先生は、社会的合意というのはしよせん要気様にすぎないというようなことも言われました。この調査の結果はどういうわけか、脳死は人の死ではない、あるいは強いて言えば消極に解するという人が結構多いわけですが、そういう四割の人が反対している。

私は、ここで先生方をお願いしたいのは、そういう四割の国民の意見というものを切り捨てにしない方法ということなんです。切り捨てにしない方法というのがあるだろうと私は思います。それは六条の規定にほんのちよつと訂正を加えるだけで済むというふうに私は考えております。

立法にかけるのは、十九世紀の後半から二十世紀の初めにかけてドイツで第一の刑事法学者と言われましたフランツ・フォン・リストが言っている

ことに、学説理論には妥協はないけれども、立法はしよせん妥協の所産であるという言葉があります。ある意味で第一の案、第二の案がどちらも対峙して譲り合えないということになれば、その中間に第三の案というものを考える必要があるんじゃないか、そのための御議論をこれから十分尽くしていただきたいというのが私の願いでございます。

どうもありがとうございます。

○委員長(竹山裕君) ありがとうございます。次に、渡辺公述人にお願いたします。渡辺公述人。

○公述人(渡辺環君) 私は、二年前の一九九五年八月十六日にドイツ・ベルリンで肝臓移植手術を受けた渡辺環と申します。現在ではこんなに元気になり、今では週五日、月曜から金曜まで十時から三時のパートに出て仕事もしています。ついこの間は結婚二十五周年の旅行で九州に行くなど、第二の人生を楽しんでいます。

私は、たまたま恵まれた環境にあり資金の工面ができたため、ドイツで移植を受け、このように元気になりましたが、日本では私と同じ病気を持つ多くの患者さんたちが日本での移植を待ち望みながら帰らぬ人となっています。日本でも、外国と同じようにごく一般的な医療として移植医療が定着するようになることをお願いするために、きょうここにやってきました。

実は、今回参議院議員の皆さんの前で話をする事になり、私にはとてもできないと思いましたが、主人に、話をするのは海外で移植を受け大切な命の贈り物を受けた私の義務だと言われましたので、こうして原稿を書きましたのでこれを読ませてもらうことにします。

最初に、ドイツに移植に行く前の私の状態から話をしたいと思います。

三年前の一九九四年九月、既に肝硬変になっていた肝臓に四つのがんができていたことがわかりました。それまでは結構元気、毎日の家事仕事などもごく普通にこなしていました。外国で移植

を受けるためにはがんを治してからでないと受け入れていただけないということで、入院することになりました。それから約一年余り入院を繰り返す生活が始まりました。

私の家は、主人と男、男、女の子三人としゅうとめの六人家族です。私が入院したことにより、今まで当たり前で暮らしていた家族みんなの生活の歯車が狂ってしまったのです。しゅうとめはパーキンソン氏病の持病を持っていて、体が思うようには動きません。食事の支度はしゅうとめの肩にかかってくるようになりました。娘は高校から帰る途中、重いかばんを片手に夕食の買い物をして帰ってくれました。学校に出かける前に洗濯物を干し、大の世話から夕食づくりの手伝いと大変な毎日が始まりました。しかし、家族の皆がだんだん精神的にも肉体的にもいづいづいの状態になり、私がいなくてもあつて、我が家から笑い声が消えてしまったと聞きました。

特に、年をとったしゅうとめには負担が大きく、精神的な余裕がなくなり、ほんのちよつとしたことがいさかいの原因になりました。私がやっとな外泊許可をとって病院から家に帰ってきたとき、しゅうとめの家族に対する不満が噴き出し、つらい気持ちで病院に戻ったことも何回かありました。

私の体調は悪くなる一方で、抗がん剤の副作用で肝機能がどんどん低下し、腹水がたまり、四日で八キロも体重がふえ、いても立つてもいられないほど苦しい思いをしました。熱も毎日三十九度以上まで上がり、一九九五年三月には風邪をこじらせたのがもとでとうとう危篤状態になってしまいました。毎日のように病院に通ってきいた実家の母は、泣きながら、環はもうだめなんだと父に電話をしたそうです。幸いなことにそのときは何とか持ち直しましたが、もう私の体力は歩いて十分ほどの駅までも歩けない状態で、ほとんど家で寝て暮らしていました。余り同じ格好で寝てばかりだったので、右側の太もものところに床ずれができたこともありました。

主婦が病気になるということは、家族みんなに大きな負担をかけるばかりでなく、家の中が暗い雰囲気になります。このままだと私が死んでしまつたら、主人や息子、娘、しゅうとめや私の両親、妹にどんなにつらい思いをさせるだろうと考える毎日でした。

そして、ついに一九九五年七月、ドイツの病院から受け入れオーストリアの返事が来ました。五月にオーストリアの病院を断られていただけに、大喜びでした。ドイツを断られたら病気が治る見込みはなくなります。ただ死を待つだけでした。七月二十七日に日本を出発して八月十六日、くしくも私の四十五歳の誕生日に、ドイツのドナーの方から肝臓をいただくことができました。私にとつて言葉で言いあらわせないくらいうれしいお誕生日プレゼントでした。

移植を受けて一番感動したのは、それまで真っ黄色だった私のための色が本当に見るうちにピンク色に変わっていったことです。黄色かった白目の部分が白くなるのは少し時間がかかりましたが、あれほどだるくて毎日ごろごろしていた体が、傷の痛みはあるものの、起き上がってもだるくなくなったのです。そのときから私とドナーの方の肝臓は同化し、一体となって私の体の中で生き始めました。

手術から約一カ月後、厳しいリハビリも終わり、九月十八日に日本に帰ってきました。それから一週間の帰国後の検査入院も終わって、全く病気になる前と同じように買い物から食事の支度、掃除、洗濯、何でもできるようになっていました。家庭の中に笑い声が戻り、落ちつきを取り戻しました。

ドイツのドナーの方からいただいた肝臓は、私の命を救っただけでなく、私の家庭が崩壊するのを救ってくれました。そして実家の両親と妹を悲しませず済んだのです。

私は、臓器移植はまさしく大切な命の贈り物だと思えます。いただいた肝臓は私の中で私が死ぬまで一緒に生きていくのです。元気に暮らしてい

くことが私に肝臓を下さったドナーの方へのお礼だと思っています。

現在、日本では脳死移植ができるようになっていきましたが、日本以外ではバキスタンとポーランドを除くほとんどの国が脳死を人の死と認め、移植医療が行われていると聞いています。私が肝臓移植でこんな元気になった事実を知っている友人、職場の同僚は皆口をそろえて、私ももしものときにはドナーカードを持って人のお役に立ちたいと言っています。現実には生まれ変わった私を見れば皆そんなふうに思うだろうと思います。

もし、皆さん御自身や御家族が臓器移植でしか助からない病気になる、海外で移植を受ければ助かる道があるとしたらどうされますか。何としてもお金をつくって助かりたい、助けたいと思うのが人情だと思えます。その場合、脳死を人の死としている外国で移植を受けることになりそうです。そうすれば、外国では脳死は人の死としてごく一般的に移植医療が行われていることを素直に信じることでいいと思えます。脳死は人の死であることを認めない日本人が、脳死は人の死としている外国に助けを求めて移植を受けに行くのはとても失礼なことだと思えます。外国で移植手術が成功した患者さんのニュースが報道されると、皆よかったですよと喜んで、それを日本で言うのとするとどうしてすんなりと受け入れられないのでしょうか。

ドイツでは寛大にも外国人である私に臓器を提供してくださいました。その上、とても親切にしてくださいました。肝移植病棟の最高責任者で私の手術のとき執刀してくださったピーター・ノイハウス先生は、待機リストに登録された日、私に安心感を与えるすばらしい笑顔で、すぐに手術をやることになるでしょうと言ってくださいました。

ベテランの看護婦さんは、ドイツは日本と食事の違いから大変でしょうと気を使ってくれました。看護士さんとは、私が日本語を教えるかわりに彼がドイツ語を教えてくれたりしました。ま

た、ある看護婦さんは、私が彼女の担当でない日も朝必ず顔を覗き込んでくれました。

このように親切にしてくれたドイツの人の命を奪って私が今生きていることになるのでしょうか。決してそんなふうには思いません。ドナーの方は、亡くなってからも、ともに私の中で生きていくのですから。

私がドイツで入院しているとき、十四歳の女の子が過って毒キノコを食べ、緊急入院してしまいました。すぐに臓器が手配され、肝移植手術が行われました。この少女の御家族の方たちもドイツのいろいろな病院に割り振られて手術を受けたと聞いています。幸いにも女の子は一命を取りとめ、私が退院するときは元気になっていました。このとき、ドイツでは移植医療がごく当たり前の医療になっていくことを実感しました。

また、同室のドイツ人の患者さんに、何で日本は高い医療技術を持っているのに日本で移植をやらないのかと聞かれ、答えることができませんでした。この究極の愛の医療を今すぐ日本でもできるように、そして定着するように参議院議員の皆様方をお願いいたします。

移植医療でしか助かる道のない多くの患者さんとその家族の方たちが、特に小さいお子さんを持つ父母の方々は切実な思いで法案審議を見守っています。報道によりますと、中山案の修正案が出ると聞いています。しかし、法案が成立したとしても、移植医療が定着しにくい内容では何の意味もなくなってしまうと思います。ぜひ日本でも外国と同じように脳死からの移植が一日も早くできますようにお願いいたします。

最後に一言、法案が成立したら国を挙げてドナーカードの普及に取り組んでいただきますようお願いいたします。例えば、健康保険証に臓器提供の意思表示をする欄を設けることなどを検討していただくようお願いいたします。

○委員長(竹山裕君) ありがとうございます。それでは次に、橋島公述人をお願いいたします。

す。橋島公述人。○公述人(橋島次郎君) 橋島と申します。

臓器移植を初めとして、先端医療を中心に科学技術の世の中でどう進めていくか、どう社会や国が管理していくかという政策を、ほかの外国ではどういうことをやっていて、日本ではどういふことをやっていたらいいかという調査研究に従事している者です。そういう研究者として本日は意見を述べさせていただきますと思います。

三つのポイントについて申し上げたいと思います。まず第一に、臓器移植の今後の先行きはどうかということですが、どの国でも移植を始めてから件数がふえて成績もよくなるまでは数年かかっております。それに、一応軌道に乗った後も臓器不足が解消されることは残念ながらないようです。その理由として、一つには、欧米でも日本と同じように、脈の打つ体から臓器を取り出すこととかなりの抵抗感があるからだ聞いております。

アメリカですら、ハーバード大学の小児科救急の医学者が、つい最近、アメリカに権威のある生命倫理の雑誌があるのですが、その雑誌の巻頭論文で、脳死基準は不完全なので、だれもが賛成できる三徴候死、伝統的な死の判定基準に帰すべきであるという、ちょっと私もびっくりしたんですけれども、そういう論文を出しました。これはまだ一人の医学者の意見でしかありませんが、アメリカにもそういう多様な意見があるということだと思えます。

藤堂先生はアメリカの御様子をおっしゃいましたが、私が調べているヨーロッパでは、例えばフランスでは一九九〇年代になって、脳死になった患者さんの家族が臓器提供を断る例が過半数を超えるようになって、移植件数が大きく減ったことがありました。そのため、臓器不足が深刻になって、心臓、肝臓、それぞ年問百人ほどの患者さんが移植を待つ間に亡くなっていらつしやいます。イギリスでも年間やはり心臓、肝臓、それぞ

れ五十人前後の患者さんが待っている間に亡くなっています。法律ができて、移植が定着して、何年たっても移植が受けられずに相当の患者さんが亡くなる状況に、残念ながら劇的な改善は望めないのだと思えます。

さらに、単に移植を受けられるか受けられないだけでなく、臓器移植が医療としてどこまで安全で有効なのか、どれだけ患者さんの寿命を延ばすだけでなく生活の質を改善できるかについて、きちんとしたデータに基づいて検証される必要があると考えます。

生存率は大変よくなっていますが、それだけではわからないと思えます。例えば、移植を受けた人は一般の人に比べて割と高い割合でがんになるという報告が時々出ています。これは医療を受ける側としては大変気になることですので、移植医の先生方にぜひ正確な現状を明らかにしてお知らせいただきたいと思います。

また、日本では、患者、家族の生活を支える看護やソーシャルワークなどのスタッフが不備で、お医者さんの技術だけが突出している感があります。医療のマンパワーのそうした偏りを正すことなく、日常医療の基礎体力が弱いところで臓器移植のような先端医療を行うと、もし不幸にも困難なことが起こってしまったとき、そのしわ寄せは患者、家族がかぶらなければならなくなります。そうした移植のいい面、悪い面を十分知ってトータルに評価を下す、そういう議論が立法府でも必要になるのではないかと思います。それはぜひ参院の先生方をお願いしたいところです。

第二に、中谷先生もおっしゃいましたが、事故死や犯罪死の扱いへの影響について申し上げたいと思えます。脳死移植法案によって大きな影響を受けるのが警察などによる事故死や犯罪死などの扱いだと思えます。この点が今まで国会でほとんど取り上げられていないことに私は非常に危惧を覚えておりました。

病氣や老衰などの内部の原因で亡くなったことがお医者さんによって確実に診断されていない死

亡を異状死と言います。お医者さんは、異状死を扱った、診た場合は警察に届け出なければならぬと医師法で決められています。届け出を受けた当局は、異状死の原因を明らかにするための検視という作業を行わなくてはなりません。衆議院を通過したいわゆる中山案では、検視が終わるまで臓器の摘出はできないとしております。ですが、この規定の仕方では、臓器提供が行われる場合は検視を急いで終わらせてくれという圧力が生じかねないと思います。

脳死後に臓器提供者になれるのは、頭にひとひかけをして急に亡くなる場合が一番多くて、そのほとんどが交通事故を筆頭に検視を必要とするケースになると思います。大阪では過去に、頭を殴られた傷害致死事件の被害者から警察の制止を振り切った腎臓が摘出された事例がありました。

移植のために検視が急がされると、交通事故の加害者の認定、どの車が一番悪かったかとかそういう認定を検証するわけですが、そうした加害者の認定とか犯罪の証拠採取などに漏れが出て、被害者だけでなく加害者側も大変な不利益をこうむるおそれがあります。後で裁判のとき十分な証拠がないなどの理由で。

この点について、日本移植学会が四月十二日に公表した行動指針は、異状死体から臓器を摘出する際は担当の現場捜査官から承諾書を得ることと決められていらいっしやいます。しかし、指針に添付されたその書式を見ると、捜査官は死因だけでなく、自然死か事故死か、他殺か自殺かを判断することを死の種別を判断すると言っていますが、その種の種別まで、まだ臓器が摘出されてはいない前の時点でその場で判断して記入しなくてはいいけないようになっていいます。

ですが、本来そうした判断は、ほかのすべての調査が終わってから行うべきもので、現場の一捜査官がその場で決められることではないと思うんです。この移植学会の書式などを見ていると、臓器摘出のために検視が不当に急がれるおそれが如実に示されているのではないかと私は非常に恐

