

献腎の諸問題

藤田公生
浜松医科大学

Problems related with cadaver kidney transplantation

Kimio Fujita

Department of Urology, Hamamatsu University School of Medicine

<はじめに>

死体から腎の提供を受けて腎不全患者に移植する、いわゆる献腎移植は、人間の倫理観、生死観にも関わる種々な問題をふくんでいる。One take, one share の原則、つまり医師が死を前にした患者さんに腎提供の意義を説明し、心停止とともに灌流し2腎を摘出、1腎を自分たちの受け持っている腎不全患者に移植、他の1腎は、その血液型の腎を必要とする腎不全患者がどこかにいないか、知り合いの医師に問い合わせるといふ、自然発生的に生まれた形式はそれなりに日本に定着し、実績を積み重ねてきた。そこに1995年、日本腎臓移植ネットワークが発足し、さらにはいわゆる脳死による臓器移植法が施行され、国家規模でシステムが整備された。それでは、それによって献腎移植が飛躍的に発展したかという点、結果はその逆で、期待された脳死による臓器提供はまったく伸びず、献腎移植は以前よりも減少した。なぜこのようなことになったのか、静岡県腎臓バンク理事長として常々考えている、献腎移植に関わる諸問題について述べる。また、そのような逆境のなかで奇跡的に腎提供が増加しつつある静岡県の現状（図1）を報告し、そこで何が起きているのか説明したい。

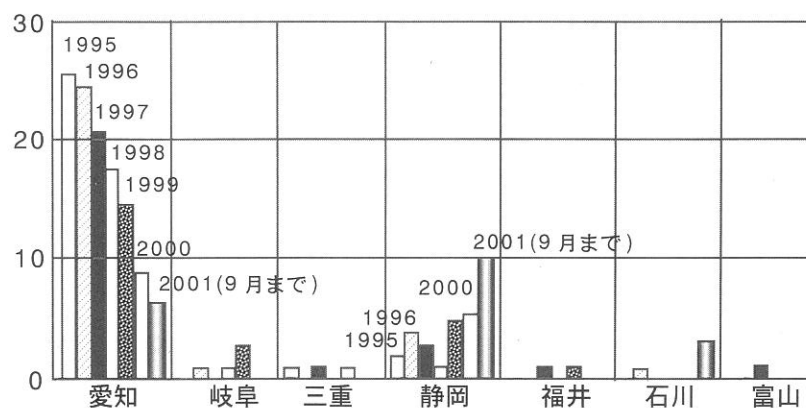


図1. 東海北陸ブロック腎提供者数の最近の推移

全国的に腎提供が減少しているなかで、静岡県の腎提供は逆に増加しつつあり、年間10件、20腎の提供は人口100万人当たり2.93件と、現在日本の首位にある。

医学は、一方ではミクロの世界から分子の世界に入り込み、ヒトの遺伝子解析も終わった21世紀はポストゲノムの時代といわれている。他方では、患者個人を対象としていた医学が予防医学

から家族、社会集団、国家と視野が広がり、純粋医学ばかりとりあげていた医学会においてもQOL、DRG、critical (clinical) passなどという問題が正面からとりあげられるようになった。これはまさに後者のカテゴリーに属する問題である。

<腎移植は透析に優る>

1. 移植によるQOLの向上

腎移植を受けた患者さんの生活の質が向上するのは誰もが認めるところである。飲水と食事の制限がなくなり、透析のために費やされる時間がなくなり、自由に振舞える喜びは、多くの患者さんが語っている。

さらにここで強調したいのは、生殖能力の回復である。男性は慢性腎不全状態ではテストステロンが低下する。テストステロン産生能の低下があるのだろうと考えられ、hCGを投与しても改善しない。精細管は萎縮、精細胞系の脱落がみられるが、Leydig細胞の変化は、少なくとも形態的には、あまり見られない。テストステロンの低下のためにLHRHは高値になっているが、FSHは低下しており、尿毒症物質が下垂体前葉の感受性を低下させているのではないかといわれている。これらの異常所見が、腎移植によって回復する。

