

衆議院 厚生労働委員会臓器の移植に関する法律の
一部を改正する法律案審査小委員会議録 第一号

本小委員会は平成二十一年三月四日(水曜日)委員会において、設置することに決した。

三月四日

本小委員会は委員長の指名で、次のとおり選任された。

- | | |
|--------|--------|
| 井上 信治君 | 上川 陽子君 |
| 鴨下 一郎君 | 川条 志嘉君 |
| 後藤 茂之君 | 清水鴻一郎君 |
| 西川 京子君 | 林 潤君 |
| 福岡 資麿君 | 三ッ林隆志君 |
| 郡 和子君 | 園田 康博君 |
| 藤村 修君 | 山井 和則君 |
| 榊屋 敬悟君 | 高橋千鶴子君 |
| 阿部 知子君 | 糸川 正晃君 |
- 三月四日
三ッ林隆志君が委員長の指名で、小委員長に選任された。

平成二十一年四月二十一日(火曜日)

午前九時開議

出席小委員

小委員長 三ッ林隆志君

- | | |
|--------|--------|
| 井上 信治君 | 上川 陽子君 |
| 鴨下 一郎君 | 川条 志嘉君 |
| 後藤 茂之君 | 清水鴻一郎君 |
| 西川 京子君 | 林 潤君 |
| 福岡 資麿君 | 逢坂 誠二君 |
| 郡 和子君 | 園田 康博君 |
| 藤村 修君 | 山井 和則君 |
| 榊屋 敬悟君 | 高橋千鶴子君 |
| 阿部 知子君 | |
- 議員
議員 山内 康一君
議員 富岡 勉君
議員 金田 誠一君

議員

阿部 知子君

参考人

(日本医科大学付属病院副院長)

横田 裕行君

(日本医科大学大学院教授(侵襲生体管理学))

光石 忠敬君

参考人

(日本弁護士連合会人権擁護委員会特別委員長)

雨宮 浩君

参考人

(元国立小児病院小児医療研究センター名誉センター長)

田中 英高君

参考人

(大阪医科大学小児科学教室准教授)

青山 茂利君

参考人

(海外国際法務事務所所長)

齋藤 謙次君

参考人

(財団法人日本宗教連盟幹事)

榊原 志俊君

参考人

厚生労働委員会専門員

同日

小委員井上信治君及び園田康博君三月十八日委員辞任につき、その補欠として井上信治君及び園田康博君が委員長の指名で小委員に選任された。

同日

小委員山井和則君同日小委員辞任につき、その補欠として岡本充功君が委員長の指名で小委員に選任された。

同日

小委員岡本充功君同日小委員辞任につき、その補欠として岡本充功君が委員長の指名で小委員に選任された。

同日

小委員岡本充功君同日小委員辞任につき、その補欠として岡本充功君が委員長の指名で小委員に選任された。

同日

小委員岡本充功君同日小委員辞任につき、その補欠として岡本充功君が委員長の指名で小委員に選任された。

同日

小委員岡本充功君同日小委員辞任につき、その補欠として岡本充功君が委員長の指名で小委員に選任された。

同日

小委員岡本充功君同日小委員辞任につき、その補欠として岡本充功君が委員長の指名で小委員に選任された。

同日

小委員岡本充功君同日小委員辞任につき、その補欠として岡本充功君が委員長の指名で小委員に選任された。

同日

小委員岡本充功君同日小委員辞任につき、その補欠として岡本充功君が委員長の指名で小委員に選任された。

同日

小委員岡本充功君同日小委員辞任につき、その補欠として岡本充功君が委員長の指名で小委員に選任された。

補欠として山井和則君が委員長の指名で小委員に選任された。

同日

小委員井上信治君及び園田康博君同月八日委員辞任につき、その補欠として井上信治君及び園田康博君が委員長の指名で小委員に選任された。

同日

小委員井上信治君同月十五日委員辞任につき、その補欠として井上信治君が委員長の指名で小委員に選任された。

同日

小委員井上信治君同月十五日委員辞任につき、その補欠として井上信治君が委員長の指名で小委員に選任された。

同日

小委員井上信治君同月十五日委員辞任につき、その補欠として井上信治君が委員長の指名で小委員に選任された。

同日

小委員井上信治君同月十五日委員辞任につき、その補欠として井上信治君が委員長の指名で小委員に選任された。

同日

小委員井上信治君同月十五日委員辞任につき、その補欠として井上信治君が委員長の指名で小委員に選任された。

同日

小委員井上信治君同月十五日委員辞任につき、その補欠として井上信治君が委員長の指名で小委員に選任された。

同日

小委員井上信治君同月十五日委員辞任につき、その補欠として井上信治君が委員長の指名で小委員に選任された。

同日

小委員井上信治君同月十五日委員辞任につき、その補欠として井上信治君が委員長の指名で小委員に選任された。

同日

小委員井上信治君同月十五日委員辞任につき、その補欠として井上信治君が委員長の指名で小委員に選任された。

同日

小委員井上信治君同月十五日委員辞任につき、その補欠として井上信治君が委員長の指名で小委員に選任された。

同日

小委員井上信治君同月十五日委員辞任につき、その補欠として井上信治君が委員長の指名で小委員に選任された。

同日

小委員井上信治君同月十五日委員辞任につき、その補欠として井上信治君が委員長の指名で小委員に選任された。

同日

小委員井上信治君同月十五日委員辞任につき、その補欠として井上信治君が委員長の指名で小委員に選任された。

同日

小委員井上信治君同月十五日委員辞任につき、その補欠として井上信治君が委員長の指名で小委員に選任された。

同日

小委員井上信治君同月十五日委員辞任につき、その補欠として井上信治君が委員長の指名で小委員に選任された。

同日

小委員井上信治君同月十五日委員辞任につき、その補欠として井上信治君が委員長の指名で小委員に選任された。

同日

○三ッ林小委員長 これより厚生労働委員会臓器の移植に関する法律の一部を改正する法律案審査小委員会を開会いたします。

第百六十四回国会、中山太郎君外五名提出、臓器の移植に関する法律の一部を改正する法律案、第百六十四回国会、石井啓一君外一名提出、臓器の移植に関する法律の一部を改正する法律案及び第百六十八回国会、金田誠一君外二名提出、臓器の移植に関する法律の一部を改正する法律案の各案を一括して議題といたします。

本日は、各案審査のため、参考人として、日本医科大学付属病院副院長・日本医科大学大学院教授(侵襲生体管理学)横田裕行君、日本弁護士連合会人権擁護委員会特別委員長光石忠敬君、元国立小児病院小児医療研究センター名誉センター長雨宮浩君、大阪医科大学小児科学教室准教授田中英高君、青山法務事務所所長・海外渡航による心臓移植経験者青山茂利君、財団法人日本宗教連盟幹事齋藤謙次君、以上六名の方々に御出席をいただいております。

この際、参考人の方々に一言ごあいさつを申し上げます。

本日は、御多用中にもかかわらず本小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。それぞれのお立場から忌憚のない御意見を述べいただき、審査の参考にいたしたいと存じますので、よろしくお願い申し上げます。

次に、議事の順序について申し上げます。

最初に、参考人の方々から御意見をそれぞれ十五分以内で述べいただき、その後、小委員会からの質疑にお答え願いたいと存じます。

なお、発言する際は小委員長の許可を受けることになっております。また、参考人は小委員に対して質疑することができないことになっておりますので、あらかじめ御承知お願いたいと存じます。

本日の会議に付した案件

臓器の移植に関する法律の一部を改正する法律案(中山太郎君外五名提出、第百六十四回国会衆法第一四号)

臓器の移植に関する法律の一部を改正する法律案(石井啓一君外一名提出、第百六十四回国会衆法第一五号)

臓器の移植に関する法律の一部を改正する法律案(金田誠一君外二名提出、第百六十八回国会衆法第一八号)

す。
それでは、まず横田参考人をお願いいたします。

○横田参考人 日本医科大学の横田と申します。
本日はよろしくお願ひします。

資料の確認をさせていただきます。A4のとじたものと、あとA4の一枚があります。逐一、お話ししていきたいと思ひます。

私が本日ここにお招きいただいた大きな理由としては、救急医療の現場あるいは脳神経外科の現場では、脳死の判定というのはどのようになされて、どのような問題があるかということをも多分お話しするという使命だと思ひます。ということで、十五分以内でお話ししていきたいと思ひます。

まず、私の資料のページの下の部分、これは平成十八年二月二十一日に、日本救急医学会、これは私どもが加盟しています、救急医約一万余名の先生方が参加している学会でありますけれども、見解の提言としてこの三つを、脳死の判定とその判定後の対応ということで公表しております。

その一番目としては、脳死は人の死であつて、それは社会的、倫理的問題とは無関係に、純粋な医学的な問題、すなわち、脳死の診断というのは科学的になされるものだということであります。ただし、二番目に書いてあるのは、脳死の診断をした後の対応に関しては、やはり患者さんの家族や患者さんの生前の意思を参考にして対応すべきだというふうなことが書かれてあります。それから三番目としては、学会としては臓器移植を適切な医療と認識している、そういうことが書かれてあります。

ということでありまして、二ページ目をめくっていただくと、脳死の判定、我々が判定をする本当の意味というのは、これは臓器提供の有無とは全く関係のないものであつて、先ほどお話ししたように、この患者さんが救命できるのかできないのかを診断する行為であります。

脳死の判定をして、もしそれで脳死と診断された場合には、これは絶対的予後不良の診断ということとありますので、その旨を家族にお伝えするわけです。その中で、もし患者さんの生前意思及び家族の方々が臓器提供の意向をお持ちだった場合に臓器提供というふうなことがなされるわけで、我々が脳死の判定をする目的は臓器提供のためではないということをお話ししたいと思ひます。

実際の脳死の判定の場面を二ページの下に書いてありますけれども、一般的には、経験のある医師が二名以上で行うというのが脳死の判定であります。

しばしば問題になっていくのが、三ページ目の上の部分の、脳死の判定に網羅されています各種脳幹反射の位置づけであります。

ここに七つの脳幹反射、左の一番上に「瞳孔の散大と固定」と書いてありますが、これは正確ではありませんが、毛様脊髄反射ということに直していただきたのです。七つの脳幹反射をしていく中で、例えば、もともと目が御不自由な方、たくさんおられると思ひます。それから、大きなけがによって鼓膜の損傷を合併してしまったような患者さん、これも大勢おられます。そういった患者さんに関しては、我々、脳死の判定をしようと思つても、残念ながらこの七つの脳幹反射をすることができないので、脳死の判定をすることが現時点ではできません。

では、ほかの方法がないのかということでありまして、次に、先ほど確認していただいた一枚の資料がありますでしょうか。これは、日本では一九七四年の日本脳波学会の脳死判定基準以来、脳死の概念は全脳死の立場をとっているわけでありまして、日本の脳死の考え方というのは、不可逆的全脳機能の停止、喪失というふうにも表現されることがあると思ひますが、そういうふうな立場で一貫しております。

この「不可逆的全脳機能の停止」という大きな楕円形がありますけれども、この楕円形の大きさは、別に数の大きさをあらわしたものではありません。

で、その考え方をあらわしたものと理解していただきたと思ひます。その不可逆的全脳機能の停止、すなわち脳死のそういった集合体の一部に厚生省の判定基準を満たす集団がある、それを我々は脳死というふうにと診断しているわけですから、残念ながら、先ほどお話ししたように、目の損傷だとか鼓膜の損傷で脳死の判定をできない患者さんが中にはおられます。

そういった場合には、では、脳死の判定は現時点の医学ではできないのかという問題ですけれども、その中に「脳血流停止」というのがあります。この脳血流に関して言うと、ほぼ厚生省脳死判定基準の中に含まれるわけですが、一部、厚生省の判定基準で判定できないような患者さん、脳血流停止のこの部分ですね、厚生省基準で判定できない脳死のところがある、すなわち、もし厚生省の判定基準で脳死の判定ができないような患者さんがおられたとしたら、その補完的、補助的な検査として脳血流というのを位置づけることは可能だろうということになります。

ちなみに、三ページの下の方の表が各国の脳死判定基準であります。ちょっと字が小さくて見づらいんですが、例えばカナダでは、各種脳幹反射がないときには脳血流の検査をする、こういった位置づけがされていまして、脳血流の検査というのはこういう位置づけだと思ひます。実際の脳血流の検査は、四ページ、五ページに書いてあります。

ということですが、繰り返し申し上げますけれども、脳死の判定に脳血流の検査を必須項目とする必要はないと思ひます。ただ、現時点の判定基準でどうしても判定できないような場合には、補完的な、補助的な検査として脳血流の検査を位置づけることは、各国の状況から見ても妥当なことではないかというふうな考えです。

それから六ページの部分ですが、これは平成十八年に救急施設あるいは脳神経外科施設にアンケート調査をした結果でありまして、それによりまして、アンケートを回収した対象施設

から年間約千六百一例の脳死の患者さんが出た。意思表示カードを一〇％所持しているということになりますと、単純な計算をしますと、年間百六十例ぐらいの患者様から臓器の提供をいただけるということにはなるんですが、実際、今の数は御承知のとおりであります。

では、その原因は何かという部分の一端が、次の七ページにあるのではないと思ひます。それは、いろいろな問題点の中で、提供施設の負担というのがやはり無視できない。何らかの支援、人的な支援があれば提供できるというふうにお答えいただいた施設が非常に多かったというのも、この七ページの上段のグラフで御理解いただけたと思ひます。これから臓器提供が可能な施設を拡大するという議論のときに、やはりこういった支援のシステムというのはどうしても必要になってくるのではないと思ひます。

ちなみに、七ページの下段の部分ですが、これは平成十五年から十七年、私が主任研究を務めさせていただきました厚労省の研究班ですけれども、当時で、実は、法的脳死判定、臓器提供の場合には日常の診療に非常に支障を来したという答えが返っています。脳死下の臓器提供というのは、提供施設に負担が全くないということは今後もあり得ないと思ひますが、日常の診療に支障を来すほどの負担というのはやはり考えなくてはいけないと思ひます。

ということでありまして、我々は、次の八ページに見られるような、全国の脳外科施設、救急施設を集めて、少しでも脳死の判定に習熟していただく、あるいはその手続に習熟していただくといういろいろなセミナーを開催しております。最後の九ページの部分ですが、私どもの要望です。

これから法律が変わつて提供の数がふえていく、非常にいいことだと思ひます。ただ、今のシステムのままふえてしまうと、この移植医療というのは社会に信頼の厚い医療でありまして、せっかくなの信頼を裏切つてはいけないという部分

で、やはり数だけふえていくと、今の手続あるいは支援システムでは提供施設は破綻してしまう。あるいは現時点でのネットワークの人員、非常に今ネットワークの評価が高いことが私の昨年度の研究班でも明らかになっていきますけれども、この信頼を継続していくためには、やはり数がふえていくということを前提にネットワークの体制もさらに強化していただきたい、そういうふうに思います。

最後に、繰り返し返ささせていただきますけれども、医療不信が叫ばれる中で、移植医療に関しては社会に信頼の非常に厚い部分であります。この信頼を裏切らぬためにも、いい法律、いい施行細則あるいはガイドラインをつくっていただきたいと心から念じる次第であります。

どうもありがとうございます。(拍手)

○三ツ林小委員長 ありがとうございます。

次に、光石参考人をお願いいたします。

○光石参考人 光石忠敬です。

平成十八年に一度参考人として意見を述べさせていただきましたが、近ごろ、A、B、C案に、またさらに第四案のようなものが検討されているということがありますけれども、いずれもどうやら中心は改正A案のようでありまして、それに対する、その根本的な問題について述べたいと思います。きょうは呼んでいただいて、どうもありがとうございます。

改正A案への動きというのは、結局、脳死臓器移植がふえない、子供の脳死移植ができない、そして臓器の提供を受けるレシピエント患者のための国際移植学会による昨年五月のイスタンブール宣言と、これを追認するWHO総会の本年五月のガイドライン見直し、こういったことで海外への渡航移植ができなくなる移植ツーリズム禁止、そういう外圧に対して改正推進議員連盟などが呼応しているんだろう、こういうふうに思われます。

そこで、日弁連の意見を基本にしつつ、この近年の動きに基づく改正A案の誤解している点、そ

れから無視している点を根本的な問題点として申し上げたいと思います。

現行の臓器移植法を多くの患者さんに役立つ法律にしていきたい、こう述べる国会議員は改正A案を支持しているようです。

レシピエント患者の臓器不足というのは世界じゅうの現実です。脳死を人の死として、本人の意思が不明でも家族の承諾のみで臓器摘出できるアメリカでも、やはり臓器不足のために生体移植がふえている、そして今世紀になって、脳死の患者を含む死体腎移植よりも生体腎移植が多くなっている、こういうことも事実であります。

一人のドナー患者さんの臓器で多くのレシピエント患者さんの期待が可能になりますから、多くの患者さん云々というふうに述べた議員さんの頭の中には、最大多数の最大幸福という功利主義のスローガンが浮かんでいるように私は思います。

もともと倫理学説としての功利主義を唱えたベンサムは、最大多数という言葉を削除したんですね。要するに、個人や少数者が犠牲になることを排除したんです。すなわち、個人の犠牲を伴う幸福の極大化は排除しなくてはならない。

