

# 移植看護の倫理指針 —生体臓器移植の場合—

日本移植・再生医療看護学会

## 序文

本学会は、移植・再生医療看護に携わる看護師が専門職として社会的な責務を果たすため、実践・研究・教育活動を通して移植・再生医療看護学の発展を図り、人々の健康と福祉に貢献することを目的としている。この目的を達成するには、移植・再生医療における倫理的課題について予測的に対応し、個々の生命及び尊厳と権利を尊重された質の高い医療を受けることができるように支援することが求められる。本指針では、移植看護に焦点をあて、特に日本における臓器移植の大多数を占める生体臓器移植（以下、生体移植）について、生体ドナー、レシピエント及びその家族へ安全かつ人権を尊重した看護を提供する行為の基準を示すことにした。

## I. 移植看護の背景

移植医療は、先端医療技術を駆使することによって、従来、治療不可能とされていた疾患をもつ人の生命を助け、生活の質を向上させることを目指している。しかしながら、この医療には、人々に福音を与えると同時に、他の医療には見られない多様な倫理的課題が存在しており、移植医療に携わる多くの看護師や移植コーディネーターが葛藤を抱えていることが指摘されている<sup>1)2)3)</sup>。

移植医療には、組織や臓器を提供してくれるドナーの存在が不可欠である。日本の移植医療は、欧米諸国と比べ、脳死者からの移植よりも、健康な近親者からの臓器提供への依存度が極めて高い。生体移植には、ドナーの安全性はもちろんのこと、家族・親族間での心理・社会的問題など、多様な倫理的課題が存在しているとする報告は少なくない<sup>4)5)</sup>。生体肝移植では、国内、国外共にドナーの死亡例が報告されており<sup>4)</sup>、また術後、生活上の問題を抱えるドナーが少なくないことが課題とされている<sup>6)7)</sup>。そして2013年は生体腎移植についてもドナーの死亡が続くなど、改めて、健康な人である臓器提供者の安全の確保が問われている<sup>8)</sup>。

しかしながら、わが国の臓器移植法（2009年改正）は脳死者からの臓器提供のルールしか定めておらず、生体ドナーからの臓器提供については保護の規定がない。生体移植に関する法的な義務づけがないことは、脳死者に比べ、生体ドナーの安全管理や自己決定を含むさまざまな権利が尊重されにくい状況が生じる可能性を否定できない。

世界保健機関（WHO）は、生体移植の増大に伴い、生体ドナーの安全管理と人権保護が重要な問題であると報告しており、「人の細胞、組織及び臓器の移植に関するWHO指針」（2010年改訂）には、生体移植の認められる範囲や実施条件等について法的規制が必要と明示している<sup>9)10)</sup>。例えば、生きている人が提供者となれるのは法的意思能力のある者であり、未成年者や法的意思能力のない成人からの提供は原則的に禁止すべきといったことである。礒島（2011）は、臓器移植法を改正し、提供者になれる人の制限、実施施設の認定と適応判定の制度、ドナーの健康状態の長期的フォローのためのシステムの構築などの規定を設けることを検討するべきと提言している。

一方、臓器提供を受けたレシピエントについては、生命が保たれることの安心や様々な苦痛からの解放の期待と同時に、ドナーに対する罪悪感や負債感、制限された生活や多大な経済的負担、さらには病状悪化の不安などの苦悩を抱えているとする報告<sup>11)</sup>があり、生体ドナーと同様にケアと長期的なフォローが必要である。

本指針では、このような背景を踏まえ、移植医療のうち生体移植に関する看護の倫理的基盤を示したが、今後は、脳死移植看護における倫理的問題にも取り組み、レシピエント及び脳死状態のドナーとその家族に対する、より良いケアの方法を倫理的視点から探求することを課題とする。

## II. 指針作成の目的

本指針は、移植医療の状況を踏まえ、生体移植医療に携わる看護者が実践において倫理的葛藤や苦悩を抱いたとき、どう判断し、どのような実践を行うことが生体ドナーやレシピエントにとってより良いのか、その判断や行動の基準を提供するものである。

