

日医総研ワーキングペーパー

フランスにおける臓器移植の現状

No . 35

平成 12 年 10 月 27 日

日 医 総 研

奥田七峰子(フランス駐在研究員)

はじめに

日本で脳死体からの臓器移植が法制化されて、3 年が経過した。実際に移植も実施されているが、ドナー登録数や小児を適用除外していることなどを含め、環境の整備にはまだ時間を要すると思われる。

本稿では、日本での臓器移植の環境整備の参考に資するため、第 1 章でフランスの移植医療の実情を現場で働く者へのインタビューを通じて紹介する。また、第 2 章では、フランスにおける臓器移植の歴史と法制度について概略を報告する。

今回インタビューに応じてくれたのは、フランス西部の都市ナントにある「ナント国立大学病院」で移植臓器提供・摘出コーディネーターとして働くジャン＝ノエル・ルサン氏である。

この病院では、年間 140 件以上の臓器提供・移植が行われており、ルサン氏も年平均 40 件以上の移植に携わっている。

フランスにおける臓器移植の現状

フランス駐在研究員

奥田七峰子

キーワード

- ◆ カヤベ法
- ◆ バイオエシック法
- ◆ 推定同意の原則
- ◆ 地域ブロック・ネットワーク
- ◆ 臓器提供同意者数、臓器摘出成立数、移植数

ポイント

- ◆ 1953年生体腎移植第1号より約半世紀を経たフランスの臓器移植法制事情
- ◆ フランスの脳死者数は、死亡者の3分の1を占める。
- ◆ 臓器を含めた全ての人体組織売買の禁止
- ◆ 絶対匿名と一切の関連情報非開示の義務
- ◆ 1999年フランス移植者数は、3018件（生体110件）
- ◆ ドナー数、移植数の伸び悩み
- ◆ 臓器提供同意7割、臓器提供拒否3割

はじめに

日本で脳死体からの臓器移植が法制化されて、3年が経過した。実際に移植も実施されているが、ドナー登録数や小児を適用除外していることなどを含め、環境の整備にはまだ時間を要すると思われる。

本稿では、日本での臓器移植の環境整備の参考に資するため、第Ⅰ章でフランスの移植医療の実情を現場で働く者へのインタビューを通じて紹介する。また、第Ⅱ章では、フランスにおける臓器移植の歴史と法制度について概略を報告する。なお、臓器移植に関連するデータを参考として末尾に付してある。

今回インタビューに応じてくれたのは、フランス西部の都市ナントにある「ナント国立大学病院」で移植臓器提供・摘出コーディネーターとして働くジャン＝ノエル・ルサン氏である。

この病院では、年間140件以上の臓器提供・移植が行われており、ルサン氏も年平均40件以上の移植に携わっている。

第Ⅰ章 フランス移植臓器・組織の提供及び摘出コーディネーター看護師 ジャン＝ノエル・ルサン氏インタビュー

ーまずは、あなたの資格と現在のポストとお仕事の内容を教えてください。

「国立ナント大学病院の看護師で、移植臓器・組織提供及び摘出専任コーディネーターです。ナント地域で脳死された患者さんの臓器及び組織の提供の反対表明の有無を確認してご遺族の方から提供いただき、それを迅速に摘出採取するまでをコーディネートするのが私の仕事で、その前後は、担当していません。例えば患者さんの死亡が確認されるまでの段階や、摘出された臓器・組織がどのような優先順位で移植を待つ患者さんに配分されるかの審査も担当しません。」

ー勤務体制(時間的・身体的条件、コーディネート件数、報酬等)はどのような状況ですか。

「フランス国家公務員は、週39時間労働(近々35時間制に時短される。)が原則ですが、私の場合それを遥かに上回っているでしょうね。当直も月当たり7日間ほどあり、その日にはポケットベルを携帯します。しかし、仕事に対し肉体的にも精神的にもストレスを感じた事はありません。実際に1分1秒を争う業務は私のレベルではあまりありません。

私の当直日以外の夜間に脳死者が出た場合には、その夜の当直腎・泌尿科医師の下に、その科の看護婦／士が血清化学などの必要な諸検査をラボラトリーに出して、ナント地域ブロックの移植センターへも報告を入れておいてくれます。遺族の方にお話しをするのは、翌朝になってからのほうが良い場合も多いので、夜中に呼び出されて病院に行く必要が少ないのです。

私の仕事で最もデリケートで慎重さを要求されるのは、脳死患者さんのご家族との対話をどのように始め、これをどうやって結果に結びつけるかです。

年間の対応件数は、約50～70件程で、そのうち臓器移植に結び付くのは約40件程です。ですから月当たり平均約5件程の移植をコーディネートしていることになります。報酬は主任クラスの看護婦／士と同じです。」