ところが、日本にきたこの功利主義は、一般的に最大多数の最大幸福と理解されていて、昔、ナチス・ドイツでホロコーストの人体実験を行った医師や科学者たちが、ニュルンベルクの裁判で、みずからの行為を正当化するためにいろいろな弁護をしたんですけれども、その一番根本の弁護が、多数の利益のために少数の利益を犠牲にするのは理にかなっている、こういうことでした。

多くのレシピエント患者さんの利益のために少数のドナー患者が犠牲になる、無視されるのはやむを得ないという考え方は、どうやらここから出発しているように思います。多数者は、少数者に同情はするけれども、少数者が自己主張して旗印を上げ出すと、少数者の排除、無視に取りかかる、これが真相ではないでしょうか。要するに、レシピエント患者とドナー患者の双方を、人間の尊厳を有する平等の存在と位置づけなければなり

ません。

新聞、テレビなどのメディアは、レシピエント患者やその家族の姿を報道するのみで、ドナー患者やその家族の姿はほとんど報道しないですね。報道は難しいんでしょけれども、その結果、市民の関心は主としてレシピエント患者や家族の苦しみに向けられてしまっているんですね。

ドナー患者とレシピエント患者の医療現場はそれぞれ違っていますから、臓器移植はレシピエント患者の臨床上の利益を目的としていますので、レシピエント患者を目の前にする移植医さんたちはレシピエント患者のことを考え、ドナー患者の症状は背景に退いてしまおう。ですから厚生労働省のみ患者と表現して、ドナーは本人と言って、患者とは言っていないんですね。

こうしてほうっておきますと、ドナー患者は、多くのレシピエント患者など、他者ないしは社会の単なる道具に格下げされてしまっているんです。

現行の臓器移植法は、今、法律に決まっているんですけれども、「死体」として「脳死した者の身体を含む」とそれから、「脳死した者の身体」とは、「脳幹を含む全脳の機能が三云々、こういう条文があります。この条文に関してこの小委員会は、脳死の定義であるとか、あるいは人間の死の定義であるとか、あるいは脳死は人間の死かどうかの基本的検討を、特に子供について、してこなかったんじゃないでしょうか。

死の判定というものは臓器移植と絡めるものではないということもWHOのノエル参考人が語ったけれども、日本においては、脳死とは何か、人間の死とは何か、脳死は人間の死の問題と臓器移植を切り離すことはできないと思います。

医学、医療の世界で、脳外科医の七〇％は脳死の概念に懐疑的だと言われていますけれども、移植学会や小児科学会を除いて、他の多くの分野の学会の医師がかかわって議論されることが少ないんじゃないでしょうか。ほとんどないように思います。

例えば、脳神経外科の片山教授が、意識がないということと意識が不明であることをイコールにしていること、つまり意識を反応性と評価してしまっていること、これは植物状態についても脳死についても、反応性がないことを根拠に意識がないとしていることを批判しております。つまり、今、脳死判定基準のグラスゴー・コマ・スケールなんかを見ますと、反応性スケールなんです。しかし、これはおかしいんじゃないか。反応性ではあらかた意識というものがあろうのに、何か今の臓器移植法に基づく脳死の判定基準は、無反応であるということが無意識である、こういうふうに科学的に間違った考え方になってしまっている。こういったことは、当然、小委員会でも検討すべき科学的課題の一つだろうと思います。

昨年の内閣府の世論調査によりますと、脳死と判定されたら臓器提供したいと思うかという問いに対して、「どちらかといえば提供したい」は四三・五％、しかし、意思表示カードを持っている人は六・六％なんです。それから、「どちらともいえない」とか「どちらかといえば提供したくない」、「提供したくない」というのが五二・九％、意思表示カードなどを持っていない人が九一・六％もいる。このギャップをどう理解したらいいかというのを考えますと、一般論としては望ましいと思うけれども、みずからについてはどうも慎重なのではないか。この世論調査では、臓器移植に関する情報を得ていない人が八二・九％もいるということ、この慎重さの根拠の一つかもしれないと私は思います。

これは皮肉なこと、脳死状態について、内閣府の世論調査も間違っているんですね。ここには「脳全体の機能が停止し元には戻らない」というようなことを定義として言っているんです。これは間違っているんですね。今どうなっているかといえますと、脳全体の機能じゃなくて、全脳の機能といって、これは要するに主たる機能、神経統合機能だけがなくなっていく、そういうふうになっ

てしまっている。だから、例えば間脳とか、なかなか視床下部の機能なんかは無視できないということで、全脳と脳全体とは違うことを内閣府は気がついていないように思います。

厚生省はパンフレットに、脳死は一律に人間の死であるという趣旨の、そういう誤った説明をしています。やはり三徴候死というのが人間の死であるということが社会通念ですから、脳死を人間の死とする科学的、論理的根拠があるかどうかは十分に検討しなくちゃいけない、社会的合意をその上で得なければいけない、これが私の考えです。

現行法は、自己決定の思想を非常にこじこけておられます。改正A案というのは、これも前に申し上げましたように、何人の何の決定もない状況に至るまで自己決定と言っているんですよ。これは要するに、本人が何の決定もしていなくても自己決定だと言っているんです。それは要するに、死後に臓器を提供する意思は現実に表示していても、人間はそういう自己決定している存在なんだといううな、そういう理想の人間観に立っている。しかし、法律をつくる以上は、平均的な人間像に基づいてつくらなくちゃいけないんじゃないでしょうか。結局、自己決定法理の誤用ですから、A案は現行法の改正の限界を超えています。

A案は改正案とは到底言えないですね。いろいろな意思決定や意思表示ができない子供とか、さまざまな病気のために意思決定や意思表示ができない人とか、どうすべきか悩んでいる人とか、関心がなくて情報を正確に理解していない人なんかは、改正A案が言う拒絶の意思表示はできません。だから、この改正A案を自己決定ということで根拠づけることは不可能なんです。これを自己決定によって正当化しようというなら、改正A案は人間の尊厳を侵すものというふうに結論しなくてははいけません。

小児科学会会員の半数は、子供の脳死診断が医学的に可能かどうかかわからないというふうに回答しています。前も申し上げましたが、脳死状態と

いうふうに診断されてから一カ月以上生存した長期脳死の子供は多くいますし、また、慢性脳死で二十年以上も生存した方がおるといような報告もあります。

現行法は、脳死の判定から数日で、社会通念である三徴候死につながるということを前提にしています。厚生労働省のパンフレットにも、「数日間心臓を動かして続けることができる」というような表現になっています。

だから、子供について、現行法を自己決定の法理で根拠づけることはできないわけです。

移植ツーリズム、渡航移植の批判についての根拠というのをちょっと考えますと、自国の貧しく弱い立場の個人が搾取されることを防止するんだ、そして、金銭的利益を出すために、自国内で使われるべき臓器が海外に売られる状況を防止するんだ、その考え方は理解できますね。

これまで海外へ出かける日本人の中には、日本人のレシビエント候補者、家族と、その出かける海外のレシビエント候補者や家族との膨大な経済的格差という現実を上乗せしてきた面があるんじゃないでしょうか。渡航移植が批判されるから、そういう理由で現行法をA案に改正したいというのは、これまでの正しかった渡航移植ができなくなる、そういう誤った考え方に立っていると云わざるを得ません。その上、これまでの渡航移植におけるそういった経済的格差の問題がどうであつたかは、日本では余り議論されておられません。

そこで、あと改正B案というのがあります。十五歳から十二歳に引き下げるといふ案ですけれども、これはやはり、成人ですら、大人ですら、情報極めて乏しく誤解の多い内容について、子供のサインを得て責任を生じさせて、臓器摘出を認める方向で子供の意思表明権を発動させるというのは法の趣旨に反しますね。そして、子供本人にとって非治療的介入に、親の代諾、同意の代行というんですか、代諾を許容する根拠もないんです。

内閣府の意識調査によりますと、十五歳未満の者からも臓器提供できるようにするべきだが六九%あるんですけれども、医療従事者アンケートでは、提供できるようにというのが三二・五%、現状は仕方ないというのが四〇・四%となっている点、これは注目すべきだと思います。

日弁連の意見は、今回出ております改正C案の基本的な考え方だと思います。改正C案というのは、脳死の定義の適正化とか、あるいは脳死判定を開始することができるとの要件の明記、そういうことのほかに、日本で一番大事な、ないしは世界でも一番多い生体からの臓器の摘出及び臓器の移植、そういったことについても規定しています。

それから、臓器の摘出、移植に関する検証というものも非常に大事なこと。それから、子供の臓器の摘出及び移植に関する、これは言ってみれば第二の脳死臨調のようなものをつくって検討するべきなんだ、そういうことも含まれていいます。

改正C案は、日弁連の臓器の移植に関する法律の見直しに関する意見書、これは今お手元にあります。それから、そのお手元の終わりの方に、QアンドAという非常に短いものもつけ加えておりますので、ぜひそれを参考にしていただきたいと思ひます。

どうもありがとうございます。(拍手)

○三ツ林小委員長 ありがとうございます。

次に、両宮参考人をお願いいたします。

○両宮参考人 両宮でございます。

私は移植学会の会員でもございまして、したがって、本日は、移植医という立場から私の意見を述べさせていただきます。この二つをお手元本日資料といたしまして、この二つをお手元にお届けしてあると思います。私の話はこちらの一枚刷りの方で進めさせていただきますと思ひます。どうぞよろしく願ひいたします。

(1) 我が国の臓器移植法、ここに文字で書いてある部分でございますが、臓器移植に関する法令のさわりをまとめたものでございます。

一番下の段に、WHO推奨の、本人意思が不明なときには家族の同意で提供できるとする基準、これがグローバルスタンダードだといひますと、我が国の基準は極めて厳しい条件となっていると言ひます。

しかし、私どもは、この法律を厳格に守るために、提供の承諾はすべて移植コーディネーターという第三者機関にゆだねております。そして、移植医は全くこれには関係しないということにしてきております。また、脳死判定も、移植に係る複数の専門家によって、しかも臓器移植法施行規則に定められたところの脳死判定基準に従って、さらに指定された病院内だけでこれを施行するというのを遵守してまいつたところであります。

さらに、脳死下臓器の提供につきましては、その全過程につきまして脳死下での臓器提供事例に係る検証会議によりまして、各事例ごとの厳正な検証が行われております。いずれも適正に実施された、こういうふうな判定をいただいていると伺っております。私どもの脳死下臓器提供は、極めて厳格に、法律にのっとって行われているということをお申し上げられるかと存じます。

(2) 脳死下からの臓器提供件数でございますが、この(2)以下は日本臓器移植ネットワークのデータをちようだいしたものでございます。

(2)につきましたは、年を追うごとに脳死下ドナーの数が増加している様子を示しております。このことは、脳死下における臓器提供に対する国民の理解が進んできている証拠であるといふふうに考へております。

しかしながら、年間最高で十三例という数でございまして、これは、ネットワークに登録されている待機の患者さんが、心臓移植を必要とする人で二百人以上、また肝疾患では二百人以上もいらっしゃるというのを考へますと、脳死下での臓器提供を広げるといふ法律上の工夫も極めて必要でないか、こんなふうに考へております。

(3) 脳死下臓器移植と生着状況でございます

が、このデータは、本年三月までに八十一例の脳死ドナーからの臓器提供を受けた患者さんたちの現況でございます。

この黄色いバーが生存されているところであり、まずけれども、一見して、かなり高い成功率であるということをおわかりいただけるかと思えます。

ここにデータは載せませんでしたけれども、移植五年後の生着生存率、いわゆる成功率はどの程度かと申しますと、心臓移植で九二・八％、肝臓移植で七二・六％、腎臓移植は生存率で八七・五％、生着率で七九・六％。かなり良好な成績だと思えます。これは、欧米の成績と比べても決して見劣りのするものではありません。

(4)の人口百万人当たりの年間心臓提供者数でございますが、これは、心臓提供というものは脳死下でのみ可能でございます。したがって、脳死ドナー数の動向と平行しているというふうに考えられます。我が国は、百万人当たり〇・〇五人という極めて低い水準にあります。

臓器提供の意思決定の方法として、生前に提供拒否を表明しておかない限り自動的に提供承諾とする、いわゆるオプテイングアウト、この方式の数が国がございますけれども、それ以外は、ここに載っているデータは、現在グローバルスタンダードと言われている家族の承諾で提供の意思決定をしている、こういった国々であります。

最新の情報によりますと、お隣の韓国、人口が日本の約三分の一ぐらいだと思えますが、昨年、百五十例を超える脳死ドナーの提供があったそうでありまして、百例に近い心臓移植が行われたそうです。

我が国は、まずこのA案のようにグローバルスタンダードを取り入れた、家族による提供意思決定方式を採用する必要がある、こういうふうにご考えておるところでございます。

(5)の本邦における移植登録患者の転帰でございますが、臓器移植法が施行されてから、ほぼ十二年がたちます。そして、今までに八十一件の

脳死ドナーからの臓器提供がありまして、その表の青い欄でございますが、心臓が六十五、肺臓移植が五十九、肝臓移植六十三、腎臓移植、これは心停止後の腎臓提供も含めてでございますが、二千三百三十八例、脾臓移植が五十九、小腸移植が四例行われております。

しかし、この十二年間に移植された数としてはやはり少ない。この間に、移植を待ち望んでおられたにもかかわらず、多くの患者さんが亡くなっているのをご存じです。その表の中のグレーに彩ってあります死亡の欄をごらんいただきたいのですが、心臓では移植を受けられた方の約二倍、肺では約三倍、肝臓で約五倍の方が移植を待ち望みながら亡くなられております。

また、現在も移植に望みをかけて待機している患者さんがおられますが、現状、年間最高十三例ということでございます。それらの方々もこれから四年もしくは五年待たないと移植を受けられない、単純計算でございますが、そういうことになるかと思えます。

しかも、この数値はネットワークに登録された方々だけでありまして、例えば国内での移植の可能性の全くない小児の心臓病の子供たちは、ここには登録されておられません。そればかりではなくて、国内の心臓移植適応患者数は年間二百二十八から六百七十人と推定されておりますが、移植の機会の少ないことから登録もしない患者さんが数多くおられる、これもまた現実でございます。

心臓移植の適応患者の一年生存率が五〇％と言われております。年間の適応患者数を四百人としても、この十二年間に約五千人の方が死亡したことになります。年間二千二百人いると言われる肝臓移植適応患者につきましても全く同様なことが言えると思えます。

私どもは、提供数の増加を期待できるA案の一日も早い成立と施行をお願いする次第でございます。

(6)の海外渡航心臓移植の推移、計百三十三例の最新のデータでございます。

前の表から、ネットワークに登録待機中に海外渡航移植をした患者さんが三十六名いることになっておりますが、そのほかの九十七名は直接に外国へ移植に出たこととなります。その半数以上が十七歳以下の子供たちになります。

子供たちの中でも体格が割と大きい子がいる、そういう子は成人からの心臓提供を受けることができますが、多くは発育が悪いものですから、どうしても小さい臓器の提供を必要といたします。その結果、現状では外国に頼らざるを得ないということになります。そして、今回のイスタンブール宣言、さらにWHOの指針の改定等によりまして、小児の渡航移植がますます困難になることは明らかであると思えます。

小児にとっても心臓移植が受けられるような、公平な移植法がぜひとも必要でございます。小児という観点からも、A案の実現を心から期待しているところでございます。

(7)イスタンブール宣言、国際移植学会でございますが、これはその内容をまとめたものでござい

ます。昨年の十月に本委員会、WHOのルーク・ノエルさんが来られましてお話をされたということでございますが、結局、その根底には各国のドナー不足が深刻化してきたことがございました。そして、その結果、いわゆる臓器移植の自給自足を推進して各国でやってくれ、こういうことが出てきたと思われ

ます。しかし、この四月十四日、その憲政記念館で開催されました、「日本人が日本人を救える国に」と題しました臓器移植法改正促進大会でも明らかにしたことでございますが、臓器移植に関する世界の状況が大きく変化して、国外への渡航臓器移植が極めて困難になるということが予想されてきたわけであります。成人もそのとおりでございますが、特に小児につきましては、そうなりますと日本国内でも日本国外でも移植ができないということになるわけであります。

もちろん、医は仁術なりという精神は世界共通

のものであると存じますので、各国に対して臓器の完全鎖国をしる、こういう命令が出たとは思いませんけれども、しかし、我が国においても、小児から成人に至るすべての年齢層において公平に移植を受けることができる、そしてさらに、少しでも多くの移植ができるような法改正をお願いしたいとならない、こう考えているところであり

ます。何とぞ、A案の精神を十分に生かしていただきたいと存じます。

(8)は内閣府の意識調査でございます。そのデータでございます。脳死下で臓器提供したいと考える人が年ごとにふえ、黄色いバーがだんだん右に広がってきています。それで、赤い、したくないという人のバーが少しづつ減っているということ、これは社会の理解が着実に定着してきている、こういうふう

に思っているところでございます。それから(9)は、内閣府の意識調査の中の、脳死臓器提供に本人の意思表示のない場合にどうするか、家族の判断にゆだねてよろしいかというアンケートでございます。

この黄色いバーでございますが、家族の判断に任せるとした方が年ごとにふえまして、今回は五四・三％になっております。いわゆるオプテイングアウトでよろしいとする人も七・三％あります。両者を合わせますと実に六一・六％の人が、本人の意思表示がなくても臓器提供はできると考えているのではないのでしょうか。これは、まさにA案の摘出の要件の根本になってい

