

# ドナーの抱える問題からみた生体肝移植の現状と課題

堀 律 子

## はじめに

医学の発展は、かつて「不治の病」とされ「死」を連想させていた様々な疾病を克服し、その拡がりには人々の意識を「生」へと変化させることができるようになってきた。これまでの病気の治療は、様々な薬品を使用したり、悪い部分を手術で治療したりと、実質上侵襲を被るのは罹患した患者だけであった。臓器移植は、脳死や心臓死した人、そして生きている人（ドナー）から臓器を摘出し、重い病気や事故などにより機能が低下した患者（レシピエント）の臓器と入れ替える治療方法であるが、その影響は患者だけでなく、臓器を提供する人やその家族に長期にわたって苦痛を残す治療であることがわかった<sup>1) 2) 3)</sup>。

生命に危険を及ぼす臓器の不調を一時的に回避する方法として、呼吸不全には人工呼吸器、腎不全における人工透析、心不全における人工心臓、膵臓病の人工膵臓などが使用されるが、肝臓という臓器は機能が複雑で、それを代用できる人工臓器は今のところない。わが国における肝移植は、実験的な医療から臨床での確固とした治療方法として行われるようになって、まだ20年余りの歴史である。1-2で見えるように、欧米諸国の肝移植が脳死者からの移植を中心とした流れで行われているのとは異なり、日本においては生体移植が中心で、約99%（2009年）<sup>4)</sup>を生体移植に頼っている現状がある。その生体移植も当初、先天性胆道閉鎖症の小児に対しおもに両親をドナーとして行われていたが、それが今や半数以上が成人間の移植となっており、レシピエントとドナーの関係性も親子から、その関係性に広がりを見せている。それゆえにドナーにかかる身体的な負担の増加や人間関係の複雑さなど、問題も多様化している。

以下では、まず肝移植において生体移植が中心をなす日本の社会的背景を述べる（第1節）。次に、生体肝移植のドナーについて着目し、日本肝移植研究会ドナー調査委員会から2005年に出された「生体肝移植ドナーに関する調査報告書」と生体肝移植ドナー体験者の手記から、ドナーの抱える問題を検討する（第2節及び第3節）。そして、肝移植実施施設のコーディネーターと師長へのインタビューを通し、生体肝移植ドナーが抱える問題について検討し、ドナーの意思決定、術後の健康問題、および社会復帰に伴う社会的問題の三つの面から、問題の対策を考える（第4節）。

## 1. 日本における臓器移植と生体肝移植

### 1-1 日本における臓器移植の背景

わが国での臓器移植は、移植技術とともに免疫抑制剤の開発によって今や年間約1800件（2009年）<sup>5)</sup>にも及んでおり、治療法として確立されたものとなりつつある。1997年に脳死・臓器移植立法

(臓器移植法)が成立するが、脳死が法的な死とされるのは、本人が脳死状態になったときに臓器提供の意思があることを書面で明示している場合に限られた。また脳死・臓器移植が法的に認められるのは、本人が臓器提供を書面で明示し、家族の承諾がある場合に限定された。これは、提供者本人の意思をできるだけ尊重し、移植の公平性を堅持するという理念に立っていた。1997年に施行された臓器移植法だが、法律に基づく脳死移植が行われたのは1999年になってからだった。その後の脳死移植数は年間3～13件と大きな伸びを見せず、2009年に行われている腎移植1,312件(脳死下移植14件+心停止下移植175件+生体移植1,123件)、肝移植471件(脳死下移植7件+生体移植464件)<sup>6)</sup>からもわかるように、需要に対応できる数には程遠いものであった。

2010年7月改正臓器移植法が全面施行され、本人の意思が不明な場合も、家族の承諾があれば臓器提供できるようになった。これにより、15歳未満の人からの脳死下での臓器提供ができるようになり、さらに親族への優先提供も盛り込まれた。香川ら<sup>7)</sup>は、国際移植学会が出した「臓器密売と臓器ツーリズムに関するイスタンブール宣言」<sup>8)</sup>や、WHOが問題にしている豊かな国の人間が貧しい国の人々から臓器を買う臓器の密売や人身売買などの反社会的な移植を減らすための新指針の採択が、世界的な臓器不足をベースとして、いずれ海外渡航移植の禁止や臓器移植の自給自足を求められることになるとの危惧が、この法改正を後押ししたのではないかと述べている。

改正移植法施行後、本人の意思は不明のまま家族の同意のみの脳死移植を皮切りに、それまで年間10例前後だったものが2010年は32例と増加傾向が見られた。もう一つの現象として日本移植ネットワークが発表したところによると、自分が脳死になったり、心臓が止まって死亡したときに臓器を提供したいかどうかの意思を登録している人のうち、「提供しない」という人は、施行前は月に2%を超えたことがなく、施行後の8月は10%、9月は29%と急増したということだった<sup>9)</sup>。法律の改正により「死」に対する認識を変更できる人もいるが、日本移植ネットワークの移植希望登録者が腎臓12,388人、肝臓389人<sup>10)</sup>という数からして絶対的に賄えるものではなく、「提供しない」という意思を表明する人が増えたということから考えると、脳死や臓器移植に強い抵抗感を抱いている人がいることも確かである。

## 1-2 生体移植における肝移植の諸外国と日本

臓器移植には、脳死や心臓死した人から臓器を摘出し患者に移植する「死体移植」と、生きている人から臓器の一部を取り出し、患者の機能しなくなった臓器と入れ替える「生体移植」がある<sup>11)</sup>。脳死・心臓死の死体移植から始まった臓器移植であるが、わが国では脳死ドナーの確保が明らかに困難な状況にあり、欧米諸国とは大きく違って臓器移植の多くが生体移植で、生体移植が可能な臓器は、肺・肝臓・腎臓・小腸である。

表1・図1から、欧米の諸外国では脳死移植が主流であるのに対し、日本や韓国では生体移植が中心となっていることがわかる。またアメリカと日本の人口比は2倍強であるが、総肝移植数を比べるとアメリカが日本の10倍強となっている。一方、日本と韓国の人口比も2倍強であるが、総肝移植数を比べると日本は韓国の2分の1弱となっており、年次推移を見ても右肩上がりに脳死・生体ともに増加している韓国とは違って、日本は2005年をピークに肝移植数が停滞している。

1998年に先天性胆道閉鎖症など小児の一部の疾患に対し健康保険が適応されたが、2004年にはレシピエントの健康保険の適応範囲が拡大され、ほとんどの肝疾患に対し、肝移植が可能となった。それ