ーコーディネーターになるのには専門資格が必要なのでしょうか。

「看護婦／士の免許を取得した後に、国の講習会に出席して修了資格の取得が必要です。しかし、コーディネーターは国家試験などによる専門資格が必要な職ではありません。最低限、看護婦／士である事が必要条件ですし、希望されるのであればもちろん、医師がコーディネ

ーターになることもできます。私はコーディネーターになる前は、ナント大学病院の移植科で主任看護師をしていました。」

ーこの資格を国家試験免許に制度化するべきでしょうか。またその理由は。

「現状に問題は感じません。コーディネーターの仕事には試験で点数をつけられる正解モデルというものはないと考えるからです。もう一つ、この仕事を担当している人にある程度の柔軟性を与えるべきだと思うのです。

コーディネーターには、倫理学、対人関係、法律、(より良い状態での臓器の)早期摘出術、オーガナイズ力(Ethic, Relational, Diplomatic, Regal, Procute, Organize)の多角的資質が要求されます。救急レスキュー隊、各科の医師および看護婦／士から様々な職種の人々と急ぎつつ円滑にコンタクトをとりながら、一方ではご遺族の悲劇を精神的にポジティブに変える力を持つ事が大切です。これらがすべて合法的に行われた事の証人となるという責任もあります。」

ー遺族の方に臓器提供をお話しする時の難しさを教えてください。

「統計の数字ではなく私が実際に扱う件数の数字が示すように、脳死の後、臓器の提供を持ち掛けると85%以上の方が同意してくださいます。拒絶されるのは15%未満です。ですから、かなり高い率の方が、移植の為の臓器提供をポジティブに見ているのです。医療への不信感やマスメディアによって(フランスでも裁判になった不加熱処理血液管理者の問題、開発途上国での臓器売買シンジケートの報道)受けた情報を間違えて理解をした時に起こり得ますが、そのような場合は私たちの活動を説明し、存在する医療問題とは別の物である事を理解してもらいます。

拒絶をされる方の理由は、大きく分けて3つあります。一つは、脳死患者さんが生前、臓器提供に反対の表明をしていた時です。この場合は説得の余地も何もなくすぐにお話をストップします。もう一つは患者さんは生前特に反対はしていなかったが、遺族の間で意見がまとまらない、葬儀前の遺体に傷をつけて欲しくないなどという理由です。このような時は、遺体は実に注意深く扱われ手術・縫合をされるので、葬儀は問題なくできる事をお話しします。キリスト教、イスラム教の方は、これを聞かれるととても安心されるようです。そして臓器の提供は、苦しみ、求める他人に生を分け与える厚意の献身とご遺族の方の間で意見がまとまります。

最後の理由は、患者さんは生前特に反対は表明していなかったが、遺族が倫理的に臓器を提供する事に抵抗を感じるというものです。この返答が一番難しい場合で、人間の価値観や倫理観は十人十色で、他人が変えられるものではありません。私たちの倫理観と違ったも

のであれば、それを尊重し認めた上で、とにかくその倫理観を含めたお話を聞くようにします。その末ご同意いただくか断念するかとなります。」

ー提供にご同意いただいた遺族の方には、移植のうまくいった事を報告したりはするのですか。家族の死後も臓器が生き続け、その事によって苦しんでいた患者さんを救った事を知りたい方もいるのではないのでしょうか。

「報告はしません。感謝の言葉を伝えたいと言う患者さんからの手紙などもわたしの所で預からせていただいています。これには二つの理由があります。

まず法律上、臓器は提供であって売買は一切できません。この一大原則が将来的にも絶対安全に守られる為には臓器の提供は匿名で行われるべきものです。遠い日に、再生できる血液や骨髄は安くて、2つある腎臓は中程度、心停止を必要とする臓器が一番高い、などとなる危険性の種を今日撒く事は許されません。

次に遺族の方にとって、家族の脳死はできれば忘れたいが忘れる事のできない、悲しい事実なのです。そっとしておいてあげたいと思います。もしも遺族の方からあえてご希望があつて、どのように故人の臓器が有効に使われたかを知りたいと言う方には、やはり匿名のまま、移植患者さんの元気になった近況を伝えたりお礼の手紙をお渡しします。」

ーあなたのようなコーディネーターは、フランス国内ではどのように地域配置されているのでしょうか。

「以前はフランス・トランスプラント(France Transplant)協会がパリに中央機構を置いて臓器を中央で配分していましたが、現在は国の運営の(Etablissement Francaise Greffe)下7地域にブロック分けされています。各地域ブロックのセンターに医師1人、看護婦／士1人の専任コーディネーターがいます。彼らは主に摘出された臓器の行く先である移植希望者のクリニカルな選抜をします。その地域内の指定の国立大学病院や公立病院にも同じく医師1人、看護婦／士1人ずつコーディネーターが配属されています。私はそのコーディネーターの1人になります。ドナーとレシーバーを担当するのは、必ず別のコーディネーターになるようにしています。」