れております。

移植先進国のうちアメリカやイギリスなどでは、臓器移植法とは別に、異状死体からの臓器提供の可否を法医学などの専門家が一件ごとに判断する法的な制度があつて、提供者側の人権保護が保障される仕組みがあります。参議院で猪熊案と呼ばれているいわゆる封案の方は、こうした点を考慮して、脳死患者からの臓器摘出の際、医師は検察庁、警察庁へ通報するように義務づけ、捜査当局側に臓器摘出の拒否権を与えております。こうしたルールは何らかの形でぜひ必要なものになると考えます。

仮に法律で脳死になった人を死体と規定したとしても、具体的にどのようなケースで臓器摘出が認められるのか、一定の決まりは別につくる必要があると思います。

日本では、過去に、溺死、自宅内での転落死、傷害致死の被害者といった異状死体から臓器を摘出した事例があります。臓器摘出の要請が警察に検視を急がせる圧力になって、犯罪や加害責任が万一にも見逃されることがないように、どういった場合なら臓器摘出を認められるのか、明確な線を検察、警察は示すべきではないでしょうか、例えば明らかなる自損事故に限るなど。自損というのは、自分で例えば電信柱に当たってしまったというように、第三者を巻き込まずに明らかに自分だけで事故になったということを自損事故と言うのですが、そういう例えば明らかなる自損事故に当面に限るなど、そういった歯どめを検察、警察は示すべきではないでしょうか。

以上については、私、きょう二枚ほどB5でお手元に配付資料をお配りしておりますので、その一枚目にとめましたので、どうぞごらんください。

最後に、私の意見を述べさせていただきます。私は、臓器移植は、法律に頼らず医学界が自主管理のもとに自主実施すべきであると考えております。

脳死状態の人を死体とする法案は、臓器移植に

道を開くという利益は確かにありますが、その利益よりも、救命医療や先ほど申し上げてきた事故死や犯罪死の扱いに悪影響を与えるマイナスイメージがはるかに大きいと危惧しております。

臓器移植を定着させるためには、今の法案をすべて一たん白紙に戻して、移植学会だけではなく、医学界全体が自主実施の体制、管理の体制と規制のルールを自分たちで固めて、一件一件実績を積み上げていって、間違いが起らないということを示し、社会の信頼を得るのが筋道だと私は考えます。それがほかの臓器移植先進国がこれまで歩んできた道です。

現在でこそ臓器移植に関する法律を整えている国は、ほとんどの国でそうなっていますが、その国の中で、主要な先進国で国内で移植をやる前に臓器移植法をつくった国はありません。デンマークだけが唯一の例外です。どの国でも最初は法律のないところで移植医の先生方が信念に基づいて臓器移植を、目の前の患者さんを救う手だてとして勇氣を持ってやってこられた。その積み重ねの上に現在臓器移植が定着するというこという状況が実現して、その恩恵をたくさんの方が受けているわけです。

どうして日本のお医者さんはそれができないのか。日本のお医者さんがよその国のお医者さんに劣るとは私は決して考えません。同じ以上にすぐれたお医者さんであるはずですが、ですから、そのように、ほかの国が歩んできた道を日本もたどるべきだと思います。法律というのは、社会の信頼の結果であつて、社会の信頼を得るための道具であつてはならないと考えます。

以上の点につきましては、お手元にお配りした資料の二枚目に私の所見をまとめて述べさせていただきますので、どうぞごらんください。

どうもありがとうございます。

○委員長(竹山裕子) ありがとうございます。

次に、玉置公述人にお願いたします。玉置公述人。

○公述人(玉置勲君) 玉置でございます。

私は日本移植コーディネーター協議会の会長をさせていただいております。この臓器移植にかかわったきっかけは、昭和五十五年に東京農大の大学院を出たときに、豚のリンパ球の研究をやっておりました。その後、豚の心臓を使った弁の置換移植手術ということで、豚の弁が二十年前に使われておりました。そのあたりの、異種の動物との適合性の問題、提供された同種間の、同じ動物同士の人なら人、豚なら豚でなければ、人同士の同種間の移植という研究に入りました。その後、その提供された臓器の研究に入っております。平成七年四月に発足しました日本腎臓移植ネットワークという社団法人の方で今は勤務をさせていただいております。

私は、移植コーディネーターと呼ばれる仕事に今ついてることになっておるんですが、当初は移植の研究というふうなブライドがあつたんですが、実は、提供がない限り、その研究をしていても臨床的には患者さんを救えないという第三極的な、要するに医師と患者の二極構造の医療から、提供者が発生しないと移植ができないというこの三極構造の中で、どういった提供が求められるかというところで移植のコーディネーターという分野をいろいろ御指導いただきながら発掘したわけです。

近々移植法が成立するかもしれないという情報をいただいておりますが、ここまで長い間の道のりを経てまいったわけです。私も、平成五年に中間報告を出しました臓器移植ネットワークのあり方等に関する検討会と臓器の提供に関するワーキンググループに委員として招かれ、前回、臓器移植のそんなく、家族のそんなくによる提供という法律案の厚生省のたたき台の委員をもさせていただきました。その中で私が主張させてもらったのは、臓器提供は本人の意思も重要なんだけれども、残された家族の意思というものを尊重していただきたいということは繰り返し発言させていただきました。しかし、家族がその本人の意思をそんたくしてという、最終的にはそういった法案で

平成五年の臓器移植法案は衆議院の解散により廃案になってしまったわけだ。

今回、またその修正がかりまして、提供者の本人意思がなければいけないというところで臓器提供がかなり狭まってきたというところで大変危惧はしておりますが、先ほどの御発言等々ありますとおり、今の我が国の臓器移植医療の分野におきまして、提供者が発生する可能性の高い救命救急施設、こちらの先生方の要するに告発事件等を考えますと、法で何とか、死体、脳死体を含む死体というような形で法律で定義されていない限り、一歩も前へ進まないという現状を見てまいりまして、本日ここで私の臓器移植の経験とさらに今度の二法案についての意見を述べさせていただきます。

まず、臓器移植の現状についてお話しさせていただきます。

臓器移植の一つには親兄弟から提供いただく、これは生体腎移植と申します。ここで多分に誤解があるんですが、脳死からの提供も、脳死は生きているんだからこれは生体腎移植だということに誤解されているところが多々あります。これは脳死体ではあっても、死体腎移植ということに含まれている。

そして、臓器移植ネットワークで勤務する我々が行っている業務は、提供者、要するにこれは私は悲嘆家族と申しますが、脳死と判定されたお身内の家族に対して、臓器提供という選択肢があるというように話をさせていた。だくようにならしました。これはどうしてかといいますと、ドナーカードを持っている方々をずっと待っているんですが、なかなかドナーカードを持ってもらっていない方が多かった。臨床的にどうしても移植が必要ときに、家族の意思によって提供されるのが当時普通でございました。

そこで、厚生省の地方腎移植センターの拝命のもとに、東京医科大学八王子医療センターでは、悲嘆家族に、まず本人がどういう考え方であったか、または御家族がどういう考えであるかという

ようなことを聞くようなシステムをつくったわけです。

そのときに白羽の矢が当たりまして、私は悲嘆に暮れる家族に接するようになったわけですが、今言われているような移植コーディネーターはブローカーとかそういうものではないです。私自身も相手の悲嘆を十分認識しながら、相手の行動、顔色、反応を見つつ移植の話を進めていくわけでございますが、この中で一から十の話を全部しなきゃいけないということで、その席に着きますと、悲嘆家族、御家族に大変御迷惑、心労を加えるわけです。

そういう意味で、臓器提供の御説明をする上で一番重要なところ、相手の心情を十分酌んでこちらにはあくまでも情報提供に徹するというやり方を考え始めたわけです。そうしますと、こちらが積極的に、説得はしませんけれども、説得に近い話で家族を圧迫するよりも、こちらがリラックスしてこういって話があるんですよという話をする。ことによって、一時期六〇%の提供率をいただきました。これは提供率の競い合いではございません。私は余りこういう話はしたくはないんですが、日本の国民も腎臓提供、これはあくまでも心停止後の移植ということで限らせていただきますが、心停止後の移植でありましたらかなり御協力いただける。

しかし、その後の家族のフォローというのがこれまた重要でございます。これを救命救急のお医者様がその家族のところへお伺いして移植後の状況等を説明することは困難でございます。そういった代役をさせていただくのが移植コーディネーターの任務だ、業務だと私は考えております。

そういうことで、臓器提供というのは、臓器提供を受けて健康を取り戻し救命された患者さんのみならず、提供をした家族の中にも、私の書いた論文がお手元にあるかと思いますが、これは悲嘆の軽減、カーブがあるわけですね、臓器提供をした家族、しない家族というところで、そのした家

族、しなかった家族のポイントを計算しております。これは心臓停止を十点といたしまして、個々の家族に、病気になる点とそれから臓器提供した後の報告を受けるまで、そういった項目をつけまして点数をつけてもらいました。

そうしますと、病気が発生したり事故が発生したときに病院に駆けつけたときの悲嘆というものは、その心停止の十倍から二十倍の数値になります。しかし、心停止を十点にした場合、移植を提供した後のポイントを見ますと四十年前後に下がっております。これは何かといいますと、やはり提供したことによってある程度だれかの役に立った、または身内のどこかの提供した一部がどこかで生きていくということに喜びといいますか、悲嘆の軽減になっていることがわかったわけですね。

そういう意味で、移植コーディネーターはだれかの臓器をとってくださるかそんなことは考えておりません、あくまでも救命されたいと願っているわけですね。そういう感性を持ち合わせております。しかし、それでも、脳死判定をされて脳死となった人から一例たりとも生き返った方はいらつしやらないという厳然たる事実がある上で臓器提供の説明をさせていただき、あくまでも現行法でやっていきます心停止の後の摘出ということでお話をさせていただきます。提供する家族は結構多いというところをまずお話をさせていただきます。

あと、コーディネーターの役目といいますと、話の前に戻りますが、救命センターなどで家族が腎臓の提供を申し出た場合、本来ならば救命の先生が話をしていたらいいんですが後我々が専門的な話をさせてもらおうというのが筋でございますが、中には、呼吸器関係の病状によりほとんどもう助か

の見込みがない、そういった方々から提供があったことも過去にございます。これは心停止後の腎臓提供となりますと、脳死を経ない提供もそういった提供したいという人がいた場合に可能になってくるということで、腎臓の提供の中には

脳死を経ない提供者もいるという現実もあるわけでございます。

そのほかに、臓器提供の説明をするときに、例えばこれは経験から話をさせてもらいますと、悲嘆に暮れてお嬢ちゃまが号泣されておりました。

我々の施設、当時の東京医科大学八王子医療センターでは、すべての脳死判定をされた方に臓器提供の意思があったかどうかというのを確認しようという一つの方針がございました。私はその号泣されたお嬢ちゃまに、大変申しわけないけれどももう脳死判定をされた、今後のことは皆さんがどうするか考えなきゃいけません、その中に一つの選択肢として臓器提供というのがございますという話をしましたら、そのお嬢ちゃまはぱっと泣きやみました。お嬢ちゃまといいますが奥さんなんですけれども、何が提供できるんですかというところで、移植ということをお母さまが知っていたらついたらということもございまして、私に聞かれたんです。私は、心臓停止後でいいから臓器提供というのがあります、もし提供いただけるんでしたらそのことに対しては我々が協力をさせていただきますというところで話をさせていただきまして、その後、心停止を迎えて臓器提供になりましたが、我々は臓器移植がどうなったかということをお嬢ちゃまは、手をたたかばかりに、臓器の提供をしてよかったというふうなお話を我々にされました。

そういうことで、臓器提供は、あくまでも移植を待っている患者さんのみならず、提供した家族にも、多少ではあります悲嘆の軽減になっているというところをまず御理解いただきたいと思っております。

次に、この法律のもとで行われている臓器移植のデータでございます。そこにお配りしておりますが、平成七年四月から、当臓器移植ネットワークにおきまして六百二十件の情報件数、これは提供しないにかかわらず情報があった件数です。そのうち、ドナーカードを保有していたのが

五十四件。結構多いかと思いますが、そのうち提供に至ったのは十五件なんです。といひますのは、ドナーカードを保持されていても、心停止前に連絡がただけで心停止後の連絡になつていないところ、ドナーカードがまだまだ普及していないという現状が明らかにされているといひます。

そういった意味で、十五件の提供が多いのか少ないのかといひますと、私は十年前に比べますと少しはふえてきたかなというところで理解はしておりますが、先ほどの公述人の御意見のとおり、ドナーカードの普及というのは今後全国民を挙げて行わなきゃいけないんじゃないか、そういうふうな思ふわけでございます。

次に、中山案と猪熊案に対する考え方を述べさせていただきます。

私のコーディネーターとしての経験を通じて、今国会で審議されている二つの法案について考えますと、ぜひとも中山案を成立させていただきたいと考えます。

脳死は人の死かについては、これまで十年間に約三百人の脳死体、脳死者を私は見てまいりました。ただの一人として息を吹き返したような症例はありませんでした。もちろん医学的に見て脳死が死でありますからこう言えるのですが、そうした科学的なものの以上に、私の経験の中で脳死は人の死であるということがさらに確信されてきたわけでございます。

本来、臓器移植は法律が必要ない状況で始まるべきだと思ひます。私も、十年前でしたらこういったねじれ現象、要するに救命救急医が訴えられる、検査ができないというようなことで臓器移植が必要だといふことは理解しておりますが、そういった法律がない状況でまずは始められるべきだつたらうなと思ひます。しかし、法律がないといふことで臓器提供ができないという救命側の話を聞きますと、やはり臓器移植法が必要だろうと繰り返して考えるわけでございます。そこで、我が国の移植医療はこの法律なしにはできないものであると私は考えておるわけです。大勢の患者のことを考えるに、中山案の一刻も早い成立を望んでおります。

一方、猪熊案では、脳死を人の死と定めないので臓器移植の道を開こうとしております。亡くなつていない人から臓器の提供を受けるということは、患者の救命に命をかけている救命医には受け入れがたいものがあるといふことです。救急救命医は、患者が生きている限り最善の救命の治療を続けるわけですから、生きている人からの臓器の摘出といふことは考えられない。この考え方は救急医療全般に混乱を招くものと考えます。

さらに、ここ数日、マスコミで臓器移植法案は中山案の修正案がクローズアップされております。臓器提供するときに限って脳死を人の死とするといふようなことですが、これでは脳死と心臓死という二つの死を許すことになりはしないでしょうか。同じ脳死と判定された人が、臓器提供をするかしないかといふことで一方では死、もう一方では生きていくといふのでは死の客観性が失われることになると考えます。

医療の現場では、脳死あるいは脳死判定と臓器移植は切り離すべきであるといふ考え方があります。これは移植医療と救命医療を切り離すといったことに言いかえてもよいと思ひます。修正案では、一般的な脳死判定と臓器移植のための脳死判定に分かれ、後者、つまり臓器移植のために脳死判定をするのではなく、脳死判定と臓器移植を切り離せなくなつて誤解を生じてしまいます。これも猪熊案と同じように、医療の現場に混乱を招き入れるものではないかと考えます。

