

講 演

オランダの臓器提供法に関する最近の展開

ペーター・J・P・タック

ウィルマ・L・J・M・デュイースト

甲斐克則 訳

- I 序
- II 脳死プロトコール
- III 臓器提供法
- IV 登 録
- V 応答しない人がなぜそのように多いのか？
- VI 西ヨーロッパにおける様々なドナー・リクルート・システム
- VII 臓器提供の割合を増やすプログラム
- VIII 潜在的ドナーの利用を最大活用する手段
- IX 結 語

I 序

本稿で、われわれは、2つの主なトピックを扱う。それは、2006年のオランダ脳死プロトコール（the 2006 Dutch Brain Death Protocol）とオランダ臓器提供者リクルート・システム（the Dutch Organ Donor Recruitment System）である。

1998年、臓器提供法（the Organ Donation Act = ODA）は、新たな臓器提供者登録制度を発効させた。新たな登録制度の主な目的は、潜在的ドナー数を増加させ、臓器提供に関する決定および手続を容易にすることであった。

臓器提供法が採択されて以来、同法の効果を評価するために2つの大きな評価が行われた。すなわち、臓器提供者数は、同法採択後に上昇したか、そして、臓器提供に関する手続は、提供のための現実の臓器摘出数に影響を及ぼし

たか、という評価である。さらに、臓器提供法の採択以来、脳死を判定する諸技術が改善され、1996年に採択された脳死プロトコールが改定される必要が生じた。

II 脳死プロトコール

心臓、腎臓、もしくは肝臓のような臓器は、ドナーの心臓が動いている場合にしか提供することができない。これらの臓器のための提供者手続は、ドナーが脳死である場合にのみ、すなわち、脳の機能がない場合（「全脳死（whole brain death）」の場合）にのみ開始される。主たる問題は、脳死者が生きているように見えるということである。なぜなら、心臓はまだ拍動しており、身体が人工的に呼吸させられているという事実によって呼吸があるからである。ドナー手続におけるすべての当事者にとって、脳死の判定のための厳格な基準が存在することは、きわめて重要である。オランダでは、これらの基準は、臓器提供法第15条が参照を指示する1986年脳死プロトコールに規定されてきた。このプロトコールによれば、患者は以下の3つの必要条件が充足される場合に脳死である、と結論づけることができる。

1. 重大な事故のように、致命的な脳損傷があった。その他、低体温、低血圧、代謝障害（metabolic disturbance）のように、反射能力がないために意識がないという原因は、除外されなければならない。
2. 臨床神経学的検査が開始されなければならなかった。意識喪失、脳幹反射の消失、および人工呼吸への依存という状況が存在しなければならなかった。
3. 電気活動がなかったかどうかを判定するために脳電図（electroencephalogram=EEG）が撮られなければならなかった。さらに、無呼吸テストの結果が陽性でなければならず、そのことは、自発呼吸がなかったことを意味する。脳電図および無呼吸が実施できない場合は、脳血流が存在しないことを判定するために、大脳血管造影が行われなければならない。

患者が脳死であるということが最終結果である場合、ドナー手続が開始される。

しかしながら、臨床実務では、患者が神経抑制剤を使用する場合、脳死プロトコールは適用できない。なぜなら、神経抑制剤は、脳の活動を抑制するから

である。最近数年の医学研究は、トランス頭蓋ドプラー超音波診断法（Transcranial Doppler Ultrasonology (TCD)）とコンピューター断層 X 線写真血管造影法（Computer Tomography Angiography (CTA)）により、脳血流を精密に検査する新たな、安全な方法を開発した⁽¹⁾。これらの方法は、患者が神経抑制剤を服用する場合にも用いられる。

TCD は、脳血流が存在しないかどうかを検査する非侵襲的方法である。頭蓋骨は、膨張によって高圧となる「閉じられたボックス (closed box)」であり、その高圧により、順次、脳動脈および脳静脈において高い抵抗が生じることになる。膨張が激しくなり、静脈および動脈の血圧があまりに高くなると、脳血流は停止するであろう。TCD を使用することにより、高い抵抗が静脈に輪郭を浮かび上がらせ、それゆえに脳活動が存在しないと結論づけるのは、容易である。CTA では、ヨウ素対照 (iodine contrast) が静脈に注射され、その後に脳血流をチェックすることができる。もし血流がなければ、患者は脳死である。

2006年、オランダ厚生審議会 (the Health Council) は、新たな脳死プロトコールを公表した。患者が脳死であると結論づける前に、先に言及した前提条件の2つ（致命的な脳損傷と臨床神経学的検査）は、新たなプロトコールにおいても維持されている。第3の前提条件として、厚生審議会は、TCD と CTA の組合せが注意深い脳死診断にとって最大限有効なものとなり、かつ保証となる、と助言した⁽²⁾。これら2つの方法の組合せは、患者が神経抑制剤で治療を受けている場合にも用いられる。

