



# 生命倫理学

---

九州大学大学院医学研究院

医療経営・管理学講座

馬場園 明



## はじめに

---

- わが国では、医師の判断で診療がおこなわれてきたために、医師によって医療の倫理の枠組みが作られてきた。しかし、それが変わりつつある。その最大の要因は、患者の権利として「自分の身体に関することは自分で決める」という考え方がわが国でも定着しつつあることである。



## 新しい問題

---

- さらに、現代の医療技術は極めて専門化、高度化し、私たちがかつて経験しなかった新しい問題が提起されるようになったことも大きな影響を与えた。すなわち、「脳死、臓器移植」や「生殖技術」などの問題は、医師と患者間のみならず社会的合意が必要なことが認識されてきた。



# 生命倫理3原則

---

- 早くから生命倫理について論議がなされてきた欧米では、生命倫理においては3つの原則が枠組みとなっている。それらは、「自律性 (Autonomy)の尊重」、「善行(Beneficience)」そして「社会的公正(Social justice)」である。自律性は「自らが自分の責任で選択する」ことであり、善行は「人のために良いことをする」ことであり、社会的公正は「社会的な価値判断からみて正しい」ことである。



## ムンテラ

---

- 「ヒポクラテスの誓い」で知られるように、わが国でも医師は「最善と思う医療行為を患者におこない、患者に害を与えず、また聞かせないこと」が医の倫理であると教えられてきた。また、医師が患者に診療について説明することを「ムンテラ」と呼んできたが、これはあくまでも医師が決定した診療方針を患者に説明することであり、診療の苦痛やリスクのことを患者に話すとは患者の不安が強くなるので、そのような話はムンテラでは敬遠されてきた面もあった。



# パターンリズム

---

- これは、「医師は患者より知識があり判断能力もあるので診療は医師にまかせるべきで、患者はそれに従えば良い」ということを意味していた。それゆえ、医師の「善行」ばかりが強調され、患者の「自律性の尊重」は無視されてきたのである。しかし、このような考え方が、「パターンリズム」として批判されるようになり、「自分のからだのことは自分で決めるべきであって、医師まかせにすべきではない」といった自律性を尊重する考え方が、世界的に市民の人権運動のなかから興ってきた。



# 診療の選択

---

- さらに、医療技術が発達し、一つの疾病に対し複数の診断方法や治療が開発され、成功率や危険性を考慮すれば、医師が患者にとって最善の診療を選択することが簡単でなくなったことも自明となった。また、疾病構造が変化し、慢性疾患や障害に対する治療やケアが必要になると、選択にはQOL(生活の質、生命の質)が加味される必要もでてきた。



# 生活の質の選択

---

- たとえば、乳ガンなどの治療法で、広範囲に組織を切除し、より確実に生存率を高くする方法を選ぶか、生活の質を重視してできるだけ組織を温存する方法を選ぶかなどがその例である。生活の質の選択は他人である医師がすることができないのは当然である。





# インフォームド・コンセントの方法

---

- これらの背景のもとに、医療の一連の行為の中で考えられる複数の処置について、医師がその義務として患者に十分な情報を与えた上で、それについて何を選ぶかを患者が決定するインフォームド・コンセントが欧米でも社会的に定着し、日本でも医療法で努力義務として規定されるようになった。



# インフォームド・コンセントの確立

- 米国ではじめて、インフォームド・コンセントに関する判決が出たのは1914年にさかのぼる。シュレンドルフ事件で、患者の許可なく子宮筋腫を摘出した医師に対し、カードゾ裁判官は、「成人に達し、健全な精神をもつすべての人間は、自分の身体になにがなされるべきかを決定する権利を有する。したがって、患者の同意なしに手術をする主治医は暴行を犯すことになり、その損害への責任を負う」という判決を下した。この事件により、同意を得ない侵襲は暴行という考え方が米国では確立した。



## サルゴ事件

---

- また、インフォームド・コンセントという言葉が初めて法廷で使われたのは1957年のサルゴ事件で、大動脈の造影検査をしたあとに下半身が麻痺してしまった患者に、そのリスクを説明していなかった医師に対し、法廷は「提案した治療について患者の知的な同意のために必要なあらゆる事実」を開示する義務があったという判決を下した。