脳死判定の意思も書面にしておかなければならないといふことで、これまで私のネットワークや患者団体などが配った、脳死後の提供をうたったドナーカードも無効になると聞いております。これでは、いつになったら条件の整った提供者があらわれるのでしょうか。移植患者さんにはさらに待たされるということですが、最後に、私は中山案の成立を強く望むと申し上げ

げましたが、私が本当に臓器移植が少しでも可能となる法律としては、三年前に初めて国会に提出された臓器移植法案が一番もつとも法律だと考えております。つまり、家族のそんなたくで臓器の摘出ができたらいふなど。これは個人の考えでございまして、その法律が臓器移植を一步でも二歩でも前進させる法律だろうと、そういうふうな考えておるわけでございます。

臓器移植に道を開く法律を考えていただけののであれば、昨年修正した前の法案でやるべきだと考えます。少なくとも、二度の修正を加えて臓器移植への道を狭めるような法律にだけはしていただきたくないかと切に望んでおります。

以上、ありがとうございます。

○委員長(竹山裕君) ありがとうございます。

それでは次に、藤井公述人にお願ひいたしました。○公述人(藤井正雄君) 御紹介いただきました藤井でございます。

私の立場は、このプリントにございまして、よう、大正大学の教授であると同時に、浄土宗教団の一員でもございまして。実は私自身も、この場におりますのは日本宗教連盟の推薦を受けてのことでございます。皆さんにお配りしてございましてけれども、日宗連は、教派神道それから仏教会とキリスト教会と神社本庁と新宗教の連合体でございます。ほとんどの教団がこの連盟の中に入つているところでございます。

そういったことから、一つ一つ各教団の死生観についてここで話をいたしますと、かえつて混乱をしております。私も宗教の上から申し上げますと、制度宗教あるいは組織宗教といふふうに分けておりました。この組織宗教といふのは新宗教でございまして。あと、仏教、キリスト教、神道は制度宗教といふふうに分けておりました。制度宗教も組織宗教も実は日本人の心底にあるといふ宗教観、宗教意識を踏まえた上であるんだと、そういうふうな考えておりますので、各教団の底辺に横たわつておる宗教観それから死生観といふものを踏まえながらこの臓器移植法案といふものを眺めた場合どうなるであろうかといふことを中心にお話し申し上げたいと思ひます。

私は二点に絞つてお話し申し上げたいと思ひます。

まず第一点は、先ほど藤井さんが言われましたように、海外の臓器移植の法案に関する制度のプロセスを見ますと、下から積み重ねて出てきている、それが実はコンセンサスであろうと思ひます。

翻つて日本の事例を取り上げてみますと、日本の場合には死の判定というのが明治三十九年、これは一九〇六年です。それから九十一一年前に、旧医師法によつて死の判定は医師の専断事項と定められたといふことになっております。その場合、これは心臓死でございまして、死といふものは、一般の人々は医師の言ふことと判定的に従ひ、しかも確認することができた。そういう意味では医師と患者との間の絶対的な信頼関係で結ばれていた。

ところが、レスピレーターをつけて脳死といふ事態が出てくると、血潮が流れ、心臓が鼓動し、生きていくのに、なぜこれで死んだのか。それを移植のためにいふふうな説得するのは非常に無理であるわけです。それには医師に対する絶対信頼がなければ移植といふのは成功しない。

そういった点におきまして、四割の反対があるといふことは、先ほど中谷先生からもお話がありましたように、それを切り捨てて強行すればかえつて移植医療そのものを台無しにしてしまうのではないかとこのことを大変恐れるものなんです。私自身も脳死を人の死とすることに對して非常に危惧を持っておりますが、移植そのものに對して反対はしていません。まず、その立場を表明しておきたいと思ひます。

そういった意味におきまして、参議院の先生方にぜひお願いしたいのは、移植医だけのコンセンサスじゃなくて医学界全体のコンセンサスをまず持つてほしい。脳死の判定につきましても、我々

は医師の専横事項としております関係上、我々が死の判定についてとやかく言うことはできない。お医者さん自身ががたがたしていたのでは、これは死の判定という点に対して承服することはできないのではないだろうか、それが第一点でございます。

それから第二点、なぜ宗教界が脳死を人の死とすることに對して疑義を呈しているかということでございます。

実は、この二つの法案を見てまいりまして、臓器をパーツ、要するに人間の部品、体の部品であると位置づけている、いわゆる物として位置づけているのではないだろうか。そこには宗教者の抵抗というものが非常にあるんだというふうに理解していただきたいと思うんです。

そういうこともなかなかおわかりにくいと思いますが、これも、臓器移植、移植そのものというのは、これは善意と善意のぶつかり合いであり、先ほど移植を受けられた渡辺さんが、ドイツから命の贈り物をいただいた、そしてその贈り物は私の体の中で今でも生きていて、死ぬまで臓器は生きていたんだということを言われましたけれども、先ほど玉置公述人は、そうじゃないと、死として認めてもらわなきゃ、生きてる人からは救急医療医は賛成できない、救急という命を長らえるために力を注いでいるのに、生きてる人からは臓器は摘出できない、こういうふうに言われた。

ところが、翻って宗教という面から考えると、我々は、臓器は体の一部、パーツではない、部品ではなく、物ではなくて生きてるものなんだ。一番わかりやすい例として挙げますのは、日本では遺骨崇拝というのが非常に根強く残っております。これは厚生省でも海外に、戦地に出かけていって遺骨を収集する。遺骨にも実は力を認めているのが日本の死生観なんです。

例えば、ごく最近の例を挙げますと、戦争末期におきまして、ごさいますけれども、神田三亀男さんという方が「原爆に夫を奪われて 広

島の農婦たちの証言」というのを岩波新書から出してありますけれども、それをちょっと御紹介申し上げますと、原爆を落とされた広島におきまして、やけどに骨灰を塗ると治るという迷信が広がったということが書かれてあります。

それで、夫の遺体をだびに付して、そして帰ってきて、「かがつ」と申しますからこれはすり鉢でございますけれども、すり鉢ですって、そしてその粉になったものを息子のやけどに塗った。ところが、一向に効き目もなく死んでしまった。そのときに何と言ったかという、一向に効きやせなんだ。主人の骨が毒、これは原爆の放射能ですけれども、毒を吸うとるんじやけえ、効くはずのものでなかつた。後で気づきました。その骨をかがつて粉にして、子供につけてやつたあの夜のことは悪夢じゃつたんでござんしょうよと、こういうふうに書いてあるんです。

一生生き残っている息子の命を助けたという一心でそういう迷信に取りつたということが言えると思いますけれども、それでも骨灰を塗りとくるとその親の心情というのは理解しなればいけないし、また先ほどの移植を受けられた渡辺さんのように、臓器というのはレシビエントの中に生きていくという事態は、やはりドナーの臓器というのは生きていくものと見なければいけない。

そういうことも、ここで皆さんにお説教するわけではございませんで、私どもが平生家庭の中で育ってきた中で、何げなしにしている動作というのがあつたわけです。それは毎日三度三度の食事をいただきますけれども、そのときに合掌をいたしまして、いただきますという言葉をだし、そして食事が終わった後、ごちそうさまという言葉を発します。じゃ、何をいただくのか。宗教的な雰囲気のない若い人たちは、自分がお金を払って食べるんだから何もいただきますと言ふ必要はないじゃないかと。

しかし、宗教的にはそうじゃないんですね。確

かに宗教というものが力を失ってきたということについて我々はじくじたるものがあるわけですが、けれども、いただきますというのは、実は三度三度の食事に供せられる肉だとか魚だとか生きている命をいただく、そういうことでは実はいただきますという言葉を我々は食事の前に言うわけですね。

私は、浄土宗の教団の一員でございますので、ここで法然さんの言葉を出しますと、常に仰せられるお言葉の中に、またいわく、人の命は食事のときむせて死んでもあるなりと、食事のときむせて死んでしまう場合もある。南無阿彌陀仏とかみて南無阿彌陀仏と飲み入るべしという言葉があるんですね。それは、魚や肉が自分のために供せられた、その命を南無阿彌陀仏とかみ、南無阿彌陀仏と飲み入ることによって、そしゃくしてその命を我が命とさせると、そこが実はごちそうさまということで、感謝の念に変わってくるわけですね。

我々、命というものはほかの命をいただいで生きているんだと、これを生かされていくという表現を使っております。生かされて生きている我々だからこそ人を生かさなければならぬということとで、生かされて生かすというものがこの日本宗教の根底に横たわっている死生観である、そういうふうに理解することができると思っています。

そういうことで、例えば仏教系の幼稚園なんかに行きますと、幼児が食前の言葉として述べる言葉というのに、一粒のお米も一滴のお水もみんな仏様のお恵みです、仏様ありがと、お父様、お母様ありがと、いただきます。こういうふうに食前に申していたらいいわけですね。そういう中で、一本の太木が無数の根によって支えられているように、私たちの命というのは目に見えないさまざまな命によって支えられているという現実を見た場合に、やはりレシビエントがドナーの臓器をいただくというのは生きているものでなければならぬ。我々はただ単なる物質であつてはならないのであつて、そこにこそ、そういう世界観な

り死生観というものが浸透しておれば、臓器移植というのは善意のぶつかり合いによって得るものだというふうに理解しなければならぬのではないのでしょうか。

そういう意味におきまして、この二つの案というものを拝見してまいりますと、先ほど中谷先生が言われましたように、立法は妥協の所産である。そういう意味で、私はさらに中山案と猪熊案とを合体させる方が一番よろしいのではないだろうか。私は、中山案に對しまして申し上げますと、五ページの第六条に、「死体(脳死体を含む。以下同じ。)」とありますけれども、これを死体及び脳死体から摘出することができるといふふうに変えられないだろうか。もちろん、ここだけじゃなくて、十四ページになりますか、附則の第二第三項のところに「同条の死体が第六条第二項の脳死体であるときは」ということで、文言が「脳死体」に変わっております。この場合には「死体」になつておりますけれども、これはまだ直つていないんだらうと思ひますけれども、非常にやわらかい表現を使つていても、詳細に読めば脳死はあくまでも、そのドナーとしての脳死の判定ということとはよく理解できますけれども、死体であることには変わらない。すなわち、脳死が人の死であるということには変わらない。そうすると、ここに抵抗があるわけですね。我々は物ではない。

ただ、現在の移植というものが過渡的医療であり、緊急避難的なものであるとするならば、これは人工臓器ができるまでの間の医療かもしれませんけれども、そういう意味におきまして、私ども宗教者から見た場合には、やはり生きた命をいただくということ、この立場を守つていきたい。一般の日本人の考え方も実はそうなんだと。だからこそ、脳死を人の死とすることに對しては疑義があるけれども、移植に對しては余り反対はないと。

ただ、最後に一言だけ述べておきたいことがございましてけれども、一番最初に賛否両論があると

いうことを申し上げました。脳死体から臓器を取り出してレシビエントに移植する場合でも、やはり状況によって違ってくる。お金持ちが自分の心臓が悪い、部品をあつかもかえるがごとく臓器移植をしてしまった場合においては、生に執着することを助長するからこれは反対しなければならぬという意見が出てまいります。それから、竹内基準におきましては、六歳未満の幼児については判定をしないということになっておりますけれども、幼児であればあるほど助けた方がいいというのが人情でございます。その者にとつて命がどういうものであるかということとはわからないわけですから、その人が他者の命をもらって今日の命があるのと知ったならば、必ずや人の命を助ける仕事につく立派な人間に育っていくのではないのでしょうか。宗教者はそういった面で援助をしていきたいと、こういうふうにご考えております。

どうもありがとうございます。

○委員長(竹山裕君) ありがとうございます。

以上で六名の公述人の意見の陳述は終わりました。

これより公述人に対する質疑を行います。

質疑のある方は順次着席のまま発言願います。

○成瀬守重君 自由民主党の成瀬守重でございます。

六人の皆様方から、本当に生と死を見詰めて、それぞれのお立場から真摯な体験なり御意見を承りまして、私も大変感銘深く拝聴いたしました。最初に、みずから臓器移植を体験された渡辺さんからお伺いしたいと思いますが、本当にお元気になられてよかったと思います。

○公述人(渡辺環君) ありがとうございます。

○成瀬守重君 先ほどお言葉の中で、大切な命の贈り物を受けられた私の義務だと御主人から言われたというふうな、また御自分の体の中に臓器を提供してくださった方の命が生きているんだというお話をされましたけれども、そのことにつきましては、先ほど藤井先生からもその言葉を引用されておっしゃいました。

私、渡辺さんにお伺いしたいんですが、おたくに臓器を提供されたドナーのドイツ人の方、恐らくお名前もどういふ方かも御存じないと思います。が、御存じないですね。

○公述人(渡辺環君) 教えていただいています。

○成瀬守重君 と思います。

しかし、見たことも聞いたこともないその方に對してどういふお気持ちをお持ちになっていらっしゃるか、そのことをちょっとお伺いしたいと思います。

○公述人(渡辺環君) 今となりましては、もう本当に一緒に生きているという感じで、その人といふふうには思いませんけれども、肝臓は私じやないので、その人といふふうには言っても、実際にはもう一緒に生きている、私の一部分なんだけれども、その肝臓がなければほかの臓器が全部機能しないわけですから、その方は亡くなられたんだけれども、私の中でもうずっと一緒に生きているという気持ちがいともいともあるんですね。だから、感謝の気持ちが常にあるという、そういう感じですね。

○成瀬守重君 また、その方はどういふお気持ちから御自分の体の臓器を提供されたか、お考えになったことはありますか。

○公述人(渡辺環君) そういうふうには、ちょっとわからない。多分その方は自分ではわからないうちにそういう状態になられたと思うんですね。だから、その方がだれかの中で生きたいと思つていただいたとか、そういうふうなことは考えたことはないんですけれども、とにかく一緒に生きているという感じがもうずっとしているんですね。一人なんだけれども一人ではないというふうな、私の中ではいつもういふ気持ちがあります。

○成瀬守重君 ありがとうございます。

今度は角度を変えて、藤井先生に伺いたいと思うんです。

アメリカにおいての幾つかの体験で、私もではちよつと想像もつかないぐらい非常に多くの体験を積み重ねられたんですが、アメリカにおいては脳死といふものについてはもう医学的に定着したとおっしゃいましたけれども、これに對してアメリカの一般市民の方の意識といふものはどうなんでしょうか。

○公述人(藤井重君) 全般的な意識といふものを推しはかることはできませんけれども、少なくとも、まず医学的には、必ず医学の教育の中に脳死といふものの教育がございます。それから、最近のことと伺っておりますけれども、子供といひますか、小学校、中学校ぐらいだと思えますけれども、学校の教育の中に脳死という教育の時間をつくっている国もあると聞いております。