女性においても下垂体性腺系の変化は基本的に同様であり、とくに女性にとって移植によって妊娠出産が出来るようになるのは大きな喜びである。出産の後に移植腎機能を失って再び透析生活に戻る女性もいるが、彼女たちは敢えて出産したことが腎機能喪失の原因であったとしても決して後悔はしない、児を得られたことがいちばんの幸せだと語っている。

2. 移植による医療費の節減

医療費を見ても、移植後の医療費は透析よりもはるかに安く、外来透析やCAPDの費用が年間約600万円なのに対して、移植後は120-180万円くらいで済む。日本では透析医療費が自己負担にならないので患者さんは透析生活に安住しているが、自分で支払うことになれば大変である。この、年間1兆円を越すといわれる透析費用は国家社会全体で負担しているのであり、為政者が移植を推進しようとする大きな理由でもある。

3. 腎移植は治療手段として確立した

そのように大きな利点のある腎移植であるが、移植を受けるのに躊躇する理由として、手術を受けるというハードルがあり、さらにその先には拒絶反応との戦いが待っている。

腎移植に手術は避けられない。しかしそれ以上に過去において障害となったのは拒絶反応との戦いがときに凄惨を極めたことである。移植の黎明期においては、よい免疫抑制薬がなく、貴重な腎を拒絶反応によって失いたくないために大量のステロイド剤が投与され、ついに感染症・多臓器障害のために死に至った例も少なくはない。その後、幸いにciclosporinをはじめとする免疫抑制薬の開発があり、使用法の進歩と工夫もあり、腎を失うことは少なくなった。当科における成績も、免疫抑制薬の進歩とともに腎生着率が確実に向上してきた歴史を物語っている(図2)。

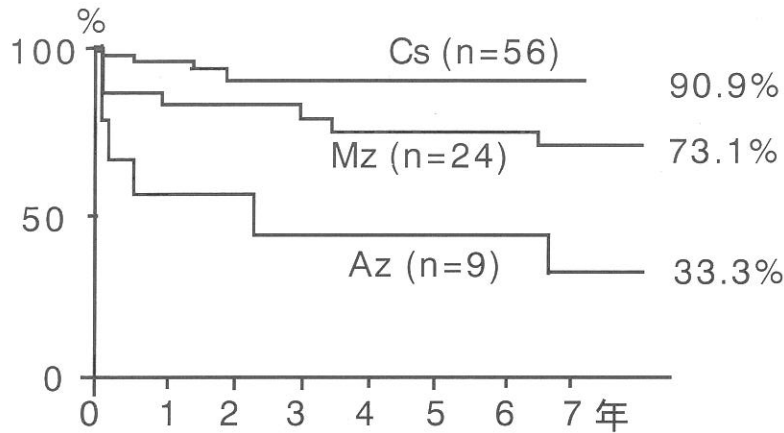


図2. 浜松医科大学における移植腎生存率

免疫抑制剤の進歩とともに、腎生存率は確実に向上している（生体腎）。
 Cs：シクロスポリン（cyclosporin A） Mz：ミゾルビン（Mizorubin）
 Az：アザチオプリン（azathiopurin）

さらに、拒絶された腎にあまり執着しないという方針によって、移植腎を失っても、それは決して患者の死を意味するものではなくなった。多数の移植患者を集団として見れば、移植腎は長い年月の間にある程度の確率で失われていくものだというのも一般的な認識になっている¹⁾。このような、移植された腎はある意味でディスプレイ臓器であるともいう割り切った認識もふくめて、いまでは腎移植は先駆的な試みではなく、安定した成績の得られる日常的な治療手段として確立されている。

<臓器移植ネットワークの発足>

臓器移植ネットワーク、さらに臓器移植法と、システムが国家的に整備されたにもかかわらず、献腎移植はむしろ低迷してしまった。その理由を考えてみたい。

1. 自然発生した腎移植システムの弊害

自然発生的に行われてきた腎移植は、種々な弊害を生むことになった。生体腎移植については、とくに東南アジアの貧しい層の間で腎の売買が行われるようになった。日本の旅行業者が買腎ツアーを計画し、希望者を募集したこともある。

死体腎についても、その配分（distribution）に不明朗なうわさが流れるようになり、また中国においては死刑を執行した遺体から盛んに腎の摘出が行われていた。私も当時、中国の医師に確かめたことがあるが、その医師は事実であることを否定しなかった。

