

【1997 年】

日本の国会は原則として案件に対応する委員会に審議を付託する、その後に本会議での可決成立を目指す。臓器移植法案については、共産党を除くすべての会派が人の生命観に関することであるとして党議拘束をかけない方針をとったため、限られた議員によって構成される厚生委員会での法案採決への懸念があった。その結果、直接本会議での議員個々人の採決に任せるほうが好ましいとの判断がなされ、本会議で厚生委員会での議論を委員長に中間報告させるという方法がとられた。

140 回国会 衆議院 厚生委員会 平成 9 年 4 月 18 日

○町村委員長 これより会議を開きます。

第百三十九回国会、中山太郎君外十三名提出、臓器の移植に関する法律案及び金田誠一君外五名提出、臓器の移植に関する法律案の両案を一括して議題といたします。

本日は、小泉厚生大臣の出席を求めています。

質疑の申し出がありますので、順次これを許します。佐藤剛男君。

○佐藤（剛）委員（自民） ありがとうございます。また、本日は、小泉厚生大臣に御質問の機会を得まして幸いです。

最初に、私の感想を申し上げさせていただきますと、現在の委員会、本会議手続というのは、採決という委員会決議を前提にしまして本会議に行くという、党議拘束を前提にしました形であるなというのを、修正を出すような場合においても、それぞれの党の、自民党なら自民党の執行部、あるいはほかの党においても同じような形になっているようでございまして、非常にやりにくい形になっている経験をしました。

私は、十五日に、金田案に対しまして動議を提出いたしました。もちろん、衆議院の法制局の審査を経たものでありまして、短時間の間に提出することができましたことを、この機会に法制局に敬意と謝意を表しておきたいと思います。

そういう前提の中で、もし政府案だったら楽だったのじゃないかなという感じを、つくづく感ずるわけでございます。

それで、十五日、私が当委員会に金田案について修正を提出しました提案内容は、皆様に配ってある動議でございしますが、心臓は、臓器の中において他の臓器とは違う、鼓動する状況で移す生体間移植というのができない、生きている体間の臓器が生きないからどうするという話から出ているわけでございます。

そこで、法律では、「心臓その他の」という例示ということで、定める臓器を除くとしておりますが、私は、当面、心臓というものを政令に書く形で考えているわけでございます。その心臓について、第七条というのが、金田案には心臓摘出の条項になっているわけですが、その適用部分を除く。心臓の販売とかなんとかの罰則は全部かける、これはとんでもないことです。ですが、そういう形で適用除外をする形態をとっております、摘出

する部分については厚生大臣が告示で定めます、定めるに当たっては国会の承認を得ます。

その場合というのは、どういう条件が定まったとき国会の承認を出すかという、ゴーという信号であります、心臓についての移植をゴーという。これは、十分なる、総合なる移植形態ができて、外科医だけでなく内科医もいる、看護婦スタッフもいる、あるいは法律家も宗教家もいるような総合的スタッフ。

現状においては私はないと解しております。今、心臓の移植をやりましたら、ほかの移植が全部とまってしまう。そして、免疫拒絶反応を起こす。一日千秋の思いで待っている人たちが逆に、あした死んでしまうかもしれない。そういうふうなことを考えた上で、その間は、できるだけ早い機会にゴーの信号ができるように、国もあらゆる、民間も財団などをつくったりして、心臓移植円滑財団みたいなものをつくってレシピエントに対する資金を援助したり、そういうふうな形をやって、国も中心的にやる。

別に新しい建物を建てる必要はない。ナショナルセンターでどこかの、例えば東京女子医大というのをやって、そこに看板を掲げる。それは東京支所、大阪支所があってもいい。私は、せいぜい決勝戦に臨む、優勝戦に臨むぐらいじゃないとだめだと思っていますが、準決勝はだめ、準々決勝はましてやだめという形で法案を出したわけでございます。

その背景は、仮の話で申しわけないのですが、当委員会の採決を経ずに本会議へ提出する可能性なしとしないわけでありまして。今、理事会でどうするかを考えているわけでありまして、その場合に、私にとっては極めて深い懸念があるからであります。例えば、両案とも否決される場合であります。あり得るのであります。棄権などによってあり得ます。この場合には、将来への臓器移植の道が全く閉ざされると考えるからであります。一日千秋の思いで待っているレシピエント、患者さんたちそれからその家族、その嘆きを考えると、また、提供者、ドナーの善意、これにこたえられない。また、国内の臓器移植が真つ暗やみになるわけでありまして、海外に移植のために出かけて行って、それだけ余計に金がかかっていくという、ほかの国から見れば日本は医療小国になるわけでありまして。そういうことを懸念いたします。

そしてまた、さらに大きな懸念は、中山案がなかったら、出なかったならば、プロフェッショナルクリークの中でガイドラインをつくって、そしてこれが死であるという形でできたものが、刑法上何も問題ない形ができた。告発されても違法性の問題というのは阻却される可能性が十分あると私は思いますが、今度は、二つの法律が出て、私も修正を出します。今、当委員会に動議として出しました。そうしました場合には、日本の法律には死の定義の規定がありませんから、中山案が出るまでは死の判定は医者に任せられたわけでありまして、この両案が出されて、今日まで延べ七十九人の人が質問しているわけでありまして。こういう実態で、当委員会の採決なしに本会議に行ったら、殺人罪の告発を受けた場合に司法官憲はそれにたえられないのじゃないか、取り調べをするのじゃないか。私は、違法性が阻却されないとする立場をとるわけでありまして。

したがって、我々、最高の立法機関としての義務は、どうにかこの二案が歩み寄って

法律という形を出さざるを得ぬ、まとまるということが義務であると思いますし、そういう意味で、その歩み寄りの案を出したわけであります。しかし、いろいろ党内の手續の問題というのはあるのであります。判こを押すとかなんとかという問題があります。そういうことで間に合わないので、十五日、私は出しました。

私自身は、ここで前から申し上げていますが、私は金田案にくみするものでありますが、本当は両方に出したかった、同じベースで。ところが、できないのであります、今の院の手續の中においては。これは直してもらわなきゃいけません。

それで私は、金田案に、出してください、修正してください、修正すれば私は撤回しますと。そうしましたら、金田案の方々は集まって、中山案にも同じ規定を入れてください、同じ土台にしませんと、金田案の方が移植について非常に消極的だというニュアンスになってしまうと。これはよくわかるのです。それで私は、中山案に、中山先生に、そのようにしていただけないかと言ったわけであります。

そうしましたら、中山先生は、検討するという話をされたわけであります。そして昨日、私のところに、中山先生おっしゃられましたのは、これはどうなるかわかりませんが、十分その趣旨を理解して、いろいろ、大臣から答弁の機会もあるだろうし、あるいは院としての、衆議院としての決議という道もあるだろうし、そういう努力をしてみると。そういうことを、私はありがたく中山先生からお話をお聞きいたしたわけであります。

そういう努力というものを前提に今後進めるわけでありますが、このような状況にあるということは、大臣、やはり政府提案でないと、しかも党議拘束が外れておる、いわんや修正手續もやりにくいし、かく自民党の中において修正する手續、それは新進党においても同じです。民主党においてもそうです。社民においてもそうです。間違えたらお許しいただきたいと思いますが、みんなそうだと思うのです。みんな判こが要るのです。そういう面でまことに、非常にづらい経験をいたしたわけであります。

委員長、この面につきましては、議運等におきまして、私の発言としてテークノートを、そして、その御連絡をお願いしたいと思っているわけであります。

大臣、このような状況にある中で、大臣は、この法律というものがどのように、大臣として、厚生大臣としまして臓器移植に関してどのような考え方をお持ちで、どういうふうな形で進められるのがいいのか、その御決断、御判断をできればお願い申し上げたいと思っています。

○小泉国務大臣 長年この問題にかかわってきた方々が法案を提出され、審議を重ねて、ここまで多くの国民の関心を集め、いよいよそれぞれの議員も賛否の判断をしなきゃならない状況まで議論を進めてきた御苦労に対しましては、心から敬意を表したいと思っています。

私は専門家ではありませんから、死とは何かという定義は専門家に任せるにしても、今の臓器の移植の医学の進歩、昔では考えられなかったことでございますけれども、現実には心臓移植、肝臓移植が行われておる、そして今の状況において、自分の臓器も移植して結構だ、また、受けたいという方がおられる中で、私は、そのような状況を政治が整えるということ

は大事なことでありと思っています。

そういう判断から、私は、このような臓器移植ができるだけ国民の理解を得られる形で整えられるよう、法律が制定されるよう厚生大臣として努力していきたい、そう考えております。

○佐藤（剛）委員　ありがとうございました。

厚生大臣が、この議員立法のいずれかが、あるいは調整されるものが、それが立法を実現するということを望まれたということは、私は非常に重要な御発言であるということを取ノートさせていただきます。

それでは次に、大臣にお伺いいたします。

私も、そういう臓器の移植の道のために、まあ、かんぬきをかけた法律でございしますが、いろいろ自民党内の手續もあるので、金田案にかけたわけであります。

しかし、その中で、もし本会議で、これは仮定の話ですが、本会議において全部が否決された場合に、仮の話で恐縮ですが、政府としましては、いろいろなものをもって、党議拘束があることを前提にした国会の仕組みをも前提にして改めて出す――否決された場合です。今申されたように、大臣は、どうしても必要、重要だと思われるということをおっしゃる。その場合に、政府としましては提出する意向がありますか。

○小林秀資(厚生省保健医療局長)政府委員　私ども、今回、先生方に、この臓器移植に関する法案で、議員立法で非常にお骨折りいただいております、心から感謝をいたしておる次第でありますし、また、その法案が必ずや成立するものと今も確信をいたしておるところであります。

そういう意味で、この法案ができなかったらどうかということについては、今の段階ではまだ考えておりませんので、それはそのときにまた考えさせていただきたいと思います。

○佐藤（剛）委員　もうそれ以上は聞きません。

時間でございますので、これをもちまして終わりにさせていただきます。

○町村委員長　住博司君。

○住委員(自民)　きょうは、厚生大臣にもおいでをいただいて、政府質疑をさせていただきます。

先日も、心臓移植を待って、我が国では心臓移植ができないからといって、非常に多くの善意の気持ちを受けながらアメリカに渡られて、しかし、残念ながら、適合するドナーが見つからないまま命を失った少女のお話が出ておりました。

そのことを私どもはやはり重く受けとめなきゃいけない。日本という国が、正直申し上げると、臓器移植について、特に心臓移植、外国では相当な技術を持っている人たちが我が日本人の中にたくさんいらっしゃる、しかし我が国ではできない。そういったことの現状というものを私どもはどう受けとめるか、一人一人が考えなければならないのではないかと思います。

私は、本当ならば、法律をつくらなくても、医学界の独自の判断で、そして患者さんから

の信頼を得られて、心臓移植を行うということに合意ができていくのが本来の筋であろうというふうに思います。

しかし、過去の経過からすれば、残念ながら、それは我が国ではとても望めそうもない。そういう中で、この法律案の議論が始まったというふうに承知をしておりますし、そして脳死臨調につきましても、院の決議において政府でおつくりになった。その答申を受けて、政府が法案をつくるか、あるいは議員立法でやるかという議論はありました。結果的に議員立法という形で中山先生を中心に御議論をなさったという形になりました。

そういう過去の経過というものを受けとめながら、よく、審議は拙速であるみたいな話がありますが、それじゃ何年間議論すれば拙速でないのかということも同時に考えておかなければならない、私はそんなふうに思います。

まず最初に、国民の命を預かる厚生省として、外国に行かなければ心臓移植、肝臓移植、まあ生体肝はあるのですけれども、心臓移植の治療が受けられないという現状についてどういうふうに考えておられるのか、その点をお聞きしたいと思います。

○小林（秀）政府委員 この臓器移植という医療は大変重いものでございます。そういう意味で、外国でもこの臓器移植を受けられる方がいらっしゃるわけでございますが、今、世界の現状は、どこの国でも臓器が足りない。ということは、なかなか脳死という段階で臓器をいただける機会が少ないということでございまして、そういう外国へ行ってまで日本人の方が治療を受ける、そして外国人の方のチャンスをなくしてしまうということについては、私は大変問題があるだろうと思っております。できるだけ日本国内で臓器が善意で提供され、そして、待っている人に移植がされることを期待しておる次第であります。

○住委員 そのことで、我々はよく議論をしていかなければいかぬと思います。

ここでちょっと紹介しておきますけれども、実を言いますと、デンマークという国がありまして、デンマークでは一九八〇年代には脳死が認められていなかったため、デンマークの国民はドイツやイギリスやスウェーデンに出かけて行って移植手術を受けていた。ところが、これらの受け入れ国から、デンマークは臓器をもらうだけで提供しないという批判が強まって、一九八〇年代後半には、各国の病院からデンマークの患者は受け入れない旨の通知を受けるに至った。こういう過去があるわけですね。それで、デンマークという国は、このような国際的な批判を避けるべきであるという主張が脳死容認論の論拠の一つとなって、一九九〇年五月に法制定に至ったということがあるわけです。

私どもも同じことなのじゃないか。よく外国に行って日本人は心臓を買っているのじゃないか、こういうようなことを言われるようなことだけは私たちは避けなければいかぬというふうに思っております。

そこで、具体的な話を聞かせていただきたいと思います。特に、省令に定める問題がいろいろあります。

まず、脳死の判定についてです。

これまで議論になったのは、確実に脳死判定がされるのかどうなのかというところが非

常にあいまいに思っておられる人たちがいる。私どもは、この議論を通じて、ポイント・オブ・ノーリターンというのが非常に厳格にされて、そして、脳死判定というのはかなりやれるというふうに、確実なものだというふうに思っておりますけれども、この脳死の基準というものは「省令で定める」、こういうふうにこの法律案にはなっておりますけれども、厚生省の見解を幾つか聞きたいと思います。

いわゆる竹内基準、昭和六十年に報告されているわけですが、現在の医学水準から照らして、この竹内基準というのは妥当であるというふうにお考えかどうか、まずその点をお聞きしたいと思います。

○小林（秀）政府委員 竹内基準についてでございますが、昭和六十年に、厚生省研究班により脳死判定基準、いわゆる竹内基準が作成され、平成二年に、同研究班の研究班員により医学的知見に基づく再評価が行われたところでございます。

また、脳死臨調答申、平成四年の一月に出されたものでございますが、この中では、「専門委員からの報告や国内外の専門家の見解等を総合的に判断した結果、この竹内基準は現在の医学水準からみれば限り妥当なものであろう」としている結論が出されているわけでございます。厚生省で発足させました臓器提供手続に関する専門家によるワーキング・グループにおきましても、竹内基準は現時点での医学的水準から見て妥当であるとの結論が出されているところでございます。

もとより、医学的・科学的見地からの妥当性の検証は今後とも必要と考えておりますが、これまでの状況から見て、現在でも竹内基準が現在の医学的知見に照らし合わせても妥当であると考えておるところでございます。

○住委員 そこで、ほかにも、例えば補助検査というのがありますね。脳血流の停止の状態であるとか、あるいは聴性脳幹誘発反応の消失であるとかそういったことを、実を言うと補助検査というものがある、それを厳密にやっていくことが必要なんだというような御意見は参考人の方の中にもおありになった。そのことを考えますと、このことについて省令でどうお書きになるのか、書こうとされているのか、ないしは、そうではないというふうにお考えになっているのか、その点をお聞きしたいと思います。

○小林（秀）政府委員 脳死判定に関してのいわゆる補助検査の取り扱いに関してでございますが、特に聴性脳幹反応につきましては、簡便かつ侵襲性がなく、広く普及していることから、医療現場において実施されることが望ましいと考えております。

脳死判定基準につきましては、厚生省令で規定すべきとされているわけですが、この省令においては、現在のところ、いわゆる検査項目のうち必須項目とされるものを中心として規定することを予定いたしております、脳死判定を行う上で必ずしも必要でない補助検査について省令で規定することは考えておりません。いずれにしても、今後の国会の御審議を踏まえて検討を詰めていきたいと考えております。