## III. 本指針で使用する用語の定義

### 生体ドナー：

生きている（健康な）人で自分の臓器の一部をレシピエントへ提供する、または提供した者を指す。文脈によってはドナー候補者とした。

### レシピエント：

臓器提供を受ける人を指す。

### 看護者：

移植看護に携わる看護スタッフ、看護管理者、及びクリニカル移植コーディネーター<sup>注)</sup>を指す。

注：クリニカル移植コーディネーター（Clinical transplant coordinator, CTC）

移植チームの構成員として、移植医療のプロセスを円滑に調整し、生体移植あるいは脳死移植を受けるレシピエント及びその家族や親族（生体ドナーを含む）のケアにあたる看護職を指す。（日本では、一般的にレシピエント移植コーディネーターと呼称され、日本移植学会を中心とする移植関連学会が行う認定制度において、認定レシピエント移植コーディネーターの名称を用いている。本指針では、臨床現場において生体ドナーも含めた包括的にケアを行う看護職に特化しており、欧米同様にクリニカル移植コーディネーターと呼ぶ。）

## IV. 本指針の対象

移植実施施設及び一般病院において、生体ドナー、レシピエント及びその家族に関わるすべての看護者を対象とする。

## V. 基本的考え方

国際看護協会の『ICN 看護師の倫理綱領』（2012年改訂）及び日本看護協会の『看護者の倫理綱領』（2003年）は、あらゆる場で実践を行う看護職者を対象とした行動指針であり、自己の実践を振り返る際の基準を提供するものである。本学会は、これら2つの倫理綱領を基盤とし、移植看護に関わる本指針の基本的な考え方を以下のように定める。

1. 移植医療に携わる看護者は、移植医療が人々の生命や健康、および尊厳と権利を脅かすことなく、生活の質向上に寄与することをめざす。
2. 移植医療に携わる看護者は、移植医療の全過程において、人々（特に弱い立場にある人々）が健康上のニーズを満たし、安全及び尊厳と権利が守られるように質の高い看護を提供する。
3. 移植医療に携わる看護者は、生体ドナー及びレシピエントがケアや治療を選択する上で、正確かつ十分な情報が得られ、理解できるよう支援する。
4. 移植医療に携わる看護者は、生体ドナー及びレシピエントがケアや治療を選択する際、誰からも強制されない自由な意思決定を行うことができるよう擁護する。
5. 移植医療に携わる看護者は、個人情報（特に生体ドナー候補者の情報）を守秘し、これを医療・ケア提供チームの構成員と共有する場合は、適切な判断のもとに行う。

6. 移植医療に携わる看護師は、専門職として自らの移植看護における実践能力の程度を客観的に認識し、能力の維持・向上のための対策をとる。
7. 移植医療に携わる看護師は、他分野の専門職と医療・ケア提供チーム（移植チームを含む）として連携し、相互を尊重した関係性において、看護専門職としての役割を遂行する。
8. 移植医療に携わる看護師は、倫理的問題に直面した時は、関連する医療・ケア提供チームに問題を提示し、協働して問題解決への行動を起こすなど、倫理的な組織文化の構築に貢献する。
9. 移植医療に携わる看護師は、移植看護の質を高めるために、どのような環境や制度が必要かを考え、エビデンスに基づいて提言する。
10. 移植医療に携わる看護師は、移植看護に関する実践・研究・教育を通して、生体ドナー、レシピエントとその家族に対するケアの方法を開発し、移植看護の質向上に貢献する。

## VI. 看護における倫理的実践（例）

### 1. 生体ドナーの人権を擁護する。

前述のとおり、日本には生体からの臓器提供に関する法的規制はない。WHOの2010年改訂移植指針では、未成年者と法的意思能力のない成人からの提供は原則的に禁止すべきとしている。一方、日本移植学会の倫理指針は、親族以外の者や、未成年者（16歳以上）からも、実施施設の倫理委員会の承認があれば臓器提供をできるとしている。看護師は、これらの規定について十分理解しておくと共に、自らが所属する施設がドナーを決める際にどのような組織的基準を用いているのかを熟知し、ドナー候補者の選択及び決定方法が適切になされたかどうかを自らも確認することが重要である。

### 2. ドナー候補者が正確で十分な情報を得られ、かつ理解できるよう支援する。

看護師は、ドナー候補者がドナーとなることを決定する過程において、医療者からエビデンスに基づいた適切かつ十分な情報を得られるように支援し、理解したかどうかを確認する。提供を決意する上で必要な情報は、ドナーの臓器提供に伴う身体的、精神的、社会的、経済的制約や負担（手術の成功率及び死亡例、短期及び長期的な合併症の内容と発生率、提供者として適格かを判断する評価検査とそれに要する時間やリスク、提供手術の入院期間や退院後の療養期間等）であり、レシピエントに関しても、移植手術による利益だけでなく、手術に伴うすべてのリスク及び関連情報（生存率や生着率、合併症や移植後の入院期間、移植後の免疫抑制療法及び副作用、日常生活上の注意点、移植に関連した費用等）が含まれる。パンフレットを作成・活用し、ドナー候補者だけでなく、他の家族も十分な情報が得られるようにする。例えば、生体移植におけるレシピエントとドナーが兄弟姉妹の関係で、それぞれ別世帯を営む場合は、ドナー候補者の家族の思いが、ドナー候補者の臓器提供の意思決定に影響することが指摘されており<sup>12)</sup>、ドナー候補者の家族への情報提供が特に重要であるといえる。