このような背景を憂い、国際移植学会は1994年に表1のような指針を示し、各国にこの原則を守るように要請した。

原則 商業的動機や金銭的得失に左右されない
自由な意志による同意
処刑された犯罪者の臓器は使用しない

すべての国は、臓器・組織の不正売買を禁止する法律をつくり、
脳死の定義と診断基準を法律に明記し、以下の施策を実施する。
遺体の取扱い、臓器組織バンクの規制
移植に関与しない判定者による脳死判定
臓器組織の摘出・移植に関する記録の作成
利用されなかった臓器の届け出
すべてのドナーの登録と記録
移植施設に対する行政と医学界両者の公的認可

表1. 移植医療倫理に関する指針

国際移植学会 1994.8.30

2. ネットワークの功罪

日本においても、これに対応するかたちで1995年に（社）日本腎臓移植ネットワークが発足した。そのときに強調された原則のひとつは、表1からもうかがわれるように、腎臓を欲しがっている移植医は決して献腎を勧める段階で患者や家族の前に出ていけないという基本方針であった。その代わりに、受持医と腎移植コーディネーターが遺族との交渉をおこなうものとされた。

さらにもうひとつ、ネットワークが発足した最大の理由として謳われたことは、公平にして機会均等な献腎の配分ということであった。そのために、腎の提供を希望する者は登録費と検査費用を払ってネットワークに登録したうえで腎の提供を待つことになった。

その結果どうなったか、星長は、愛知県の献腎数が以前は年平均49件あったのに、1998年には15件に激減したと報告している。その主な理由は以下のようなものである。²⁾

a) それまで移植医が家族に腎提供を働きかけていたのを禁止された。その代わりにコーディネーターが担うことになったが、現状では数・質ともにとっても十分とはいえない。

b) 公平、機会均等の大義が原則になって、摘出腎が県外に流出してしまい、腎提供を働きかける意欲が阻害されている。

腎臓を移植してもらった腎不全患者のQOLがどんなに向上するかを知っている移植医は、献腎を勧めるのにも熱意があり、説得力がある。その熱意が他方では弊害をもたらす可能性があるというので家族との接触が禁止されたのであるが、結果としてはそれだけの熱意と迫力をもって献腎の意義を説明するひとがいなくなってしまった。

また、愛知県からの大量の腎輸出現象は、関係者の間ではよく知られている。臓器移植法第3条には、「国および地方公共団体は移植医療について国民の理解を深めるために必要な措置を講ずるよう務めなければならない」と明記されているが、地方公共団体が税金を使って腎の提供者を増やしても、提供された腎臓が他県にいつてしまうのでは、意欲も失われるし、そもそも何のために県民の税金を使うのだという批判も生じてくる。

3. シッピングの問題点

念のために現在のネットワークでの受腎者決定の原則を述べると、血液型およびHLAが6つと

も一致した希望者が存在するかどうか、まず全国の受腎希望者リストから探し出し、存在するときはそのひとに決定する。いわゆるシックス・マッチ（6 match）の全国 SHIPPING（shipping）である。6 matchがなければ各ブロック内において登録された希望者のリストからHLA適合度、登録後の待機期間の長さ、リンパ球直接交叉試験の結果などの資料をもとに公平かつ適正に順位をつけて選び出し、第一候補者に連絡し、ことわられれば次の候補者に連絡する。この過程において、同県内という因子はまったく考慮されていない。

全国 SHIPPINGの結果、日本の6 matchの腎の生着率は5 matchの腎の生着率よりも悪いというデータが得られるようになった。その理由は、免疫抑制の進歩のためにHLAのミスマッチの影響が少なくなってきた一方では、心停止による献腎ではどうしてもある程度の温阻血時間（warm ischemic time）が生ずることが多いので、その点で条件の悪い腎は、遠隔地への輸送に時間がかかるための阻血時間（cold ischemic time）の延長が重要な因子になり、それが生着率の低下を招いているためだと考えられる。条件の悪い腎臓は速やかに移植しないと、使いものにならなくなってしまうということである。

