

国民的合意をめざした医療◎もくじ

序にかえて——政治家そして医師としての中山先生 3

野本亀久雄（社団法人日本臓器移植ネットワーク副理事長）

序章 心のネットワーク、とは 19

第一章 議連発足前後から脳死臨調まで 1985～1992年

角膜移植法制定と母・中山マサ 30

角腎法へと引き継がれる

人工呼吸器と「脳死」の登場 33

各国で脳死判定基準がまとまる 日本では「竹内基準」を発表

和心臓移植が論争に 42

小児科医から政治家に 45

海外で移植を受ける患者たち

生命倫理研究議員連盟の発足 51

それぞれに異なる死生観

「脳死＝人の死」と認められるには 59

自民党に調査会が発足 海外は日本より進んでいた 平井国夫医師が問いかけたもの

脳死臨調が設置される 75

脳死臨調の最終答申

第二章 臓器移植法制定に向けて 1992～1997年 89

それでも進まぬ法案審議 92

海外の基準にも沿った内容

最初の修正——修正案（中山案）を提出 96

脳死の「社会的合意」をめぐる対立——中山案 VS 金田案

共産党以外は党議拘束を外し採決

参議院で再び大きな修正をおこなう——苦渋の選択 101

今度は賛成票を投じた橋本首相

臓器移植法成立の余波 104

着々と進む準備

増えない臓器提供 114

法施行後「第一例」と過熱したその報道

第三章 臓器移植法の改正へ 1997～2010年

129

河野議員親子の生体部分肝移植 132

臓器移植法改正の第一歩 依然として多い反発

A案を軸に動き出すものの

138

脳死判定の厳格化を狙うC案が提出

イスタンブール宣言の発表を機に

143

WHO責任者を参考人招致

ノエル氏との質疑応答

医師による死の判定のあり方

必要な社会的連帯の広まり

A、B、C、D案と出揃う

165

衆議院採決を前に

小児の臓器移植に道を開く決意

168

賛成多数でA案が衆議院可決

E案、修正A案が参議院に提出

歴史的な日——A案が可決・成立

178

成立から1年後の施行

183

今後も増える家族の承諾による提供

終章 アジアの臓器移植ネットワークをつくる

201

ノエル氏との再会に 206

虚血時間との闘い チーム医療に基づいた豊富な経験

アジア3カ国をまです訪れる 212

「推定同意」の導入を検討する台湾 日本の先をいく韓国

新しき時代の、新しき日本の姿 220

私と臓器移植

臓器移植法の論議とともにあった頃 81

薄井康紀・日本年金機構副理事長（元厚生省臓器移植対策室長）
埋められない溝 119

福島 豊（前公明党衆議院議員）

「はじめ」と「恩返し」のつもりで 189

河野太郎（自由民主党衆議院議員）

あとがき 293

資料篇……了解書／ 224

臓器の移植に関する法律案／ 233

臓器の移植に関する法律／ 247

「脳死と臓器移植」関連年表／ 263

序章

心のネットワークとは



1970（昭和45）年、国会解説80周年記念式典に出席した元国会議員の両親（中山福蔵、マサ）と——マサは1960（昭和35）年に第一次池田内閣で厚生大臣となり、日本で初めて大臣の職に就いた女性としても知られているが、それより前の厚生省政務次官だった頃に「角膜移植法」の成立に力を尽くしている。1958（昭和33）年4月のことであった。

2009（平成21）年7月13日、長きにわたって議論されてきた「臓器の移植に関する法律」（臓器移植法）の改正法が参議院でようやく可決・成立し、1年後の10年7月17日から施行しこうされることとなった。

その改正法施行を2カ月後に控えた2010（平成22）年5月12日、私は沖縄を訪れ、在沖縄米国海軍病院の関係者と懇談した。米軍が以前から日本の臓器移植ネットワークと協力し、米軍関係者から日本人への臓器提供をおこなっているという事実を確認するためである。

懇談では、外科医のアドナン・A・アルセデー少佐、広報官のブライアン・J・

デイビス氏と同席した。また、日本人研修医の金谷恵理子氏、野城加菜氏も同席された。

アルセディー少佐は「外科医の立場から、2010（平成22）年7月17日の改正臓器移植法施行前に、日本の臓器移植ネットワークと緊密な連携をおこなっている」と話し、日本の臓器移植ネットワークが発行している英文の意志表示カードを示された。また、在日米軍の現在までの記録のなかで、ほかに提供できるものがあるかを報告するとも約束してくれた。

私は、2006（平成18）年5月号『諸君！』（文藝春秋社発行、現在休刊）に掲載された、ジャーナリスト恵隆之介氏の記事を示して、記事のある事項を詳しく知りたいたと求めた。その記事とはというと、以下のようなものである。一部を引用する。

平成二二（二〇〇〇）年一月二日、海兵隊基地キャンプ・キンザーの司令官ポール・R・パケット大佐が脳梗塞で倒れ、米海軍病院で脳死状態と判定された。

大佐は日頃、「万一の時は、沖縄を愛した証として臓器を県民および日本人に提供したい」と発言していたことから、家族は日本臓器移植ネットワークに臓器の提供を申し入れた。

ところが、日本側は、米海軍病院は厚生省が定めた臓器提供病院ではないとのことで受入を拒否した。そこで、夫人が再三にわたって大佐の生前の思いを訴えた。結果、日本の医療チームが海軍病院を訪れ、司令官の心臓停止後、腎臓と角膜を摘出し、福岡、熊本、沖縄の患者に提供したのだ。

本件も含め、米軍関係者による日本人への臓器提供は平成九（一九九七）年の臓器移植法施行以降五件にもほる。

アルセディー少佐からは、この記事にある事柄について米国海軍病院のデータを調査・報告すると快諾をいただいた。

5月15日、アルセディー少佐からのメールが届いた。沖縄および横須賀米国海軍病院と日本臓器ネットワークとのあいだに交わされた契約書のコピー（224～232

頁に和訳資料)、それから、アメリカ人と日本人とのあいだの臓器提供例2件の記録が添付されていた。

だが、残念ながら、前述の PACKET 大佐の件に関する記録は見つけることができていない、と記されていた。

それでも、臓器移植法が改正される以前から、日米のあいだで臓器提供に関する国際的な交流があったということは、私にとって非常に意義深いことだった。

在日米軍と日本との関係については長年さまざまなが議論され、最近はず普通間基地移設問題などで揺れているが、こうした協力や交流の物語も双方のあいだにはあったのだ。そしてそれは、臓器移植法が改正されたいま私が次にめぐっている「アジアでの臓器移植ネットワークづくり」、もつと言うならば、臓器移植をきっかけとするアジアでの「心のネットワークづくり」にもつながるものだといえる。



私は長年の政治人生のなかで、1997（平成9）年の最初の臓器移植法制定と、今回の2009（平成21）年の法改正に携わり、日本国内での臓器移植の道を開くことに心血を注いできた。その道のりをいま一度振り返りながら、これからの日本の臓器移植の広がり、アジアでの臓器移植のネットワークづくりのあり方を探っていきたいと思う。

第一章

議連発足前後から脳死臨調まで
1985～1992年



1988（昭和 63）年 1 月、日本医師会「生命倫理想談会」座長であった加藤一郎氏（当時成城学園長、元東京大学総長）を招いた自民党の朝食勉強会にて（向かって右から日本医師会常任理事・村瀬敏郎氏—加藤氏—筆者、左端は自見庄三郎衆議院議員）

臓器移植にかかわる法律として日本で最初にできたものは、1958（昭和33）年4月に成立した「角膜移植に関する法律」（角膜移植法）である。

その成立までを世界の流れとともに見てみると、まず1928年にソビエト社会主義共和国連邦（当時）で、オデッサ大学のフライトフ教授により世界で初めて角膜移植がおこなわれ、これまではかに治療法がなかった失明者にとって大きな福音となった。