III 臓器提供法

本稿の第2部において、われわれは、ヨーロッパの諸システムと比較してオ

(1) M. Hadani et al., Application of transcranial doppler ultrasonography for the diagnosis of brain death, *Intensive care Med* 1999, 25 (8), p. 822-828; Y. Zurynski et al., Transcranial doppler ultrasound in brain death: experience in 140 patients, *Neurol res* 1991, 13 (4), p. 248-252; B. Dupas et al., Diagnosis of brain death using two-phase spiral CT, *AM J Neuroradiol* 1998, 19 (4), p. 641-647.

(2) Health Council of the Netherlands, *Brain Death Protocol*, no. 2006/04, The Hague 2006.

ランダの臓器リクルート・システムについて論じ、そして、死後に自己の臓器を提供しようとする人の数を増加させるための不断の努力について論じることにする。これらの問題を論じる前に、簡潔に、臓器提供法（ODA）および臓器提供登録（the organ donation registration）についての情報提供をしておこう⁽³⁾。

臓器提供法（ODA）第34条に従って、保健福祉スポーツ大臣は、1998年に、地方自治データ登録（the Municipal Data Register）で登録された18歳以上のすべての居住者がドナー登録の書式を受け取るよう手はずを整えた。ドナー登録の書式は、4つの選択肢を与え、そのうちの1つが選択されることになる。4つの選択肢とは、以下のとおりである。

- すべての臓器および組織もしくは一定数の臓器および組織のための死後のドナーとしての登録。
- 提供したくない旨の登録。
- 最近親者に自己の死後の臓器を提供すべきか否かについての決定を委ねる登録。
- 特定の人に臓器提供の決定を委ねる登録。

IV 登 録

この措置は、500万人以上の登録の書式にすでに記名がなされたことから、大きな効果があった。

1998年以後、毎年、前年に18歳になったすべての人々がドナー登録の書式を受け取っている。

2000年12月の、臓器提供法の最初の評価⁽⁴⁾の時点では、居住者の38%が全国ドナー登録簿（the National Donor Register）に登録され、そのうちの54%が臓器もしくは組織を死後に提供する意思がある旨に登録した。登録した居住者の34%は、死後に臓器もしくはヒト組織を提供することを拒否する旨を指

(3) See Peter Tak/Kuniya Yamashita, Oranda zokiteikyoho no seiritsu, *Nara hogakkai zasshi*, 9 no. 2 (1996), p. 115 ff. [ペーター・タック＝山下邦也「オランダ臓器提供法の成立」奈良法学雑誌9巻2号（1996）115頁以下参照]。

(4) M. Rosendal et al., *Evaluation of the Act on Organ Donation*, Den Haag: ZonMW 2001.

示し、また、登録した居住者の12%が最近親者または特定の人に臓器提供の決定を委ねている。以上のことは、オランダの人口の多数（60%以上）が自己の臓器についての選択を登録するようにというオランダ政府の提唱にまだ反応していないことを意味する。2002年には、2001年に18歳を迎えた約180,000人の若い成人がドナー書式を受け取った。彼らのうち65,000人が臓器提供に関する決定を登録した。50%以上が自己の臓器を提供する意思がある旨を登録した。

2005年には、200,000人の若い成人がドナーの書式を受け取った。80,000人以上が自分で決定する旨を登録し、44,000人の若い成人が自己の臓器を提供したい旨を登録した。

V 応答しない人がなぜそのように多いのか？

ドナー登録にアプローチした青年の大多数は、なぜ自己の登録書式に応答しないのだろうか。調査が示すところによれば、これらの青年の多くは、心理社会的障害（psychosocial barriers）のゆえに登録書式に応答しないとのことである⁽⁵⁾。社会的影響がよりポジティブであればあるほど、ネガティブな結果が少なければ少ないほど、信仰、宗教、および臓器提供の不安のレベルの低さが、完成した登録書式および臓器提供としての登録に応答することの重要な予測変数となるのである。

調査は、教育プログラムを通じて青年が、提供意思がある旨を登録するように促進されうると提言している。最近、様々な教育プログラムが開発され、そして評価されている。3つの構成部分から成る、15歳から18歳の学生のための、学校をベースにした臓器提供および登録に関するプログラムがある。あるビデオでは、臓器提供および登録に関するポジティブな結果とネガティブな結果の期待が議論された。このビデオの目的は、学生間でのクラス討論を促進することにある。

第2の構成要素は、臓器提供および登録に関する注文仕立ての情報を提供するインタラクティブなコンピュータ・プログラムである。そして、第3の構成要素は、ドナー登録書式をいかにして充足するかに関する登録トレーニング・

(5) See e. g. A. Ruebsaet et al., Determinants of the intention of Dutch adolescents to register as organ donors, *Social Science and Medicine* 2001 (53), p. 383-392; A. Ruebsaet et al., Predictors of organ donation registration among Dutch adolescents, *Transplantation* 72 (1) 2001, p. 51-56.