ー今の時点で問題は何かありますか。またこれはどのように改善されるべきでしょうか。

「コーディネーターを指定大病院だけに限らず、蘇生科・ICUを持つ規模の全病院に配置すべきです。脳死患者さんが出た時に、臓器の提供を話す機会も聞く事すらなかったと言うのは残念な事です。提供を拒否する権利は変わらないのですから、少なくともその事について考えたり、説明を聞いてみる事は医療者側にも患者さん側にも無駄なことではないと思います。全国の各病院にコーディネーターを配置する事によって、情報を地域差なく公平で豊富なりスト登録をするためにも、このように改善することができます。」

ー移植コーディネーターの全国配置以外にも改善されるべき事、例えば一般人の教育やこれからの課題などがありましたら教えてください。

「世論啓発のためになにをするべきか考えた時、マスメディアを使って全国キャンペーンをするのも効果はあります。しかし、もっと自然にみんなが考える機会を与えられる為には、私は学校教育の場での啓発を提案します。死とは何かをも理解できない低学年児童ではなく、死の悲しみを体験したか、または聞き知っている高学年生徒、一般には高校生ぐらいの年齢かと思いますが、彼らに特別なポジションを決めさせるのではなくて、あくまで一度は討論して考えてもらいたいのです。自分がオートバイで事故にあったらこうして欲しい、と真剣に自分の大切な命について考えさせる機会を与えたいのです。また彼らの意見を聞かないまでも、せめて若い人が「臓器提供とは何かなど、一度も聞いた事もない話」などと言わなくなるようにできたら、と思います。

それから病院関係者への教育も大切です。これは見落とされがちですが、全国キャンペーンをするのと同じくらい意味のあることです。病院関係者が一個人として持つ考えが外に出て、家族や友人と職場で見聞きした事を話し、印象を良くも悪くも感染させるのですから、この人たちが間違った見識を持てば、病院外で医療者への不信の種を蒔きます。今や情報は溢れんばかりの世の中ですので、正しい報道も間違っって解釈されることもあります。私たちの所で行った勉強会では、出席してくれた、電話交換手、掃除夫／婦、調理・配膳係、事務・受け付けなど医療関係でないスタッフはもとより、ほかの科の医師や看護婦／士、技術士、薬剤師、臨床検査士からも思いがけない活発な質疑応答が交わされました。」

ー日本では脳死を死と認める法案が通過したばかりですので、正直に申し上げまして移植医療はまだまだ一般視されていません。今までに国内であったのは、せいぜい親族生体からの臓器提供によるものです。フランスでの「脳死」の定義を教えてください。

「脳死者はフランス人の死者の3分の1を占めます。脳死が何かを国民に正確に理解してもらわなければ、脳死者からの移植が一般的に認められるようになりません。

脳波が完全停止し、角膜が無反射で摘まんだ皮膚が無反応になり、呼吸器をはずした状態では呼吸不可になると科の担当医が脳死を診断します。それから4時間後に、別々の2人の医師により、30分間のEEG脳波測定を2回記録します。ここで脳死が確認されこの2人の医師の署名によって死亡が確定され、ご家族に脳死を宣告します。この時、「脳死とは、呼吸をさせる機械と昇圧剤をつけたままの無意識、無反応、無反射の状態での極めて不自然な延命行為」であって、「一時的心停止や昏睡状態、植物状態ではない」事をきちんと医学知識のない方にもわかりやすく説明しなくてはなりません。この間、移植チームに関係する医師やコーディネーターは一切立ち会う事はできません。脳死が確定されて初めて、当直の泌尿器科医師か移植コーディネーターに連絡が入ります」

ーこの脳死が問題視される事はフランスではないのでしょうか。

「脳死を死と認めにくいのは、フランス人にとっても一緒です。なぜなら脳死とは、朝元気に仕事や旅行に出かけた道で遭った事故によって突然亡くなった人の死であって、病気一つない元気だった人である場合が多く、長い闘病生活のうちに徐々につくられる死への準備段階が全くない死であるからです。しかしながら、これは人間の感情の問題であって、歴史的にも法制度として問題にされた事はありません。」

ー法制度とその歴史についてご説明いただけますか。

「最初は、1976年12月22日に制定カヤベ(Caillavet)法のもと、死体臓器移植が進められて行きました。その後改正され、1994年7月24日にバイオ・エシック法(Bio-Ethic)が制定されました。この2つの法律の差違を端的に言いますと、インフォームド・コンセントの観念の薄かった頃の「故人の提供拒否の意思」のない事を確認すれば親族の意思を聞かなくてもよかったカヤベ法」と、インフォームド・コンセントを医師法制化した「故人・遺族両方の提供拒否の意思」の確認をすべきバイオ・エシック法」ということになります。どちらの法律とも遺族の提供同意の意思の確認を目的としているわけではなく、法律用語でいう『推定同意の原則』が取られています。カヤベ法の制定からバイオ・エシック法制定までに約20年の歳月があるわけです