その後、角膜移植技術は世界的に広がっていき、1930年にはアメリカで早くもアイバンク（眼の銀行）が設立され、死んだ人の角膜を保存し必要に応じて医療機関

に輸送するという、血液銀行同様の体制ができた。

一方、日本では1949（昭和24）年11月に、岩手医科大学の今泉龜撤教授（2009〈平成21〉年12月29日に102歳で死去）が国内初の角膜手術を実施した。しかし、当時は死体からの眼球摘出を認める法律はまだなく、今泉教授はそれを承知しながらも「患者のために」と手術を敢行したのである。56（昭和31）年3月には非公式なかたちで「眼の銀行」も今泉教授により同大学に設置された。

角膜移植法制定と母・中山マサ

そうした状況のさなかの1954（昭和29）年春、当時衆議院議員で厚生省政務次官だった中山マサ（当時63歳）を、日本赤十字社本社からの紹介で駐留米軍のスタン・バーガー軍曹が訪ねた。

中山マサは、私・中山太郎の母である。戦前、アメリカのオハイオ州ウエスリヤン

大学を卒業後に故郷の長崎で教師をしていたマサは、戦後の1947（昭和22）年に衆議院議員に初当選。60（昭和35）年には第一次池田内閣で厚生大臣となり、日本で初めて大臣の職に就いた女性としても知られている。

バーガー軍曹は、マサにこう切り出した。

「日本には約17万8000人の失明者がいますが、その一割が角膜混濁こんだくによる失明者です。健康な角膜に入れ替えることにより、近眼の人がメガネをかけたと同様に視力が回復することをご存じですか。

死後間もない人の角膜を移植することは外国では法律が認めています。日本ではまだと聞いています。すべての日本の失明者に光と喜びを与えるために、日本でもそのような法律を作ってはいかがでしょうか」

バーガー軍曹の提案を受けて、マサは議員立法で法律を成立させようと考え、角膜移植法案の説明に回った。多くの議員は驚いたが、全面的な反対の人はいなかった。

議員立法は予算を伴わないものは20人、予算を伴うものは50人の賛同者が必要である。マサは20人の賛同者を集めた。

そして、1958（昭和33）年4月、「角膜移植法」が成立し、角膜移植のために死体から角膜を摘出することが認められた。それまで全額自己負担とされ高額だった角膜移植手術費も、健康保険が適用されて低額でできるようになったのである。

角腎法へと引き継がれる

この角膜移植法は、その後かたちを変えて引き継がれていくこととなる。

まず、1933年にウクライナのボロノイが初めて腎臓移植を実施し、56（昭和31）年には日本でも新潟大学の楠隆光教授^{くすのき}によって最初の腎臓移植がおこなわれると、死体からの腎臓摘出についても法律で認めていく必要性が出てきた。80年代からは免疫抑制剤のシクロスポリンの開発により移植後の拒絶反応の問題も飛躍的に解消され、生存率が高まった。

こうした動きから1979（昭和54）年12月には、角膜だけでなく腎臓も死体から摘出・移植できるようにするための必要事項等を規定した「角膜及び腎臓の移植に関する法律」（角腎法^{かくじん}）が成立、翌年3月に施行された。これに伴い、従来あった「角

膜移植法」は廃止された。

ただし、この角腎法はあくまでも「死体」からの摘出について定めたものであり、後にレスピレーター（人工呼吸器）の普及によって出現する「脳死」の体をも「死体」に含むかどうかまでははっきり示していなかった。

そして角腎法は、1997（平成9）年7月16日の「臓器の移植に関する法律」（臓器移植法）の成立をもって廃止され、内容は引き継がれることとなる。

人工呼吸器と「脳死」の登場

先に述べたように角腎法は、「死体」、つまり死んだ人の体からの角膜と腎臓の摘出を可能としたものである。

では死体とは、つまり「人の死」とはいったいどういう状態をいうのか。伝統的には、①自発呼吸の停止、②心拍の消失、③瞳孔の散大の三徴候をもって「人の死」

とすると認められてきた。医師か歯科医師がこの「三徴候死」を確認すれば、「死亡」と判断され、死亡診断書が書かれる。

ただし、死んでも、皮膚などの組織はまだしばらくは生きているので、ヒゲや爪が伸びたりはする。だから、「個体の死とは」を厳密に言えば、人間の体を構成するすべての組織が死ぬことだろう。

しかし、いくらまだヒゲや爪は伸びるといっても、意識が回復することはもうない。すべての細胞が死にきるまでには、つまり、そうした不可逆的（回復不可能な状態）に進む死へのプロセスが完了するまでにはかなりの時間を要するため、これら三徴候をもって死の瞬間だと見なされてきたのである。

角腎法がいう「死体」も、この三徴候による死が確認された状態を主に指していたといえる。

だが、長らく不動のものだったこの死の概念は、朝鮮戦争の際に発明・導入された人工呼吸器によって、いとも簡単に覆されることになる。

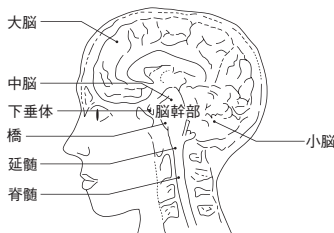
肺と心臓、脳幹は密接に係り、どれか一つの死は直ちに残り二つの死を引き起こす。しかし、瀕死の重症患者を人工呼吸器につなぐと、驚くべきことに死を脳

脳死(全脳死、脳幹死)と植物状態の違い

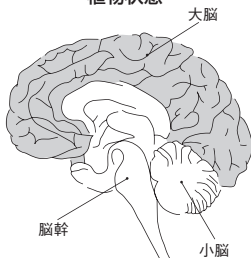
全脳死



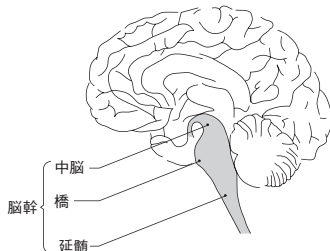
脳の構造



植物状態



脳幹死



脳は大きく大脳、小脳、脳幹より成る。脳死と植物状態では、脳の中で障害を受け、機能を失っている部分が違う。■の部分障害を受け、機能を失ったところである。

脳死には、大脳と小脳、さらには脳幹のすべてが障害を受けて機能しなくなった状態である「全脳死」と、脳幹が機能を失った「脳幹死」がある。脳幹は脳の最下層に位置し、中脳、橋 [きょう]、延髄 [えんずい] をあわせた部分をいう。脳幹死の場合は大脳がまだ機能を失っていないが、やがて大脳も機能を失い全脳死に至る。植物状態とは、大脳は機能を失ったものの、脳幹や小脳は機能を保っている状態をいう。植物状態の場合は、脳死と違い回復の可能性が残されている。

なお、日本では脳幹死は脳死とせず、脳幹以外に大脳や小脳の機能停止をも含んだ全脳死をもって「脳死」と見なしている。

の部位だけにとどめ、肺や心臓を生かし続けることができるようになったのである。この状態が「脳死」である。

「脳死」の患者は人工呼吸器を完備する大きな病院でしか発生しない。1989（平成元）年当時のデータでは、脳死の件数は全死者数のわずか0・4パーセント。三徴候死とは違って、極めてまれに発生する「死」だ。

脳死は一見植物状態の患者と同じように眠っているような容態ようたいに見えるために混同されやすいが、生命維持をつかさど司る脳幹が確実に死んでいるという点で完全に異なる（図参照）。

まず、植物状態の患者は栄養分を補給してもらえれば人工呼吸器なしでも何年も生きられる。意識が回復する場合も、少ないがある。

これに対し、脳死の患者は人工呼吸器につないだうえで、（血圧を上げるための）昇圧剤しょうあつざいや、抗利尿ホルモン剤の投与などをきめ細かく続けると、肺や心臓がかなり生きながらえる。しかし、蘇生できる可能性はゼロ。つまり、意識が回復することはない。

