

脳死に関する見解

—医療技術と人間の生命特別委員会報告—

昭和62年10月23日

日 本 学 術 会 議  
医療技術と人間の生命特別委員会

この報告は、第13期日本学術会議医療技術と人間の生命特別委員会の審議結果を取りまとめ発表するものである。

### 〔委員会メンバー〕

笠井 恵雄	(第1部)	(東海大学体育学部教授)
平川 彰	(第1部)	(東京大学名誉教授)
小林 孝輔	(第2部)	(青山学院大学法学部教授)
田中 實	(第2部)	(駿河台大学法学部教授)
中 義勝	(第2部)	(関西大学法学部教授) (幹事)
竹内 啓	(第3部)	(東京大学経済学部教授)
新野 幸次郎	(第3部)	(神戸大学学長)
寺山 宏	(第4部)	(北里大学衛生学部教授) (幹事)
鶴田 禎二	(第5部)	(東京理科大学工学部教授)
林 雅子	(第6部)	(文化女子大学家政学部教授)
小坂 二度見	(第7部)	(岡山大学医学部教授)
本間 三郎	(第7部)	(千葉大学医学部教授) (委員長)
曲直部 壽夫	(第7部)	(国立循環器病センター総長)
水越 治	(第7部)	(京都府立医科大学教授)

## 1 まえおき

第13期日本学術会議に設置された「医療技術と人間の生命特別委員会」（以下「本特委」という。）は、昭和60年10月発足以来、既に2年に及ぶ歳月を費やしてほとんど集中的に脳死をめぐる諸問題の審議に当たってきた。

本特委は、日本学術会議内の第1部より第7部にまたがる各部より選出された委員により構成され、極めて幅広い専門的観点から審議を重ね、日本学術会議会員に対するアンケート調査や日本学術会議総会及び部会等の審議を通じて広く会員の意見を聴き、また、各方面の専門家を招いてその意見を聴取する機会を度々つくった。本特委は、このような経過を経て問題点を整理し、以下のように報告する。

## 2 問題の所在と議論の必要性

最近の医療技術の発展に伴って生じてきた人間の生命とその尊厳にかかわる諸問題のうち、特に脳死の問題は末期医療、臓器移植等をめぐって大きな社会的問題となっている。すなわち、医療の現場では、不幸にして脳死の状態に陥った多くの患者をめぐる、日夜その家族や医師が苦悩に満ちた対応を迫られつつある。脳死の問題は、必ずしも心臓や肝臓などの臓器移植との関連においてだけではなく、むしろ現実的には多くの場合、末期医療の現場において深刻化しているのである。このような現状にかんがみ、脳死にかかわる諸問題を様々な角度から十分に議論し、問題の所在を考察して、その解決への展望を段階的に進めてゆくことが必要と考えられる。

## 3 医学的にみた脳死

医学的に死の判断は、従来いわゆる三徴候によってなされているが、これは心臓、肺臓及び脳の機能停止を意味している。

心臓、肺臓及び脳の三臓器は互いに密接に関係し合っており、その何れかの

一つの機能が停止しても必然的に他の二つに機能停止を引き起こす。

三臓器の機能停止の順序はともあれ、脳、特に脳幹の機能停止は確実に個体の死と直結する。全脳の機能が不可逆的に喪失した状態と定義される脳死は、医学的にみて個体の死を意味する。

近年、人工呼吸器などの進歩により、脳死の状態でもかなりの期間心臓の働きを存続させることができるようになり、その症例も増加している（注）。そのため、上述のように医療現場において、いろいろな問題や混乱が起こり、医学的に脳死を個体の死として取り扱う必要性が生じ、かつ、それを厳密に判定する基準・方法も確立されつつあるとする考え方が多くなってきている。

以上の見解は第7部会員の一致した意見であり、医学界の大勢と判断される。しかしながら、医学界の中にも少数ながら、脳死を個体の死とする考え方及びその取扱い方について疑義を持つ者もある。