## 同意があっても説明不十分は無効

---

- すなわち、同意があっても説明が十分に尽くされていないこのケースを通常の医療過誤と同じ過失不法行為として認定し、インフォームド・コンセントを十分におこなうことが、患者の権利を保障するための医師の義務であるという法理が確立した。



## ニュルンベルグ綱領

---

- インフォームド・コンセントの必要性が世界的に認識されたのは、第2次世界大戦中のドイツのナチの医師たちによるユダヤ人を対象とした残虐な人体実験がきっかけである。1946年、この人体実験に対する国際軍事裁判が開かれ、このようなことが二度とおこらないように10ヶ条の「ニュルンベルグ綱領」が採択された。



## ニュルンベルグ綱領の内容

---

- この綱領では人を対象として研究をおこなう場合に、「被験者の自発的同意が絶対に必要であり、研究の性質、期間、目的、実施方法や手段、被験者となったために起こりうると考えられるすべての不自由さや危険、健康や人格に対する影響について被験者は知らされる必要があり、なおかつ実験継続を拒否できる権利があること」を明確に示した。



## ヘルシンキ宣言とリスボン宣言

---

- その後、1964年に世界医師会は、人における生物医学的研究に携わる医師のための「ヘルシンキ宣言」を出した。しかし、「患者が十分な説明を受けた上で治療を受け入れるか拒否する権利を持っている」と世界的に認識されたのは、1981年の第34回世界医師会総会で採択された「リスボン宣言」である。

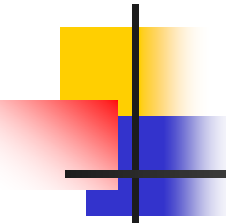


# インフォームド・コンセントの内容

---

- インフォームド・コンセントでは、患者が理解・納得し同意あるいは選択できるように診断やデータや治療方針について十分な情報を提供することは医師の義務である。そのために、検査の場合は危険性やそのメリット、治療の場合は複数の選択肢と、それぞれについての長所と短所を説明しておくことは最低限必要である。





# インフォームド・コンセントにおける患者の権利

- また、患者は医師へ自由に説明を求めることが保障され、いったん同意した後でも診療を拒否することができる。もちろん、患者が同意した診療であっても、診療に過誤があればその責任は医療サービス提供者側にある。患者が知的判断能力のない場合は、選ばれた代理者にインフォームド・コンセントについて説明することが原則である。



## インフォームド・コンセントの例外

---

- インフォームド・コンセントをすることが免除される場合も例外的に存在する。一つは、緊急を要し、その時に患者が意識喪失しており、同意能力がなく、しかも近親者である代理人から同意を得る時間的な余裕がない場合である。二つ目は、診療によって起こる可能性があったにしても危険性が極めて低くごく稀にしか発生しない場合である。



## インフォームド・コンセントの例外

---

- 三つ目は、患者がインフォームド・コンセントの権利を放棄した場合である。最後は、例外的な場合で、インフォームド・コンセントをすることが患者の不利益になる場合である。たとえば、不安が強く自殺の可能性が否定できない患者に「がんの告知」をすることなどがこの場合にあたる。



# がんの告知

---

- わが国ではインフォームド・コンセントとがんの告知は別に考えることが多いが、がんの告知はインフォームド・コンセントに含まれると考えられる。ごく最近までは、「絶望感を与えないために、進行癌の患者には告知してはならない」ということが暗黙の了解になっていた。しかし、こうした状況の下では病名も告げられず診療を受け、病状が悪化していくのを実感する本人の苦痛に加え、家族や医師・看護師のストレスも大変なものである。



## 告知が進まなかった理由

---

- わが国でがんの告知が進まなかった理由としては、「命を永らえさせることが最優先されなければならない、治らないのであれば絶望しか残らない」と考えられてきたことも影響を与えたと思われる。



# 告知の目的

---

- 現在、告知にしても「治癒の可能性にかけて手術する」ための説明だけではなく、本人に対して「治癒不可能であることを受け入れる」ための告知もされるようになってきている。本人が限られた時間を悔いなく生きるために、その後の治療方法やケアを受ける場所について、医師・看護師や家族と率直に話しあえることができるようになる可能性が高くなることを考慮すれば、メリットは計り知れない。