補助検査は、その客観性や記録性の保証という点からいきますと有意義であります、他方、これらの補助検査では必須検査以上の情報を得られないということや、侵襲性が認めら

れたり、信頼性に問題があるなどの理由から、竹内基準におきましては必須検査としては取り上げられていない。ですから、必須検査ではないけれども、補助検査としてこれはいいことだというふうに解釈をして、今、省令の方では必須検査について規定をしようと考えておるということでございます。

○住委員 ただ、国会の論議でその補助検査も必須検査とすべきではないかという議論があったことだけは、よく記憶にとどめておいていただきたいというふうに思います。

それから、先ほど佐藤先生もおっしゃっている中で、いろいろと議論がある。これは、移植の体制というものを考えていったときに、私はやはり、この前も私、自分自身の質問をしたときに、一カ所に集中するというのはなかなか難しいかもしれないけれども、これからの将来のことを考えたときに、例えば各医療機関、今は移植関係学会でいうと、心臓八施設、肝臓十施設というふうに考えていますけれども、ドナーの数の少なさを考えると、そんなにできるのだろうかというふうに思うのですよ。ですから、そういうことを考えれば、それぞれの意思で自由、個別的にやるということになれば、むしろ実績が上がらないし、逆に国民の理解が得られなくなる可能性だって強いのではないか、こういうふうに私は思うのです。ですから、当面の間においては移植施設は限定すべきだと考えておりますけれども、この点について、これは厚生省、非常に関係する話ですから、大臣の考えをお聞きしたいと思います。

○小泉国務大臣 施設を限定すべきだという御意見、もつともだと思います。

厚生省としては、臓器の提供が必ずしも多く期待できない当初の段階においては、実施施設を限定された施設に集約していくことは、移植医療の技術の向上や国民の安心感を高める観点からも適切なことと考えており、このことを合同委員会に伝え、限られた施設において移植が実施されるように働きかけていきたいと思っています。

○住委員 そのところはよくきちんと御指導をいただきたいというふうに思うのです。法案が成立することを前提にして私は話しているわけだけでも、しかし、そういうことが大事なんだろうというふうに思います。

それから、少し時間が詰まってまいりましたがけれども、もう一つは、本人の意思というものを、生前の意思というものを大事にするのだということで、ドナーカードの問題がいろいろと議論されております。

一体、生前の意思、あるいは金田案ですとまだ生きている間の御意思になるわけですがけれども、その意思をどんな方法で確認をするのだろうか、そのドナーカードというものはどういう形でおつくりになろうとしているのか、このことも実を言うと厚生省がお考えにならなければいけない。厚生省としてはどんなドナーカードを用意しようとしているのか、そして、どういうふうに普及させようとしているのか、その点をお聞きしたいと思います。

○小林（秀）政府委員 ドナーカードにつきましては、腎臓について、従来は腎臓バンクに登録することにより配布される、いわゆる登録制度によって行われてまいりました。

このような登録制度に関し、平成五年五月の厚生省臓器移植ネットワークのあり方等に

関する検討会の中間報告では、ドナーカード普及の観点から、登録制度から自由配布制への移行に努めるとの方向が示されておるところでございます。

腎臓に関しましては、平成七年四月の厚生省日本臓器移植ネットワーク準備委員会の報告においても自由配布制のドナーカードの導入が提言されており、これを受けて、社団法人日本腎臓移植ネットワークでは、平成八年度に全国統一のデザインによる自由配布制の「意思表示カード」を作成、腎臓提供者の確保のため、都道府県の腎臓バンクや腎臓移植の普及啓発のためのイベント等、さまざまな機会を通じて配布に努めておるところでございます。

今後とも、関係者の御協力を得ながらドナーカードの普及啓発等に努めてまいりたい、このように思っております。

○住委員 今の答えでは、とにかく今度の心臓移植で想定されていて、私ども御説明を受けたときには、例えば交通事故だとか墜落事故だとか、突発性の事故があるわけですね。しかも、緊急性があって、時間が物すごく詰まっているわけですね。そういうときに、今のようなお話で確認ができるのですか。だから、どういう方法で、本人が身につけておられるような状況の中でのドナーカードをどうつくっていかうとするのか。むしろその方が大切だと思うのですよ。それくらいのことを真剣に考えないと。今のような腎移植のことですらなかなかドナーカードの普及というのはできない。そういう状況をよくお考えになって、この心臓移植について国民の意識を高める、ないしは、臓器移植について、あるいは心臓移植について、ほかの臓器でもそうでしょうけれども、そういった意識で、自分の命が失われようとするときに、もし必要ならば他人の命を助けられる、こういう意識を普及するときには、今みたいなドナーカードで本当にいいのかということだけは御指摘をしておきたいと思います。

過日、ある報道機関は、運転免許証だとか健康保険証だというようなお話が出たやに聞いております。それについてはきょうお答えを聞けないわけだけれども、しかし、それだって本当にそれでいいのか。

それからもう一つは、何十年も前にドナー登録をしたから、それで本当に続くのですか。例えばヨーロッパの議論を聞いていますと、遺言状でやるところもありますよ。そのときには何年かに一度それは確認をしてくださいとかいう方法もあるわけですね。要するに、そういったことについての級密な論議を重ねていただいて、そのところもちゃんと織り込んで理解をいただけるような方法でお決めにいただきたいということをお願いしておきたいと思います。

以上です。

○町村委員長 答弁はいいですか。

○住委員 答弁していただきましょう。

○小林（秀）政府委員 今、腎臓の場合でやっている事例を申し上げましたが、今回の法案が本人意思の確認というところを非常に重要に、重きを置いて法案が提出をされております。そういうことを含めまして、厚生省としては、もっと真剣に、もっと拡大する方向で何

らかの方法を検討してまいりたい、このように思っております。

○住委員 終わります。

○町村委員長 山本孝史君。

○山本（孝）委員（新進） 山本でございます。

まず、法務省に質問をさせていただきます。何点か疑問の点が残っておりますので。

一点目は、脳死状態の患者から臓器を摘出した場合に第三者が告発をするのだ、だから法律が要するのですというのがこれまでの提案者の、中山案の提案者のお話でございましたけれども、仮に中山案が成立した場合に、この第三者告発というのはなくなるのでしょうか。

○渡邊説明員（法務省刑事局刑事法制課長） お答えいたします。

御質問が仮定の問題でございますので、答弁は差し控えさせていただきたいと思いますが、けれども、検察当局におきましては、告発を受理した場合には、所要の捜査を遂げて、法と証拠に基づいて適正に処理するものと思っております。

○山本（孝）委員 法律ができたからといってすべて門前払いじゃなくて、しっかりとした捜査をやるというものはやっていただきたいというふうに思いますが、その点はしっかりやっていただけるのですね。御確認をしたいと思えます。

○渡邊説明員 繰り返しの答弁になると思いますが、告発は、検察庁におきまして、何人も犯罪があると思料するときは告発することができるということになっておりまして、検察当局としてはこれまでも、一般論として、どのような事件でも、告発を受理した場合には所要の捜査を遂げて、法と証拠に基づいて適正に処理してきたものと思っております。

○山本（孝）委員 もう一点、法務省にお伺いします。

例えば交通事故があったとして、その事故の結果として、脳死を経て亡くなったその被害者の家族から加害者側に損害賠償が提起されたとする、加害者側が脳死判定以降の治療費に対しては我々は支払う必要はないというふうに申し立てをした場合に、これはそのとおりというふうに理解をしてよろしいのでしょうか。

○揖斐説明員（法務省民事局参事官） お答え申し上げます。

一般的に、民法七百九条に基づきまして加害者が賠償しなければならないと言われておりますのは、加害行為と相当因果関係にある損害と言われていたところでございます。すなわち、加害行為によって通常生ずるであろうと認められる損害ということになるわけでございます。

したがって、今議員御指摘の治療費ということになりますと、それが加害行為と相当因果関係が通常あると考えられると思われまので、加害者にはその損害を賠償する責任があると考えられると思えます。

○山本（孝）委員 質問の趣旨をもう一遍よく聞いていただいて。

中山案が通ったとしますと、脳死判定をもって死となるわけですね。死亡した以降の治療費という形で請求をされた場合に、それを加害者側は支払わなければいけないのかどうか。

○揖斐説明員 お答え申し上げます。

少し繰り返しになるかと思いますが、基本的には、加害行為と損害との間の因果関係と申しましょうか、通常、一定の加害行為があった場合に、その当該損害が通常生ずると考えられる損害については支払う必要があるということになります。

したがって、いつ脳死という事態があったかどうかということは、必ずしもこの場合、重要な要素にならないものと考えられます。

○山本（孝）委員　ちゃんと質問に答えてください。

脳死判定以降のものを治療費というふうにして請求をしてきたら、それは治療費とは認められないということになりますかということです。当然でしょう。

○揖斐説明員　治療費となるかどうかということは、損害賠償が請求することができるかどうかという問題とはまた別途に恐らく考えられることとは思いますが、損害賠償としては、因果関係の中で判断されるということになろうかと思われます。（山本（孝）委員「繰り返した、答弁になっていない」と呼ぶ）

○町村委員長　法務省、正確に答えてください。

○揖斐説明員　通常、先ほど申し上げましたように、不法行為に基づいて損害賠償を請求することができるかどうかという観点から申し上げますと、それがどういう形のものであろうと、因果関係の範囲内で認められるということになろうかと思います。

○山本（孝）委員　そこは理解しました。だから、そこは治療費というふうにして請求されたら、それは治療費と認められるのかと聞いているのです。

○揖斐説明員　通常、損害賠償が認められるかどうかといった場合に、その項目といたしまして、要するに、それが治療費という名目になるのかどうかということは必ずしも重要な事項ではないと考えられるところでございまして、その場合に、治療費として認められるのか、あるいはそうではなくて、また別途の、積極的に財産的損害があった、こういう形の財産的損害があったという形で認められるのかということは、あるいはあり得る、選択肢としてはあると思われますけれども、因果関係があれば因果関係の範囲内で損害賠償は認められるということになろうかと思います。

○山本（孝）委員　だから、それは、どういう形で損害賠償を請求するかは損害賠償を請求する側の判断であって、損害賠償は損害賠償をしなければならない因果関係があるのだから損害賠償されるべきだろうとおっしゃっている部分はよくわかる。そこを治療費だというふうにして請求をされたときに、それを支払う義務があるのかということです。これだけはっきり聞いているのに何で答えられないのですか、しっかり答えてください。

○揖斐説明員　お答え申し上げます。

基本的に、当該損害が財産的損害と考えられるところでございますけれども、その財産的損害の項目と申しましょうか、財産的損害が治療費であるかどうかということは、損害賠償を請求する際に余り重要ではないところでございまして、基本的に因果関係の範囲として認められれば認められることになることになるとおもわれます。

○山本（孝）委員　もうほとんど最後の質問の機会なので、そういうちゃらんぼらんな答え

をしないで、しっかりとした答えをしていただきたいというふうに思います。

要は、答えられないというか、死体に対しての治療を行った、だからそれを治療費で請求するなんというのは、そんなもの認められるわけじゃないじゃないですか。認められるわけないとはっきり言えばいいものを、一生懸命そこをそういうふうに言い抜けようとするから話がおかしくなる。そうでしょう、私はそう思いますけれども。もしあるのであれば、後で…

…。

あとは厚生省に御質問をしたいと思います。

この法律ができたら脳死判定を義務づける方向にいくのじゃないか、脳死判定しなければいけないのじゃないかという声があるわけですがけれども、脳死判定を拒否する権利というのは患者にありますか。

○**小林（秀）政府委員** まず、脳死による人の死の判定は、三徴候による死の判定同様、医療現場において、医師が、医療行為として、個々の患者について、治療方針の決定など医療上の必要があると判断した場合に、死という客観的事実を確認するために行われるものがあります。

したがって、患者本人が拒否している場合には脳死判定ができないとすることは、患者に脳死か心臓死かの選択を認めることになり、臨調答申にもあるように、「本来客観的事実であるべき「人の死」の概念には馴染みにくく、法律関係を複雑かつ不安定にするものであり、社会規範としての死の概念としては不適当」であると基本的に考えておるわけであり

ます。

ただ、脳死判定については、患者、家族の理解を得つつ行われることが望ましく、厚生省の臓器提供手続に関するワーキング・グループによる脳死体からの臓器摘出の承諾等に係る手続についての指針骨子案においても、実際の脳死判定に当たっては、脳死判定を終えるまでに、家族に対して、脳死についての理解が得られるよう必要な説明を行うこととしていくところでございます。

○**山本（孝）委員** 長々した答弁しないで、ちゃんと教えてくださいよ。だから、そのときに患者が理解をしなければ、脳死判定はしなくていいのですか。

○**町村委員長** 簡潔にひとつ。

○**小林（秀）政府委員** 今申し上げましたように、例えば現実に救急医療の現場で臓器移植が行われていない現在……（山本（孝）委員「臓器移植と関係ない話です」と呼ぶ）いや、関係ない現在でも、救急医療の場で脳死判定が行われております。

それはなぜかと申しますと、救急医療の先生方は、自分のところへ来られた患者さんのために、どうやって命を助けるか必死の思いでやっていかれる、そして、ずっと経過を見ていくと、ある段階で、これはどうもいろいろな症状から見ていくともう脳死に近いのじゃないか、そういうずっと臨床過程を追っていく段階で、あるところで、これは、これ以上続けたのでは、もし死んでいるならば、死んでいる人にまでまだ注射を打ち続けるとかという、そういうその亡くなられた方に対する尊厳を守るために、かえってそこでは治療を中断する

というのがやはり医療行為として判断があり得るわけでありまして、そういう意味で、救急医療の現場では、患者さんに、脳死を拒否するとかではなくて、医療行為の一環として、死の判定というのは脳死も三徴候の死も同じように行われているものでありますということを申し上げたわけです。

○山本(孝)委員 医療現場でどういうふうになっているかということは理解しています。私は医者がどうこうしようと言っているわけではありません。

だから、ワーキング・グループの臓器摘出の手順の中においても、患者の理解を求めて脳死判定をし、臓器の提供をしていただくのだというふうに書いてあるわけだから、そのときに、患者が理解をしなければ脳死の判定もしないというふうに理解をしていいのですかと。だから、イエスカノーかなんですよ。

○小林(秀)政府委員 医療現場の中で患者さんに自分の脳死判定について拒否する権限があるかどうかということについては、そういう権限はつけないと考えております。

○山本(孝)委員 なぜ政府提出法案でなかったのか、簡潔にお答えをいただきたいと思います。

○小泉国務大臣 これは、長年議論されている段階で、政府部内におきましても賛否両論あり、人の死という、定義するのには社会的通念、いろいろ問題がある、相当時間がかかるなということで、議員の見識によって議員みずからこの問題に結論を出そうじゃないかということで議員提案なされたものであると私は理解しております。

○山本(孝)委員 脳死臨調の後、閣議決定があつて、政府は脳死・臓器移植問題に取り組むという閣議決定をしているのですね。それで各省庁と協議を始めた、そのうちに中山先生たちの動きもずんずん出てきたと。言ってみれば、そこで渡りに船ということでこっちの話に乗ったという感じもしないでもないのですが。

でも、政府が結局提出をしなかったのは、生命というものにかかわる法律というものを国が出すべきではないのじゃないかというふうな判断があつたのじゃないかと思うのですけれども、そこはどうなんですか。

○小林(秀)政府委員 脳死臨調の答申を受けましてから政府内で議論をしているわけですが、**今先生がおっしゃったように、政府として死の判断基準のことでだめになったとかいうことではなくて、なかなか各省庁が全然まとまりにいかなかったということと、それから、一月にレポートが出まして、普通ですと大体三月が法律の提出時期でございます。それを過ぎて政府内が全然まとまらないということで、今先生がおっしゃられたように、議員の先生方が、今までの腎臓とか角膜の法案も議員立法でやってこられたということもありまして、それで先生方が見るに見かねて議員立法で法案をしてあげようということで動いて、政府側としては、それにお任せしたというのか、便乗したという言い方はいけないかもしれませんが、それは議員立法で先生が行われている、ありがとうございましたという形になっているわけでありまして。**