セッションである⁽⁶⁾。

そのプログラムを体験した学生たちは、以下のようであった。

- 18歳の年齢で臓器提供の選択をますます登録するようになった。
- 死後にますます臓器提供者になろうとした。
- 臓器提供に関するネガティブな結果の期待をほとんど経験しなかった。
- 社会的な結果の期待をますます認識するようになった。
- 臓器提供登録の問題についての知識をますます報告するようになった。
- 臓器提供登録に関して自己効能をますます経験するようになった⁽⁷⁾。

その他の調査は、次のことを示した。すなわち、移植された臓器を身に着けた患者により提供された教育的情報は、登録書式に対応しようとする学生の意図を増幅させたが、潜在的臓器提供者として登録しようとする学生の実質的なパーセンテージがそれによってより高くなったわけではない、と。後者は、患者の意見が臓器提供についての学生の決定に関して重要なインパクトを有するという事実によって説明されるかもしれない。学生の両親は、学生の死後に意思決定に関係する人物になるであろうということを実現するので、学生にとって重要な身元保証人となるように思われる⁽⁸⁾。

VI 西ヨーロッパにおける様々なドナー・リクルート・システム

西ヨーロッパにおけるにおける10の主要国においては、2つの基本的なドナ

(6) 登録トレーニングそれ自体は、登録意思のある者を増加させたが、死後に潜在的な臓器提供者として登録する意思のある者は、それほど高い数値ではない。See A. Ruebsaet et al., The effects of practising registration of organ donation preference on self-efficacy and registration intention : an enactive mastery experience, *Psychology and Health*, vol. 18 (5), 2003, p. 585-594.

(7) See A. Reubsat et al., Process evaluation of a school based education program about organ donation and registration, and the intention for continuance, *Health Educated Research*, Vol. 19, no. 6, 2004, p. 720-729.

(8) M. Smits et al., Increasing Dutch adolescents' willingness to register their organ donation preference: the effectiveness of an education programme delivered by kidney transplantation patients, *European Journal of Public Health*, Vol. 16 (2005), no. 1, p. 106-110.

一・リクルート・システムがある。推定的同意システム（presumed consent system）と明示的同意システム（explicit consent system）である。

臓器摘出のための推定的同意システムにおいては、死者が生存中に異議を唱えず、それゆえに同意が推定されるということで十分である。推定的同意システムは、オプティン・アウト・システム（opting-out system）としても知られている。

明示的同意システムにおいては、ドナー自身は、事前指示（advance directive）もしくはドナー遺言補足書（codicil）の形式で、または国家的登録への同意を記録する形式を膨らませる形式で死後に臓器摘出を認めなければならない。明示的同意システムは、オプティン・イン・システム（opting-in system）としても知られている。

2つの基本的システムは、厳格な形式と厳格でない形式で適用されうる。明示的同意システムは、臓器摘出のためにドナーによる単なる以前の同意が考慮されているにすぎず、最近親者の意見が考慮されていないとき、厳格な形式で適用される。厳格な形式での明示的同意システムはほとんど存在せず、稀な例外の1つは、「臓器の移植に関する法律」（1997年6月、法律第104号）の採用を優先した日本であった⁽⁹⁾。

厳格でない形式の同意システムが意味するところは、生存中にドナーが死後に臓器を摘出することに同意することができる、というものである。もしドナーによって同意が与えられなかったならば、最近親者がドナーに代わってドナーの死後同意を与えることができる。

厳格な推定的同意システムが意味するところは、ドナーが異議を唱えなかった場合、ドナーはその死後に臓器の摘出に同意していたと推定され、最近親者は同意しないか摘出に異議を唱えることができる、というものである。

厳格でない推定的同意システムにおいては、人は誰でも潜在的ドナーになる。潜在的ドナーが摘出に異議を唱える登録をしていなければ、最近親者が摘

(9) A. Bagheri, *Can the 'Japan organ transplantation law' promote organ procurement from the brain dead?*, www2.unescobkk.org/eubios/ABC4/abc4122.htm and A. Bagheri, *Criticism of 'Brain Death' Policy in Japan*, *Kenedy Institute of Ethics Journal*, vol. 13 (4) 2003, p. 359-372; H. Kawaguchi, *Strafrechtliche Probleme der Organtransplantation in Japan*, *Beiträge und Materialien aus dem MPI für ausländisches und internationales Strafrecht*, Freiburg i. Br., Edition iuscrim, Bd. 85, Freiburg i. Br. 2000.