○成瀬守重君 相当多くの移植手術をなさったようですけれども、ということとはそれだけ多くの臓器提供者がいらっしゃると思うんです。いろんなそれぞれのお立場やら心境やら事情はありと思いますが、そうやって御自分の臓器を提供するといふ、そういう方々の心情ですね、先ほどもちよつと渡辺さんにもお伺いしたんですが、もちろんそういう方々の心情といふものをお聞きになったり、あるいはごらんになったりして考えられたようなことはございますでしょうか。

○公述人(藤井重君) もちろんそういう経験はたくさんございます。

ただ、アメリカの場合は脳死と判定されましてもすべての方が臓器の提供をなさるわけではありませんが、現在、大抵脳死患者の二五%の患者さんが臓器を提供しております。その中でも、例えば人種によつて脳死提供の比率が違うということも事実でございます。

三つの症例を今の成瀬先生の質問に對してお示ししたいと思います。

一つは、これは日本の高校生です。心臓が悪くて、ピッツバーグに行きまして心臓移植をいたしました。そのドナーは三十歳の女性で、随分悩まれました。それは私自身はタッチしませんので、コーディネーターから聞きました。それで、まだいたいけな子供さんたちを持っていらつしや

る御主人が、この女性、脳死になられた奥さんの意思を、意思と申しますか生き方を尊重するためにはドネーションをすることが一番彼女を生かす道であるといふふうな判断されたと聞いております。

それから、私自身の経験ですけれども、これは五歳の男の子で、当初どうぞ臓器を移植に使ってくださいといふことで手術場に入りまして、そして実際にメスを入れる直前に、やめてくれ、やっぱり忍びないと。それは十年ぐらい前の経験でございます。

それから三番目に、全く脳死についてドネーションは私はしたくないという症例もあります。ということとは、いろんな考え方がございます。ドネーションということについても、それからレシビエントということについても、それからレシビエントといふことについていろんな考え方がございます。ただ、その中で、ドネーションをしてよろしいという御家族あるいは御本人の意思と、その意思をいただいて第二の人生、すなわちギフト・オブ・ライフと呼ぶんですけれども、命の贈り物をもたらして第二の人生を生きたいという患者さんのその橋渡しをするのが私たちでありまして、それ以外にいろんな考え方があると思えます。そういう橋渡しが自由にオープンに、フリーといひますか、フェアにできるといふことがその社会の優しさだと思ひますし、日本がそういう社会であつてほしいと思ひております。

○成瀬守重君 ありがとうございます。

藤井先生にお伺いしたいと思います。

先ほど藤井先生は宗教者の立場としていろいろ貴重な御意見をお述べいただきました。私も子供のころから熱心な信仰を持った家庭の中で育つてまいりまして、人間といふものは単なる肉体的、物質的なものでなく、肉体的であるとともに、精神的な存在で生き通す命といふものは肉體は滅んでも永遠に存在するといふことを信じ切っております。それだけに、単に人間の体を物質と見てそれを移植するといふ考え方がなくて、先ほど藤井先生のお話やまた渡辺さんのお話にもあり

ましたように、そういう相手の人を生かすことにとうとさとか意義というものを私は感ずるわけですね。

特に藤井先生に伺いたいのですが、たしか玉虫厨子に、釈迦の前世において、子を産んで腹をすかしたトラに自分の身を与えるために身を投じたお話が出てくるのを記憶しているんですが、やはり宗教の一面の中には自分の身を捨てて本当に人を生かし、その中に自分の生の実現を見て喜びを見出すというか、そういうのも一面あるんじゃないかと思うんですが、いかがでしょうか。

○公述人(藤井正雄君) まさに成瀬先生の言われるように、玉虫厨子の扉に描かれているのは捨身飼虎という図でして、七日間飢えに飢えて、しかも七匹の子供を産んだトラに自分の身を投げて与える。これは捨身といまして、みずからの体を供養するというので最高の布施の行であるというようにしております。ただ、これは中央アジアにおいて盛んであったんですけれども、残念ながらしばらくたつてなくなりました。けれども、菩薩行としては布施行の中で最高の位のものであるというふうになっております。ですから、仏法におきましては、自分の身を犠牲にしましても人に生き生かすというふうなことが私自身のモットーであるということをお話ししました。

臓器移植も、まさにそういう意識が徹底すれば、みんなが互いに助け合う、そういうよいき日本になるんじゃないだろうか。やはりその意識が根底にないと臓器移植というのはなかなか浸透しない、そういうふうには私は考えます。

○成瀬守重君 ありがとうございます。

中谷先生にお伺いしたいんです。

人の死にはいろいろあると思います。先ほどどなたかのお話にもありましたように、現在の医師会では三徴候死と言われる、そういう死が定説のようにされておったんですが、新たに脳死という概念が出てきたわけです。その脳死というものを抜きにして、脳死状態で人間の臓器の摘出を行

う、これは当然心臓とか肝臓移植をするような場合、そういうことがありましたら私はこれはもう心臓死になると思いますが、法律的に見て、そういったものはいわゆる殺人という行為につながるんじゃないか。それが例えば臓器移植をするからといって、違法性を阻却するということは非常に難しいんじゃないかと思うんですが、いかがでしょうか。

○公述人(中谷達子君) まず、脳死状態という言葉をすけれども、私が関与した生命倫理研究会の「臓器の摘出に関する法律(草案)」というものにも脳死状態という言葉が出てまいります。私自身は脳死は人の死だと思っております。脳死状態という表現に大変疑義を持ちながら、それでもそのときは皆さんがそうだとおっしゃったからそういう形にいたしましたけれども、猪熊案でおっしゃる脳死状態とはどういう意味なんですか。私はそれを伺いたかつたんです。

つまり、脳死状態というのは、治療中にもうだめだなど医療関係の方がだんだんあきらめかけてきますね、そういう状態から心停止までの間の状態なのか。それとも、今のところ世界的に脳死判定というのは大体二回繰り返してやることになっていきますね、その第一回目の脳死判定のときから心停止までのことを言うのか。それとも第二回目の脳死判定、それでもう確定なんですけれども、第二回目の脳死判定もあつたけれどもまだ心停止に至らない、レスピレーターを取りつけたまままだ心停止に至らない、それを言うのか。それが私はわからないんです。

○成瀬守重君 これは医学的にいわれる生理的な所見の状態はいろいろあると思います。しかし、これを法的に言うと、ポイント・オブ・ノーリターンというか、それを過ぎたら死に至るといいます。これは、脳死というのは竹内基準によって大体ある程度の判定基準が出ておると思いますが、脳死状態はまだ生の状態である……

○公述人(中谷達子君) そういうお考えなんです

か。

○成瀬守重君 じゃないでしょうか。いかがでしょうか。

○公述人(中谷達子君) それは表現はそうでも、とてもおかしいですよ。

そうしますと、結局脳死状態というのは生きていて、生きていて間に臓器の摘出を認めて、例えば心臓の場合は一遍にそれで亡くなるわけですね。そうしますと、結局は移植医を殺人者にするものだというのがドイツのあれに出てきます、私の差し上げた資料の一に出てくるところなんです。そういうことが問題になるんだらうと思います。

私自身は、もし脳死を人の死と認めないとしても、場合によっては違法性が阻却されるのか、責任が阻却されるのかわかりませんが、正当化される余地は認めてもいいんじゃないかと思えます。ドイツではそんなことは絶対にあり得ないというふうな議論、つまり平野説と同じような議論が展開されていて、それに対する異論はないようでございます。

○成瀬守重君 私の場合、脳死と脳死状態というのを使い分けて、生と死を使い分けているつもりなんです。脳死という場合はやっぱり死である。そういう意味において、脳死というものは死であつて、脳死状態というのはまだ生の中にあつて、そういうことをすれば当然そこに違法性阻却の事由は発生し得ないという意識を持つておるわけですね。やはりそういう意識を持つておるのなされる以上は、これはもう当然その脳死という概念を認めざるを得ないと思うんです。

そうすると、日本においては、脳死というものは現時点において国民一般に定着していないという意識は非常にあるんですが……

○公述人(中谷達子君) そうです。

それは先ほどから何度も繰り返して申し上げておりますように、皆さん方の啓蒙が足りないということだと思えますけれども、それは国民一般が余り関心を持たない。説明のしようによつてはどな

たでも納得できるような説明ができると私自身は思っております。ですから、そういうことを積み重ねていけることが非常に重要ではないかというふうな考えをしております。

それからもう一つ、先ほどアメリカの臓器の提供といいますが、脳死の問題ですけれども、臓器移植については一九八四年の全米臓器移植法というものがあつたんですが、これは臓器移植についての具体的な問題を扱っているのではなくて、州が違つた場合にどこでどうするかというような問題なんです。実際の臓器移植法というのは、ユニホーム・アナトミカル・ギフト・アクトというものです。つまり、死体提供法、ギフトなんですね。差し上げるといふ考え方がそこにはあるというところは、先ほどの藤井先生のお話や渡辺さんのお話なんかともつながってくるのではないかと思ひます。

それからもう一つ、ドイツについて申しますと、一九六七年十二月三日のクリスチャン・バーナードさんの心臓移植の後、六八年にはもう既にドイツでは脳死は人の死だというふうな代表的な刑法のコンメンタールにおいて出てくるんですね。それでびつくりしまして、何でそんなに急にそのようになったんだらうというふうなことを調べに行つたことがあります。

その際に、日本ではまだ今のところは脳死を人の死とは認められないのというような話をいたしました。そうしましたら、知識階級の女性ではあるんですけども、それじゃ臓器移植はどうするのと聞かれました。私は何の気なしに、例えばそのころ腎臓移植についてはUS腎といひますかアメリカからの提供を受けてまして、そして多少そういうものがあるけれども、ほかの臓器は移植はできなくて、だからアメリカに行つたりオーストラリアに行つたりいろいろなところに出かけて、そのときはみんなが資金をカンパして、それでそういう手術を受けることがあるのだという話をしましたら、聞いた方が唖然として、日本人として何て勝手なんだらうと。自分の国ではそれを認

めないで、どこの国でもドナーというのは少なく困っているのに、そこに割り込んでいってその国の提供を受けて、それを国民がみんなでカンパして支援するというのはどうしても理解できない、日本人は何て勝手な民族、国民なんだろうと言われました。

それ以来私は、臓器移植といいますが、海外へ出かけての移植については口にするをやめました。そういう経験を持っています。

今は大分違ってきたようで、渡辺さんは本當にお幸せだったと思ってお喜び申し上げます。

○成瀬守重君 先生のおっしゃることはよく感じさせていたんですが、しかしながら現在の日本の社会においては、いわゆる生きていて人間から臓器を摘出することは、これはもう自殺補助になるのか嘱託殺人になるのか、いわゆる法的にできないわけですね。移植なさる先生方も恐らくその危険性を前にしては到底そういうことは現実にはできなかったと思います。

先ほどお話がございました、過去においていろんなそういったものを積み重ねてヨーロッパでは今日のような移植技術が発達したということのお話を聞きましたけれども、現在の日本において、そういった法的な壁というのか、そういうものの中で、それをあえて押してみずから殺人者の告発を受ける、あるいは嘱託殺人の告発を受けることの危険を冒してまでそれをやるというのは、それはお医者さんとしても、医は仁術なりといってもなかなかできないんじゃないかと思えます。やはり国としても社会としてもそういったものに対する法的なものをつくる必要があると思うんですが、いかがでしょうか、中谷先生。

○公述人(中谷雄子君) それは再三繰り返して論議されているところでございますけれども、それでは人の生命を奪うということについて正当化は絶対されないかと申しますと、正当防衛とか緊急避難とかいろいろあります。それから、例えば死刑執行人の死刑の執行なんかもそうですね。正当業務行為による正当化事由もあります。

だから、絶対にできないというふうには考えなくてもいいような気がしますし、あるいは少なくとも責任阻却にはなり得ますね。そういうような状況において行ったということにする。ただ、責任阻却になりますと、一応違法性があるというふうには判断されますので、それは移植医の方には耐えられないというような言葉を伺いますけれども、でも犯罪不成立という点では同じでございます。

○成瀬守重君 そういった意味で、正当防衛とかあるいは緊急避難の場合は、本人自身の場合はいいですけども、移植されるというのか、移植するためにというのとはちょっと難しいんじゃないかなという気はするんですが……

○公述人(中谷雄子君) 他人のための緊急避難というのはいりませんよ。

○成瀬守重君 先ほど先生は、立法というものはぎりぎりの妥協だということをおっしゃいましたけれども、我々もやっぱりそういったぎりぎりの苦しい状況というのか、現在の日本の社会ではまだまだ三徴候死と言われるような、死というものは一般の死として考えられている点が非常に多いわけですね。

脳死というのは、新たな概念というのはいまだ日本社会にまだ完全には定着していないわけですね。しかしながら、現実にはそういった治療を求めて、死の恐怖におびえて、何とか救ってもらいたいという方が日本全国にたくさんいらっしゃるわけですね。そういった方々のためにも、何とかぎりぎりの線というところで脳死という概念も考えられたわけですね、脳死というものを死として認めよう。

さらに、それをもう一歩踏み込んで、臓器移植に関する限り脳死を認めて、現在の死の概念というのとはおいておいて、今までのように死の概念は三徴候死による死というものを考え、同時にこの臓器移植を認めてその点に限って脳死を認めようというふうな、これは立法上のぎりぎりの一つの妥協といえますか、これはもう本當に苦しい選択といえますか、これはそういったものがあるんですが、いかがでしょうか。

○公述人(中谷雄子君) 成瀬先生のおっしゃる通りだと私も思っております。

ただ、三徴候死は定説だと言われますけれども、これも法律上の根拠はないんですね。直接的な規定はない。胎児についての埋葬に関する法律の中に一部ありますけれども、それ以外にはないわけなんです。

それと、私が刑法学を始めたのは昭和二十五年ぐらいからでございますけれども、死については三徴候説が出てきたのはもうずっと後です。それで、心停止説とか脈拍停止説とか呼吸停止説とかそういうものがありまして、三徴候説というのは、もう本當に私なんかから言えはばずっと後から出てきたものですから、それが古くからの定説であると言われますと、へえ、そうなんですかねというふうに思うくらいでございます。

ですから、そういうので、法的な規定はあってもなくても私は別に構わないと思いますけれども、ただ、この二つの法案を拝見いたしました、第六条の「死体(脳死体を含む)」という部分を多少修正することによって、私は脳死のほかに心停止体もあるということが、はつきりもうこの規定そのものが既にそれを予定しているわけですね。脳死体を含むというのは脳死体のほかにほかの死体というものを考えているわけですから、でも、それはもつと明確になさった方がよろしいのではないかとこのように思います。

アメリカでも全部の州で全脳死説がとられております。これは、統一死の定義法というものの立法が提案されまして、それについて各州ごとに、脳死法というものをつくった州もあるし、法定はしないで判例でそれを認めているけれども、とにかく全国で全脳死は死だと、心臓死のほかに全脳死も死であると、そういう考え方をしているわけですね。