## 告知を受けた人の支援

---

- がんの告知を進めるためには、がんの告知を受けた人を支援する体制が必要であり、癌患者の痛みや吐き気のコントロールのための技術や患者の不安や希望を聞いたりする心のケアが重要視され、ホスピスなどの建設や在宅で治療を受けられるシステムの整備を日本でも進めなければならない。

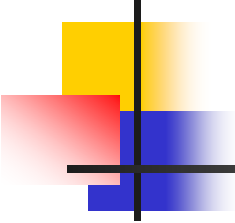


## 告知を受けた人の支援

---

- がんの告知を進めるためには、がんの告知を受けた人を支援する体制が必要であり、癌患者の痛みや吐き気のコントロールのための技術や患者の不安や希望を聞いたりする心のケアが重要視され、ホスピスなどの建設や在宅で治療を受けられるシステムの整備を日本でも進めなければならない。





# 精神障害者へのインフォームド・ コンセント

- 1988年にかから施行されている精神保健法では、入院には患者さん本人の同意による「任意入院」の制度が法制化されている。また、1991年には、「精神疾患を有する者の保護及びメンタルヘルスケアの改善のための諸原則」が国連採択され、精神科におけるインフォームド・コンセントの原則が明確となっている。精神障害者にインフォームド・コンセントをすることは、患者さんに病名、病態、進行度、治療法、薬の効果と副作用について説明し、治療について同意してもらうことである。



## 困難な問題

---

- インフォームド・コンセントは、患者さんにとって当然の「権利」であって、医師の当然の「義務」であるように考えられるようになってきているが、精神障害者へのインフォームド・コンセントはわが国で定着しているとは言い難い。告知される側の受容能力や同意能力の判定が困難であるからである。



# 同意能力

---

- たとえば、「精神障害者にインフォームド・コンセントをすべきである」とした場合、どのようなことがおこるであろうか。統合失調症であり、長期の投薬が必要であることを医師が患者に説明し、同意を求めたとしよう。多くの患者は治療に同意すると思われるが、「自分は統合失調症でないから治療は不必要である」ことを主張する患者も少なからず存在する。この場合、患者に同意能力があるかないか判定が行なわれることになる。



# 自己決定権

---

- 患者が治療を拒否し、同意能力があると判定された場合、医師は患者を治療できない。すべての治療を拒否すれば、統合失調症の治療ばかりか、肺炎の治療もできない。しかし、この場合、病気が進行し同意能力がなくなり、法的代理人が同意した場合は、治療されることがありえる。一方、同意能力がないと判定されれば、本人へのインフォームド・コンセントは法的には免除され、代理人が代行することになる。患者は自己決定を行なう権利を失うのである。



# 責任能力

---

- 同意能力と混同される言葉に責任能力という言葉がある。責任能力は罪を犯した場合、刑事責任が問えるかどうかという概念である。妄想や思考障害がある場合、責任能力は問えないと判断される。



## 同意能力のテスト

---

- インフォームド・コンセントは患者さんの権利を目的としながら、患者さんの同意能力の判断を要求し、同意能力がないと判断された患者さんは、パターンリズムを受けざるをえない立場になる。ロスは、患者さんの同意能力のテストを、「選択可能」、「選択結果の合理性」、「選択根拠の合理性」、「選択要因の理解力」、「実際の理解」のテストに分類した。



## テストの実際

---

- 「選択可能」テストでは患者さんが選択できることを示す事ができれば同意能力ありとみなされる。「選択結果の合理性」テストでは、選択したものが合理的であると第三者から判断されれば同意能力があるとみなされる。「選択根拠の合理性」テストでは、選択した理由が合理的であるかどうかを判定する。「選択要因の理解力」では患者さんが治療上のリスク、利益、選択肢を理解しているかどうかを判定する。そして、「実際の理解」テストでは同意のプロセスが合理的であるかどうかで評価する。



## 三つのスタンダード

- 当然のことながら、これらのどれが正しくてどれが間違っているかということとはできない。ドレーンは、問題になる医学的な重大性によって能力判定を3種類に分類するスライド性の判定を提案した。第1のスタンダードは、危険性が少なく、客観的に患者さんの利益に合致する判断をした場合は、「選択可能」テストで良い。第2のスタンダードは、ある程度、危険で、本人の不利益になる判断をした場合であり、この場合は「選択要因の理解力」テストでなければならない。第3のスタンダードは、輸血拒否のような合理性に反する場合であり、これは高度な同意能力を要求される。