表1 肝臓移植数の欧米と日本の比較<sup>12)</sup>

西暦	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
日本 ( ) は生体	0 (208)	2 (251)	6 (327)	6 (417)	7 (434)	2 (440)	3 (551)	4 (561)
韓国 ( ) は生体	★	★	34 (238)	37 (354)	28 (406)	50 (440)	64 (584)	66 (620)
アメリカ ( ) は生体	4,519 (92)	4,756 (257)	5,001 (405)	5,195 (524)	5,332 (363)	5,673 (322)	6,171 (323)	6,444 (323)
ユーロトランスプラント	1,109	1,199	1,285	1,236	1,265	1,397	1,368	1,485
フランス ( ) は生体	693 (28)	699 (33)	806 (52)	803 (48)	882 (45)	833 (42)	931 (48)	1,024 (48)
イギリス	651	679	664	675	701	625	716	610
スカンジナビアトランスプラント	203	183	191	209	214	248	270	257

西暦	2006	2007	2008	2009
日本 ( ) は生体	5 (505)	10 (433)	13 (464)	7 (464)
韓国 ( ) は生体	119 (634)	128 (750)	233 (873)	★
アメリカ ( ) は生体	6,651 (288)	6,494 (266)	6,319 (249)	6,320 (219)
ユーロトランスプラント	1,552 (116)	1,726 (101)	1,688 (82)	1,790 (99)
フランス ( ) は生体	1,037 (36)	1,061 (18)	1,011	★
イギリス ( ) は生体	659 (8)	660 (20)	701	★
スカンジナビアトランスプラント	278	220	237	★

★は、データ未公開

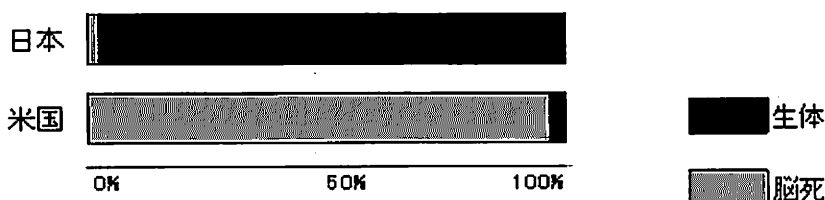


図1 脳死移植と生体移植の割合：日米の比較

日本移植学会, 「臓器移植ファクトブック2010」, P18より転載

まで実費で約1,000～2,000万円かかっていた治療費が、保険適応となり約300～600万円で済むようになった（ドナーの手術費用は、レシピエントの治療費として健康保険で賄われる）。2004年の肝移植数の増加は、手術費用の負担軽減が影響していたと考えられる。

ところが2003年京都大学医学部付属病院で10代後半の娘に肝臓を提供した40代の母親が、脂肪肝の影響や残った肝臓の容量が少なかったことが原因で肝不全となり、国内で初めて生体肝移植ドナーと

して死亡するに至った。また2006年には、群馬大学医学部付属病院にて、術後の鎮痛目的のために背中から麻酔用のカテーテルを挿入した際、ドナーの脊髄付近で多量出血があり血腫を形成した。これは、術後合併症である肺血栓塞栓症予防のため、「ヘパリン」という血液凝固阻止剤を通常の3～5倍量投与したことが原因であると考えられた。その血腫が神経を圧迫し下肢の麻痺が出現するが、リハビリの効果もなく麻痺は回復しなかった。このような重大な合併症が表面化するようになり、元来健康であったドナーの生命が脅かされたという事実は、これからドナーになろうとする人々の不安材料になり、治療にあたる医療者にとってもドナーの回復が生体移植の大前提であるという認識が強くなった。生体肝移植という治療法は、レシピエントを救う目的があるものの、ドナーの回復が完全に保証されるものではないという危惧が肝移植数の停滞の一因となっていると思われる。

## 2. 生体肝移植ドナーがかかえる問題

「医療」とは、医療・医薬で病気やけがを治すことである。生体移植のドナーは、病気やけがをしている人ではなく、かえって臓器を提供するためにダイエットを行ったり、禁酒、禁煙の生活を強いられたりと、健康をさらに追及したのちに身体にメスを入れられるという、ある意味医療の概念には反する方法で、病気のレシピエントを救命するためにわが身を提供している。それゆえに移植学会などの集会では、「生体移植は、ドナーの健康回復や安全の確保ができてはじめて成功と言える」と声高に述べられるのである。

生体肝移植ドナーについては、家族内のドナー決定までのプロセス<sup>13) 14)</sup> や手術を機に生じた家族関係の変容<sup>15)</sup>、術後の心身の回復および社会復帰などにおける問題が先行研究や調査<sup>16)</sup> によって明らかになっている。

### 2-1 ドナー決定までのプロセス

肝移植を受けざるを得ない状況が発生したとき、患者の多くが普段のかかりつけ病院から、移植ができる大きな病院を紹介される場合が多い。日本肝移植研究会の調査<sup>17)</sup> によると、移植医の説明を受けてからドナーになることを決める期間として65.9%が「説明を受ける前から決めていた」とし、次いで「その場で決めた」が21.6%だった。

日本移植学会倫理指針としては、生体移植ドナーの条件として①親族とする（6親等以内の血族、配偶者、3親等以内の姻族）②倫理審査委員会の承認③自発的意思④強制がないことの第三者確認（精神科医など）⑤提供者の本人確認⑥利害のインフォームド・コンセント⑦未成年および精神障害者の除外などが明示されている。

日本移植学会では、生体肝移植ガイドライン（2008年5月承認）においてドナー適応基準として①全身性活動性感染症がない、②HIV抗体、HBs抗原陽性ではない、③悪性腫瘍がない（治療したと考えられるものはよい）ことや、レシピエントおよびドナーとなる本人が手術を受けることで危険にさらされたり悪化したりすることが予測される合併疾患がないこと、64歳未満であること、ABO式血液型が一致および適合を原則とし、やむを得ず不適合となる場合には、潜在的な危険と利益について十分な情報提供の元に同意を得ることを提示している。また、生体部分肝移植におけるドナー選択においては、厚生労働省「臓器の移植に関する法律」の運用に関する指針（ガイドライン）、日本移植学会の倫理指針を順守し、生体肝移植ドナー候補者の身体的、精神的、および社会的擁護に努める

ことも示されている。

これらの基準を前提としてドナーの選択を行うが、移植はレシピエントを救命するために行われるため、医師からはレシピエントにとって都合のよい身体的条件を提示されることになる。それがまず血液型であり、そして持病の有無や肝臓の容量の問題である。6親等までがドナー候補と成り得るが、侵襲を考慮するとごく身近な家族のなかで検討され、身体的条件が合わない人を除外するとかなり候補者が絞られることになってしまう。日本肝移植研究会のドナー調査<sup>18)</sup>によると、ドナーになることに関する期待感や要望について、成人症例ではレシピエントおよび家族や親族からの期待感を「強く感じた」「感じた」が30%を超えており、医師からの期待感も20%程度が感じていた。またレシピエントからの要望も「何度もあった」「あった」が15%、家族や親族からが12%程度認められた。