死は一つであっても判定の方法はおのずから二つがあるということをお認めいただけますから、それによろしいのではないかなというふうに考えております。

ります。

○公述人(藤堂貴君) 成瀬先生から、こういう法律をつくるのは、脳死を死と規定して臓器摘出を認めるのは、ある意味でいえば外科医をプロテクトする意味であるというお言葉をいただきました非常に感謝しております。

ただ、きょうのお話の中でも申しましたように、臓器を提供していただく脳死ドナーが死であるということ定義していただくことによりまして、決してこれは外科医だけではありませんで、救急医療の現場、それからもとと大事なことは臓器を提供したドナーの家族、それからその臓器を受け取ったレシピエント、すなわち渡辺さんのような方の心理的な問題、それが大きく払拭されるんではないかと思えます。

したがって、脳死というものは人の死であるということが非常に重要なファクターになると思えます。

○公述人(渡辺環君) 今、藤堂先生がおっしゃられたように、もし脳死は人の死だということに言われていなかった場合、とてもじゃないけれども私としてはその方の肝臓をいただくわけにはいかないと思います。志半ばで亡くなられたので初めて私と一緒に生きているという感じになるので、とても、もしそういうふうにならなければ、現在私はいないんじゃないかと思えます。

○公述人(藤堂貴君) お答えします。

私自身の考えは、医者と患者の間だけで脳死が人の死だと受け入れられないのであれば、つまり法律の後ろ盾がなければ脳死状態の人を死体だと思えないのであれば、それはおかしいと思えます。これは絶対助からない方である、亡くなられる方であるということが、お医者さんと患者さんの間で、臓器の提供側も臓器を受ける側もそこで納得できないのであれば、その同じ状態を法律の一片の字句でもって死体としたらだれもが安心するというのは、僕はおかしいと思えます。それは、医者と患者関係の中でそういう納得をつくり上げるべきだと思います。

以上です。

それで、臓器提供をするときにでも、脳死になつた患者さんというのは、頭の中は脳の機能が停止しておりますが、首から下は全部生きています。わけです。それが心停止されても毛は伸びますし、つめも生えます。そういう意味では、生と死というものを余りにも安易に、生きた臓器を死体から出してきて生きた者に植えるとか、そういうつた御発言が大変今の国民世論に誤解を生じさせている、そういうふう考えるわけです。

あと昔も、百年以上前の医者と患者の段階でしたら確かに信頼関係のうちでそういった死というものが二極間で決められてもよかった。それから医ら、接点が大んだんこちらの脳死ということが医学上明らかな厳然たる事実として見えてきたときに、この脳死というものについての理解度、先生方は救命救急施設にお行きになりまして脳死の体を見られたと思いますが、十分や二十分見られたところで何か寝ているような気がするというのはもう当然のことでございます。脳死の患者さんをも

これはなぜかといいますと、全く体が動かさない、ただ呼吸されて血液が流れて、ほおが赤く、温かくて体温がある、そういうった状況にありながら、体が全く動かずにだんだん目の色とか口の紫色が見えてくる、床ずれも出てくる。そういうったところで、ああこれは本当に死が近いと死を受容するところになってきますので、経験度によって脳死というものを一方的に語られても、理解できることはなかなか難しいところと、私の意見とさせていただきます。

○公述人(藤井正雄君) 私は、先ほども申しましたように、やはり脳死を人の死することに非常に抵抗があるわけです。それは、命のやりとりだということ、実際に脳死というものが浸透してないということとは事実であります。人間として、脳死状態になったといつてその臓器を提供してほしいと言われて、そのときに家族がそれを納得できるかどうかというのは、やはり医師との信頼関係がなくてはならないし、またそれには教育が必要だ。

だから、そういう条件が整って初めて人の死なら人の死と認められるべきであって、法律でそれを先取りして決めるのはおかしいのではないかと、私はそう考えております。

○成瀬守重君 いろいろ先生方の御意見、非常のために、私も参考にさせていただいて今後の審議に生かさせていただきたいと思っております。

そこで、藤堂先生に再度お伺いしたいと思うんですが、今後日本でそういうったような移植手術とか移植医療というものが行われる場合に、日本とていう国全体としてどういったような面を、これは国民の皆さん方に対してもあるいは医学界に対してもあるいは我々政界に対しても、先生がアメリカの社会においていろいろ見聞されたことから教へていただきたい。

（公述人（關掌書長）　今から日本で移植医療が始まるに際しましては、一番大切なことは情報が常にオープンであることだと思います。それから、常にフエアであるということでもあります。それから三番目に、常に最善の努力が傾けられなければならないということだと思います。

さらに、脳死について述べますと、移植医療が日本に定着するためには、個人の考えで受け入れられ、でも、恐らく五年、十年、二十年の時間がかかると思います。今一番大事なことは、その一歩を進めることです。そして、私も医療関係者、それから法律家、政治家の方、マスコミの方々、そういう方々が、始まるであろう日本の移植医療を支えていただくことです。

そして、次の世代に、例えば私には子供が三人いますけれども、彼らが結婚して子供が生まれてその子供が日本に、またそのときアメリカに帰るものでしょうけれども、日本にいて移植ができなかったら同じ問題を次の世代に届けることになるんです。それは私たちの世代は全く責任を果たしていいことになります。そういうった考えで、今から私どもは皆と力を合わせて移植医療に邁進していきたいと考えております。

○成瀬守重君 先生ははるばるアメリカから、この移植の問題について日本の社会に訴えたいという熱意を持ってお見えになったと思います。

先ほどのいろんな質疑の中でお気づきのよう  
に、日本ではまだ十分国民の中にそういったもの  
に対する理解やらコンセンサスがないわけです  
ね。ですから、この国会の公聴会という場を通じ

○公述人（藤堂省君）臓器移植は、何度も申しますように、命の贈り物です。その命の贈り物をお互い大切にできる、人をケアする、そういう日本の社会であつてほしいと思います。

○成瀬守重君 以上で終了しました。  
○山崎順子君 私は平成会の山崎順子、通称円より子と申します。

私は、家族にと

大変重要だと思っておりまして、家族が納得した時点が患者の死であると考えております。そのため、法律で死を定義することには賛成できない立場で猪熊案の賛成者となっております。

そこで、発議者ではないんですが、先ほど中谷

先生が猪熊案の脳死状態というのはどういうことなのかとおっしゃったので、中山案で言うところの脳死、つまり第二の判定を終えた後のものを死体と認めないためにそう言っているわけなんです。でも、それを聞いておりまして、臓器の提供を受けた方々が、もし脳死を死と認めていなければ気持ちが悪いか、脳死状態からの臓器の提供はとても受けられないと、私もいろんな方にお会いして、おっしゃっているのを聞いていたら、どうも脳死状態というのが誤解されているのかもしれないということを思いました。

質問時間が制約されておりますので、余りその件については話せないんですが、まずその誤解を解いておきたいし、中山案で言うところの脳死を解いておきたいし、中山案で言うところは全く体と猪熊案の脳死状態というのは客観的には全く同じ事実を死と定義していいということだけなんです。

そこで、私は、ただ猪熊案の賛成者ではありません。でも、できるだけいい形でまとめたと思うっておりまして、猪熊案に別にこだわるものでもござ

いません。

そこで、現実には、新聞報道されております修正案と言われるものが公式に出されていないところで大変恐縮ではございますけれども、昨日の公聴会でも随分公述人からその話が出まして、これは参考として中谷先生にお聞きしたいんですが、私は、この「死体」の中に、六条の規定で「死体(脳死した者の身体を含む)」ともし書かれましたならば、これはやはり一部に限定されたものであれ、死の定義が変更されるというふうに思うんです。

そうしますと、昨日の公述人の方で中山研一さんとおっしゃる刑法の学者の方は、脳死一元説に立つ中山案と心臓死一元説に立つ猪熊案の間に立つ両者の妥協案をつくる場合、結局この二つの死を認めざるを得ないのかなと思うとおっしゃっております。私もその辺が本当に皆さん、国民の方のコンセンサスが得られるかとか、皆さんも臓器移植のためにはそのあたりかなと思っております。この死体を含むという前提を維持させたがために、やはり臓器移植以外の場面における脳死した者の身体を取り扱いというのは依然不明確で、かえって混乱を招くのではないかと。そうしますと、そういった二つの死を認めて妥協案をつくる場合に、どういう形であれ、できるだけ矛盾を顕在化させないための努力というものを規定するのが国会の責任かなと私は思うんです。

もし中谷先生の方で、例えば移植以外の場面での取り扱いとの整合性とか、民法上、死が二つと出るときに出てくる問題とか、いろいろこれからぜひとも詰めていかなければという矛盾を少しでも小さくするためにはどういったことがあるか、お気づきの点があったら教えていただきたいんです。

○公述人(中谷隆子君) 先ほどの話の中にも多少は触れていたと思いますが、脳死体を含むということは、既に心臓死体のほかに脳死体を含むということですね。そういうふうな規定です

けれども、表には出てきていませんけれども、私はそうだと思うんです。

脳死とそれから心臓死といいますが、それを二つ認めるのは、死は一つだからこれはおかしいと中山先生なんかはおっしゃるんですか。

とすれば、私はそうではなくて、死は一つだけれども、その判定といえますか認知の方法が脳死、全脳の機能の消失で死を認める場合と、それから心停止で死を認める場合と二つがあるんだと思います。これはアメリカなんかみんなそうじゃないですか。判定の方法としては二つあるということを確認するわけです。だってレスピレーターを取りつけない限りは、脳死と心停止とはほとんど前後して生じますから、脳死が問題になることはないんですよ。レスピレーターという人工蘇生器というものが開発されて、それが多用されるようになった。そうしますと脳の機能を消失しても機械で心臓が動かされ、体は温かくて、ほつぱたはピンクでというような状態になりますので、それでそれが問題になるのだからというふうに私は考えております。

ですから、その「死体(脳死体を含む)」というもののにどういう条件をつけるかといえますと、単純に言えば、初めから予定されているように、心臓死のほか、あるいは三徴候死体のほか脳死体を含むとするか、あるいはこの法律で規定されたすべての要件を満たした脳死体を含むというふうにするか、あるいは臓器移植についてだけそれが適用されるようなことになるわけですが、そういう道をとるか、いずれかの修正を加えれば相互の理解は届くのではないのでしょうか。

一般の国民の方たちが脳死を人の死と認めたくないといいますが、それはやっぱり鼓動していませんし、それから体は温かいし、ほつぱたはピンクだし、そういうものを見て、でももうこの方は脳の機能が全く失われて死んでいるんですよと言われても、なかなかそれを認めたくない。

普通の心臓死であれば、死だというふうに判定されたとき、すぐに急速に体が冷えていって、し

んしんと冷えて、もう本当に冷たくなりますよね。ああこれじゃとてもだめだというふうに思います。その思いがなかなか伝わらないといいますが、それがなれないということで、ですから、もし臓器移植が日本で始まったら、医師と患者との信頼関係もさることながら、またコーディネーターの方たちの御努力もさることながら、そのグリーフワークをいかにちゃんとやるかということが私は大事なんだろうと。これは臓器移植法が成立して、臓器移植が始まったときの将来の直接的な非常に大きな課題だろうというふうに考えております。

○山崎順子君 ありがとうございます。死亡時刻の定め方や検視の問題、先生が今おっしゃったようなこと、もしいろいろ第三案が出てきても、慎重に審議しなきゃいけないなと思っております。

ちよつと視点を変えて、たとえばこの案が出てきたにしましても、限定されたとはいえず、脳死を人の死とすることの危険性があると思うんです。が、橋島さんと藤井さんにお伺いしたいんですけれども、本人の意思という形で命の切り捨てが正当化されるような危険性とか、それから終末期医療の中でこの臓器移植法案の位置づけがないまま、臓器移植が目的でどうも審議されてきたというようなこと、尊厳死、安楽死の問題等、いろいろな問題がまだ残されているような気がするんです。

そうしたときに、アメリカでは、例えばリクワイアド・リクエスト法ができた後で、逆に臓器移植の提案を、ドナーカードを本人が持っていたにもかかわらず家族が拒否するケースがあつてきたというようなこともあつたりします。

やはり日本でも、判定基準が本当にいいのかどうか。妊婦は外すべきではないかという問題、四つの大学しかこれを基準に入れておりませんし、また六歳の子が外れている竹内基準を、なぜ六歳なのか、もっと見直した方がいいんじゃないかという人々すら出てきています。

そういったことも考えますと、本当に脳死判定基準というのがこれでもいいのかどうかの問題や、少しドナーの方の命が軽視されるのではないかと、いろんな危険を感じるんですが、インフォームド・コンセント、それから医療機関の臓器提供施設、その倫理的適格性などについて、もしお二人に御意見がありましたら、橋島さん、藤井さん、お願いしたい。

○公述人(橋島次郎君) 多岐のことを述べられましたが、私は、今最初におっしゃられたことが一番大事ななことだと思います。

この法案の審議、あるいは一番最初からのいわゆる中山案、衆議院を通った案を見ていて私が一番恐れていたのは、臓器移植の法律がそれ以外の救急や救命医療に影響を与えるような効果を持つてはいけないと思います。この法案の立法目的として、臓器移植に道を開くということしか出ておりません。救急医療で脳死者の人工呼吸器を切つていいと書いてないわけですね。

つまり、治療の打ち切りのための基準を定める法律であるとは立法目的に書いてないにもかかわらず、今出ている衆議院を通った法律では、死体というものが一つの言葉で大きく、脳死体を含むという形で死体という範囲が広がられているわけです。これは救急医療を大混乱に陥れ、早目早目に治療を打ち切る方向に医療の現場が動いていくおそれがあると思います。これは立法目的にない効果を法律が持つというのは法治国家としての自殺行為であると思えます。

ですから、現在、衆議院を通過した中山案が成立してしまうことは、私は最悪のシナリオだと考えて、それだけを恐れてまいりました。

おっしゃられたように、限られた医療資源の中で、どこで治療を打ち切った方がいいか、経済的なそばん勘定だけでなく、倫理的にだれもが納得できる点で、どういうところで治療を打ち切った方がいいかというのは、議員がおっしゃったように、末期医療全体の課題であり、あるいは医療保険改革の問題であり、医療全体、どこにどれだけ

のお金と人材をつぎ込むべきかという医療の構造改革の問題であり、それは国会が現在扱っておられる問題です。その中で別にきちんと議論されるべきであると思います。

○公述人(藤井正雄君) 私は、後半の部分で、インフォームド・コンセントという場合に、これからの民主主義の世の中は個人個人の意識というのは大変大事なものですから、アドバンス・ディレクティブといった場合に、自分がこれこれこういう状況に陥ったときにはこれだけの治療をしてほしい、あるいはほかの治療をやめてほしい、それは家族がその意思というのはやっぱり守るべきじゃないでしょうか。しかも、自分が亡くなったならば困っている人に角膜を与えたいという意識が家族の反対のもとにできないということになる。