ると思います。(10)は、十五歳未満の者からの臓器提供についてのアンケートでございます。

平成十二年以来、六〇％から七〇％の方が小児臓器提供ができるようにすべきであると考えておいでです。しかも、二〇％の人は、できないのはやむを得ないとしておりますけれども、これは法律も含めて小児臓器提供の環境を整えれば、恐らく提供に賛同いただける人々であろうと私は考えております。したがって、小児臓器の提供ができ

るような法整備ができますと、それは国民の八割以上の人々の意思を酌んだ法律ということになるのではないのでしょうか。

(1)のグラフは、意思表示カードの所持状況でございます。

日本臓器移植ネットワークを初め関係機関の大変な努力にもかかわらず、平成十二年以来、ドナーカードを記入した人というのは三割ぐらいしかない。全くふえておりません。しかも、常時携帯している人は一・六%となっております。

私は、このドナーカードというのは普及活動にはもう絶対欠かせない、こう思いますが、しかし、臓器提供という実用性の面から考えますとどうしても限界があり、現在その限界に達してきている、こういうふうに出ております。

ドナーカードを持っている人は三割ぐらいしかいません。それに対して、脳死で臓器提供をしてほしいという人が四三・五%もいたわけでありまして、したがって、提供してよいと考えながらドナーカードを持っていらつしやらない方、そういう方からの臓器提供が可能になりますと、当然、臓器提供数は上昇する、こう私もは考えております。まずは意思表示カードにあることを尊重する、そして意思表示カードがなくても、家族に同意の判断をゆだねることを認める、こういう制度がどうしても不可欠であろうと考えております。この観点からも、A案というのはいずれ必要なものだと思います。

最後に、私は、現在の日本の臓器移植、なかなか脳死臓器移植の原点は脳死臨調の議論にあったと考えております。

平成四年の一月二十二日に出されました答申の中に、移植機会の公平性の確保について一ページを割いた論述があります。その中で、すべての前提条件として「医療を受ける権利はあまねく公平に与えられねばならない」としておりまして、当然、小児の臓器移植適応者も移植の機会が公平に与えられねばならないわけでございます。また、「単にわが国国内にとどまらず、国際的な視野で

考えなければならぬ。日本人が一方的に外国に赴いて移植の機会を得るだけでは、国際的にも不公平感を与えかねない」と指摘しております。

また、「臓器提供の承諾」の項では、「臓器提供についての本人の承諾がドナーカード等の文書でなされていない場合においても、近親者が諸般の事情から本人の提供の意思を認めているときには臓器提供を認めてよいものと考えらる。」さらに一歩踏み込みまして、「本人の臓器提供についての意思が不明な場合であっても、近親者が提供を承諾する場合には、臓器提供を認めるべきである」という意見もあった」と明記しております。

イスタンブール宣言が波及した国外渡航の問題もさることですが、脳死臨調の答申に述べられましたこの精神を実現すること、これが今日求められているのではないのでしょうか。このような観点からも、A案は、最も現実に即し、しかも脳死臨調の理念に即した内容を持った案と考えております。

以上、御清聴ありがとうございました。(拍手)

○三ツ林小委員長 ありがとうございます。

次に、田中参考人をお願いいたします。

○田中参考人 大阪医科大学の田中英高でございます。どうぞよろしく願ひいたします。

お手元の資料、ちよつと確認お願いしたいのですが、小児科専門医から見た小児脳死臓器移植云々、パワーポイントのようなもの、これが一つ。それから、小児の長期脳死自験例五例という田辺の論文ですね、これが一つ。それから、脳死小児から被虐待児を排除するという、これが一つあります。

全部で三つですが、今から、小児科専門医から見たというこのパワーポイントのような図、資料に従ってお話しさせていただきます。

私は、日本小児学会の専門医であり、倫理委員会の会員でございますが、実際、現場で働いている小児科医でございます。難しいことはわかりません。ただ、小児科の現場ではこうなのだという事をお話しして、御理解いただけたらと考えて

おります。

二番のところを見てください。

ことしの二月に、小児科学会は移植推進の方向に進むという報道がなされたかと思えますけれども、三日前に日本小児科学会の総会がございまして、そちらではこのようなコンセンサスに落ちついております。「臓器移植を必要とする子どもが移植を受けられずに亡くなることは心情的に耐えられないが、現時点では脳死臓器移植推進に賛成か、反対かの結論は出せない。これまでの日本小児科学会が提起した三つの問題を含めて、再度、会員全体の意見を集約し、速やかに検討する。そのための委員会が作られることが確認された。」

翌日の十九日、倫理委員会がございました。私も委員でございまして、子供の人権を守るという立場からこの委員会は動いております。

そちらでは、脳死臓器移植に関する議題が検討され、以下のようなコンセンサスがほぼ得られております。これは非公式であります、公開してもよろしいということでございます。「二〇〇五年四月で提言した見解は現時点でも」生きており、今後、解決に向けたアクションが必要である。「小児脳死判定基準(二〇〇〇年)を用いて脳死と判定しても、一〇〇%の症例で脳機能が戻らない、とは医学的には断言できない。意見表明できない子どもにとっては人権が損なわれる恐れがあるため、二〇〇五年、二〇〇六年、両方の「見解以上の脳死臓器移植適応拡大には危惧の念を表す。したがってA案には賛成できない」ということとでございます。

三番に行きますが、これは小児科学会が二〇〇五年と二〇〇六年に出した臓器移植に関する見解であります。この中で、もし基盤整備がなされたらB案でいきましようということとございますが、ただ、親族への優先項目については問題があると言っております。

この基盤整備三つ、何かと言いますと、一つは被虐待児からの臓器摘出防止に関する基盤整備、二番は小児の脳死の判定基準の検証並びに再検

討、三番は小児の意見表明権の確保に関する基盤整備であります。これを一つずつ、今からお話ししたいと思います。

四番を見てください。QアンドAにしてあります。

Qの一、被虐待児の紛れ込みを防げるか。これは、約一割の小児科医にしか適正に行えないというのが今の小児科医の考えであります。それは、二〇〇七年の日本小児科学会の調査、これは回答が四千八百八十七人でしたが、そこにデータがございます。小児ドナー候補者が被虐待児であるか診断が適正に行えるか、これは、はいと答えたのは一二・三%であります。

なぜ行えないのか。理由は簡単です。親が隠ぺいするからです。虐待した親が自分の犯行を隠ぺいするからです。これは、二〇〇四年の日本小児科学会の調査で明らかになっております。この調査では、過去五年間に身体的虐待を受けた症例が千四百五十二例ありましたが、この中で脳死や重度障害を残した者は百二十九例です。その中で、虐待だと診断が確定するまでに要した日数が七日以上、一週間以上要したものは一割以上の十九例あります。さらに、二カ月以上、六十日以上要したのは九例もあるわけですね。これほど見つかりにくいということです。そちらの表の右の方に破線で丸く囲んでありますが、実際にそれぐらいの症例が、大変見つかりにくかったということと

す。

なぜ見抜けないのかということなんです。これは、いまだに警察も虐待を見抜くのは大変難しいと言っております。

今から十五年前の話です。私自身の経験でございますが、五歳の女の子がアレルギー性紫斑病という病名で入院してまいりました。これは足の方に小さなあざができるものでありますが、アレルギー性紫斑病という病名がつかまして、それで治りましたので退院いたしました。そのときに、ちよつと心配だねと言っているドクターもいたんです。親の言動がちよつと心配だと言っていたん

ですけれども、みんなで協議した結果、大丈夫ではないかと。今から十五年前ですから、通報する義務とかその辺の法律はまだなかった時代です。でも、私たちは非常に心配しておりましたが、帰しまして、非常に残念でした。一週間後、そのお子さんは虐待で死亡いたしました。

これは私の非常に辛い経験であります。法律の中に文言を盛り込んだといっても、そう簡単に済む問題ではございません。失礼いたしました、ちよつと興奮いたしました。申しわけございません。

五番目に参ります。

これは二つ目の問題であります脳死判定の問題でございますが、新生児を含む小児の脳死診断は医学的に可能かどうかという質問に対して、小児科医の約七割は、不可能か、わからないと回答しております。これは、小児科医は今の脳死判定基準は不安なんです、みんな。不安なんです、大丈夫なのかと不安なんです。これについては後でちよつとお話しいたします。

三つ目の問題、子供の意思表示権ですが、子供の意思表示なく、親の了解のみで臓器提供できるかという質問に対しては、十二歳から十五歳の子供では、それでも構わないと答えたのは一七%。やはり八割ぐらいの人は、子供の意思表示を重視していただきたいと小児科医は考えています。六歳未満の子供は親の承諾だけでいいというのは五五%、半分ですね。ただ、六歳未満がドナーとなるのは不適当と答えているのは三分の一います。

さて、二つ目の問題、子供の脳死の判定がこれでもいいのかどうかということですが、六番目を見てください。

小児脳死判定による診断は、結論的に言いますと、一〇〇%完全とはいえない。先ほども申しましたが、そのとおりです。我が国の小児脳死例の百二十一例の検討結果から、このように結論できます。この論文は、先ほど言いました小児の長期脳死自験例五例の中に詳しくありますので、後で御参考ください。

結論的に言いますと、一九八三年から二〇〇五年、これは二〇〇六年の間違いですが、二十三年間の医学文献を医学中央雑誌より検索し、三十七文献を解析しました。脳死体の実態、脳死判定後に脳機能が回復する例があるのか、検討いたしました。その結果、脳死症例は全部で百二十一例ありましたが、この脳死というのは、ほとんど臨床的脳死であります。その下に書いてありますように、無呼吸テストはたった九%しかしていません。

要するに、何でもこんなに無呼吸テストを小児科医はしないでしょう。皆様方、無呼吸テストというのは何分間息をとめるか御存じでしょうか。一分ですか、二分ですか。違います。前のマニュアルでは十分間です。十分間呼吸をとめるんです。皆様方のお子様あるいはお孫様がやすやすと寝ているときに、十分も呼吸をとめられますか、そのような検査を受けられますか。だから小児科医は無呼吸テストができません。普通です、それが。済みません、またちよつと興奮しました。続きですが、下の方に脳死判定後の脳機能の回復例というのが、わずかですがそこに書いてあります。

七番目、ここに脳死判定後に脳機能が回復した例がございます。

これは三つありますが、一番目、十一歳、この子は、無呼吸テストは一回だけしかしておりませんが、その後、自発呼吸がわずかながら出ております。脳死診断後、約一年以上生存しておると聞いております。これは実際に報告があったものです。

二番目の三カ月の乳児ですが、これはかなり厳しい診断基準で、判定で、二回無呼吸テストをきちんとやりましたが、脳の血流が戻った、あるいは聴覚脳幹反応という脳波がわずかに回復したということが報告されております。意識は戻っておりません。自発呼吸も戻っておりません。この表にあります十一歳を少し詳しく見ていくのが次の八でございます。

無呼吸テストから三百三日目に自発呼吸が再開した十一歳の男子ですが、真ん中ほどに、第十七日目、無呼吸テストで脳死を確認しております。これは、無呼吸テストを十分間やっております。ただ、一回しか無呼吸テストをやっておりませんので、二〇〇〇年の脳死診断基準ではございません。ただ、この症例でも、第八十病日に刺激により反応性の脳波があった、三百三日、不規則ながら自発呼吸が出現したということでございます。

九番目のところに参ります。これはまた別の報告であります。この子の場合は、無呼吸テストは何回もやっておりますが、第百三十九日目に、大泉門といひます、この頭皮からどろどろとしたものが出てきたんです。それは、脳が腐って出てきたんですね。脳が溶けて、頭の皮膚から流れてきました。

しかしながら、この子は、第二百五十三日目に身長をはかってみたら伸びていたんです。入院時より八センチも伸びていた。脳死した期間に八センチ身長が伸びたということです。それで、この十一カ月の間の成長ホルモンをはかってみたら、実際に出ています。成長ホルモンというのは脳下垂体から出ているわけで、脳の機能が一部生きているということなんです。

脳死になってもこのようなケースがまれにでもあるということを知っている人でしょうか。このようなことを広く国民に知っていただいて、脳死の臓器移植の議論を進めていただきたいと切に思うわけであります。

十番、これをまとめておきます。我が国の脳死例百二十一例から見た脳死診断の限界性というところであります。

小児では、脳死状態から心臓死まで、長期間生存することがまれではありません。脳機能、脳血流や自発呼吸が一時的にでも回復した例が、まあ、まれであります。これは何%かわかりません。きょうのデータでは三%でしたが、もっと少ないかもしれません。ただ、小児の脳神経細胞

は、抵抗力があり、代償機能が強く、まだ未知な部分が大変多いございます。二〇〇〇年に出された六歳未満の子供に対する脳死判定基準は、それを満たした十一例をもとに作成されています。この十一例の調査のみで脳死判定の正当性を導くのは科学的でなく、危険ではないかと考えております。小児の脳死診断には限界があるという事実を国民に広くわかっていただくということが重要だと思っております。

なお、この調査の詳細は、今さっき言いました田辺の論文にございますが、この論文でもう一つ重要な論点がございまして。それは、表二の中にございます。表二を見ていただいたらよろしいかと思ひますが、突然に脳死になった、保護者というのは自分の子供の脳死状態とか死であるということを受け入れられないんですよ。だから、もっと治療してくれと言うんです。そして実際に、自分の子供が死ぬだろう、だめだろうと思うまでに大変長い期間がかります。ですから、そのところをよくよく皆様方に御理解いただいて、死に行く子供さんの、グリーフケアといひますが、その辺のことも十分議論していただけたらありがたいと思っております。

最後の方ですね、十一番に参ります。これは、脳死判定基準をおつくりになった武下先生が二〇〇五年に発表された学術報告でございます。武下先生は、もはや脳死は人の死の根拠すら崩壊したとおっしゃっております。

それはなぜかといひますと、これは有名な話ですが、脳死は人の死となる根拠は、線を引く張っておりますところの統合有機体説、つまり、脳は体の全部の臓器を統合している場所であるから、脳死になればもう体の臓器がたちこちばらばらに動き出すので一週間ぐらいで亡くなってしまう、これが統合有機体説であります。ところが、きょうもお示しましたように、脳死になっても何年も生き続ける子がいるわけです。つまり、この統合有機体説は説得力が乏しくなりました。これは武下

先生もおっしゃってられます。

最後になります。先ほどもお話がありましたように、国民は、臓器移植に対する必要性というのは非常に皆さんよく理解しておられます。ただ、脳死の基本的な知識というのは国民の方はほとんど持っていないわけなんです。先ほどのパンフレットでも全部書いてあります。ここに書いてあります、十項目ありますが、せめてこれぐらいの基本的知識は皆様方に持っていたいただけたらと思っています。ペケと書いているのは間違いです、マルは正しいんですが、この程度は皆さんに知っていただけたらと思っています。

本日は、子供の人権を守るという立場から三つのお話をしました。一つは被虐待児の紛れ込みの問題、二番目は脳死判定の検証、三番目は子供の意見表明権であります。

日本小児科学会は、これらの問題がクリアできたらBというふうに言っておりますが、私は個人的に、現場で働く小児科医といたしましては、A、B、Cどれもなく、何が正しいのかも一度きちんと検証していただきたいと思っています。そうではないと、小児科医は大変不安でございまして、本日は、どうも御清聴ありがとうございました。(拍手)

○三ツ林小委員長 ありがとうございます。

次に、青山参考人をお願いいたします。

○青山参考人 御紹介いただきました青山です。ただいまから、私のつたない経験を通して、我が国で移植を待機するということが一体どのようなことであるのかについてお話をさせていただきます。

ただ、私の立場としては、決して議論の方向を云々するつもりはもろなく、ただ、我が国で移植を待った患者の一例を御紹介させていただいて、それを何らかの参考にしていただければと思います。まず、その立場を確認いたします。私は、今から十年ほど前の一九九九年の九月に、会社の会議中に突然息が苦しくなりまして、近くの大学病院で緊急の検査を受けました。その

日の夕方に家族が呼ばれて、病名は突発性の拡張型心筋症、余命は約三年、ただし移植をすれば助かる可能性がありまうという宣告を受けました。四十六歳の誕生日を迎える十日前でした。

こうして、私の四年半に及ぶ闘病生活が唐突に始まりました。

それでも、最初のころは余り切迫感もなく、これも運命かなとか、そのうち何とかなるだろうと結構気軽に構えておりました。しかし、その後、いろいろインターネット等で、現行法制下で脳死から移植に至る過程をつぶさに調べたところ、その現実に愕然としまして、自分の置かれた事の重大さに気がついたわけです。もちろん、海外で移植をするという選択肢があることも存じておりましたけれども、しかし、普通のサラリーマンが海外渡航をするということは、自分の命のために家族の将来を犠牲にすることにほかなりませんので、そんなことは少なくとも私は決してできませんでした。ですから、選択として、日本でドナーをひたすら待つ、それで時間切れになってその日が来れば、潔く家族に別れを告げて死のうと思っておりました。そう覚悟を決めて、家族にもしっかりとそれを伝えました。