出に異議を唱えるかどうか尋ねられる。

西ヨーロッパの10の主要国（スウェーデン，連合王国，ドイツ，オランダ，ベルギー，フランス，オーストリア，スイス，イタリアおよびスペイン）では，厳格な明示的同意システムを採用している国はない⁽¹⁰⁾。

厳格でない同意システムを採用している国は4つであり（ドイツ，スイス，オランダ，連合王国⁽¹¹⁾），厳格な推定的同意システムを採用している国はただ1つである（オーストリア）。多数の国は，厳格でない推定的同意システムを採用している（ベルギー，フランス，イタリア，スペイン，スウェーデン）。

オランダの臓器提供法は，臓器提供数を実質的には増加させなかった。ここ数年，死後に提供をする意思がある旨を登録した人々の数が多いにもかかわらず，提供臓器を待つ患者の待機リストは，多かれ少なかれ約1,400人程度で安定している。移植のための人の臓器——特に肝臓——は，常時不足している。このため，この問題を軽減すべく，諸々の提言が次々と出されている。その提言の1つは，オランダ臓器提供法に規定されたドナー・リクルート・システムを，明示的同意システムから推定的同意システムへと変更することであった。なぜなら，臓器提供率が高いほど，さもなくば臓器移植を待ちつつ死んでゆくであろう人々の生命を救えるからであり，さらに，財源も救えるかもしれないからである。例えば，腎臓移植を待つ患者の多数は，きわめて高額な透析療法を必要とするが，透析療法は，ヘルスケア経費にとっても，また患者自身の厳しい負担にとっても，良くないものである。

文献においては⁽¹²⁾，推定的同意もしくはオプティン・アウト・システムは，提供率を高める保証になる，ということがときおり提言されている。アバディー（Abadie）とゲイ（Gay）は，10年以上にわたり，主にヨーロッパの22カ国で，臓器提供率について，推定的同意立法のインパクトを調査した⁽¹³⁾。

(10) Cf. R. D. Friele et al., *Tweede Evaluatie. Wet op orgaandonatie*, Den Haag 2004, p. 25-51, with further references per country.

(11) 2004年の人体組織法（the Human Tissue Act 2004）以後である。

(12) See also the website of the USA Presumed Consent Foundation Inc., www.presumedconsent.org.

(13) A. Abadie, S. Gay, *The Impact of Presumed Consent Legislation on Cadaveric Organ Donation: A Cross Country Study*, June 2004, www.ssrn.com/abstract=562841.

図1 居住者100万人あたりの2002年の臓器提供率

スペイン	33.7
オーストリア	24.3
ベルギー	21.9
フランス	20.0
イタリア	18.1
ドイツ	12.4
オランダ	13.6
連合王国	13.1
スウェーデン	11.1
スイス	10.4

そして実際、推定的同意立法を有する相当数の国で、臓器提供率は、概して、図1が示すように、明示的同意立法を有する多くの国におけるよりもかなり高いのである。

非常にしばしば引き合いに出されるのは、スペイン、ベルギーおよびオーストリアといった国々である。スペインでは、臓器提供率が、10年間で約150%増加した⁽¹⁴⁾。ベルギーでも、提供率は、1986年に推定的同意立法を可決した後に劇的に上昇した。同じことは、オーストリアにも当てはまる。オーストリアでは、推定的同意立法は、1982年に発効し、1990年までに、提供率は、腎臓を待つ患者数が腎臓移植の実際の数とほとんど同じくらいのポイントまで上昇した⁽¹⁵⁾。

推定的同意システムを採用する諸国における提供率が高いにもかかわらず、そのシステムがそれらの高率の唯一の要因であるという明白な証拠はない。この言説を例証するために、スウェーデンと連合王国における提供率を比較することができよう。スウェーデンは、推定的同意システムを採用しているが、連合王国は、それを採用していない。しかし、スウェーデンの提供率の方が、連合王国のそれよりも低いのである。

(14) R. Mantanez, B. Miranda, Expanding the organ donor pool: the Spanish model, *Kidney International* 2000, 59: 1594.

(15) M. Guant et al., The impact of presumed consent law and a decentralized organ procurement system on organ donation: quadruplication in the number of organ donors, *Transplantation proceedings* 1991, 23 (5), p. 2685-2686.