そのような理由で、6 matchの全国shippingは中止し、また、受腎者の選択に同県内の希望者を優先しようという動きが出ている。

<脳死臓器移植法で得たもの>

1. 脳死論議

献腎移植は心臓死からの提供でも可能であったが、肝臓や心臓などの臓器は、いわゆるheart-beatの状態を取り出さなければならない。そのために脳死段階での臓器摘出の実現が望まれていた。これに対応して日本でも、1985年に脳死に関する竹内基準が発表され、1990年には臨時脳死および臓器移植調査会（臨調）が設置された。これを契機として脳死に関する論議が社会を巻き込んで激しくなった。1995年に（社）日本腎臓移植ネットワークが発足。1997年6月、賛否が渦巻くなかで、廃案を重ねた臓器の移植に関する法律、いわゆる脳死臓器移植法が1年がかりで成立した。この法律は翌97年10月から施行されたが、脳死による臓器提供は期待を裏切り、2001年10月までにわずか16例に止まっている。しかも重大な現象として、図3に示すように、脳死論議の始まった1990年頃を契機として、それまで順調に伸びていた献腎移植数が停滞し、減少するようになった。

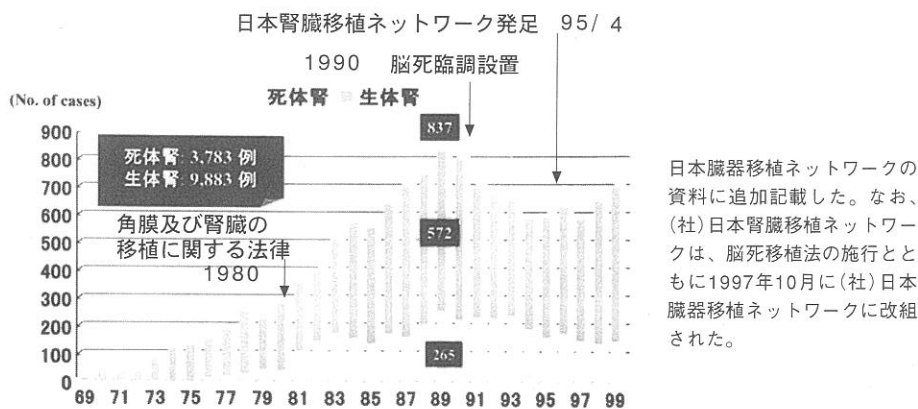


図3. 日本における腎移植数の推移

この移植法は、成立を急いだために十分な議論がなされず、いろいろな問題点が残されていることが多くの人から指摘されている。以下にそのいくつかを要約したい。

2. ふたつの死

まず第一は、「ふたつの死」の問題である。心臓の鼓動の停止により死を宣告され、遺体が次第に冷えていくことによってそれを実感し納得するというのが、われわれ日本人の間に培われてきた「死」の概念であった。ところが、この法により、新しく脳死による死が個体の死として認められることになった。このようになった理由は恐らく、脳死者からの臓器摘出を、生きているひとから臓器を取り出したと非難されたくなかったためであろうと思われる。しかし、臓器提供という特殊な条件を前提とした死という新しい定義は、いろいろな混乱を生じた。死に2種類あり、個人がそれを選択出来るのは尊厳死の考えにつながるものだと、積極的にこれを評価する意見もあるが、死亡時刻を恣意的に選択出来ることになると遺産相続問題で大きな社会的影響を生ずることが知られている。町野など多くの法学者の述べている違法性阻却論の方が論理としては整合性があるように思われる。これは、脳死下で移植のための臓器を摘出するのは違法ではない(違法性阻却)として、臓器摘出の後に心臓が止まった段階で死亡と判定すれば、「ふたつの死」が存在する必要はなく、個人の死は心臓死によるという原則をくずさずにすむというものである。

3. 角膜と腎臓の移植に関する法の廃止

移植法には、それまで施行されていた角膜および腎臓の移植に関する法(いわゆる角腎法)を廃止すると明記された。これは、心臓死による腎移植は中止し、これからは脳死による多臓器移植に移行するのだという姿勢を示したものと積極的に評価することも出来るが、実情を知るものとしては大変な事態になったと思ったものである。

幸いに附則のなかで経過措置として角腎法の規定が残されることになったが、これは賢明な選択であった。しかし当時は、心臓死による腎移植が可能であることは、時代を逆転させるものであるとして、大きな声では言えなかった。それが、その後の脳死臓器提供の不振から、せめて心臓死による腎移植だけでも過去のレベルに回復させたいという方針に転換されることになった。