このため、回復する見込みのない脳死の患者を集中治療室にかなりの時間つなぎとめておくことに関し、生命倫理の観点から批判が高まるようになった。

その一方、臓器移植を必要とする患者にとっては、脳死の患者はこれ以上ない移植のための臓器の供給源となり得る。

特に心臓は、脳死となった体（脳死ドナー）から摘出したものでないと移植できない。腎臓、すいぞう膵臓、眼球（角膜）であれば、三徴候で「死亡」と宣告された体（心臓死ドナー）からも摘出・移植はできるが、腎臓や膵臓は脳死ドナーから摘出した場合のほうが状態がいい。

また、生きている体（生体ドナー）からの移植も可能だが、摘出できる臓器は腎臓（二つあるうち一つを提供）、肺（片肺の一部を切り取り提供）、肝臓や膵臓、小腸（一部を切り取り提供）に限られるうえドナーとなった人の体への後遺症が懸念されている。だからこそ、臓器移植をおこなううえでは、脳死からの臓器提供が最も好ましいということになる。

各国で脳死判定基準がまとまる

これまでは「三徴候死」だけが「人の死」であったところに、新たに「脳死」が登場したことで、脳死も三徴候死と同様に「人の死」として認めてよいかという議論が出てくることになる。

人工呼吸器が登場した当時、「脳死」は「超昏睡ちようこんすい」という名前で呼ばれていた。1957年、世界麻酔学会はローマ法王ピオ一二世（当時）に対して、「超昏睡を死と見なしてよいか」という内容の質問状を送付。

これに対してピオ一二世は、「個々の死の確定は宗教上・倫理上の原則とは関係なく、医学が判断すべきことだ」と前置きをしつつも、「客観的判断から回復の望みがない場合には、医師は蘇生術そせいじゆつを施すことを中止できる」と回答した。

これにより、超昏睡、つまり脳死を「人の死」とすることはカソリック教会では実質的に認められたといえる。

やがて、法律で「脳死は人の死である」と認める国も現われた。

アメリカでは1968（昭和43）年、ハーバード大学において世界初の脳死判定基

準（「不可逆性昏睡の定義」）が示され、これが後の判定基準の原型になる。そして、81（昭和56）年2月には、「循環機能または呼吸機能の不可逆的停止、または、脳幹を含む全脳機能の不可逆的停止のいずれかに陥った場合、死亡と認定する」とした「統一死亡判定法」が統一州法委員会から示された。

これは同年7月の米大統領委員会による「死の判定ガイドライン（死の報告書）」にも引き継がれ、ここでも脳死を「人の死」と認めている。さらに1984（昭和59）年には「統一臓器移植法」が制定され、脳死と臓器移植を取り巻く法整備は完了した。

なお、アメリカでは「脳幹を含む全脳の死」をもって人の死としているが、イギリスでは「脳幹死」だけをもって人の死としている。

日本では「竹内基準」を発表

一方、日本でもこうした諸外国の動きにならない、脳死の定義や脳死判定基準が策定されていった。まず、1968（昭和43）年10月に日本脳波学会（現在の日本臨床神経

生理学会)が、脳死について「回復不可能な脳機能の喪失。脳機能には大脳半球だけでなく脳幹も含まれる」という定義を発表。74(昭和49)年には日本初の脳死判定基準(いわゆる「脳波学会基準」)を発表した。

また、1983(昭和58)年9月には、厚生省(当時)が竹内一夫杏林大学医学部教授(当時)を班長とする「脳死に関する研究班」を発足、85(昭和60)年12月に「脳死の判定指針及び判定基準」、いわゆる「竹内基準」を公表した。この竹内基準は、後に日本で「臓器移植法」が制定・施行された際に「法的脳死判定基準」として採用されていくものである。

竹内基準は次の6項目から構成されている。

①深昏睡、②自発呼吸の消失、③瞳孔が固定し、瞳孔径が左右とも4ミリメートル以上になる、④対光反射・角膜反射・毛様脊髄反射・眼球頭反射・前庭反射・咽頭反射・咳嗽反射の消失、⑤平坦脳波、⑥以上の条件が満たされた後、6時間経過を見て変化がない。二次性脳障害、6歳以上の小児では6時間以上の時間を置いて観察する。

竹内基準は諸外国の基準に比べて厳しい内容だといわれている。しかし、1985（昭和60）年の竹内基準の報告書では「脳死＝人の死」とまで認めてはいなかった。ここが「脳死＝人の死」と認めているアメリカとは違うところだ。同報告書では、こう述べている。

＊法的脳死…「法的」とは何を意味するのか。辞書的な解釈をすれば、「法律の立場に立つた」あるいは「法律上の」脳死という意味になる。一方でというか、そもそも脳死は純粹に「医学上」の概念である。つまり、脳死については「法律上」と「医学上」の理解の仕方があるということになる。ところで、三徴候死についてはどうか。三徴候死は「法的三徴候死」という言い方を決してされない。つまり、三徴候死は純粹に「医学上」の概念としてしか存在しえないことになる。ここに大きな矛盾がある。

＊対光反射・角膜反射・毛様脊髄反射・眼球頭反射・前庭反射・咽頭反射・咳嗽反射の消失…瞳孔に光をあてる、こよりで眼球をこする、首に手指または針で痛み刺激を与える、顔を左右に振る、耳の中に冷水を入れる、喉の奥や気管支を刺激する、といった検査を通して体の反応を見ることで、脳幹が生きているかを確かめる。その結果、本来見られる反応が得られないと、脳幹の機能停止の可能性が高い。

脳死はわれわれに生と死の問題、医学と人間存在、あるいは人間性との問題を問いかけている。このことについては、死の定義と関連して医学以外に、倫理、法律、社会、経済、宗教、哲学などの幅広い分野での討議が必要であろう。治療をおこなう医師は、死の判定に関して最終的責任を負わなければならないが、生とは何か、死とは何かについて医師の判断を助けるために医学関係以外からの意見は重要である。したがって、本指針では脳死をもって人の死とは決して定めない。

和田、心臓移植が論争に

脳死体からしか摘出・移植できない「心臓」の移植手術が可能になると、脳死^か下臓器移植への関心はさらに高まっていった。

1967（昭和42）年、南アフリカのクリスチャン・バーナード博士が世界初の心臓移植手術を実施した。レシピエント（移植を受けた人）は手術後18日目に死亡したが、これまで未知の領域だった心臓移植が、ついに現実のものとなった歴史的な出来事だった。

そのわずか9カ月後の1968（昭和43）年8月8日未明、世界で30番目、わが国で最初の心臓移植手術が北海道立札幌医科大学胸部外科の和田寿郎教授の執刀でおこなわれた。

脳幹は、呼吸や血液の循環、発汗による体温調節など、動物が生きていく上で不可欠な機能をつかさどる。脳全体の働きにとって脳幹の占める位置は大きい。

それゆえ生物学的には脳幹の機能が停止した時点で生物としての終わりを迎える。

***二次性脳障害**（40頁）…脳血管障害（脳出血、脳梗塞^{こうこうそく}）や事故による頭部への外傷などによって引き起こされた脳組織障害を一次性脳障害といい、二次性脳障害とは脳以外の疾病（たとえば不整脈や心筋梗塞による心停止後に心肺蘇生をおこなったとき、同じく溺水「できすい」や縊頸「いっけい」による心停止後に心肺蘇生をおこなったときなど）により脳に障害が生じることを言う。

当初、日本では賞賛をもってこのニュースが報じられた。しかし、レシピエントが手術後83日で亡くなった直後から、脳死判定の方法が適切なものだったのかどうかや、この心臓移植手術自体が本当に必要なものだったのかどうかなど、問題が次々と噴出した。

そしてこれが、わが国のその後の移植医療に抜きがたい不信感を植え付けることになってしまったのである。

和田心臓移植がおこなわれてから約4カ月後の12月、大阪市の漢方医らが和田教授らを殺人罪で刑事告発した。わが国初の心臓移植はもはや、医療行為としてよりも、その違法性が問われる事件となった。1970（昭和45）年9月、札幌地裁は不起訴処分（嫌疑不十分）としたが、事件のナゾはいっこうに解明されなかった。