その日から、二人の子供たちにはいつまでも力強い父親でいたい、妻に対しては頼りがいのある夫でいたい、両親と同居しておりましたので、苦労をかけた両親なので、最後まで優しい息子でいよう、それを最後まで演じ切ろうと覚悟しました。そんな入院中の私にとって最もつらかったのは、やはり、子供はまだ二人とも中学生でしたので、家族が日常生活で進学のことで悩んだり学校でいじめられた云々という話があって、そういう話を聞くにつけ、彼らのそばに寄り添えないことが本当につらかったです。とにかく病室でひたすら祈ることしかできることはありませんでした。この悔しさとか歯がゆさは想像を絶するものがあります。本当に家族のもとに帰りたい、もうなえそうになる気力を必死で、それこそ必死で支える日々が続きました。

現行法制下で日本で助かる可能性はもうございいます。事実、私が入院していた病院でも、笑顔で退院していった入院仲間も知っております。ですから、頑張れば自分にだってその日がいつか来るぞと一生懸命思おうとするのですが、やはりだめかなという気持ちが出てきます。そんなとき、可能性がゼロではないということは、ある意味幸せなことなのかもしれませんけれども、それを希望というにはやはり現実には余りにも絶望的で残酷でありました。その絶望的な希望といえますか、そういう状況に置かれるということは、絶体絶命よりもひよつとしたらつらいというような気がしました。いっそのこと、もうおまえは一〇〇%死ぬと言ってもらえればもっと楽じゃないかとよく思ったものです。

そのような毎日が延々と続いたわけですが、いろいろ考える中で、先ほど言ったように、ボーズだけでも毅然として生き抜くために、幾つか解決しなければならぬ問題がありました。

一つは、今言ったように、自分の気持ちをコントロールしていかに家族に格好をつけるかという大問題なわけですが、結構いろいろ悩まされたけれども、意外と出た答えはシンプルでした、それは、生きようと思うからつらいんだから、まず生きることとをあらかじめ、もうおれは死ぬという自分を説得しました。それから、その日まで生きることの理由づけに、とにかく死ぬまで生きようと覚悟しました。言葉にすると非常に当たり前のことですが、とにかく死ぬまで生きようというこの言葉は、私にとっては非常に心の支えになりました。

二つ目は、こうやって生きることとをあらかじめとはいっても、当然、万が一を願う気持ちも消えたわけではありせんので、移植の日を願ってはおりました。しかし、そのときを、その日を願うということはだれかの死を待っているんじゃないかということ、どうしてもある意味では否定しがたい事実を何とか自分の中で理屈をつけないと余りにも自分が情けなくて、それで考え抜いた末

に私の出した結論はこうであります。ある人は本当に避けたい運命によって不幸にも医学的な脳死になられる、ここまでは第一幕が終了します。そこで第二幕が開いて、ドナーカードの存在であるとか御家族の承諾であるとかそれから法的な脳死判定だとか、いろいろな経緯を経て臓器提供が決定されます。その段階になって初めて我々は登場するんだ、だから、我々が願っているのは決して第一幕ではなくて第二幕以降なのだ、第一幕に我々の存在の有無は全く関係がないのだ、そう思い込むことにしました。

この辺では何とか整理がつきましたけれども、もう一つ問題が出てきました。

最初は名古屋の大学病院に入院したんですが、一年半ほどたつて、移植を待機するために大阪吹田市の国立循環器病センター八階西病棟に転院しました。その八階西病棟は心臓移植を待つ患者のみの病棟でして、約二十名の患者が、ほとんど全員が補助人工心臓、補助心をつけて待っております。それぞれが個室で、基本的には外部の機械につながれておりますので、その機械のコードの長さは約三メートルぐらいでした。その半径三メートルの範囲が一応自由に動ける世界でした。その長さですと、辛うじて病室のドアの外までは出られまして、それで、お互い出て、隣の患者とは会話をすることができました。それから、検査に行ったり、たまにドクター等に連れられて軽くナースセンターを一周するぐらいの散歩がありまして、そんなようなときに、みんな、何人かの患者とだんだん知り合っていくわけですが、何せ年単位の期間です。そうこうするうちに、徐々に周囲の様子がわかるようになっていきます。何人かの方の血液型も知るところとなります。

そんな中、八階西病棟で、少なくとも待機順位が私より上である、私と同じO型の患者が二名みえました。ある日、ふと、彼らのうちの一人が、いや、できたら二人とも、突然何らかの事情でここからいなくなってくれたらと思いました。その

思ひは、それ以降、否定しても否定しても頭から離れなくなりました。あのときのまさに悪魔のささやきがまだ残っています。何かこぶし太のちよつとずしつと重たいものがずつとみぞおちのあたりを、まだここにあります。

発病後三年経過した二〇〇二年の十二月にドナーが久しぶりに出まして、その方の血液型がO型だったんですが、私にそのときの待機の連絡はありません。御存じかもしれませんが、ドナーが出て、待機順位一番の方が当然移植の準備をするわけですが、大体二番目、三番目まではアクシデントに備えて待機の準備がかかるそうなんです、私にはありませんでした。ということは、その時点で少なくとも私はO型の四番目以降だということがわかりました。三年たった時点で四番目以降です。あのころは年に三例とか四例とかそんな状況でしたので、これから年に最低一例のO型のドナーが出てくださったとして、さらに三年を待つ計算になります。それまで私の体力がもつはずは絶対にありません。

その翌年に入ってから、私に埋め込まれた補助人工心臓のポンプの音がちよつと、かりかり、かりかりと異音がするようになりました。私が装着した補助人工心臓というのは埋め込み型の補助人工心臓でして、ハートメートというアメリカ製なんです、治療でそれを入れておいて、ポンプが腹の中に入っておりまして、そのポンプが、埋め込んで一年経過して耐用年数に近づいたということなんでしょうか、そして、四月を過ぎるころにはその音ががりがりという音に変わっていきまして。その音は、まさにXデーへのカウントダウンの音でした。いよいよそのときが来たと思ひました。それで、本当に長かったなと感傷的になったわけです。僕は、発病以来、自慢にならないかもしれませんが泣いたことはありませんけれども、このときだけはさすがにちよつと涙が出ました。あれほど死ぬ覚悟をしたつもりでしたけれども、そんな程度の覚悟だったということです。

そして、その年の六月でしたけれども、一階のレントゲン室に、レントゲンを撮るために看護師さんの押す車いすに乗って八階ホールのエレベーターホールでエレベーターを待っていたんですけれども、そのとき、斜め後ろの方からお元気ですかという声があつて、振り向いたら、ほんの半年前くらい前まで私の二階隣の病室にいた一人の若者だったのです。何か最近見かけないなと思ひていたんですけれども、彼はしつかりと自分の足で立って、補助人工心臓のコードはどこにもありませんでした。彼は、募金によってアメリカに渡って心臓移植をして、その帰国後の検査のために八階西病棟に帰ってきたところだったのです。彼が本当にまぶしく、大きく見えました。

その日の夜はほとんど一睡もしないで朝を迎えて、家族が起床する時間を待ちかねて病室から自宅に電話をしました。そして、たまたま電話口に出た母に、許してもらえぬのなら渡航移植の可能性を探るだけ探らせてほしいと伝えました。母は、おまえがそう言い出すのをみんなずっと待っていた、そう言ってくれました。こうして、これまで必死で演じ続けたやせ我慢に私は終止符を打ってしまいました。発病後千三百五十四日目のことです。

それからいろいろなことがあつて、本当に奇跡的な幸運があつて、その年の九月三十日に開空を飛び立ちました。そして、翌年の二月十二日に懐かしの我が家に再び帰ることができました。発病から千五百九十八日目、こうして私の闘病は終わりました。

話は以上です。何のことはない体験談を聞いていただいていたがとうございました。終わります。(拍手)

○三ツ林小委員長 ありがとうございます。

次に、斎藤参考人をお願いいたします。

○斎藤参考人 日本宗教連盟の幹事を務めております斎藤と申します。

本日は、日本宗教連盟及び宗教界の意見を申し上げる機会をいただきまして、まことにありがとうございます。

日本宗教連盟は、昭和二十一年に結成された連合会でございます。宗教団体相互の連絡、宗教文化の発展、これを大きな目的としてございます。現在、教派神道連合会、全日本仏教会、日本キリスト教連合会、神社本庁、新日本宗教団体連合会、五つの協賛団体によって構成をされております。

私たちは、脳死臓器移植問題は、個々人の死生観に深くかわる大変重要な問題であること、そして、人間の生と死に対する考え方に大きな影響をもたらし問題であると受けとめさせていただいております。平成九年五月以来、ちようど臓器移植法案が参議院で審議をされているときであつたかと存じますが、そのとき以来、意見書、声明書を発表し、国会での慎重なる審議を訴えてまいりました。

私たちは、四月の十七日、意見書をまとめ、衆参全国会議員にお届けいたしましたので、本日は、お手元にございます日本宗教連盟の意見書、これをもとに意見を申し上げさせていただきますと存じます。A4一枚の意見書でございますので、ごらんをいただければと存じます。

これから五点ほど意見を申し上げ、その後に、最後に宗教界の意見、見解を御紹介申し上げますと存じます。

第一は、脳死臓器移植にかかわる問題は、医療技術の問題に矮小化してはならないということでございます。

私たちは、臓器移植法の改正は、医療技術、医療現場の状況だけではなく、宗教、文化、法律、倫理などを総合して検討すべきであると考えております。特に、次の世代を担う子供たちを含め、日本人の死生観の形成に及ぼす影響が大きいことから、社会のさまざまな分野の意見を酌み取り、社会的合意を得た後で改正を図られるよう、お願いを申し上げます。

第二に、脳死は人の死ではない、脳死をもって人の死としてはならないということでございます。

臓器移植法が施行されて約十二年がたとうとしておりますが、脳死状態でありましても、心臓が動き、温かい血液が循環している人間の体を人間の死としてしまうことに、今も多くの国民が疑問と不安を感じております。脳死と判定されても、汗も涙も流します。妊娠をしておられる女性の場合には、出産をしたことも報告されております。

日本人は、長い間受け継がれてきた文化の中で、死の三徴候、すなわち、心臓が停止し、呼吸がとまり、瞳孔が拡散したときをもって死を受容してきたわけでございます。臓器移植法では、脳死は脳幹を含む全脳の機能が不可逆的に停止するに至った状態、このように規定をされておりますが、心臓が鼓動を続け、呼吸をしている人間の体を、どうしても日本人は人間の死として受容することができないのだと思ひます。

具体例を申し上げますと、昨年の六月三日、本小委員会でご参考人として出席されました中村曉美さんは、二歳八カ月で脳死と診断されたお嬢さんがその後一年九カ月生き続けられたことを御紹介されました。そして、最終的に、抱き寄せた自分の腕の中で我が子の唇の色が変わり、顔から赤みが失われ、体がだんだんと冷たくなっていく、これを感じて初めて、我が子が死んでいったということを実感されたということを述べておられます。

年を追うごとに、医学界のみならず、科学者、法律家の中からも、脳死は人の死ではないとする見解が次々と出されております。こうした中で脳死を一律に人の死とみなす改正案は、将来に禍根を残すものと危惧をする次第でございます。

第三は、本人の書面による意思表示は臓器移植にとつて絶対の条件であるということでございます。

A案では、本人意思が不明であるときは家族の承諾で臓器提供を可能としておりますが、ここには大きな問題が潜んでおります。平成十八年十

月、愛媛県宇和島市で生体移植によって臓器が売買されるという事件が起きましたが、これは臓器提供の書面による意思表示がなかったことが大きな原因とされております。将来にわたりこうした問題を二度と起こさないためにも、本人の書面による意思表示は臓器移植を進める上で欠くことのできない絶対条件であると考えております。

宗教界での例を申し上げます。

例えば、キリスト教の中では、脳死状態における臓器の提供を愛の行為として位置づけてまいります。これは、本人がみずからの意思で進んで提供を表明しているときに、崇高な愛の行為となつてまいります。しかし、その逆に、本人が提供の意思を表示していないときに、脳死を人の死とみなしまして臓器提供が実行されるならば、そこには愛の要素は消えうせてしまいます。そうした行為は、社会の中から広い意味での人間愛を失わせていくことにつながるものと危惧をする次第でございます。

十二年前を思い起こしていただきたいと存じます。臓器移植法の参議院での審議の最終過程におきまして、国内には脳死を人の死とすることに反対する多くの国民がいることを重く受けとめ、本人が臓器の提供の意思表示をしている場合に限り脳死体とすることで、移植への道を開いたという経緯がございます。こうした移植法の成立過程を振り返りますときに、本人の書面による意思表示を廃止することは、臓器移植法の改正ではなく、全く新しい法律を制定することになり、反対を表明せざるを得ません。

第四は、脳死臓器移植は普遍的医療にはなり得ないではないかというところでございます。

私たちは、医学や科学の進歩を否定するものではありません。しかし、医療技術の発達をもたらした脳死臓器移植という治療法は、生きている他者の重要臓器の摘出を前提としている限り、普遍的医療にはなりがたいものではないか、あくまでも緊急避難的な治療法と言わざるを得ないのではないかと考えております。

四月四日、長野県安曇野市の県立こども病院は、これまで心臓移植でしか救うことのできなかった一歳以下の乳児の拡張型心筋症に対してペースメーカー治療を五例実施し、四例で成功したことを発表いたしました。まさに、医学の進歩が、これまでできなかったことを可能とした例でございます。

近年の再生医療の進歩はまことに目覚ましいものがあります。それだけに、脳死の定義、判定基準をより厳密なものとしていかなければならないと考える次第でございます。また、同様に、臓器移植に対する疑問を取り除いていくためにも、移植の必要性、適正性についての検証機関の設置も必要になってくるものと考えて次第でございます。

年々、救急医療の進歩が明らかになってきておりますが、これは、総体的に、脳死状態になる人の減少を意味しております。こうした状況の中で拙速に人の命にかかわる法律の改正を図ることは、将来に禍根を残すものと言わざるを得ないと考えております。

第五に、こうしたことを踏まえまして、日本宗教連盟は、第二次脳死臨調の設置が必要であるというところでございます。

改正案のうち、A案は、臓器提供の年齢制限を設けないこと、また、B案は、現行の十五歳以上を十二歳以上に引き下げる内容となっております。

しかし、社会的に弱い立場にあり、脳死臓器移植に十分な理解を持ち得ない子供の臓器提供と移植は、大人とは別のルールが必要ではないでしょうか。また、親が子供の命にかかわる意思をどこまで代弁することができるかなど、検討すべき多くの問題を抱えております。

現在でも、脳死状態での子供の蘇生力については十分に説明をされておられません。さらには、虐待を受けた子供から臓器移植を行わないなど、検討されなければならない多くの問題が残されているのが現状でございます。

こうした現状の中で、日本宗教連盟は、第二次脳死臨調を早急に設置し、多くの専門家による総合的な検討に加え、広範な社会的な議論と意見集約の必要性を訴えたいと存じます。

これまで日本宗教連盟の見解を申し上げてまいりましたが、最後に、宗教界からの幾つかの見解を御紹介申し上げます。

神道、仏教、キリスト教、新宗教などそれぞれの教団に附置される研究所によって構成される教団付置研究所懇話会というものがございしますが、ここでの見解を御紹介申し上げます。お手元の資料の中に、一枚の資料としてこの見解を御紹介させていただきます。

例えば、浄土宗では、人の臓器を資源とみなすことに懸念を表明しております。

曹洞宗では、日本人にとつて、遺体が傷つけられるということについての懸念を表明しております。

真宗大谷派では、人間の生と死ということについての意見を表明しております。

また、大本では、平成十二年の十月でございますが、脳死は人の死でないとする八十七万人の街頭署名を集め、厚生大臣に提出をしております。そして、小児脳死を含めた第二次脳死臨調の立ち上げを訴えております。

このほか、日宗連には参加していない団体の中にも、研究論文の中で意見をまとめているところもございします。例えば、脳死における臓器移植において前提となるのは患者本人の自発的、自由な意思である、したがって、本人が生前に脳死を人の死と認め、脳死における臓器提供の意思を持っていたことが確認できない場合には、たとえ家族にその意向があつても、現段階では直ちに臓器提供に踏み切ることは慎重でなければならない、このような見解を出しております。

世界では宗教の対立が叫ばれますが、我が日本では諸宗教が協力をして、対話を重ねながら社会の問題と取り組んでおります。日本宗教連盟もその一つでございます。また、先ほど御紹介を申し上げました教団付置研究所懇話会、その活動も一つでございます。

この臓器移植法の改正は、一歳の乳児から百歳のお年寄りまで、すべての日本人に及ぶ問題でございます。いろいろな問題もございしますが、過半数で決するのではなく、社会的合意が成立するまで検討を重ねられますよう強く要望し、意見陳述を終わらせていただきます。

ありがとうございます。(拍手)

○三ツ林小委員長 ありがとうございます。以上で参考人の方々の御意見の開陳は終わりました。

○三ツ林小委員長 これより参考人に対する質疑を行います。

質疑の申し出がありますので、順次これを許します。福岡資磨君。

○福岡小委員 自由民主党の福岡資磨と申しします。

きょうは、各参考人の方々、大変参考になる、また説得力のある御意見の数々をちょうだいいたしましたこと、まず冒頭、心から御礼を申し上げます。させていただきたいというふうに思います。