4. 小児からの提供

小児の脳死臓器提供にもいろいろ議論がある。とくに重度な先天性心奇形のために移植以外に助かる方法のない患児のためには、小児からの移植臓器提供の道を開いてやりたいという声が強いの。

臓器移植法では本人が判断してカードに署名出来るのは、遺言と同様に、15歳以上と規定されてしまったが、15歳未満の小児にも臓器提供の権利を認めるべきであるという意見は相変わらず根強い。そのような社会背景を受けた厚生科学省の研究班が、6歳未満でも修正齢12週以上なら脳死判定は可能であり、新生児で48時間、乳児で24時間観察すればよいという報告を行ったところ、これは十分な検討をせずに予め用意されていた結論に導いているという批判が、脳死・脳蘇生学会のなかで堂々と行われている³⁾。小児からの臓器提供はとくに現在、賛否両論が激しく対

立しているところである。

なお現在でも、15歳未満の小児からの心停止後の角膜と腎臓の提供は、角腎法により、可能である。

5. その他の問題点

臓器移植法は、脳死体からとにかく臓器を取り出して移植に使いたいという狭く特殊な発想から速急に立法された法であるために、いろいろな欠点があることは当事者も認めており、とりあえず施行するけれども、3年経過したら見直すと条文中に明記された。しかしながら、すでに4年経過しているのに法の改正は行われていない。

臓器提供者も患者であり、最善の医療を受ける権利があるはずなのに、この法律は移植のための臓器摘出が目的であるため、摘出までの過程においてミスを起こさないようにするという発想はあるが、臓器提供者に対する配慮という視点が欠けているという指摘は多い。

ミスを犯さないように、疑わしきは除外するという原則に立っているために、運用が硬直的だという指摘も多い。臓器提供意志表示カードに○印をひとつ付け忘れていたために臓器を提供出来なくなったという事例があったことはすでに広く知られている。一般に状況証拠から判断して選択、行動するという原則で仕事をしている現場の人間にとっては、本当にじれったいというのが実感である。この点を改善するため、遺族が承諾すれば本人の書面が残されていなくとも移植できるように法を改正すべきであるという意見が強い。

せっかくこのような法律をつくるなら、死体からの研究用の組織の利用など、関連した事項をすべて網羅した法にすべきだという意見もある。わが国の法体系全体を見渡したうえで、関連分野における問題点をすべて集めて法的規定を明確に示すという趣旨での立法が望まれるという指摘である。そのような広い視点から出発すれば、次項に述べるような遺体の所有権に関しても、これまでの日本人の慣習と調和する法律が出来たのではないかと思われる。

<日本人の死体観>

諸外国にくらべると日本では異常と思われるほど腎移植、とくに献腎移植が少ないことが、多くのひとから指摘されている。これは透析に対する全面的な経済的援助という施策のためもあるが、日本人ないし東洋人の死体に対する特別な想いが微妙な影響をおよぼしているのも疑いが無い。アメリカでは献腎が年間8~9,000件あり、人口100万人当たり20人であるが、アジア人系のみについてみると、その約半数の10人という⁴⁾。

1. 東洋人の死体に対する執着

西洋では死とともに魂は昇天し、遺体はただの物体になるという考えが強い。したがって、臓器はその人のものではなく、神や社会に属するべきであり、いわば社会集団の共有財産であるという認識が生まれ⁵⁾、そのような社会基盤があれば臓器の提供も比較的容易に受け入れられる。

西欧の心身二元論に対して、日本では昔から心身の概念が分離されていない。したがって遺体には相変わらず亡くなった人の心が宿っているとみなされる傾向がある。そしてまた、五体満足

な状態で三途の川を渡る必要があるとされている。その結果、死亡した段階では霊はまだその遺体に宿っており、火葬することによってはじめて霊が煙と共に天に昇っていくと考え、ひととしての形のなくなった遺骨を拾い集めて初めて納得するのである。これは何代にも亘って語り継がれた、感覚的なものであり、理屈ではないので、それを打ち破るのは非常にむずかしい。