○山本(孝)委員 小林さん、もう一つ、今の御答弁の中で、各省庁まとまらなかったのだ

と。異論がいろいろあったのだというところを三分ぐらいでしゃべってください。

○小林（秀）政府委員 政府部内のことについては、発言は控えさせていただきます。

○山本（孝）委員 議員立法でされた今の角腎法、そこには国の責務というのがうたわれていなかったのです。今回、この法律ができますと、第三条で「国及び地方公共団体の責務」というのがうたわれている。あるいは附則の第二条で「政府は、ドナーカードの普及及び臓器移植ネットワークの整備のための方策に関し検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずる」という形になっています。

先ほど大臣の御答弁の中で、移植のできる環境を政治が整えていくことは大事なんだ、そのために努力していきたいというふうにおっしゃった。その努力の内容ですけれども、今後、明らかに臓器が不足する状況というのはもう目に見えておるわけですね、諸外国を見ても。そうすると、臓器の提供数をふやしていかなければならない、言葉をかえれば獲得していかなければいけない。という意味で、今後、政府として、単にドナーカードを配るのだという話じゃなくて、どういう形で臓器の提供者をふやしていくのか、具体的にどうするか、さっきのドナーカードの質問なんてほとんど答えになっていないので、どうしていくのかということ、政府が臓器移植の推進にどのぐらい深く関与するのかということをお答えいただきたいと思います。

○小林（秀）政府委員 今回の法案が成立いたしますと、どちらにいたしましてもドナーカードというのが大変重要になってまいります。そういう意味では、ドナーカードの普及が最大の仕事だと私はまず存じております。

具体的にどうするかということは、まだ厚生省としても決定しているわけではございませんが、これまでの審議の過程並びにこの議場以外のところの議員の先生方の御発言をお伺いしますと、自動車の運転免許証それから健康保険証、そういうものも使えるような、利用するような考え方を検討したらどうかということは御意見としていただいております。今、一生懸命検討しているところであります。

○山本（孝）委員 私がこの質問で申し上げているのは、角膜と腎臓の移植に関する法律の中では国の責務というのはうたわなかった、すなわち、国は一步引いたところにいるのです、医療行為の中ですから提供者の御意思を十分に尊重する中でやっていただくのがいいのですということでやってこられた。腎移植のネットワークもそういう形で、民間の団体にゆだねられたというところでやってこられた。という部分から、今度一步進んで、「国及び地方公共団体の責務」というふうにうたっているわけですし、ドナーカードの普及とネットワークの整備ということもはっきりと書いている。ということは、国が予算をつけて、例えばドナーカードを何千万枚とつくっていろいろなところに配っていくというようなことも国の仕事の中だというふうに御理解をしておられるのですか。

○小林（秀）政府委員 現在でも、腎臓の移植に関しまして、ネットワークの整備とかドナーカードの整備とかということについては国も予算を組んでやっておりますし、法律に書いてなくても一生懸命やってきていましたし、今回は法律にも明定されているところで

ございますので、法案が成立すればより一層頑張ってまいりたいと思っています。

○山本（孝）委員　そこで、一つお願いなんですけれども、ある意味では、一つの医療行為というものに国が法律でもって積極的に関与をしていく、すなわち、そういう形になりますと、何回も申し上げているように、臓器移植というのは是である、これはやっていかなければいけないことなんだ、ということは、裏返しにいけば、臓器は提供しなければいけないのだという形を法律で、法律でつくるということは、上から社会に向かっておろしていくといえますか、普及していくのだという形に私はなと思うのです、受けとめようによっては。

世の中には、脳死を人の死と認める人もあれば、認めない人もいます。臓器を提供した方がいいと思っている人もいれば、人の臓器をもらって生きていく必要はないというふうに思っておられる方たちもある。そういういろいろな気持ちがある中で、一つ法律をつくるということの重みといいますか影響力というのは、私はすごいと思うのです。それを十分理解した上で今回法律をおつくりになろうとしているのですねということを大臣にお伺いをしておきたいと思います。

○小泉国務大臣　私は、この法案ができたからといって、臓器を提供すべきだという考えはありません。それは、本人が、臓器を提供したいという方が、臓器を受けたい人があるとき、その素直な感情を法的にも整えていこうじゃないかということであって、この法律ができたから臓器を提供しようなんという考えは全くありません。

○山本（孝）委員　ありがとうございました。

今も御答弁の中で、提供者本人の、みずからの意思で提供するということを重要視していくのだと。せんだって中山先生も、私の質問で、**本人の意思は最優先する、すなわち、家族のそんなくではないのだ、他人が決めることではない、本人の意思で決まるのだということをおっしゃって、今も小林局長、そこでうなずいておられますし、大臣もそういう御答弁でしたので、そのところをひとつ担保させていただきたいというふうに思います。**

今、研究開発のための臓器の利用といいますか、あるいは治療のための組織の利用ということが随分進んできているわけですね。今は臓器の問題をやっていますけれども。それで、研究開発用に臓器を利用する必要も私はあると思うのですけれども、それであるならば、もっと国民に説明と理解と協力を求めていかなければいけない。医者が患者にインフォームド・コンセントするというだけでなく、社会に対してもインフォームド・コンセントをして、やはり組織も、こういう研究用の臓器も必要なんですよということをもっと言うていくべきだというふうに思うのです。

その点で一つ気になっていますのは、今回の移植医療に使われる摘出された臓器が、医薬品でもありませんし、医療器具でもありません。研究材料という位置づけももちろんありません。ということになって、法には何もかからないのです。今回の法律で売買だけは禁止されるけれども、それ以外のものは何もかからない。

そういうことになると、移植に用いられる臓器の一種安全衛生面の管理といいましょうか、品質保証といいましょうか、というようなものがやはり要るのじゃないかという意味で、

そのところをどうされるのかということと、例えば質のよくないといいますか、ぎりぎりのところの臓器を移植された場合に、あるいはそういうものは移植しちゃいかぬのだというような何らかの規制的なものはこの法律の中でかかっているのか、あるいは、今後どうしていったらいいのか。二つの質問を一緒にして申しわけありませんけれども、お願いします。

○小林（秀）政府委員 今先生は、移植される臓器の品質の保持というのですか、品質が大丈夫かという観点からの御質問だと思っています。もし間違っていましたら、また再度質問いただきたいと思います。

臓器移植するには、今実際には、腎臓移植でいきますと、まず、臓器をいただく前に、家族の同意のもとにドナーの血液の検査をします。それで、H I Vだとか肝炎ウイルスとかいうものをチェックしていきます。

次に、レシピエントの方を選択する際には、臓器提供者が必要な検査を受けており、かつ、ドナーの適応条件に合致していることをコーディネーターが確認してからレシピエントの検索に入ることにしております。

それから三つ目に、腎臓を摘出する際には、摘出された腎臓について、外見上及び形態上、異常がないことを確認してから臓器が搬送されて、移植をされております。

腎臓の場合は、そういうふうにチェックを三重にやっております。これが心臓とか肝臓とかその他の臓器になりましても、当然、こういうチェックは働くものと考えておりますが、ただ、法律にはこの規定は書いてありません。

○山本（孝）委員 せっかく提供された臓器なのということとかなり無理な形で移植に進むというところが諸外国を見ているでもありますし、日本のこれまでの腎臓移植の中でもあったと思うのです。確かに、お医者さんの倫理といいましょうか、あるいは移植学会なりいろいろなところでお決めになっているガイドラインなりレベルをちゃんと超えていなければいけないのだという形なんでしょうけれども、その辺は患者側からするとチェックのしようがないのです。ここも医者の倫理に任されている。おっしゃっている形はあることはわかっているのですけれども、その辺を担保されるものも何か欲しいというような気もするのです。せっかく移植されて、違う病気にかかってしまった、あるいは、移植されたのに再摘出しなければいけなくなったという状況は、移植医療としては不幸な結果だなどというふうに思いますので。

もう一点、組織なんですけれども、局長、関西なんかでは、組織バンクといいましょうか、組織ネットワークというのがかなり発達してきておりまして、その一環で、この間、関西医科大学あるいは国循の問題が起こったわけなんですけれども、組織は、ある意味では臓器以上に必要としている方が多いのかもしれないというふうにも思います。その中で、この間の輸入硬膜の問題も起きているわけですね。

そういう意味で、組織は、我々案は検討しようという項目を入れてあるのですけれども、やはり何らかの規制が必要なんじゃないかというふうに思うのですけれども、その点はいかがなんでしょう。

○小林（秀）政府委員 臓器ではなくて組織の話でございますが、組織につきましては、組織移植や医薬品の研究などの目的で研究者等が提供を受ける場合があることは御指摘のとおりでございます。これらの提供を受けるに当たっては、本人ないし遺族に対する説明とその承諾を得た上で行われているものと考えております。

したがいまして、現時点では、組織移植に対する特別な規制が必要だとは判断をいたしておりませんが、何らかの規制を行うことが必要かどうかという点については、組織移植の現状把握等に関する研究班をつくりましたので、その研究班の成果を踏まえて、今後の検討課題の一つとしてまいりたいと思っております。

○山本（孝）委員 ぜひしっかりとした検討をしていただいて、繰り返すまでもありませんけれども、皮膚までとられてというような話もあります。やけどの治療にやはり必要なんでしょう。関節を求めておられる患者さんもおられるのもわかりますので、そういう必要があるということを、臓器であれ組織であれ、提供する側からすればある意味では同じ感覚ですから、そのところはきちとした整備をしていっていただきたいというふうに思います。

脳死臨調の最終答申は、医療不信の解消ということを第三章でわざわざ一章立てて書いているわけですね。そういう意味合いで、第三章「脳死・臓器移植問題と医療に対する信頼の確保」と、この脳死と臓器移植をめぐる不安と不信が解消されない限りはだめだというふうに、脳死臨調もわざわざ一章立てて書いたわけですね。内容的には、インフォームド・コンセントをしっかりやるべきだということを書いている。

だから、脳死臨調以降、臓器移植法案ができなかったじゃないかというふうに御批判される向きもあるけれども、私は、脳死臨調以降、インフォームド・コンセントすらしっかりと医療界が前に進めてこなかったという点も多いに批判されるべきだと思うのです。そのところがないとできませんよというのは、これは前から何回も申し上げている。

この間、厚生大臣の御答弁の中で、患者の権利法を制定すべきじゃないかという御意見があったときに、私は必要性を認めませんというふうなニュアンスでお答えをされましたけれども、その点、今度の、総合研究開発機構が厚生省の課題提起を受けてまとめました「薬害等再発防止システムに関する研究（中間報告）」、八つの提言が出ましたけれども、一番目が、患者中心の医療を政策の根幹にしよう、患者の権利法を制定し、インフォームド・コンセント規定を設けるとともに、カルテを患者に帰属させるべきであるということ、厚生省が研究を委託された外部の研究機関でありますけれども、NIRAの提言の一番上に来ますので、ぜひこのところは検討していただきたいというふうに思います。

それで、もう貝谷室長とかも何回もお話をさせていただいているのでよく御理解いただいていると思いますけれども、コーディネーターの人選にぜひともに十分な御配慮をいただきたい。今まで問題が起きてきたのは、みんなコーディネーターの強引なやり口というのが問題になっているわけで、移植医がコーディネーターになるというふうに移植学会のガイドラインではお決めになっているけれども、厚生省のワーキンググループの検討結果では、移植医でない、医者でない方がいい、あるいは移植団体の大久保会長も医師でない方が

いいというふうにもおっしゃっているわけで、このところのコーディネーターの十分な資質の確保というものをお願いしたいと思っています。やっていただけるというふうな御答弁だと思いますので、結構です。

最後に、この間、参考人質疑のときに、心臓移植を受けられた木内さんが来られて、死んでいることにしてほしい、生きている人から心臓をもらうわけにはいかないというふうにおっしゃって、大変重い言葉だなと思いつつ、私は、ちょっとやはり心にひっかかるものがあったのですね。

それは、法律で死んだことにすれば、これで移植にかかわるすべての問題が解決するわけではないわけですね。というのは、提供者側にも、柳田さんがおっしゃったように、命を縮めたという思いがあるわけです。提供者側にとっても、自分の子供の臓器を提供した、それがどなたかのために役立っている、どこかで子供は生きているという思いは、一面ではうれしい思いだけれども、一面では残酷なことでもあると私は思うのです。

だから、移植医療というのは大変に重いもので、我々が、この日本社会がそれにたえていかなければいけないとするならば、安易な感情論に走るべきではないというふうに思います。そこをぜひ、今度の投票に臨まれる五百人の皆さん一人一人が本当はその言葉を考えてほしいというふうに思っているのです。

自分の家族が脳死判定をされたときに、それが受け入れられるのか、あるいは自分の家族の臓器を提供できるのかというところは最後まで問い詰めていかないと、この問題に対してのイエス、ノーは出ないのじゃないかというふうに思っていますので、私は、一生懸命に真摯にこの問題を取り組んできたつもりですけれども、やはり心配する点はいっぱいありますので、ぜひ今後ともにしっかりと行政をやっていただきたいということをお願いして、質問を終わります。

ありがとうございました。

○町村委員長 鴨下一郎君。

○鴨下委員(新進) 私は、今回議論が重ねられております臓器移植に関する法律案について、中山案そして金田案とは異なる第三の立場から、つまり、法制化なしの臓器移植の進展という視点から質問をさせていただきたいと思います。

重ねて申し上げますが、私は、重篤な疾病に苦しむ患者さんにとって、臓器移植という治療法は、現在の医学技術においては、すぎるべき大変重要な治療方法だとも考えております。さらに、脳死については、医学的に脳死は人の死であるということについては間違いのない事実だということも認識しております。しかし、これを法制化して脳死を決めてしまう、このことについては反対でございます。

そういう意味で、法律の性格上、今これから、議論されております法律の本来の趣旨、そして臓器移植の適切な運用をしていく、それから、社会的なコンセンサスを得ていくというようなことについては、私は、ここで法律が成立してしまうということについては、非常に危惧を抱いておりますし、大きな矛盾があると思いますので、そういう観点から質問をさせ

ていただきます。

まず一つは、法案成立の後に、一番必要とされている人たちが結果的には移植を受けられないというような皮肉な結果になりはしないか、こういう点でございます。質問は、レシピエントの選択基準、優先順位の高い疾患は一体どういうものなのか、そして、その疾患の年齢構成についてはどういうふうなことになるのか、伺いたいと思います。

○**小林（秀）政府委員** 心臓移植の場合、まずどういう患者さんが一番待っていらっしゃるかということですが、選択基準ですが、心臓の場合ですと、拡張型心筋症、これは何人おるかということはわかりませんが、平均年齢は大体四十歳程度の方が待っていらっしゃるということです。それから虚血性心筋症、この場合は大体七十ないし八十歳代の方が心臓移植を待っていらっしゃる。その次に、先天性の心疾患、これは小児期、それも割に早い時期だということでございます。

次に、肝臓の場合ですと、肝臓移植を待っていらっしゃる方は、先天性胆道閉鎖症、これは乳幼児期の患者さんが多いわけでありまして。その次に原発性胆汁性肝硬変、これは中年の女性の方であります。それから劇症肝炎、これはもうどんな年齢でも起きるということでございます。その他、先天性の肝疾患は小児期でございます。

なお、海外に渡航して移植された患者さんの方々の平均年齢をとってみますと、心臓の場合は二十三・六歳、肝臓の場合は九歳ということでございました。

○**鴨下委員** まず、その辺のことなんです、局長は今、心筋症の場合は四十歳ぐらい、虚血性心疾患の場合は七十歳というふうにおっしゃったけれども、そういうような方々に本当に臓器移植を適応するのですか。

私は、この質問の趣旨は、小さいお子さん方、例えば六歳以下の方々、特に肝臓の場合で言えば胆道閉鎖症、それから心筋症でも若い時期に移植が必要な、こういう方が今回の臓器移植法案が成立することによって救われるべき方々なんだろうというふうに思っているのですよ。

そうしますと、残念ながら、竹内基準は六歳以下は脳死判定しません。それから、この法案では、本人の意思を最優先するというふうに法案に書かれておりますが、それによりまして、例えば、思春期以前のいわば子供の人たちが果たして本当に本人の意思でドナーとして登録をするのかどうか。

こういうようなことでいいますと、本来助けられるべき方々が、この法案の網がかぶさることによって助けられない状況が出てくるのではないかと、このことを心配しているわけですから、いかがでしょうか。

