

脳死と植物状態ってどう違うの？

A これまでは心臓停止が一般的な死の概念であり、①心拍動の停止、②自発呼吸の停止、③対光反射の喪失・瞳孔散大が**死の3徴候**とされてきました。しかし、今日の生命維持装置の発達によって、脳機能は停止しているにもかかわらず、強制的に心臓や肺が動いている状態があり得るようになりました。これを**脳死**と呼びます。

脳死は、交通事故などによる頭部への強い衝撃、クモ膜下出血など脳疾患に対する延命措置によって引き起こされます。

大きくは、大脳+小脳+脳幹がすべて機能を失った状態の**全脳死**と、脳幹が機能を失った**脳幹死**とに分かれますが、脳幹死もやがては大脳機能を失い、全脳死に至ります。どちらにせよ、脳幹は機能せず、自力で呼吸すること（自発呼吸）ができません。

一方、植物状態は、大脳の一部あるいは大部分が機能せず意識がありませんが、脳幹は生きている（機能している）ため自発呼吸ができます。また、つばを

飲み込んだり身体をよじったりすることもあり、ごくまれですが意識を取り戻すケースもみられます。

植物状態は経済面さえクリアすれば長期にわたる延命措置は十分可能ですが、脳死状態では、ハイテク機器の力をもつてしても、多くの場合10日程度で死に至るといわれています。

1997年、わが国でも**臓器移植法**が制定されました。同法のもとでは、脳死の判定は、①深昏睡、②瞳孔拡大、③脳幹反射の消失、④平坦脳波、⑤自発呼吸の消失の5項目で行われます。この項目の基準を満たし、本人および家族の承諾があれば、臓器移植の**ドナー**となります。

ドナーからの臓器移植を望む**レシピエント**がいる一方、脳死を人の死とすることに異議を唱える声も（特にわが国で）少なくなく、現在でも議論がなされています。これは、現代医療によりもたらされた新たな問題といえるでしょう。

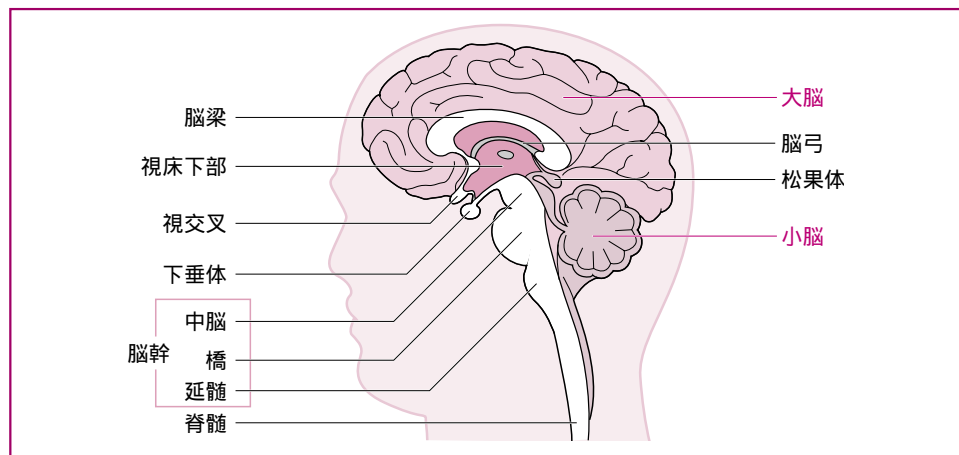
なお、2006年4月の**診療報酬**改定で脳死臓器移植にも健康保険が適用されることになりました。

●**脳幹**
中脳+橋+延髄の総称。呼吸・循環機能の調節や意識の伝達にかかわっている。

●**臓器移植法**
臓器の移植に関する法律。1997年施行。この法のもと、臓器提供の意思と脳死判定に伴う意思を書面で表明している場合、かつ遺族が脳死臓器移植を拒まないときに限り、心臓、肺、脾臓、腎臓などの移植が適用される。

●**ドナーとレシピエント**
ともに移植用語で、ドナーは臓器提供者、レシピエントは移植を受ける患者を意味する。肝臓、腎臓では生体移植の場合があり、わが国で特に普及している。ドナーが屍体あるいは脳死者の場合、生前の本人の意志（リビングウィル）が必須となる。移植後のドナー遺族とレシピエントの交流も大きな問題である。

●**診療報酬制度**
とわが国の医療保険制度のもとで、医療保険制度に基づく診療行為を医師が行った場合、その診療行為に対する報酬として診療報酬が支払われる全国一律の制度。診療報酬は、医療保険が適用される診療行為を、「保険医」が「保険医療機関」で提供した場合に支払われる。診療行為ごとに定められた点数をもとに計算される。



図●脳のしくみ