# スライド制の判定

---

- このようなスライド性の判定は、患者さんの判断をパターンリズムの立場で評価しているといえなくもない。しかしながら、プラグマティズムにもとづいたこのスライド性の判定は、現実的であることを否定できない。そして、このような判定が現実的であることが受け入れられていることは、パターンリズムを排し、患者さんの自己決定を優先することが患者さんの尊厳を尊重することになるというインフォームド・コンセントの理念はある種の幻想であることを示唆している。



## 義務化することの危険性

- インフォームド・コンセントは患者の権利を守るために生まれてきたものである。インフォームド・コンセントを行うことが義務化された場合、医師が患者を実験に用いたり、不当な診療をすることは防げることに貢献する可能性はある。しかしながら、そのような不当な診療はインフォームド・コンセントを法制化しなくても違法であり、罰せられる行為である。



## 生活の質の向上が重要

- 重要なことは、インフォームド・コンセントを行なうことが義務化された場合、それが本当に患者の生活の質・人生の質を向上させるかどうかである。インフォームド・コンセントを行なわなければならない場合、医師は患者にインフォームド・コンセントを受けるかどうかということを聞かなければならない。



## 予測できない心の反応

- 患者が「はい」と答えた場合、患者は「統合失調症」であることを聞かされ、それによって起ってくる心の変化を受け止めなければならない。上手に受け止められる患者もいるであろうが、そうでない患者も少なくないであろう。すなわち、インフォームド・コンセントを行なうことが、患者の生活の質・人生の質を高めることにもならないばかりか、患者の尊厳を守ることにならないこともありえることを知っておくべきである。



# 共同作業の手段としてのイン フォームド・コンセント

- 私は、医療は患者とスタッフの共同作業であると考えている。インフォームド・コンセントを「パターンリズムを排し、患者の権利を守る」ために行なうのではなく、「患者の生活の質・人生の質を高めるために患者と医療スタッフが良好な共同作業を行なうためにこそ、インフォームド・コンセントを行なう」と考えるべきであると考えている。



## 慎重にすべき告知

- そのためには、インフォームド・コンセントに関しては、患者の生活の質・人生の質を高めることにならないと判断される事項については、免除されることを規定しておくべきである。たとえ、それがパターナリズムとよばれようとインフォームド・コンセントがわが国に定着するためには、このステップが必要であると考え。とりわけ、統合失調症の患者に関するインフォームド・コンセントに関しては、慎重であれば慎重であるほど良いと思われる。



## 安楽死への注目

---

- 「人間の死は運命によるもので、避けがたく死ぬことには諦念を持つべきで、人為によって死を招くことは絶対に許されない」と長く考えられてきた。しかし、「命を長引かせること」を目的とした延命治療が、必ずしも「人間の命」を尊重することにならないことが認識され、安楽死の問題が最近注目されるようになってきた。



# 安楽死の定義

---

- 宮川は、安楽死を「合理主義的発想に支えられて、他者の生命を多かれ少なかれ死の方向に意識して、人為的にコントロールする人間的行為」と定義した。すなわち、安楽死の発想は「生存を意味のあるものと無意味なものとのに区別する」合理主義と「人間の理性や技術により自己の希望を満足させようとする」合理主義から成立していると解釈される。





## 安楽死の分類

---

- 安楽死を手段で分類する最も簡単なものは、積極的安楽死と消極的安楽死である。死期を早めるために薬物を使うなどの積極的な行為をした場合を積極的安楽死と呼び、人工呼吸器や手術などの治療をしなかった場合を消極的安楽死と呼ぶ。



# 尊厳死

---

- 尊厳死は安楽死の一形態であり、「本人の意思を尊重し、本人の欲しない延命治療をおこなわず、死にいたらしめること」である。すなわち、「自律性が尊重されている消極的安楽死」と言って差し支えないと思われる。



# リビングウイル

---

- 欧米では、尊厳死のための「事前の意思表示」の権利が確立しており、意思表示ができなくなった場合の措置について、一種の遺書である「リビングウイル」を書いておき、不治の病になって意識がなくなった場合、人工呼吸器による治療などを望まないことを明示しておけば、本人の意思に反して人工呼吸器などによる治療がされないことである。