さらに、厳格な推定的同意システムを採用する国はソフトな推定的同意システムを採用する国よりも提供率が高いであろうと期待する人がいるかもしれない。しかしながら、これは、そうとはいえない。スペイン——ソフトな推定的同意〔システム〕を採用している国——では、提供率は、オーストリア——厳格な推定的同意〔システム〕を採用している国——よりもかなり高いのである。

臓器リクルート・システムはさて置くとしても、提供率に影響を及ぼし、かつ提供率における差異を説明することができるであろう他の要因が存在する。身体への処分もしくは集中的ケアベッドのより強度の供給に対する文化的に異なる態度、または予防的な提供プログラムの存在だとか路上死の数といったような要因について考えることができるであろう。例えば、オランダでは、道路交通法上、自動車を運転するときに安全ベルトを着用する義務、もしくはモーターバイクを運転するときにヘルメットを着用する義務を履行することは、道路交通事故死の数、そしてそれゆえに提供のための臓器の利用可能性に関してインパクトを有してきた。スペインは、オランダよりも道路交通事故死が著しく高く、それゆえオランダでは、たとえスペインのリクルート・システムがオランダで用いられたとしても、スペインと同じように臓器提供が同じレベルに達することは決してないであろう。

確認されるかぎりでも最も重要な単純な要因は、潜在的臓器提供者の親族が常にアプローチされること、そしてスペインで起きているように、その目的のために特別にトレーニングを受けた者によってアプローチされることを保障することである。

オプティミング・アウト・システムが臓器提供率にポジティブなインパクトを有するか否かという議論を背景として、最近、1998年オランダ臓器提供法において規定された明示的同意システムが変更されるべきか否かに関する問題を研究する調査が、オランダで行われてきた。

この調査の時点（2003年12月）で、オランダの国家ドナー登録は、18歳以上の人口の39%に匹敵する約5,000,000人の登録があった。制限のない死後の臓器摘出のための同意は、2,200,000人の人々（45.5%）によって与えられており、400,000人の人々は、限定された臓器摘出のために同意を与えており、1,700,000人は、同意を与えることを拒否しており（34.2%）、500,000人は、死後の〔臓器〕摘出について最近親者が決定すべきであるという登録をしており（10.4%）、そして80,000人は、〔臓器〕摘出に同意すべきか否かの決定を特

図2 死後の臓器摘出の増加 1998-2005

1998	196
1999	165
2000	202
2001	187
2002	202
2003	222
2004	228
2005	217

定の人に委ねるよう指示した臓器提供法が発効して以来、死後の臓器摘出数は、わずかに増加したにすぎない。

このような増加にもかかわらず、臓器提供者は、いまなお著しく不足している。その結果、移植手術のための待機リストがあり、そして、新たな臓器のための平均的待機時間は増加している。腎臓移植については、現在の待機時間は、4年を超える。

オランダにおける明示的同意システムが改正されるべきか否かという問題に答えるために、オランダの病院における臓器回復の実務の分析と同様に、臓器提供に関するオランダの国民の態度の意識調査が行われてきた⁽¹⁶⁾。臓器提供に関する国民の態度意識調査は、以下のことを示している。

- インタビューを受けた人のきわめて高いパーセンテージ（96％）が、臓器提供に関するポジティブな意見を有するが、インタビューを受けた人の半分以下（48.2％）しか実際に登録していない。
- 登録しないという主な理由は、彼らがどのような決定をすべきか自信をもてないというものであるが、未登録の国民の29％は、もし再び登録書式を受け取れば、喜んで提供するであろう、という。
- 最近親者の信じる根拠のある選択についての知識は、登録したか否かに関係なく、きわめて重要である。すなわち、この知識は、決定的時点で死者の選択に従って人が決定を行いうるという理由から、重要なのである。

(16) R. D. Friele et al., *Tweede evaluatie Wet op de orgaandonatie*, Den Haag: ZonMW 204, 172 pp.

る。

- インタビューを受けた人の圧倒的多数は、死者が登録していなかった場合には、法律が明示的同意システムを採用しているか推定的同意システムを採用しているかに関係なく、最近親者が相談を受けなければならない、という見解を支持している。臓器提供の場合に最近親者が相談を受けないシステムを支持する者はいない。

オランダの臓器リクルート・システムを変更しても、臓器提供は増加しないであろうし、そのような変更により臓器提供が減少する危険すらある。さらに、臓器リクルート・システムの変更は、きわめて費用がかかり、多くの経過問題を引き起こすかもしれない⁽¹⁷⁾。

VII 臓器提供の割合を増やすプログラム

最近、臓器リクルート・システムを変更しないで、臓器提供率を増加させるプログラムを開発するという決定が政府によって行われたが⁽¹⁸⁾、その結果、2008年には、250人以上の死後ドナーの臓器が利用可能になるであろう。過去2年間、多くのことがこの目的のために行われてきた⁽¹⁹⁾。