一宮は、「ドナーとなる家族成員は、家族背景や圧倒的なジェンダー力学、家族内力学により、家族の中で一番弱い立場の者、一番柔順な立場の者、一番愛を求められている立場の者が「私しかない」と余儀なくドナーを決断し、多くの場合はこうした家族成員がドナーとなることで、家族は負担と犠牲を無意識に強いているという権力構造があり、ドナーとなった家族成員はそういう圧力の中で日々生きているという現状があった。」と述べている<sup>19)</sup>。そしてドナー調査のなかの自由回答の記載にある、「これから先、親、兄弟、など親戚関係と自分の人生になかでずっとかかわっていく限り、手術をしないという選択はありえない。そのような現実を背負って生きていく方が、体や数か月の生活を犠牲にすることより、よっぽどつらいだろうと思いました。」から、ドナーになることを拒否できない厳しい現実が伺われた。

Fujitaら<sup>20)</sup>が述べているように、生体肝移植という治療法はレシピエントが肝不全に陥り、ほかに代替手段がない状況で医師から提示される場合が多い。そのような状況から、移植を拒否するということは眼前の病気に苦しんでいる家族や親族の生命を断つことに繋がり、レシピエントを救命するには移植を選択するしかないのである。そしてドナー候補者が様々な条件で絞り込まれ、最後に残った者は「選択肢がない (no choice)」ということになってしまう。

このような状況を踏まえて考えると、日本移植学会倫理指針のなかの「自発的意思」は第三者が判断するには非常に曖昧で、周囲からの重圧が全くない環境でのドナーの意思決定はあり得ないのではないと思われる。堀田<sup>21)</sup>は、生体臓器移植医療にとってドナーの自発性原則の遵守は不可欠であり、そのためには潜在的ドナー（まだ決定していないドナーになり得る人）の範囲を特定の関係者に限定する制度を採択すべきではないと述べている。そうすることで家族や親族が、レシピエントのリスク（病状の悪化）による「潜在的ドナー」の同意決定に対する圧力から逃れて、「自発性」を確保するには、その「決定」がレシピエントの病状と連結しないようにする必要があるとし、ドナー登録システムを提案している。

堀田が提案しているものは、現在行われている骨髄バンクに類似したシステムと考えられる。骨髄ドナーは、登録時に採血をしてHLA（ヒト白血球型抗原）を明確にしておく。HLAの適合していないものの間での移植は拒絶反応が起こる傾向が強いため、移植抗原は最も重要である。兄弟間でHLAがすべて一致する確率は1/4で、他人と一致する確率は非常に少ない。一致する確率が低いこともあって、ドナー不足が言われている。骨髄採取におけるドナーの負担は、外来通院による採血や、移植時の3～4日の入院、骨髄採取時の麻酔や大きな針跡とそれに伴う痛みなどである。このように骨髄移植ドナーにも侵襲はあるが、肝切除と骨髄採取のリスクには大きな違いがある。また骨髄移植

はドナーとなる確率は非常に低い、生体肝移植のように血液型の一致（不一致であっても移植は可能）次第で移植が可能であればその確率は非常に高い。提供する相手もわからず、術後の合併症や回復に要する期間の長さなどのリスクを理解したうえでドナー登録する人がいるとしたら、今度はそのドナー登録した人の動機が自傷行為や、臓器売買を目的とした第三者の介入などが問題となることもありえ、「自発性」が生体移植とはまた違った意味で担保できない可能性が秘められている。

生体移植は、ドナーが大きなリスクを負うことを理解した上で、「自発的意思」のもと決定されなければならない。また生体移植における親族制限は、家族や親族といった近しい関係性のなかで、レシピエントを救いたい、死なせたくないという「愛情」を楯とすることによって、他人の臓器を求める行動を抑制する、つまり臓器売買の歯止めとなっているともいえる。しかし2006年と2011年に発覚した宇和島徳洲会病院での生体腎移植は、偽装養子縁組など臓器売買を目的としており、倫理審査の不確実性を露見する事件となった。

これらのことより、倫理指針によって定められている生体移植におけるドナーの意思決定において、完全なる「自発的意思」での選択は不可能であり、何らかの圧力を受けることは避けられない。親族制限によって特定の人にドナー選択の圧力がかかってしまうが、制限が無くなることで臓器売買などの行為を助長してしまう可能性もある。生体移植は家族の「愛情」を名目として、ドナーに大きなリスクを負わせてしまう医療行為である。

## 2-2 術後の回復および社会復帰

肝臓は、栄養物や一部の不要物を取り込んで、栄養分を貯蔵したり、身体に必要な成分に代謝する一方、不要物を解毒したり、胆汁中に排泄する機能を持っている。また、肝臓にはその2/3を切除しても、もとの大きさに再生する性質もある<sup>29)</sup>。ドナーが肝臓を切除し、元の容積を回復するのに6か月程度を必要とする<sup>29)</sup>。一つしかない臓器であるが、生体肝移植はその肝臓の再生能力を利用し行われるものである。生体移植は全く健康な状態である人をドナーとし傷つける医療であるために、医師たちが言うように安全に手術を終え、一刻も早く社会復帰を果たしてもらえるようケアしていく必要がある。

日本肝移植研究会のドナー調査によると、現在の体調について「完全に回復した」という人が52.2%で、その回復に要した期間は4か月だった。「ほぼ回復した」が44.9%、「半分程度」2.6%、「全くしていない」が0.3%だった。回復していないと感じる理由の中に合併症の出現がある。あらかじめ用意した症状のうち、「術後3か月」では一人当たりの症状数が平均 $2.9 \pm 2.5$ 、「術後4か月から1年以内」が $1.8 \pm 1.7$ 、「現在」（調査時）では $1.2 \pm 1.2$ と減少していた。しかし、創部のひきつれ感や感覚の麻痺、易疲労感、腹部の膨満感、ケロイドの4つの症状は、「現在」でも、10%以上のドナーが有していると回答していた。そのような身体症状に加え、不安や気分の落ち込み、睡眠障害などの精神症状を有している人もいた。そして退院後国内では、術後のフォローアップの期間として3か月程度としている施設が多いということだが、4か月から1年の間で16.7%のドナーが外来通院を要する症状を経験していた。

仕事・家事や学業の復帰については、約7割のドナーが何らかの仕事量の調整が必要であったと回答し、比較的順調に回復しているドナーであっても、術後3か月～6か月程度は本来の活動状況に戻るのに必要としている。しかし、ドナーのそのような体調を理解し、職場や家庭で活動量の調整を配