インフォームドコンセントの場には必ず看護師が同席し、患者や家族に対して医療者への質問を奨励すると共に、その内容を記録する。ドナー候補者には、考えるための十分な時間をとり、また、生体ドナーの経験者から体験を聞く機会を提供するなど、ドナーが悩みながらも、熟慮できるよう支援する。

### 3. ドナー候補者が誰からも強制されない自由な自己決定ができるよう支援する。

生体移植は、誰かがドナーとならない限り、レシピエントの移植治療の選択肢を断つことになるため、ドナー候補者はドナーとなることを拒否しにくい状況に置かれる。看護師は、ドナーに対し、熟慮した上で、自分の気持ちに正直に行動することが、大局的にみた場合レシピエントや家族にとっても良い結果になることを、わかりやすく説明することが必要である。そして、ドナーが臓器を「提供する」、または「提供しない」のいずれに決め

た場合でも、誰からの強制も受けずに最終的に自分で決めたのだと実感できるような関わりをもつことが重要である。

日本では、ドナー候補者の選出は、家族・親族間に一任されていることが多いため、ドナーが苦しみ悩みながらも真に自分の意思で決めることができるような環境を組織として構築することが必要になる。米国では、ドナー候補者がドナーになるかどうかを決断する上でいかなる強制も受けないようにするために、公的制度として「独立したドナー擁護チーム」(Independent Donor Advocate Team, IDAT) が設けられている<sup>13)</sup>。このチームの主な責任はドナーの権利擁護であり、日本でも参考となる機能の例を以下に示した。

- ①ドナー候補者が最初に接触する医療者は、生体ドナーを専門にケアする移植チーム(IDAT)の臨床的移植コーディネーターである。臨床的移植コーディネーターからまず移植医療やドナーに関する説明を受ける。ドナー候補者となることに同意するかどうかを決める(同意書にサインする)前に、熟考し、再確認するために一定の期間(例: 2週間)を設け、最終的な意思を臨床的移植コーディネーターに知らせる。
- ②移植チームは、ドナー候補者の(身体的・心理社会的)評価についていかなる情報もレシピエントや他の家族には知らせないこととし、ドナーの自由な自己決定を可能な限り保証する。
- ③ドナー候補者が本当に自発的な意思決定によって臓器提供を申し出ているかどうかを確認するために、移植チームメンバーは心理社会的側面についてそれぞれの専門的視点から検討し、全員の合意が得られない限り移植は行わないこととする。

#### 4. 生体ドナーの不安や葛藤を理解し、適切に対応する。

##### (1) 不安や葛藤を表出するよう促す。

ドナーの苦悩や迷いを傾聴することはもちろん重要であるが、それに止まらず、ドナーが不安や葛藤を吐露できるように積極的に介入することが重要である。

提供者としての評価検査をクリアしたドナー候補者は、レシピエントを助けたい気持ちは十分あるものの、臓器摘出という大きな身体的侵襲、合併症の可能性など、人生の危機的状況にある。外来や病棟でドナー候補者に関わる看護師は、「自分には本当の気持ちを言っていないこと、守秘義務を守ること、ドナーになろうとなるまいと、どちらを選択してもサポートすること」等を伝え、ドナー候補者が苦しみ悩みながらも熟考し、その思いを表出できるように介入する。

##### (2) 生体ドナーの感情を受け止め、考えを尊重する。

ドナーとなるかどうかを決定する過程のみでなく、一旦決心した後も不安や葛藤は消えることはなく、臓器の一部を摘出されることの怖さや恐怖心は手術日が近づくにつれて強まる可能性がある。看護師はそのようなドナーの心情を察知はするが、その気持ちに深く関わると、ドナーの臓器提供の意思を翻すのではないかと恐れ、話題を避ける傾向にあることが示唆されている<sup>14)</sup>。これは、ドナーは最もケアが必要なとき、ケアを受けられないという事態が生じている可能性を意味している。もちろんドナーが決心を覆す可能性も否定できないが、手術を待つ間、ドナーに思う存分感情を表出するよう促し、共感的な態度で受け止めることは重要なケアである。そして、ドナーが迷っているときは、撤回したいならそれは常に可能であることを伝え、ドナーが「自分はどうしたいのか」を見極めることができるよう支援する。もし臓器提供の意思が明確に撤回された場合は、臨床的移植コーディネーターに連絡するなど適切に対応する。

