

子どもの脳死と臓器移植

国立国会図書館 ISSUE BRIEF NUMBER 440(Feb.27.2004)

はじめに

子どもの心臓移植の実態

- 1 心臓移植を必要とする子ども
- 2 国内での心臓移植
- 3 海外渡航による心臓移植

子どもの脳死判定

- 1 臓器移植法で定める脳死判定
- 2 子どもの脳死判定の問題点

子どもの臓器提供への意思表示に関する提案

- 1 大人は本人の承諾を必要とし、子どもは遺族の承諾のみを必要とする案
- 2 大人も子どもも本人の意思が明確でない場合には、遺族の承諾のみを必要とする案
- 3 子どもであっても本人の承諾を必要とする案

子どもの脳死と関連する問題点

- 1 小児救急医療と脳死
- 2 児童虐待と脳死

おわりに

社会労働課

おんだ ひろゆき
(恩田 裕之)

調査と情報

第 4 4 0 号

I はじめに

1997（平成9）年10月に臓器移植法が施行され、今日までに国内で脳死体をドナー（donor：臓器を提供する人）とする臓器移植が103人の患者に対して行なわれている。このうち心臓移植は17人に行なわれているが、18歳未満の子どもに対する心臓移植は、2人のみとなっている。

心臓に関しては、死体ドナーからの移植は不可能であり、また肝臓、腎臓、肺のように生体ドナーから移植することも不可能である。そのため心臓については、脳死した者の身体からの移植を必要とする。臓器移植法では脳死した15歳未満の子どもをドナーとする臓器移植が認められていないため、国内で行われた2人の子どもへの移植は、いずれも成人をドナーとする移植であった。しかし、子どもと成人のように体格差がある場合、心臓移植には大きなリスクが伴う。そのため、現状では子どもに対する心臓移植の機会は極めて少ない。一方で、心臓移植適応患者は相当数存在すると考えられており、脳死した子どもをドナーとする臓器移植が認められているアメリカなど諸外国の病院で移植を受けるケースも見られる。しかしその機会も決して多いものではなく、不幸にも待機中に亡くなることも少なくない。

世論調査でも、脳死した15歳未満の子どもをドナーとする臓器移植ができないことについて、「できるようにするべきだ」が59.7%、「できないのはやむを得ない」が19.7%となっており、脳死した15歳未満の子どもからの臓器提供を行えるようにするべきだとの声は強い¹。

このような中、第159回国会（常会）に、子どもの脳死判定および脳死下での臓器提供を認めるかの是非を含めた臓器移植法改正案が提出される予定である²。本稿では、子どもに対する心臓移植の実態、子どもの臓器移植のあり方に対する論議を紹介するとともに、子どもの脳死と関連する問題についても取り上げる。

II 子どもの心臓移植の実態

1 心臓移植を必要とする子ども

文部省科学研究費総合研究A「小児心・肺移植の臨床応用に関する総合的研究」班は、臓器移植法施行以降の3年間に関して、主要医療施設154施設における患者の実態を調査し

¹ 『月刊世論調査』35巻1号（404号）、2003.1, p.56.

² 自民党の「脳死・生命倫理及び臓器移植調査会」は、2004（平成16）年2月10日にたたき台を提示し、その中で本人の意思表示がなければ、遺族の承諾のみで臓器提供を可能とする案を提示した。『日本経済新

た。その結果、心臓移植適応の18歳未満の患者は130人おり、各年齢層において万遍なく適応患者がいることがわかった。その後の経過を見ると、11人は心臓移植を受けたが、全体の40%にあたる52人は、移植を受けることができず死亡している³。

病院など65施設における調査によると、心臓移植適応とされてからの1年生存率は32.5%、死亡までの平均生存期間は6ヵ月と大変厳しい状況であった⁴。このように、適応となってから死亡するまでの期間も短かく、患者とその家族にとっては、移植以外では助からないと診断されてからは、明日はどうかかわからない不安を抱いて毎日を過ごすのが実態である。