慮できるとは限らず、およそ3割のドナーはできなかったということだった。

これらのことから、生体肝移植におけるドナーは肝切除を受けることで、健康であった状態から程度の差こそあれ、多くの人が術後何らかの体調と生活の変化を余儀なくされることがわかった。肝臓の容積と機能、それと自覚症状が比例するとは限らず、肝臓の機能が血液データ上正常に戻ったとしても、10%以上のドナーが有しているという創部のひきつれ感や感覚の麻痺、易疲労感、腹部の膨満感、ケロイドなどは、社会復帰した後の生活に大きく影響し、また苦痛を与えるものと考えられる。また、地方自治体により差異はあるものの、ドナーの医療費は術後1～3か月まで（手術費用を含む）はレシピエントの保険で賄われるが、それ以降は自費負担となる（罹患している肝疾患がないため）。術後4か月以降も外来通院を要するドナーが16.7%もいることから、ドナーの健康状態をフォローアップしていく必要があると思われるが、経済的な負担から何らかの症状があっても受診・治療を行えないことがあることも危惧される。フランスや米国において<sup>20)</sup>は長期的なケアやフォローアップが制度化される方向で動いており、生体移植が移植医療の中心となっているわが国においては、是非とも長期的なケアの保障やフォローアップが制度化される必要がある。

### 2-3 家族関係の変容

前記ドナー調査の回答によると、術後「家族関係に変化があった」としたのは25%だった。そのうち「良好に変化した」のが57%で、親子関係・夫婦関係の改善が目立っており、その中でも親子関係が多かった。「悪化した」とする関係性としては、レシピエントが配偶者や姻族であり、レシピエントが死亡した場合には姻族との関係が疎遠になったり、絶縁したという記述也多かった。「良好と悪化を経験した」では、時期による変化や相手の違いなどがあった。小児のレシピエントとドナーは核家族に関係性が止まる場合が多いため、さほど関係性の悪化は見られなかったが、成人症例の場合にレシピエントとドナーがそれぞれに家族を持っているとき、影響を与える家族関係は、必ずしもレシピエントとドナーだけに止まらず、姻族を含めた広い関係性に様々な変化をもたらす可能性を持っている。一宮<sup>25)</sup>の調査した生体肝移植の成功事例の中では、家族の凝集性が高まり絆も強くなったと思われるものもあれば、ドナー決定時の相談が無かったことから夫婦間の亀裂が生じたり、親族から借財しなければならなかったことで家庭内がぎくしゃくしたりするものもあった。またレシピエントが死亡した場合の家族・親族の関係性の变化、配偶者との別離、親族との断絶など家族構成メンバーの変化も見られた。生体肝移植によって変化した家族関係は、数年以上経過しても癒されず、感情的なもつれを引きずる結果となっていた。

このような結果を踏まえ、術前のインフォームド・コンセントでは身体面の説明だけではなく、家族・親族の関係性が変化する可能性や危険性があることを伝えておく必要がある。

### 3. 事例からみた生体肝移植ドナーの問題

次に紹介する2事例は、第2章で述べた生体肝移植ドナーの抱える問題をドナー自ら表現しているものである。これらの事例から生体肝移植ドナーの意思決定プロセスや、そこで生じる家族内の問題、および社会復帰における問題とそこでのドナーの心境を理解することができる。

事例1 朝日新聞社に寄せられた生体肝移植ドナーの体験談である。この事例では、ドナーとなる際

の家族内の話し合いの必要性や、納得しないまま手術を受けたドナーの、術後の心身の変化を述べている。

【追い詰められてドナーに】<sup>26)</sup>

手術の1年近く前、弟は肝臓の移植をしなければ助からないとわかりました。①年齢や血液型などの関係で、提供者は私に選ばれていきました。②病院の医師から「提供に伴って死亡するリスクもあります」と説明され、恐怖を感じました。しかし③家族でこの問題についてしっかり話し合う場は持たれませんでした。私としては、「なんとなく、なし崩し的に自分がドナーに決まっていく」という思いでした。④家族への不信感が強まりました。手術への不安も重なって一人で思い悩み、お酒の量が増えたり、仕事がうまくいかなかったりしました。

最終的には父と弟に不満をぶつけて話をし、自分も一時的に納得しました。⑤弟には小さな子供がいて、父親のいない子にはしたくないと思いました。⑥手術に向けてお酒をやめ、体重も減らしました。手術そのものは成功しましたが私は⑦会社に復帰後も心身の不調が続きました。「人生の大仕事を終えてしまった」という脱力感で、朝起きるのが辛くなったのです。しばらく会社を休んだ後、1年間休職を命じられ、やがて退職しました。・・・元気になっていく弟も含めて、⑧自分の辛さを理解してくれる人が誰もいないと感じていました。その⑨弟も腫瘍が再発し、3年前に亡くなりました。

今思うのは、家族がもっと率直に、顔を突き合わせてじっくりと対話できていたら、ということです。⑩心から提供を納得し、家族で不安を共有して欲しかったと思います。生体移植のドナーは美談として語られることが多いと感じます。でも同じように「何となく」ドナーの立場に追い詰められてしまうケースは、少なくないと思います。私はこうした経験から、生体移植はもちろん、移植医療全般に疑問を感じています。つい「人から臓器をもらってまで・・・」と考えてしまうのです。

下線①～⑩について、発言の意味を心理的・社会的側面から分析した。

- ①：年齢・血液型という条件を提示されることで、ドナー候補者が限定され医学的な条件に関して圧力を感じている。
- ②：自分が病気ではなく健康であるがゆえに、ドナーは余計に「死亡するリスク」は強い恐怖感を感じている。
- ③：「なし崩し的に自分がドナーに決まっていく」という表現が、「自発的意思」ではなく周囲からの圧力を表現している。
- ④：父や弟と、家族としての信頼関係が揺らぎ始めている。
- ⑤：家族であるためレシピエントの情報を十分に知っている。「家族の愛情」を後ろ盾にしていることで、レシピエント周辺の環境がドナー候補者としては拒否できない状況を作り出している。
- ⑥：健全な臓器を提供するために、ドナー候補者は自分の欲求を抑制し損失した生活を強いられる。それが数か月間にも及ぶこともあり、手術で身体に傷をつける前からドナーには負担となる。
- ⑦：成人間の移植では、切除する肝臓の容積が大きいために回復に時間を要する。身体的な侵襲ばかりでなく、このドナーのように十分に納得して手術を受けたわけではない場合、精神的なフォ



ローが必要と思われるがそれもなされていない。職場においては、術後回復に時間を要することを理解して対応してもらえない環境だったために、退職という状況に陥ってしまったのではないと思われる。

- ⑧：家族内での孤独感や移植の負担感を表わしている。
- ⑨：移植前後に何らかの問題が生じて、「レシピエントの回復」がそれを補填することが多い。しかしこの事例はレシピエントが死亡することで、ドナーの感情の行き場が無くなってしまった。
- ⑩：一人で抱え込むにはあまりにも大きな不安であり、自分では一時的に納得したつもりだが、心底納得していたわけではなかったということに後になって気付いている。