- 2005年に臓器提供に関する国の情報キャンペーンが行われたことがある。このキャンペーンの結果、2005年の上半期に、約450,000人もの人々が国のドナー登録に登録した。前年までには、年次登録者数は、約100,000人であった。すべての新しい登録者の63%以上の人々が、ドナーとして役立つ意思がある旨の登録に関心を示した。
- 2006年1月以来、新しいパスポートまたはIDカード——パスポートは5年毎に更新しなければならない——を受け取った人は誰でも、まだ登録していない人々に登録を考える新たな機会を提供するためのドナー登

(17) ZonNW, *Second evaluation Organ Donation Act*, The Hague 2004, p. 135 ff (ZonNW, *Tweede evaluatie Wet op de Orgaandonatie*, Den Haag 2004, p. 135 e.v.).

(18) Letter of June 18, 2004, Hansard 2003-2004, 28140, no. 16.

(19) See letter of the Minister of Health, Welfare and Sports, no. DBO-CU-U 2669614 d. d.

録書式もまた受け取る。

- 一定の宗教団体のための臓器提供は、まったく別の問題である。イスラーム教徒やきわめて保守的なキリスト教徒のような一定の団体の宗教は、臓器を提供する旨の意思が議論されるとき、重要な役割を演じる。2006年初頭、このトピックに関する会議が行われ、最終的な結論の1つは、イスラーム教の信念は臓器提供のための障害にならない、というものであった。
- ドナー・リクルート書式は、改訂されるであろう。4つの選択肢を提供する現在の書式は、複雑なように思われるし、また、ポジティブな登録がもっともっと選択されるよう敷居が低くされるべきである。
- 電子ドナー登録が開発されるであろう。

VIII 潜在的ドナーの利用を最大活用する手段

効果的で首尾よくいく臓器提供のためには、効率的な臓器リクルート・システムと潜在的ドナーの最大利用の両方が、きわめて重要である。

明らかに、若い成人は、臓器提供に対してかなりポジティブな態度である。自己の臓器を提供する意思を登録した人々が多数いるにもかかわらず（約3,000,000人）、いまなお臓器提供に対する待機リストがある。現在（2006年11月）、1,400人以上の人々が、提供される臓器を獲得すべく待機している。大多数は、新しい腎臓（1,033）、肝臓（157）、もしくは肺（127）を待っている⁽²⁰⁾。2006年の臓器移植数は、446件であった（腎臓272件、肝臓67件、肺45件、心臓34件）。

死後に臓器提供者として役立つ機会は、きわめて小さい。年間の臓器提供者数は、約220人である。臓器提供者として役立つ機会は、病院で死ぬ人々や健康な人々のみが臓器提供者として役立つことができるにすぎないがゆえに小さいのである。

そのような背景から、オランダの臓器移植法は、最近、改正された。いまや、最近親者と臓器提供について議論する前にドナー登録を相談する義務がある。

ドナーが臓器を提供する意思を登録した場合、最近親者は、この意思が実現

(20) www.transplantatiestichting.nl.

される方法について情報提供を受ける。出発点は、死者の意思が概して決然としている、ということである。実際に、[臓器提供] 意思の登録がなされた92%のケースで、臓器の摘出が行われているのである。臓器提供の登録が行われる場合、死者の信じる根拠のある意思に従って決定がなされるということが、制定法の規定として提案されている。

さらに、臓器提供組織の改善が行われるであろう。調査によると、限定された数の病院において、多数の信じる根拠のあるドナーが交通事故か脳卒中(CVA)により死亡していることが明らかになっている。それらの病院のうちのあるところでは、実際の臓器摘出数が他の病院よりも高い。ある病院では他の病院における場合よりも多くの臓器提供手続が始められる理由は、こうである。すなわち、ある病院では、[臓器] 提供手続が明確ではなく、コミュニケーションがうまくいっていないのである。それゆえ、最善の実践戦略が開発されるべきである。

ある医師は、臓器移植に対して他の医師よりもはるかに高次の肯定的反応を得ている。最近親者に対して臓器提供を伴う同意の要請をすることは、こうした困難な要請にいかに対処すべきかを知っている経験豊富な医師によって持ち出されるとき、よりうまくいく。非常に重要なことは、潜在的臓器提供者を見逃さずに、迅速に臓器提供手続を開始することである。多くの病院では、いわゆるドナー職(donor functionary)が臓器提供手続を積極的にサポートしている。彼らの仕事の1つは、誰か死亡した者がドナー登録にすでに登録しているかどうか、そして臓器提供手続を準備しているかどうかをチェックすることである。医師が臓器提供可能性について最近親者と議論する方法は、最近親者の決定結果にとって重要である。ドナー職は、この議論の間に医師を支援してもよいのである。