○**小林（秀）政府委員** 今回の法案では、六歳未満の方は脳死の判定はしないということになっております。したがって、六歳未満の方々の必要な臓器というのが心臓の場合ですと、六歳以下の子供さんだと、結局、心臓のスペースがありますので、大人の心臓を植えるというわけにはいきません。そういう意味では、先生がおっしゃられたように、日本の中では、子供さんの心臓の移植ということは今までどおりできないということでありまして。

次に、肝臓につきましては、大人の方の肝臓を子供に植えることは、分割してスペースを合わせて植えることができますので、肝臓移植は可能になると思います。

次に、もう一つ問題なのは、本人意思というところがありまして、何歳のところで本人意思が確認できるかという問題等がありまして、今先生はどこで年齢を切るかということでもありますけれども、そのことは今後詰めていかななくてはならぬところだと思いますけれども、そこについても、心臓の場合には、提供者側の方の問題からいって、六歳以下だけではなくてもう少し上の年齢も、心臓移植については難しい状況があらうかと今の段階では思っております。

しかし、現在、外国では子供の心臓の移植が行われているということは、今回の竹内基準では六歳未満はしないということですのでけれども、今後につきましては、それはまた、先生方、医学の進歩だとか実際の経験だとかその他事情等々を勘案して、再度検討していくということが必要かと思っております。

○鴨下委員 政府が提案した法律ではないものですから、その趣旨について私がここで政府側にあれこれ言う話ではないのですけれども、結果的には、そういうような、本当に求めている方々がこの法案成立によって救われないというような現状があるのです。

それからもう一つは、中山案の提案者の方々がよくおっしゃっていますけれども、これで海外の移植の数が本当に減るのですか、これから日本人が外へ出て行って海外で移植するというような事例が減るのですかということなんです。それはなぜかといいますと、今局長がおっしゃっていたように、本当に必要な人たちがこの法案では救われないわけだから、そうすると、結果的には海外へ行かなきゃいけない、こういうようなことになるわけで、その辺についての認識はいかがでしょうか。

○小林（秀）政府委員 今、できない事例の話を申し上げましたので、何か印象としてはなかなか改善がされないように御理解をされてしまったかもしれませんが、少し補足させていただきますと、さっきも言いましたように、肝臓の場合には、小児の場合であっても大人の方の肝臓を植えることができるということです。肝臓の移植については何も外国に行く必要はなくなって、だんだん国内でいける、臓器が出ればそれは対応できるようになるのではないかと、残念ながら、小児の心臓のところ、小さい子供については難しいということだけを申し上げたわけでありました。

それから、虚血性心疾患、さっき言ったように年齢層としては七十ないし八十歳代ですけれども、この移植の選択基準等では、六十歳までの人にやろう、ということですから、虚血性心筋症というのは何も七十、八十だけの患者さんではなくて、六十代の人もありますし、五十代の人でも四十代の人でもいらっしゃるわけですから、その方々は海外に行かずに治療が受けられるということになるかと思っています。

○鴨下委員 そのお言葉ですが、例えば肝移植については、今でも生体肝移植で大人の方の一部を子供の患者さんに移植する、こういうようなことができていますから、あえて脳死を法律で決めてそういう人たちからとらなくても日本の中で十分にやり得るわけです、

現実にやっているわけですから。ですから、そういうようなことで、海外へ行って患者さんが治療を受けざるを得ない、こういう状況がこの法案で減りますよということにはならないわけですから、その辺のことは指摘しておきたいと思います。

それからもう一つ、これはある意味で客観的冷静な議論をしなければいけないということなんだろうと思うので、あえて申し上げるのですが、厚生省の方へ諸外国の臓器移植の現状ということで私は問い合わせたのですが、その中に移植年間費用試算というのが書いてありまして、腎臓に関しては、今、登録の患者さん、いわゆるレシピエントとしての患者さんが約一万五千人いらっしゃる、そして、移植をやりますと、手術をした一年目は四百六十万かかります。二年次以降は百七十万になります。ところが、その下の参考資料に、人工透析に要する費用として、外来で五百五十万円かかります。それから、入院ですと九百二十万円かかります。

結果的には、ある種人工臓器であります透析と、脳死体もしくは死体から腎臓をいただくという臓器移植、こういうようなことのコスト面で考えますと、随分に違ってくるのだろかなというふうにこの資料では推察されるわけですが、その辺のところの医療経済学的な意味で、厚生省はどういうふうに臓器移植というものをとらえていらっしゃいますか。

○小林（秀）政府委員 まず、厚生省が臓器移植を進めたいと思っております、また、そうやって脳死臨調でもいろいろ御議論いただいたわけでありまして、それは、医療経済の面だけを考えてやっているわけではないということを御理解いただきたい。まずは患者さんを治してあげる、それからQOLをよくしてあげるということが主体であるということをお理解いただきたいと思います。

医療費につきましては、厚生省の資料の中に、各論として、一人の個人のケースとしてどうなりますかというのを数字を出して、移植を受けた方が国家の医療経済の方でもこれは大変有益でありますということを、皆さん御関心がありますので、そういう面でそういう資料をつけておるといことでございまして、トータルで何人かということは、ちょっと今、計算をしたものは持ち合わせておりません。

○鴨下委員 いや、私は、例えば腎臓移植を受けた方が、透析をやっているときと比べてはるかに生活の質、いわゆるQOLが向上するということはもう重々存じておるわけでありまして、ただ、今回の臓器移植の一番の原点、そして、ここに提案者がいらっしゃいますけれども、提案者の皆さんのいわゆる法案を提出したモチベーションと政府のお考えは多少違うのかなというふうに私は考えているものですから、この辺をもう一度確認をさせていただきますが、例えば、腎移植を徹底的に推進していくと、人工透析との関係でいいますと、どのくらい、経費削減になると言ったら申しわけないですが、そういうような意味ではどの程度の試算をなさっているかというのを教えていただきたいと思います。

○小林（秀）政府委員 腎臓移植でどの程度の経費が国家全体として節約できるかということのおただしでございまして、残念ながら、今、計算したものは持ち合わせておりません。

○鴨下委員　ぜひ、そういう意味で、損得勘定ではなくて、本来の、患者さんのＱＯＬを上げる、こういうような目的だけで今回の臓器移植というようなことについてはお考えいただきたい、このことを強く申し上げておきたいと思います。

それからもう一つ、今いろいろな議論がありますけれども、その中で、賛否両論といえますか、もしくは法案を反対している人間は少数かも知れませんが、私たちはやはり、臓器移植を待っていらっしゃる方に道を開くというような目的が一番重要なんだろうと思います。

そういうことでいいますと、果たして、法案をつくって脳死を厳格に決めてやるのが本当にベストな道なのかというようなことについて、いろいろと私は、脳死を法律に決めることの社会的弊害、そして、先ほど申し上げたように、本当に待っている適応例の方々はここから、この法案をつくることによって漏れてしまう、こういう現状からいって、果たして、今回、脳死を認定し臓器移植を進めていくというような、こういう法案が成立することが本当に社会的に、そして患者さんのためになるのかどうか、このことを考えております。

そして、一つは、心臓死と脳死との関係性について、私は医者をやっております、死亡診断書も数多く書いてまいりました。最後に御臨終ですというふうに申し上げて、そして時刻を確認して、その時刻をカルテに記入して死亡診断書を書くわけですが、そのときに脳死で書くのか、心臓死で書くのかというようなことでいえば、臓器移植を目的とした場合だけは脳死なのかも知れませんが、ほかの場合は全部心臓死になるわけですね。あるいは、脳死として判定して、そして心臓が動いている時点でも脳死の時点で死亡診断書を書くケースもあるかも知れません。そのところの関係性については、厚生省としての考えはどういうふうに考えていらっしゃいますか。

○小林（秀）政府委員　まず御理解いただきたいことは、臓器移植のために脳死判定を行うわけではなくて、医療の一環として脳死判定というのは臨床の場で行われる。それで、臨床の場で脳死判定が行われた場合には、ちょうど二回目になりますね、脳死判定の二回目のところでもって、それが死亡時刻として書かれるということになる、このように思っています。

ただ、脳死というのは、全体の死亡の１％程度の方に脳死という状態があらわれるだけでありまして、九九％の方は脳死という状態があらわれるわけではありません。そういうことからいきますと、九九％の方はもともと脳死という時間を書くのではなくて、従来の三徴候による死亡の時間を書いていただく。１％の方は、ずっと患者さんを診ていく段階で、これはどこかで患者さんの尊厳を守るために脳死の判定が行われる。そのときには、脳死の時間を死亡診断書に書くということになると思っております。

○鴨下委員　先ほどの答弁でもおっしゃいましたが、脳死を厳然たる医学的な事実としての死だというふうに局長はおっしゃっているわけで、それだったら、法律で決める必要はないじゃないですか。死亡診断書に書く時間は、私も脳死は厳然たる事実だと思っています、ですからその時間をちゅうちょなく書けるというふうに自分では思いますけれども、それだったら、法律で脳死は人の死だというふうなことを書かなくたって、事実として存在

しているわけですから、それでよろしいのじゃないでしょうか。

○**小林（秀）政府委員** 脳死臨調の答申にも脳死を人の死とするということで、政府もそれを尊重するという事になっておりまして、私も脳死は人の死と個人的には思っていることもありましてそう申し上げたのですけれども、すべての国民の方が、全部の方が脳死を人の死として御判断いただいているところまではまだ至っていないと私は存じております。そういう意味では、こういう法律を書いて国民にわかりやすくしてあげるということは大変大切なことではないかと思っております。

○**鴨下委員** そこがまさしくおかしいところでして、その社会的なコンセンサス、もしくは、死についての考え方が、三徴候死の場合もある、それから、三徴候死後に体が冷たくなって、本当に体が固まってきて、死斑が出てきて、ああ、本当に身内が亡くなったのだということで認識する死だってあるわけですから、そういう意味で、医学的に厳然たる脳死というものは存在しますよ、だけれども、それを国民の皆さんがわかっていないから法律で押しつけるという、このことではだめだというふうに申し上げているのですよ。

○**小林（秀）政府委員** 脳死を押しつけるということを申し上げているわけではなくて、厳然として脳死というものがあり、そしてそれが実際に救急の現場で行われて、それは患者さんの尊厳のもとに行われているのであって、そのこと自体は国民の方に御理解をいただきたい、こう申し上げているわけであります。

○**鴨下委員** 要するに、脳死は人の死としてあるのですよ。ただ、それを容認できない社会の雰囲気もまだあります。そうすると、そういう中で脳死の方から臓器を取り出すというようなことについては、これはさまざま、第三者の告発もあり得る。ですから今、脳死を法律で決めようというふうにしているのじゃないのですか。そのことに私は問題があると言っているのです。

医学の中で厳然たる死としては存在します。私もそれは認めます。ですけれども、それをまだわかっていない人たちの中に、法律として脳死は人の死ですよというふうに押しつけますと――きのうの夜、私はある脳外科の先生とある議論をしました。その人は腎臓のコーディネーターをやっている方なんですよ。

その中で、脳死はあります、ただ、それを法律で決めるというようなことによって、例えば、脳死になっている、脳波も平たん、竹内基準によってももう明らかに脳死だ、ところが家族が、レスピレーターを外さないでください、まだうちのお父さんは生きていますというふうに言っているのに、医療現場の医者が、これはもう法律で決まったのだから、国会で決まったのだから脳死なんだというふうに言われたときに、これは現場で大変なことが起こる。そういうようなことを危惧していました。私もそのとおりだと思います。

ですから、法律で決めるというのはあくまでも臓器移植のための便法であって、ほかの方法で、もっと社会的な弊害が起こらない、そういうようなやり方で脳死を認め、なおかつ臓器移植を進める方法がないのか、このことを私はずっと考えていたのですけれども、そういうことについてはいかがでしょうか。

○**小林（秀）政府委員** 脳死臨調の答申におきましても、その関連のことについて述べられておりまして、脳死と判定された場合、脳死を「人の死」と認めることを臨時する人に対してまで、医師は一律に人工呼吸器のスイッチを切らねばならないとすることは、余りにもこうした人々の感情や医療現場の実情から掛け離れる可能性も考えられる。とされているところでございます。

したがいまして、脳死臨調答申の趣旨を踏まえた適正な対応が行われれば、中山案の制定により医療現場が混乱するようなことはないと考えております。

○**鴨下委員** これは見解の相違なんですけれども、私も四年ぐらい前までは現場の医者をやっております、立法にかかわっていなかったものですから、国で法律で決められたということの現場に対するパンチ力というのは圧倒的なものがあるのですよ。

ですから、例えば、医者の判断でこの人は蘇生限界点を超えたか超えないかというような非常に悩む部分があります。それから、いたずらに尊厳を損なってまでも治療を続けていくことに対しての非常な逡巡もあります。そのときに、それはその個別具体的なケースとして、この人が一体どうなのかということを総合的に判断しての決断ですから、それをいきなり法律でなっていたら、そういうようなことについての現場での思考が停止してしまうのですよ。

ですから、私は、ここにいらっしゃる提案者の皆さんにも申し上げたいけれども、脳死を押しつけるというようなこと、これは断じてやるべきでないというふうに考えております。いかがでしょうか。これは大臣に答弁をお願いします。

○**小泉国務大臣** この問題は、そういう死に対する気持ちが国民さまざまであり、法律を制定しないとできないということで持ち上がってきた案じゃないでしょうか。法律で押しつけるのではなくて、脳死はどんな治療を行っても絶対生き返らない、本人の臓器を提供したいという意思がある、患者もその意思を受けたいという意思がある、そういう状態において移植を可能にしようということで皆さんが御努力して議員提案されたのじゃないでしょうか。今の御議論を承りますと、ないという状況だったら、私はもっと混乱が起こればと思います。

○**鴨下委員** いや、そのないというのは法律がないということですね。ただ、例えばドイツだとかイギリスあたりは、いわゆる専門家集団であるメディカルプロクェッションの中で、いわばソフト・ロー的な社会的な規範の中で運用が行われていくわけですよ。ですから、私は、脳死は決めるべきでない。ただ、臓器移植に関するさまざまな問題、社会的に起こってくる例えば臓器の売買だとか、それからフェアに行われる、この辺についての規制はきちんとするべきだと思うのですよ。ただ、そうじゃなくて、脳死そのものに関しては決めるべきでない。

そして、もし第三者告発を受ける、それから、違法性阻却事由が十分にうまくいかないというようなことで、例えば移植医たちが移植そのものを逡巡するようでしたら、国会は果たして何ができるのかというのを法律以外の部分でもどうすべきか、この辺のことを考える

べきだと思うのです。

参考人質疑の中でも、ある参考人が、そういう意味で、例えば国会決議のようなもので臓器移植を進展させる、こういうようなことを全会派の一致した意見として決議して、そして脳死そのものは法律で規定するべきでない、そういうふうにおっしゃっている人もいましたけれども、私も全く同感なんです。

そういう形で、臓器移植を進めるためのいわばバックアップは政治がすべきなんですけれども、脳死という極めて微妙な、しかも専門性の必要な部分について、私はいろいろな議員の方々にこの問題についていろいろと伺ってみまして、植物状態と脳死を明確に区別できていらっしゃらない先生方もたくさんいるわけですよ。こういうような集団で脳死を決めていいのですか。

このことを申し上げて、そして厚生大臣、もう一度伺いますけれども、例えば法律じゃない形で臓器移植、さっき冒頭に申し上げましたけれども、例えば六歳未満の子供は今の法律ができてもうまくいかないのですよ。それから、本人の意思が十分に明確にできないような方々からの臓器の提供というのも非常に困難なんです。ですから、むしろそれを高度な治療的な判断、それは第三者も入れてです。そういうような中での工夫というのが本当は実際的な話なんですよ。

ですから、私は、政治はそういうようなことを監視して規制して、それから、バックアップはすることはあっても主導してはいけない、こういうふうに考えておりますが、例えば国会決議もしくは委員会の決議で臓器移植を進展させることについては我々も賛同していますよ、こういうような形の考えというものについて、大臣の御見解をいただきたいと思います。

○小泉国務大臣 一つの御意見だと思いますが、私は、国会の意思を明らかにするというのが法制定だと思います。そして、今御指摘の点が乗り越えられなかったからこそ移植ができなかった。そういう御苦勞をして案を出されたわけでありまして、私は、国会の意思をあらわすのだったら法律制定が最も国民にわかりやすい形だと思っております。

