

市民が考える脳死・臓器移植

香川知晶@山梨大学



3つの質問

- A) 脳死は人の死ですか。
- B) 脳死移植を行うと、どんな良い点がありますか、またどのような問題点がありますか。
- C) 現在の脳死移植の状況をどう理解していますか、また今後どのようなようになるべきだと思いますか。

1999年

- 1997年:「臓器の移植に関する法律」施行
- 1999年:臓器移植法による脳死での初の臓器提供→過熱報道

狂乱

- 関心の冷却化・日常化
- 提供臓器の不足←キャンペーン
- 移植の拡大→資源配分問題

「まず初めに結論ありき」?

→居心地の悪さと疑問: 〈A)脳死は人の死ですか〉

脳死と人の死

- 脳死を人の死とする考え方には、大きな無理があるのではないか
- その無理をもたらしした考え方を採用することは、長期的に見て、プラスにならないのではないか
 - 人の死
 - 脳死と臓器移植
 - 背景をなす考え方
 - その帰結

脳死と呼ばれる状態

では脳死とは、これらの働きの異なる脳の各部分がどのような状態になったことを指すのだろうか。ひと口で答えるとする、「脳死とは脳のすべての部分が死んだ状態」をいう。…脳死とはあくまで脳が死んでいる状態、すなわち、ただ全脳機能の廃絶状態のみを意味することがある。むしろこのほうが本来の解釈である。…混乱をさけるために「死脳」という言葉を提唱している人もある。(竹内一夫『脳死』)[3]

問題→脳死の状態をどう考えるのか

人の死：死の社会性(1)

「人の死」というのは、何よりも人の身体に生じる現象であるから、その理解に当たってはまず医学、生物学的知見に基づくべきものと考えるのが自然であろう。

しかし一方、「死」とはこうした身体上の生理学的現象にとどまらず、人々の価値観を前提としたいわば一つの文化的現象でもある。…したがって、「人の死」の定義は、単に医学的な見方のみから考えるのでは足りず、より広く哲学、宗教、倫理学、社会学、文化人類学等の様々な立場から総合的に考えられるべきである。

しかし、人々が死に対してどのような立場に立つにせよ、死に対する理解の基礎に医学あるいは生物学的な知見が置かれるべきことは立場を超えて認められるであろう。

(脳死臨調答申、'92年1月、(2)脳死と「人の死」)[4]

人の死：死の社会性(2)

脳死状態は先に述べたように「生きたからだに死んだ脳」ともいえる状態である。したがって、この段階で比較的新鮮な腎臓や心臓などの臓器をとり出し、これらを必要としている他の個体(患者)へ移植することができれば、心停止後の死体からの臓器を移植するより、成功率が高いに違いない。だが、それには脳死の判定の絶対性という医学・生物学上の正確さと、それを個体の死と等しく認めるか否かという人間社会の認識の問題がある。(竹内一夫『脳死』)[2]

人の死：死の社会性(3)

医師の一人として、私は臨床医学の一分野である移植医療がますます進歩し、それによって救われる患者が一人でも多いことを祈るものである。しかし移植手術にはどうしても臓器の提供が必要であり、そのためには脳死状態をもって個体の死とする考え方が受け入れられなければならない。ただ脳死状態をいかに考えるかは社会の問題であり、また最終的には個人の問題でもあろう。(竹内一夫『脳死』)[1]

個体の死

- 全細胞が死ねば個体は死んだと誰でも普通は認めざるをえない
- 全細胞が死ぬ時点よりも前に、個体は個体として機能しなくなる
- 個体が個体として機能しなくなる時点が個体の死である
- その時点の厳密な決定は不可能←死はプロセス
- 個体の死＝生物的に判定されるある状態を社会が死として受け入れる
- 個体の死の条件→誰でもがほとんどの例外なしに死として受け入れる状態、死に対してもっている素朴な感情に反しない

2005.1.10. 日(木)

「脳死が死」、現場の半数「わからない」

臓器提供に関連する全国の医療スタッフ約5千人を対象に、「脳死は妥当な死の判定法か」と質問したところ、半数近くが「わからない」と答えたことが、厚生労働省の研究班（班長・大島伸一国立長寿医療センター総長）の調査でわかった。欧州での同様の調査では8割が「妥当」と答えており、日本の医療現場では、脳死の受け入れや理解が低いことがわかる。