2 国内での心臓移植

現在までに、国内で心臓移植を受けた子どもは2人いる。

1人目は、2000（平成12）年3月に大阪大学で移植手術が行なわれている。患者は生後1ヵ月頃から発病し、7歳時に病状が悪化し、心臓移植適応と診断され日本臓器移植ネットワークに登録し、ドナーを待つこととなった。そして登録の約6ヶ月後にドナーがあらわれた。ドナーの心機能は低下しており通常は適応できない状態であった。このため成人2人が手術を拒否し、この患者に移植の機会が回ってきた。レシピエント（recipient：臓器移植を受ける人）が子どもであれば、心機能が若干低下していても循環が維持できると判断され、移植手術が実施された。レシピエントの体重は18kg、ドナーの体重は43kgであった。この患者は、2年以上のリハビリを経て、現在では通学をしている。

2人目は、2001（平成13）年1月に国立循環器病センターで手術が行なわれている。患者は元来健康であったが、学校でのランニング中に意識を消失し病院に搬送された。その後治療が施されたが、心機能が改善せず心臓移植適応と診断され、ネットワークに登録を行った。その後約1年後にドナーがあらわれ、移植手術が行われた。このケースでは登録時点で13歳、体重36kgであり、一方ドナーの体重が54kgであり、この体重比でも移植は可能であるとの判断がなされた。この患者は手術後約5ヵ月で退院し、現在は通学をしている⁵。

ドナーの体重がレシピエントの体重の300%以内であれば、心臓移植は可能であると考えられているが、推奨される適合条件としては、レシピエントの体重はドナーの体重の20%～+30%の範囲内であることが良いとされている⁶。国内で行なわれた子どもに対する心臓移

聞』2004.2.11.

³ 小野安生・越後茂之「本邦における小児心臓移植適応患者の実態調査」『小児の心臓移植・肺移植』日本医学館、2003.1, pp.2-3.

⁴ 同上 p.4.

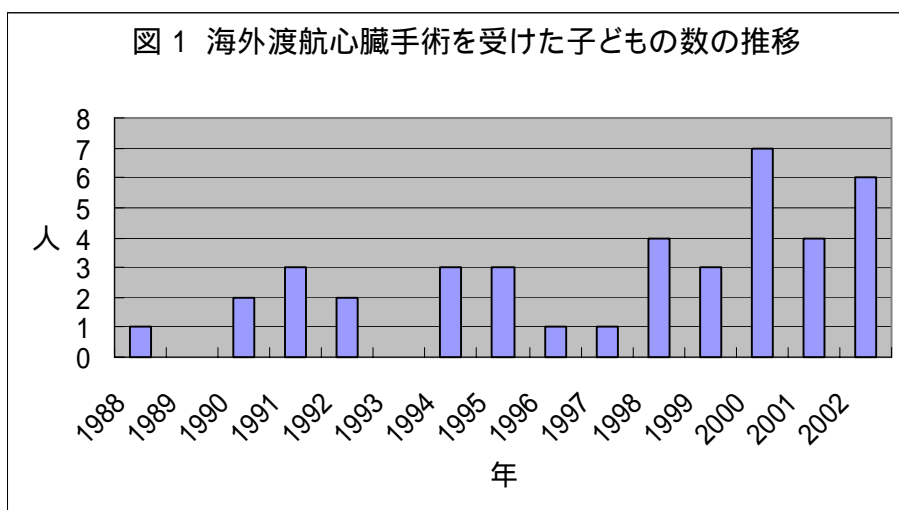
⁵ 福嶋教偉・松田暉「本邦・世界における小児心臓移植の実態」『小児の心臓移植・肺移植』日本医学館、2003.1, pp.64-71.

⁶ 福嶋教偉「臓器移植と再生」『先端医療シリーズ12 心臓病の最新医療』先端医療技術研究所、2001.6, p.99.