御承知のとおり、一九九七年に制定しましたこの臓器移植法でございます。三年後の見直し規定があつたにもかかわらず今日まで至つてきたわけですが、今回の議論、状況が一つ大きく変わったのは、今国会で一つ大きな結論を得るような流れが出てきたというの、今までは状況が一つ違うんだというふうに思っておりますし、また、これまでのA案、B案、C案に加えて、別案が組上に上がってきたという状況も生まれてきたわけでございますから、そういったことも含めて、各参考人の方々に御意見をお聞きしたいというふうに思っております。

まず、横田先生にお伺いをさせていただきます。

今回、A案とC案の折衷案みたいなものも出てきたわけですが、もともとC案でも脳死判

定の厳格化というようなことが述べられています
中で、要は、従来の測定に加えて、きょう先生が
示されている脳血流の停止、こういったものを検
査項目として加えてはいいかという意見
が出てきているというふうに承知をしております。

先生のお話を聞いていましたら、補完的な位置
づけ、要は、先生おっしゃったみたいに、目の不
自由な方とか鼓膜に損傷のある方とか、そういった
方々に対してのみ行えばいいのかというふうな
ニュアンスであったというふうに思いますけれど
も、今、一律全員に対してもそういった検査をし
た方がいいんじゃないかという声があることも確
かでございます。

そういった中で、先生のこの図でいえば、これ
までの判定でも不可逆的な全脳機能の停止という
意味ではすべて網羅できていると。ですから、こ
れまでの検査が行える人に対しては、それを行え
ば十分に足るものなのかどうか、また、今回そう
いった脳血流停止を想定されている方はどういっ
た方を想定されていらっしゃるのか、お答えをい
ただければと思います。

○横田参考人 御質問にお答えさせていただきます。

今、福岡先生がおっしゃったとおりでございま
す。例えば、今使われている基準、旧厚生省基準
と言わせていただきますが、これが例えば不可逆
的な全脳機能の停止を逸脱した症例がもしあると
すれば、それはさらに詳しい検査、適切な検査を
加えなくてはならないと思いますけれど、先ほど
私がお示したような、不可逆的な脳死の患者さ
んの集合体の中に厚生省の判定基準はすべて含
まれるということの理解で正しいと思いますので、
ここであって脳血流の検査を加える必要はない。
あるとすれば、今お話のあったように、厚生省
の判定基準で判定できないような患者さん、例え
ば、けがで目を損傷した患者さん、あるいは鼓膜
が損傷した患者さん、あるいは各種病気で目や耳
が御不自由な方々に対しても判定できるというこ

とに、その脳血流の位置づけはあるんだと思いま
す。

ここできちんと整理しておかなくてはいいけ
ないのは、脳死であっても起こる現象というの
は、いろいろあります。先ほどあったように、身
長が伸びるだとか、あるいは手足が動くとか、一
見何か脳の機能が停止していないような現象が
起こることがありますけれども、それもすべて科
学的に証明されているわけでありまして、ここ
で整理しておかなくてはいいけないのは、脳死
であっても起こる現象と、脳死でないものが実
は脳死として報告されているというのが、ちょ
っとと混乱を招く原因になっているんだと思
います。

以上です。

○福岡小委員 大変貴重な御意見をありがと
うございました。

ちょっと時間の都合もありますので、次に光
石参考人の方にお伺いをさせていただきますとい
うふうに思います。

これまで日弁連さん、もしくは光石先生御自
身は、一律に脳死は人の死とすることに反
対だということな姿勢を示されてきたという
ふうに承知しています。そして、これまで、本人
の意思表示があること、そして家族がそれを
拒まないことを条件に、そういう場合のみ
脳死を人の死とするという、ある意味玉虫
色の解決というのには、死に対しての社会的
コンセンサスがまだまだ成り立っていない状
況下においては一つのあり方なんだという
ふうな考えがあったというふうに思ってい
ます。

今回、WHOの流れ等も受けて、子供をどう
するかという観点の一つ出てきたときに、要
は、本人の意思表示が不明で家族がその意
思表示をした場合、オーケーを出した場合に
ついて、そういった場合をまた脳死は人の死
という部分に加えるというふうな見解も出
てきたわけでありまして、けれども、その
考えについてどのようなお考えをお持ちか
という点についてお聞かせをいただきた
いと思います。

○光石参考人 子供については、先ほど申し
上げたんですが、いわゆる脳死状態という
状態から三徴候に至るまで相当長い、長期
脳死とか慢性脳死とかということが報告
されておりますし、そもそも子供について
脳死の判定は非常に難しいと専門家が
おっしゃっているんですね。

現行法ができた当時、脳死になってから
数日して三徴候に至る、そういう前提で、
自己決定という思想をもって法律に
したんですね。だから、今自己決定とい
う法律の根拠を要するのではありません。
これは改正とは言えない。もうそれは全
く別の根拠で新しい法律をつくるという
のなら、やはり脳死臨調の第二次のもの
をつくらないと、結局今の法律を改正す
るということでは到底できない。

だから、子供についていろいろなわ
からないことが非常に多いときに、それ
を親が代諾してやっていいんじゃない
というのには、子供にとつて治療になる
のなら、これは親が病院に行きますと
代諾でやります、それはそれと
おりなんですけれども、子供にとつて利
益にならない、そういうことについて
一体何で親が代諾できるのか。親に
そんな権限はないだろうと私は思
っています。

○福岡小委員 議論を尽くさなければ
いけないという御意見だったという
ふうな承知いたしております。

続きまして、雨宮参考人の方にお伺
いをさせていただきます。先ほどいろいろ
お伺いをさせていただきましたが、私
も個人的には、やはり日本における移
植の機会をもっとふやしていくべき
だろうというふうな認識は持っており
ますけれども、そういった中で、先生
はこれまでのA案ということによつて
立ってお話をされたわけですが、き
ょうの議論でも死に対しての死生観
というもののついてはいろいろ

いろいろな考え方がある中で、今回
そういったA案とC案の部分の折衷案
みたいな話というのでも出てきた
わけですが、そういった案に対して
先生御自身がどのような見解を持
ちたいのかという点についてお聞
かせをいただければというふうに
思います。

○雨宮参考人 雨宮でございます。

いずれにしても、断ることができ
ます。ですから、脳死判定を受け
たくないというふうな御家族が考
えればこれは断ることができる。こ
れはA案も多分C案も同じなん
だろうと思います。

そういうことですから、いろいろ
な死生観があるというふうなお話
でございまして、いろいろな死生
観があるというふうな判断をすべ
ばよろしい。その中で、提供の方
向に動いていく、あるいは脳死
の判定を受けたいというふうな
ことだろうと思います。

○福岡小委員 ありがとうございま
した。一通りお聞きした後、また時
間があれば、ほかの参考人の方
にもう一度重複してお聞かせを
いただきたいと思います。次は、
田中参考人の方にお伺いを
させていただきます。

アンケートでも、先ほどおし
やりましたように、小児科学会
の会員の方々でも、新生児を含
めたお子さんに対しての脳死判
定ができるかということについて
は、やはり非常に難しいと考
えていらっしゃる方が非常に多
くを占めるというふうなお話も
ございました。私、医学的にそ
んなに専門家ではありませんが、
ぜひそのあたりをわかりやすく
お聞かせいただきたいのは、や
はり大人に比べて小児の場合
は、先ほどの慢性脳死みたいな
長期間たつても状態がそんなに
変わらない方もいらっしゃる
というふうなことも承知してい
ますが、そういった場合、大人
と違って小児の判定の難しさ、
そういったものはどういった
ところにあるのかということに
ついて少しお聞かせをいただ
きたいと思っております。

○田中参考人 田中でございます。ありが
とうござい

ざいます。

少しはつきりさせておきたいのは、脳死の判定ができるかできないかという点、これはできません。小児科医は、脳死の判定というテクニカルなことはできるわけです。ただ、それが、本当に脳の機能がその後ずっと戻らないのかどうかということですね。それを、脳が完全に一〇〇％死んでしまったのかという診断はする自信がないということでございます。

といいますのは、日常の臨床現場で、実際に、きょうお示しました以外に、皆さん、小児科医は、出しておりませんけれども、子供が長いこと生きていて間に脳波が少し出たとか、そのようなことを、私もそういうことがあったというふうな経験を持っているわけですね。だから、皆さん肌で、これはなかなか一概に脳が完全に死んだとは言えないなど。脳死判定はできるんですけども、その後ずっと何カ月か見ていくと、また少し脳機能が戻るんじゃないかというふうな考え方を持っていて、肌で感じているというのが実情でございます。

○福岡小委員 済みません、そこでもう一つ田中参考人の方にお伺いしたいんですが、先ほど横田参考人の方からは、要は、今の厚生労働省の基準でやれば必ず網羅できるというふうな御見解もあったと思うんですが、きょうのプレゼンテーションの中でも、本当にまれなケースですけれども、無呼吸テストも含めた脳死判定を行っても、そうではないケースもあるというふうなお考えを示されたというふうな思っております。であれば、では、今のこの脳死判定基準で十分だと思われているのかどうか、そういった部分についてのお考えを少しお聞かせいただきたい。

○田中参考人 ありがとうございます。

これはおととい、十九日の倫理委員会でのコメントが出ておりますけれども、一〇〇％の症例で、この診断基準で一〇〇％診断できるとは言えないというのが今の小児の倫理委員会の見解でございます。よろしいでしょうか。

○福岡小委員 ありがとうございます。次に、青山参考人の方にお伺いをさせていただきたいというふうに思います。

本間にいろいろな心理的葛藤についてお話をいただきまして、私も大変心を打たれる部分があったわけでございますが、参考人も当初二年間ほどは日本で移植の道を探られて、海外で成功された方を目的の当りたりにして、さらなる葛藤があつて海外移植を決定されたというふうなお話がありましたが、やはり当初日本で道を探ろうというふうにお考えになった、そういったことについて、いきなり海外ではなくて、まず日本であくまでも道を求め続けられた理由であつたりとか、もしくはほかの方々とコミュニケーションもあつたというお話でしたけれども、日本で待っていていらっしゃる患者さんの心理状況といえますか、非常に提供機会は少ないんだけれども、その中で望みをつないでいく、そういった部分の心理状況について少しお聞かせをいただきたいと思ひます。

○青山参考人 お答えします。

待とうと思つた理由は二つあつて、一つは、一九九九年にできたばかりでしたので、法が定着したらこれからどんどんふえていくてくれるだろう、それに期待したことが一つでございます。それから、海外渡航のことは、これはちょっと触れたと思いますが、何せお金がかかりますし、募金という手ももちろんございますが、私のような社会的な人間がそういうことをやってしまつて、不特定多数の方にとかくお願いしたとすると、戻ってきた後、やはり家族を含めて非常に身身の狭い思いをさせますので、その選択肢もありませんでした。

済みません、それからもう一点、何でございますか。

○福岡小委員 日本でケースが少ない中でずっと待ち続けていらっしゃる患者さんのその思いとか葛藤について。

○青山参考人 失礼しました。

やはりこれも、先ほど触れた一つの言葉、私の

言葉だからちよつとわかりにくいかもしれませんが、絶望的な希望の中にある、それに尽きると思ひます。

○福岡小委員 斎藤参考人にお聞かせをいただきたいと思ひます。宗教連盟さんは、あくまでも本人の書面による意思表示というのとはもう絶対条件だ、そこは外せないんだというふうなお話でございました。小児の部分、子供さんの部分については今後慎重な議論をしていくべきだというふうなことであらうというふうな思っておりますが、今後のあり方として、お子さんへの臓器提供、そういった部分を国内で模索していくということについてどのようにお考えになられていくかということについてお聞かせをいただきたいと思ひます。

○斎藤参考人 ただいまお尋ねの点でございますけれども、先ほど申し上げましたとおり、また本日各参考人からの意見陳述の中にもございまして、お子さんの脳死判定、また子供の脳死状態での移植、これはまだまだ説明されていないところが大変多くあるということでございます。こうしたことから、まず、内閣総理大臣のもとに第二次の脳死臨調を早急に設置して、ここで専門的な議論、検討を進める、これが第一歩かと考えております。

以上でございます。

○福岡小委員 ありがとうございます。

もう時間も余りありませんので、最後にもう一回、横田参考人の方にお伺いをさせていただきますというふうな思ひますけれども、先ほどの脳血流の判定というのをもし仮に皆さんに行おうじゃないかという話になったとすると、これを仮定した場合に、先ほど田中参考人の方からは無呼吸テストがいかに負担をかけるかというふうなお話もありましたが、それを課すことによつてどれぐらいの負担がかかるものなのか、それによつて提供機会の喪失がどれぐらいあるものか、どうか、そういった部分についての医学的立場からの御見解をお聞かせしたいと思ひます。

○横田参考人 脳血流の測定というのは、患者さんのベッドサイドでできるものではないと思ひます。経頭蓋ドップラーという装置があります。これは極めて信頼性の面では疑問がありますが、やはり血管撮影や、先ほどお示しましたSPECT、あるいはその他の検査ということになりますと、これは集中治療室から検査室に移動しなくてはならないという前提があります。そうしますと、もともと脳死の判定をしようとする患者さんは非常に不安定な状態でありまして、よく無呼吸テストの侵襲性が問題になりますけれども、その搬送という面ではより侵襲をかけてしまふということ、これはやはり、必要があればやりますけれども、必須にすべきではないというふうに思ひます。

以上です。

○福岡小委員 まだまだお聞きしたいこともございますが、時間も参りましたので、私からの質疑は以上で終わらせていただきますと思ひます。ありがとうございます。

○三ツ林小委員長 次に、榎屋敬悟君。

○榎屋小委員 公明党の榎屋敬悟でございます。きょうは、六名の参考人の方々に貴重な御意見をいただきました。私からも感謝を申し上げますと思ひます。

順次お尋ねをしまいたいと思ひます。

最初に横田参考人にお伺いをしたいと思います。先ほど、小委員会でご視察させていただきました。御協力に感謝申し上げます。

あの場でも感じたわけでありまして、平成九年に始まった臓器移植法案以降、いわゆる脳死、先生のお話では、まさに絶対的な予後不良の診断、いわゆる救命という観点からそういう診断が救命の医療現場で行われるということもあるというところなんだろうが、そのあたり、救命の医療現場における脳死判定の実態、先生のところは特別の医療機関かもしれませんが、全国の救急医療の現場、先生の情報もあるでしょう

が、その辺の状況ももう少しお話をいただきました。

それから、もう一点だけ。これからこの臓器移植がどう動くかということもありますが、救急救命の現場で、先生おっしゃった臓器移植を考えたときの支援システムで、今ないもので、絶対に拡充しなきゃならぬというものは何なのか、お答えをいただきたいと思っています。

○横田参考人 確かに、平成十八年の救急医学会の見解にありますように、脳死の状態である患者さんに関しては判定するべきである、そういうスタンスを我々の学会はとっていますけれども、施設によっては、判定したくても、残念ながら人的な問題で判定できないという施設がやはりあるということとは、先ほどお話ししたとおりであります。

後半の御質問の件ですけれども、今、実は、法的脳死判定及び臓器摘出まで平均で四十五時間かかります。その間、実は、提供施設、特に主治医はつきつきりになるんですね。それはなぜかと申しますと、判定に関しては、その勤務している医師でなくてはならないことがあります。救急医療機関というのは、御承知のように今非常に人手が切迫しておりまして、そういう中での判定というのは正直負担がある。ですから、私、ぜひお願いしたいのは、判定支援チームというのを、何かシステムでサポートしていただけると、もっともって円滑に臓器提供に協力できるのではないかとこのうに感じています。

○榊屋小委員 ありがとうございます。判定支援チーム、先日現場で御提言もいただきましたので、我々もぜひ考えたいと思っております。それから、次に光石参考人にお伺いしたいのであります。

日弁連の御意見、前から伺っておりまして、きょうお話しする機会ができてよかったのであります。先ほどのお話もありましたように、ドナーとレシピエントの現場が違うということ、

それからやはり価値観ですね。レシピエントの医療現場というのはやはり命を第一に考えるということでありまして、ドナーの医療現場と相当違う価値観がある。場合によってはドナーの医療現場が後ろに追いやられてしまうという懸念をお示しいただいたわけでありまして、そこは非常に重要な視点だと思っております。

ただ、だからといって、日弁連の皆さんも、現行法も含めて、善意の発意として自身の臓器を提供したいという自由なる意思、これを否定する立場ではもちろんないだろうというふうにも思っているんですが、確認をさせていただきたいなど。同時に、これを平成九年以来我が国で進めてまいりましたが、なかなか国民の中に浸透しない。ドナーの確保ということについては、これを公、パブリックでしっかりPRをし、国民の皆さんの理解を得るとい活動をするべきだろうと私は個人的に思っているんですが、そうした取り組みに対して、日弁連としては、それは当然しつかりやっ

てくださというお立場なのか、御意見があるのか、そこも含めてぜひ御意見をお伺いしたいと思っています。

○光石参考人 どうもありがとうございます。やはり、提供する善意の発意というものについては、本人がはっきりとした意思を表明しているとか、しかも、脳死というのはどういう状態だとか、それが人間の死に至るのか、人間の死というのは一体どういう定義なのかとか、さつきから申し上げているように、その根本的なところをちゃんとわかっていいる方がやるのであれば、それはやむを得ないかなと。一律に脳死が人間の死だとは私ども日弁連も考えておりませんので。