# オランダでの安楽死

- 「尊厳死」を認めることは、本人が「生命の長さ」をコントロールすることを認めることでもあり、その延長上に、痛みや苦しみのために死を望む人の死を人為的に終わらせるための「積極的安楽死」を認めよという運動が世界各地でおこってきた。オランダでは、28条の条件を定め、これをすべて満たしていれば、医師は積極的安楽死を行って良いとなっている。これらの条件には、「不治の病」、「緩和のできない苦痛」、「死期が迫っている」、「患者の意思」、「担当医師以外の医師の判断」などが含まれている。



## 山内判決

---

- 実は、1962年日本では安楽死の許容基準を示した有名な山内判決が出されている。脳溢血で倒れて全身不随となり痛みで苦しんでいる父親について、医師から余命は7日から10日と知らされ、有機リン殺虫剤を牛乳にまぜ、母親に事情を知らせず、父親に飲ませるように図った事件である。結果として、懲役1年、執行猶予3年という軽い刑罰の有罪判決が出されたが、その許容基準は次のようなものであった。



# 山内判決の許容基準

- 1、病者が現代医学の知識と技術からみて不治の病に侵され、死が目前に迫っていること
- 2、病者の苦痛が甚だしいこと
- 3、病者の死苦の緩和目的でなされたこと
- 4、病者の意識が、なお明瞭であって、本人の真摯な囑託または承諾のあること
- 5、医師の手によることを本則とし、これによりえない場合は、医師によりえないと首肯するに足る特別な事情のあること
- 6、その方法が倫理的にも妥当なものとして認容しうること



## 本人の嘱託または承諾の重要性

- この6条件のなかで最も問題のあるところは、「本人の嘱託または承諾」に関してであって、病者の意識が明瞭でない場合は当人の意思確認が必要でないことである。現在では、「本人の明確な嘱託」は「積極的安楽死」の容認のための最も重要な項目であると解されている。1991年、東海大学付属病院でおこった、58歳の「多発性骨髄腫」の患者に対して塩化カリウムを注入して死にいたらしめた事件でも「本人の明確な嘱託」がないことが最大の問題となった。



## 東海大学付属病院

---

- 判決は殺人罪成立を認定したが、「家族の要請を拒みきれなかった」などとして情状酌量し、執行猶予が言い渡された。広瀬裁判長は、新たな判例として、治療行為の中止（「尊厳死」）を認める5要件と「安楽死」を認める4要件を提示した。





## 「尊厳死」を認める5要件

---

患者の死が避けられない

患者の意思表示か、家族が患者の意思表示の代弁がある

「自然の死」を迎える目的に沿って決定すること

を前提に

医療を尽くし、他の医師の意見を聞いた上での確定診断で、患者が回復の見込みがない

を理解した上での患者の意思表明か、家族が患者の意思表示の代弁がある



## 「安楽死」を認める4要件

---

患者が耐え難い肉体的苦痛に苦しんでいる  
死が避けられず、死期が切迫している

苦痛の緩和・除去に方法を尽くし、他に代替手段がない

生命の短縮を承諾する患者本人の明示の意思表示がある



# 安楽死の危険性

---

- 「本人の意思の尊重」がなされ、安楽死をおこなうことが「善行」であるとしても、「社会的公正」の立場からも検討されなければならない。「安楽死」は無価値であると判断した生命を人為的に終焉させるものである。このことは、生命を価値づけをするという危険性をはらんでいる。すなわち、社会的にQOL(生活の質、生命の質)の低いと判断されている生命を脅かす可能性がある。



# 安楽死の法制化

---

- したがって、「安楽死」の法制化は、「死ぬ権利」を要求する人々の権利を保障するだけにはとどまらず大きな影響力をもってくる可能性があり、不治の病や障害を持ち、さまざまな苦しみや差別に悩んでいる人たちに重圧を与える危険性も同時にはらんでいることを忘れてはならない。



# 生きる権利と死ぬ権利

---

- また、現在、重い障害や末期がんのケアが十分でない現状を考えれば、患者が「安楽死」を望んだ場合、なすべきことは「十分なケア」をおこなうことであって、「安楽死」を優先することではないという原則も重要である。社会は、「死ぬ権利」の前に「生きる権利」を優先しなければならない。