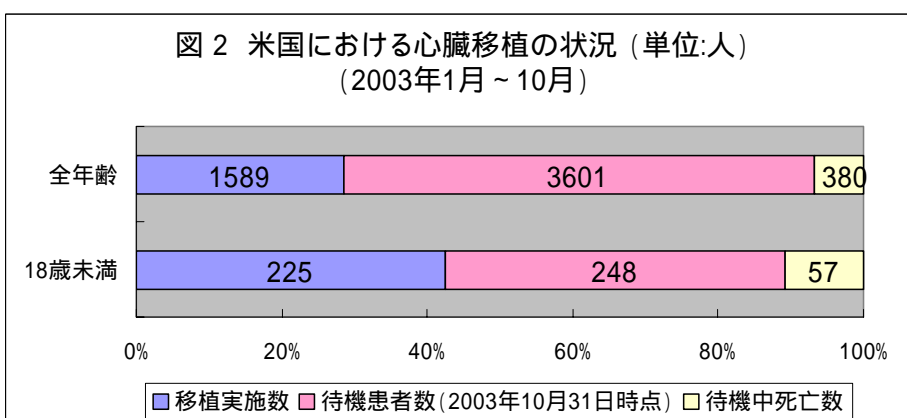
植の事例をみると、機能の低下した臓器の移植を受けているなど適切とは言えない状況に置かれていることがわかる。また、体重比の制約から、年齢が低い患者ほど移植手術の機会が少なくなる。

3 海外渡航による心臓移植

1988年から2002年10月までに、海外へ渡航して心臓移植を受けた18歳以下の子どもは40人いる。臓器移植法施行以降は海外での移植事例が増える傾向にある(図1)⁷。渡航先としては、ほとんどがアメリカとなっており、その他ではイギリス3人、ドイツ3人、フランス1人などとなっている⁸。特に5歳未満の子どもについては、国内での心臓移植がほぼ絶望的であることから、日本臓器移植ネットワークに登録することなく海外に渡航しているケースが多く見られる。しかし、海外渡航の機会を得ることは、様々な困難を伴う。移植を希望する多くの日本人の渡航先となっているアメリカでは、小児救急医療の進歩もあいまってドナーが年々不足してきている。臓器不足が深刻な問題となり、アメリカ国内での待機患者も多い(図2)。そのため、提供され



(出典)『小児の心臓移植・肺移植』日本医学館, 2003, pp.71.より作成。



(出典)OPTN(The Organ Procurement and Transplantation Network; アメリカ臓器幹旋移植ネットワーク)ホームページ <http://www.optn.org/> より作成。

⁷ 福嶋・松田 前掲論文。

⁸ 小野安生・越後茂之「小児の心臓移植」『先端医療シリーズ12 心臓病の最新医療』先端医療技術研究所, 2001.6, pp.186-191.

た臓器のうち外国人への割り当て枠を 5%に限るルールが設けられている。渡航手術を希望する患者は、主治医などの人脈を頼って、枠を使いきっていない病院を探さなければならない。

移植が必要な患者のほとんどは、心機能の低下が重篤な状態にあるため、海外渡航の身体的、精神的負担はかなり大きなものとなる。高度飛行中の航空機内では地上と比べて酸素が少なくなるなど、患者にとっては過酷な環境となりかねない。1997 年から 2002 年 8 月までの統計では、22 人の 18 歳未満の子どもが海外で移植に成功しているのに対して、11 人が渡航準備中に、8 人が渡航後にそれぞれ死亡している⁹。

海外で移植を行う場合には、費用も莫大なものとなる。移植施設に対して渡航前に数千万円を、前金として支払わなければならないほか、渡航時に ICU (Intensive Care Unit : 集中治療室) 管理や補助循環システムなどが必要な場合には、その費用も負担しなければならない。また、渡航時に医師が同伴しなければならないなどの事情があり、その面でも費用がかかる。総額 1 億円を超える支払いになった例もある。自費で払うのは困難な場合がほとんどで、渡航臓器移植をサポートするグループや心臓病の子を守る会が中心となって募金活動を行うことが多い¹⁰。