2. 遺体は誰の物

上記とも関係するのであるが、日本では、死亡とともにその死体の所有権ないし処分権は遺族に移るという伝統的な考えがある。これは誰かが死体を処分しなければならないので、他の遺産といっしょに所有権が遺族に移行するのだと理解される。成文化されてはいないが、法律上の擬制ということで、ある程度公認されコンセンサスを得ている考え方である。角腎移植法ではこれに基づき、本人の遺言がなくとも遺族の承認があれば臓器を提供してよいとした。それが今回、臓器移植法においては、臓器提供を承諾したとたんに、いわば強権発動によって、臓器の処分権が移植ネットワークに移行してしまうことになった。これは、西欧文明に立脚した国際移植学会の声明（表1）に影響されたためといってよいであろう。

この問題についても、いろいろな議論がなされ、この強権発動には無理があったのではないかという反省の機運が出てきた。2001年7月、第15例目の脳死臓器提供では、自分の腎は透析しているふたりの親族に提供したいと故人が生前に発言していたと認められ、その意志を尊重した移植が行われた。しかもこの受腎者はネットワークに登録していなかったにもかかわらず、改めてネットワークに登録する必要はないという判断がなされたのである。これは省庁もふくめた関係者のコンセンサスの下での決定であったが、臓器移植法には規定されていないことであり、当然ながら公平公正な配分の原則に違反すると、患者団体を中心に反対の声があがった。

<その他の雑事>

一般のひとは知らないが、献腎移植には他の医療行為にはない特殊な事項がいろいろ発生する。献腎に関する理解を深めるために、それらをここに列挙する。

1. 希望者は登録する

腎臓の提供を受けたい腎不全患者は、まず日本臓器移植ネットワークに登録しなければならない。初回登録の際には登録料として3万円、HLA検査料として2万円を払い、採血してもらう。その後も毎年1万円を払って、血液も採血して新しい検体に交換してもらう。2001年11月30日現在で13,042人が献腎移植を希望して待機しており、それに対して現在待機中のひとに提供される献腎数が年間200とすれば平均待機期間は65年になり、その間に70万円を支払うことになる。当然、腎の提供を受けられないまま途中で死んでいく人もいる。

特定の法人に登録した人だけが腎の提供を受けるのはおかしいのであって、腎の提供があれば必要とする国民すべてが平等にそれを受ける権利を有するはずであるというのは正論であるが、机上の空論に過ぎない。

2. 献腎の前後

腎提供に至るまでのコーディネーターの活躍はすでに知られている。献腎活動が成功するためには、毎日のように病院訪問を行い、きめ細かな活動を行う、常勤のコーディネーターがぜひとも必要である。

提供が決まると摘出チームが緊急手術のために動員される（表2. 腎提供者の条件）。タイミングが悪いと、現地で何時間も待機することもある。腎提供病院にしても、他院からの摘出チームを受け入れるのは、いろいろと迷惑な面がある。心停止前的大腿そけい部からのカテーテル挿入も、その患者に対する治療行為でないために、ときにトラブルの原因になる。摘出された臓器の輸送は、ネットワークの担当である。

以下の疾患又は状態を伴わないこととする
全身性の活動性感染症
HIV 抗体, HTLV-1 抗体, HBe 抗原などが陽性
クロイツフェルト・ヤコブ病及びその疑い
悪性腫瘍
(原発性脳腫瘍及び治療したと考えられるものを除く)

以下の疾患又は状態が存在する場合は、慎重に適応を決定する
血液生化学、尿所見等による器質的腎疾患の存在
HCV 抗体陽性

年齢：70 歳以下が望ましい 上記基準は適宜見直されること

表2. 腎提供者の条件

厚生労働省健康局長 平成13年7月30日、健発第798号
この基準は適宜見直しが行われ、現在の最新版ではクロイツフェルト・ヤコブ病に関する対策が大きく盛りこまれた。

静岡県では、提供者の葬式にはコーディネーターが列席し、腎バンクからの感謝状と香典を届ける。後に厚生大臣からの感謝状が届くので、これを伝達する。

腎摘出にかかわる費用は、受腎者の医療費として保険支払基金から入院している病院に支払われる。病院はこれをネットワークのブロックセンターに送金することになった。ネットワークは1腎分を分割して提供病院、摘出チーム、HLA検査センターに配分し、もう1腎分はプールしておく。