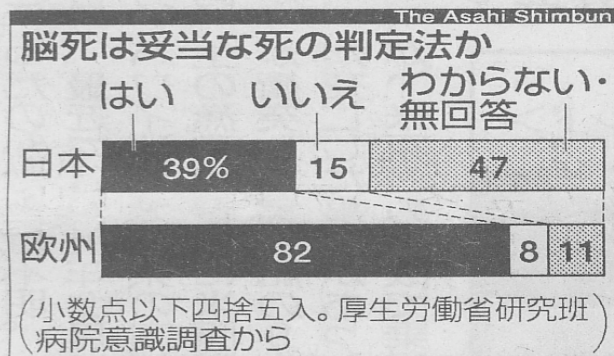
（権敬淑）

調査は、脳死や心臓死からの臓器提供が国内でなぜ伸びないかを探るのが狙い。01～04年にかけて、脳死から臓器提供ができる病院や腎臓移植に携わる病院のうち9都道府県の29施設の医師や看護師、事務職らに質問。欧州8カ国で実施された同様の調査と比べた。

「脳死は妥当な死の判定法か」に「はい」は日本で39%、欧州で82%。「わからない・無回答」がそれぞれ47%、11%。「いいえ」が15%、8%だった（小数点以下四捨五入、以下同）。

「わからない・無回答」を職種別にみると、

臓器提供進まぬ背景か 医師・看護師ら 5000人に調査



日本では医師が23%、看護師が50%を占めた。欧州では医師は5%にとどまっており、日本では死を判断する医師でも、脳死の受け止め方に開きが大きいことがわかる。

また、臓器提供の賛否について、「一般論では賛成」は68%だが、自分の家族が提供者になるこ

とに賛成は45%、自分が提供者となることに賛成は34%に低下。自分の子どもが提供者になることに賛成の回答者は4%にとどまった。欧州では、自分の子どもの提供に賛成が42%、それ以外はいずれも80%以上の賛成という結果だった。

調査では、脳死判定や臓器提供の申し出に関する訓練を受けたことがある医師は、全体の10%以下との結果も出た。大島班長は「医療者の脳死の理解が予想よりもはるかに低かったのはショックだ。臓器提供の話を進めるには医療関係者への教育が必要だ」と話す。

医学的、社会的に人の死をどこで線引きするかは臓器提供のみならず、終末期医療のあり方にも通じる。医療現場の意識は、今後の臓器移植法や尊厳死法案の議論の中で重要なポイントとなる。

脳死は人の死か

- 脳死という状態→個体の死の条件を満足させていない
- 素朴でナイーブ、非科学的云々の批判
- 「科学的」に定義したからといって、曖昧な事態が曖昧でなくなるわけではない: 曖昧なことを曖昧だと認めることは曖昧ではない
- 《脳死＝個体死》→無理がある
- 無理はどこから生じたか→臓器移植
 - 脳死と臓器移植、そして死の再定義: その起源
 - その結果はどうなっているのか

チバ財団シンポジウム(1)

- 米国の移植医に《脳死臓器移植》をはっきりと意識させた出来事→1966年チバ財団シンポジウム「医学の進歩における倫理、臓器移植との関連で」(ロンドン)
 - 臓器の鮮度と治療成績をめぐる議論の中でのアレクサンデル(ルーヴァン大学医学部)の発言:心臓の動いている重篤な脳損傷患者9名から腎臓を移植、うち5名が瞳孔散大、無反射、自発呼吸停止、血圧低下、平坦脳波であったことを報告
 - スターツルの回想:「正直いって私はぞっとした。臓器ドナーになりそうだといって、救急患者の治療に支障をきたす恐れがあると思ったからだ」(『ゼロからの出発—わが臓器移植の軌跡—』)[6]

チバ財団シンポジウム(2)

- アレクサンドルの発言に対するさまざまな反応
 - 死の再定義＝功利主義的だとする批判する医師
 - ドナー候補者だけに脳死概念を提供すべしとする医師
 - 不可逆的昏睡は死ではないので、摘出する腎臓は1個だけにとどめているとする移植医
 - ローマ教皇の見解(死は心停止ではなく、魂の離脱)を持ち出す移植医
 - 心停止後しか臓器を摘出しないとする移植医(Hume)の名をあげ、心臓が動いている限り、死体とはみなせないとする外科医
 - 「臓器を密かに摘出してから、遺体を通常通りに引き渡して、誰がいったい困るというのか」(英国の法学者)

チバ財団シンポジウム(3)