一方、日本で移植を行う場合には、一部の疾患¹¹については高度先進医療¹²が認められており、高度先進医療部分 (移植手術) の費用約 250 万 ~ 300 万円、臓器搬送の費用 100 万 ~ 250 万円が患者負担となる¹³。

III 子どもの脳死判定

1 臓器移植法で定める脳死判定

臓器移植法では、臓器提供者本人の生前における意思を尊重することを基本的原則とし、本人が脳死判定に従い臓器を提供する意思を書面で示し、家族もこれを拒否しなかった場合に限り、脳死した者の身体からの臓器提供を認めている。子どもについては、平成 9 年 10 月に厚生省が定めた「臓器の移植に関する法律運用に関する指針(ガイドライン)」の中で、書面による意思表示ができる年齢を「民法上の遺言可能年齢等を参考として、法の運用に当

⁹ 「15歳の壁 子どもの脳死移植(上) 海外移植に頼るしかない」『東京新聞』2003.8.25.

¹⁰ 小林俊樹「小児海外渡航心臓移植症例の実態」『小児の心臓移植・肺移植』日本医学館, 2003.1, pp.72-73.

¹¹ 拡張型心筋症、拡張相肥大型心筋症の2疾患。心筋症とは原因不明の心筋疾患のことで、移植を行う以外に治療法はなく、予後は重篤である。

¹² 高度先進医療とは、先進的な医療を受けやすくするために設けられた制度。総医療費に対して、高度先進医療部分(特別料金)を患者が負担し、残りの費用については、一般の保険診療と同様に、通常、保険給付7割+患者負担3割の割合で支払う。ただし、後者の患者負担(3割の部分)については、一定額(6万3600円)を超えた場合には、高額療養費制度により還付される。

¹³ 日本臓器移植学会ホームページから「臓器移植ファクトブック2003(心臓)」2003.9.17.

http://www.bcasj.or.jp/jst/factbook/2003/fact03_02.html

たっては、15歳以上の者の意思表示を有効なものとして取り扱う」と定めている。したがって、15歳未満の子どもは、臨床的に脳死と診断されても、法的な脳死判定を受けて臓器を提供することはできない。

臓器移植法に基づく脳死の判定は、厚生省令（現在は厚生労働省令）の定めるところによって行うとされ、1997（平成9）年10月に出示された厚生省令では、6歳未満の子どもを判定の対象から除外している。したがって、6歳未満の子どもについては、公的に認められた脳死の判定を行うことができない。

2000（平成12）年10月6日に、厚生科学研究費事業「小児における脳死判定基準に関する研究」班は、6歳未満の脳死判定基準を取りまとめた報告書を出した¹⁴。報告書によると、6歳未満の脳死判定基準は、深昏睡、瞳孔の散大と固定、脳幹反射の消失、平坦脳波、自発呼吸の消失、の5項目であり、1997（平成9）年10月に厚生省令で定められた6歳以上に適用される脳死判定基準（いわゆる竹内基準）とほぼ同じになっている。しかし、再評価間隔が異なっており、竹内基準では6時間経過後に2度目の判定を行うが、6歳未満の子どもの場合には、生後28日未満は48時間、1歳未満は24時間、1歳以上は12時間となっている¹⁵。基準を作るに当たっては、諸外国の基準を参考としており、アメリカの基準である、生後2日から2か月は48時間、1歳未満は24時間、1歳以上は12時間とほぼ同じになっている¹⁶。

2 子どもの脳死判定の問題点

厚生科学研究費事業「小児における脳死判定基準に関する研究」班は、1987（昭和62）年から1999（平成11）年までの間の、6歳未満の子どもに係る脳死と疑われる事例139件の調査を行った。これによると、脳死判定を行ってから心停止までに30日以上要した症例が25例あった。成人の場合は平均4.3日であり、これと比較して子どもの場合には非常に長い¹⁷。脳死判定後に成長ホルモンが分泌され身長が伸びた事例¹⁸や、脳血流や自動運動が見られ、痛み刺激に反応する事例¹⁹なども認められている。これらには医学的に解明されていない部分がある。子どもの脳死の場合には、発達過程における脳の可塑性に対して十分考慮する必要があると言える。

¹⁴ 佐藤廣治「臓器移植法の見直しをめぐる」『レファレンス』611号, 2001.12.15, p.33.

