

テーマ 脳 の 死 ・ 人 の 死

司 会 細見 博志

平成9年7月1日(火) 15時～17時

場 所 金沢大学医学部保健学科会議室

脳 の 死 と 人 の 死 — 問題の所在

医療基礎学講座 細見 博志

「脳死・臓器移植法」が平成9年6月17日に成立し、同年10月中旬から施行される見通しとなった。法律は成立したとはいえ、現場での対応や法律の整備など、これからの課題は山積している。だがその前に、そもそも脳死は人の死か、という基本的な問題で、最近の世論調査でも(例えば5月27日の朝日新聞)、依然として賛否相半ばしており、多くの人々がこの問題について、態度を決めかねているを示している。この基本的な問題は、脳死をどうとらえるかによって決まる。「脳死」=「脳が駄目になって引き起こされた死」(=「全脳の不可逆的な機能喪失による死」)ととるならば、脳死=(個体)死であることは、有機化学が化学(の一部)であり、植物が生物であり、日本人が人間であるのと同じく理の当然である。しかし「脳死」=「脳が駄目になること」(=「全脳の不可逆的な機能喪失」)ととるならば、それは、腎臓が駄目になることが腎不全とよばれるように、脳不全とよばれてもよい事態である。つまり問題は、腎不全が必ずしもその人の死を意味しないのに(透析で生きている人もいる)、脳不全は即その人の死を意味するのか、ということであり、意味するためには、腎臓と異なる脳の特殊な重要性が指摘されなければならない。その重要性として、脳が人格のあり場所である、という議論と、脳が諸器官の統合機能を持つ、という議論がなされる。前者の議論を厳密にとれば、全脳死ではなく(もとより脳幹死でもなく)大脳死を主張せねばならなくなり、後者の議論では、脳が機能を喪失しても循環・呼吸機能はある程度維持されることから、統合機能は脳の独占ではない、と反論される。脳死は人の死であるか、という問題は、当初思われたような自明な技術的な問題ではなく、すぐれて人々の価値観にかかわる、哲学的問題であるように思われる。

医学から見た脳死

医学部付属病院救急部・集中治療部 石瀬 淳

人の死には社会的、法的な死と医学的な死がある。その後者について述べる。

通常、見える死=心臓死というのは脳死の引金になるにすぎず、急性の心肺停止となった患者に心肺蘇生法を行うのは、心肺機能のほか脳も蘇生する可能性があるからである。しかし、脳死患者に心肺蘇生は行わない。

脳死判定は、厚生省の「脳死の判定指針および判定基準」(研究班長の名前を取って竹内基準として知られる)に従って行われる。金沢大学では脳死判定委員会が脳死の判定を行う。

集中治療医学の発展によって長時間にわたって脳死体を維持することが可能になったが、日本の脳死判定のための手順は世界一厳密で、随時判定ができるような体制が必要なため、集中治療室など以外では判定が難しいのが現状である。

私達は脳死と判定された13症例について心停止のあと、全中枢神経系の病理解剖を行ない、意見書を脳死臨調専門委員会に提出した。その結果、脳死は正確に診断でき、脳死後に認められる様々な現象(自動運動、特徴的な脊髄反射、呼吸様運動、各種負荷試験に対する血中ホルモン濃度の変動、瞳孔径の変化など)も説明することができた(ビデオ供覧)。つまり脳死後4日以上たつと、大脳、小脳、脳幹は、死後変化である自己融解(autolysis)が明確になるが、脳下垂体は、形態が比較的良好に保たれている。一方、脊髄の自己融解の多くはC2-3までで、それ以下の脊髄では少なくとも反射弓を構成する要素はほぼ正常に保たれている。

医学は脳死が人の死であることを規定しないが、脳死を正確に判定することは可能で、脳死に陥った場合脊髄C3以上の中枢神経系は器質的に不可逆的变化を起こすといえる。

## 臓器移植法と自己決定権

### －法学から見た脳死・臓器移植－

金沢大学法学部 青野 透

6月17日、臓器移植法が成立した。公布は7月16日、施行は10月16日の予定である。この法律はまず、移植のために臓器を摘出できる「死体」に「脳死した者の身体」が含まれるとする（6条1項）。その上で、臓器摘出のための脳死判定は「臓器を移植術に使用されるために提供する意思」と「（脳死）判定に従う意思」をもとに「生存中に」「書面により表示している場合」であって、「家族が当該判定を拒まないとき又は家族がないときに限り、行うことができる」と定めた（6条3項）。脳死臨調の答申（92年1月）を受けて94年4月に国会に提出された法案（96年9月に廃案）には、本人の生前の意思が不明な場合に家族の付度で臓器提供ができる、という規定があった。それに比較すれば、今回の法律は、臓器移植を実施する上で大変厳しい制約を課すものとなっている。

しかし、6条の規定は「死亡した者が生存中に有していた自己の臓器の移植術に使用されるための提供に関する意思は、尊重されなければならない」（2条1項）と基本理念に謳っている以上、当然のことである。臓器摘出の適用拡大が移植医療において期待されていることは事実であるが、法律は臓器

摘出に不可欠の条件として提供者の自己決定を求めた。これは、「医師は、移植術を受ける者又はその家族に対し必要な説明を行い、その理解を得るよう努めなければならない」と規定した（4条）ことと併せて、インフォームド・コンセントの徹底、患者の自己決定権の保障という観点から望ましいものと評価できる。

他方、法は家族のいわば拒否権を認めている。これは廃案となった法案と同様、日本の医療の現場における家族の位置づけ（ガン告知の場面が典型例）を反映したものである。脳死が人の死であるという理解が共通のものとなっていない以上、家族の（人の死についての）自己決定の自由に配慮したものともいえる。けれども、文書によって明確に示された本人意思を「尊重されるべきである」としておきながら、家族がそれを尊重しないことを法律が認めるのには矛盾があると言わざるをえない。また、救急医療に携わる医療関係者から、本人・家族それぞれの意思確認をめぐる混乱が生じる可能性も指摘されている。

法律の成立時、八つの条項からなる附帯決議が付された。脳死判定基準や家族の範囲など重要な事項の詳細は、法施行までに制定される厚生省令に委ねられることになっている。