そういう意味で、私は、極端に言えば、家族の承諾ということも過渡的医療の場合に現在においては必要だけれども、将来においては撤廃されるべきだ。あくまでも故人の意思ということを尊重していくのがこれからのあり方ではないだろうか。ただし、今それだけの教育、啓蒙ができていない。そこにやはり私は危惧を感じるものだ。将来において理想的には人の死であつても構わないけれども、現状においてそこまで至っていないという意見を私は申し添えたいと思います。

○山崎順子君 ありがとうございます。終わります。

○木庭健太郎君 きょうは公述人の皆様、貴重な意見を本当にありがとうございます。限られた時間ですので、ポイントを絞って何点かお尋ねをしたいと思っています。

私どもは、私どもというか、私は少なくともこの参議院の中で猪熊案が出て、修正案が出たというの、何とか国会議員として、移植のために臓器を提供したいという方がいらつしやる、一方でぜひとも臓器の提供を受けたという方がいらつしやる、それをつなぐ移植医の方たちがいらつしやる、その橋渡しの一つが法という形でできる

のかどうかは別として、我々として取り組みたいという気持ちの中で審議を続けている、こう思っております。

そこで、一点、まず藤堂公述人にお伺いしたいんですけれども、先ほど橋島公述人の方からは、まずこういう問題は医療現場が先に取り組んで、その後法ができるんではなからうかという御意見もございました。それも一つの考えだと思えます。ただ、今の日本の現状、日本に帰ってこれてその現状を見たときに、本当に法がなくてできるとお考えになるのかどうか、藤堂公述人にお伺いしたいと思います。

○公述人(藤堂貴君) 周りの状況が許せば、本当に火だるまになるようなことが恐らく起こると思いますけれども、法律がなくてもできると思えます。しかし、それはあくまでも例外的な方法であります。私は、移植外科とは申しませんが移植医療と申しますが、移植医療ということは治療法として患者さんに常に還元できるということでございますので、医療ということを考えますとやはり法律があることがベストでございます。

○木庭健太郎君 この委員会でも、また衆議院でもいつもポイントになってまいりましたのは、脳死というのが人の死かというこの国民的合意ができていくかどうかということと議論もしてまいりました。公述人の中にはその辺について見解をききようもお述べになつていただいた方もございます。

○コディネーターの玉置公述人にお伺いしたいんですけれども、本当に今の日本で脳死が人の死だという国民的合意ができていくというふうにお考えになるのかどうか、これを伺いたいと思います。

○公述人(玉置勲君) その国民的合意が何%とか、数字であらわせることが一番望ましいのでございませうけれども、先ほど申しましたとおり、脳死というものがなかなか病院、医療施設の中で見えないというところにまず問題点があるかと思えます。

しかし、脳死というものを見た家族が、やはり

脳死は人の死だねという言葉を発せられることを多々聞いております。そういう意味では、限られた中で脳死を目の当たりにした患者さんの家族につきましては、かなりの高い理解度で脳死が理解されているように思います。

その辺が、ほかで脳死という言葉だけがひとり歩きをしまして、脳死というものについての理解がないために、脳死に賛成してみたり、または脳死は怖いものだということと反対してみたりというところにつながっているように思います。

○木庭健太郎君 藤堂公述人は日本に帰られてきて、脳死という問題、日本においては国民的合意になっておるのかなと、どうお感じになっておるか、これも藤堂公述人からお伺いしておきたいと思えます。

○公述人(藤堂貴君) 毎年、今まで年に二、三回帰って講演をしておりました。そのたびに、講演の前それから後に会場の方に脳死について理解ができていくかをチェックしてまいりました。大体七、八年前までは全体の一〇から一五%でございました。神戸の震災があつた二年前は六〇%ぐらいになったと思えます。たまたまそれは新聞の意識調査と数が合つておりましたので、半数以上の方は脳死というものについて理解がいつていると私は思っております。

○木庭健太郎君 渡辺環公述人にお伺いしたいんですが、本当に健康になられておめでたうございます。これからどういう形で参議院がこの法案を判断していくか、まだまだこれから残つておるわけでございますけれども、これから日本でもこういう臓器移植という問題が現実化した場合に、ある意味では周辺のいろいろな整備をしなくちゃいけないと思えます。そのためにコディネーター協議会の玉置会長以下いろいろな意味で御努力をなさっているんだらうと思えます。

先ほどドイツでの経験を少しお話しになりました。移植そのものというより、その周辺を取り巻くことでドイツにおられて感じられたこと、これから日本がそういう問題に取り組んでいくときにこういうことに配慮していただいた方がいいなと、そういった点でもドイツでお感じになっていることがありましたら教えていただきたい。これを最後の質問にしたいと思えます。

○公述人(渡辺環君) さっきも毒キノコを食べた御家族の方のことなんかを例に挙げたんですけれども、私の場合は肝硬変から肝がんになつて、もともとC型肝炎というのを持っていたおかげでそういう状態になつてしまつたんです。

ドイツで脳死移植というのがごく一般的な医療として扱われているというのは、例えば私の部屋で同じに移植後に暮らした方が、その方はよくはわからないんですけども、がんができて、それでもう肝臓がだめになつてしまつて、それから移植された方もいらしたんですね。それから、さっきの毒キノコの方もそうなんですけれども、脳死移植というのすごく普通の医療とは違ふものとして日本では考えられているんですが、脳死からの移植というのがドイツではごく当たり前の普通の医療という形で外科手術と同じような感覚でされているように、そんなふうには思いました。

○木庭健太郎君 終わります。

○照屋寛徳君 社会民主党・護憲連合の照屋寛徳でございます。

具体的な質問を申し上げる前に、渡辺公述人にはもつとつと幸せになつていただきたといううことを申し上げておきたいと思えます。

橋島公述人にお伺いいたしますが、先ほど意見陳述の中で、結論的な部分で、法律は社会の信頼の結果であつて社会の信頼の準備であつてはならないというお話でございました。私もまさに橋島公述人の結論のとおりだというふうにお考えしております。

昨日、新潟で地方公聴会がございました。そこで京都大学の名譽教授、刑法学の中山公述人から、アメリカでも臓器移植以外の場面では脳死を人の死とする必要があるのかどうかということ議論が起こつている、こういうお話がございました。

た。また、同じ公述人のノンフィクション作家の向井さんからは、脳死を人の死として性急に立法化する場合には反対であるという基本的な態度表明と同時に、臓器移植というのは最高の倫理的、技術的水準による脳死判定から臓器提供に至るまでの手続を整備し、社会の理解を得ながら進めていくべきであるというお話がございました。向井さんからも、アメリカの臓器移植では脳死から三徴候死に戻ろうとする傾向がある、こういう意見もございました。

福島公述人も、アメリカでの三徴候死に戻るべきだという意見の表明があったのでございますが、そのアメリカやドイツでも脳死一元説に対する疑問がはじまっている、こういう論文などもあるわけでありまして、そこら辺もう少し補足をしてお説明いただければありがたいなと思ひます。

○公述人(橋島次郎君) まず最初の点、つまり臓器移植とかかわりなく脳死をどうするかという点ですけれども、そもそももう三十年も前に世界で初めてハーバード大学が脳死に判定基準をつくったとき、その目的として、脳死の判定基準としてのわざわざつくるのは、一つは臓器移植のためだけれども、一つは治療の打ち切りのためである、もう三十年前からアメリカでははっきりそういうことが言われていました。ですから、脳死を人の死として認めるかどうかというのは、少なくとも欧米ではその時点で治療を打ち切っている、脳死を人の死と認めるといふのはそういうことであるというふうに受け取られていると聞いております。

イギリスやデンマークでは、事実、脳死判定がされればばち人工呼吸器のスイッチを切っているというところは、衆議院の各党協議会の議員の先生方の調査でそういうことを伺ってきたというお話も聞いております。

日本では臓器移植の方だけの議論で脳死問題を語られているので、その辺は日本社会のこれから課題かとは思いますが、その点について断片的に聞いている話では、アメリカでは脳死どころか

まだはつきり意識のある状態で、例えばもう手おくれで助からないがんなどの患者さんが、例えば腎臓がだめになって透析を受けたいともう二三日で亡くなってしまう、そういう状況を説明されて、完全な意識のある状態でそれをわかってながら、もうがんで助からないなら私はそういうのだな透析のようなことはされたくないという決意のもとに、病院の中から自宅へ帰って、透析を受けずにはつきりした意識を持ちながら亡くなっているという例があるというふうに聞いております。

それは、アメリカ社会はそういう傾向を持っている社会なのではないか。それが果たしていい医療なのかどうかという点を、まさにこの場で、あるいは国会の中で、一般社会の中で、医学界の中できちんと問題点を明らかにして議論していただくたい、そういうふうなことを考えております。○照屋寛徳君 先日、当委員会は日本医科大学の救命救急センターを視察させていただきました、私も、脳死と判定された患者さん、それから脳死直前という切迫脳死の状態にあられる患者さんに接する機会がございました。

福島公述人にお伺いしたのですが、ただいま公述人のお話もありましたけれども、日本でも脳死を人の死と定める法律、こういうのができると、脳死直前、すなわち切迫脳死患者が移植臓器の生着率、成功率を高めるために救命治療が放棄される危険性があるのではないかと、すなわち脳死による臓器移植を成功させようとすれば、どうしても切迫脳死の段階で救命治療を打ち切って臓器移植の準備に入らなければならない、こういう要請が強いわけでありまして。ところが、一方で切迫脳死が現に救命されているという事実もあるわけでありまして。そこで、いわば矛盾というか衝突が起くるのではないかと、こういうふうな指摘に対しては公述人はどう思っておられますか。

○公述人(橋島次郎君) 先ほどから申し上げておりますように、私は政策研究者で、医療現場に対して責任を持てる立場にございませんので、申し

わけございませんが、ちょっとその質問に答える資格はないかと思ひます。それはまた別に救急医療の先生に御質問いただいた方がいいかと思ひますので、私は答えを控えさせていただきますと思ひます。

○照屋寛徳君 玉置公述人にお伺いをいたします。公述人は、結論的には中山案を成立させるべきだ、こういうお話でございましたが、マスコミで報道されております修正案にもお触れになりました。修正案ですと、玉置公述人もおっしゃっていましたように、本来客観的、統一的であるべき死の概念というんでしようか、これが脳死と心臓死ということとで二元的になって、法律上も、例えば民法で言うところの相続の問題とかそういういろんな権利関係でも不都合が生ずるし、医療の現場でも困ってくるんじゃないか、こういうのは私も思っております。

ところが、中山案でもそういう事態は起こるんじゃないんでしようか。公述人の意見を聞きたいと思ひます。

○公述人(玉置勲君) 私は法律の専門家じゃございませんので正しい答えかどうかわかりませんけれども、唯一「死体(脳死体を含む)」というふうな中山案原案でようやく救命救急医の医療スタッフが告発を免れるということを考えましたときに、やはり脳死を死体としておかなければ告発の機会が多々出てくるのじゃないか。そういうことの一点で、臓器移植が脳死体からの臓器提供でできる意味で中山案原案でやっていただきたい、そういうふうな考えているんですけれども。

○中尾則幸君 民主党・新緑風会の中尾でございます。本日は六人の公述人の皆様の貴重なお話を伺いました。大変ありがたうございました。

私の持ち時間も十分でございますが、本日は六人の皆さんからお話を伺いたいんですが、失礼かと思ひますが、何人かの方に絞ってお話を伺いたいと思ひます。

まず最初にでございますが、藤堂公述人にお伺

いたします。四月八日の衆議院厚生委員会の参考人質疑で、日本大学医学部の林成之先生がこのように述べられております。つまり、脳死判定の一つであります無呼吸テストのことでございますが、「無呼吸テストによつて脳蘇生の可能性を断ち切っているのではない」という言葉を生ずることがあります。と林先生は述べられております。大変侵襲性の高い、危険性の高い無呼吸テストは、日本の場合、医療の現場でどのように行われているのか。アメリカの例も参考にもしお聞かせ願えれば、簡単に答えたいと思ひます。

○公述人(藤堂貴君) 私は移植の方でありまして、実際に脳死の判定あるいは脳死患者さんの管理には全くタッチしておりません。

日本では、確かに無呼吸テストが侵襲性があるというところについての危惧は、救急医学会だけではなくて、例えば呼吸器学会でも提唱されているところで、ただ、欧米では、この無呼吸テストというところで、過去三十年間、脳死の判定がなされてきてはおります。

○中尾則幸君 藤堂公述人にもう一問お伺いします。

本委員会が審議されている両法案とも、臓器提供は本人の文書による意思確認が前提となっております。私もそれは当然のことだと思っております。この委員会でも私は厚生省等に御質問いたしたんですが、その有効性は一体何歳ぐらいだろうかということがあります。当委員会の質疑の中で厚生省は、大体十五歳、民法で規定されている責任能力のある十五歳相当というふうなお話がありました。なかなか十五歳以上というふうには決まっておりますけれども、アメリカの場合はどういふふうなことになるかと、どういふふうな場合でしょうか。

○公述人(藤堂貴君) アメリカの場合には、ドナーカードがあるからといってそれがドネーションを必ずしなければならぬものではないです。家族がそれに情情的に反対する場合には当然家族の意見が尊重されておりますし、されるべき

だと思ひます。

と同時に、小児、特に例え一歳とか二歳とか、五歳以下のドネーションが全米で大体一〇%を占めておりますけれども、これは全く親の善意と申しますか、子供に対するれんびんの情をしてドネーションをさせたということになっております。

○中尾則幸君 この件につきまして、有効性の問題ですが、法律の専門家であります中谷公述人にもお伺いできればありがたいんですが。

○公述人(中谷公述人) ドイツでは十六歳以上になっております。お渡しした資料の中に入っていると思ひます。

○中尾則幸君 続いて、同じく中谷公述人にお伺ひいたします。

現在はいわゆる中山案とそれから猪熊案で審議をしていられるんですが、第三案が今検討されております。その第三案といふのは、御存じだろうと思ひますけれども、第三案はその中間といふんですか、臓器提供者に限っていわゆる脳死を人の死とする。それから、それ以外の方は恐らく心臓死という規定になろうかと思ひますが、もしもそういう法律ができた場合に、いろいろ法的に問題が起らないかと思ひます。

昨日、私は大阪の地方公聴会で弁護士の方からいろいろ伺ひました。例えば、臓器提供者をして脳死を人の死とする方と、それから提供しない人は心臓死で従来の生きていた状態と。例えばその患者さんが、提供を表明した人がもし何者かの手によつて心臓を刺されて亡くなった場合に、心臓がとまった場合に、それは死体損壊罪だと。それから、例えば臓器提供者をしない、つまり生体というふうに、この法律がもし通れば、生体の場合は殺人罪に当たるとか、いろいろ法的に混乱を来すんじゃないかというような指摘もございましたけれども、中谷先生、法律家として、そういうふうな限定つきの第三案といふものが今検討されておりますけれども、これについてどういふふうにお考えでしょうか。