¹⁵ 竹内一夫ほか「厚生省“小児における脳死判定基準に関する研究班”平成11年度報告書 小児における脳死判定基準 第一部 わが国における小児脳死診断の調査」『日本医師会雑誌』124巻11号, 2000.12.1, pp.1623-1639.

¹⁶ 満留昭久・大府正治「日本における小児脳死判定の現状と問題点」『小児の心臓移植・肺移植』日本医学館, 2003.1, pp.112-118.

¹⁷ 竹内ほか 前掲論文。

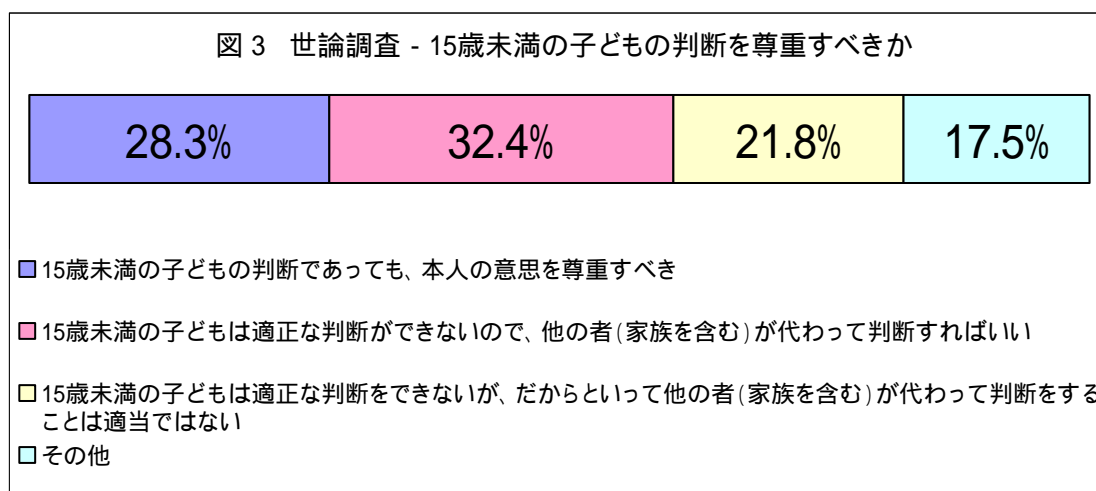
¹⁸ 久保山一敏「300日以上脳死状態が持続した幼児の1例」『日本救急医学会雑誌』11巻7号, 2000.7, pp.338-344.

¹⁹ 坂上哲也「6歳未満の脳死判定基準案」により脳死と判定された1新生児例」『日本新生児学会雑誌』35巻2号, 1999.7, p.290.

同班で調査した 139 事例のうち、同班が 2000 (平成 12) 年 10 月に出した 6 歳未満の子どもに対する脳死判定基準を満たしていた事例は、11 例であった。もし脳死が死と定められ、それ以降の治療が中止されることになれば、今後こうした調査も行われなくなると考えられる。この 11 例の調査のみで脳死判定の正当性を導き、脳死判定が行われることを危険とみる意見もある²⁰。

IV 子どもの臓器提供への意思表示に関する提案

2002 (平成 14) 年 8 月に総務省が行った世論調査によると、「15 歳未満の者の臓器提供の意思を尊重すべきかどうか」という問いに対する回答は、「15 歳未満の者の判断であっても、本人の意思を尊重すべき」が 28.3%、「15 歳未満の者は適正な判断ができないので、他の者(家族を含む)が代わって判断すればいい」が 32.4%、「15 歳未満の者は適正な判断をできないが、だからといって他の者(家族を含む)が代わって判断をすることは適当ではない」が 21.8%となっており、意見は分かれている(図 3)。年齢別で見ると、若年者ほど