○鴨下委員 残念ですが、私は、法律のいわば弊害、そして副作用を考えますと、そういうような形でなく、もっとほかの方法があるのではなかろうか、こういうようなことを考えておりますし、ある意味で脳死は決めずに臓器移植はきちんと進めるというようなことは全国民の総意として国会決議というような形で提案をします、こういうようなことで移植を進める方々に対するバックアップ、こういう形がいいのでないかということを最後に申し上げて、質問を終わらせていただきます。

○町村委員長 この際、暫時休憩いたします。

午前十一時三十五分休憩

————◇————

午後一時三十分開議

○町村委員長 休憩前に引き続き会議を開きます。

質疑を続行いたします。福島豊君。

○福島委員(公明) 三十分間、御質問をさせていただきます。

昨日、トリオ・ジャパン、これは国際移植者組織の日本支部でございますが、トリオ・ジャパンの副会長の野村さんという方に国会までおいでをいただきまして、私ども、話を聞く機会を得ました。質問する冒頭に、野村さんのお話をさせていただきたいと思っております。

この方は、現在、青山学院大学で講師をしておられますが、アメリカで働いておられますときに、肝硬変で倒れたわけでございます。末期の肝硬変でございます、移植をしなければ助からない。腹水がたまって、呼吸ができなくなって、そして、初めて自分が肝硬変であるということに気づいた。そのとき、四十歳を超えたところでございまして、みずからの命があと幾ばくもないということを知ったときに大変なショックを受けた。幸いなことに、野村さんは、アメリカの医科大学におきまして肝臓移植を受けることができました。移植を受けた直後というのはさまざまな意味で大変だったわけでございますが、その野村さんがこんな不思議な体験を語っております。

七時間半の手術の後、ICU、集中治療室で目覚めたとき、不思議な体験をした。頭の斜め上で何かが回っている。生きているね、生かされているね、一緒にね、だれもいないのに言葉がくるくる回って聞こえてくる。脳と肝臓が会話していると思った。

まさに二つの生命が会うことによって新たな生命が生まれる、それが移植医療なのではないかなというふうに思っております。

そして、この野村さんは、肝臓移植をいたしまして、それが成功して命を取りとめました後に、子供さん、初めての子供さんができます。女のお子さんでございますが、そのお子さんができましたときに、またこんなことを感じられたそうでございます。

我が子の産声を聞き、エネルギーあふれる姿を見たとき、この子には親が三人いると感じた。移植は、人間として、命を支え合い、ともに生きる善意のシステムなのだとわかったのです。

この子の親は、野村さんと奥様と二人だけではない、肝臓を提供してくださった方がおられてこの子供ができたのだ。まさに移植医療というのは、そういう意味では、善意によって支えられる医療であり、人間が、みずからの臓器を提供するという、最高の善意によって支えられる愛のシステムであるというふうに私は思っております。

しかし、日本におきましては、多くの移植を必要とする患者さんがおられるにもかかわらず、移植を受けることができずに亡くなっていく方、海外に行って移植を受けられればそれはまた幸せかもしれませんが、海外に行っても移植を受けることなく亡くなられる方、そういう方がまだまだたくさんおられます。そうした患者さんは一日一日を不安な思いで過ごしているわけございまして、私ども立法府にある者といたしましては、日本において移植医療が何としても一日も早く実現するように、努力をしていく必要があるというふうに思っております。

今国会におきましては、四年ぶりに、この臓器移植法案というものがいよいよ採決という

ところにまで参ったわけでございます。中山先生を初めとしまして、多くの方の努力があったわけでございまして、この機会を逃さずに、移植医療を定着させるための移植法案というものを成立させてほしい、そのように私は心よりお願いいたしております。

私がこの臓器移植の話进行いろいろな方といたしますと、常にそこに出てきますのは、医者に対する不信感でございまして。医者は何をするのかわからない。今回のこの臓器移植に関しましても、医者は勝手に脳死の判定をして、臓器を泥棒のようにとっていつてしまうのではないかと。ある意味では、私は、それは大変大きな誤解だというふうに思っております。

日本におきましては、臓器移植の歴史が、一九六八年の和田移植、そこからスタートをした。大変不幸なスタートであったと思います。そのことが、移植医療に対して決定的なネガティブなイメージというものを国民に与えてしまった。そういう意味では、医療関係者、医者自身も反省をしなければならないと思っております。

しかし、時は三十年前とは大きく変わるわけでございまして、医療のあり方というものも、インフォームド・コンセントというようなことを含めまして、大きく変わりつつあるのではないかというふうに思っております。しかし、まだまだ、医療が国民から本当に信頼をされ、そして、この移植医療というものが国民から信頼されるためには努力をしていく必要があるというふうに思っております。

大臣にお尋ねをいたしますが、この医療に対する不信感というものを払拭して、国民の医療に対する信頼感を回復するためには、厚生省としてもしっかりと取り組んでいただきたいと思うわけでございますが、今後、どのような決意で取り組まれるか、御所見をお聞きいたしたいと思います。

○小泉国務大臣 この移植法案に限らず、医療に対する不信感を取り除くということと、医療に対する信頼を確保していくということは、これからも大変重要なことだと思っております。

特に、今回の移植につきましては、臓器を提供していただく方、御家族、そして受けたいという方の体なり気持ちに対する説明等、医療を取り巻く不信感を除去するために、そういう信頼性が確保されるような措置をきちんと確保していくことが重要だと思っております。

そして、この御審議されている法律案においても、いろいろな規定が設けられておりますが、まず、移植に関する記録の作成・保存義務等についてきちんと確認をしているということ、こういう、両者にとって、医者が功名心に焦ってむちゃなことをしないような体制を、今後とも、この国会で御議論いただいているような皆さん方の意見を踏まえて、厚生省としてもきちんと確保していきたい、そういうふうに思っております。

○福島委員 厚生省としてもきちっと取り組んでいただけるといふ御決意をお聞かせいただきました。

そうしましたら、具体的なことをお聞きしたいわけでございます。

先日、日本移植学会が行動指針というものを発表いたしました。臓器移植法が制定された後に、この行動指針に基づいて移植が行われていくというふうに私は確信をいたして

おりますけれども、初期の移植、これが適切に行われる必要がある。一例、二例、三例と、一つ一つ丁寧にきちっと、そしてまた国民の理解を得られるような形で行われていくことが必要であるというふうに思っております。

物事は何事も初めが大切である、そういう意味では、この一例一例の移植について、厚生省も、きちっとフォローしていくというか、監視をしますと言いますと言葉が悪いかもしれませんが、適切に行われているということをやはり確認していかなければいかぬというふうに思うわけですが、この点についてはどういう体制でこのフォローアップをしていくのかということにつきまして、厚生省のお考えをお聞きしたいと思います。

○**小林（秀）政府委員** これから法案が成立して実施に移った場合に、今先生おっしゃったように、一つ一つのケースというものをきちっと評価していくということは大変大切なことである、私どもそのように思っております。

臓器移植ネットワークについての検討を行った臓器移植ネットワークのあり方等に関する検討会の中間報告によりますと、移植医療の適切な実施のためには、ネットワーク内に、内科医、救急医、移植医、脳神経外科医、神経内科医、コーディネーター、法律家を含む有識者から構成された評価委員会を設置し、臓器提供を行ったすべての移植症例について評価を行うとともに、その評価結果については定期的に公表するということにいたしております。

また、評価委員会において問題とされた事例につきましては、さらに医療関係者や有識者から成る審査委員会に送付いたしまして、そこで審査をし、審査結果を公表することといたしておる次第でございます。

現在、死体腎移植のあっせんを行っている日本腎臓移植ネットワークにおいても、このような委員会が既に設置をされ、機能していると聞いておりまして、今後、多臓器移植ネットワークの設立の場合においても同様の体制を整備する必要があると考えております。

○**福島委員** ぜひともしっかりとした委員会運営をお願いしたいというふうに思っております。

委員会が適切にその評価というものを公表していかれるということを今局長がおっしゃられましたけれども、評価委員会での検討、審議、そういうものを公表していくというお話がございました。これも非常に大切なことだと思っております。

もちろん、患者さんのプライバシー、またドナーのプライバシーということがございますから、そのプライバシーを守るということを一面しっかり考えなければいかぬと思いますが、もう一面では、適切な公表体制といいますか、情報提供ということが要るのだと思いますが、その点につきましてもう少し詳しくお話しただけかもしれませんでしょうか。

○**小林（秀）政府委員** 移植を国民に理解いただくためには公表というのは大変大切ですが、もう一つ大切なことは、今先生がおっしゃられましたプライバシーの保護ということでございます。ですから、公表に際してはプライバシーの保護ということは十二分に気をつけて、そして、必要な情報を公開していくということに考えております。

○**福島委員** そしてまた、初期の移植に関しまして、これは保険適用ということにはすぐにはならないはずでございますけれども、費用的な面、数千万かかる費用というものをどういうふうに支援していくのかということも非常に大切なことではないかと思っておりますが、この点につきましてはどのようにお考えでしょうか。

○**小林（秀）政府委員** 脳死体からの心臓、肝臓等の移植につきましては、現在、我が国で実施されていないことから、医療保険の対象には当然なっておりません。

しかしながら、現在、臓器移植につきましては、角膜及び腎臓の移植が保険適用となっておりますし、また、生体肝移植については高度先進医療の適応として移植医療の一部が医療保険から給付されているところであります。

心臓、肝臓等の臓器移植が行われることとなった場合には、その状況を見つつ、できるだけ速やかに、中央社会保険医療協議会、中医協において医療保険の適用についての検討を行ってまいりたい、このように考えております。

○**福島委員** 検討の結論が出るまでの間のことでございまして、一例目、二例目、三例目、検討が出るまでの間どうするのか。ある意味では日本の移植医療を成立させるための極めて大切なステップだということを考えるのであれば、私はやはり、公的なバックアップ、言ってみれば研究費という枠の中に入るかもしれませんけれども、そういうことが必要なのではないかなというふうに思っているわけですが、もう少しいかがでございましょうか。

○**小林（秀）政府委員** 移植医療に係る経費というのを患者さん負担にしますと、先ほどありましたように、移植医療を公平に実施するということにも支障が来るわけですが、私どもは、患者さん負担というのが、皆さん公平ということが崩れないような形での援助をしていかなくちゃいけないと思っております。最初の一例、二例というところは研究費で対応するとか何らかの措置を講じなくちゃいけない、このように思っております。

○**福島委員** ありがとうございます。

そしてまた、先日、移植学会についての報道で、在日米軍病院からの臓器提供についての対応をどうするのかということについて触れられておりました。この指針の中にもその点については触れられております。

私、在日米軍病院から臓器提供の申し入れが日常的なものとしてあり得るのだなということを存じ上げなかったものですから、大変勉強不足でございまして、現在、この申し出につきましてはどのような状況になっているのか、また、その申し出に対して現在はどういうような対応が実際にはなされているのかという点につきましてお聞かせをいただきたいと思っております。

○**小林（秀）政府委員** 在日米軍病院からの申し出の件数が実際どの程度あったかというのは、私どもも承知をいたしておりません。

ただ、移植学会が四月十二日に発表いたしました日本移植学会臓器移植ネットワーク行動指針によりますと、法案が審議中の現状では、在日米軍で発生した脳死体からの臓器提供

は受けないという方針を出されております。こういう方針を出されるということにかんがみますれば、ある程度の量はもう提供の申し込みがあったというふうに判断ができると思っております。

また、過去に在日米軍病院から、脳死体からの心臓、肝臓の情報提供が関連病院に連絡されたことがあったのだそうでございますが、結局、脳死体からの臓器提供は受けずに、心臓停止後の腎臓並びに角膜の提供を受けたことがある、こういうことでございます。

しかしながら、日米地位協定によりますと、在日米軍病院内において、日本人医師が臓器摘出を行うことについては日本の法律が適用されますが、アメリカの医師が臓器摘出を行う場合は日本の法律の適用外であると聞いております。

したがって、在日米軍病院でアメリカの医師が摘出した臓器を受け取って日本人医師がそれを移植したとしても、それは海外からの臓器を空輸したものと同一ことになると考えておまして、現行法に照らし合わせても問題がないと考えております。

○福島委員 今回の局長のお話にもございましたが、心臓死を待って、心臓の提供をする意思があったにもかかわらずそれがなされなかった。これは、レシピエントの側にとっても大変な不幸であったと思いますし、ドナーの側にとりましても、みずからの思いが遂げることができなかったということにおいては大変な不幸であったのではないか、そのように思っております。

そういう意味でも、大切な善意というものを生かすための枠組みをまたしっかりとつくらなければいかぬ、そのように感じるところでございます。

次に、医療のあり方につきまして、先ほども国民の信頼感を回復しなければならないということで大臣の決意をお聞きしましたが、倫理委員会についてお尋ねをしたいと思います。

医学倫理委員会、全国の大学の医学部でありますとか医科大学等には倫理委員会というのが設置されているわけでございます。医療の不透明性ということを指摘する方からは、この倫理委員会がうまく動いていないのではないかと、ただ研究者また医学者が決めたことを追認するというような形にしかなくておらず、実際に現場で医の倫理というものがきちっと守られているのかどうかということに対して適切な介入をしていないのではないかと、そういう意見もあるわけでございます。

一つ一つの組織の中、例えば大学の医学部でありますとか、病院の中にあります倫理委員会ですとか、あくまでも内部的な委員会であるというような観点から考えまして、この倫理委員会を全体として統括するような中央の連絡協議会、倫理委員会の連絡協議会のようなものをつくってはどうかというような提言が一部の識者からはなされております。そこにおいて倫理委員会のあり方についてモデルというものをしっかりと示していく、そしてまたその質というものを担保していく、そういうことが、移植医療が現実に行われるようになった暁には必要ではないか、そのような御指摘があるわけでございますが、厚生省のお考え方をお聞きしたいと思います。

○小林（秀）政府委員 全国の大学医学部、医科大学には倫理委員会が設置されまして、脳

死及び臓器移植の問題、遺伝子治療など先端医療研究などについて、生命倫理の面での審査、審議が行われているものと承知をいたしております。ただ、これは、今先生がおっしゃられましたように、大学独自の判断で設置されているわけでございまして、特に法律規定があってこういうものが行われているわけではございません。

また、各大学ごとに設置されております倫理委員会におきましては、判断に苦慮する案件につきまして、情報交換や検討を行うことが必要であるとの認識から、平成元年に大学医学倫理委員会連絡懇談会が設置されまして、これまで、臓器移植問題やインフォームド・コンセントのあり方、終末期をめぐる諸問題について論議がなされてきていると聞いておりまして、こうした倫理問題を検討する場は大変重要であると考えておるところでございます。

ただ、今先生御指摘のように、なかなかその中身のことがわからないとかいう声もあわせて私どもも聞かせていただいております。この大学の倫理委員会が、国民にわかりやすい医療を提供するという面で一層の改善ができるもの、していただきたいものと期待をしているところでございます。

○**福島委員** 倫理委員会というのは大学に設置されているものであると。必ずしも大学だけではなくて、特定機能病院と言っているような非常に高度な医療技術を持っておられますところにもそれはあるわけでございまして、文部省と厚生省の縦割りというのは確かにあるのかもしらぬのですけれども、ただ、ある意味では、医療がどう行われるのかということとは、やはり厚生省がきちっと主管すべきことだというふうに私は思うのです。

医の倫理というのは、まさに医療がどう行われるのかということの価値的な部分での核心をなすものであるというふうに私は思っているわけでございまして、法的な規制もない、自主的なものだ。この連絡懇談会というのも、あくまで情報交換をして勉強するための組織であって、あなたのところの倫理委員会の働きはどうなっているのですかとか、この問題については倫理委員会がどう関与したのですか、そういうことは言わないわけですね。ただし、外から言われないとわからないこともあるわけでございまして、そういう意味では、スーパーバイズするようなきちとした中央の倫理委員会をぜひとも何らかの形で設置していただきたいというふうに私は思っておりまして、これはお願いを申し上げる次第でございます。