（注）現在我が国の年間死亡者約70万人のうち、その1%約7000人について、この脳死の状態が先行する。

#### 4 脳死の法的側面

脳死を人の死と認めるか否かについては、法的にはこれを肯定する見解と否定する見解とが対立している。

前者は、全脳機能が不可逆的に停止すれば医学的には個体の死であるとする見解を尊重すべきだという意見である。後者は、脳死とはもっぱら医学的概念であって、人の死は法的側面をも含めた社会的概念とみなすべきであり、したがって、法的には伝統的な死の概念に対し、新たに脳死概念を加えることは時期尚早であるとする意見である。しかし、後者の場合にも人工呼吸器を装着中の人が脳死になった際、絶対に人工呼吸器を外してはならないという趣旨ではなく、事情によっては違法性阻却ないし責任阻却事由があり得ることまでを否定するものではない。

脳死を人の死とするについての国民的合意に関しては、国民的合意とは何か、それはどのようにして成立するのかなどについて疑問が提出されている。このほか、脳死を人の死とした場合の死亡時刻の決定をめぐる、法律上重要な問題があることが指摘されている。

## 5 脳死をめぐる一般の問題

人の死は単なる医学的現象ではなく、その人の人格、社会的存在にもかかわるものであるから、死の概念の考察に当たっては、単に医学的あるいは法制的側面だけでなく、心理的、倫理的、社会的側面も考慮に入れなければならない。したがってその取扱いについては、本人の生前の意思、家族の感情、一般的倫理観、習俗、社会的慣習等を尊重しなければならない。

それ故、脳死をもって人の死とすることの是非についての社会的合意を形成するに当たっては、これらの側面に対する慎重な配慮が必要であるとの意見が有力であった。しかし、多くの分野の科学者の間でも上記の点に関し、伝統的な死の観念にとらわれず、新しい状況に対処して新しい概念の確立に努めるべきであるという意見もある。

## 6 むすび

本特委としては、近年の我が国の医療現場における混迷にかんがみ、これを機に脳死をめぐる諸問題が関係方面において検討され、可及的速やかな解決への展望が開かれることを希望するものである。さらには、医療技術の日進月歩の進展を思うとき、脳死にかかわる各種の問題について、今後とも実情に応じた適切な対応の努力が続けられることを期待するものである。

## 〔参考〕

### 脳死の判定基準等について

この参考資料は、日本学術会議医療技術と人間の生命特別委員会の審議の経過において出された、医学専門分野の委員の見解を中心にまとめたものである。

#### 1 判定基準について

死の判定が従来と変わらないのであれば問題はないが、新たに、医学的見地から脳死をもって個体死とするならば脳死をいかに判定するかについて十分整理がなされなければならない。

脳死の判定に関して、一般の人が不信感を持ちやすいのは、判定基準が専門外の人には理解が非常に困難なことで、医師が判定を忠実に実行したか否かについて懸念があること等に起因することが多いように思われる。特に脳出血による重体な患者の場合など、病状が外部から分かりにくく、医師は絶望であると診断しても、近親者にはなお施すべき手段があるように思われて、状況の認識に食い違いを生じやすい。このため、脳死の判定基準は純粹に医学的問題であるが、同時に患者自身や近親者にとっては重大な問題であるので、医学の専門外の者でも、判定基準に関しては出来得る限り正確な知識を持つ必要があると考える。

厚生省研究班が昭和60年12月にまとめた「脳死判定指針および判定基準」（以下「判定基準」という。）では、まず最初に、脳死の判定を適用し得る対象を明確にしている。すなわちそれは、患者の脳障害の原因が確実に分かっており、病名に疑問がなく、しかもその症状に対するあらゆる適切な治療を行っても病状は全く回復せず、昏睡と無呼吸に陥った場合である。したがって、原因不明の脳障害には、脳死の判定は行わない。さらに、脳機能が長時間にわ