(出典)『月刊世論調査』35 巻 1 号 (通号 404 号), 2003.1, p.60.より作成。

「15 歳未満の判断であっても尊重すべき」との回答が多い傾向が見られる²¹。一方、15 歳未満かどうかとは無関係に、脳死による臓器提供の条件を問う質問に対しては、「本人の提供する意思表示と家族の承諾があること」が 54.0%、「本人の提供する意思表示があること」が 27.6%となっている。両者を合わせた 81.6%の人が、本人の意思を尊重することは必要であると考えていることになる²²。子どもの脳死を考える上では、15 歳未満であっても適

²⁰ 谷澤隆邦ほか「小児臓器移植はどうあるべきか」『日本小児科学会雑誌』107 巻 6 号, 2003.6, pp.954-958.

²¹ 『月刊世論調査』35 巻 1 号通号 404 号, 2003.1, p.60.

²² 同上 p.12.

正な判断ができると考えるべきかどうか、議論の焦点の一つになると考えられる。子どもの脳死判定および臓器移植について、子ども本人の承諾を必要と考えるか、それとも遺族の判断にゆだねるかの問題について、提言した代表的な3つの案を以下で紹介する。

1 大人は本人の承諾を必要とし、子どもは遺族の承諾のみを必要とする案

日本移植者協議会²³は、「『臓器移植に関する法律』の改正にむけて」と題する提言を2000（平成12）年に発表した²⁴。これは15歳以上に関しては現行法をそのまま適用し、15歳未満については、遺族が提供に承諾した場合に、脳死判定および臓器提供ができるようにすることを提言している。

世論調査によると、子どもの脳死による臓器移植を行えるようにすべきとの意見が多く、また本人意思の重要性も認めていることを勘案すると、双方の意見を両立させるには、15歳未満の者からの臓器提供には特例措置を設ける事が妥当であると述べている。

同提言では、臓器提供を行うことで社会に貢献できるならば、脳死となった者にとっても利益となり得るとしている。親権者は子どもに利益を与える存在であり、親権者が子どもに利益があると考えて臓器提供を許諾するのであれば、その意思は尊重されるべきであるとする。また、子どもが個人として生存していなくても、身体の一部がどこかで生き続けていることは親の支えとなることもあり、その心情は汲み取られるべきであると提言している。

2 大人も子どもも本人の意思が明確でない場合には、遺族の承諾のみを必要とする案

厚生科学研究事業「臓器移植の法的事項に関する研究」班の町野朔教授は、2000（平成12）年8月に「臓器移植の法的事項に関する研究 - 特に『小児臓器移植』に向けての法改正のあり方 - 」として、臓器移植法の改正案（通称、町野案）を発表している。

町野案では、脳死を一律に人の死として定義した上で、年齢に関係なく本人の意思が明確である場合にはそれを尊重するべきとし、それが明確でない場合には、遺族が承諾すれば提供できるよう法改正を行うべきだとしている。したがって、15歳未満かどうかを区別することなく、本人が書面で意思の表示をしていない場合には、遺族が承諾することで臓器提供が可能となる。

町野案では、現行法をそのままにして、「15歳未満の子どもの場合に限り遺族の承諾により判断する」などの特例を作ることは、憲法14条の保障する法の下での平等に反するとし、

²³ 臓器移植医療の推進と、臓器移植を受けた人の社会的地位向上を目指すことを目的として設立された組織。臓器移植を受けた人・移植を希望する人とその家族に医療関係者を加えた約1800人で構成されている。

²⁴ 日本移植者協議会ホームページから「『臓器の移植に関する法律』の改正にむけて」

<http://www.jtr.ne.jp/osirase2.html> (last access 2003.12.25.)