結局、今、先ほどから申し上げているように、内閣府の調査においても、それから各新聞の定義においても、定義がみんな違っています。定義が違っている、脳死の定義とか。さつき言いましたように、脳全体なのか、全脳なのかとか、みんな違ってきます。それから、人間の死というの、もう治療ができなくなったら死ぬといううな人

もいるんですよ。だけれども、それはちゃんと脳死臨調が一応決めていますね。だから、そういうことをはっきりとわかった上でならば、まあ、ごく数日で三徴候死に至るんだから、それは一つの自己決定という考え方で、法的にもいいんだらうと。

ただ、先ほどから出ているような子供の問題とか、そういうのになりますと、自己決定という一つの法的な根拠というのはいくらに届かない。それは新しい法律というふうにせざるを得ないんだらうと思います。もし新しい法律をつくるというのであれば、それは、もう一回また脳死臨調をやって、今言ったようなことが本当にそうなのかということを経験的に、そして論理的に、そして、一人一人の市民の文化観とか宗教観とかいろいろなことを前提にした上でやるんだと。そうでない限りは困るので。

ドナーの確保をもっとやるべきだということも、気持ちとしては、レシピエントになるの方が多から、そういう意味では、なるべくドナーを確保したいんだというのわかりますけれども、そのドナーの患者の方の医療状態といえますか、その辺のところをよく検討した上でないと、ただただドナーを確保するというような考え方でいくというのはいくらも違うんじゃないか、間違っているんじゃないか、そういうふうにも思っています。

以上です。

○榊屋小委員 ありがとうございます。

続いて、雨宮参考人にお伺いしたいと思いま

す。先ほどの御説明で今日までの移植の状況を御報告いただいたわけですが、先ほど同僚委員が話したように、期せずして、何とかこの国会でできないかという大きな動きが今出てきております。私は、今の光石参考人の御意見を聞きまして、やはりまだこの国会で判断するのは早いという厳しい警鐘かなと思ったりもしたんですが、まさに二つの医療現場、ドナー、レシピエ

ントの医療現場の立場の違い、あるいは定義そのものもまだまだ定着はしていない、明確でないという中で、雨宮参考人としては、先ほどのような御意見、とりわけ、ドナーの立場を大事にされる、人権として大事にしなきゃいかぬという御意見に対して、移植医療の現場からどのように発言をされるのか、それから、この国会で一つの方向性を出すことを期待しておられるのかどうか、お伺いしたいと思っています。

○雨宮参考人 移植の医療は、これはドナーがい限り絶対に成り立ちません。したがって、私個人の意見でございましてけれども、移植をした後の成績よりも、その前のドナーに関する考え方の方をより大事にしないといけない、そう思っております。

そういう意味で、私は、まずは、ドナーになるかもしれない、我々、私も含めた一般の市民が、脳死というもので臓器を提供することにどういうことを考えているかというその意識、この調査が物すごく大事であらう、こう考えておるわけですね。まずは、提供しようという気持ちがない人は提供しないわけですから、ある人のその気持ちを生かす、そこにまず第一歩があつて、さらに、医学的に十分な確証を得たそれが脳死である、こう理解しております。

例えば、先ほどもしましたけれども、本人の意思がない場合でも家族が提供のすることを決めてよろしいかどうかというアンケートで、何と六一・六%と書いてありますから、随分多くの市民の方々が、家族が決めていいんじゃないかとおっしゃっている。これは大変大きなことであらうと思ひます。

それで、同時に、そういう方々が実際に、残念ながら交通事故など何だということになって非常に重篤になる、それで、医療現場でこれは脳死ではないかといったようなときに、まず大前提となるのは、最大限の医療を尽くす、しかも、もうそれ以上のことはできないということが大前提になるということ、我々は安心していただけるわけでありま

す。そのことは、たしか、現在の脳死の判定をする規則の一番前に、大前提として、最大限の努力をした結果、脳死と認めざるを得ないような状態になったときに初めてその判定をするんだというふうに書いてございますので、我々は、それが非常に大事なことである、こんなふうに考えております。

そういうことになりましたと、さつきも申しましたように、ドナーカードを書いている人というのは非常に少ない。これは、一生懸命、臓器移植ネットワークその他、努力したんですけども、三%前後という数字がずっと続いていてなかなかふえません。それで、最近はどこへ行ってもドナーカードというものが置いてありません。昔はよく郵便局にしても何にしてもあったんですけども、今はございませんので、なかなかこれは皆さんのところまで届くということがないんじゃないか、こう思います。これが、皆さん努力した結果がまだそんなのであるということが一つあります。

それから、今国会でどうだろうかということですが、十二年間、現在の体制で我々一生懸命やらせていただきました、例えば、一ドナーが出現いたしますと、今平均五・五人の患者さんに移植をするというところまで努力をしまいいりました。これは、世界は大体四人ぐらいだと言われていますから、かなり一生懸命工夫をした結果だろうと思っております。それにしても、やはり年間十三例というのがこのところの記録でございますので、どうしても足りない。

私どもとしては、なるべく早く移植をしてあげたいということがございまして、ぜひ今国会で改正を進めていただきたい、こんなふうに物すごく期待をしている、こういうことでございします。

以上でございます。

○榎屋小委員 ありがとうございます。

きょうは、いろいろな参考人の御意見を伺うわけで、今の雨宮参考人の思いを受けとめたいと思

うんですが、こちらなかなか複雑な心境でございます。続きまして、田中参考人にお伺いしたいと思うんですが、先ほどの子供に対する思いは十分聞かせていただきました。ということで、B案ということも我が党内も議論したんですが、今の田中参考人の御意見では、B案とでもっと慎重であるべきだ、こういう御意見かと思いました。

一つ、きょういただいたこのパワーポイントの資料の中で、私が思っている以上に、虐待、この実態というのが本当に大きな要素なんだなということを感じさせていただきました。それがなかなか小児の医療の現場で実態がわからないという御説明もいただいたわけでありまして。警察においてなかなか判断は難しいということなんですが、ここは、どうなんでしょうか、百二十九例中の状況もお話をいただきましたが、こんなことではないのかなと。

やはり虐待については、きちっと判断をされて、二度とそういうことが起きないように対応される、そういう体制をつくらなきゃいかぬと思うんですが、小児医療の現場では何かもう少しやらなきゃならぬことがあるのではないかと感じるんですが、もしありましたらお答えいただきたいと思ひます。

○田中参考人 田中でございます。どうも御質問ありがとうございます。

おっしゃるとおりでして、今現場の方では、各病院でも虐待を発見するような委員会をつくらうとか、あるいは学生の授業で虐待の授業をやり始めておりますので、それぞれの医学生が医師になりましたりした時点でも、かなり虐待が難しい問題でわかりにくいという認識を持つようになりました。各病院でも取り組み始めてはおるんですけども、二〇〇五年に、小児科学会の方が脳死小児から被虐待児を排除する提言をして、国と議員さんたちにもお願いしますと言ってはあるんですけど、でも、実際、そこにだけけ人を投入してやっていただいたかというところは、いささか我々も不安に思っているところなんです。

そういう点では、これから、一部そのように、スキャンチームといまして、被虐待児を見つけてよという取り組みはなされてますけれども、まだまだ地方あるいは大きな病院でも十分にできていないとかというのが実情であります。小児科医というのはもう疲弊しておりますのは皆さんよく御存じのとおりですから、これに加えてまたそういうふうなことをやるといったら、実際、非常に大変なわけです。

ですから、その点もぜひ基盤整備づくりをお願いしたいと思っております。

○榎屋小委員 脳死臓器移植に対する子供の取り扱いについては、今先生おっしゃった部分をクリアできないと、とてもとても国民の理解が得られないだろうと我々も思っているわけでありまして、それで、青山参考人にお伺いしたいんですが、きょうは大変重たいお話を伺ったので、重ねてお伺いする勇氣がこちらにありません。本当に、人の死を待つというこの脳死臓器移植、この中でいかに葛藤されてきたのか、重たく我々も受けとめたいと思っております。

最後に、斎藤参考人にお伺いしたいと思うんですが、我が国の宗教界の皆さん方の御意見は伺わせていただきました。今までも聞かせていただいていたわけでありまして、キリスト教の皆さんも含めて多くの宗教界の皆さんが、やはり我が国においては、脳死は人の死ということすら簡単に受け入れられない、こういうお話であります。アメリカあたりは随分進んでいるわけでありまして、諸外国における宗教界、キリスト教の皆さん方の脳死臓器移植に対する考え方というのはどういうふうになっているのか、もし御存じであればお教えいただきたいなと思っております。お願いします。

○斎藤参考人 斎藤でございます。本日は、正確な資料、データを持ち合わせておりませんので、正確にお答えできないことでございます。お許しをいただきたいと存じます。

ただ、先ほど申し上げましたとおり、キリスト教の中でも、みずからの意思で臓器を提供したい、そして、それを愛の行為として位置づけておるわけでございますので、これは諸外国の例でもございます。

もう一方で、申し上げたいのは、先般、日本人の葬送の作法、これをテーマにした映画がアカデミー賞を受賞いたしました。日本人が長い間はぐくんでまいりました死への尊敬、生への畏敬、あるいはグリーフワーク、こういうものに海外からも注目が集まっているということも言えるのではないかと存じます。

詳しいデータについてはまた調べまして、後日お届けをいたしますと存じます。お許しをいただきますと存じます。

○榎屋小委員 きょうは、六人の参考人、本当にありがとうございました。改めてお礼を申し上げます。以上で終わります。

○三ツ林小委員長 次に、園田康博君。

○園田(康)小委員 民主党の園田康博でございます。きょうは、参考人の皆様方にそれぞれのお立場から意見を御開陳いただきました、本当にありがとうございました。まだまだ私も議論をしていない論点が多々あるなところが、まず率直な感想でございます。

同時にまた、とりわけ、きょうは、青山参考人におかれましては、海外での移植に際するさまざまな葛藤、あるいは家族の方も含めて、本心に心労が多々あったかなという形を私は受けとめさせていただいたわけであります。今後とも、そういったところを勇氣を持ってお話しいただいた経験、そういったものをさらにまたさまざまなところで、大変苦しいとは思いますが、いろいろな場面でお聞かせをいただければ、本当にこの臓器移植に対する考え方、あるいは実際に御体験された、御経験をされたその苦しきの中から、またさらに次につながる大きな、何か問題も含めてつながっていくものではないのかなという気がい

たしております。

私も、きょうはいろいろな論点がございまして、これ以上御質問という形はできませんけれども、きょうは本場にありがとうございましたということ、まず冒頭、感謝の念を述べさせていただきますと思っています。

そこで、まず、脳死の定義というところでございます。

先ほど光石参考人からは、脳死の定義そのものがまだ完全な形で確定というか、まだ不明確な部分があるのではないのか、もう一度きちつと議論をしていく必要があるのではないかと御意見をいただいたところでございまして、私も、現行法における脳死の定義というものと、それから、さまざま今、国会の中で出ている案の定義、この違いというものが、その中で医学的な部分からまだしつくりきていないところがございまして、ちよつとその点を、まず最初に横田参考人と、それから再度光石参考人からお伺いをしたいと思っております。

それは、先ほど、全脳と脳全体、この違いをまだ完全な形で理解していないのではないかと御指摘をいただいたわけでありまけれども、間脳であるとか視床下部の部分が含むか含まないかというところが、それが脳死そのものに對するどのような違いが出てくるのかということ、それがまず第一点。それから、停止という概念と喪失という概念、機能の喪失ということをあらわした場合にはこれがどのような違いが出てくるのかということをお聞かせいただきたいと思ひます。

○横田参考人 お答えさせていただきます。
先ほど来、間脳下垂体系の内分泌学的なお話が あつたかと思ひますが、あそここの論文といひますか、田中参考人の資料に、脳の一部である下垂体といふふうな文句があつたかと思ひますが、実は、医学的に正確に申しますと、特にTSHとかSHとか書いてありますけれども、先ほどの下垂体のホルモンの部分は脳ではありまじいので、そういったホルモンが出るのは、私もちよつと

二十年前、同じような研究をしていて確認をしております。ということで、追加させていただきます。

脳死の概念というのは、細胞が死滅するということではなくて、機能死という立場をとつて言へば、それは下垂体もそうだと思うんですが、確かに、生存している証拠が見つかることがあります。ところが、それが機能しているかといひますと、さまざま検査、実は私も研究の一環でやったことがあるんですが、機能としてはしていないということが証明されています。

ということで、今の脳の不可逆的な機能の停止ということとは妥当な定義だといふふうに考えています。それから、不可逆的な機能停止が私の理解では喪失といふふうに理解しています。

○光石参考人 どうもありがとうございます。
脳死が全脳か脳全体かということについては、これは当初は医学界でも脳全体という考え方でちゃんと定義していったんですね。ところが、いろいろな例が出てきて、脳全体といひますと、要するに、この頭、ここにある頭蓋骨の中全部、そういうものの機能、本当は機能よりも前に質的に、機能とか構造面で脳がどうなつたかということ、本当はやつていたんですけれども、それがいつの間にか機能だけいいということになつてしまつたんです。

では、機能のときに、さつきから言つていますように、全脳にしてしまつたのは、やはりかなり重要な部分は本当に不可逆的にだめになつていくかどうかはもう見ない、そういうことになりまじい、視床下部が仮にもしそのまま動いていひますと、人間の死の定義に当たらないんです。それは、何度も申し上げまじいけれども、要するに、人間の死といひものが、有機的統合性といひものがなくなつたら人間が死ぬんだと。だけれども、その有機的統合性の一の要素として、ホメ

オスターシスといひ、体温とか血圧なんかの体内環境の維持、これが、実際やってみまじいと、脳死を判定してから後四日たつても四割の割合で視床下部の神経細胞が生きていた、そういうことも報告されていひ、そうなるまじいと有機的統合性が喪失したといひえない、そういうふうになつてしまつていひます。

だから、そういう意味では、人間の死の定義からいひても、今の脳全体といふふうに本当はしなくちやいけなひのを、法律は全脳と言つていひますから、非常に限つた部分でいひます。

そして、停止と喪失のことですけれども、喪失といひたら、もうそれ以上絶対もとに返ることがないにもかかわらず、先ほど子供のケースでも幾つか報告がありましたけれども、停止といひますと、あ、停止、そこでとまつたといふふうにして、それでもう脳死が判断されてしまつたといひことがあるわけですけれども、それがやはり間違つた。そういうことが間違つたらどういひことになるのかといひうことをやはり議論しなくちやいけなひといひふに思ひます。やはり喪失が本当の定義として

は正しいんだらうと思ひます。
以上です。

○園田(康)小委員 ありがとうございます。
そういう意味では、先ほど斎藤参考人から、脳死の方からの出産の事例もあるといひお話でございましてけれども、私もちよつとその事例は存じ上げなかつたんですが、もしそのことについて何かもう少し詳しいお話があればお聞かせをいただきたいんです。

また、その参考事例について、雨宮参考人、もし御存じであればお聞かせをいただければなと思ひていひます。

○斎藤参考人 斎藤でございます。
ただいまの脳死状態の女性の方で出産をされたといひ事例でございましてけれども、実は、これはある勉強会の中で教えていただいた事例でござい

ます。具体的なことについては、大分以前のこと

申しわけございませじい。

○雨宮参考人 雨宮でございます。
先ほどお配りしました「脳死臓器提供Q&A」といひのがございまして、その十二ページ目にやや詳しくそのことが書いてございまして。

結局、出産と申しますと、普通自然分娩を考へるんですが、この症例はすべてそこまではないか

い、ですから、カイザー出産といひんですか、そういうことでやつていひます。それからまた、やはりどうしても胎児の発育が余りよくなかつたといひことが書かれていひます。

しかしながら、血流があつて、子宮にも栄養が行つていひわけなので、ある程度の胎児の発育といひのは当然考へられることだと思ひます。

一番最後の欄ですが、「臓器移植法制定前に、新聞やテレビで国内外の「脳死患者」が自然分娩をしたといひ報道がありました」、これは、我々から見まじいと、我々が使つていひる法的な脳死判定といひたような厳格なものをしひない症例であつたのではないかと

いふに考へていひます。
以上です。

○園田(康)小委員 ありがとうございます。
そこで、これは横田参考人と雨宮参考人にちよつとお伺いをしひたいんですが、先ほど、その判定を行う際にいひゆる人的支援が必要だといひお話をいただきました、また、先ほどの御意見では、判定の支援チームをつくつてはしひといひ話をいただいたわけでありまじい。

それともう一つ、例えば、一次判定といひ言ひ方が適切かどうか私ではちよつとわかりまじいけれども、まず判定をして、もう一つ別のチームがそこで判定をするといひような、そういう判定方法の意義といひのが、我が国でとることができ

かどうか。人的な体制を整えればといひ話だろ

せをいただきたいと思ひます。

○横田参考人 通常我々がやっています移植にかかわらない脳死判定というのは、これは実は私どもの時間管理の中で可能なわけですけれども、臓器提供が前提の脳死判定になりますと、すべてタイムスケジュールが決まってくるわけです。そういう中で、なかなかその時間に人的資源を割くことが困難な場合があるというのが一つと、やはり、まだまだ全国で八十一例ということで、多くの施設は初めて経験する法的な脳死判定ということで、いろいろな約束事に関して、どうしても調査をしたりする時間がかかってしまうというところで、経験のある医師の応援あるいはチームの応援というのが日常診療に影響を与えないという意味でも重要なことではないかというふうに思っています。