この事例での問題は、ドナー決定プロセスにおいて十分な話し合いが行われなかったことにありと思われる。③④⑧⑩からドナーが納得した状態で手術が行われたとはいえない状況にあり、家族の信頼関係にも影響を及ぼしている。①で医師から医学的な条件を提示されることで必然的にドナー候補者が絞られるが、この事例においてはドナー候補者の範囲が狭く、おそらくこの時点で兄しか候補に挙げることができなかったと考えられる。そのため、父とレシピエントの弟は、あらためて話し合いの場を設ける必要性を感じなかったのかもしれない。一方兄は、②において強い恐怖感にさいなまれ、ドナーは自分しかあり得ないという状況を理解しつつも、「自発的意思」ではなく必然的にドナーに決められていくことが耐えられなかったと思われる。父・兄・弟の3者で話し合いが持たれ、互いに不安の共有や理解など、プロセスを踏んだ結果の先にドナー決定があれば、諸条件から兄が必然的にドナーとなる状況であっても、それを「周囲からの圧力」と感じずに済むかもしれない。兄は父や弟にやりきれない感情をぶつけながらも、⑤にあるように、弟やその家族への愛情を持ち続けることができている。そのことから、もっと早い段階で家族内において話し合いが持たれ、それぞれの言い分を表出する場を設けることができているならば、⑧・⑩のような感情を抱くことなく納得して手術に臨むことができ、術後の精神的苦痛も幾分か軽減されたのではないかと考えられる。ドナーが納得して手術に臨んでいるのか、また家族内で十分検討してドナーを選択しているのかを第三者が確認するシステムが、ドナーの身体的・精神的な安全を確保するためには必要なことである。

事例2 生体肝移植はドナーとなる人、そして家族内でドナーとならなかった人にも、それぞれ精神的な影響を与える治療法であるということが述べられている。

【「死なさない 絶対に!! -生体肝移植を選んだドナーと家族の葛藤」より、ドナーの妻と妹の思い】  
家に帰った私を、心配していた真弓（妻）には、  
「やっぱり移植やな。俺の肝臓を親父にやらなあかん」と話を切り出した。まるですべてが決定していることのように。  
「綾ちゃん（妹）は何て言ってた？」  
「それが、①泣いて泣いて。おまけに吐いてた」  
「そりゃそうやで。まだ若いし、いろいろ考えてしまったらそうなるんと違うかな」  
「ドナー俺があかんかって、お袋があかんかったらお前やでって綾に言ったら、怖いって言って泣いてた」

「当たり前やんか！そんな一方的に言ってあげたらかわいそうやで。まだ結婚もしていないし……。やりたいこともいっぱいあるはずやで。そりゃ怖いわあ！」

「そうやねん。俺もちょっと反省してんねんけど、あまり強引に話を進めたらあかんなと思った。NO って言う自由もあるもんな」

「②私にはないの？」

「いや……。それはあるに決まってるやんか」

少しびっくりした。真弓の反対なんて予想もしていなかったから。

〈妹の手記より〉

きつと母には母の、マユちゃん（妻）にはマユちゃんのお兄ちゃんへのさまざまな感情があったと思うが、移植が決まり、兄がドナーに決まり、私は本当に言葉では表せない複雑な心境の毎日だった。胸が締め付けられる思い。針でチクチク刺されているような……。兄に会うと、③申し訳なさと情けない気持ちでつらかった。

この事例は、レシピエントが父親でドナーは長男である。この場面では、長男がドナーになることを自分のなかですでに決めており、それを家族に報告したときの場面である。長男は、移植を受けなければならない父親の状況を受け入れられない妹に対し、自身（妹）もドナー候補であることを告げ、①では妹のドナー候補であるという事実に対する恐怖心を表わしている。また移植手術が終了しても、③から妹のドナーに対する負い目や、ドナーになることに躊躇した後ろめたさのような感情を持っていることがわかる。

長男は家庭を持っており、二人の子供がいる。ドナーにとって肝臓移植のための肝部分切除は、成人間でもあるために生命の危険が大きな手術である。しかも健康である家庭の大黒柱の夫が手術をすることになったともあれば、妻は平静でいられないことも容易に想像できる。長男は、父親を救命するためにごく身近な血縁の家族内で結論を出せば良いと考えているが、②から影響はドナーだけに及ぶのではなく、その家族にとっても移植手術は大きな問題である。

この事例は家族や親族の関係性が良好で、移植手術について何度も話し合いの場が持たれ、治療費について（2004年の健康保険適応以前だったため）やドナー選択について十分に検討されていた。そのなかにあっても、ドナー候補に名乗りを挙げられなかった妹は、術後もドナーになることに躊躇したことが心理的圧力となり、その気持ちを持ち続けて生活している。ドナーの妻も、自分の夫や家庭を守りたい気持ちがあるが、反対することは夫以外の家族を傷つけることであり、肝臓の提供者がいなければ義父の生命が断たれてしまうという安易に反対できない苦しい立場にある。②の発言は、血縁の家族ではないが大切な夫や家庭を守りたい妻のせめてもの抵抗であったと思われる。一宮は、生体肝移植を契機にドナーの夫婦間やドナーの妻と親族の関係性が変容し、修復困難となった事例を紹介している<sup>27)</sup>。このように生体肝移植は、レシピエントとドナーの関係性だけではなく、その周囲にいる人々にも影響を与え、それは術後の家族関係の変容にもつながってくる危険性をはらんでいる治療法であるといえる。

## 4. 生体肝移植ドナーのケアを通して

### 4-1 A病院の現状

わが国で1989年から始まった生体肝移植は、2009年までに5,653件行われている。そのなかの262件を行ったA病院にて、2011年2月～6月にかけ看護師長1名とコーディネーター2名にインタビューを行った。そこでは、①ドナー決定までの状況（インフォームド・コンセントの理解・ドナー決定にまつわるエピソードや相談内容）、②ドナーに対する手術前後を通しての対応（身体面、精神面、経済面、対人関係）、③家族支援の状況（身体面、精神面、経済面）、④社会復帰後の日常生活（相談内容、外来受診状況）、⑤ドナーが抱えている問題などについて、半構成インタビューを行った。以下の回答は、全インタビュー内容から質問内容に相応する回答を一部引用したものである。

#### ① ドナー決定までの状況

- ・「うちの病院に来られる時は、ほとんどがドナーをすでに選択している場合が多いです。ですから、私たちがドナー選択に対して相談を受けたり、アドバイスしたりということはほとんどありません。時々、この人が？ということもあります。何か強制力が働いているのではないかと思いついてみるのですが、プライバシーに関する問題でなかなか踏み込めません。」
- ・「ドナー選択にあたり、先生（医師）たちは血液型の話をされます。そして、一人に絞るように勧められます。検査をして何人かの中から医療者が選ぶことはしません。」