たつて喪失している場合でも、なお回復の余地の有り得る6歳未満の小児や、薬物中毒、その他の「除外例」を挙げ、このような場合には脳死の判定を適用しないことを明らかにしている。

また、「判定基準」を次のように示している。

- (1) 深昏睡
- (2) 自発呼吸の消失
- (3) 瞳孔散大
- (4) 脳幹反射の消失
  - (a) 対光反射の消失
  - (b) 角膜反射の消失
  - (c) 毛様脊髄反射の消失
  - (d) 眼球頭反射の消失
  - (e) 前庭反射の消失
  - (f) 咽頭反射の消失
  - (g) 咳反射の消失
- (5) 平坦脳波

以上の「判定基準」に従って、定められた方法によって判定上の必要項目の検査が行われ、その検査結果がすべて必要条件と一致しなければならないとされている。さらに、検査結果がすべて必要条件と一致した後に更に6時間の経過を見て変化がない場合に、脳死と判定される。ただし、二次性脳障害や、6歳以上の小児の場合には、時間を延長して6時間以上の観察期間を置くことが必要とされている。

以上の厚生省研究班のまとめた「判定基準」は日本学術会議内の医学専門分野の会員からみた場合極めて適切であるが、なお、これに対し若干の異論が提起されているので、さらに慎重な検討を続けることが望ましい。例えば、もともと顔面神経完全麻痺のある患者では、たとえ角膜反射が消失していても、脳

死症状に由来するものと診断し難い場合があるので、脳死判定対象より除外する。さらに、体内に成育可能な胎児が生存する場合にも脳死判定対象から除外する。また、脳幹反射のみられない患者には、可能であれば、聴性脳幹誘発電位の記録を行うべきである。さらにまた、脳循環測定や脳代謝検査は、可能であれば行う。ただし、これらの検査は、患者の症状を悪化させる可能性があるもので慎重に行う必要がある、などを挙げるができる。

## 2 脳死の取り扱いに対する手順について

脳死を判定する基準があっても、より具体的な取扱いの手順について、十分な配慮がなされるべきである。

### (1) 脳死判定の医師

脳死の判定は、脳神経外科医又は神経内科医、麻酔科医又は集中治療専従医、及び十分な経験を持つ担当医の、計3人の合意によって行う。この中に移植医は加わってはならない。

### (2) 脳死判定の医療機関

脳死を判定する医療機関は、判定に必要な医療設備を備え、判定医が常勤する必要がある。しかし、特別の機関を指定する必要は認めない。

### (3) 倫理委員会の役割

脳死を判定する医療機関には、いわゆる「倫理委員会」の設置が必要である。科学技術の進歩によって、脳死問題のほか、新しい薬物の人体応用や遺伝子に関する研究、人工授精、体外受精、男女生み分け技術の問題等医学の領域において、研究の推進や医療の実行に当たって医師個人の判断を超える問題が起こっている。かかる場合に、医師の倫理性を問われる問題について、倫理委員会が、医師個人の裁量を規制し、あるいは助言する役割を果たすものとする。各医療機関の倫理委員会は、それぞれの病院における事情を考慮して、脳死の取り扱いについてのガイドラインを策定する等の基本的な事項



に責任を持つが、脳死の判定は、判定を行う3人の医師の責任において行うべきである。

#### (4) 死亡時刻

「判定基準」では、「すべての脳死判定基準の条件が満たされた後、6時間の経過をみて変化がないことを確認する。二次性脳障害、6歳以上の小児では、6時間以上の観察期間をおく。」としている。大筋においていえばそれぞれの観察期間を満たした時に脳死と判定し、その時刻をもって死亡時刻とするのが妥当であるとの見解をもっている。その最終的判断は、前述の脳死の取り扱いに対する手順に示された医師の判断による。ただし、死亡の告知の時期は、患者家族の気持ちを考えて十分配慮し、また、死亡届などの法的手続きについては、更に検討する必要があるだろう。