その結果、人の命よりも自分の業績を優先させたのではないかという移植医に向けられた懸念は、容易には拭えない負の遺産として日本の移植医療にのしかかることになった。

小児科医から政治家に

ところで私は1952（昭和27）年に旧制大阪高等医学専門学校（現大阪医科大学）を卒業し、医師をめざした。

本当は絵を描くのが好きで将来は画家になろうと思っていた。東京美術学校（現東京芸術大学）入学を志したものの、私が旧制中学を卒業した当時は日支事変が拡大、戦時体制の状況下にあった。文科系の学生が軍需工場へ動員されている中、急遽方針を転換して医学の道に進むことにしたのである。

やがて日米開戦となり、日増しに募る戦況の悪化にともなって徴兵ちやうへいゆうよ予されていた文科系の学生が学徒出陣の名のもと、戦場に駆り出されて行った。多くの友人が出征したきり帰らなかつた。医学生を含め理工系の学生は卒業まで徴兵されることはなかつた。勤労働員で医科の学友とともに鳥根の山間部の農家へやられた私は、空襲の心配もなく稲刈りに汗を流していた。

大阪医科大学小児科教室助手となったのが1954（昭和29）年である。60（昭和35）年には小児麻痺まひの研究で医学博士号を取得した。

当時は、ちょうど小児麻痺のソークワクチンが実用化されたときであった。しかし、たいへん高価な薬（当時のお金で1万円と記憶している…大卒会社員の初任給がおよそ1万3000円ほどだった）のために、富裕層の子どもしかその恩恵にあずかれない。どうにかして科学技術の進歩の恩恵を一般市民も均しく受けられる社会にしたいとの思いがこのときに私の中に芽生えた。

こうして1955（昭和30）年の大阪府議会議員選挙に立候補し、初当選を果たした。以来4期を務めたが、「政治における科学技術政策の充実」は今日まで私の政治家としての第一の目標であり続けている。

当選して5年ほど、診療所を開設し夜間診療をおこなっていた。二足のわらじをはいた生活を送っていたわけだが、結局、診療所は閉鎖することにした。小児患者の場合、容態が急変する危険がある。中途半端にしているは患者さんやご家族たちに

申し訳ないと思ったからだ。

府議会議員時代の思い出に、ソビエト船・ヤクチャー号に乗船しソビエト視察の旅に出たことがある。当時、ソビエトでは府や県議会の議員を招いての視察旅行を募っていた。新潟からハバロフスクへ、そしてシベリア鉄道の客となりイルクーツクモスクワ・ソチ・キエフ・レニングラードと1カ月間の旅行であった。

その翌年にはアメリカとカナダを訪れた。片や自由主義・民主主義国家、片や社会主義国家における国民の生活を垣間みることでできたのである。

その後、1968（昭和43）年には大阪地方区より参議院議員に立候補し当選、以後3期を務めたが、その間に鈴木内閣で国務大臣、総理府総務長官・沖縄開発庁長官に任ぜられた。ついで、87年（昭和62）年に衆議院に鞍替^{くらが}え立候補し当選、7期を務めた。この間第一次・第二次海部内閣で外務大臣に任ぜられた。94（平成6）年には、天皇、皇后両陛下のフランス・スペイン公式ご訪問の主席随員を務めることもできた。

私の母・中山マサは戦後、婦人代議士として当選7回、厚生大臣を務めていた。一

方、父の中山福蔵は、戦前に立憲民政党の衆議院議員を3期務めていた。ところが、東條英機内閣による日米開戦を前に、「このままでは日本がつぶれる」と反対し、大政翼賛会せいよくさんかいに加わることはなかった。

1945（昭和20）年8月15日、日本敗北の知らせに、「自分の考えていたことは間違いではなかった」と友人らと話していたときの様子をよく覚えている。私の人生にとっても、日本にとっても忘れられない日であった。父は戦後、参議院議員を3期務め政治家としての道を全うした。

「政治における科学技術政策の充実」は理工系出身の私の責務ともいえた。

臓器移植法の制定のほか、原子力船「むつ」の廃船や国産の偵察衛星の打ち上げ実現にも私は関わっているが、その中で痛感させられたのは、国の大事な審議や意思決定の場に意外なほど理工系出身者がいないということであった。たとえば、官僚機構のトップである次官に理工系出身者がなるのは極わずかであるし、国会議員にしても同様だ。裁判官に至っては、3000人のうち医師の資格を持つ者は極々少数だ。

このような態勢で国家が運営されていることに、日本の弱点があり、そのことに心を砕いて現在に至っている。

海外で移植を受ける患者たち

私が参議院議員として初当選した1968（昭和43）年は偶然にも、和田心臓移植がおこなわれた年である。私はこの一連の手術報道に接したとき、和田教授はもう少し慎重にことを運べなかったものか、業績に対する名誉欲が勝ってしまったのではないかと、同じ医師として残念な思いを抱いた記憶がある。

和田心臓移植以後、日本の移植医療は多くの国民にとつてネガティブな印象で受け止められるものとなった。その後も、脳死下での臓器移植がおこなわれたが、携わった医師が刑事告発されるようになってしまった。

1984（昭和59）年には筑波大学の岩崎洋治教授、深尾立助教授が脳死下での腎同時移植を国内で初めておこなったが、東大PRC（患者の権利検討会）の本田勝紀医師（腎臓・内分泌科）、阿部知子医師（小児科、現社民党議員）から殺人罪で訴え

られた。88（昭和63）年には信楽園病院（新潟県）で脳死下腎臓移植をおこなった医師も、東大PRCから告発された。

こうした状況では、日本国内での臓器移植は難しいものとなる。結果、移植を必要とする患者たちは海外で手術を受けることを余儀なくされた。特に1985（昭和60）年以降、心臓や肝臓などの移植手術を受けるために海外に渡航する患者は増えた。しかし、数千万円〜1億円という巨額な渡航費用や手術費などを捻出^{ねんしゅつ}するため、マイホームや家財道具を売り払ったり、マスコミの力を借りて募金活動を繰り広げたりしなければならぬケースがほとんどだった。

当時の統計によると、1984（昭和59）年6月から13年間で、180人が海外で移植手術を受けた。脳死体からの肝臓移植が147人（移植後の死亡41人）、心臓移植は33人（同4人）にのぼっている。

母・マサが角膜移植法成立に尽力したからというわけではないが、このように海外に助けを求めざるをえない状況に置かれている患者たちの存在は、私の心の中にも突き刺さるようになっていた。

生命倫理研究議員連盟の発足

そんな1985（昭和60）年のある日、当時参議院自民党の幹事長を務めていた私のもとに、公明党の高木健太郎参議院議員（医学博士、元名古屋大学学長）が来られて、こう声をかけた。

「臓器移植や生命倫理の問題はいずれわが国でも避けて通ることができなくなる。超党派で取り組むべき課題だとは思いませんか？」

臓器移植について考える勉強会にも高木議員とともに参加し、国内で臓器移植の道を開く必要性をあらためて強く思った。

さっそく私は、医師免許を持つ医系議員を中心に、衆参両院の各党議員に対する呼びかけに奔走した。この問題に関する超党派の議員連盟「生命倫理研究議員連盟」を設立し、議員立法により日本での臓器移植を可能にするためである。

議員立法の際には予算を伴わない法案では20人、予算を伴う法案では50人の賛同者

が必要であることは先に記した通りである。私は、次のような設立趣意書を作り、生命倫理研究議員連盟への参加者を募った。当時、臓器移植をめぐる社会状況はどのようであったかを知る意味でも、少々長くなるが、その設立趣意書を見てみよう。

ご存じのごとく生体は強力な自然治癒能力を有し、内外の有害なる侵襲に對して抵抗し、防御し修復しつつ正常な機能を保持しております。この能力を賦活し補助して正常の構造、機能に回復せしめるのが医療の本来の姿であります。昨今注目をひいている人工臓器、臓器移植医療はその意味においては医療の本道ではなく、医学の敗北の止むを得ざる処置であると私は考えております。

