

脳死診断後は看取り医療へ

臓器移植法

あいた
かおるこ
会田 薫子



東京大グローバルCOE死生学
特任研究員(医療倫理学)

「脳死は人の死」を前提とした臓器移植法改正A案が衆院で可決された。「脳死は人の死」なのか。この問いを「理」と「情」の二つの側面から考えてみる。

米国で脳死が新たな死の基準として提案された1960年代には、脳死を人の死とすることと脳死診断基準に矛盾はなさそうに見えた。脳死と診断されれば、速からず心停止に至ったからだ。

しかし、集中治療技術が進展した現代では、脳死と診断された患者でも長期間の管理が可能になった。技術の進歩が脳死の意味を変化させたのである。小児の場合、集中治療なしでも長期に生存する例も知られるようになった。

私が約10年前に米国で実施した調査で、移植医療にかか

わる医師や生命倫理学者は、脳死は移植医療にとっては有用かつ必要だが、その定義と診断基準が論理的に整合せず、科学的には不完全な概念と承知していることが示された。2008年末には、米国大統領生命倫理評議会が脳死の概念の諸問題を指摘し、「脳死」という用語は不適切なので「完全脳不全」に差し替えるべきだ、と提言した。つまり、「理」の世界では、脳死の概念は成立困難との指摘が絶えないのである。

しかし、それでも、脳死の診断には意義がある。脳死が示すのは、予後絶対不良な患者の状態である。日本の現場の救急医の多くは、患者が脳死の時、第一にケアすべきは患者の家族と認識している。ある救急医は筆者に言った。「情の世界があるんです」

目の前の親や子や兄弟が、すでに回復不可能と頭では分かっている、心は納得しない。患者家族のそうした気持ちに寄り添い、苦悩を受け止

め、看取りの医療を行っている救急医もいる。医療者とのコミュニケーションと時の流れの中で、家族が「情」としても患者の脳死を受け入れると、臓器提供につながる場合もある。何かできることが残されている——それが慰めになり、グリーフワーク(悲嘆緩和の作業とその過程)となる場合も少なくない。

私は07年に国内で35人の救急医を対象に、聞き取り調査を実施した。看取り医療の充実に取り組んでいる医師が、家族の「死の受容」の程度を見極め、看取り医療の一環として臓器提供という選択肢を提示すると、提供が増える傾向がみられた。

「脳死は一律に人の死」とすることで、臓器提供者はどのくらい増えるだろう。

脳死診断は移植医療のためではなく、患者の予後を知るために行われるもので、診断後は、看取り医療が行われるべきである。脳死が「情」として人の死になるのは家族が受容した時であり、そうした場合に、結果として臓器提供につながるのである。

私の視点

投稿は〒104・8011(住所不要) 朝日新聞
「ニオン面」私の視点」係か、siten@asahi.com
へ。ブログやホームページに掲載していいもの、新規の原稿に限ります。電子メディアにも収録します。