概して、もしドナーの年齢も健康も医学的適応性があれば、病院で死亡した人だけが臓器提供者として適する。臓器提供手続全体における非常に重要なステップは、臓器提供者として役立つのに適するかもしれない人を認知することである。

誰かある人が潜在的臓器提供者として認知されるやいなや、踏むべき第2ステップは、潜在的ドナーがすでに登録しているかどうか、そしていかなるオプションが登録されているかを知るためにドナー登録簿を調べることである。この情報は、最近親者とのコンサルテーション(consultation)のうえで重要である。その人が提供意思がないものとして登録していた場合、最近親者とのコ

ンサルテーションは適切でない。ドナーとしての登録もしくはその決定を最近親者または特定の人に委ねる旨の登録があれば、これらの人々とのコンサルテーションは非常に適切なものとなる。

コンサルテーションの主な目的は、最近親者または指定された人に臓器摘出のための同意を求めることである。このコンサルテーションは、概して、非常に悪条件の下で、しかも悲嘆にくれた最近親者との間で行われる。ときどき、医師は、そのような非常にセンシティブな要請を最近親者に敢えてしないことがあるが、しかし、このことは、潜在的ドナーが見過ごされるという結果をもたらすかもしれない。

最近親者とのコンサルテーションは、臓器提供手続における非常に決定的なステップである。もし最近親者が「臓器」摘出を拒否すれば、臓器提供はないであろう。最近親者による拒否は、臓器不足の主な理由であると考えられる。最近親者は、なぜ「臓器」摘出を拒否するのであろうか。概して、最近親者は、死者自身が行ったであろう決定がどのようなものであるかを知らないがゆえに摘出を拒否するのである。さらに、医師が最近親者にアプローチする方法は、「臓器」摘出の要請が行われる時期と同様に、その決定において1つの役割を演じる。最も良い方法は、その人が死亡したことを家族に最初に知らせることであり、その後の段階で臓器提供の可能性について議論することである⁽²¹⁾。このことは、最近親者の臓器提供の決定にポジティブな効果をもたらすかもしれない。

最近親者が臓器摘出に同意すれば、臓器摘出手続を開始することができる。調査によれば、次のことが明らかになった。

- 認知された潜在的臓器提供者のケースの25%で、臓器提供登録がコンサルテーションを受けていなかった。このことが、潜在的ドナーが現実のドナーにならない主な理由となっている。
- ドナーの「臓器」提供の決定に関する最近親者の影響は、決定的である。もし臓器提供の決定が何ら登録されていなければ、概して、最近親者は、「臓器」摘出を拒否する。
- 「臓器」提供意思の登録は、その人が潜在的ドナーとして認知されるや

(21) ZonNW, *Second evaluation Organ Donation Act*, The Hague 2004, p. 103 (ZonNW, Tweede evaluatie Wet op de Orgaandonatie, Den Haag 2004, p. 103 e.v.).

いなや、現実の〔臓器〕提供の担保となる。

IX 結 語

最近10年間、臓器提供にさらなる反響をもたらす大きな衝撃が、臓器提供法の2つの評価によって、また、脳死に関する研究の最近の進歩によって与えられた。

臓器提供法の一般的目的は、臓器提供に関わる人々に確実性を提供すること、臓器提供をもっと利用しやすくすること、利用可能な臓器を公平に分配すること、そして臓器売買を防止すること、であった。2001年の臓器提供法の初めての評価⁽²²⁾は、臓器提供数が伸びなかったがゆえに、これらの目的が部分的にしか達成されていないことを明らかにした。初めての評価では、〔ドナー〕リクルート・システムは、わずかしき議論されなかったが、結論として、選択された〔ドナー〕リクルート・システムが最も効果的なものであるかどうかを決定することは時期尚早である、ということになった。

2004年の臓器提供法の2度目の評価⁽²³⁾は、〔ドナー〕リクルート・システムの改正が臓器提供率からして効率的かどうかという問題を徹底的に扱った。

〔ドナー〕リクルート・システムを改正し変更する代わりに、臓器提供率を上げるプログラムが開発された。さらにもっと重要なのは、潜在的ドナーの利用を最大活用する手段が講じられてきたことである。

すでにみてきたように、家族は、臓器提供手続においてきわめて重要な役割を演じる。〔臓器〕提供手続の開始に先立ち、家族は、たとえ死者による許可が登録されていた場合でも、〔臓器〕提供の許可を求められる。家族の許可を求めることは、制定法上の義務ではなく、臓器提供のための実践的ガイドランを含むモデル・プロトコルにおいてこの義務が規定されているのである。潜在的ドナーの8%は、〔臓器〕提供の意思があるものとして登録されているにもかかわらず、家族の異議があるがゆえにドナーにならないのである。このようなタイプの異議を回避するために、家族は、死者の「精神」で決定するよう

(22) ZonNW, *First evaluation Organ Donation Act*, The Hague 2001 (ZonNW, Eerste evaluatie Wet op de Orgaandonatie, Den Haag 2001).