## 医療費と倫理

---

- 現在、高齢化の影響と保険料収入の減少によって保険者の財政は急速に悪化しており、わが国の国民皆保険制度は危機に瀕している。今後も年々高齢化が進行し、右肩上がりの経済成長が望めない現在、国民皆保険体制やフリーアクセスの原則を堅持していくためには、限られた資源をどのように分配していく合意がなされなければならない。



## 高齢者の死亡場所

---

- わが国では、死亡場所に関する調査では、大多数の高齢者は自宅で最期を迎えることを希望しているが、多くの高齢者は病院で亡くなっている。病院でなくなる高齢者は延命治療を受ける場合が少ないが、それが本人の本意なのかどうかは多くの場合明らかでない。



# リビングウィルの普及の必要性

- 本人が病気で、意思表示ができなくなった場合の措置について、一種の遺書である「リビングウィル」を書いておき、人工呼吸器による治療などを望まないことを明示しておけば、本人の意思に反して人工呼吸器などによる治療がされないことになる。





# 死の判定

---

- 従来、瞳孔散大、心停止、呼吸停止の3徴候をもって死を判定してきた。瞳孔散大は脳の機能停止を意味しており、脳の機能停止がおこれば呼吸停止、心停止がおこるのは時間の問題であり、脳死を特別に考える必要はなかった。しかし、医療の技術が進み人工呼吸器の使用が普及してくると、脳死状態で生き続ける患者が増加してきた。



# 脳死の判定

---

- 脳死とは、全脳の機能の不可逆的な停止であり、1985年厚生省研究班で脳死判定基準が作られた。ここでは、脳死判定の対象を4つに分類し、判定の困難な小児や低体温、薬物中毒などを判定の対象外とした。また、判定基準も6項目とし、2回判定をすることを義務づけた。さらに、判定者も複数の医師でおこなうこととした。



# 判定の対象

---

- 1) 脳に器質的な障害がある
- 2) 深昏睡・自力で呼吸できない(人工呼吸器により呼吸が維持)
- 3) 原因となる疾患が確実に診断されている
- 4) 回復の可能性が全くない

移植と無関係で脳死の判定に十分な経験を持つ少なくとも2名以上の医師が判定をおこなう。



# 判定基準

---

- 1) 呼びかけや顔をピンなどで刺激しても反応がない(深昏睡)
- 2) 瞳孔が開いている
- 3) 脳幹の機能を反映する神経学的検査で反応が全て消失している(脳幹反射の消失)
- 4) 脳波活動が消失(平坦脳波)している
- 5) 人工呼吸をはずしても自発呼吸がない
- 6) 1) から5) までの検査を6時間またはそれ以上経過して再度行い、変化がないことを確認する



# 臓器移植

---

- 臓器移植とは臓器が機能を失い、そのために生命を維持できなくなった場合、あるいはきわめて生活上の不便が生じる場合、第三者から臓器をもらいその臓器の失われた機能をおぎなう、ないしは完全に置換することである。生命の維持ができないものとして、心臓移植、肝臓移植、肺移植などがあり、生活の質を上げるものとして、角膜移植、腎臓移植、膵臓移植、小腸移植などである。



## 臓器移植の動向

- 脳死との関係で問題となるのは、心臓移植、肝臓移植、肺移植などのように、移植する臓器は血流が保たれている必要があり、心臓死がおこってしまった人の臓器では移植できないものである。欧米では心臓が動いていても脳死の状態であれば「死」と判定する方式が社会的に支持されており、そのことによってすでにスムーズに臓器移植をおこなっているという事実があり、わが国でも肝臓病や心臓病のために海外で移植を受ける人が、1980年代に続出した。



# 脳死と臓器移植

- 脳死臓器移植法施行前のわが国の法的な枠組みでは、脳死の状態です臓器移植をおこなえば臓器移植によって「人の死」を招いてしまうという問題が起こる。この問題を解消するにはどうしても「脳死を人の死」とする必要があったのである。「脳死を人の死」とすることに反対する人は、臓器移植と人の死は本来無関係であり、臓器移植のために死の定義を改めることを問題視する。確かに、「脳死」を判定することは科学的におこなえるが、「脳死を人の死」とすることは科学的な問題ではない。



