

医療技術と社会に関する特別委員会報告

—脳死をめぐる問題に関するまとめ—

平成3年5月30日

日本学術会議

医療技術と社会に関する特別委員会

この報告は、第14期日本学術会議医療技術と社会に関する特別委員会の
審議結果を取りまとめて発表するものである。

委員長 水越 治（第7部会員，明治鍼灸大学長）

幹事 大田 堯（第1部会員，東京大学名誉教授）

中 義勝（第2部会員，関西大学法学部教授）

中野貞一郎（第2部会員，奈良産業大学法学部教授）

委員 平川 彰（第1部会員，東京大学名誉教授）

木村 栄一（第3部会員，中央大学商学部教授）

高橋 泰常（第4部会員，榊医学生物学研究所長）

青木 和男（第5部会員，国立佐世保工業高等専門学校長）

林 雅子（第6部会員，文化女子大学家政学部教授）

浅野 獻一（第7部会員，JR東京総合病院長）

小坂二度見（第7部会員，高松病院長）

三村 悟郎（第7部会員，琉球大学医学部教授）

医療技術は不断に進歩するが、その進歩が著しければ著しい程、医療技術と人々のものの考え方や社会的な習慣との間に調和を欠く状況が生じている。脳死の取扱をめぐる問題はその一つである。今期の本特別委員会では「脳死は人の死か」についての直接的な審議は保留し、「もし脳死をもって人の死とすると、あるいは臓器移植を視点に入れると、何が問題になり、それを如何に考えるか」などについて論議した。本報告はその結果を整理したものである。

1 脳死患者の医療上の取扱

一般の論議において、脳死と臓器移植とがしばしば混然として扱われ、脳死の肯否をもって直ちに臓器移植の肯否と結びつけるような見解をみることも少なくない。しかし本来、両者は別個の問題であり、論点整理として別に考えていく必要がある。したがって、「全ての脳の機能が不可逆的に喪失した」脳死患者の医療上の取扱には二つの問題が含まれている。

第1は、脳死患者に対する医療の継続をめぐる問題で、具体的にはレスピレータの使用を停止することの是非などが中心となる。

第2は、脳死患者からの臓器移植をめぐる問題で、人の死に関する社会的合意の形成、医学的な脳死の判定方法、死亡時刻の設定などが当面の課題となる。さらに、これらに関係して患者と家族の意思とを如何に尊重するかが考えられなければならない。

第1の脳死患者に対する医療の継続については、現在、医療行為として無意味であるという医学的な判断、患者の家族の要望、尊厳死を容認する患者及び家族の意思などが重なり、医師はレスピレータの使用停止を含めて積極的な治療を停止することが多くなっている。レスピレータの着脱は医療行為

の一環であって、医療上の判断に従い脳死の判定が確実になされ、かつ医師の裁量を逸脱しない限り、その使用を停止しても、それ自体としては民事・刑事上の責任などの法的問題を生ずることはあり得ないと考えられる。しかしレスピレータの使用停止が結果として直ちに死とつながるため、家族の意思が無視できない事情を伴う。この場合の死亡時刻は心停止、呼吸停止と瞳孔散大固定の三徴候をもって設定されるため、現在さしあたって特別の問題を伴っていないが、家族の意思次第で死亡時刻が変動する結果となるのは問題である。

一方、第2の脳死患者からの臓器移植については、死亡時刻は三徴候によって設定することは出来ず、別個の取扱を考えなければならない。

2 意思の個別的確認に関して

死をめぐる取扱や臓器移植は、一般的・普遍的な処理を貫くべきでなく、患者本人の意思を尊重することが基本である。しかし、個々の例において脳死を是認し、また臓器提供の意思表示があるとしても、その具体的な確認の方法について検討すべきことが残されている。現在の一般的な医療は医師のみの判断で行われるのではなく、患者ならびに家族の選択権などが重視されている。しかし家族の意思の確認について、脳死の場合は既存の他の事項と意味が異なるため「家族とは誰を指すのか」などの具体的なことを明確にしておく必要がある。例えば、日本の現状では、病理解剖や献体法に基づく取扱をみると、患者本人の生前の意思よりも、家族の意思により決定もしくは変更されることが多い。したがって、患者本人の意思と家族の意思との関係を考慮して処理する必要がある。