渡邊は<sup>28)</sup>、ドナーの意思決定プロセスを「生体肝移植という衝撃を受ける」「生体肝移植を受けよう」「誰がドナーに」「不安が残るも生体肝移植にかけようとする」「あとはお任せするだけ」の5段階にモデル化し、ドナー・レシピエント・家族3者の家族内における複雑な相互作用とドナーの意思を固めるまでの家族内力動パターン、そして各段階での影響要因を明らかにして有効な看護支援を示している。しかし、ドナーやレシピエントが移植病院に来院したときには、すでにドナー選択が行われている場合が多く、コーディネーターや看護師は関与できない現実がある。また、レシピエントの血液型との適応は術後の経過に大きく影響を与える因子であるため、医師がそのことを説明するのは必要であるが、それがドナーの決定を左右することになっている。他方、ドナーの術前検査費用は保険適応とならないため（疾病を持っていないため）自費負担となる。そのため、医師は経済的負担も考慮し、ドナー候補者を一人に絞ることを勧めていると思われる。

#### ② ドナーの手術前後を通しての対応

- ・「術後は、どうしても家族の関心がレシピエントの回復に向いてしまうので、ドナーは自分も手術をして痛い目にあっているのに・・・と、取り残されているような思いを持ってしまう人が多いんです。ですから、私は家族に『（ドナーに）声をかけてあげてください』とか『（ドナーを）ねぎらってあげてください』と意識して言っています。」
- ・「自分が病気で肝切除をした患者さんより、ドナーになって肝切除をした人の方が、術後創痛を強く訴える気がします。早期離床させたいんですが、ドナーは痛みで全く動けないという話をよく聞きます。何故ドナーがそのように強く痛みを訴えるか原因はわかりませんが、もっとペインコントロールをしてあげる必要があるのだと思います。」

ドナーは元来健康であったため、医療者や家族はドナーが順調に回復するのは当然と考えがちである。しかし健康であるがゆえに、術前と術後のギャップが大きく、時に「手術をして痛い目にあってるのに」と被害者意識のような感情が湧き出てくる。その身体的やギャップや感情の矛先が術後の疼痛となって表れてしまうことも考えられる。

### ③ 家族支援の状況

- ・「ドナーが母親や妻だったりすると、自分の回復も十分ではないのにすぐにレシピエントの介護に回らないといけない人もたくさんいます。そのような時は、できるだけドナーの安静が確保できるように、家族に働きかけたりします。」
- ・「負担感が強い母親が、『こんなにきついのなら肝臓をあげなければよかったと思った。かわいいわが子を救うためだけど、そんな本音を家族には言えないし。今となっては後悔してないけど、その時はとてもきつかった。』と洩らしたことがあります。その人は、レシピエントが赤ちゃんで肝臓も少ししか切除していないけれど、それだけ健康な人を傷つけるということは、大変なことなんです。」

産後であるにもかかわらず母親がドナーとならざるをえないなど、様々な家庭環境のもとで生体肝移植が行われている。日本肝移植研究会・肝移植症例登録報告<sup>29)</sup>によると、18歳未満のレシピエントに対するドナーは2,080人中1,090人が母親で、889人が父親だった。また18歳以上のレシピエントに対するドナーは3,575人中1,073人が息子で、次いで459人が妻だった。この結果から、ドナーとなった母親や妻がレシピエントの介護者となる機会は多く、その負担に対し周囲の理解と援助が必要であると思われる。

### ④ 社会復帰後の日常生活

- ・「学生時代に父親に肝臓を提供したドナーが、就職試験の面接で肝移植のことを聞かれ、その場で『ここでは無理かも知れませんね』と言われたそうです。そのドナーは回復も順調で、私たちは肝切除をしたことは全く問題にならないと思っていたのですが、そのことが原因かはわかりませんが面接で不採用となりました。まだ社会に生体肝移植が理解されていないのだと思います。そのドナーは、誰にも文句を言わず、翌年第一希望ではない職種ではありましたが就職できました。偏見をもたれないように、社会にアピールしなければならないと思います。」

2010年の臓器移植法改正により、脳死移植はマスコミに取り上げられ、一時的には多くの人々が臓器移植の話題に触れる機会が増えた。しかし、生体移植が日本で盛んに行われており、移植施設も年々増加している事実は社会的にあまり知られていない。現にA病院で移植を受けた患者は肝不全の診断を受け、肝移植という治療法に辿り着くまで自力で数か所の病院を巡ったとのことだった。レシピエントにとっては治療法についての情報が大切であるが、生体ドナーに関しては、元来健康であり、術後は回復して普通の生活ができるようになることなどを社会的にも周知してもらうことが必要である。

#### ⑤ その他ドナーが抱えている問題

- ・「ドナーとレシピエントが同居している場合は、レシピエントの外来診察についてきたときドナーも診察を受ける機会があります。しかし、ドナーがレシピエントと同居でなかったり、県外に住んでいたりと、退院後のフォローアップができません。電話や手紙などで状況確認をしようとしても、人的・時間的に不足していて、そこまでできていないのが現状です。」
- ・「退院後ドナーから、『電話やメールなどでいつでも相談できる場所があるといいのに』というご意見をいただきました。また、うちは患者会を持っていないのでそのような場があると、術前の患者さんたちは情報交換ができるんじゃないかと思っています。」
- ・「ドナーに術後のアンケートを送ると、自由記載にたくさんコメントを書いてくれます。それに回収率もよかったです。ドナーはいろいろな思いがあって吐き出すところを求めているのかもしれない。」

A 病院では、コーディネーターを外来に配置していたこともあったが、インタビューした時期は施設の状況から外来にコーディネーターを配置していなかった。以前コーディネーターは外来で、インフォームド・コンセントに同席したり、そこで気になった部分を病棟の看護師に伝えたり、退院後の患者のフォローにもあたっていたが、インタビュー時はコーディネーター不在という状況下で、生体肝移植が行われていた。また A 病院では、生体肝移植についてすべてのインフォームド・コンセントが移植医から行われ、内科医や精神科医、臨床心理士などの関与は特になされていない。

米国では移植チームの構成メンバーとして、①医師／外科医、②移植コーディネーター／臨床看護師、③医療ソーシャルワーカー、④心理士、⑤倫理学者／聖職者が挙げられている<sup>30)</sup>。しかし、わが国ではそのようなチームを置かなければならないという法的規定はなく、施設の意向に任されているというのが現状である。