しかしながら、たとえ本道ではないとはいえ、今眼前に、あらゆる真摯な医療努力にもかかわらず、一つあるいは複数の臓器の重篤なる障害のために瀕死の状態にある患者を見ると、医師はいたずらに手を引くことができるでしょうか。それに代わる臓器を提供することによって、その人の天寿にいくらかでも近づけることが可能である確率が高いと判断できる場合、良心的で勇気ある医師であれ

ばあるほど、代替^{だいた}、移植の道を選択することに何人も異議を唱えることはできないと思います。

しかも、もしすべての人工臓器が万全であれば、何を好んで臓器移植に踏み切る医師があまりましようか。たとえば腎臓の代わりに人工腎である透析装置^{とうせき}に依拠して生きている人が現在五万数千を数えますが、成人にあつてはその人の生活、労働に、子供にあつてはその成長と教育に多大の支障を与えます。

私は最近、一六〇数回の透析を受け、細くなった手足をベッドに横たえ、ひとりではベッドにはい上がるのがやっとという小学校二年生の男の子が、母の片腎^{かたじん}の移植手術の結果、約半年後にはオランダで催された移植者オリンピックで五キロを完走したテレビドキュメンタリーを見ました。観衆は歓呼をもって迎え、会長はゴールに入ったその子を抱き上げ、父は喜びの涙をとめどもなく流していました。移植の目的は、まさにここにあります。

しかし、生体腎移植よりも、死体腎のそれの方がより医道的であります。しかるに死体腎の提供が、最も少ないのが日本であり、死体腎は米国の厚意によって

これまで一六〇以上の脳死腎を輸入^{*}している有様であり、しかも米国には一腎も送っていません。欧州各国においては相互に臓器を提供し合っていますが、日本はまったく一方的であります。このことは腎に限ったことではありません。

多くの悩める人びとにこのような医療の恩恵を与える臓器移植も、幾多の困難と失敗を重ねてきました。それはすべての科学技術の応用の歴史と同様であります。日本はその発展にほとんど貢献せず、もっぱら欧米各国の技術と研究成果のみを利用してきております。しかも死体臓器の提供者が少ないために、臓器移植においてはまったく後進国となっています。それだけに、救われる人が短い生涯を閉じたと言います。

次に、脳死と臓器移植の関係を述べさせていただきます。

移植は、脳死という死の定義が存在する前からなされてきました。脳死とは脳が死んで呼吸を引き取って、昔ならそのまま死んだと言われる人が人工呼吸器という科学の利器によって呼吸が人工的に維持されるために、脳が死んでも心臓とからだが生きている状態です。いわば、生きたからだに死んだ脳、まさに頭のな

いからだという状態です。

頭のないからだを生きているとは言えないと思います。医学的には間違いなく死であると断言できる状態であります。遺体に対してさえ敬慕の情を断ち切り難い国民感情であるのに、まして心臓拍動が存在するからだを傷つけることには強

＊脳死腎を輸入…アメリカ国内で脳死下で提供されたものの、適合性の問題や移植施設の都合によって使用されなかった腎臓（US腎）を、UNOS（全米臓器分配ネットワーク）の了承のもと日本に空輸、移植を待つ患者に移植していた。1981年から95年まで続けられ190の腎臓が移植された。

ところが、1995年6月に「欠陥US腎を移植」との新聞報道がなされると、US腎の輸入に関わっていた東京女子医科大学・太田和夫教授・同腎臓病総合医療センター（所長（当時）と、そのとき発足したばかりの日本腎臓移植ネットワークとのあいだで臓器の配分ルールをめぐっての何らかの確執めくじつがあったかのような話が流れた。

その後、欠陥腎など報道の多くは事実誤認によってなされたものであることが判明。しかしながら、ようやくその前年4月に臓器移植法案（中山・森井案）も提出され、これからという情勢に水を差す格好となったのにちがいはない。

い抵抗感を持つことは当然と言えますが、脳死という現実^{げんじつ}は現実として厳粛^{げんしゆく}、冷静に受け止めるべき時代が到来していると考えます。

一方、移植の成功は死にかかっている臓器よりも生き生きとした臓器の方が良好であるのはもちろんであります。脳外科医は何とかしてドナー（臓器提供者）を蘇生させたいと願うし、移植医としてはできるだけ新鮮な臓器を移植してレシピエント（臓器受容者）を長く生かしたいと思うでしょう。ここに相互矛盾があり、脳死の不可逆性の正確な判定基準が必要となり、また脳死診断医と移植医が区別される必要が生じます。

ともあれ、ここで申し上げたいことは、移植医が脳死を作り出したものではなく、元来無関係であった脳死と移植とが、結果的に自然の成り行きとして密接な関係になったと言うべきであります。言うまでもないことですが、移植医が故意に死期を早めて臓器を摘出するとか、功名心のためにする行為は、絶対にあってはならないことです。

事は国民各自の生死、延命、幸福に深く結びつき、国民の強い関心をひいてい

る問題であります。個々にわたって解決すべき問題は山積し、また国民の正しい理解を必要とする問題であります。われわれ国会議員としては、このまま成り行きに任せるか、あるいは立法化するとすれば何を立法化すべきではないかを、今後の十分な議論を通して決定していきたいというのが、この連盟設立の趣旨であります。

それぞれに異なる死生観

この呼びかけは大きな反響を呼んだ。そして、多くの賛同者が集まり、医系議員を中心とした超党派の国会議員による先述の「生命倫理研究議員連盟」（以下、議連）が1985（昭和60）年2月に設立されたのである。会長には私が就任し、発案者である高木議員が事務局長となった。

このとき、日本医師会の推薦の参議院議員・宮崎秀樹氏（その後、日本医師会副会長を務め現在は退任）のご尽力をいただいたこと、また、当時日本医師会会長だった故・羽田春兎氏はるとからも日本医師会として多大なご協力をいただいたことは、いまでも忘

れることはできない。

しかし一方で、当時は新興宗教を選挙母体として当選した参議院議員の方々も多く、私たちのような医系議員の審議に際してはかなりの抵抗を示されたことも忘れられない。宗教団体各宗派には、死後の魂のあり方についてそれぞれの教義があり、どういう状態を「人の死」「死体」と認めるべきかの議論は百出した。

世界各国を見回しても、死者の葬儀のかたちは、神道、仏教、キリスト教など、各宗教・宗派等によりそれぞれ異なっている。インドでは聖なるガンジス川に死体を流し、ヒマラヤの山岳民族は富貴ふきの人の死体は山岳地域に運び、その死体を碎いてワシを呼び、ワシに食べさせるという「鳥葬ちようぞう」をおこなう。そして、その鳥が天に飛ぶことによって、死者は成仏したと考えられる。

このように、人の死（体）をどう捉え・どう扱うかは、民族や伝統・文化、そして個人々が持つ信仰や宗派によって異なっている。法律を整えようという話以前に、そうした文化・伝統・信仰等による「人の死」や「死体」に対する捉え方の違いを、どう乗り越えていくかという問題が大きく立ちはだかっていた。

一方、日本でも、最近の映画「おくりびと」や「千の風になって」の唄のヒットに見られるように、日本人の「死」と靈魂の考え方は変わりつつある。

「脳死＝人の死」と認められるには

私は、議連の立ち上げを機に大阪府立千里救命救急センター（吹田市）を訪れ、脳死の2人の患者と面会した。

患者の表情には赤みが差し、呼吸のたびに胸がふくらむ様子を見ると、ただ眠っているだけのように見える。しかし、人工呼吸器を止めれば、ただちに呼吸停止となり間もなく心停止が訪れる。生命維持を司る脳幹がすでに機能停止しているためだ。

脳死に陥った患者は不可逆的な死のプロセスにあり、医学的にはすでに死んでいると見なされていた。そのギャップを患者の家族がすんなり受け入れることができるよう説明することが、救急医たちの重要な仕事なのである。