次に、日本移植学会臓器移植ネットワーク行動指針についての対応ということをお聞きしたいと思います。

先日、移植学会の方からこの行動指針を送っていただきまして、私もずっと拝見をさせていただきました。この臓器移植ネットにつきまして、移植学会は、内部に臓器移植審査委員会というものを置いて、学会移植ネットが適切に運営されているということについて監視を行うというふうになっているわけでございます。ただ、内部的に置かれて自律的に監視をするということも非常に重要でございますけれども、移植医療を大所高所から指導する立場の厚生省としましては、この移植ネット総体を、きちっと監督するというと行き過ぎのような気がしますし、チェックするということが必要なのではないかなというふうに私

は思うわけですが、この点についてはどのようにお考えでしょうか。

○**小林（秀）政府委員** 日本移植学会が独自につくられました臓器移植ネットワークにつきましては、旧法案が廃案となった直後の平成八年九月二十八日に開催されました日本移植学会の緊急理事会で決定をされた、法案の存在いかにかわらず、学会の責任において、三ないし六カ月の準備期間を置き、脳死者からの臓器移植を実施するとの方針に沿って、関係学会など各方面の意見を聞きながら具体化されたものと理解をいたしております。

この臓器移植ネットワーク構想及び臓器移植審査委員会につきましては、法律の整備がされていない段階で暫定的に移植を実施するために考えられたものでございまして、法案成立後の臓器移植実施体制には直接的には結びつかないものと考えておりますが、内容的に参考になる点があれば、法案成立後の移植実施体制のあり方の議論の過程で検討の対象となるものと考えております。

ただ、厚生省の方は、先ほどの質問にも関連しますが、遺伝子治療だとか今度の臓器移植の事例だとか、そういうものについては、一応、臓器移植の場合は臓器移植ネットワークの中に評価委員会、審査委員会を置いて、そして評価をする、審査をするということをやっているわけですし、遺伝子治療は遺伝子治療で、厚生省の中に会議を置いてやっているわけですが、先ほどの、大学の場合は大学すべてのことについての倫理委員会ですけれども、厚生省の方は、重要な医療行為についてはその審査をする、そして情報公開をするということは今までやってきたし、今後もあるものについてはやっていくことになるものだと思っております。

○**福島委員** これは、法律ができない場合のお話であると。

ただ、その運用の仕方というのは、極めて現実的なことがずっと述べられているわけですが、十分それを踏まえて運営されるべきであろうというふうに私も思っております。その内部的な審査委員会と別にといいますか、離れた形で評価するというようなことも今後の移植医療を適切に行っていくという上では必要ではないか、そのように申し上げておきたいと思います。時間も残り少なくなってきましたので、もう一点、厚生省には、先日から佐藤先生が、一つの特定の施設に限って移植をまず実施すべきであると。

これは、どこで脳死の方が発生したか、どこから臓器を運ぶのかという時間的なものというのが当然あるわけですが、そういう意味では全国で幾つかの施設というのが現実的な対応かというふうに私は思っているのですが、具体的に、どこで発生するとどこで移植を受けることになるのか、また、レシピエントの選択に地域というのはどのように関係してくるのかということ、搬送ということがありますから、そのあたりについての概略と、それからもう一つは搬送手段、新幹線で運ぶのか、自衛隊に手伝っていただくのか、いろいろなことが考えられると思いますけれども、そのあたりも具体的に詰めておかぬといかぬ話でございまして、この点につきましての厚生省のお考えをお聞きしたいと思います。

○**小林（秀）政府委員** 臓器移植のうち心臓移植の場合ですと、摘出をしてから移植をされるまでに大体四時間しか余裕がありません。肝臓の場合には十二時間ございますので、心臓

の話でお話をさせていただこうと思っています。

心臓の場合には、四時間以内にレシピエントの方に移植をする必要があります。もちろん、移植するからには、腎臓の場合と違って、従来ある心臓を取り出してそこに新しい心臓を入れる、移植する心臓を入れるということで、それで四時間という制限があります。したがって、本当は医療施設はある程度広がっていた方がいいということになるわけでありませ

す。もう一方、今度の臓器移植ということは、大変重要な重い治療であります。倫理的にも技術的にも大変重いものであります。そういう意味では失敗は許されないものであります。そういたしますと、医者の方の技術というものをできるだけ集積して、そして外科も内科も免疫学も、それからコーディネーター、いろいろな方、関係者皆さんに集まっていただいて、ある意味では国家的なチームとしてそれに対応していくことが重要であろうと思っております。

そういう意味では、国家的にするためには一カ所というのが一番わかりやすいのですが、実際には、今度、臓器の移送だとか患者さんのためを思うと、一カ所ということも無理でしょうと、こういうようなことが総論として大変問題になるところです。

日本移植学会の合同委員会というのがありまして、そこでは、今、技術的な問題として詰めていかれて、心臓については八施設、肝臓については十施設が行える技術がある、こういうふうにおっしゃっていますが、その合同委員会のレポートの最後のところに、しかし当面、最初の数の少ないときに行われるところについては本当にもっと絞り込んできちとした医療を行うべきである、こういうような御意見が出ているところでございまして、厚生省としても、この前、修正の意見を出していただきまして、それは参考人で山口先生がおっしゃられたことに大きく呼応されておるものと私は思っておりますけれども、やはりある程度数を絞り込んで、そして失敗のない、そして国民が安心をして次の医療を受けられるというふうにしていくことが大切だと思って、この法案が成立した暁には、私どもは私どもとして、国会議員の先生方の御意見を受けて、合同委員会と十分相談をして、先ほどの合同委員会では絞り込みをしたいとおっしゃっています、私どももそう思っていますので、それに向けて努力をしようと思っております。

○福島委員　ぜひともよろしくお願いいたします。

最後に、法務省の方においでいただいておりますので、検視についてお聞きをしたいと思

います。今回の法案の成立によって、場合によっては脳死体の検視が必要となるわけでございます。また、検視が終了しなければ臓器の摘出もできません。したがって、適切な対応というものをしていただく必要があると思っておりますが、何分にも初めてのことでございますので、現場でさまざまな問題が生じることがなしとしないのではないかと、そのようにも思っております。法務省としましては、この臓器移植法案が成立した場合、新たな対応を迫られる検視についてどのように対応していかれるつもりであるのか、御見解をお聞きしたいと思います。

○渡邊説明員 お答えいたします。

お尋ねのような検視等犯罪捜査に関する手続につきましては、その実施の方法等に関しまして、今後、関係諸機関と十分協議した上で、犯罪捜査に関する手続に支障が生じることなく、臓器移植が円滑に実施できるように適切に対処していくものと思っております。

○福島委員 ぜひしっかりとよろしく願いいたします。

以上で質問を終わります。ありがとうございました。

○町村委員長 枝野幸男君。

○枝野委員(民主) それではまず、法務省の民事局、来ていただいておりますか。――法務省の民事局に確認的なお話をさせていただきたいと思っています。図でもつくってくればわかりやすかったのですが、若干、頭の中をクリアにしてお聞きをいただきたいと思います。

典型的な例を申し上げます。お父さんがいて、お母さんがいて、息子がいて、おじいちゃんがいる。家族はそれだけだ。親族はそれだけだ。お父さんと息子が相次いで亡くなったという場合の相続関係についてお尋ねをしたいと思います。

お父さんが亡くなって、その次に息子が亡くなった場合、相続は、お父さんが亡くなったときに、その財産はお母さんと息子に半分ずつ行く、次いで息子が亡くなったときは、その遺産は全部、お母さんのところに行く。したがって、お父さんの持っていたお金は、お父さん、息子の順番で死んだら全部お母さんに行く。これでよろしいですね。

○揖斐説明員 お答え申し上げます。

そのとおりでございます。

○枝野委員 次に、息子が先に死んだときはどうなるか。息子が先に死んだときにお父さんの持っていた財産はどうなるか。息子が死んだ、次いでお父さんが死んだとき、息子がいませんから、子供がいない場合ですから、亡くなったお父さんの財産は妻とおじいちゃんのところに行く。妻に三分の二、おじいちゃんに三分の一、こういうことになる。これでよろしいですね。

○揖斐説明員 お答え申し上げます。

今議員御指摘の実例によりますと、議員御指摘のとおりになると思われま。

○枝野委員 そこで、中山先生などの御提出の法案で脳死を人の死というふうに定義をして、心臓死による死亡の時期と、脳死による死亡の時期と、従来の考え方からすれば二つ考えられるようなことになってくる。しかも、脳死の場合は、脳死の判定をしたかしないかというのがどうやら基準になりそうな話であります。

そうすると、例えばお父さんと息子が相次いで亡くなったときに、お父さんが脳死状態を経て死んだとして、ちゃんと早い段階で脳死判定をしていたらお父さんが先に死んだことになる。ところが、脳死判定をしないでほっておいたために息子が先に死んだことになる。これによって相続人が変わってくる。特におじいちゃんが相続人になれるかどうか変わってきますね。相続の関係上、こんなことがあっていいのですか。

○揖斐説明員 今の委員の御質問でござりますが、そもそも民事上何をもって人の死とす

るかということは、医学的知見を基礎としつつ、社会通念によって定まると言われているところでございます。その場合に、一般論として申し上げますと、従来はいわゆる心臓死を人の死としてとらえるということが社会通念だと言われてきたと考えられるわけでございますけれども、法定の手続に従った脳死の判定をもって死と判定するということが社会的に受け入れられるということになれば、民事上の分野においてもこれに応じて同様に解釈されるということになると考えられます。

今委員御指摘の御質問、そのような場合、そのようなことになっていいのかどうかという御質問に対して、私どもとして直接お答えをすることは差し控えさせていただきたいと思っております。

○**枝野委員** 今のお話を素直に伺うと、中山先生提出の法案が仮に通ったとしても、民事上の死亡の時期は別に勝手に判断しますよということになるのですが、実は私はそれでいいのだと思うのですが、同じようなことは刑事上も出てくるのだと思うのです。そういう理解でいいでしょうか。

○**揖斐説明員** 刑事上どうなるかということは、私どもとして直接お答えできかねるところでございます。

○**枝野委員** 法務省刑事局は来ていませんか。——おいでになっていない。

今まさに少なくとも民事の方の話について否定をされなかったように、要するに脳死を人の死とする法律が仮にできたとしても、死亡の時期を決めるのは、例えば民事に関して言えば、最終的には裁判所なんですよね。ずっと一貫して、死亡を決めるのは医師だ、医師が専門的知見に基づいて死亡の時期を決めるのだ、死亡したかどうかを判断するのだということが中山先生を初めとする案の提出者の皆さんの主張であって、それを法律で認めるのかどうかという話だというような論調をしてこられていますが、今の法務省のお話のように、例えば相続関係についての死亡の時期を決めるのは、最終的には裁判所なんです。医者ではないのです。医者は裁判所が決める上での参考になる有力な情報を提供する者であるのは確かでしょうけれども、相続に関して死亡の時期を医者が決めるのではないのですよね。法務省、それでよろしいですね。

○**揖斐説明員** お答え申し上げます。

個々具体的にいつ相続が起きたのかという紛争が起きた場合に、具体的な事案におきまして、いつ相続が起きたかということが争いになって、具体的な状況下でそれを判断することは、最終的には裁判所で決められることになるというように思われます。

○**枝野委員** 若干わかっていらっしゃる方はわかっておっしゃっているのですが、わかっていらっしゃる方は誤解して、医者が、このとき、死んだと言ったら、それがすべてなんだというような認識があったりするようですので、そこは誤解を解けたのかなと思っています。

それから、午前中の質疑の中で、厚生省の方が、本人が嫌だと言っても、本人というのはこの場合は本人の元気なときという意味であり、その家族の意味なんだろうが、脳死判定をし

ないでくれという意思があっても、その拒否する権利はないのだという趣旨のことをお話しになりました。

それと、中山案の附則の十一条とを見比べてみて、それから先ほどの話などを伺っていますと、附則の十一条で、脳死状態の判定がなされた後の処置についても「当分の間、」は保険が適用されるのですよということが書いてあるから安心だというふうな意識を若干持っていたのですが、どうも今のお話から考えると、本人や家族が嫌だと言っても、医者が脳死判定しますと言って脳死判定をされた、脳死判定をされたら死体になるのだ、死体になった場合に、そこに対しての処置というものは、もちろん死体になってから例えば人工呼吸器をとめるというまでの間には時間があるでしょうから、その間の継続される部分というのはあるかもしれないですが、基本的にはとめてしまうのではないですか。いや、温かいのだから心臓がとまるまで人工呼吸器をずっと続けてくれと家族が言ったときでも、とめてしまうのではないですか。

○**小林（秀）政府委員** この十一条に書いてあることは、脳死判定がされてもその後も引き続き医療というのを、例えば家族が、まだ御遺体が温かい、ついでには呼吸器を外さないでいただきたいという御要望があれば、人工呼吸器を続けられても、そのことは医療保険で対応させていただきます、こういうことを言っているものと解釈をさせていただきます。

○**枝野委員** それは、ある意味では、今度、保険の方から考えたら理屈が通らないのじゃないですか。少なくとも中山案の立場に立っていたら、もう死体なんです。物なんですよ。物に対して意味のない治療行為を行う、それは、現場で家族がどうしてもやってほしいと言うから自費でやるならわかりますよ。保険財政が苦しい中で、お金が足りないといって保険料を上げようと言っている中で、家族の感情だけですよね。中山案の立場に立てば、そんなところに保険から金を出すという話というのは論理矛盾になりませんか。論理矛盾になって、しかも、こういう保険財政が厳しい中でこういったことをやっていると、少なくとも、この「当分の間、」というのは本当に当分の間で、短い期間で打ち切られるというふうにむしろ思う方が自然じゃないでしょうか。

○**小泉国務大臣** 常識で考えて、脳死はどんな治療を行っても生き返らない。脳死か心臓死か、現場の家族は私は知らないと思いますね。医者が判断する。脳死だけれども、心臓死まで治療してくださいと、私は家族が言うとは思いませんね。そして、この脳死の今の場合は、臓器を提供したいという方と受けたいという方と、そういう第三者の判定のときに生きてくるわけであって、本人が臓器の提供意思もない、全く医者も臓器を移植することを考えないという場合、そういう問題が起こってくるのかなと私は思いますね。

論理的な遊びはいいですけども、私は、それは常識で考えている。脳死だといってもう絶対に生き返らないのですから、どんな治療をやったって。本来だったら、普通だったらその治療をする必要はない、私はそう思いますけれども、いかがでしょうか。

○**枝野委員** 午前中以来の話で、脳死の判定は臓器移植を前提としなくてもなさるということを局長おっしゃっています。そうなんだろうと思います。なぜなら、逆に言うと、今ま

で、脳死体からの臓器移植はできないにもかかわらず脳死体というものが存在しているということは、臓器移植を前提としないで脳死判定を既に行っているわけですね。これからもうするのでしょう。そして、基本的には患者の側には拒否する権利はない、医師の医療行為等の中で脳死判定はするわけですよ。したがって、臓器移植をするかどうかにかかわらず、脳死と判定をされる患者さんは出てくるわけですね。これは、臓器を移植するかどうかと全然別問題です、そのところは。

そのところで、ここからは多分大臣と見解が違ふのだと思います。確かに、医学的にはもう生き返らないのだ、もう治療を続けることに意味はないのだということは、私も医学的には死であるという立場に立っていますから、そこまではそのとおりですが、しかし、それでも現状では、例えば柳田邦男さんが参考人としておいでになったときの、みずからは息子さんの臓器提供を認めたような立場であっても、後から考えてみるといろいろと悩むことがあると。

むしろ、世論調査などいろいろなものを考えてみると、過半数とは言いませんが、国民の中のかなりの部分が、脳死体で、心臓が動いていて、体が温かいという状態に対しては死んだとは認められないというのが、まだ現状での国民の中のかなりの部分を占めているというのは私は事実だろうと。

そこに対して、現場のお医者さんが、いや、そうはいつでも、もう生き返らないのだから治療をやめましょうということを説得して、そこはまさに医師对患者家族の一对一の話の中で、家族の側が納得して人工呼吸器をとめるならいいのです。しかし、法律みたいなもので上からばさっと——そういう人間が何割かはわかりません、世論調査のデータというのはいろいろとできますから。それだけれども、半分までいかないかもしれないけれども、決して百人に一人とか十人に一人とかではない、もうちょっとのレベルの数がいらっしゃる。その人たちの意思を無視して人工呼吸器をとめるわけにはいかないじゃない。