- 脳死と死の再定義の問題→結論が出されたわけではなかった
- 共通の認識・問題意識
 - 《脳死＝人間の死》を臓器獲得のために採用すれば、医学界内部に亀裂が生じ、医学専門職への不信が高まる→ハーバード・レポートの課題
- シンポジウムから分かること:〈脳死(死脳)という状態が死である〉という認識が先行していたわけではない(死についての科学的認識・要請→死の再定義)

ハーバード・レポート(1968)

- 1968年8月:「不可逆的昏睡の定義:脳死の定義を吟味するためのハーバード大学医学部特別委員会レポート」

→不可逆的昏睡＝脳死＝人間の死の再定義

- スターツル:「この心配は杞憂に過ぎなかった。脳機能の消滅を死とすることによって」、重症患者すべてが公平に蘇生の試みを受け、しかるのちに「心臓と肺は機能しているが患者は死んでいるのか、あるいは脳機能は回復の見込みがあるのかが決定される。医療の質の向上と、質の高い医療の公正な適用は、移植医学がもたらした偉大な副産物の一つである」[7]

ハーバード・レポートの立場

- 死の定義：委員会の認識(委員長ビーチャーの発言)
「死の新しい定義には潜在的な救命能力がたしかにあります。というのはこの定義が認められれば、移植に不可欠な臓器が移植に適した状態で、これまで以上に獲得可能となり、今は死ぬしかない、数え切れないほどの生命が救われるからです。どのレベルで死と呼ぶことにしたとしても、それは恣意的な決定です。心臓の死でしょうか。毛はまだ成長します。脳の死でしょうか。心臓はまだ動いています。必要なことは、脳がもはや機能しない不可逆的な状態を選ぶことです。脳は死んでいるけれども、他の臓器がまだ使えるというレベルを選ぶのが最もよいのです。死の新たな定義と呼んできたことで、私たちが明らかにしようとしてきたのはこの点なのです」(ビーチャー、1971)[8]

脳死＝死の再定義

- 〈脳死＝人の死〉←臓器獲得のための脳死(死脳)状態の格上げ(dead-donor rule)
- 背景をなす考え方(ビーチャー)
「回復の見込みなく無意識状態にある患者の組織や臓器が、それを使わなければ絶望的な病状にあるが、しかしまだ救助可能な個人を回復させるために使うことができる場合、社会はそれらの組織や臓器を捨てることを容認しうるか」(1969)[9]

この考え方＋Dead-donor rule→〈脳死＝人の死〉

容認の結果

■ 無理(脳死＝人の死)は無理ではなくなったのか？

→むしろ、〈脳死＝死〉は無理があるという議論が登場している：例えば、シンガー『生と死の倫理』(昭和堂)

- 脳死状態の人は死体として扱われていない(素朴な実感との乖離)
- 脳死状態になれば、短時日で心停止に至るとはいえない(有機的統一説の否定)
- 脳死状態からの出産：死体からの出産
- 脳死(の現行の判定基準)＝全脳機能の不可逆的停止とは言えない

シンガーの議論：〈脳死≠死〉⇒臓器移植の否定、というわけではない(→ dead-donor ruleの放棄、背景にある考え方の徹底)

シンガーの主張

「この死の再定義に関しては、「死とは何か」についての新しい科学的発見が20年前になされたかのように語られることが多い。…私の見解はそれとは非常に異なっている。死についての新しい科学的理解があったわけではないのである。西洋では、脳に修復不可能な損傷を受けたために意識を決して回復しないことが明らかな患者から臓器を摘出できるように、死の定義が故意に操作されたのである。臓器の摘出という行為を正当化する十分な倫理的論拠を与えることは可能である。しかし、患者は「死んでいる」と主張することによってその目的を達成しようとしたことは誤解を招くもとであった。…脳の機能が不可逆的に停止した患者の臓器を利用したい人たちが「その患者はまだ生きているが、意識を回復することはないし、私たちが何をしてもまもなく死ぬだろう。それなら、患者が死んで臓器が傷む前に、いま臓器を摘出するべきである」とははっきりと言っていたなら、そのほうが正直であっただろう…」(『生と死の倫理』日本語版への序文) [10]

再度、居心地の悪さ

- 〈脳死＝人の死〉は臓器移植による無理がある
- 無理にも理由はある
- しかし、無理は無理なのであって、少なくとも長期的にはマイナス面の方が大きいのではないか
 - 臓器移植は緊急避難的手段であって、厳しい制限がつかざるをえない