「脳死と臓器移植」 関連年表

1749年
1771年
1874年
1900年
1902年

※参考資料②日本移植学会広報委員会資料提供、(株)シナジー/サンド(株)作成による、

1994年4月7日「メディアアワークショップ大阪」での配布資料

・『厚生』1990年6月号 ・厚生労働省資料 ・トランススプ

ラント・コミュニケーション(臓器移植の情報サイト)HP、ほか

注 記②黒字は日本国内での出来事を、グレーは世界各国での出来事——欧米、

アジアの順で掲載——を表わす

フランスのデュアメル (Duhamel du Monceau) がニワトリを使った移植実験

イギリスのジョン・ハンター (John Hunter) がニワトリの精巣を自分の腹腔内

「ぶっくうない」に移植

ドイツのカール・チールシユ (Karl Thiersch) による自家「じか」皮膚移植術の完

成

オーストリアのカール・ランドシュタイナー (Karl Landsteiner) がABO式血液

型を発見

1月、ウイーン大学のエメリッヒ・ウルマン (Emerich Ullmann) が腎臓移植の動

物実験

アメリカの脳神経外科医ハーディー・カッシング (Hardy Cushing) が「頭蓋内圧

亢進「ずがないあつこうしん」の実験的、臨床的考察」で脳死の発見を発表

フランスの外科医アレキシス・カレル (Alexis Carrel)、ガスリー (Guthrie) が血

管縫合「ほつごう」術に取り組み(1912年に確立)

1905年	アメリカに渡ったカレルが腎臓移植の動物実験
1906年	フランスのマシュー・ジャブレイ (Mathieu Jaboulay) が腎臓移植の臨床 (異種移植)
1910年 (昭和43)	岡山大の山内半作が第一回外科学会にて「臓器移植」の実験報告
1912年	カレルが拒絶反応の「生物学的障壁」「しょうへき」を予測
1927年	アメリカのジョンズホプキンス大学のエーブル (Auel) が人工腎臓の実験
1928年	カレルがアメリカ初のノーベル賞を受賞
	ガイエット (Gayet) が脾臓移植の動物実験
	オデッサ大学 (ソビエト社会主義共和国連邦) のフィラトフ (Filatov) が死体からの角膜移植に成功
1930年	ドイツのハース (Hass) が初の人間に対する血液透析「トッセキ」
1933年	アメリカでアイバンク (眼の銀行) が設立
1939年	ウクライナのポロノイ (Yu.Yu.Vorony) が初めて死体からの腎臓移植を実施
1940年代	オスグッド (Osgood) による骨髄移植の臨床
	イギリス・オックスフォード大学のピーター・メダワー (Peter Brian Medawar) が免疫拒絶反応を解明
1945年	9月、オランダのウィリアム・コルフ (Willem Kolff) が人工腎臓 (人工透析器) を実用化

1947年	デミコフ (P.Demicov) が肺移植の動物実験
1949年 (昭和24)	11月、岩手医科大学の今泉龜撤「きてこ」教授が国内初の角膜手術を実施
1950年代	朝鮮戦争(1950年6月25日〜1953年7月27日休戦)でレスピレーター(人工呼吸器)が開発・導入される
1950年	アメリカ、シカゴのリチャード・ローラー (Richard Lawler) が末期腎疾患の44歳女性に死体腎移植。患者は9カ月後に死亡
1953年	ワトソン (J.D.Watson)、クリック (F.H.Crick) がDNA二重螺旋「らせん」モデルを提唱
1954年 (昭和29)	中山マサ(厚生省政務次官)を駐留米軍のスタイン・バーガー軍曹が訪問し、角膜移植法制定を提案
1955年	アメリカ、ボストンの医師団ジョン・メリル (John P.Merrill) とジョセフ・マーレー (Joseph E.Murray) が世界初の腎臓移植に成功、腎移植の手法が確立。ドナーはレシピエントの双子の兄弟で、これにより移植が確実におこなわれる唯一の状況として一卵性双生児の場合があるという確信が生まれる——レシピエントは8年後、心臓障害のため死亡
	インドネシアで初の角膜移植
	アメリカ、ハーバード大学のデビッド・ヒューム (David Hume) が腎臓移植にス

1956年 (昭和31)	テロイドホルモンを応用 アメリカのウェルチ (Welch) が肝臓移植の動物実験 3月、非公式な形で「眼の銀行」を今泉亀撤教授が岩手医科大学に設置 新潟大学の楠隆光教授、井上彦八郎助教授が、急性腎不全患者に対し一時的な機能を期待した日本初の同種腎臓移植を実施
1957年	グッドリッチ (Goodrich) が肝臓移植の動物実験
1958年 (昭和33)	ローマ法王ピオ二世が、「超昏睡(脳死)」について「客観的判断から回復の望みがない場合には、医師は蘇生術を施すことを中止できる」と世界麻酔学会に回答 4月、「角膜移植に関する法律」(角膜移植法) が成立
1959年 (昭和34)	ジャン・ドーセ (Jean Dausset) がドナーとレシピエントの適合の基礎的条件としてHLA (ヒト白血球抗原「こうげん」系) を発見 東北大学の葛西森夫が、胆道閉鎖症「たんどうへいさしょう」に対するいわゆる「葛西「かさい」の手術」を開発
1960年	フランスのモラレが「過度昏睡 (Coma depasse)」を報告 (40年代に) 免疫拒絶反応を解明したメダワーがノーベル賞を受賞 フランスのジャン・アンブルジエ (Jean Hamburger) がX線照射を用いた近親間の生体肝移植を実施 アメリカ、スタンフォード大学のノーマン・シャムウェイ (Norman Shumway)

1961年

が心臓移植の動物実験
イギリスのロイ・カーン (Roy Calne) により、アザチオプリンが実用的な免疫抑制剤であることが明らかに

1962年

死体腎移植で初の成功例 (アメリカ)

1963年

マレーによるアザチオプリンの臨床応用。拒絶反応をコントロールする現実性が高まる

アメリカの3人の医師が、猿やヒヒ、チンパンジーの臓器を用いた初の「異種腎臓移植」を実施。大半の患者は数週間以内に死亡したが、チンパンジーの腎臓を移植したトウレイン大学医療センターの患者は9カ月間生存。動物からヒトへの異種移植としては最長記録

アメリカ、ミシシッピ大学のジェームズ・ハーディー (James Hardy) が世界初の肺移植。患者は18日後、合併症で死亡

アメリカ、コロラド大学のトーマス・スターズル (Thomas E. Starzl) が世界初の肝臓移植

1964年

千葉大学の中山恒明教授らが心停止後肝移植第一例

(昭和39)

東京大学・木本誠二教授らが慢性腎不全に対する腎臓移植第一例 (生体腎移植)

1月、ジェームズ・ハーディーが初の心臓移植。ただしチンパンジーからの異種移植であり失敗に終わる

1966年	世界医師会ヘルシンキ宣言（先進医療の医師への勧告） アメリカ、ミネソタ大学のケリー（Kelly）、リリハイ（Liliehay）らが世界初の膵臓移植
1967年	アメリカのスターズルが肝臓移植に初めて「成功」。移植を受けた生後1年8カ月の女兒は400日間生存
1968年 （昭和43）	12月、南アフリカのクリスチャン・バーナード（Christian Barnard）博士が世界初の同種心臓移植手術を実施。交通事故で死亡した25歳女性の心臓を54歳男性の胸部に移植。レシピエントは手術後18日目に死亡（心停止ドナー） 8月8日、世界で30番目、日本で最初の心臓移植手術を北海道立札幌医科大学胸部外科の和田寿郎「じゅろく」教授が実施。レシピエントは術後83日で死亡し、12月に大阪市の漢方医らが和田教授らを殺人罪で刑事告発 10月、日本脳波学会が、脳死について「脳幹を含む全脳が不可逆的に機能喪失した状態」という定義を発表 医科学国際機構評議会（CIOMS）が脳死判定基準を指摘 アメリカのハーバード大学が世界初の脳死判定基準（「不可逆性昏睡の定義」）を作成。米国医師会雑誌（JAMA）に掲載 アメリカ、スタンフォード大学のノーマン・シャムウェイが心臓移植手術を試み、患者は15日間生存