移植を目的とした便宜法であると批判している²⁵。

アメリカや EU 諸国など、複数の国においては、本人の意思が明確でない場合には、家族の承諾があれば臓器提供ができるよう法整備されており、この点は町野案と共通する。しかし、その中でもフランス²⁶やイタリア²⁷などいくつかの国では、「本人が拒絶の意思を示していなければ許諾しているものとみなす」旨を定めており、この点は町野案とは異なる。町野案では「本人が意思を明確にしていない場合、提供許諾か拒絶かはわからない」のであって、死亡した者が生存中に提供に関する反対意思を表示していた場合に、それが結果的に無視される事態にならないように配慮することが必要であるとしている²⁸。

3 子どもであっても本人の承諾を必要とする案

2001(平成13)年2月に、町野教授の意見に対抗する形で、大阪府立大学の森岡正博教授と関西医科大学の杉本健郎助教授が共同で、「子どもの意思表示を前提とする臓器移植法改正案の提言」(通称、森岡・杉本案)を発表した。森岡・杉本案では、15歳以上について規定した現行法は改正せずに、15歳未満に対する特例を作るべきだと主張している。森岡・杉本案では、15歳未満を、15歳未満12歳以上、12歳未満6歳以上、6歳未満の3区分に分け、15歳未満12歳以上では、「本人の提供を承諾する意思」と「親権者の提供を承諾する事前の意思」の両方が書面により明確である場合に提供を行うことができる、12歳未満6歳以上では、この条件に加え、虐待によって脳死になった形跡がないこと、本人の意思が強制によったものでないことを審理機関(病院内倫理委員会や裁判所など)が判断するという条件を加える、6歳未満では脳死判定および臓器摘出は行わない、としている。また、別の案として同一区分とし、12歳未満は脳死判定および臓器摘出は行わないという案も併記している。

森岡・杉本案では、脳死を一律に人の死とすることに反対している。医学的見地からも脳死そのものに疑問が生じており、脳死を一律に人の死と考える根拠が薄く、脳死を人の死と考えることに抵抗を持つ30%の国民の考えを尊重すべきだと提言している。

また、15歳未満については、親の承諾だけで臓器移植ができると考えることについても批判している。現行法は心臓死を基本としており、本人の意思表示がある場合にのみ例外的

²⁵ 生命学ホームページから「研究課題：臓器移植の法的事項に関する研究 - 特に「小児臓器移植」に向けての法改正のあり方 - 」2000.8.

<http://www.lifestudies.org/jp/machino02.htm>

²⁶ フランスでは、国民は臓器提供の拒否を表示するための登録簿に登録できると定めた上で、医療機関は拒否の登録が無いことを確認してから臓器摘出を行うことと定めている。したがって、拒否の意思を登録していなければ、臓器提供を許諾したとみなされる(佐藤徹哉「フランス臓器移植法管見」『岐阜大学医療技術短期大学部紀要』6号, 2000.1, pp.35-39.)

²⁷ イタリアでは、臓器提供に関して可否を表明するよう勧告され、意志表明をしない者は同意したものとみなすとしている(宮平宏「イタリア報告(1)臓器移植法成立」『サイアス』4巻7号, 1999.7, pp.84-85.)

²⁸ 町野朔・森岡正博対談「徹底議論一五〇分 臓器移植法の改正、イエスかノーか」『論座』63号, 2000.8, pp.174-191.

に脳死を認めているのであって、意思表示をしていない子どもには心臓死を適用するべきであると主張している。その上で、15歳未満の子どもであっても判断能力を持つ者はいると考えており（その下限を12歳とするか6歳とするか2案ある）、本人の許諾と親権者の事前の確認書（本人が十分な判断能力を備えた上で許諾の意思を示していることを記したものの）の両方が揃っている場合にのみ、本人に判断能力があると考えべきだと提言している²⁹。

V 子どもの脳死と関連する問題点

1 小児救急医療と脳死

竹内基準では、「原疾患が確実に診断されており、それに対し、現在行いうるすべての適切な治療をもってしても、回復の可能性がまったくないと判断される症例」を、脳死判定の必須項目としている。当然、救急医療の現場では、全力の救命医療を施すことが必要であり、不幸にもその甲斐なく脳死に到ってしまった場合にのみ、移植医療の是非を論じることが必要である³⁰。