が、実際の現場では必ずご家族の意思を聞いて尊重していましたので、新しい法律になって現場でのやり方が変わったわけではなく、それを法律が後からなぞったに過ぎません。コーディネーターの仕事は、これらが厳守・尊重されているという証人となる事です。」

ー1994年の法改正までカヤベ法は国民の間ではどのように理解されていましたか。

「カヤベ法のもとでも、故人の臓器が家族の反対にも関わらず、摘出された事はありません。しかしその辺りが国民の間では不透明でした。当時医学の技術は急速に進歩していました。カヤベ法は、そのなかで、移植手術なしには助からない、明日、明後日の死を待つのみ肺・心臓・肝臓病患者さんの命を救うためにした事で医師が法の罪に問われないようにとした早急の策で、確かに今読んでみると随分無理のある法文にも取れます。しかし、人命を救うためでも違法であっては医師も動くに動けなかったのも、脳死者からの移植を合法化するためには、当時としては最良の法律でした。しかしながらこれは倫理観やQOLを語る場面の少なかった移植黎明期の法律です。時に医学の進歩とは法制化されていない分野に足を踏み入れる可能性のある科学です。しかし、それを恐れていては沢山の患者さんの生命を犠牲にするまま時間が経って行きます。法や倫理を注意深く見守りながらも、一面的には難題が残っているが切り開いてゆくべき価値があると決断したら、ましてやそれが人命を救うための行為であるという理由で進めて行けば、結果を見て多くの国民がその決定を理解してくれるようになります。」

ーヨーロッパのほかの国ではどうでしょう。

「死後の身体は誰のものか、という質問を考えてください。家族の所有物ではないはずです。それはどこの国でも同じです。

オーストリアでは、帝政時より歴史的に死後の身体は土に返るまでは国家のものと考えられています。このため、一時期医学の進歩の目的の為にオーストリアでは遺体は全て解剖されていました。国家の優先事項として、生きている国民のより良い健康を、亡くなった方の遺体より優先にしたのです。」

ー外国人(フランス国内居住者以外)への臓器の流出が問題とされた事がありますか。

「外国からの患者さんが多額のお金を積んだお陰で、上記の国内リスト待機者より順番が先になることはありません。治療的な緊急度によって順番がきまることはフランス国内居住者の優先者リストと同様です(法律などで明文化された規定ではありませんが、むしろ外国籍患者さんの方が遅いと言う噂もあります)。私が個人的に申し上げる事は特にありませんが、医療関係者の間で一般的に考えられている正論として、ヨーロッパ共同体内で政治的に医療協力同盟を取り交わした国家間(例:イタリアとフランス)のほか、アフリカ等の経済的・医療的レベルが遅れている国の患者さんに、先進国の移植医療を提供するのは人道的に見て当然だと思われています。

しかし、今日、世界的に日本を医療レベルの低い開発途上国と見なす人はいないと思います。むしろ経済的に世界のトップと見なされる国が、政治的合意もなく外国の移植医療を利用する事をこのまま継続すると国際的に批判が出る可能性は否めないのではないのでしょうか。

ー実際の移植の現場はどのように稼働しているのでしょうか。

「私たちコーディネーターの業務は治療的な面には一切関与しません。全く移植には関係のない医師によって脳死が宣告された時点で、ご家族に我々の存在を告げておきます。それから、私たちが初めて家族の方にお話をしに行きます。

お話の末、故人または家族に臓器提供拒否の意思のない事を確かめ、患者が未成年や要保護者や特別の場合は(犯罪性事故・自殺者の場合は裁判所の委任官の同席のもと)同意を明文化し、ブロックの移植ネットワーク・センターに電話連絡を入れます。同時に移植に不可欠なドナー側の、検査結果(血液学、疫学・HLAなど)が出てきます。リストからベスト・マッチングをセンターが捜している間、各移植臓器摘出外科チームを順番にコーディネートします。センターでは、心臓・肺・肝臓・膵臓は全国優先者リストの中から選ばれ必要輸送機(救急車、ヘリコプター)を使って臓器が運ばれ、腎臓は地域登録患者リストの中から選ばれます(医療費削減のため、緊急度の低い腎臓はその近辺在住者が選ばれる)。次に角膜などの心停止の後にもでも摘出できる組織のコーディネートをしします。」

ーその間の所要時間の目安は。

「全て(提供拒否意思または同意の確認から最終手術終了の確認まで)が終わるまでに、最低48時間位かかります。朝の8時から始まって終わるのが翌々朝の8時というパターンが多いのでこの数字はかなり正確だと思います。

