



会田 薫子 特任准教授

Kaoruko Aita

研究分野：臨床倫理学、臨床死生学、医療社会学

研究内容：終末期医療、延命医療、高齢者医療とケア、脳死、臓器移植などの分野において、実証研究によって知見を生み出しながら、医療・介護の専門職の方々や市民との協働によって、臨床現場の死生の問題に対応する具体的な方法を探っています。

東京大学 大学院医学系研究科 健康科学専攻博士課程修了 博士(保健学)
ハーバード大学メディカル・スクール医療倫理プログラム フェロー(フルブライト留学)、
東京大学グローバルCOE「死生学の展開と組織化」特任研究員を経て、現職

科学技術の進展が変える死の基準——人生の物語りへの問い

脳死の意味の変遷

死の基準はそれが生物学的なものであっても社会的に構成されるものであり、主要な構成要素の1つに科学技術の進展があります。

心肺機能の喪失が死を意味していた長い時代を経て、20世紀後半には人工呼吸器の開発と汎用に伴って、脳機能の喪失が脳死と称され「脳死も死」となり、心肺機能あるいは脳機能のどちらかが失われたら「死亡」と判断することが欧米を中心として標準的になりました。

しかし、その後の集中治療技術の進展の結果、今世紀に入ると、脳死という用語は時代遅れと指摘されるようになり、“brain death”は“total brain failure”つまり「完全脳不全」へと言い換えるよう提唱されています。提唱者は、米国で脳死の概念の見直しのために組織された大統領生命倫理評議会です。同国は1960年代に「脳死も死」として世界を先導しましたが、その後、医療技術の進展に伴って脳死の非論理性が次第に明らかになると、論点整理の総括をしたのです。

上記の評議会は2008年にまとめた白書で、「ある状態について医学的な診断名をつけることと、その医学的な診断によって個人の死を宣告することを区別することは重要なことである」とし、「完全脳不全」は「死」と同義ではないと述べています。現代では、心臓、腎臓、肝臓が完全に不全でも、それらの機能をしばらくは代替可能な技術が存在します。脳が完全に不全な場合にだけそれを死と呼ぶなら、脳は他の臓器とは何が違うのでしょうか。医科学の知見のみでこの問いに答えを見出すことは不可能です。

心肺機能の喪失の意味

また、1990年頃から、経皮的な心肺補助装置(PCPS)を用いた心肺脳蘇生が実践されるようになりました。PCPSの使用は先進国を中心にまだ限定的ですが、世界で最も普及しているのは日本だといわれています。この装置は、例えば、心筋梗塞で倒れた人の救急救命時に使われます。不全な状態に陥った心臓の機能を代替し、脳が障害されることを防ぎます。心肺が機能していなくても、脳機能が維持されている可能性があると思えば、医師は救命努力を尽くします。今や、心肺機能の喪失は死と同義ではありません。

心臓が機能を回復し、あるいは心移植を受け、PCPS等の補助装置が不要となれば、晴れて回復です。一方、心機能が回復せず、移植も受けず、補助装置の耐用限度がきたら、脳機能が維持されているにもかかわらず死亡しなければなりません。これは一面で古典的な死といえます。

「生命の二重性」理論における死の意味

技術の進展によって変遷する生物学的な死の基準を、その時代の人間はどう捉えるべきでしょうか。これは、生命の二重性に関わる問いです。私たちは生物学的な生命を土台に、人生の物語りを関係する人々の人生の物語りと重ね合わせながら生きています。科学技術が生物学的な生命に直接的な影響を及ぼし、そこにおける死の基準を変化させているときに、私たちの人生の物語りはどのような影響を受け、その死はどのように性質を変化させているのでしょうか。その探索は死生学の課題の1つです。

本人と関係者の関わりによっては、死の意味が変わることもあります。その例に脳死があります。医学は細胞や臓器の状態を診断しますが、人の死を決めるのは社会の文化と倫理・哲学の課題といえるでしょう。「脳死は人の死」なのか、そうではないのか。諸外国とは異なり日本社会で特異的に継続しているこの問いは、まさにそうした課題なのです。