移植を受けた患者から遺族への感謝の手紙、いわゆるサンクスレターは、書いて頂ければコーディネーターが遺族の元に届け、受腎者の経過を説明するが、お互いの個人情報決して伝えないのが大原則である。これは、対面などをするとそのときは感激的な美談で終わるかも知れないが、長い月日が経つうちに、その関係が相互に負担になってくるという、いくつかの苦い経験があったためである。

<静岡県における歩み>

1. 静岡県で何が起きたか

浜松医科大学付属病院は1967年に開院したが、生体腎・献腎をふくめ、当時は静岡県内におい

て腎移植は一切行われていなかった。1980年に角膜及び腎臓の移植に関する法律が施行され献腎の道が開け、静岡県においてもそれに対応する体勢が求められたこともあり、当科における腎移植がスタートした。

1986年に（財）静岡県腎臓バンクが設立された。1992年、静岡県腎臓バンク主催で第1回移植推進研修会が開催され、30施設から55人の出席があった。その席で院内コーディネーターの必要性が述べられ、またその活動を支援するためには病院長の理解と協力が必要なことが指摘された。この勉強会が発展し、1996年に18施設19人によって静岡県院内コーディネーター協議会が発足した（図4）。静岡県からは、この院内コーディネーターに対し嘱託としての辞令を交付してもらえ

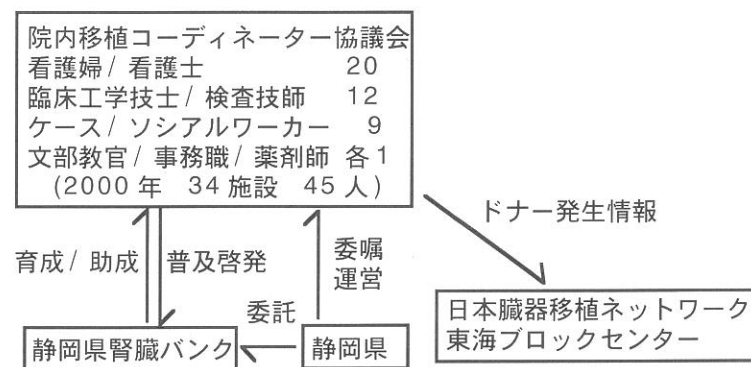


図4. 静岡県院内コーディネーター協議会の概念図

院内コーディネーターはボランティアに近いものであるが、県から嘱託として委嘱され、院長も公認している。透析室の工学技士や婦長が主である。静岡県腎臓バンクのなかから出発し、いまもその傘のなかに入っているが、一応独立した組織である。院内でのきめ細かい連絡などを行い、実際に腎提供者が発生すると臓器斡旋業務はネットワークに引き継ぐことになる。

さらに、1999年から政府の補助金を得て、県の委託事業として腎臓バンクに専任のコーディネーターを雇用出来るようになった。また、この年の9月から、厚生省北川研究班の一環として、大島分科会の腎提供者を増加させるためのプロジェクトにモデル県として加わるようになった。具体的には協力してくれるモデル病院を選定し、そこで発生する脳死ないしそれに準ずる、腎提供の可能性のある症例の情報を提供してもらい、献腎を打診するというものであった。症例毎に記録をつくり、その症例が腎提供に結びつかなくてもよいから、なぜ提供に至らなかったのか全過程を分析するという作業を繰り返した。脳死患者を臓器移植に結びつけるためには医療従事者はどのような手順をとるべきかというプログラム、donor action program を確立するための検討に入ったのである。

協力病院は年とともに増加し、検討症例数も年とともに増加したが、腎提供数は増加しなかった。しかし、3年目の2001年になって、9月現在で10人から腎の提供の申し出を受けるとい

	11年度	12年度	13年度(9月末)
施設数	5	15	16
検討症例数	61	128	57
潜在的ドナー	47	102	50
心停止情報	17	46	31
献腎情報提供	10	25	14
献腎承諾	6	5	10
摘出腎	10	8	20
献腎数	9	8	17

課題 施設によりコーディネーター、提供医の意識に差がある
施設により協力医との連絡の頻度/質が違う
協力医が情報の提供、オプション提示に消極的である
院内コーディネーターは本来そのような職種にないので情報が得にくい