以上です。

○雨宮参考人 雨宮でございます。

我々としては、脳死の判定が全く正確であるということがどうしても大事だと思っております。私の長い経験の中でも、かつて、ナショナルチームをつくって脳死判定だけをやってはどうかというような話もあったように記憶しております。

ただ、移植学会が主導してそういうものをこしらえたのでは、やはり社会のコンセンサスは得られないと思ひますので、そういうところとは別の立場でのそういうシステムづくりというのが必要かな、こう思ひます。

○園田(康)小委員 ありがとうございます。

そうしますと、田中参考人にお伺ひをしたいと思いますけれども、さまざまな基盤整備を行う必要があるし、また、先ほどは、被虐待児からの摘出防止に関する基盤整備、あるいは小児の脳死の判定基準の検証並びに再検討、そして、小児の意見表明権の確保に関する基盤整備という形で御意見をちょうだいしているわけでございますけれども、この基盤整備の中で、こういう判定の際の、いわゆる今お話をいただいたナショナルチームと

いいですか専門家チーム、それによる判定というものをこの小児の判定の中で盛り込むべきなのかどうか、あるいは、盛り込んだ際にはどういった点に気をつけなければいけないのか、もし御意見があればお聞かせをいただきたいと思ひます。

○田中参考人 田中でございます。どうもありがとうございます。

まず、脳死の判定をするのかどうかというのは、家族の意向というのがございますので、まず最初にそれを重要視いたします。と同時に、主治医でない方が外部から来て脳死判定をされるということに対しては、御家族の方の同意がどうか、まずそれが一番大前提かと思ひます。

ただ、現場で働く小児科医としましては、外部から来られるということは、人的な支援として非常にありがたい反面、コミュニケーションがうまくいくかどうかという不安は大変懸念しております。ただでさえこのような終末期の患者さんというのは、特に脳死になったお子さんというのは大変ケアが多くなつてまいりますし、時間的にかなり込み入つてまいります。そのようなところで、余裕を持って適切なコミュニケーションが、円滑なコミュニケーションがとれるのかというところは極めて疑問に感じております。

といひますのも、恐らくは、脳死判定チームになりましたら、先ほど最初の参考人のお話になりましたように、脳死というのは全脳死であつて、下垂体であるものは脳じゃないというふうなことでございましてけれども、そのようなことですらコンセンサスがなかなか得られない。私も、二年前くらい前まで、全脳死というのは全部死んでいるんだと思つていました。そのような印象を国民も持つております。さらに、この三ページでございますが、「全脳死」と書いてあるところに、あたかも下垂体も含んで全部ダメージを受けているような記載ですね。

ですから、私は、別に下垂体が脳に含まれてもいいんです、脳死の判定が正確かもしれないけれどもいいんです、ただそれを、国民に広くその

事実を伝えていただきたい。国民は知りません。とにかく国民にすべて知つていただく、これが基本条件だと思つております。

以上でございます。

○園田(康)小委員 ありがとうございます。

そして、最後になりますけれども、再度田中参考人にお伺ひをしたいと思います。

小児学会の中では長期脳死例というものが御報告をされているというふうに、以前のこの小委員会での参考人の開陳からもあつたわけでございますけれども、これが今の超重症心身障害児の中にも含まれているという事例があるやに伺つておるわけでございますが、そういった事例が我が国でどのぐらいの割合で、あるいは、それがどのぐらいの発生率というか発現率があるのかということ、そしてまた、その事例に対する解明のな何か手だてというものを打つ可能性があるかどうか。では、これは、田中参考人、雨宮参考人から、もしあればお聞かせをいただきたいと思ひます。

○雨宮参考人 先ほどのパンフレットでございますが、この十一ページ目にその辺のことが書いてございまして、これはやはり専門家は横田参考人であつたというので、もし横田先生にお答えいただくといいことではよろしければ、お願いしたいと思ひます。

○園田(康)小委員 では、横田参考人をお願いしたいと思ひます。

○横田参考人 私、すべての事例を論文等で調べたことはいないんですけれども、脳死の判定というのは、勘違いがよくあるのは、判定項目、六項目あるんですが、そのうちの二項目を満たして脳死ということが実はかなり多い、あるいはそれが論文になつていて、過去の長期生存例あるいは自発呼吸が出てきたというふうな報告をよく読んでみますと、すべて判定基準を満たしていないというものがほとんどだと思ひます。例えばこの資料の、先ほど田中参考人から御提示いただいた八枚目のスライドにしても、実は一回の判定しかしていない

ということ、これは脳死の診断をしてはいけな患者さんなんです。

ですから、そういったのがまじつていふので、逆に、先ほど田中参考人がおつしやつたように、一般の方々に不安や誤解を与えているのではないかとこのように思ひます。

以上です。

○園田(康)小委員 ありがとうございます。

これで終わります。

○三ツ林小委員長 次に、高橋千鶴子君。

○高橋小委員 日本共産党の高橋千鶴子です。本日は、六人の参考人の皆さん、本当にありがとうございます。

九七年の公布以来改正されなかった臓器移植法が、今般、何か急速に改正を決めるのだといううな動きが出ていふという報道がされております。

私どもは、九七年、脳死は人の死であるという国民的合意がまだされていないという立場で反対をいたしました。また、党議拘束を外すという問題についても、一つの政党の中で意見が分かれる段階で、そのときいるメンバーの数で法律にするということ自体がどうか、そういう立場をとりました。

その後、関係者の御努力によつて、現行法の中でも貴重な実績が積み上げてこられたこと、また、世論の変化も一定見られていふということも当然考慮しなければならぬと思つております。

きょうは、そうした意味で、先入観をなるべく持たずにお話を聞かせていただきました。いずれも非常に重要な、貴重な、そして共感の持てる御意見だつたと思ひます。だからこそ、こうした場をもつと広く重ねていく必要があるのではないかと、そのことを改めて感じたということを最初にお話したいと思ひます。

最初に、横田参考人にお伺ひしたいと思ひます。先日、私も委員会の視察で現場を見させていただきました。大変な御苦労を現場ではされていふと

いうことで、本当に敬意を表したいと思います。先生がおっしゃっている脳死判定と臓器提供というのは分けて考えるべきだという御意見は、非常に貴重なものかと思っております。また一方、生身の、心臓が動いている方たちが、この人は医学的には脳死なんだと言われたときに、やはり割り切れない思いをさせていただきました。

そこで、横田参考人自身が、厚生労働科学研究の臓器移植の社会的基盤整備に関する研究で、ドナー家族への心理的な問題に対して分担研究をされており、こうしたことが余り広く表に出ていないこともあり、ぜひ御紹介いただければと思います。

○横田参考人 お答えさせていただきます。

救急の場面というのは、朝、元気で送り出した家族が、突然病院から重症ですということの電話がかかってきまして、実際病院に行ってみると、もう意識がありません。次の日、脳死の判定の結果を時に我々は言わざるを得ない場面があるわけですが、その際、我々はどこに注意して、言葉遣いあるいは話す環境等、どういうところに注意しながら家族に話すべきなのか、あるいは話すタイミングでさえ非常に難しいことが言われています。

そういったことを、実は、これも学内の倫理委員会の許可を得まして、脳死の判定をした家族に実際にいに行かせていただきまして、調査させていただきまして。その結果が、今御紹介のあった報告書であります。これによりまして、家族が脳死を受け入れるには、やはりある程度の時間が必要だ。これは家族の年齢や社会的背景によってさまざまですが、やはり一定の時間は必要であらうということが結論でありました。

以上です。

○高橋小委員 その先もさまざまあったと思うんですが、時間の関係で、そうした御報告だったと思えます。

いうことをあえて私自身も思っているところであり、同時に、先般の視察のときも御紹介があったのですが、きょういただいた資料の六ページ目に紹介をされているように、救急医療、脳神経外科施設へのアンケートの中で、やはり脳死判定に非常に時間がかかって、また、医師が複数とられて日常業務に支障を来すということもアンケートの中で浮かび上がっていると思うんですね。その点をもう少し、どういうふうな支障なのか、実際には、外來の受け入れとの関係、救急の受け入れとの関係などが紹介されたと思いますが、ぜひお話しいただきたいと思っています。

○横田参考人 先ほどお話ししましたように、法的脳死判定を行って臓器提供を行いますと、約四十五時間かかります。これは九々二二、場合によつては三日、時には四日というふうな時間がどうしてもかかってしまう。そういう中で、救急医療施設では何らかの業務、日常業務、いわゆる一般診療に影響を与えているというのがこの七ページの報告書であります。

その中で、実際、救急患者さんの受け入れをできなかったというところまでの影響を指摘した施設がここに書いてあります。六施設ですから、当時まだ少なかつたんですが、たしか二十五分の六ぐらいだつたと思うんですが、ただ、これはやはりシステムとして解決しなくてはいけない、脳死下臓器提供が日常の医療になるには、やはりこの部分は解決しなくてはならないところではないかというふうにご感じだ次第であります。

以上です。

○高橋小委員 やはり、別の救急の方たちを受け入れられない事情が少なかつたということ、非常に衝撃を受けたわけでありまして。

そもそも、今、救急医療そのものが非常に基盤整備がおくれている。やはり先生のいらっしゃる日本医科大学のような設備があるところはまだまだ少ない、人的体制も全体としてはまだまだ少ないという中で、そういう救急医療そのものをやはり

りうんと充実させていくことがまず大前提としてあるのだらうということに非常に感じるところであります。その基盤整備という点では頑張つていきたいと思っております。

次に、光石参考人と雨宮参考人に同じ質問をさせていただきたいと思うんです。

ドナーカードを常時所持している方が一・六%にすぎないのだと。私は、ドナーカードを持つていだけではない、常時持つていの方というのは、やはりそれなりの強い意思、むしろ提供したいのだという強い意思を持つていということなのかと思ふんです。

でも、逆に言えば、持つていない人は多いけれども、五四・三%が家族の判断にゆだねると世論調査では言っているのだから、拒否してない限りよいのではないかとすることは言えないのであろうと思うんです。というのは、将来、自分自身が臓器提供する意思を持つていということとカードを書いたとしても、今ではないという気持ちというものは絶えずあると思うんですね。それは、ある意味、拒否と言えないのではないかと。だけれども、拒否カードを持つていことで強く意思を示すということもまた非常に勇気が要ることではないか、このように思ふわけでありまして。

ですから、やはり、拒否しなければ、家族が同意すればいいのではないかとすることはなかなか割り切れるものではないというふうに考えますけれども、ぜひお二人に伺いたいと思います。

○光石参考人 僕も、今おっしゃった考え方、そのとおりだと思います。やはり、拒否するということ自体も結構大変だ。

ただ、先ほどの、ドナーカードを持つてい人が非常に少なくて、持つていない人が多いということの意味をどう考えたいかという意味では、それは先ほど私が申し上げましたように、一般的にはそれはそれでいいかな、しかし、いざ自分の問題ないし自分の家族の問題になつてきたらやはりもっとも慎重にいろいろと知りたい、多分それが多くの方じゃないかな。

そうしますと、先ほどから申し上げるように、定義とか、それからそういった問題について全然、脳死と言つたら脳が死んでいるというふうにみんな思つてしまいます。しかし、そうではないんですよ。もっと前の状態で判定をするということになつていきますから。しかし、そういうことがわからないでいろいろなメディア等で世論調査されても、それは本当は違つていますね。そういうことをもっと大事にしたいと思つております。

以上です。

○雨宮参考人 今、ポケットにいわゆるドナーカードなるものを私持つておるんですが、実は、ちよつと前なんです、財布を調べたら入つていないんですね。私は、移植学会のメンバーでもありますし、このことに関しては非常に積極的な人間の一人だと思つておりますが、どうしてそのとき持つていなかったかと思つてみましたら、最近、物すごくカードが多いんですね。あちこち入れている間に、いわゆるドナーカードというものひよつとこつちに置いたまになつてしまふ。それで、持つて歩いていないということがあります。こういう社会情勢ですから、そういうことはたくさんあるんじゃないか、私はそういうふうな理解をしております。

それから、先ほども述べましたけれども、かつては、この法律ができたときには、いろいろなところに、書き込めるようなドナーカードが置いてあったわけです。今はそんなものは全然置いていないですね。そうなつてくると、先ほどの内閣府の意識調査で、脳死になつたときに臓器提供の意思がありますか、こういう質問があるんですね。これで四三・五%の人がありますとおっしゃっているんですが、実際にはカードを書くチャンスがほとんどないということ、やはり、思つておられることと書くということ、そこところいろいろ条件で差が出てしまふ。だから、慎重に考えた上で書いていないというのとは違う条件もたくさん入つていいるんじゃないか、私は自分のことを考えますとこんなふうな考えてお

るといのが実情です。

ですから、私が述べましたように、ドナーカードを實際に書いている人というのは三%ぐらいだと言っていますけれども、四三・五%の人が上げてもいいよと考えていらつしやる。だったら、ドナーカードというのは、やはり普及活動のために物すごく必要なんですけれども、臓器提供といったような場面ではその実用性は余り考えられないというようなことなのではないかな、こんなふうに実は思っているわけでありまして。そこで、A案、A案とさつきから申し上げている、こういうふうな状況でございます。

○高橋小委員 ポケットに持っていなかったという今のお話を聞いて、多分両方にとられるのではないかな。意思は持っているけれども見落とすときもあるんだよということ、そのときはばつと書いたけれども突き詰めて考えたことがなかったとか、さまざまながやがやはあるんだろうと。そういう点では、まだまだ確かに情報が足りないし、世論調査のあり方自体も、一つで決められるようなものではなく、十分に情報提供した上で調査をしていくということがやはり必要なのではないかなと改めて感じました。

そこで、次に、田中参考人に伺いたいと思うんです。

先ほどお話があったように、小児脳死判定基準を用いて脳死と判定しても、一〇〇%の症例で脳機能が戻らないとは医学的に断言できない、こうした考え方、それから、被虐待であるか否かを適正に行えるという答えは一二・三%しかなかったということ、そして、虐待であることを判断するまでに非常に長い時間を要するということの御報告があったと思うんですね。そうすると、虐待の要素というものを排除できない以上は、親の判断で提供するという状況はやはりあり得ないのではないかなというところを改めて先生のお話を聞いて感じたとところであります。

三つの基盤整備ということをお話しされておりますけれども、多分、今、もともと不足している

小児科医が飛躍的にふえるというだけで、それは基盤整備ができたとは言えない、もつと社会的な条件というものがあるのではないかなというところを感じますけれども、その点いかがかということ。あわせて、小児科学会の中でまだコンセンサスが得られていない。今回焦点になっているのはやはり小児の問題ですので、そのこと自体が重要で、時期尚早ではないかということ率直に思っておるんですけれども、その点、伺いたいと思います。

○田中参考人 田中でございます。

先生の御意見に全く賛同でございます。問題が山積みでございます。この問題が山積みだということも、国民は知っておりません。ですから、まだまだ山積みであるということをまず一般国民にお示しください。それが国民の代表である皆様方のお仕事ではないかと私自身は強く感じているわけです。

それから、虐待の話に少し触れさせていただきましたが、虐待を脳死の小児から見つけて除外するというところに話の焦点がどうしても絞られざるを得ないという点で、日本小児科学会としては、虐待自体の数を減らさないといけない、被虐待児自体の数を減らさないといけないということが重要になってくるわけです。

実は、私はスウェーデンに十何年前に行ったわけなんですけれども、スウェーデンではほとんど虐待がありません。実際はあるんですけれども、ほとんど虐待がありません。なぜかという点、非常に虐待に対しては厳しい考え方を持っております。

私は家族連れで参りました。子供と一緒に家内もお店に入ったら、子供は幼稚園ぐらいでしたから、お店のものを全部引つ張り出して、があつとお店の中をめちゃめちゃにしたんです。珍しかったものですから。そうすると、全く関係ない普通の御婦人がだだだつと来て、家内にすごく文句を言っているんです。ぐわつと怒っているんです。うちの家は子供のおしりをべちゃんたた

いたんですよ。そのことに対して、スウェーデンの普通の御婦人が、絶対たたくな、この国ではたいていはいけません。うちの家内は、しつけじゃないかと言ったんです。この国は、たいたたら刑務所だ。だから、スウェーデンでは子供をどんなことがあっても絶対たたけないんです。口で言うだけです。

なぜそこまで厳しいのかといいますと、スウェーデンというのは、皆様方御存じかと思いますが、キリスト教を国教としているわけですね。つまり、国の宗教として認めているんです。つまり、人間も含めて、子供たちは神の子なんです。その神の子を虐待するとかお互いにいじめ合うなということとは許せないという発想なんですね。

きょうは斎藤参考人も来られていますが、日本でももう少しこのような宗教的な精神の啓蒙というのを少しやっていただきたいと思っております。日本の公教育でも宗教的啓蒙ということは保障されているわけですが、現実には公教育からは宗教はもうなくなっています。このようなことを変えない限りは、日本でも虐待の数はなかなか減らないのではないかと思います。