とめるわけにいかないということになったときに、だからといって、そこにその治療の状況というのを、もし中山案の立場に立つと、一見そこには保険からお金が出ますよというふうな書かれ方をしていますが、しかし、死体だと片方で言い切ってしまったら論理矛盾になるのじゃないか。保険財政の苦しい中で、死体だと言い切っておきながら、そこに保険を入れるというのは論理矛盾になるのじゃないか、こういう話をさせていただいている。

○矢上議員 枝野委員に対するお答えですが、仮に論理上の問題としますと、私どもからしますと、金田案、いわゆる対案におきまして、法的に生きてるとされる人から心臓摘出による死を迎えさせることの方が論理矛盾ではないかと思います。

仮に論理上の問題を除くとしても、脳死判定という客観的事実がなされた患者さんに対して、家族の情として、きちんとした処置を今後とも続けてほしいという要望があれば、当然、それは行われるものでありますし、私たちの法案においてそれを排除するものでもございません。そういうことは一行も書いてございません。

○枝野委員 要するに、抽象論として言えば、おっしゃるとおりでしょう。今までの経験か

ら考えてくれば、現場のお医者さんが、家族から、心臓は動いているのだからそのまま人工呼吸を続けてくださいと言われたら、それを続けるという、人間関係というか医療機関の現場だけを見ればそのとおりでしょう。

だけれども、よく考えてください。我々が医療保険の保険料を払っているのは、家族の感情のために払っているのじゃなくて、健康と命のために払っているのです。死んだという認定をしたところに税金や保険料を払い込む、流し込むという理屈は、そう長い間はもたないです。今は糊塗的に、ごまかしのよう形にして「当分の間、」というのは通るかもしれない。しかし、これは長くはもたない話です。

それから、論理矛盾の話をそちらがされましたけれども、しかし、どうして人の動いている心臓を取り出したら論理矛盾になるのかというのは、実は、みんな感情論以外に言っていないですよ。感情論はおっしゃっています。しかし、地球の重さよりも人の命は重いというふうなことは、一般的な感情論としては正しいかもしれないけれども、それはあくまでも感情論で、法律論でもなければ、この国の社会通念でもありません。

なぜならば、私は反対ですけれども、この国には死刑という制度もある。人の命を奪うことだって公権力でできるのですよ。正当防衛の場合だって人の命を奪えるのですよ。人の命は地球より重いというのは、まさに感情論としてはそのとおりだし、一般論としてはそのとおりかもしれないけれども、絶対不可侵なものではない。そのところを誤解されて、感情論だけで物事を進めてしまって、感情論としてはよくわかります、物事の整合性がとれなくなるということが出てくるのが我々は恐ろしい。

必要なのは臓器移植を前に進めることであって、そんな余計なところに影響を与えるようなことをする必要はないのだということを申し上げて、時間になったようですので、終わらせていただきます。

ありがとうございました。

○町村委員長 児玉健次君。

○児玉委員 日本共産党の児玉健次です。

脳死・臓器移植の問題は、医学上、法律上の問題であると同時に、国民的合意を不可欠とする人道的、社会的な問題です。この問題で多くの国民がどんな疑問と不安を抱いているか、そのことに対して慎重な深い検討を行うことが国民的合意を形成する上で確かな道だと私は信じております。そういった立場から厚生省に、厚生省はこの問題に重要な責任を負っていらっしゃるからですから、きょうは、初めての御質問をしたいと思います。

答弁者の方々、おいでになっておりますが、きょうは厚生省に質問を絞ります。ぜひ簡潔に答えていただきたいのです。朝から聞いておりまして、簡潔に答えていただきたい。それから、いまだに検討されておらないところがあれば、それは、この後、十分な時間を私たちは確保しなければいけないので、検討していないと答えていただければ結構です。

最初は、脳死判定の基準についてです。

この問題で、ここ一兩年、私たちは、幾つかの新しい問題にぶつかりつつあります。八日

に私たちの委員会が行った参考人からの意見聴取で、日本大学の林成之教授が、

脳死はこれまで、細胞レベルまで含んでいない概念でとらえられてきた歴史がありますが、脳の低体温療法の治療成績とか、その前進の結果を見ますと、やはり医学の進歩とともに脳死も細胞レベルの点まで含めて考える時代に入ってきたんだというふうに思うわけです。

とお述べになりました。

この指摘について厚生省はどのように受けとめているでしょう。

○**小林（秀）政府委員** 今先生、脳の全細胞が壊死に陥った状態、つまり器質死をとるべきではないか、こういうことのお話だったと思いますが、これについては、脳死臨調においても議論がされまして、そして、結果として次のようにまとめられておるところであります。

国際的にも脳の機能死をもって脳死とすることが広く認められていること、二番目に、心停止後も脳の一部、例えば視床下部の細胞が相当期間生き続ける場合のあることから考えて、脳の細胞が全く死ななければ人の死と言えないとする考え方は、心停止によって死の判定がなされた場合においてもとり得ないこと、三つ目に、実際問題としても、脳死の状態下で病理学的検査を通じて脳細胞の状態をつぶさに観察することは許されず、したがって、すべての脳細胞の死を臨床的に診断することは不可能であること、といったことから、脳の機能死をもって脳死とする立場が採用されたところでございます。

○**児玉委員** 器質死とするかどうかというふうに林先生は単純化しておっしゃっておらないと私は理解しております。

あの参考人の御意見の中で、この問題を広くバランスを見事に保って調べていらっしゃる柳田邦男さんが、今局長がおっしゃった脳死臨調について、八〇年代の知見に基づくものだ、そういうふうに述べてもおられますね。そして、林先生のお話の中で、例えば脳波のフラットの問題についても、鼻腔内の脳波の変化についてはいまだ十分それをつかむ状況には至っていない、こうも述べていらっしゃいます。

大臣、私がこの問題を強調するのは、今提起されている二つの法案の中では、この脳死の基準の問題は厚生省令によるというふうに大きくなっておりますから、この点での厚生省の学問に対する謙虚さが問われているのですよ。その意味でお尋ねしておるので、お答えいただきたい。

○**小林（秀）政府委員** 竹内基準というのは昭和六十年に厚生省の研究班によってつくられたことは先生御承知のとおりだと思います。その後も、平成四年一月の脳死臨調においても、そして平成六年一月の見直しにおいても、この竹内基準についての見直しを行っております。そして、いずれも妥当である、こういう御返事をいただいております。

今先生、鼻腔脳波の話がされました。これについては、我々、今でも脳死の判定というのは非常に重要なことですから絶えず勉強しておるわけですが、これについては、学者の中でまだそれが評価をされていない、それが脳死との関係について正しい認識に皆さんが至っていないという現状であるということを申し上げたいと思います。

○**児玉委員** 竹内基準については、それが今、世界に存在している脳死判定基準の中で最も信頼性の高いものとしての評価は、林教授は率直になさっておりますね。局長も聞いていらっしやった。その上で、今後に起こるべき前進や変化、それに対して学会の新たな知見を誠実に追いかけていく形でこの問題を充実させなければいけない、私はそう思います。

そのことについて、多分皆さんもそうだとお考えだと思うのだけれども、お考えを聞きましょう。

○**小林（秀）政府委員** 脳死の判定基準につきましては、今お答えいたしましたように、平成六年のときの学者の先生方のレポートでも、今、世界的にも評価されるすばらしい基準だと言って評価をされているところでございます。

ただ、今先生がおっしゃられましたように、医学というのはまだ進歩する、どこで進歩がとまるなんという限界はだれも言明できないものであります。したがって、厚生省としても絶えず研究を重ねて、新しい脳死判定ができればまたそれについての判断、そのときの判断をしていこうと思っておりますが、今は現在得られる脳死判定基準としては世界でも最高のものではないか、このように私は思っております。

○**児玉委員** 脳死判定の厳密性、脳死の判定基準がどれほど最高の医学的知見に基づいているか、このことが一つ非常に鋭く問われます。その点で、私は厚生省の努力を求めたいと思うのです。

と同時に、脳死判定の厳密性、公正性がやはり提起されております。この間の委員会の審議の中でも、救急救命のためにあらゆる可能性を追求する努力と臓器提供に望ましいドナーの状態とその維持の関連、ある委員はこれをぶつかり合いともおっしゃった。そして私もこの議論には積極的に参加をして、移植学会のマニュアルの案の段階で一部触れてあった表現について具体的に指摘しました。これは、参考人の意見聴取の中で野本氏は、無用の言葉であった、そう言ってそのところを削除された点も私は注目しております。

この救急救命のためにあらゆる可能性を追求する努力と臓器提供に望ましいドナーの状態とその維持のための努力、ここのところをどのようにきちっとしていくか、この点で厚生省がもし何らかの指針をお持ちであればそれを示していただきたいと思います。

○**小林（秀）政府委員** 今の先生の御質問の意味、少し取り違えているかもしれませんが、要は、救急医療と脳死判定の関係で、救急医療の先生方は患者さんの命を救うために最後の最後までこの患者さんを治すという方向へ努力をされる。その努力がされる一方で、臓器移植を期待する移植医の人たちが、早く脳死判定をしてくれ、こういうことを期待する。そこにはぶつかり合いが生じてしまって、本当に救急医療が最後まで行えるのかということをお心配されているのだと思います。

先ほど申しましたように、救急医療をやっている先生方は、今先生おっしゃったように、最後の最後まで努力をされます。しかし、先ほども言いましたように、救急医療の現場では実際に脳死判定がすべて行われているわけではないけれども、多く行われております。それはしなくてはならぬという法律規定があるわけではないわけです。実際には行われており

ます。それは、先ほども何遍も申しましたが、患者さんに礼意を持って尽くす、患者さんの尊厳を大事にするということから、一方で、もうここまで来たら限界というのは、救急医としてみずから自分たちが判断されるわけでありまして、そこには後の移植医療が待っているから臓器を早くとらせろということで救急医療の現場に入ってくることはないのであります。あくまでも救急医療が最後まで頑張られて、そして、もうここで脳死ですと言われたときに初めて移植医療のグループが動くということだと解釈しております。

○**児玉委員** 厚生省に私は率直に申したいのですが、野本教授は、この救急救命の現場で最後の可能性まで追求してぎりぎり頑張ると。救急救命の場にいらっしゃるドクターみんなのお気持ちだと思うのです。そして、我々も多少調べましたから、そのスタッフと移植云々のドクターのスタッフは別ですね。そのことをお互い承知の上で、野本教授は何と言いました。このぶつかり合いで一度でもルールを破ったら我々の移植の仕事はそれで終わりになりますと。そのくらい厳しい問題ですよ。その点について、厚生行政に当たる厚生省として、絶対あってはならないことが起きないための指針を持つ必要があると思うのですが、どうですか。

○**小林（秀）政府委員** 救急医療の先生方に、患者さんのために最後まで尽くしてくださいということは私どもで指導ができますけれども、最後の最後は、その医師の持っている御自身の、救急医の倫理観だと思います。それで、実質的には、私は、救急医療の先生方が最後まで頑張られると思います。そこは、最後は医師の専門性、それから医師の持っているその人格、そういうものに期待をしていくということでございますが、厚生省としては、もちろん最後まで救急医療は患者の命を救うために努力をしていただくよう指導してまいりたいと思います。

○**児玉委員** この問題は課題として残るということを指摘しておきたいと思います。

そして、それとも深く関連するわけですが、最近の脳低体温療法、治療の前進によって蘇生限界が変わることを実証している。その蘇生限界というのが、脳死と判定された人の蘇生を意味しないということは、もう私たちのこの議論の中でコンセンサスができています。今の科学の水準ではという限定つきですがね。そのことを申しておきますので、余計な御心配はなくていいのです。治療の前進によって蘇生限界が変わることをこの療法は実証しています。

そして林教授は、この御著作の中で、最後のところで、こうも言っておられるのです。日大板橋のような「重装備の管理システムが無くても、患者をある程度選択していけば、脳温管理の経験を積み重ねながら、その技術を高めて治療効果を出すことができると考えられる。」

この脳低体温療法について、これを普及させ、前進させてほしいというのが、このことに興味を持つ多くの国民の願いですね。この願いに厚生省はどのようにこたえようとなさっているか。そのとき林教授はわざわざ、重装備の管理システムでなくてもいいのだということまで述べていらっしゃいます。いかがでしょう。

○**小林（秀）政府委員** 救急医療の現場において、今、脳低温療法というのが林先生の御努力で大分普及してきたことは事実ですし、それによって先生方も大分勉強をされて、この治療法が普及していくものと私は思います。

救急のすべての先生方は、やはり自分の診た患者さんはどうしても治したいということで、いろいろな治療を試み、また、これ以上のまた別の治療も出てくるかもしれない、そういうことを目指して一生懸命頑張られるものと思っております。

医療の中身について、行政府が何をなさいますとか言うことは、私は、少しそれは行政府では越権ではないか。そうではなくて、患者さんのために尽くせる環境について、厚生省の方も可能な限りの援助をしていくということができないことではないのかな、こんなふうに思っております。

○**児玉委員** この点は、厚生省に、何らかの医学界の議論の行司の役割をしてくれと言っているのではないのですよ。そうでなくて、例えば、皆さんが高度先進医療を採用していく過程で、その新たな治療法が、どれだけ普及し、どれだけ安全で、患者にとってプラスであるか、そういう判断から皆さんはそれを採用されて普及なさるのですよ。今までもそういう努力をされてきている。この脳低温療法についても、そのまま従来の治療でいけば脳死状態に至ったであろうと思われる人たちが、今は蘇生し社会復帰しているわけですから、そのことについて、厚生省として、学界でその価値が評価されているものについて、厚生行政として努力をなさるのは当然だと思うのですが、どうですか。

○**小林（秀）政府委員** 先生は今、脳低温療法の評価の話を厚生省にせよとおっしゃっているのではないのでしょうか。脳低温療法自体は、厚生省の場合、評価というのは、それが診療報酬の治療の体系として入るかどうかということがよく使われる評価という言葉だろうと思いますけれども、まだ現在、脳低温療法というのは診療報酬の適用の範囲の治療には入っておりません。その所管は、実は中医協の方に所管がありまして、私の局でもございませんので、そこについては明言を避けさせていただきます。

○**児玉委員** この点について、大臣、どうでしょう。本当に劇的な変化というか、治療法の前進によって蘇生限界が変わるということが今明らかになってきているわけですから、そして国民の注目もそこに集まっているので、そういったものについて厚生省全体としてバックアップしていくということが必要だと思うのですが、いかがでしょうか。

○**小泉国務大臣** それは、医学の進歩によって、今は治らない病気でも治る可能性は私は否定しません、今までも随分そういうことが起こってきたわけですから。しかし、現在考えられる限り、脳死は決して蘇生しないというのは、世界の医学水準においても、日本の水準においても定着しております。それは、脳低体温療法によっても脳死状態から蘇生させるのは無理だということは専門家の一致した見方であります。という時点においては、脳死状態は死であるという定義にそれほど不自然な感じは私自身は持っていないわけであります。

○**児玉委員** この問題もやはり残しておきましょう。

小泉大臣、どなたも含めて、この療法によって脳死と判定された方が蘇生するということ

は、現在の所与の条件のもとでは、ないということを、みんなその点は認めている。私も認めている。ただ、脳死に至るであろう人たちが、それこそあの分水嶺の向こうに落ちるべき人が手前のところで、脳死と判断される手前のところで社会復帰するという点では世界的に注目されているわけですから、そのところを厚生省は着目してほしいと思うのです。どうでしょう。

○**小泉国務大臣** それは一つの画期的な医学技術として、今後、私も大いに期待したいと思っております。それはまさに医学の進歩につながるわけですから、そういう点については、脳死のこの移植とは切り離して対処すべき問題ではないかなと思います。

○**児玉委員** 次の問題に入ります。

臓器移植についてですが、もしこれが行われればという仮定の問題として私は申しませんが、国民の間にあるこのことについての不安、危惧は、移植の公平性、公正性が全面的に確保されるかどうかの問題です。社会的、経済的な条件の違いによって差別が生まれはしないかという不安がやはりあります。移植に要する医療費の負担の問題も含めて、厚生省はこの重要な問題についてどのように対処なさるおつもりか、お答えいただきます。