表3. 静岡県の成果

このプログラムは平成11年(1999)年からスタートした。ちょうど専任のコーディネーターが配置されたところであり、地道な努力が続けられたが、献腎数の増加という成果に結びついたのは3年目であった。

2. 得られた教訓

これまでの歩みを振り返ってみると、いくつかの教訓が見えてくる。ただし、ここで述べるのは私個人の感想である。

まず第一に、地元を受け入れ体勢があることが重要である。いくら為政者が法律や組織をつくっても、それに魂が入らなければ実効は生じない。静岡県においては、いわばボランティアとして院内コーディネーターが自然発生し、推進役がいたおかげで組織として成長した。草の根ネットワークによるニュース網は、どの分野でも大きな威力を発揮するものである。

1999年からの段階では、専従のコーディネーターの存在が大きい。ボランティアは皆、それぞれの本職をもっており、職場の理解があるにしても、その活動には限界がある。静岡県では非常に有能で、やる気のある若い女性をコーディネーターとして得ることが出来たために、すべてが順調に回転し始めた。

コーディネーターがデスクに座り込んでしまったら駄目である。われわれはオフィスをもたないコーディネーターという発想のもとにスタートした。自宅のパソコンがいわばオフィスであるという、柔軟な考え方である。

成果はすぐには見えてこないというのも大きな教訓である。今回も、このプログラムがスタートしてから3年目によく、献腎数の増加という成果が見えるようになった。

亡くなったら故人を無事に三途の川に送り出してやりたいと思っている家族に説明して、臓器提供の同意を得るのは、理屈で説得出来る分野ではないように思われる。また、周囲の社会の雰囲気、環境が整わなければ、家族にもそれを実行する勇気が生まれてこない。臓器を提供してお礼をもらったのだろうと世間に陰口をいわれたくないから、香典も受け取りたくないといわれたこともある。

脳死ないしそれに準ずる患者なのに、ドナーとして臓器を提供するという選択肢があることを家族に教えてあげるひとがないというのも、問題点として指摘されている。アメリカなどでは、臓器提供の可能性のある状況の患者には必ず臓器提供の道があると伝えることを、病院の義務と

して命じている。潜在的な臓器提供の意志を発掘し、提供の実現に結びつけるコーディネーターの使命は重要である。

3. 人口100万人当たり年間5件

アメリカでは、アジア系人でも人口100万人当たり年間10件の提供があることを述べた。大島によれば、愛知県で献腎が盛んであったときは人口100万人当たり年間5件の提供があり、また、保健衛生大では脳死の15%の方から提供を受けていたという数字を全国の脳死患者8,000人にあてはめると、やはり人口100万人当たり5件になるという⁴⁾。静岡県の本年の実績はそのレベルに近づいており、このような活動が全国に波及すれば、5年後には年間1,000～2,000件の腎提供が行われることを目標にしているというドナーアクションプログラム運動の目標達成も不可能ではないと思われる^{6,7)}。

<おわりに>

献腎移植という特殊な医療には、他には見られない種々な問題がある。決してきれいごとだけでは済まない、複雑な要因も絡んでいる。しかしそれを乗り越えて、献腎移植が日本にも定着することを期待したい。そしてその先には、他人の臓器をあてにしなくても済むような手段が開発されることを願っている。

参 考 文 献

- 1) Opelz G : Collaborative transplant study - 10-year report. *Transpl Proc* 24 : 2342-2356, 1992.
- 2) 星長清隆 : シンポジウムにおける発言. 第34回日本腎移植臨床研究会, 2001.
- 3) 濱邊祐一、他 : 第14回日本脳死・脳蘇生学会, 2001.
- 4) 大島伸一 : 座談会での発言 : 献腎移植をふやすには. *今日の移植* 14 : 163-179, 2001
- 5) 野村祐之 : 死の淵からの帰還. 岩波書店, 1997.
- 6) 鈴木和雄、大田原佳久、藤田公生、鈴木利晶、石川晃、清水牧子、大西陽子 : 静岡県における献腎移植普及活動について. *腎移植・血管外科*. 13 : 11-16, 2001.
- 7) 清水牧子、他 : 静岡県における献腎提供推進プログラムの検討. 第38回日本移植学会発表予定, 2002.