また、脳死から移植が行われるのに超過してはいけない時間の目安としては、心臓が4時間、肝臓、脾臓が8～10時間、腎臓が36時間です。脳死が確定すると、泌尿器外科が臓器摘出術を開始し、まず初めに肝臓摘出外科チーム、脾臓摘出外科チーム、次に肺・心臓摘出外科チーム、最後に腎臓摘出チームの順番でオペ室に入ってきます。心停止の後、各組織が採取され、泌尿器外科医が、生きている人間の手術時同様に時間をかけ丁寧に縫合します。同時進行に全国各地、別のオペ室で心臓移植外科チーム、肝臓移植外科チーム、脾臓移植外科チームが移植術をすすめます。これらのコーディネートが初めの8時間です。たったの8時間ですが、この短時間に、各地で今日か明日にでも来るかもしれない死におびえていた子供たちやその両親、進学や就職を断念した人の人生が変わるのです。私たちがその悲しみが喜びになる日の縁の下の力持ちになれているというポジティブな自負こそが、ネガティブな事も多く厳しい緊張感の続くこの仕事への意欲を与えてくれます。」

ー臓器提供者にも年齢制限はあるのでしょうか。

「腎臓であれば、65～70歳まで献腎いただけます。肝臓は65歳まで、心臓・脾臓は55歳まで、肺は45歳までと決められています。ただし、年齢のほかに推定提供者の検査結果が一定水準以下のものは断念しなくてはなりません。摘出した臓器の質そのものが移植を受けた患者さんの後の人生の質を変えます。そのためにも疾患のない脳死状態での臓器が必要なのです。」

ー最後に、日本の同職者へメッセージをいただけますか。

「初めの一步は厳しいものです。でもそこを突き破ってください。数が増えれば難題は徐々に解決されてゆきます。必要なのはとにかく時間と元気になった患者さんの生活です。数が増え、移植医療を行う病院も増え、スタッフが増えてゆけば、身体的ストレスだけでも随分と軽減されます。

それから、私が脳死された患者さんに臓器の提供をお話する時は、何かを請う立場はとりません。深い悲しみの中にあるご遺族の方に、その悲しみからポジティブなものが生まれる可能性をお話します。このポジティブ化する立場を取る事が、この仕事をして行くために必要なのではないのでしょうか。」

第II章 フランスにおける移植の歴史と法制度

1.フランスにおける臓器移植の開始

フランスで初めて行われた臓器移植手術は、世界に先駆けて行われた母子間の生体腎移植だった。

1953年12月24日、クリスマス・イヴのその日、当時18歳だったモーリス・ルナールは、工事作業の足場から転落、腎臓破裂を起こした。破裂した側の腎臓摘出術が行われた数日後、排尿がなくなったモーリスの腹部レントゲンを撮ると、驚いた事に彼は生まれつき一つの腎臓しか持っていなかったのだった。母の懇願もあって、パリ、ネッケー病院のハンバーガー教授、ヴァイス教授のネフロログ・チームは、世界初の生体腎移植を行った。当時はHLA適合性などの問題が明らかにされていなかったため、残念ながらこの腎移植を受けたルナール青年は、手術32日後の1954年1月26日に死亡。彼の死はこの新しい医療に大きな期待をもって声援を送った当時の多くの国民の心を沈ませた。

第2回目の臓器移植は、1959年6月29日、同じくネッケー病院のハンバーガー教授チームによる37歳の双子兄弟間での生体腎移植だった。双子とは言え、二卵性の為、血液型も異なり、外見的にも全く似た所の無い兄弟だったという。この頃には、人体の免疫機能が抗体をつくって反応するために、移植臓器を排除しようとする事がわかっていたので、放射線療法で移植前の患者の免疫機能を破壊してから移植術を行った。この手術を受けた患者は術3週間後、排尿機能も回復するまでに元気になり、その成功と免疫抑制が臓器移植成功のカギを握ることが世界中に発表された。この生体腎移植の成功が、その後の、肺移植、肝臓移植、心臓移植へとつながり、フランスをはじめ世界中で臓器移植医療が広がるきっかけをつくったのである。

イヴェット・チボーさんは、1964年にネッケー病院で腎移植を受け、現在も元気な生活を送っている。ネッケー病院で1993年までに腎移植を受けた患者の数は1362人である。

この移植技術が安定すると生体腎移植だけでは臓器の確保に限度があることが問題となった。そして、死体臓器利用の必要性が瞭然とし、その倫理問題と法規制問題が議論されることとなったのである。

2.移植医療を支える二大法制

(1)カヤベ法からバイオエシックス法へ

フランスは、1976年12月22日に**カヤベ法**を制定し、初めて臓器移植のために、死体・生体から臓器を摘出する事を合法化させた。特に、注目に値する点は、「臓器を移植・治療目