患者本人の意思を確認する方法には、法律に基づく遺言に準ずる事項とし

て扱う方法と、法律への対応までは考えずに何等かの形で本人の意思を確認する方法がある。しかし後者の場合には、家族の意思を重視する日本の現状を踏まえた処理、冷静な判断による意思の再確認について十分な手立てを経る必要がある。いずれにしても家族の意思の確認は文書による必要がある。脳死の症状でレスピレータ使用を停止するために家族の同意を必要とすると考える場合という「家族」、臓器提供に関する家族の意思という場合の「家族」とは、法的には必ずしも相続人となるべき者を意味するものでない。このような場合、一般にいう「家族」の意思を代表するものは死体の帰属に関する民法の解釈論に準じ、「慣習に従って喪主となるべき者」とするのが妥当とする見解もある。

3 死亡時刻の考え方に関して

脳死をもって人の死とするとき、死亡時刻の取扱は、医学的あるいは法学的などの考え方が錯綜する事項である。死亡時刻の設定をめぐるこの問題には、まず厚生省研究班による「脳死判定基準」における6時間の取扱に関するものがある。脳死を人の死として取り扱うことを前提とすれば、脳死と判断するに足る一定の医学的症状、すなわち深昏睡、瞳孔散大固定、脳幹反射の消失、平坦脳波及び自発呼吸の消失が認められた後、6時間以上を経過した時の脳死の判定時刻を死亡時刻とするか、一定の医学的症状が認められた時刻を死亡時刻とするかにより、相続などの件で法的に影響が出ることが指摘される。元来、厚生省研究班の「脳死判定基準」は脳死を確実に判断する方法として検討されたもので、脳死という症状を判定する時刻は示されていることになるが、この時刻と人の死の時刻とは別個の趣旨のものである。臓器移植には脳死が人の死であることを前提としなければならないとするとき、

その是非をめぐり、さらには死亡時刻の設定に関し、論議が展開される。もし脳死が人の死であることを前提としなくてもよいのであれば、すなわち、脳死患者から臓器を得ることについて、違法性または責任が阻却されるという考えが是認されるのであれば、このような論議は重要性を失う。この場合には脳死という症状の医学的な判定時刻は必要であるが、人の死亡時刻は、例えば三徴候に準ずるなどの方法で、整理すればよいということになる。

また臓器提供の意思のある脳死患者の死亡時刻について、医学的な処理と相続などの法的な処理のために別個の時刻を設定する考え方、すなわち医学的には脳死の判定時刻をとり、相続などに関する法的な処理は従来概念による方法の可能性も存在し得る。

また死亡時刻の考え方は、死の定義を脳死と三徴候死の二つに分けて扱う場合と、両者を含め第3の定義により一つにまとめる場合とで異なる。

4 医療提供側の問題点

一般に医療上の種々の判断は医師の裁量に委ねられているが、急速に進歩する医療技術の中には個々の医師の裁量に委ねることの出来る範囲を越えるものが現れ始めている。このために各医科大学などに倫理委員会が設置され、助言と規制などを行っている。各医療機関には、それぞれの事情が存在し、各機関の状況は、その倫理委員会が最もよく把握している筈である。判断に差がでることは当然であるが、基本的な脳死判定の医学的基準は揃える必要がある。

脳死状態での臓器移植が認められる場合には、レシピエント及びドナーについての登録システム、臓器の確保と輸送、これらを統括する臓器移植センターシステムなどの整備という問題がある。さらに医療ソーシャルワーカー

の領域と考えられるコーディネーターの育成とその身分、移植経費の取扱、移植を行う病院の検討、移植に関する啓もう運動など様々な準備を進めておくことが必要である。臓器提供の申し出があった時、関係者による配慮の行き届いた対応のあり方、家族に対する十分な事後処理などの具体的な事項がこのなかに含まれる。

現代には医療のあり方に対する一般的な不信感なるものが潜在している。この背景には、もともと患者は医師より弱い立場にあるため、その人権の重視が強調されていること、また、日常の診療において科学技術の進歩により診断技法が器械化され、患者と医師の人間関係が阻害され易いことなどが考えられる。科学技術の進歩と人間の関係という困難な課題が存在するので、医師は医療の基本的なあり方が問われていることを十分に意識し、患者個人の利益を最重点に考え、患者との信頼関係の確保に努力する必要がある。

5 医療費の取扱に関して

脳死と臓器移植には、それぞれ医療費の扱い方に問題が多い。脳死として医師が生命の不可逆性を判断した以後、もし家族の意思により医療を継続する場合には、その経費を現行の医療費の支払制度で取り扱うことには疑問がある。

また、脳死患者より臓器の提供をうけて移植する場合には、脳死と判断された時刻以後、ドナーにおける移植準備のための医療経費、あるいは輸送などの経費の取扱は別個に考えなければならない。

さらにレシピエントについてみると術前準備、手術ならびに長期に及ぶ術後医療経費などは相当な高額に達する。これらの処理の具体策も確立しておかねばならない。