しかし、小児科医不足の現状は深刻なものとなっており、現在の小児救急医療の体制が十分であるとは言い難い。救急体制が整っていないために助かる命が、脳死になる事態が危惧される。厚生科学研究「小児救急のあり方に関する研究」班が、1996（平成8）年に行った調査では、救急救命センターに常勤の小児科医を置いている施設は12%に過ぎず、小児専用ICUを置いているのは、15施設であった³¹。また、地域によっては小児科医の減少や高齢化が進んでおり、小児救急医療の体制を維持するだけでもギリギリの状況が見られる。小児科医の数は増加しているものの、出身地で小児科医として就職する医師は減少傾向にあり、地域間格差が生じている。小児救急医療の体制づくりのため関係省庁では予算を計上し、財政的支援を行っているが、マンパワーの不足は深刻であり、小児科医確保のための具体的方策や、他科医も含めた小児救急医療の研修等に関して今後の課題は多い³²。

2 児童虐待と脳死

1999（平成11）年に厚生省の研究班が収集した過去10年間の6歳未満の子どもの脳死

²⁹ 生命学ホームページから「子どもの意思表示を前提とする臓器移植法改正案の提言」2001.2.
<http://www.lifestudies.org/jp/moriokasugimoto-an.htm>

³⁰ 「脳死下臓器移植から医療を考える」『日医ニュース』911号, 1999.8.20, p.8.

³¹ 「小児救急医療の問題点」『日医ニュース』941号, 2000.11.20, p.4.

³² 小沼里子「小児救急医療の現状と課題 - 東北4県の事例 - (現地調査報告)」『レファレンス』633号, 2003.10, pp.32-42.

患者 140 人のうち、少なくとも 3 人（調査外も併せると 4 人）が、親の虐待が原因であると判明した。いずれも当初親は、「事故である」と主張していたが、医師などが事情を聞くうちに虐待であることが判明したものである³³。小児科医へのアンケート調査によると、頭部外傷の 10～40%は、虐待の可能性が指摘されている³⁴。欧米の調査でも、0～3 歳の頭部外傷の 30%、骨折の 52.9%は虐待が原因であると報告されている。また、虐待と診断し得るまでに 2 週間～1 か月以上の期間を要し、虐待を見逃してしまう症例も存在する³⁵。救急医療機関は、子どもの外傷例の中に虐待例が少なからずあることを念頭に置くことが必要となる。また、虐待を行った可能性のある親権者による承諾のみで臓器移植を行うことを回避するために、子どもの権利擁護の立場に立った厳格な手続きが必要になるだろう³⁶。

VI おわりに

臓器移植法施行により、脳死に基づく臓器移植により多くの命が助かった。しかし、子どもに対しては積み残された形になり、特に心臓については、海外での移植を受けるなど厳しい状況になっている。子どもに対する臓器移植の機会を増やすことは急務となっている。そこで、子どもにも脳死を適用しようとする動きが見られるが、そのためには解決しておかねばならない次のような課題がある。発達段階の子ども脳について医学的に解明し尽くしているか、子どもに自分の死を考える能力があるか、子どもが判断できないとすれば、家族が臓器提供を認めてよいか、などである。また脳死と関連する重要な問題として、小児救急医療体制の問題、児童虐待の問題、が挙げられ、これらの深刻な状況を改善する方策を取らないと、脳死臓器移植問題の前提を揺るがしかねない状況に陥る可能性がある。

以上の点に鑑み、子どもの臓器移植のあり方について、迅速かつ慎重な論議が必要と思われる。

（本稿は平成 16 年 2 月 11 日までに公開された情報をもとに作成した。）

³³ 『毎日新聞』2000.5.25.

³⁴ 田中英高ほか「小児脳死臓器移植における被虐待児の処遇に関する諸問題」『日本小児科学会誌』107 巻 12 号, 2003.12, pp.1664-1666.

³⁵ 田中ほか 同上

³⁶ 谷澤ほか 前掲論文(20)