○**小林（秀）政府委員** 臓器を公平公正に国民の皆様に提供していくということは大変大切だというのは、先生のおっしゃられるとおりでございます。現在行われている腎臓移植におきまして、実際に公平公正に分けて、皆様に御理解をいただいていると思っております。

ですから、今度の場合、この法律ができ得ましたときには、心臓、肝臓についてもこういう全国共通のネットワークというものを整備して、そして、そこによって公平公正に臓器の提供者を決めていくということに向かうものと思っております。

○**児玉委員** 当然、そのことはもう徹底して行わなければならないと考えます。

そして、そのとき、先ほど私が伺った移植に要する医療費の点、確かに医学的な組織のマッチングの面ではかなり一定の手順に従って仮に進められるとしても、しかし、その移植の手術に要する経費をその人が負担しなきゃいけないということになったら、その瞬間に、恐らく何百万というそういう経費について負担し得る部分と、し得ない部分が出てきますね。この点、どうです。

○**小林（秀）政府委員** 今先生おっしゃいましたように、臓器移植には相当の経費がかかりまして、それを個人負担ということになりますと、途端に公平公正という線が崩れるのではないかと、私もそのように思っております。

したがって、私は、患者さんにはある程度の負担はやむを得ない、その程度はしていただきたいと思いますけれども、その移植に係る経費については、多くは保険で払えるとか、または当面、まだ保険適用にいく前については、先ほども答弁させていただきましたけれども、研究費等で患者負担のかからないようにしておくことが大変大切だと思っております。

○**児玉委員** この点もさらに突っ込んだ論議をしたいと思えますね。

それから、ドナーの意思の確認をどのようにするのかという問題です。

委員会の審議の中でも、子供さんや知的障害などを持つ方々の場合、中山案の提案者から

は、第三者による審査機関に触れたお話がありましたが、この点で厚生省はどんな考えを今持っていられっしゃいますか。

○**小林(秀) 政府委員** 少し長い答弁になりますけれども、お聞きいただきたいと存じます。

臓器提供の意思は基本的に尊重されるべきものであり、その前提として、臓器提供及び臓器移植に対する正しい知識と理解が前提となるものと考えております。小児や知的障害者の方についても、これを理解し、臓器提供に関する意思表示の効果を理解した上で主体的に判断する能力、意思能力を備えていれば有効に意思表示を行うことができるものと考えています。

したがって、小児や知的障害者の方の意思表示については、その意思表示を一律に無効とすることは適当とは言えませんが、意思の確認等その取り扱いについては十分慎重に行われるべきものと考えております。

このことについては、平成六年一月に厚生省が示した、脳死体からの場合の臓器摘出の承諾等に係る手続についての指針骨子案においても、「本人の意思表示・意思伝達が著しく困難な場合や判断能力に障害を有していた場合等においては、特に確認を十分に行う。」こととしてしているところであります。

お尋ねの、意思表示の取り扱いが困難な事例について、第三者機関を設置し判定を行わせるとの御意見は傾聴に値するものと考えておりますが、このような御提案も含め、小児等の意思表示の取り扱いについては、今後の課題として十分検討してまいりたいと思っております。

○**児玉委員** 今後の課題であることが明らかにされました。

大臣にお伺いしたいのですが、今私たちが真剣に議論している問題は、人工臓器という分野で大きく前進をしていけば、そのほとんどが議論しなくていい問題ですね。白内障の眼内レンズの問題だとか不整脈のペースメーカー、私は、日本の科学と経済の力というのは相当なものだと思っているわけですが、この人工臓器の研究と開発にもっと力を傾注して当然だと思うのです。この点でいかがでしょうか。

○**小泉国務大臣** 私もその意見に賛成です。

○**丸山晴男政府委員(厚生省薬務局長)** 人工臓器の開発状況について一言申し上げたいと思います。

人工臓器の普及と研究開発は、臓器移植とも密接な関連をとって進展をしてまいっております。

例えば、人工心臓の中で、欧米では、最近では体内埋め込み式の補助人工心臓が開発されておりますが、これは、主として臨床の場で、心臓移植を待つまでのブリッジユース、つなぎ使用として使われております。完全に心臓の機能を代替する埋め込み型の完全人工心臓につきましては、現在のところ、一年ないし二年の動物実験での生存例がございまして、長期に人間に使えるような状態になるにはまだ多くの課題が残っております。

人工肝臓、人工脾臓につきましては、むしろバイオあるいはハイブリッド型という生体細

胞の体外培養とか免疫反応のコントロールといったような、移植同様のドナーの問題などを抱えておりますけれども、これも他の臓器に比べまして比較的研究の歴史が浅いということでございます。

今後とも、人工臓器の研究開発には全力を尽くしてまいりたいと考えております。

○**児玉委員** きょう初めて厚生省に、皆さんが今どんなことを検討なさっているのかということをお聞きいたしました。率直に言って、かなりの重要な問題については、現在、検討過程にある、そういうふうに私は受け取ったと言わざるを得ません。

脳死・臓器移植に関する国会論議は開始されたばかりです。この間の質疑で、重要な問題が存在していることが本当に明らかになりました。そして、国民の皆さんの中のこの脳死・臓器移植に関する関心が私たちのこの論議の中で集中し始めていることも私は感じます。

そうであるだけに、先日、参考人から非常に示唆に富んだ御意見をお聞きして、その御意見にこたえるためにも、私たちがこの審議を引き続き慎重に、真剣に行っていくことが国民に対する私たちの責務だと考えておりますので、そのことを同僚議員の皆さんに心から訴えて、私の質疑を終わりたいと思います。

ありがとうございました。

○**町村委員長** 中川智子さん。

○**中川（智）委員** 社会民主党・市民連合の中川智子です。

我が党の党首は憲法学者でございまして、きょうは、最初に憲法に触れた質問を少しさせていただきますと思います。

実は、国学院大学の憲法学者の新倉教授がこの間の国会審議を見ておまして非常に心配されて、お手紙をいただきました。その手紙の中で、このように書かれています。よく聞いてください。

いま脳死論議で問題になっている「死体（脳死体を含む。）」というきわめて便宜的な言い方は、実は、憲法が予定している万人に対する人権保障の範囲に関わる重大な問題を含むことが、この間の論議では見落としてなされているのではないか、非常に危惧しますということを書かれています。長い手紙なので、時間がないので全部は言えませんが。

まず、憲法十一条「国民は、すべての基本的人権の享有を妨げられない。この憲法が国民に保障する基本的人権は、侵すことのできない永久の権利として、現在及び将来の国民に与へられる。」とございます。この趣旨に立ちますと、「死体（脳死体を含む。）」と規定することによって、憲法上、基本的人権の享有主体である「何人」の範囲が狭められ、これまで基本的人権の享有主体であった者が基本的人権の享有主体でなくなるというところの論議がございます。

このようなことは、まさに憲法の内容について実質的に改正を行って初めてこのたびの中山案が出されてしかるべきだと思いますが、法律の立案に携わった法制局にきょうおいでいただいておりますので、「死体（脳死体を含む。）」とすることによって憲法上の「何人」

の範囲がどうなるのか、御説明をお願いいたします。

○**福田法制局参事(衆議院法制局第五部長)** お答えいたします。

先生が言われるように、憲法には、「国民の権利及び義務」という章には「何人も」というような規定がございますけれども、この規定は、当然、生きていますということになるわけがございます。したがって、死亡された方はこの対象にはならないというわけがございます。

中山先生提出の案の中には、「死体（脳死体を含む。）」という規定がございますが、これは脳死臨調の答申にもございますが、「脳死をもって「人の死」とすることについては概ね社会的に受容され合意されているとあってよい」という社会的合意を前提といたしまして、脳死体が死体に含まれていることを確認的に規定しているものでございまして、この規定によりまして死体を創設的に拡張したというものではございません。

そういう意味から、特段、憲法の内容に変更を加えるということにはならないと考えております。

○**中川（智）委員** それでは、そのところで、脳死体、死体となりましたら、もう基本的人権の享有主体でなくなるというところまで踏み込んだ国民的合意かどうかというところでの法制局の御見解を伺いたいのですが、そして中山先生、お二人にお願いします。

○**福田法制局参事** お答えいたします。

先ほども申し上げましたように、脳死臨調の答申におきましても、「脳死をもって「人の死」とすることについては概ね社会的に受容され合意されている」という前提がございますので、特段、問題にはならないというふうに考えております。

○**中山（太）議員** 衆議院の法制局の答弁と同様の趣旨でございます。

○**中川（智）委員** このように、今まで憲法で保障されていた基本的人権を持っているというふうに私たち国民はすべて受け取っていました。ところが、今回の法改正で中山案が通過いたしますと、一切そのところをばっさりと、脳死だということで、私たちの基本的な、憲法上保障されているところの権利がばっさりと切られてしまう。ここに対して、私は絶対、憲法改正がまずあって、そしてこの法律案を論議しないと、ですから、衆参両方の三分の二以上の賛成があつて、そして国民投票をしてからこの議論というのを進めるのが本筋ではないかと思いますが、そのところがどうしても納得できない。

国民的合意がまさにその部分に触れられて得られているものかどうか、そのところをもう一度伺いたいのですが、両方の提案者にお伺いしたいと思います。

○**枝野議員** 中川先生が今御指摘になったような趣旨というのは、憲法論としてどういうふうにとらえられるかというのは議論があらうかと思います。

ただ、今おっしゃっておられたとおり、まさに基本的人権の及ぶ範囲というものを実質的に動かす効果が及ぶという実質面を考えたときには、憲法改正に匹敵をするような慎重な取り扱いが我々に課せられているのではないかというような思いを持たせていただいています。

○中山（太）議員 私は、先生御指摘のように、憲法改正をするための三分の二以上の発議及び国民投票の結果によらなければこの問題を扱えないという種類の問題ではないと考えております。

○中川（智）委員 私は、国民の立場に立ちますと、その時点で全く物として扱われるということに対しての合意は絶対にできていないということを強く言いまして、これ以上憲法に関しては、そのところは本当に時間がないなということを思います。この議論をしていって初めて人の死を法律で決めていくという大事なことがなされていくのではないかと思います。

次に、私も自分の体をこの間いろいろ一つ一つなでてみまして、この体がもしも脳死だと言われたときに、私の愛する家族がもう解剖をしてもいいという、解剖のところをちょっと考えていたのです。

そして、死体解剖保存法というのがありまして、私、こんな難しいのを勉強したのは、ここへ来て本当に頭がよくなったなと思うのですけれども、第七条の「遺族の承諾」、「死体の解剖をしようとする者は、その遺族の承諾を受けなければならない。但し、左の各号の」といろいろあるのですが、脳死状態も、脳死だと言われた時点で解剖を家族が承知したら、まだ心臓も動いている、血も通っているところで解剖というのはできるのでしょうか。厚生省、お願いします。

○小林（秀）政府委員 厚生省の中の話ですが、所管局長が違いますので、私、急の御質問で、担当局長ではございませんので、申しわけございません、御返答できかねます。

○中川（智）委員 知っている範囲でもだめですか。私は、生体実験のような気がするのです。まさに生体実験のような形で、やはり物として扱われるということに対して――それじゃ、きょういらっしゃらないのだったら、きっちりと文書でいただきたいのですが、いかがでしょうか、厚生省。

○小林（秀）政府委員 今の御質問は文書でお答えいたします。

○中川（智）委員 文書でいただいて非常に疑問だったら、またどこかで場所を設定していただけますか、委員長。

○町村委員長 理事会で協議をいたします。

○中川（智）委員 それじゃ、理事会でよろしく願いいたします。

もう最後の最後で、いろいろなことを伺いたい、でも時間がない、そして二十二日は手を挙げて決めていくという……（発言する者あり）ええ、決まってないですけども、二十二日というのは決まっているじゃないですか。

先ほどの話の中で、いわゆる臓器配分ネットワークのあり方について伺いたいのですが、違反事例が起きたときの審査委員会の構成メンバーをお伺いしたいのです。細かくなくてもいいですから、お医者様が何人とか、そのような形でちょっと教えてください。

○小林（秀）政府委員 今のはネットワークの中の審査委員会の話でございますね。（中川（智）委員「そうです」と呼ぶ）

この多臓器という全体の臓器移植のネットワークというのもまだできていませんし、これからできるわけでありますけれども、臓器移植審査委員会規約というのが、移植関係学会合同委員会がつくったものがございます。その中では審査委員会というもののメンバーが書いてありますが、ここには、移植関係学会合同委員会に参加する関係学会の代表する者以外の有識者として、そのほかに、基礎医学、看護、コーディネーター、法律、文化、マスメディア、厚生行政等各一名の委員で集まってやります、こう書いてあります。

○中川（智）委員 私も今知っているのに聞いて申しわけなかったのですけれども、とてもお医者さんが多いなと思います。もっと法律家や、人権問題をやっている憲法学者だとか、患者ですとか社会学者、そのような方を入れていかなければ公平性が保たれないと思いますが、御所見をお願いいたします。

○小林（秀）政府委員 この審査委員会というものの会の目的を考えまして、今先生が、その他の方についてももう少し考え直してほしいということですが、そこについては再度考えてみたいと思います。

○中川（智）委員 ぜひともお願いいたします。

それと、ちょっとネットワークについて伺いますけれども、今、腎臓の方があって、今度多臓器を別個につくられるということを伺っているのですが、どうしてそれは一つのものとして、機関として前に進んでいくことはできないのでしょうか。どうして分けられるのでしょうか。

○小林（秀）政府委員 私ども、多臓器ネットワークと腎臓ネットワークと分けるという答弁は記憶にないのであります。

我々の考えでいますことは、腎臓ネットワークというのが現在あります。それを基盤として、それを多臓器にしていこうと今のところは考えておるところでございます。

ただ、まだ具体的に法案が通っていませんので、通った段階で、私どもとしては、腎臓と二つつくるということを考えているわけではない、できれば腎臓ネットワークを基盤としてそれを活用した新しい多臓器のネットワークをつくりたい、このように思っております。

○中川（智）委員 基盤としてネットワークをつくるということは、将来的に一つにする、そのようなお考えですか。

○小林（秀）政府委員 一つにしたいと考えております。

○中川（智）委員 私の知り合いで腎臓移をした女性がいますが、移植をするまではとてもよくしてくれた、移植のために頑張りましょうとあって、もうこんなにすばらしいお医者様がいるのか、生きてきてよかったというぐらい感動して移植をしていただいたのですが、移植した後、調子が悪くなっても、今度はとても冷たくなって、この世の中にこんな冷たいお医者さんがいるのだろうかという、人格変貌を遂げたような、移植するまでは優しく、した後は非常に冷たいという、このような苦情が最近多いらしいのです。

その方たちが、私たちは実験に使われたようで、その後、どこにこの苦情を、この苦しさを、悩みを持っていったらいいかわからないとおっしゃっておりますが、厚生省は、移植手

術を受けた後の人たちの調査をきっちりして、移植が何人ということじゃなくて、その人たちのその後の生活に対してきっちり責任を持つ、ケアをする機関があるのかどうか、そこをお伺いしたいです。

○小林（秀）政府委員 移植医療の実施に当たりましては、移植部門の担当者だけではなくて、内科だとか麻酔、免疫の担当医のほか、看護、リハビリ等を含めたチーム医療が不可欠である、このように考えております。

特に、直接移植術を行う外科医と、その手術前の治療を担当し、また手術後においても免疫抑制剤の投与を初めとする診療を行う内科医との連携は非常に重要であると考えておりまして、従来から、関係者に対して円滑な連携を指導しているところでございます。

また、移植を受けた患者に対する精神的ケアにつきましては、御指摘のとおり、特に移植を受けた臓器と生涯つき合っていく患者方にとっては重要な問題と考えておりまして、そのあり方については、今後、移植を受けた方の御意見も聞いて十分考えていこうと考えております。

○中川（智）委員 時間が過ぎましたので終わりますが、本当に大切な大切な法案を私たちは審議していると思います。政治家として、きっちりと責任のある、しっかりと考えた、そのような態度で臨みたい、皆様に最後にそのことを訴えて、終わります。

ありがとうございました。

————◇————

この後、健康保険法改正案の審議に入り、午後5時7分閉会した。したがって、厚生委員会における臓器移植法案の審議はこれが最後となった。