#### 5. レシピエントの葛藤や苦悩を理解し、人間としての尊厳を守る。

##### (1) レシピエントの葛藤や苦悩を理解する。

治療の選択肢として移植治療を提示されたレシピエントは、移植をするかどうかの決断をしなければならず、移植を行うと決めた場合は、ドナーを家族や親族の中から得なければならない。このような状況下にあるレシピエントをどう捉え、どうケアにつなげていくかが重要となる。脳死者が出るのを望む、あるいは生体ドナーへの感謝が感じられないレシピエントへ、看護師は反発や怒りを抱いたことがあると報告されている<sup>1)</sup>。看護師は、他者の臓器を必要とする移植医療に内在するジレンマを認識し、レシピエントへどのよう

に関わるかなどケアの方法を構築することが必要である。

**(2) レシピエントとその家族が正確で十分な情報を得られるように支援する。**

レシピエントは、臓器を提供された幸運な人と見られるために、前述(1)のように、ドナーに感謝の気持ちを持ちながら、与えられた(贈られた)命を大事にし、自己管理をきちんと行うのは当然という暗黙のメッセージを周囲の人々から受けることになる。

一方、レシピエントは臓器提供を受けたことで多様な苦悩や困難を感じていることが明らかにされている<sup>11)</sup>。それらは、「臓器をもらった」という負債感、拒絶反応等による死への恐怖感、さらに毎月の高額な医療費の負担等に由来する。

このようなレシピエントの術後の状況から、看護者は、レシピエントとその家族に対して移植手術に至る早い段階から、移植という治療法に関する情報をオープンに提供しておくことが必要と捉えている。患者とその家族も、移植に関して早い時期からの情報を希望しているという<sup>12)</sup>。具体的には、移植の全体像、すなわち、予測される死亡や合併症等のリスク(国内全体や当該施設における手術の成功の確率、重大な合併症、等)、術後の痛み、手術を受けてもすべての身体的苦痛から解放されるわけではないこと(改善が期待できる症状、変わらないと予測される症状、等)、移植に伴って生じる生活上の変化(術後に制限される日常生活や仕事、人生の最後まで飲み続けなければならない薬剤など自己管理が求められること、治療や定期受診にかかる経済的負担)、等々である。

臓器提供者であるドナーが受ける多大な身体的侵襲及び極度の不安や恐怖心等の心理社会的ストレスについても、レシピエントが深く理解し、認識できるように、エビデンスに基づいて説明することが必要である。これらの情報をもとに、患者や家族は移植を受けるかどうかを決断するが、それは単なる治療法の選択というよりも、「どのような人生を選択するか」の決定である<sup>14)</sup>。患者にとって悪いニュースは提供されにくいといわれているが、悪いニュースこそ患者の意思決定に及ぼす影響が大きいので、リスクや負担となることに関する情報、及びドナーに関する正しい知識は特に重要である。

**6. 看護師は、看護及び他分野の専門家らと協力的で相互を尊重する関係を構築し、連携して看護を提供する。**

生体ドナー、レシピエント及びその家族に対して、質の高い看護を提供するには、倫理実践を組織として行うことができるシステムを備えておくことが必要である。

例えば、倫理的ジレンマを生じた際は、移植医療に関わるチーム内で十分に話し合えること、ドナーやレシピエントの意思決定に疑問を生じた場合には、精神科医など第三者に意思確認を再度依頼することなどである。重要なことは、これらのシステムが形骸化することなく、生体ドナー、レシピエント及びその家族の安全および尊厳や権利を守るために実質的に機能することである。倫理実践に関する具体的なケアの方法についてもチームとして共有することが重要である。

移植医療においては、移植を行うことが前提として準備が進行することが多い可能性がある。しかしながら、たとえ準備がかなり進んだ状況においても、ドナーやレシピエントの気持ちや意向にそった対応を行うことが最優先であり、看護者は両者の権利の擁護者として、移植手術中止の支援を含めて自律的にその役割を実践することが求められる。