どうもありがとうございます。

○高橋小委員 ありがとうございます。

やはり、虐待そのものを減らしていくということは何をおいても取り組んでいきたいというふうに思っております。

青山参考人には、本当にきょうは貴重なお話を伺いまして、ありがとうございます。

人の死を待つのではないかと、あるいは、自分の順番を待つということに対する気持ちの整理というのか、どう向き合うかということ、やはりなかなか割り切れるものではないし、非常に苦しいものであるということ率直にお話ししてくださつて、私たちもそういうお話を聞くことができたということ自体よかったと思ひますし、感謝を申し上げたいと思ひます。あえて質問ということではなく、そうしたことでお礼を申し上げます。思ひます。

最後に、斎藤参考人にお話を伺いたいんですが、やはり、宗教、宗派の違いを超えて一貫した意見を述べておられるということには、まず敬意を表したいと思ひます。

宗教者の立場から見ると、この臓器移植ということそれ自体が、やはりあれこれではなく反対なんだよということでもあるんだろうけれども、しかし、そういうことよりも、もつと議論を深めていくという立場であるというふうな受け取つてよろしいかと思うんですけれども、その点を伺いたいと思ひます。

○斎藤参考人 ありがとうございます。

ただいまの点でございますが、宗教界は脳死臓器移植をすべてだめだというふうに申し上げていることではございません。みずからの意思を表明して臓器を提供したい、こういう方々もいらっしゃるわけですので、これについては宗教界の中でも了解をいただいております。

しかしながら、先ほど申し上げましたとおり、本人の書面による意思表明、これは臓器移植を進める上ではぜひとも欠くことができないということとを、宗教界の多くの意見として持つておるわけでございます。

それと、繰り返すようでございますが、果たして脳死をもつて人の死としたいのかどうか。

宗教者は、いわゆる死に臨む人たちへ最後のグリーフワーク、これも大きな務めとしております。また、宗教者は、申し上げれば、提供を待つ人の苦しみもお聞きをいたします。一方で、提供を期待されている、そういう無言の中にある患者さん方の苦しみもお聞きをいたします。こういう中で、人々の苦しみを受けとめ、それをどのようにしてそれぞれの生に転じていくか、こういう務めをしているということ御理解いただければと存じます。

○高橋小委員 終わります。きょうは本場にありますがどうございました。

○三ツ林小委員長 次に、阿部知子君。

○阿部(知)小委員 社会民主党の阿部知子です。本日は、参考人の皆様には貴重な御意見をありがとうございます。

脳死臓器移植論議と申しますが、国会の中では審議でございしますが、冒頭、これについて私は一言、皆様にも御紹介申し上げたいと思います。

きょうは、この小委員会室にあふれるばかりのメディアの皆さんも来られて、何かあったか、A案、B案、C案、プラスもう一案あるかのように報道が先走っておられると思いますが、実際にはこれまでの小委員会の運営の中で、参考人から御意見を伺って、法案そのものについてはまだ審議もいたしてありません。

そういう段階でD案まであるみたいな報道がされると、非常につんのめったまま、大事なポイントをしちんと押さえることなく、人の生存にかかわる重要な事態がかつさらわれていくというのかしら、死は一人一人の国民の中にあるものだと私は思いますから、その点を十分踏まえないと禍根を残すと思いますので、これは委員長初め、きょう出席の理事の皆さんもきつとそう思いでしうけれども、やはり国会の審議とかスタンスというものは十分慎重に、問題点をまず国民に明らかにする、そのために参考人にも越えたいだいているというふうに認識をして、質問をさせていただきます。

お話し順番にお聞きをしたいと思います、まず、横田参考人には、日ごろの日本医科大学の救急の取り組み、私も非常に敬意を表します。せんだつても拝見させていただきましたが、日夜も分かつお仕事をされている姿に、今日の日本の救急医療は、ただでも人的な資源も乏しいですし、たらい回し事案もありますし、国民の不安のもので、やはりまず政治が、この脳死論議の前提もそうなのですが、もう少し医療がきちんと行き渡っておれば全然違う様相を呈すと私は思うのであります。

そうした点から、まず、いただきましたレジュメの中で、冒頭、日本救急医学会の平成十八年二

月二十一日の御見解の中で、見解の提言「脳死は人の死であり……医学的な事象である。」

脳死は人の死か否か。人というのは、そもそも文化的、社会的、倫理的、歴史的、宗教的存在でありまして、私は、こは表現としては、脳死は人の死であるというふうには言われない方が、先生たちの言わんとすることがかえって伝わるのではないかと。果たして、なぜここで脳死は人の死とおっしゃったのか。

きょういろいろな方の御意見を先生もお聞き及びと思います。私は、救急医学会だけが突出して、こういうふうには脳死は人の死だと、もしこの言葉だけが躍ると、そこで治療を受けている患者さんたちも不安になるということがあるので、まずこの意味をお聞かせください。

○横田参考人 これには経緯がございまして、脳死臨調の提言を受けて、記憶が定かではありませんが、平成六年だったかと思うんですが、これに先立ちまして救急医学会の理事会見解というのがありました。そこにも、当時、脳死臨調の見解を受けて、脳死は人の死であるというふうなことを実は理事会の見解として公表しました。今回はこれを、今度は理事会ではなくて会員の総意として公表しようということでもあります。

確かに、会員個々の考え方は多少ぶれがあるのかもしれませんが、これは正式な会員総会を開催しまして、こういった見解の提言を公表するに至りました。

経緯は以上であります。

○阿部(知)小委員 私がとやかく申すも失礼ですが、やはり医師が死を決めるというものではないんだと。もちろん医学的に私たちは、先生が二面にお示しくださいましたように、例えばこの脳死の判定をなさって、絶対的予後不良の診断は私どもはできると思っています。そこを、脳死は人の死だと、もし医師だけが決めるという体制にいたしますことは、例えば、東京大学でがんの治療に熱心な中川先生という方が、この絶対的予後不良、がんなどでもありますが、それを患者さんに告げ

たとき、八割の患者さんはまだ治療を望み、医師の方は、それでも続けるというのは二割であつたと。

これは、命の当事者と私ども医療を施す側には、これだけ一生懸命やっている医者でも、私自身もそう思いますから、やはりそこに差があるという前提の中で医療行為を語っていかないと、すれ違いが起こつて、結局は、いい死のみとりがでなくなるんじゃないかと私は思うんです。

二枚目のパワーポイントのところで、例えば先生がここにお示しいただいた脳死判定も、無呼吸テストまでも含めて、これは何も移植を前提としないで救急医学会はやるんだというお話ですから、無呼吸テストまでも医師たちの判断でなさる、そういう意味なんではないかと。

そうであれば、これは先ほど田中先生もおっしゃいましたが、私も小児科医が大変ちゅうちよするの、脳死判定で無呼吸テストをやると、血圧が下がって、その後、その無呼吸テストに反応してくださった方でも本当に状態が悪くなるんですね。だから本当にやりたくない、できればやりたくない、よっぽどぎりぎりのところで、移植とかが控えていればより確実性を高めるためにあります、ここで先生が示された日常の脳死判定でも無呼吸テストをやられるのか。

それは患者さんに言わずにというところと、脳死判定はまず医師がやり、そこから後は御家族にというふうになっていきますが、その点はいかがでしょうか。

○横田参考人 まず脳死の診断ですけども、これは我々医師の診断の行為といえますか、我々は患者さんの病態を診断しなくてはいけないというふうに思っています。例えば、患者さんが呼吸が苦しくて来られたときに、あなたは肺炎ですよと言いうように脳死を診断しなくてはいけないというふうに思っています。ただ、その肺炎ですよと言われた患者さんが、自分は肺炎ではないんだというふうな意思は自由だと思うんです。

ただ、我々は医学に携わる者として、患者さんの病態は正確に判断しなくてはならない、それを患者さん本人あるいは家族に伝えなくてはならないという使命は持っている、そういう認識であります。脳死の判定に関しても同じような立場をとっています。

脳死の判定というのは、よくこれは間違えるんですけれども、やはり無呼吸テストも含んだ正式な脳死の判定というふうには考えていただいて結構です。もちろん、無呼吸テストで患者さんの状態が悪くなるような場合というのは、それは当初から脳死の判定をすることはないということを申し上げておきたいと思えます。

○阿部(知)小委員 診断行為としての脳死の判定、それは私もあり得ると思うんです。ただ、それを人の死というふうには言うときにもう一つクツションがあるし、それから、今先生は状態が悪くすることはないとおっしゃいましたが、無呼吸テスト、やってみなければこれがなかなかわかりません。この方は反応されるかどうか、まあ多分ないんだろうと思つて、酸素の濃度を上げて十分間待つけれども、その中でやはり、先ほど申しました血圧が低下する事例もあります。

こは私は、そもそも脳死判定が慎重に行われねばならない理由は、ある程度の負荷、さつき先生は、血流検査をその場所から移してやるのでそれも負荷である。私もそう思います。患者さんに治療以外の負荷を与えるということにおいて、私は、そこで医師の説明責任がたとえ診断のためであつてもあるべきではないか、これは私の見解であります。

引き続きというか、先生ばかり伺つて恐縮ですが、先ほど田中先生がお示しくださいました子供の、実は計三回、脳死判定、無呼吸テストをされて、その後、恐らく視床下部の働きが、機能があると申すんですが、成長ホルモンも低値だけれども分泌していて、プロラクチン等々も出ていたという事例が田中先生のパワーポイントの九で示

されております。

この事案は、少なくとも数回にわたる無呼吸テストの後に、機能が停止したと思われていた視床下部でも、恐らくこれは回復か、そのとき一たん停止で再スタートした事例というふうに、私はこの脳死判定が間違っていたからじゃないんだと思うんです。こういう事案もあるし、血流テストだって、ノンフリンキング、ないと思っても再開するし、そういうことがあるからこそ、やはり患者さんへの説明等々も極めて慎重でなきゃいけないし、判定基準が難しいというのが小児科医の実感なのですが、先生はこの事案はどんなふうにごらんになったんでしょうか。先ほどちょっとおっしゃったかもしれない。済みません。

○横田参事人 この九ページに関してお話ししたいと思います。

まず、脳下垂体という言葉が使われていますけれども、先ほどお話ししたことで、今は脳という言葉は取って、下垂体というふうに呼んでいきます。下垂体は脳ではない、そういう位置づけであります。

それから、ここに書いてありますTSH、ACTH、プロラクチン、LH、FSHというのは、下垂体は実は二つの部分に分かれていて、前の部分を前葉といいますけれども、この下垂体の前葉の部分から出るホルモンであります。実は、後葉は脳の一部なんですけれども、前葉は脳の一部ではなくて、のどの奥から脳の方に迷入した組織なんです。ですからここは血流も違いますし、こういったホルモンが分泌されるのは、これはよく言われていることなんです。

ですから、多分この患者さんは脳死だと思えます。でも、やはりこういった病態というのはあり得るんだというのが脳死なんです。脳死の患者さんでも髪の毛が伸びるのは、これは日常経験します。同じように、時間がたつ小児の場合には身長が伸びるということも当然あり得るというふうに思います。

○阿部(知)小委員 正確に教えていただいてあげてください。私もそうだと思います。

私も小児科医がよく経験しますのは、脳死、まあ無呼吸テストはやらない場合が多いですが、しかし、そういう状態でもその後五年、十年と、それは私たちは慢性脳死と呼んでおりますが、遷延性でもいいんです、身長も伸びられるし、第二次性徴も出てくる。しかし、国民にはそうした事態があるということも伝えられておりません。とりわけ十二年前の脳死論議では、脳死になったら二日で亡くなる、あるいは脳は溶けてどろどろ。極端に言えば、耳から脳の一部が出てくるような症例でもこういうことは起こると私は思いますし、田中先生もきつと御経験だと思えます。私は、そうであれば、死を受け入れる国民の側に、成長することもあると。

私もがこういうことを表立って考えるようになったのは、アラン・シュエモンというUCLAの神経学者が長期の脳死生存例を発表されたときからですが、彼がフォローした方は二十年という歳月を、恐らく脳死判定が不十分だっただけでなく成長され、存在されたわけですね。そうすると、それをどう受けとめていくかということ、やはり人の死であるか否かをもう一回国民に返さねばならないだろうというふうに私自身は考えるものであります。

引き続き、光石先生にお伺いいたします。私は、C案の提案者、きょうは金田先生も来ていただいています、この金田案、もともととは十二年前の脳死の論議のときに、中山案対金田案として出ていて、脳死は人の死であるかどうかはそこはあえて断定せず、脳死せる者の身体からの臓器の摘出を可能にしようという骨格を持った案でございました。

しかし、そのときに触れられなかった点が、生体、人間の体というのは全部、骨や皮膚やさまざまなものも含めて、実はリユース、リサイクル可能な一つの部品であると。そうすると、そうした人体臓器や人体組織について、これを物として扱

わないために何らかの菌だめをしなきゃいけない。そこで、このC案では、すべての臓器のみならず組織に至るまで本人同意を前提とするという骨格をとりました。これは、白菊会等々の御遺体の献体でも、私も医学生るとき解剖に使わせていただきましたが、それも全部、まず御本人の意思で献体していただく。それは、人間もしよせん物かもしよせん。しかし、そこに一つの社会的あるいは人間的つながりを保持するための知恵で、本人の自己決定ということを書きました。

さて、光石先生には、そうしたC案全体の評価を私はきつとお伺いしたい。私も、これはそういう意味で、これから人間の組織が使える時代になったから、より重要なポイントである。ほとんどメディアには触れられることがありませんが、やはり本人の自己決定ということを尊重し、拡充する方向に医療現場を向けていかなきゃいけないという強い意思を持った提案でございますので、先生の御意見を賜りたいと思います。

○光石参事人 今先生がおっしゃったとおりで、それ以上申し上げることがないくらい、まさに自己決定ということを非常に中心に置いて、つまり、現行法を改正するとすると、現行法にはないいろいろな臓器以外の組織とか、それから生体移植というのが実は日本は一番中心になっているわけですから、それについても、何かお金をもらってやるようなことがどうなのかとか、そういったこともありますから、そういったものをきちんと法制化する。それから脳死ということについて、やはりその定義とか、そもそも患者さんがどういう状態になったらそういう判定をすることが可能なかどうか、そういう要件もちゃんと法定化する。それからまた子供のことについては、大きな問題になってきていますから、これをやはり一回、第二脳死臨調でこれからちゃんとやろう。

そういうことを決めておりますので、このC案というものがやはり、自己決定を中心にした一番いい改正案だろうと私は思っております。

○阿部(知)小委員 続いて、雨宮先生にお伺い

いたします。

私は先生をいつも遠くから眺めておりまして、長年日本の移植の推進に向けて御尽力をいただき、私とは多少立場は違いますが、先生の長年の取り組みに敬意を表するものです。

そういう先生のお立場であればこそ、実は、きょうはお願いがございます。きょうの御論議をいろいろ伺いしても、実は医学界の中ですら、この脳死の長期生存例も含めてまだまだ論議がある。しかし、移植学会がお配りになったこの臓器移植QアンドAを拝見いたしますと、内容的に、私はきつと乱暴なのではないかと思うわけ

です。

例えば三ページのこの絵、すごくシエーマティックに描いてあって、ここがだめ、機能がないうところをブルーに塗られていて、これは専ら植物状態との差を示すためによく使われる図ですが、しかし、これを機能というふうに理解する方が果たしてどのくらい、国民の受け取り方ですね、こうかかれると、この全部の細胞が死滅しているような印象を受けるわけですね。ここには機能というふうに書いてございますが、そうすると先ほどの視床の問題、成長する問題等々が、ここではきつと抜け落ちるように思います。

また同じように、勝手な指摘で恐縮ですが、アラン・シュエモンを取り上げたところも、やはり私はもう少し丁寧に、綿密に、アメリカでの論議も紹介すべきではないかなと思うのであります。人の死とどうかというところと医学的な論争というのは、やはりきつと分けて考えていかないと。

ここではそういうことが大変に、これも恐縮ですが、例えば九ページで、「日本小児科学会別所文雄会長(当時)もお話されています」となっていますが、「脳死と判定され回復した事例はありません」と。この回復ということ、先ほどのようにその状態で成長することがあるということ、やはりきつと違うけれども、これだけ断定される

あるいは帝王切開で分娩されるということも、国民には分娩なんです。しかし、ここは帝王切開しないとなっていて、それでしか生まれないと。

私は、本当に先生たちの役割は高く評価した上で、だからこそ、国民にこの実態を広く知らしめるために、他の学会とも共同して、今あるこうした問題をまず医学界が率先して煮詰めるべきではないかと思いますが、いかがでしょうか。

○雨宮参考人 御意見、大変ありがとうございます。

私どもとしては、やはり臓器提供、臓器移植というものを推進する立場にございますので、先生の御意見を十分に活用させていただきまして、ポリウム2をぜひ発行させていただきたい、こんなふうに思っております。

ありがとうございます。

○阿部(知)小委員 済みません、他の三方も本当に聞きたいのですけれども、時間が許しません。ありがとうございます。

○三ツ林小委員長 以上で参考人に対する質疑は終了いたしました。

この際、参考人の方々に一言ごあいさつを申し上げます。

参考人の方々には、長時間にわたり貴重な御意見を述べいただき、まことにありがとうございます。小委員会を代表いたしまして厚く御礼を申し上げます。

次回は、公報をもってお知らせすることとし、本日は、これにて散会いたします。

午後零時十三分散会

平成二十一年五月七日印刷

平成二十一年五月八日発行

衆議院事務局

印刷者 国立印刷局

C