的の場合に限り、その拒否表明がなかった事を確かめれば死体から臓器を摘出する事ができる」という、推定同意という新しい法の観念が創られ、死体移植の可能性が広げられた事である。その後約20年を経て、このカヤベ法に改正を加えた新法**バイオエシック法**が2つ制定され(1994年7月30日官報で発布)、これら三法すべてが民法典中第16条、刑法典、公衆衛生法典中第671－672条の中に組み入れられた。

(2) 新しい法律

後から制定されたバイオエシック法には、その移植医療目的のために限定しての生体・死体臓器の利用と(第94－953条)、人工生殖医療に関する人体組織の利用(第94－954条)に関することが新たに細かく制定されている。バイオエシック法の大きな特徴は、

①すべての人体組織の売買・商業活動の禁止、②匿名の絶対守秘、③生体ドナーのインフォームド・コンセント大審裁判所での表明化、④これらの活動に参加できる医療機関・地域ネットワークの限定、⑤生前・死後の個人の身体・意思全ての尊重、⑥サイトメガロウィルス、肝炎、HIVなど、感染症疾患の検査確認の必要、が明確に定められたことである。ちなみに生体ドナーは成人の血縁者に限られている。

バイオエシック法では、カヤベ法で提唱された推定同意の原則はそのまま引き継がれた。そして、カヤベ法より一歩進んで、故人の反対意思表示の欠如の際にも、遺族の反対があった際には、故人の遺志と同等に扱われる点と定めた。実際の現場の人の証言によれば、この法律制定前にも遺族の反対を無視して故人の臓器を摘出するような野蛮な行為は一斉なかったと言うが、これを法で明確化した。また、未成年者、要保護成人脳死者からの臓器摘出も親権者や後見人の同意署名が得られれば可能となった。

(3) 移植医療機関の限定と臓器売買規則

またバイオエシック法では、移植医療活動を行う医療機関の構造が細かく制定された点も大きい。特許を与えられた病院のみが臓器摘出と移植を行うことができる。死亡判断を出す医師と臓器摘出を行う医師は、同一人物、あるいは同一科所属であってはならず、全く別の医師チームで編成されなくてはならない。さらに、「摘出を行った外科医は、臓器摘出後の遺体縫合術を、生体同様、丁寧に施す義務がある」「この活動に参加する医師への報酬は一切これを禁ずる」と定められている。また、「人体の尊重は生前・死後とも変わらず守られ絶対に侵されるべきではない、しかしながらまた有償の価値は一切なくあらゆる売買・商業活動を禁ずる」となっている。そして、刑法にはこれらが法的に犯された際の処罰が次のように定められているのである。「その人体臓器組織に金銭を支払った者に対して、7年間の禁固と70万フランの罰金、それらを斡旋仲介した者に5年間の禁固刑と50万フランの罰金を科する、この刑罰は外国から持って来られた臓器・組織の場合も同様である」。

さらに、臓器移植に不可欠なプライバシーの保護に関しては、バイオエシック法第16条によ

り、「この活動に関与した者は一切の情報を開示してはならない」としている。ドナーとレシーバーの匿名の絶対秘守、および推測のつくような情報(例: 事故発生時間、場所など「形跡」らしき情報)も開示を禁じられているのである。

(4) 再検討の法制義務

バイオエシックス法は賢人の法といわれる。その理由は、制定数日後の1994年7月29日、「国会は5年後に本法の再検討をする」という一法文が加えて制定された点にある。いかに完全無欠とみられた法律でも4年を経て専門家達が振り替えれば、反省点・改善点は出て来るもので、進歩を止まぬ医学に関する法律でこの5年後再検討の法制義務を課した事は画期的であったといえる。今、患者団体を含め、国民は、提供臓器の減少問題に直面しています。拒否意思の法制を緩める事なく、いかにして提供者の同意意思確認を増加させるか解決が急がれると、先月の6月にマルティヌ・オブリー雇用連帯相も国会で発言したばかりである。同相の発言と週を同じくして、フランスの医療制度が、WHOにより名誉ある加盟国第一位に番付されました。また提供者の減少が深刻化しているとは言え、数の上では日本よりもはるかに多く、またマスコミによるヒステリックな(情報開示の意味を勘違いした)報道合戦もないフランスの移植医療環境は、医師陣が騒ぎに巻き込まれることなく確実に静かにたゆまなく機能しています。この威風堂々とした姿勢が世界第一位の医療環境に冠した、裏を返して言えば、国の経済状態と比べれば手厚過ぎる観もなくもない社会保障制度に繋がるようです。しかしながら国威とはアメリカのような制覇力、日本のような経済力だけではないはずです。赤字を出しながらも国民のよりよい健康を願う政治も、これらの国に優るとも劣らぬ強さを顕示していると言えるでしょう。