2011年より日本移植学会は、レシピエントコーディネーターの認定制度を開始した。レシピエントコーディネーターの役割は、レシピエントまたは生体ドナーの術前・術後の管理や、家族を含めて正しい情報を提供し理解されたうえで、少しでも不安や抵抗感を少なくし治療が受けられるように、調整する役割を担っている。今までは、資格・認定制度が確立しておらず、多くが病棟や外来看護師との兼任で行われていた<sup>31)</sup>。認定レシピエントコーディネーター制度が開始され、資格を持っている医療職が増えたとしても、それを雇用する施設側が必要性を認識しなければ人員は確保されない。臓器移植を受ける患者に質の高い治療やケアを提供するためには、専任性や増員を現コーディネーターや患者の声として訴えとともに、社会に働きかけて規定を設けるような動きを促進することも必要だと思われる。

#### 4-2 生体肝移植ドナーの保護およびケア保証

わが国においても倫理問題を考慮し、外科医以外の医師（内科・精神科）やコーディネーター（レシピエント・ドナーの専任制）、臨床心理士などをチーム員としてドナー決定までの関わりを持っている施設もある。しかし、いくらドナーの「自発的意思」を尊重するための環境を整えても、それを客観的に審査・評価することは容易ではなく、利益供与の有無を調査することも困難である。日本移植学会の倫理指針においても、生体ドナーの意思確認は第三者の関与が必要であり、ドナー候補者に

相談しやすい環境を提供するためには、様々な職種の関与が望ましいとされているが、ドナーの「自発的意思」を確実に保証することはできない。

ヨーロッパおよび東アジア主要国の臓器移植法では、生体移植について、提供者本人の同意取得・臓器売買の禁止・実施医療機関の認定やさまざまな規定と罰則を設けている<sup>32)</sup>。しかし、わが国には生体移植について法的な規定がなく、2004年に「生体肝移植ドナー体験者の会」から当時の与党である自民党へ、①ドナーの要件を法的に明確にする、②ドナーへのケアを保証する、③ドナーとなることに伴う費用を術前、術後共に保険適応とする、④ドナーの術後の経過に関する継続的な調査の実施と実態把握を移植実施施設および関連学会に対して義務付ける、以上4点を主旨とした要望書が出された。しかし、その要望書の内容は一向に整備されないままに、わが国の生体肝移植は行われているのである。

2009年の臓器移植法改正をめぐる議論の中でわずかに河野太郎衆議院議員の答弁<sup>33)</sup>の中で言及されたものの、生体移植医療の法的枠づけについての議論には至らなかった。改正臓器移植法が施行され脳死移植が脚光を浴びる中、生体移植は血縁者間で行われる「私事」と見なされがちであり、ドナーは提供のリスクを覚悟した上でなるべきという考え方もある。それを承知のうえで「自発的意思」で臓器提供に応じ、健康障害が生じたとしても、家族間の関係性を保つためにそのことを訴えられないのである。生体肝移植など代替手段がない場合、臓器提供拒否の対極にレシピエントの死があることを考慮すると、自発性や任意性を確認することも非常に困難である。そして、生体移植はこうに避けたくとも避けられないリスクを負った治療法であるということを、社会に広く知ってもらう必要がある。十分に共通理解が得られたうえで、「生体肝移植ドナー体験者の会」が要望するように、ドナーの保護や保証について十分に議論する場を設けるべきである。

#### 4-3 生体肝移植ドナーの抱える問題と対策

以上のことから、生体肝移植ドナーは①ドナーになる意思決定に伴う倫理的問題、②術後の身体的・精神的健康問題、③社会復帰に伴う周囲の理解や保証など社会的問題を抱えていることがわかった。

##### ①ドナーになる意思決定に伴う倫理的問題への対策

ドナー候補となった者は、移植を拒否するということは眼前の病気に苦しんでいる家族や親族の生命を断つことに繋がり、レシピエントを救命するには移植を選択するしかない状況に追い込まれることは避けられない。それが心からの「自発的意思」なのか、「周囲の圧力」を受けてからの結果なのか、それを明確に判断することは難しい。しかしドナーを決定するにあたって、家族や親族の中で十分に話し合う場を設け、それぞれの気持ちを理解し合うプロセスを踏むことが大切であり、納得のいく意思決定に繋がると思われる。家族や親族間で十分な話し合いが持たれたかを確認し、話し合いが持たれていなければ話し合いの場を提供する。また移植医だけでなく、精神科医やコーディネーターなど多方面から「自発的意思」を判断できるような意思確認手続きを制度化する必要がある。

## ②術後の身体的・精神的健康問題への対策

術後の合併症においては、術後の疼痛を含め大なり小なり出現することは避けられないことである。術前のインフォームド・コンセントにおいて医師より説明されていることだが、健康な状態のドナーが術後をイメージすることは困難である。イメージと現実とのギャップに対し、身体的・精神的ダメージを医療的に治療していく一方、ドナーへのねぎらいや感謝の気持ちや負担に対する理解を言葉や行動で表わすよう家族や親族に働きかけることも大切である。術後は、家族や親族にレシピエントだけでなく、ドナーの回復を意識づけることで、ドナーの孤独感や負担感の軽減につながると考える。

## ③社会復帰に伴う周囲の理解や保証など社会的問題への対策

まずは外来において患者がいつでも訪れることができる場（ドナー外来など）や、思いが吐き出せる手段（電話やメールなど）、意見交換ができる場（「患者会」など）の設置など移植施設ごとのケアの充実が大切である。そして「生体肝移植ドナー体験者の会」が要望するように、ドナーの保護や保証について十分に議論する場を設け、法的に整備する必要があると思われる。

## おわりに

欧米諸国における肝移植の主流が脳死移植であるにもかかわらず、わが国における肝移植は生体移植が大部分を占めており、その生体肝移植ではドナー調査・手記・看護者インタビューから、レシピエントの延命手段が移植しかなく、そのレシピエントの状態が悪化していくのを見ながら、親族という狭い関係性の中で、愛情や利害といった感情を巻き込みながら、さまざまな問題を内包している治療法であるということがわかった。生体肝移植ドナーが抱えている問題は、ドナーになる意思決定に伴う倫理的問題、術後の身体的・精神的健康問題、社会復帰に伴う周囲の理解や保証といった社会的問題を抱えており、そして生体肝移植は家族の関係性をも変容させかねない医療である。

脳死移植の不足を補填するための生体移植であり、慎重に選択していかなければならない治療法であるということを認識しつつ、生体肝移植ドナーを抱える問題に対しては、(1) ドナーになるための意思確認手続きを制度化すること、(2) ドナーに対する保護とケア保証の考え方を法的に整備することが必要であると考えます。

## 【注】

- 1) 肝移植体験者・医療者有志,『信じる絆 生きつづける思い 生体肝移植—真実の声—』,翔雲社,2004.
- 2) 小松美彦,市野川容孝,田中智彦 編,『いのちの選択—今、考えたい脳死・臓器移植』,岩波書店,2010.
- 3) 中津洋平,『死なさない 絶対に!!—生体肝移植を選んだドナーと家族の葛藤』,メディカ出版,2004.
- 4) 日本肝移植研究会・肝移植症例登録報告,『移植』Vol. 45, No. 6, 2010, 621-632.
- 5) 日本移植学会,『臓器移植ファクトブック2010』  
[http://www.asas.or.jp/jst/report\\_top.html](http://www.asas.or.jp/jst/report_top.html) (2011. 11. 01確認)
- 6) 5) 前掲書
- 7) 香川知晶,小松美彦,田中智彦,『いのちの選択—今、考えたい脳死・臓器移植』,岩波書店,2010.