○公述人(中谷公述人) いろいろと問題がありそうですねが、先ほども、もう少し詰めて考えさせていただかないと確答はできないように思ひます。

○中尾則幸君 先ほど中谷先生から、第三の案の議論を尽くしてほしいというお答えがあったものですが、大変失礼しました。

続いて、藤井公述人にお聞きしたいと思ひます。

人の死をどうとらえるかというのは、私も、ただ医学的な判断だけで人の死を法で規定すべきではないという立場に立っております。いろいろな人生観、宗教観も違う。ですから、医学的に発達して、例えば人工呼吸器が確かに発達して、全脳の不可逆的停止でそれはもう戻らないよといつても、死といふのはいろいろ概念があると私は思ひます。それは藤井公述人から伺ひました。

先ほどのお話の中で、しかし私も、臓器提供にどうか道を開くことはできないかというのと同じ思ひでございます。それで、新たな道といふんですか、藤井公述人がそういう道をもし考えられていられるのであれば、脳死そのものを、全部の一般的な死ではなくて、例えば脳死を臓器提供者に限つて人の死とする、そういう考え方については藤井公述人はどのようにお考えでしょうか。

○公述人(藤井正雄君) 第三案のうわさは聞いております。

ドナーとなるべき者に限つて脳死判定をする、それを死体の中に入れておくことですが、ただ、その場合もやはり脳死は人の死であることに変わりはないと思ひます。ですから、もしドナーカードを持つていて、その故人の意思を尊重して提供するという者がいて、遺族、家族がそれを拒まない場合には、脳死体と言ふのはまずいんですけれども、そういう体から移植をすることができるといふに決まれば、これは死体及びそういう脳死の基準に合つた者から摘出できる。ただし、脳死体といふのはこれこれ、ドナーのあれなんだというふうに限定があれば僕はいいんじゃないかと思ひます。ただ、その場合に「死体(脳死体を含む)」ではこれはだめだと、だめだといふよりも私自身は納得がいかない、こういうふうにお答えしたいと思ひます。

○中尾則幸君 時間が参りました。ありがとうございます。

○橋本敦君 きょうは公述人の皆さんありがとうございます。

渡辺さんもお元気になられて、大変お喜び申し上げたいと思ひます。木内さんも心臓手術を無事に成功させられて、衆議院にお越しただいて御意見を伺ひまして、切実なお気持ちなり立場といふのをよく私も理解しております。木内さんもおっしゃったんですが、生きていられる人からはいただくわけにいかないという気持ちは、これはもう本当に強いというところをおっしゃいました。渡辺さんと同じような気持ちをお持ちということをお伺ひしました。

そこで、先端医療の発達によつて、医学的所見である脳死を人の死と見るかどうかということが今非常に鋭く両方の側面から問われている重大な問題になっていて、こう思うわけですね。

そこで、その問題に関連して、先ほど中谷先生は、四割の国民がまだ脳死を人の死とするというところには社会的通念、認識としてはいいではないのではないかと。そういう意味では、その四割の国民の反対という認識や気持ちは切り捨てないという、そういう方向で議論をぜひ進めてほしいという御意見がございました。

どういふように具体的に進めたいのかという意味で、なかなか難しいんですが、先生の御意見としては、具体的には今後どうこの課題を進めていく議論の道があるとお考えなのか、まずお伺ひしたいと思ひます。

○公述人(中谷公述人) 先ほど申し上げましたように、第六条の表現をどうするかにかかっていると思ひます。

それから、先ほどの中尾先生のお話ですが、レAKEESではありますけれども、共同事故か何か

で二人とも脳死になった。ところが、一人は臓器を提供する意思があった、一人は臓器を提供する意思がなかったという場合に、死亡時刻がどうなりましようか。そういう問題は何かありそうですねが、いたします。

○橋本敦君 そういった点は私も議論の中で問題提起をして質問もしてまいりましたが、そういう難しい問題はもちろんです。まず法律で脳死を人の死と定義すると、そのことについての根本的な問題としてやっぱり考えなくちゃならぬ、こう思ふんですね。

そこで、この点について橋本公述人にもお伺ひしたいんですが、公述人がお書きになりました論文を私も読ませていただきました。脳死と臓器移植は何が問題なのか」という論文でこうおっしゃっております。

何より問題なのは、法案が脳死を死体に含めるという条文によつて死者の対象を広げる内容になっております。その第一に、死の定義を法律で決めていいのかわからないという疑問であります。第二点として、死者の対象を広げることが、結果的に、本来の立法目的である移植を超えて、ほかの医療や社会の秩序に重大な影響を及ぼすおそれがあるのではないかと問題ですという御指摘がございました。

この二点について、もう少しわかりやすくお話をいたしたくないでしょうか。

○公述人(橋本次郎君) まず第一点についてですが、けれども、私が見ている限り、少なくとも主要先進国の脳死あるいは臓器移植に関する法律で脳死体という言葉は私は見たことがありません。先ほどからもお話しが出ていたように、臓器移植を認め脳死者を死者と認めるという法律は、必ず心臓死と脳死の二つの死を認めることになるわけですが、それを中谷先生のように、死は一つであるけれども判定基準は二つあるという解釈をしているわけですが、それで、人間の死は次のいずれかによつて判定

される。一つは旧来の三徴候死、もう一つは神経学的基準とか医学界で認められている基準という表現が普通です。脳死を人の死とするというふう完全に法律に書き込んである法律は非常に少ないと思います。つまり、そのように法律というのはい一度つくるとなかなか変えにくいもので、特に現代のようにいろいろな物事が速く進み過ぎる世の中では法律はどうしても後追いになると思ひますし、また後追いになるのが法律だと私は思っております。

ですから、医学界で認められた神経学的基準という言い方、法律で言えるのはそこまでが最大限ではないかというふうに見た上で、第一点、脳死を法律で死の定義をそこまで書き込んでいいのかというの、そういうこともあつて書かせていただきました。

第二点については先ほど申し上げましたとおりで、死体の範囲を広げるということは、要するに治療の打ち切りのポイントをこの問題に限つていえば前倒しにするということになりかねません。そういうことは救急医療の現場では起こつてほしくないし起こつてはいけないことだと思つていう点で、臓器移植に道を開く法律が治療中止の点を変えてはいけないのではないか、そういう趣旨で書かせていただきました。

以上です。

○橋本敦君 また、公述人は医療政策について大変造詣が深い研究をなさつていらっしゃるわけですが、公述人の論文を読ませていただきますと、「先進諸国では、総医療費の抑制と配分の適正化が、医療政策の共通の課題となつてゐる。そのなかで高額な先端医療は厳しく見直されてきてゐる。」という記述がございます。そういった問題も、この臓器移植を今後の課題として進めるかどうかという点では十分検討しなきゃならぬ課題ではないかという問題提起を一つはなさつていらっしゃると思ふんです。

その点で、先生の「脳死・移植問題と日本の医

療」という別の論文の中では、アメリカの医療の最大の問題は、収入が多くて高い保険に入つていれば世界最先端の医療が受けられる一方で、国民の約一六%、三千七百万人が何の保険にも入つておらず、最も基本的な医療すら受けられないという圧倒的な不平等、非効率にあるということであると。これに対して、日本では基本的には医療給付の公平性は一応達成されているけれども、しかし今後の先端医療の問題について言うならば、チーム医療が十分に機能していないとか、あるいはまたソーシャルワーカー、コメディカルスタッフの体制が極度に不十分であるとか、これらのマイナスイメージはすべて脳死と移植の導入にとつても致命的な欠陥となるものばかりであるということを目指さなければならぬと思ふんです。

現状において、この問題について今後の課題としてどんなふうにするのか、御意見がございましたらお聞かせいただきたいと思ひます。

○公述人(橋本次郎君) それは本場に一般の医療全体の問題という事になりまして、そういう中で医療の人材と資源、お金をどこにどれだけ配分すべきかという問題を、先ほど申し上げていまして、単なる経済的な効率性ではなく、人間が必要としていることは必要だけ供給できるという倫理的な基準も必要であるというふうに思っております。

特に、心臓病の治療あるいは肝臓病の治療その他いろいろな治療の中で、やはり臓器移植というのは、それぞれの病気が本場に悪くなつて悪くなつて内科の治療も普通の外科の治療ももう全然できなくなつた最後の選択肢を一つふやす、そういう位置づけではないか、私は諸外国の実情を見ながらそういうふうに思つて見ています。

そういうふうな、医療全体の中で臓器移植がどれだけの比重を占めるべきであるか。人工臓器の開発もありあるいは内科的な治療の開発もありというような選択肢が幾つもある中で、臓器移植

というのは将来どれだけの見込みがあるからそこにどれだけのどんぐりをつぎ込むべきかとか、そういう冷静な位置づけ、評価ということをやるときではないか。それは政府においても、国会においても、あるいは一般社会においてもそれぞれ立場からやるべきである。これは個別に移植を一人一人の患者さんが受けられる受けられないとは全く別の話ですけれども、つまり政策課題としてそういうことがあるかと思ひます。これは臓器移植に限らず、ほかの先端医療すべてについて言えることかと考えます。

○橋本敦君 ほかに伺いたいことがございますが、時間が参りましたので、終わります。ありがとうございます。

○佐藤道夫君 中谷公述人にお伺いいたします。深遠な法理論ではなくてごく末梢的な、条文をどういうふうな解釈するか、先生は案外こういうことはお得意じゃないのかもしれないので大変恐縮ですが、あえて法学者としてのお立場で答えただけだと思ひます。

中山案の第六条、先ほどから問題になつておりますけれども「死体(脳死体を含む)」と、こういう表現でもつて、今後脳死は人の死だ、一般原則を表明したんだと、こういうことを提案者がおっしゃつておられるわけですが、果たしてそういう解釈がこの字句から出てくるのだろうか。

「死体(脳死体を含む)」、しかもこれは臓器移植に関する特別法でありますから、五十年、百年と刑法、民法、それぞれ死についての解釈が決まっておるわけでありまして、それをこういう特別法で、これだけの表現で、刑法の解釈も変わる、刑事訴訟法の検視の考えも変わる、民法の相続も変わる、そういうことを断言していいのかどうか。

裁判官はそういう解釈はなかなか受け入れかねるんじゃないか、誤解のないようにきちっと表現をしておくべきではないか、こういう気がいたしますわけでありまして、いかがでしょうか。

○公述人(中谷達子君) 全く同感でございますし

て、だからこそこの六条を何とか参議院のこの委員会ですら御審議をいただいて、そしてきちんとしたいただきたいということを最初から申し上げていたわけなんです。

○佐藤道夫君 一つの考え方として、私は、臓器移植に限って脳死は人の死とみなすと、みなすんです、するんじやなくて、というふうなことはどうだろうかと思ひます。急な場合で恐縮ですけれども、いかがでございますでしょうか、こういう考え方は。

○公述人(中谷達子君) みなすということになりますと、提案者の中山先生あたりは大分御不満じゃないでしょうか。ですから、その辺の調整が必要かと思ひます。

○佐藤道夫君 わかりました。

次は、六条に「遺族」という言葉が使われております。「遺族が当該臓器の摘出を拒まない」と、これは仮定の問題ですけれども、遺族が二人いるといたします。そのうちの一人が賛成、一人が反対という場合、この条文はどうなりますか、解釈して。

○公述人(中谷達子君) これは角膜及び腎臓の移植に関する法律でも出てまいりまして、植松先生は盛んにその順位をどうするかというところをおっしゃつていました。

そういう意味では、アメリカのユニホーム・アナトミカル・ギフト・アクトなんかではちゃんと順位が決まつておりまして、第一順位は配偶者、第二順位は成人の子供、それから第三順位は親というふうなあれがありますね。それで、複数のときはどうするかということも全部決まつております。そういう明確な規定があれば私はいいと思ひますけれども、それができないのが日本みたいですね。

○佐藤道夫君 角膜の場合は、明白に死体から本人の意思に従つて摘出する。これについて、まくら元が集まつた人たちが余りそれは言わないと思ふんです、私は賛成、反対ということとは。どうぞ故人の意思を生かしてくださいと。ところが、今

今までの解釈では半分以上の人がこれは生きて  
いるんだ、こういうふうなことで、一体臓器摘出  
をするのかしないかと、こういうせっぱ詰まった問  
題ですけれども、提案者は極めて気楽であります  
て、喪主を中心に話し合えばいいんですよ。ま  
ず、話し合いがつかないときにどうするかとい  
うことを私は問題にしているわけでありまして、  
しかもまだ元で、今脳死ですから、まだ呼吸も  
あっても脈も動いている、その人のまくら元で  
さあ喪主をだれにするかと、そういう家族はま  
ずいいと思うんですね。

ですから、今先生がおっしゃったとおり、きちつと基準なり範圍なりを確定しておかないとこの法律は遺憾ながら使ひ物にならない。遠くに住んでいる家族が出てきて、遺族が出てきて、私は反対だったと言われたら一体どういふことになるのか、施術した医者は殺人罪になるのかならないのか、解釈上いろいろな問題が起きてくるわけですね。

こういう技術解釈上の問題が起ることを承知でこういう法案に私はなかなか賛成できないんですけれども、先生、いかがでしょうか。

○公述人(中谷蓮子君) 往々にして、ふだんは關係がない遠くの怖いおじさんが出てきて反對するとそれでだめになるということは聞いたことがありません。したがって、それについて法律の中に盛り込むのかあるいは規則か何かにするのかは別論として、やっぱり一応考えておかなければならぬことです。

○佐藤道夫君 わかりました。  
藤堂公述人にちよつとお伺いいたしたいと思ひ  
ます。

脳死判定の客観的な基準をどうして確保するか、こういう問題なのでありまして、これは中山案のように一人の医師だけというわけになかなかいかなだろ。世間はそういうことになる、あれはいんだろとかどうだろとかということいろいろ論評するでしょう。あれは医師が功名心に

はやってやったのではないかと、裏で金が動いているんじゃないかと、そういうことも言われかねないわけですから、この客観性を保つことが私は非常に重要だと思えます。一件でも失敗例があつたらこの臓器移植制度というのは崩壊するだろうと思います。だれも相手にしなくなる。これは大事なことであります。

私が考えているのは、都道府県単位の臓器移植審査会というようなものでもつくりまして、その中に専門医の方を十人か二十人登録しておいて、緊急の場合ですから、その中のだれかに連絡して二、三人の人に集まってもらって診断をしてもらう、そういうことで客観性を保っていくことがどううだろうかと、こう思っておるんですけども、いかがでしょうか、こういう考え方は。

○公述人（藤堂省君） 具体的な脳死判定の方法論というのはいくらでも変えられることじゃないでしょうか。どういふことかと申しますと、いろんな形で具体的に運用する場合には変わっていくことじゃないでしょうか。

○佐藤達夫君 趣旨がよくわかつていないようですけれども、私が言っているのは、法律かあるいは政令でそのことをきちつと書いておくべきで、この法律は国民に対して知らせるわけですから、これを読んだ国民がなるほどそこまで慎重な配慮がしてあるか、じゃ私も賛成だと、こういう国民だつて出てくるわけですからね。これだけ慎重な配慮をして臓器移植手術をやりますよということを知しておくことが必要であらう、できたら法律の段階までそれを高めてほしいなと、こういう気がしておるんです。単に省令、政令だというのもどうかなくという気もするものですからね。そういうことなんです。