今年のEtablissement Francais des Greffes (フランス移植機構)発表によるデータの検証に続き、病院全体としては年間約140件以上、(この140という数字は、一体から提供される五臓六腑、皮膚、神経、角膜によりその何倍もの数の人を救う事となる) コーディネーター一人当たり40件以上扱うという、移植コーディネーターのひとり、ジャン・ノエル・ルサン氏とのインタビューを通して過去と今後のフランスの移植医療事情を以下にお届け致します。

3.現在の問題点

現在、フランスでは、患者団体をはじめとした国民全員が、提供臓器の減少問題に直面している。今年6月には、マルティヌ・オブリー雇用連帯相が、『「拒否する権利」の法制度を緩和することなく、いかにして提供者の同意意思確認を増加させるか解決が急がれる」と発言した。

フランス移植機構の調べでは、臓器移植を待っている患者数は表1、表2のとおりである。1999年12月31日時点では延べ5818人、99年平均で2485人の患者が移植を受けられる日

を待っていたことになる。提供臓器が不足しているために、99年には333人の人が臓器移植を待ち望みながら、その願いがかなうことなく亡くなった。

4. 最後に

提供者の減少が深刻化しているとはいえ、実際に行われている臓器移植の数は日本よりはるかに多い。フランスの移植医療環境は、その医療チームが報道騒ぎに巻き込まれることもなく、確実かつ包括的に機能し、多くの患者の命を救っているのである。

今年6月には、WHOが、フランスの医療制度を加盟国中第1位に番付けしている。この移植医療が国民の間に定着し、機能していることも、裏を返していえば、国の経済状態と比べれば手厚すぎる感もなくはない社会保障制度の充実につながるようである。国威とは、アメリカのような制覇力、日本のような経済力だけではないはずだ。赤字を出しながらも国民のよりよい健康を願う政治も、これらの日米にまさるとも劣らぬ強さを顕示しているといえる。

フランスと日本とは、文化、宗教、歴史、価値観、国民性が違うため、フランスの移植医療を取り巻くシステムや法制度、そして、移植コーディネーター、ジャン・ノエル氏の意見を押し付けるつもりはない。その国に合わせた医療制度や倫理があるのが当然であり、事実、イギリス、ドイツ、アメリカではフランスとはまた違った移植医療システムを取っている。今後、移植後進国の日本が、移植医療をすすめていくうえでは、日本にあったシステムの確立が必要である。移植先進国のフランスの制度やノエル氏の意見も参考に日本的なシステムを築きながら、より多くの人の幸せのために、わが国でも移植医療がさらに発展することを切に願うものである。

フランスにおける臓器移植 関連データ

移植数

移植者 / 年	1995	1996	1997	1998	1999
心臓	408	397	366	370	321
心臓・肺	22	27	25	26	28
肺	81	69	65(1)	88	71
肝臓	646(10)	626(11)	620(19)	6938(28)	699(33)
腎臓	1644(66)	1638(57)	1690(71)	1883(73)	18428(77)
脾臓	55	48	63	47	50
腸	1	2	10	9	7
合計（生体移植）	2857(76)	2807(68)	2839(91)	3116(101)	3018(110)

データ:Etablissement Francais des Greffes
 april 2000

ドナー年齢

臓器提供者の年齢 / 年	1997	1998	1999
0 - 1 歳	0.30%	0.90%	0.50%
2 - 10 歳	2.90%	2.50%	2.60%
11 - 17 歳	7.80%	6.50%	5.50%
18 - 29 歳	22.10%	22.80%	19.50%
30 - 45 歳	28.40%	34.00%	28.70%
46 - 55 歳	23.00%	20.00%	28.00%
56 - 65 歳	13.40%	11.60%	12.00%
65 歳以上	2.10%	1.60%	3.20%
	100%	100%	100%
臓器提供者平均年齢	38.4 歳	37.8 歳	40.1 歳

データ:Etablissement Francais des Greffes
 april 2000

臓器移植ウェイティングリスト

待機臓器 年末状況 年次推移

待機臓器 / 1 2 月 3 1 日	1995年12月31日	1996年12月31日	1997年12月31日	1998年12月31日	1999年12月31日
心臓	282	259	247	270	336
心臓・肺	79	79	70	70	67
肺	106	100	112	107	116
肝臓	304	238	239	259	344
腎臓	4068	4115	4428	4497	4827
膵臓	89	107	126	141	118
腸	0	11	10	9	10
待機者合計	4928	4909	5232	5353	5818