世界医師会シドニー宣言。「医の倫理に関する国際規定」―死の判定をするのは医師であること、医師は常に最高水準の医療をおこなう義務があることなどを確認台湾で初の腎臓移植

1969年

12月、「臓器移植に関する懇談会」を設置（2年間）
千葉大の岩崎洋治らが胆道閉鎖症の患者に心停止後肝移植

(昭和44)

アメリカ、テキサス心臓研究所のデントン・クーリー (Denton A. Cooley) が世界で初めて人工心臓を臨床使用

脾臓移植で初の成功例 (アメリカ)

韓国で初の生体腎移植

香港で初の死体腎移植

1970年

9月、和田寿郎教授を札幌地裁は「嫌疑不十分」として不起訴処分

(昭和45)

シール (Briale) により、米国ウイスコンシンとノルウエーのハルダンゲル高原で採取した土壌サンプルから真菌「しんきん」が分離され、その代謝産物に免疫抑制作用を確認 (シクロスポリンの発見)

シンガポールで初の死体腎移植 (生体は76年)

フィンランドが脳死を容認

モハダス・「脳死、臨床的、病理学的考察」(ミネソタ基準)

スイス、サンド・ファーマ社のジャン・フランソワ・ボレル (Jean-Francois Borel)

1971年

1972年

1973年 (昭和48)	1974年 (昭和49)	1975年	1976年	1977年 (昭和52)
がシクロスポリンAを抽出 タイで初の生体腎移植 シンガポールで腎臓提供希望者に対するドナーカード配布の法制化	1月、腎臓移植普及会（任意団体）が発足（75年には社団法人となる） 日本脳波学会（植木幸明）が日本初の脳死判定基準（脳の急性一次性粗大病変における「脳死」の判定基準Ⅱいわゆる「脳波学会基準」）を発表 イタリア、治療に係る移植のための死体の一部の摘出に関する規則および治療に使用する精剤の製造のための死体からの脳下垂体の摘出に関する規定 マレーシア初の生体腎移植 スイス、サンド・ファーマ社のボレルがシクロスポリンAの免疫抑制作用を発表 アメリカ、カレン裁判（尊厳死を認める） イギリス王立医学会が脳死判定基準（脳幹死説を採用）を作成 フランスで「臓器の摘出に関する法律」が定められ、生存中に臓器の摘出に対する拒否を表明しなかった者から臓器の摘出をおこなうことができるとした シンガポールで初の生体腎移植	6月、腎臓提供者の登録制度実施	国立佐倉病院を腎移植センターに指定	

1978年

(昭和53)

アメリカ、ハーバード大学が新しい脳死判定基準を発表
ノルウェー、「移植・病理解剖・献体に関する法律に基づく死の定義に関する勅令
「ちよくれい」」「勅令に基づく死の決定ガイドライン」を発表
インドネシアで初の腎臓移植（腎臓移植はほとんどが血族からの生体移植）
2月、腎臓移植の医療保険適用
地方腎臓移植センターの体系的整備実施

ケンブリッジ大学のカーンが、シクロスポリンを初めて死体腎臓移植に使用。翌79年
には肝臓移植にも使用。臓器移植の成績が飛躍的に伸びる

ヨーロッパ評議会において、「人体物資の摘出および移植に関する加盟国の国内法
令の統一に関する決議」がおこなわれた。「死が到来したときは、脳以外の臓器
の機能を人工的に維持できる場合でも摘出を行うことができる」（十一条一項）
とし、本人の反対意思が推定できない場合に提供できるとした。ただし、親族の
反対がある場合の対応については各国に任せられた

腎臓移植の更生医療適用

千葉大学で臍・ランゲルハンス島移植

12月、「角膜及び腎臓の移植に関する法律」（角腎法）制定。翌年3月より施行。従来からの

1979年

(昭和54)

「角膜移植法」は廃止

アメリカで「医学および生物・医科学・行動研究における倫理問題研究のための大

1980年	1981年 (昭和56)
<p>統領委員会」が発定</p> <p>イギリスの脳死規約が改訂される</p> <p>オーストラリア（クイーンズランド州）で移植および解剖法が制定（58年に）HLAを発見したドーセがノーベル賞受賞</p> <p>アメリカのスターズルが肝臓移植にシクロスポリンとステロイドを併用</p>	<p>6月、移植に要する角膜経費及び腎臓摘出費に医療保険適用</p> <p>2月、アメリカの統一州法委員会が「循環機能または呼吸機能の不可逆的停止、または、脳幹を含む全脳機能の不可逆的停止のいずれかに陥った場合、死亡と認定する」とした内容の「統一死亡判定法」を提示</p> <p>7月、米大統領委員会の「死の判定ガイドライン（死の報告書）」が脳死を「人の死」と認める</p> <p>アメリカ、スタンフォード大学のシャムウェイおよびブルース・レイツが、シクロスポリンを併用して心肺同時移植に初めて成功。患者は1年後に職場復帰</p> <p>アメリカ人と結婚した在米日本人女性が、アリゾナ大学で日本人初の心臓移植を受ける</p> <p>インドネシアで臓器移植・死体解剖に関する法律が成立、厚生大臣の規制のもと、厚生大臣の認定を受けた病院で臓器移植がおこなわれるようになる（ドナーの治療に当たっている医師は移植に関係できない。検死は移植医とは別の2人の医師</p>

1982年

(昭和57)

の承認のもとにおこなう)

12月、徳島大学医学部に、医療機関としては日本初の倫理委員会が設置される

愛知がんセンターで自家脾臓移植（脾体尾部「すいたいびぶ」）

アメリカ、ユタ大学のドブリーズ医師が世界初の永久埋め込み型人工心臓を臨床使

用（患者は112日後に死亡）

西ドイツ医師会が「脳死の判定基準」発表

スウェーデンで「死の定義についての委員会」発足（84年に「死の概念」を刊行）

1983年

(昭和58)

3月、腎移植オンラインシステム導入

9月、厚生省が「脳死に関する研究班」を発足

シクロスポリンの日本での臨床応用が始まり、以降腎臓移植の成績が飛躍的に向上し、数も

増加

シクロスポリンがスイスで発売される

アメリカNIH（国立衛生研究所）が、肝臓移植を末期肝疾患に対する一般的治療

法として確立

香港で腎臓移植のプログラムの拡大のため、近親者からの腎臓提供を考慮

フィリピンで国立腎センターを創設、移植をおこなうことを決定

台湾で初の肝臓移植（当時、脳死の法律的な規定はなし）

韓国医師会が脳死の定義を制定

1984年 (昭和59)	5月、日本人男性が米スタンフォード大学で心臓移植を受ける（86年11月死亡） 6月、大阪大学脳死検討委員会が脳死判定基準を発表 9月、筑波大学の岩崎洋治教授と、深尾立助教授が脳死下での膵腎同時移植を日本で初めて実施。東大PRCから殺人罪で訴えられる アメリカ、カリフォルニア州ロマリンド大学で生後12日の乳児にヒヒの心臓を移植。 術後20日で乳児は死亡 心肝同時移植で初の成功例（アメリカ） アメリカで「統一臓器移植法」が制定 全米臓器配分ネットワーク（UNOS）設立
1985年 (昭和60)	2月、超党派国会議員が「生命倫理研究議員連盟」（議連）を発足 12月、83年9月に発足した厚生省の「脳死に関する研究班」（班長〓竹内一夫杏林大学医学部教授）が「脳死の判定指針及び判定基準」（竹内基準）を公表 日本移植学会が生体腎問題に関する声明を発表 シクロスポリンによる、腎臓移植の拒否反応の抑制と、骨髄移植におけるGVHD（移植片対宿主病）[いしょくへんたいしゅくしゅびょう]の抑制に対する効能効果が日本で認められる
1986年 (昭和61)	3月、8歳の胆道閉鎖症の子どもが渡米し肝臓移植を受ける 6月、「腎不全対策推進会議」設置 10月、「腎移植推進月間」設定・第一回腎移植推進国民大会