○公述人（藤堂省君） わかりました。そういった意味で、具体的な形をつくっていかればよろしいんじゃないかと思います。一番オープンに、フェアに運営するにはどうすればいいかということが決まってくると思います。

○公述人（中谷瑾子君） 公述人から手を挙げちゃ

○委員長(竹山裕君) 私の許可があれば結構でございます。

○公述人（中谷瑾子君） それでは、御許可をいただきます。まして申し述べさせていただきます。

この法案によりますと、とにかくいづれも厚生省が何かで定めるところの基準に従うということになっていきますね。それで、竹内基準によりますと、既に判定者というものについての規定があるんです。ですから、おのずからそれになりますから、それでよろしいんじゃないんでしょうか。

猪熊案については、その辺についてもきちっと

法令の中に規定していますが、規定がなくても判定基準の中にそれが決まっています。これは前の判定基準にはございませんで、九一年の補遺でそ

の点が明確になりましたので、それでよろしいのではないかと私は考えておりました。

○佐藤道夫君 最後に、ドナーカードのことについてちょっとお聞きしたいんです。

ドナーカードを発行する団体には何か制限を設

けた方がいいのか、だれでもいいのか。そういうと、要するにみんながみんなボランティア精神の、本当の善意からやるとも限らないわけで、手数料でももらってドナーカードを発行すると、そういう商売だってこれから出てこないとは限らない。そういうことがやれるような形の法律というのはやっぱり問題なわけですね。その点いかがでしょうか。

○公述人(玉置勲君) 先生御心配の、だれかがそういうドナーカードを代行、代筆しまして金もうけをすると、確かに御心配はあろうかと思ひます。

私の知っている限りではあっせん絡り返しをやってはいけないと。それで、連絡先を明記しておるとまずいけれども、明記していないドナーカードでは本人しか書いておくことができない遺書でございますから、それは構わないのじゃないかという意見がございます。その辺について先生の方から、それがだれかに代行されては困るとい

うことで公的法人から発行されることが一番望ましいという意見だと思えますので、私としては、遺書として一つの文章がその御印鑑、拇印とかそういう本人を明確にし、判別できる、そういうものが一つあってもいいと思う。

と同時に、もう一つは、あるべき姿としては、ドナーカードは公的あつせん機関の方から配付されるもののみがドナーカードになるべきじゃないか。さようにすることが保証の担保といえますか、要するに国民のそういった安心感を得る担保になるんじゃないかと思ひます。

○佐藤道夫君　終わります。

○末広真樹子君 自由の会の末広真樹子でございます。

きょうは、長時間皆様御苦勞までござい  
ます。とりわけ、ドイツで肝臓移植をお受けにな  
れた渡辺さんのお元氣そうなお顔を見させていた  
だきまして、とても喜んでおります。

私は人の死を法律で規定するというようなことはとてもなじまない。人が生かされる方法、さつき人は生きる人じゃなくて生かされるんだというお話がございましたけれども、私もそう思います。生かされることについて、いろんなことを

法律でもってお助けしたいという気持ちにはござい  
ますけれども、人の死を法律で規定するというの  
は、それはもう余計なおせっかいじゃないか、死  
ぬときぐらひは自由にさせてくれよ、こういう御  
意見があるのはしょうがないことだろうと思っ  
ます。

樽島公述人が、医学界の自主実施で行つていつて社会の信頼を徐々に得ていく、これが一番いいことじゃないか、ほかの国はみんなこうやつて下から積み重ねてきた、決して先に脳死を人の死とするといつて上からどんと持ってきたものじゃないというような御意見があつて、私もそれが一番いいな、つまりお医者さんが医者の名と責任において積み重ねてくたさるというのが一番いいんじゃないかと思うのでございます。

そこで、会員の方に伺ひたいんです。脳死

を人の死であるという法律は要らないと思われる方、挙手をお願いしたいんです。

○公述人(藤井正雄君) 私は、一つは、今まで出ておりませんけれども、たしか五年前だったと思いますけれども、山口大学の附属病院で二十八歳の女性が脳死判定後三十五日を経て赤ちゃんを産み、そして二週間後に死亡したという事実があったと思います。その場合に、人の死とした場合に、その子は死人から生まれてきた子供になってしまう。それは教育上どうかと思う。そういう意味でも、私はこの死というものを法律で規定するのはおかしいのではないか、そういうふうに考えます。

○末広真樹子君 今、お手を挙げてくださった方全員にお聞きしたいんですけれども、ちょっと持ち時間の都合で、挙手を願ったということだけで次に移らせていただきたいと思います。二点ござい

ます。

この法案が通ったとしまして、慢性的ドナー不足というのがつきまとうと思われま

す。その慢性的ドナー不足というのを解決しないことにはこの法案も生きてこない。そこで変な小細工が行われたのでは、ますますこの法に対する信頼が失われて、臓器移植が先細りになってしま

う、こういう心配がござい

ます。ですから、慢性的ドナー不足を解決するいい方法はあるのかどうかというの

が一点。それから、臓器移植というのが本当に愛の医療とい

いますか、そうやって人々の間に定着していきやすいシステムづくり、これがないとやはり信頼が損な

われると思いますので、この二点についてお答えいただければと思います。

○公述人(藤堂重君) 慢性的なドナー不足は当然予想されます。

そういう意味で、先ほど数人の公述人の方から意見が出ましたように、ドナーカードあるいは自分の意思を表明するチャンス、機会をつくって

いただく。法律は私は全くわかりませんけれども、政令とかいろいろあるんだと思

いますけれども、それをさせていただきたい。

それから、それは時間がたてば、五年、十年と申しましたけれども、一つ進んで少しづつ理解を得ていく努力を続けていかなければならないと思

います。今すぐにドナー不足が解決されるものではござい

ません。

二番目に、システムですけれども、これが一番私は日本に帰って困りました。まだ二カ月しか実質的には動いていないんですけれども、ただ、私

がいたしましたのは、日本に帰ることが決まりましたときに教室員を五十人ほど、二週間置きです

けれども、現場に送りまし

た。ピッツバーグの現場に送りまして、現実を見てもらいました。そして、システムを見てもら

いました。

その中に含まれている人員としまして、看護婦さん

もいます。それから麻酔科、ICU、病棟、内科がおります。それから、コーディネーターの

人もおります。今、私がしておりますのはそういうシステムづくりでありまして、その中にドナー

だけでなくレシビエントのコーディネーター、それから特にドナーの患者さん、家族あるいは移

植を受けた患者さん御自身の心理的、精神的ないろんな不安に対応できるように精神科の方と話し

合せて、今そのケアシステムもつくりつつあります。

トータルで少しづつ加え削りしていかないと、初めからベストのシステムというの

は、日本の状態がまだよくわかりませんので、それが私が考えている一番のベストのシステムです。

○末広真樹子君 今おっしゃったのは、移植コーディネーターとはまた別個のメンタルケアの方が必要だという御意見ですね。

○公述人(藤堂重君) はいそうです。

○末広真樹子君 私もまさにそこ

のところが一番心配でございまして、もういっそのこと、ドナー提供者の遺族の方の後々のお苦しみを思うと、も

う御本人の意思だけでやっていただいた方が気が楽かなと思つてみたりもいたします。それぐらい

にデリケートな、メンタルなことなので。また、日本の医学の水

準からすればテクニカル的には何の問題もないだろうと思

うんです。ただ、そのメンタルな部分で大きい問題がある。そのところを両法案がどう解決してく

れるのか。今のところ、その解決策が見えてまいりません。

それに対して何か御発言のある方はどうぞ。持ち時間がもう二分ほど残つておりますので、どう

ぞ。

○公述人(玉置勲君) 先生はかなりある地域の不幸な臓器提供のお話をお知

りになっていらっしゃるんじゃないかと思うんです。確かにドナーカードオンリーで提供ができるのであれば、私はそれが一番

望ましい方法だと思つております。そのほかに、やはり家族が提供した

ことによつて喜びがある、または脳死の方を持った家族が、本来ならばその

本人がこういうことを言つていたのに、患者さんのことを思うが

余りそういうことが頭から抜けているときがあるんですね。そういうときにちよつと話を

してあげると、ああ本人はそういうことを言つていましたよ、

そういうことが出てくる気持ちも大事にしてあげたいなと思

います。○末広真樹子君 今、少しかみ合わなかつたような気がいた

します。

私が申し上げたいのは、臓器移植のコーディネーターとは別に、移植のために臓器を差し出した

方の方の御遺族のためのメンタルケアが大変重要になるの

で、そこところはきちつとシステム上クリアされていかないと、

法案は通つても定着していかないのではな

いかないかというところなのでござい

ます。○末広真樹子君 今、少しかみ合わなかつたような気がいた

します。

○公述人(藤堂重君) 新社会党の栗原君子でござい

ます。よろしくお願ひいたします。

まず、藤堂先生にお伺ひいたします。

実は、これは日本のマスコミでも報道されたこと

でございまして、ほとんど蘇生不可能と思われていた

人が、脳死状態の中で低温療法を行うことによつて、七十五人中五十六人が生還

したとい

った報告もなされております。これは、日本大学の救命救急セン

ターの林先生も衆議院で参考人としてお述べになつていら

っしゃるわけ

でございます。このことについてはどのようにお考えでいら

っしゃるのか、お伺ひします。

それともう一点は、臓器の移植が大変行き詰まった国があるとい

った報告も受けているわけ

でございますけれども、慢性的なこの臓器不足の現状、そこには

やはり富める国、途上国、あるいは富める人、貧しい人、何

か区分けができるような気がしてならないわけ

でございます。先生の場合、アメリカでそうしたケアをして

いらっしゃるわけでございます。例え

だいて移植をする数が、提供いただく脳死のドナーの数に規定されますので、例えば肝臓外科、肝臓移植の場合は全部の肝臓を移植しますと、今の脳死の臓器の提供者が五千四百人ですから、全部移植できたとしても五千人前後で切れちゃいます。

そこで、それを打開する方法として、例えば日本でも進歩しました生体肝移植がアメリカでも少しづつ行われてきております。ちなみに、一九九四年には六十例の症例が行われております。それから、一つの肝臓を二つに割って移植する方法論もできてきております。そして、欧米の科学者が今一生懸命研究していますのは、動物の臓器を移植に使えないかと。特に移植の世界では問題がいろいろございまして、問題が提起されればそれに対して解決する方策を一生懸命やっております。

それから、残念ながら、黒人の方のドナー、レシビエントの具体的な数は私は知りません。データが出ていますけれども頭に入っておりませんから申し上げられませんが、少なくともレシビエントの適用基準というのが肝臓の場合にはございまして、重症な方を最優先いたします。それには国籍、外国人は今五％以下にアメリカでは制限されておりますけれども、医学的に見て最も重篤な方、その方が移植の最優先になって、決して経済的な状況あるいは社会的な地位等では全く考慮されておられません。

○栗原君子 もう一点。

どうも私も気になってならないわけでございましてけれども、先ほど同僚議員からも質問がございましたけれども、私は、幾ら議員提案といえども一応法律としてつくるからには、国家が人の臓器を摘出する、国家の責任において摘出をするということになる、このように考えます。

そこで、脳死を死と定めなくても移植が行われている国、例えばイギリス、ドイツ、フランスなど少なくともこれは厚生省の資料でも明らかでございます。日本でも既に肝臓とか腎臓とか角膜あ

るいはまた骨髄も移植ができていられるわけでございましてけれども、そうした中であえてここで法律をつくらなければいけないということはどうも私は理解できないんです。

先ほど藤堂先生は、法律のあることがベストである、こうおっしゃいました。必ずベストでなくともベターぐらい、よりましたというところは、現場の医師の連係プレーによってできるのではなからうかという気が私はいたしますけれども、いかがでしょうか。

○公述人(藤堂先生) 途中で申しましたように、オープンでフェアでベストというのが私どもの移植を今から日本で定着させるための基本姿勢でございまして、常に将来伸びていくためにベストの形でスタートしたいと思っております。

○栗原君子 それでは、玉置先生にお伺いをいたします。

よく現場の人たちから聞かえてきます声の中にインフォームド・コンセント、これは本当にあり得るのだろうかとか私も少し疑問を持つようになったわけでございまして。医師と患者、家族、ここにはやはり強者と弱者といった区分けができるような気がいたします。

患者の家族が動転しているような中で、果たして対等なインフォームド・コンセントというのは保障されているのだろうか、こういう気がいたしますけれども、いかがでございましょうか。

○公述人(玉置勲君) 患者と医者というところで、移植を提供する側の患者なのか、それともまたは移植を受ける方の患者さんなのか、まずそれをお聞かせ願えますか。

○栗原君子 特に提供する側ですね。

○公述人(玉置勲君) 提供する場合には、やはり先ほど先生の御指摘のとおり、弱者と強者ということになりがちになります。そういった意味で第三者を仲介人としてやっていくという考え方がございまして。

そういう意味で、第三者が説得とか強制しないような形で入るようなシステムをつくらなければ

と思います。

○栗原君子 橋島先生にお伺いをいたします。

今、日本の医学というのは大変進んでいるということを私は理解しているんですけども、そこで人工臓器とかあるいは内科、外科的な医療技術の開発によりまして、ここ数年のうちにそうしたことができるようになるのではなからうかと、人工臓器が無理に人のものをもらわなくても人工臓器の開発ができるのではなからうかということをお考えですけれども、そうしたことについてはどのようにお考えでいらつしやるのですか。生命科学の立場で研究していらつしやるのです。

○公述人(橋島次郎君) 私は、先ほどから申し上げていきますように政策分析をやっている研究者です、実験とか理科系の研究者でないものですから、人工臓器の一つずつのちゃんとした評価というものは、大変申しわけございませんがそれぞれ御専門の先生に聞いていただいて、私のような者がいいかげんなことを言うのは国会の場ですと差し控えていただきたいと思います。

○栗原君子 それじゃ、玉置先生。

○公述人(玉置勲君) 心臓のように、要するにエネルギーがありまして単一動作で血液を排出するようなそういった臓器と、ホルモンを出したり体の酸塩基平衡とかそういったものを保つ実質臓器というのは全く話のレベルが違うわけですね。ですから、心臓のようなものは確かに人工臓器で代用できるでしょうけれども、肝臓、腎臓のようなものがこの二百年二百年で、人の臓器が、実質臓器が開発できるとは考えられません。

○栗原君子 終わります。

○委員長(竹山裕君) 以上で公述人に対する質疑は終了いたしました。

公述人の方々に一言お礼を申し上げます。

本日は、御多忙のところを長時間にわたり本委員会に御出席賜りまして、貴重な御意見を多くお述べいただき、まことにありがとうございます。当委員会を代表いたしまして厚く御礼を申し上げます。

これをもって公聴会を散会いたします。  
午後四時二十六分散会





平成九年六月二十日印刷

平成九年六月二十三日発行

参议院事務局

印刷者 大蔵省印刷局