## 脳死と人の死との関係

---

- 「脳死を人の死」とする一つの考え方は、「脳死がおこるとそれは不可逆的なもので時間がたてば心臓死にいたる」というものである。しかしそれであれば、どうして臓器移植のために死の判定を早めなければならないのかという根本的な疑問が生じる。





# 脳が人なのか

---

- もう一つの考え方は、「人間にとっては、考えたり、感じたり、自分で生命を維持する能力が失われれば死である」というものである。しかし、「人間を脳と身体にわけて身体は脳の附属しているもの」とする考え方は日本社会ではコンセンサスを得ていない。法が社会の共通な意思を具体化するという側面を持ち、私たちに大きな影響を与えてくる以上、この問題が長く議論されたのは無理のないことであった。



## 脳死臨調

---

- 1990年1月、政府は「臨時脳死及び臓器移植調査会」(脳死臨調)を組織し、15人の委員が30回にも及び会議をおこない、委員全員の意見の一致は得られなかったものの、1992年1月「脳死を人の死」とし脳死者からの臓器移植を認める最終答申をおこなった。



## 臓器移植法案

---

- しかし、その後すぐに制定されるはずであった臓器移植法案は「脳死を人の死」とするかどうかで意見の一致はみられず、脳死臨調の答申から5年以上たった1997年6月に、「臓器提供の場合には脳死者の身体が死体に含まれることを規定する等の修正がなされ」、ようやく可決された。



## 残された問題点

---

- この臓器移植法案では、「本人が事前に臓器の提供を前提として脳死判定がおこなわれることを書面で同意しており、家族が拒否しない場合のみ脳死判定がおこなわれ、臓器提供をおこなわれることを認める」という手続きが必要である。これには、重要な問題が2点含まれている。



## ダブルスタンダード

---

- 一つは、「本人の同意以外にも家族の同意が必要とされ、本人の意思が尊重されない場合がある」ことであり、一つは「本人が同意し家族が拒否しない場合のみに脳死判定がおこなわれ死と認められるが、そうでなければ脳死の状態は死とは認められず、心臓死により死が認定されるため、二つの死をつくることになる」ということである。



## 改正論議の焦点

- 2009年、議員立法で四つの臓器移植法改正案が議論された。改正案は(1)脳死を一律に人の死とし家族の同意があれば年齢を問わず臓器提供を容認(A案)(2)提供年齢を現在の15歳以上から12歳以上へ引き下げ(B案)(3)脳死の定義を厳格化:脳血流が途絶えたことの確認を脳死判定に追加することと第三者による判定(C案)、(4)(1)と(2)の合同案の4案であった。
- 結局のところA案が採択され、2010年7月17日より施行されている。



# 臓器移植法の改正の論点

	脳死は人の死	提供条件	提供年齢	脳死判定
現行法	臓器提供の場合のみ	本人の意思と家族の承諾	15歳以上	自発呼吸、瞳孔、脳波など6条件
A案	一律に人の死	本人の意思不明ならば家族の判断	年齢制限撤廃	自発呼吸、瞳孔、脳波など6条件
B案	臓器提供の場合のみ	12歳以上の本人の意思	12歳以上	自発呼吸、瞳孔、脳波など6条件
C案	臓器提供の場合のみ	本人の意思と家族の承諾	15歳以上	6条件に脳血流検査などを加える
D案	臓器提供の場合のみ	本人の意思不明ならば家族の判断	年齢制限撤廃し、15歳未満では第三者の意見	自発呼吸、瞳孔、脳波など6条件



# 臓器移植の倫理

---

- 臓器移植というテクノロジーは医学の分野において画期的なものであったが、他人の臓器をパーツとして利用するという点で、厳しい倫理の枠組みをわが国に要求した。脳死者の身体はけっして単なるパーツではない以上、脳死の判定が公正におこなわれ他人によって自由に臓器移植や人体実験に使われないように、しっかりしたシステムを作ることが必要である。





# 社会的公正

---

- また、移植希望者の優先順位をどうすべきか、臓器移植にかかる費用はどうすべきか等、国民で広く議論されることが必要である。脳死と臓器移植は、「社会的公正」という原則を重視しなければならない側面を持っている。