(23) ZonNW, *Second evaluation Organ Donation Act*, The Hague 2004 (ZonNW, Tweede evaluatie Wet op de Orgaandonatie, Den Haag 2004).

教えられるべきである。臓器提供法の最近の改正後でさえ、家族は、死者の意思をなお覆すことができるのである。

これまでわれわれが議論してきたことからの結論は、適時に潜在的ドナーとして認知すること、ドナー提供登録の適切なコンサルテーションをすること、そしてドナーとして登録することが臓器不足を解消するうえで重要である、ということである。

【訳者あとがき】

ここに訳出したのは、オランダのナイメヘン大学（Radboud University Nijmegen）法学部のペーター・タック（Peter J. P. Tak）教授が、2007年1月19日に早稲田大学で行った講演原稿「オランダの臓器提供法に関する最近の展開」（原題は、Recent developments on matters related to the Dutch Organ Donation Act）である。このオリジナル原稿は、タック教授の同僚で刑法担当の上級研究助手（senior law research assistant）であり、また法医学者でもあるウィルマ・デュイースト（Wilma L. J. M. Duijst）氏がタック教授の原稿に医学的知見を加味して、両者により作成されたものである。タック教授の紹介は、すでに別途行っているのので、それを参照していただきたい（ペーター・タック（甲斐克則訳）「オランダにおける緩和的鎮静と安楽死」ジュリスト1308号（2006）174頁以下）。今回の来日は、慶應義塾大学の加藤久雄教授が招聘されたものであるが、昨年（2006年）9月に企業犯罪の調査のため訳者がナイメヘン大学を訪れたとき、訪日の際に慶應義塾大学のほか、早稲田大学でも医事（刑）法の講演を2つ行いたい旨の提案があり、デュイースト助手とも内容について相談した。帰国後、加藤教授と日程調整をし、原稿も早々と12月18日に送られてきた。

早稲田大学での第1講演が本稿であり、早稲田大学比較法研究所主催、早稲田大学生命医療・法と倫理研究所共催、日本生命倫理学会後援で行われた。第2講演は、「オランダにおける重度障害胎児および新生児に関する生命終結の決定」（原題は、End of life decisions on severely handicapped fetuses and newborns in the Netherlands）であり、早稲田大学生命医療・法と倫理研究所主催、日本生命倫理学会後援で行われた。この講演原稿訳（甲斐克則訳）は、すでにジュリスト1331号（2007）80頁以下に掲載されているので、併せて参照していただきたい。いずれの講演も最近の日本での議論と関係の深い興味深い内容であり、学内外の法学者以外に、藤井正雄会長をはじめとする日本生

命倫理学会の会員、医学者、マスコミ関係者、学生等、40名余りの参加があった。遠来の方も数名いた。質疑応答も盛り上がった。本稿からも看取されるように、第1講演では、臓器提供をめぐる問題について、とりわけ臓器提供数の確保のために様々な工夫をしつつ正面から取り組んでいるオランダの模様が、法学的側面、医学的側面および政策的側面を中心に具体的に述べられた（当初の立法経緯の詳細については、ペーター・タック＝山下邦也「オランダ臓器提供法の成立」奈良法学雑誌9巻2号（1996）115頁以下参照）。法改正により臓器提供数を増やすよりも、他の選択肢によりそれを補う方法がありうることを示しているオランダの状況は、日本でも参考になる部分がある。2つの講演とも甲斐が通訳をしたが、質疑応答では早稲田大学社会科学総合学術院専任講師の横野恵氏に応援をしていただいた。ここに謝意を表したい。

なお、本訳稿でも、読者の便宜を図るため、原文の小項目に訳者が番号適宜付した。また、慶應義塾同大学では、1月20日に「オランダの安楽死等審査法採択から5年を迎えて」と「オランダにおける保安・改善処分の現状と課題」という2つの講演が、また、国連アジア極東犯罪防止研修所（UNAFEI）では、1月26日に「オランダおよび西欧諸国における検察によるダイヴァージョンの方法」という講演が行われた。訳者は、これらすべての講演会に出席したが、いずれもタック教授の熟練した比較法的知見・博識が遺憾なく発揮されていたことを付記しておく。