- 8) 平成20年(2008)、国際移植学会が中心となってイスタンブールで開催された国際会議で採択された宣言。臓器売買・移植ツーリズムの禁止、自国での臓器移植の推進、生体ドナーの保護を提言している。
- 9) asahi.com(朝日新聞社) apital, 「臓器提供しない」移植ネット登録急増 9月29%  
<http://www.asahi.com/health/news/TKY201010050116.html> (2010. 10. 05 確認)
- 10) 日本移植ネットワーク, 移植希望登録者数,  
<http://www.jotnw.or.jp/datafile/index.html> (2011. 12. 30 確認)
- 11) 8) 前掲書
- 12) Transplant Communication DATA, <http://www.medi-net.or.jp/tcnet/>  
 島岡まな, 「フランスにおける生体移植」, 『生体移植と法』, 日本評論社, 2009, p 155.  
 金守良, 「韓国における肝移植の現状」, 『肝臓』52巻2号, 2011, p 151.  
 UNOS (United Network For Organ Sharing),  
<http://optn.transplant.hrsa.gov/latestData/rptData.asp> (2011. 11. 01 確認)  
 Eurotransplant International Foundation,  
[http://www.eurotransplant.org/cms/mediaobject.php?file=ar\\_2010.pdf](http://www.eurotransplant.org/cms/mediaobject.php?file=ar_2010.pdf) (2011. 12. 29 確認)  
 以上より作成
- 13) 渡邊朱美, 「生体肝移植のための臓器提供者を決定する家族の意思決定プロセスモデルに関する研究」, 『お茶の水医学雑誌』, 第55巻 第1・2・3号, 2007, 27-53.
- 14) 一宮茂子, 「生体肝移植ドナーの負担と責任をめぐる一親族・家族間におけるドナー決定プロセスのインタビュー分析から」, 『Core Ethics』Vol.6, 2010, 13-23.
- 15) 一宮茂子, 「生体肝移植をめぐる移植後の家族変容—ドナーインタビューの分析より—」, 『Core Ethics』Vol.7, 2011, 1-10.
- 16) 日本肝移植研究会ドナー調査委員会, 「生体肝移植ドナーに関する調査報告書」, 2005  
 2003年12月末までに国内の施設で行われた生体肝移植の全ドナー2,667名を対象とした。  
[http://jilts.umin.ac.jp/donor\\_survey\\_full.pdf](http://jilts.umin.ac.jp/donor_survey_full.pdf)
- 17) 16) 前掲書
- 18) 16) 前掲書
- 19) 一宮茂子, 「生体肝移植ドナーの家族ケア: 義理の親子間移植」, 『臨牀看護』, 35 (10), 1452-1457, 2009.
- 20) Fujita M, akabayashi A, Slingsby BT, Kosugi S, Fujimoto Y, Tanaka K.  
 "A model of donors' decision-making in adult-to-adult living donor liver transplantation in Japan: having no choice". *Liver Transplantation* 12 : 768-774, 2006.
- 21) 堀田義太郎, 「生体肝移植提供の倫理問題—自発性への問い」, 『医学哲学医学倫理』, 第24号, 31-41, 2006.
- 22) 系統看護学講座専門9, 成人看護学5『消化器』, 2007.
- 23) 小林省吾, 「生体部分肝移植術後の肝再生における Hepatic Progenitor Cell の関与の検討」, 『上原記念生命科学財団研究報告集』, 24, 2010.
- 24) フランスでは、2004年の法改正で、新設された先端医療庁の業務として、「臓器贈与者の健康状態の追跡と臓器摘出が健康にもたらす結果の評価」が盛り込まれた。この規定に基づき、全国規模の生体臓器提供者レジストリ(追跡記録簿)が設けられ、運用が始められている。提供者のフォローアップを制度化するのが趣旨で、生体臓器提供者の術後の健康状態、後遺症などについてデータベースを設



け、専門家の間で共有することで、安全性の管理と向上に役立てることができる。米国でも、同様の趣旨で、2004年法において、生体移植の提供経験者への長期的影響を評価する全国規模の仕組みを、連邦厚生長官が検討するよう求める規定を設けている。

25) 15) 前掲書

26) asahi.com (朝日新聞社), 臓器移植 読者編 追い詰められてドナーに,  
<https://aspara.asahi.com/column/kanja/entry/OKdlu95rZU> (2010.08.14 確認)

27) 15) 前掲書

28) 13) 前掲書

29) 4) 前掲書

30) 旗手俊彦, 生体移植をめぐる「法と倫理」, 『生体移植と法』, 日本評論社, 2009.

31) 井山なおみ, 松本泉, 藪中重美, 「臓器移植医療における移植コーディネーターの役割」, 『看護技術』, 2005-10増, 93-100.

32) 棚島次郎, 生体移植の公的規制のあり方, 『生体移植と法』, 日本評論社, 2009.

33) 「未来永劫にガイドラインでよしとはしないが、法改正後の脳死下臓器提供等の状況を踏まえて法律による規制を検討する必要がある」としたものの、「脳死からの臓器提供が行われないまま生体移植について強い規制をするのが本当にいいのかという議論も当然ある」とも述べている。

(第171回国会参議院厚生労働委員会会議録第23号, p29, 2009年7月7日)

## Current status and issues viewed from the problems of living liver transplantation donor

### Abstract

At the international level, it is usual that organ transportation is carried out from a brain-dead donor; however, an organ transportation, which is carried out from the living is fairly common in Japan. Regarding living donor organ transportation in Japan, the target persons for donors are limited due to the **"Relatives Restriction"**; in general, people who are close relatives as well as healthy are selected to donate. Incidentally, living donor organ transportation on the liver has been ascertained that its remedy includes serious risks for physical, mental and social to the donor; the first risk is a pressure from various sides for the target person to decide whether to be the donor or not given that organ transportation is the only remedy to save the recipient. The second risk is that people who decided to be a donor might contract some complications or have some obstacles for their rehabilitation after operation for transportation.

There is no law which provides for living donor organ transportation in Japan.

Therefore, in the present, the decision based on the Ethical guidelines of Japan Society of Transportation has been carried out by Ethical Review Board in each organization.

At least, we need to legislate the procedures to become living donors and also need to have definite measures to protect living donors.