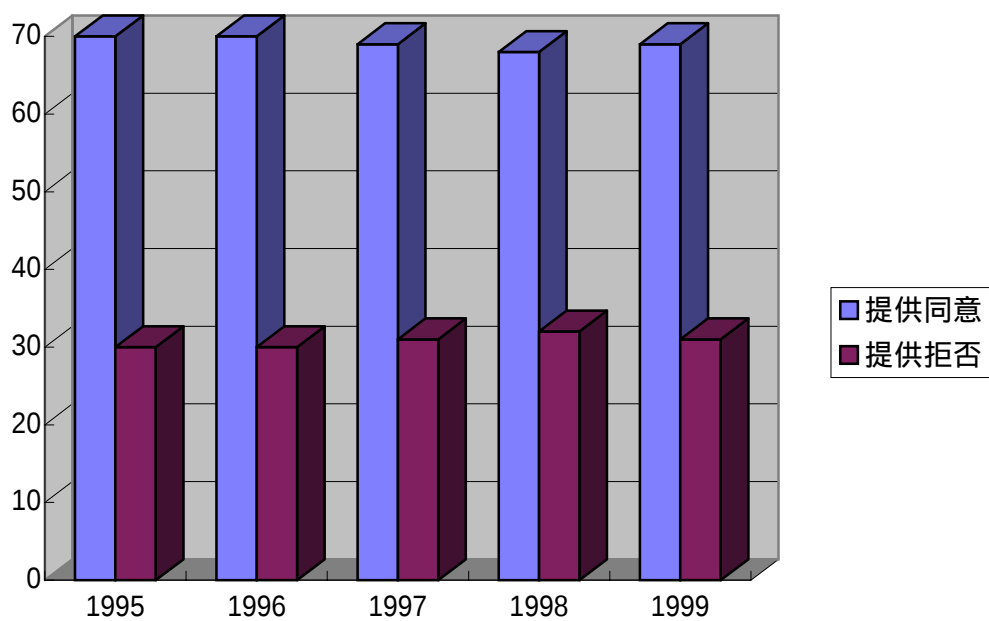
待機臓器年間平均 年次推移

待機臓器 / 年間平均	1 9 9 5 年平均	1 9 9 6 年平均	1 9 9 7 年平均	1 9 9 8 年平均	1 9 9 9 年平均
心臓	584	550	518	521	507
心臓・肺	60	68	52	53	56
肺	132	129	121	122	131
肝臓	855	751	772	890	934
腎臓	2264	2282	2296	2250	2485

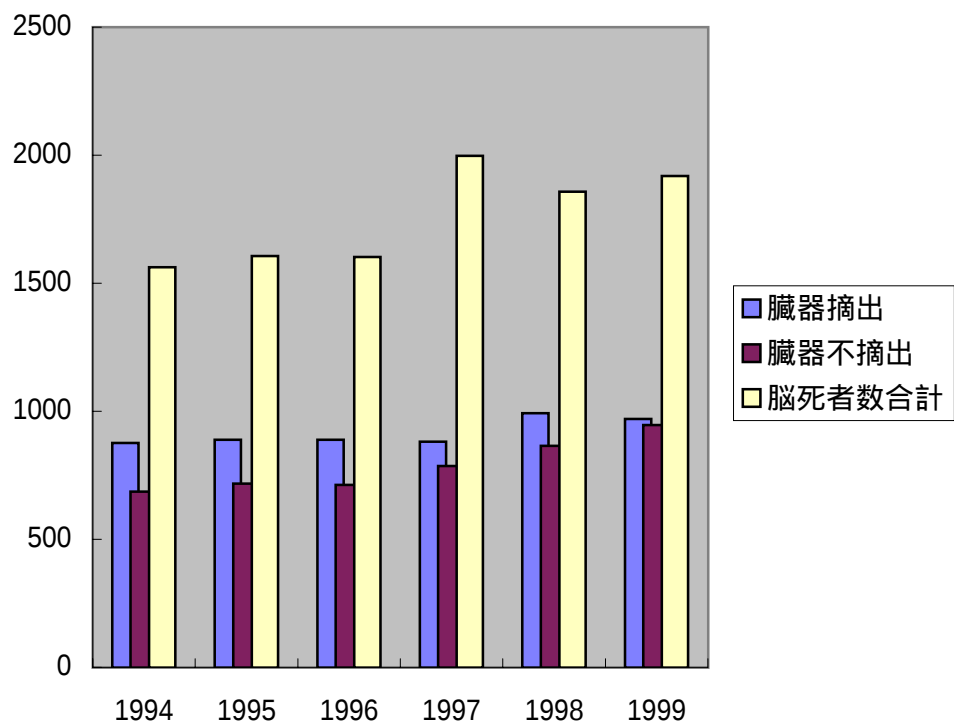
待機中志望者数 年次推移

待機中死亡者/年	1995	1996	1997	1998	1999
心臓	100	113	108	82	87
心臓・肺	19	27	23	20	20
肺	33	37	36	25	45
肝臓	104	96	81	82	86
腎臓	115	84	84	84	95
合計	371	357	332	293	333

提供同意・拒否の割合



脳死後臓器摘出・不摘出の割合



脳死者の臓器摘出・不摘出の割合とその理由