社会は、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」(厚生労働省、改訂平成30年3月)<sup>15) 16)</sup>に見るように、医療を受ける人々の意思決定を尊重し、その人にとって最善の医療を提供するためには、医療・ケア提供チームの構成員がそれぞれの専門性に基づいて対等の立場で医療を提供していくことを求めている。移植医療における医療・ケア提供チームは、移植チーム(移植医、内科医、クリニカル移植コーディネーター、精神科医など)、病棟及び外来の師長と看護スタッフ、薬剤師、栄養士など、多様な専門家から構成され、それぞれの役割を遂行している。生体ドナー及びレシピエントの安全、尊厳、権利を守るために、医療・ケア提供チームがチームとしてうまく機能していない場合は、まず各部署の看護者間で連携し、倫理的課題や問題を提示し、チームとして検討できるようにすることが重要である。

## 文献

- 1) 志自岐康子:生体臓器移植医療に携わる看護師が抱く葛藤と課題, 移植 42(1),35-39, 2007.
- 2) 習田明裕: 生体肝移植に関わるクリニカル移植コーディネーターに倫理的概念. 日本保健科学学会誌, 13(4): 177-192, 2011.
- 3) 林優子 (研究代表者): 平成 22 年度~24 年度科学研究費補助金挑戦的萌芽研究研究報告書、臓器移植を受ける患者及び家族に対する倫理的関わりモデルの開発、2013.
- 4) 清水準一. 生体肝移植におけるトピックとドナー調査にみる今後の課題. 家族社会学研究 2003; 14: 157-161.
- 5) 永田明、長谷川雅美: 日本一医療機関で生体肝移植ドナーを体験した人々の「口を開かず行動」の背景にある文化, 日本看護研究学会雑誌 35(5), 13-24, 2012.
- 6) Surman OS. The Ethics of Partial-Liver Donation. N Engl J. Med 2002; 346:1038.
- 7) Akazawa C, Nishizono T, Yamamoto M, Teraguchi S, Hayashi Y; Investigation of a actual daily lifestyle leading to continuous self-management after living-donor liver transplantation: More than 5 years living with living donor liver transplantation and emotions of recipients, The Japan Journal of Nursing Science, Vol.10(1)、P79~88、2013.
- 8) 臓器提供者の意思確認する指針作成, 朝日新聞, 2013 年 5 月 24 日 日刊.
- 9) The 63th World Health Assembly, agenda item 11.21, human organ and tissue transplantation. 21 May 2010.  
[http://www.who.int/transplantation/Guiding\\_PrinciplesTransplantation\\_WHA63.22en.pdf](http://www.who.int/transplantation/Guiding_PrinciplesTransplantation_WHA63.22en.pdf)  
(2013 年 10 月 24 日)
- 10) 樺島次郎: WHO 移植指針 2010 年改訂と日本の課題, 移植, 46(1), 44-48, 2011.
- 11) 習田明裕, 志自岐康子, 添田英津子, 田邊稔, 野末聖香: 生体肝移植を受けたレシピエントの苦悩・葛藤に関する研究. 日本保健科学学会誌, 10(4)241-248, 2008.
- 12) 萩原邦子, 瀬戸奈津子, 清水安子, 石垣靖子: レシピエントとは別世帯を営むきょうだいの、肝臓提供への意思決定プロセスとそれに影響する要因. 日本看護科学会誌, 33(3), 66-73, 2013.
- 13) 志自岐康子 (研究代表者): 平成 16 年度~平成 18 年度 科学研究費補助金基盤研究(B)(2) 研究成果報告書、臓器移植医療における看護職移植コーディネーターの役割・機能に関する研究—生体部分肝移植に焦点をあてて—. 2007.
- 14) 金嶋祐加: 生体肝移植を受けるレシピエントとそのドナーに関わる看護師の思い, 2010 年度首都大学東京大学院修士論文, 2011. 3.
- 15) 厚労省: 「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」, 厚労省ホームページ,  
<https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10802000-Iseikyoku-Shidouka/0000197701.pdf> (2021 年 5 月 16 日閲覧)
- 16) 厚労省: 「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」解説編, 厚労省ホームページ,  
<https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10802000-Iseikyoku-Shidouka/0000197702.pdf> (2021 年 5 月 16 日閲覧)

2014 年 4 月 24 日 第 1 版発行

註) 文中に引用した文献「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」(厚生労働省、2007)を改訂版「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」(厚生労働省 改訂平成 30 年 3 月)へ修正した。(2021 年 5 月)

日本移植・再生医療看護学会  
看護倫理検討委員会  
委員長 志自岐康子  
委員 今西 誠子  
習田明裕  
谷水名美  
萩原邦子  
林 優子