あとがき

国会は立法府として法律を作成する舞台である。法律をつくるには政府が提案者になる法案と、国会議員が提案をおこなう議員立法がある。議員立法は衆議院で20人以上、参議院では10人以上の賛成がないと提案できず、さらに予算を伴う場合はそれぞれ50人、20人以上の賛成が必要とされている（国会法56条）。

議員立法として出されるものには、議員個人が熱心にその問題に取り組んでいたたり、政府が前面に出て法制度の構築に参画しにくいもの、たとえば新しい価値観に基づくものや生命倫理に関したものが多くと言われている。

私が志を同じくする仲間とともに取り組んだ臓器移植法は、まさに議員はもとよ

り国民の生命観、死生観、倫理観に深く絡むものであり、政府提案よりは議員提案になじむというのが当時の一般的な考え方だったように思う。現に、それより先に法制化された「角膜移植に関する法律」（角膜法・1958（昭和33）年4月成立。提案者・中山マサら）、「角膜及び腎臓の移植に関する法律」（角膜法・1979（昭和54）年12月成立。提案者・葉梨信行衆議院社会労働委員長）はいずれも議員立法であった。

また政府提案は、関係審議会への諮問と答申に、さらには各省庁への根回しに時間がかかるため、それを避けて議員立法を選ぶ場合があるのだが、議員による法律案は提出されてもほとんど審議に付されることなく、廃案あるいは継続審議となることも多かった。

臓器移植法は果たしてどういった経過を辿り成立に至ったのか。一言で言って、異例な事態の連続であった。

まず、1994（平成6）年4月12日の法案提出から4回連続の次期国会への継続審議、ついには96年9月27日の衆議院解散でいったん廃案になるのだが、その3カ月前にある修正を施していた。その修正とは、「脳死した者からの臓器摘出については

本人が生存中に書面での提供の意思表示をしたときに限る、つまり本人の意思が不明なときは不可」とするとうもののである。当初の「家族の承諾で臓器提供ができる」としていた案に対しては、周囲の抵抗が予想以上に強かったためだ。修正することで、審議入りのきっかけをつかみたいとの思いもあった。

同じ年（96年）の12月に、廃案になった法案を再提出。しかしこのときも審議はすぐにおこなわれず、翌97年の3月18日の衆議院の厚生委員会で審議入りとなった。その審議のさなか31日に対案（金田案：脳死を人の死とせず臓器を摘出する）が出され、厚生委員会としては委員会での採決をせずに、4月24日の衆議院本会議で決することにしたのである。

通常、国会の審議は、本会議と委員会でおこなわれている。実質的な審議は、専門的知識や経験を持った議員から成る委員会でおこない、本会議は、委員会での決定を追認して国会の決定に仕上げる。委員会での採決の省略は異例であった。これは、「脳死＝人の死」をめぐる議員各人の生命観、死生観が問われることに配慮したものであった。実際、共産党以外は党議拘束を外し本会議での採決に臨んだ。

衆議院での中山案の可決という結果をもって、参議院での審議は「臓器移植に関する特別委員会」のもと5月19日から6月16日（12日、13日公聴会）にかけておこなわれた。しかしながら衆議院の金田案を引き継いだ、公明党・猪熊重二議員提出の案（猪熊案）とのあいだで審議は思うように進まない。そこで、参院自民党の関根則之議員らが事態を打開するため中山案を大きく修正した案（関根案Ⅱ修正中山案）を6月16日に提出。その結果、事態は急転し、参院での修正案の可決（6月17日）、さらには衆議院での再議決を即日おこない急きよ法案の成立に至ったのである。原案提出から3年2カ月、脳死臨調最終答申に基づく法制定の要請からすると実に5年5カ月の歳月が経っていた。

衆議院を通った法案が参議院で修正されること自体まれであった。また、衆院同様、このときも委員会採決は省略され本会議での採決となったが、それもやはり異例な対応だったのを付け加えておく。

窮余の一策とも言うべき手段に打って出るにあたっては、ずいぶん悩んだ。一日千秋の思いで臓器移植法の成立を待って欲しかった患者やその家族の理解は得られるだ

ろうか。そのことが最も気がかりであった。

修正後の一番の違いは、修正前は「脳死を人の死とする」としていたのを「臓器提供する場合に限り、脳死を人の死とする」としたことであった。また、「脳死判定を受け入れるという意思も本人が生前に書面で表示していることが必要」と付け加えたことで、臓器提供の要件の厳格化がいつそうはかられてもいた。

いま考えても、大きな変更であり、その後には与えた影響も少なくなかったと言える。ただ、あのまま審議を続けたとしても、法律が成立した保証はない。わずかでも国内での移植の道を開くために、妥協もしかたがなかった。

思い起こせば、ここに至るまでに、生命倫理研究議員連盟（議連…1985年2月発足）や「脳死及び臓器移植に関する各党協議会」（各党協議会…92年12月発足）の場で超党派の立場でこの問題に取り組んでいたいただいた議員、中でも私と同じ医師の資格を持つ医系の議員たちがおられた。彼らとともに精一杯努力した結果でもあった。目の前の現実を重く受け止め、政治的決断を下すことにしたのである。

今回（2009年7月）の法改正に至る道のりもまた、時間と多くの方たちの助けを必要とした。最終的に、臓器移植法改正のための中山案（A案と呼ばれた）に対する対案が五つも出てきたのはまったく予想だにしない事態であった。法改正までのいきさつは本文に譲りたい。

ここで申し上げることがあるとすれば、それは当初の3年後の見直しができなかったことだ。患者団体の国会の請願や議員たちへの働きかけもあったが、まだ臓器が提供されるケースも少なく世論を喚起^{かんき}することができなかった。ただただ残念であった。

本書を締めくくるにあたって、二つのことを記しておかなければならない。

ひとつは、すでにご存じのことと思う、去る4月12日に、（15歳未満の）小児としては初めて法的な脳死判定がおこなわれ、家族の承諾のもと臓器が提供された出来事である。

ドナーとなった男児は生前、「将来は世の中の役に立つ大きな仕事をしたい」といっていたとのことで、その意をくんで家族は臓器の提供を決意したそうだ。また、

「身体の一部だけでも彼（息子）がどこかで生き続けていると考えると、彼を失ったつらさや悲しみから少し救われるような気がしています」といったコメントも紹介された。

若くして世を去ることになった少年の生前の気持ちと、そのご家族に心から敬意を表したい。少年は、何人かの病める人たちに新しい命の灯をともしただけでなく、日本の移植医療が進むべき道をあらためて示してくれたのではないか。

もう一つは、終章で触れたアジアでの臓器移植ネットワークのその後である。昨年の12月に第一回の会合が開かれたが、このたび5月の連休の6日に2回目の話し合いがソウルの日本大使館で持たれた。

日本からの出席者は、私のほか日本臓器移植ネットワーク（JOT）の副理事長である野本亀久雄氏、大阪大学先端移植基盤医療学の高原史郎教授の3人であった。韓国側は前回もメンバーだった金相駿外科学教授（ソウル大学校医科大学）、趙元顕教授（啓明大学校医科大学／大韓移植学会理事長）に、今回は韓国の臓器移植ネットワーク

である国立臓器移植管理センター（KONOS）のセンター長・李徳衡氏が加わった。議論のポイントとしては、アジア移植学会との連携をさらに強化、JOT-KONOS間の交流の促進、（東アジア全域での）レシピエント登録の標準化、などであった。次回話し合いは7月にスウェーデンで開催される学会でおこなわれることになった。日本の窓口には、高原教授が当たることにもなった。一步また前進である。

最後になるが、臓器移植法の制定ならびに改正の活動にあたり大勢の人たちのご支援、ご協力をいただいたことに感謝申し上げます。ことに移植を待ちながら亡くなられた患者の皆さんには哀悼の意を表します。

また一々お名前をあげないが、本書刊行に際し幾人もの方々にお世話をいただいた。御礼申し上げる次第である。

2011年5月

中山太郎