



日本政府脑死亡与器官移植

临时调查委员会报告

郭淑敏 译

(100020 中国医学科学院情报所)

〔提要〕以永井道雄为调查委员长的日本政府“脑死亡与器官移植调查委员会”对脑死亡的接受程度、器官移植的方式方法等进行了历时二年的调查研究,于1992年1月22日,向宫泽首相提交了最后咨询报告。报告主要提出了以下几点意见:①从医学上看,脑死亡就是人的死亡,对此,社会上、法律上基本均能接受;②提供器官应最大限度地尊重本人意愿,并需第三者的审查,以防随意性;③为了移植机会的公平性和效果性,必须建立健全全国性器官移植网络;④制定综合性的器官移植法;⑤医生应以自觉性和责任性,努力解决器官移植中的问题。报告中也反映了日本国民的各种认识和不同意见。译者在翻译时略有删节。

附该委员会工作日程,从中可见其工作过程。

有关脑死亡和器官移植的各种问题的背景中,不仅仅有医疗技术的发展因素,也有人类长期所存在的对生与死的认识问题,因此,脑死亡与器官移植的各种问题,不单与医学、法律有关,也与宗教、哲学、社会、文化等领域有关。围绕脑死亡,主要有二大问题,一是脑死亡是否就是人的死亡,二是在什么条件下可从脑死者身上摘取器官进行移植。

一、脑死亡问题

1.1 脑死亡与医学上的人死亡

近代医学与生物学一般都认为,人是一个具有意识和感觉的机体系统,或为有机的统一体,这个个体的死即为“人死亡”。保持着这种有机的统一性状态即为“人活着”,失去这种统一性的状态即为“人死亡”。

各器官组成一个整体、发挥统一的功能是由以包括脑干在内的脑为中心的神经系统在指挥和调节各器官,因此,若脑死亡,人即失去作为个体的统一性,即便使用人工呼吸器等救治,但大多数情况下,数日内心跳即停止,这就是脑死亡。即便此时,一些脏器和器官尚有一定的紊乱功能,但已不能说还“活着”,这种认识可以说是近年来各国医学界的主流。

2. 脑死亡及其判断方法

2.1 脑死亡的定义

对脑死亡的一般定义是:“包括脑干的全脑的不可逆的功能停止”。国际上都广泛采用这个定义。

所谓“全脑不可逆的功能停止”,就是指作为脑主要功能的意识、感觉等脑固有的功能和指挥身体各部

位的功能发生不可逆的丧失,但决不意味着构成脑的各个细胞的代谢及其他生活功能都全部丧失。

2.2 脑死亡的判断

脑死亡的判断,在日本大多采用竹内标准,尽管该标准尚有不足,但综合判断结果认为,从现在医学水平看,竹内标准还是适合的,当然,脑死亡判断标准还需不断修改,并需向社会解释说明,而且对现在未作为对象的6岁以下儿童的脑死亡判断的方法也应进行研究。

2.3 保证正确判断脑死亡的条件

对脑死亡仅有可信的判断标准还不够,尚需完备的判断手续等规定。为此,在判断脑死亡时,除了需有脑神经外科医生、神经内科医生、麻醉科医生等有十分丰富的医学经验的二位以上的医生外,还应吸收从事器官移植的医生作为判断者。

3 脑死亡的国民感情和社会意识

3.1 从整体看,近年来,日本国民对脑死亡的理解在不断提高,据国民意识调查,认为脑死亡就是人死亡的人大大超过否定的人数,在有识人士意识调查中,赞成者占65.1%,反对者占15.3%,在一般国民意识调查中,赞成者为44.6%,反对者为24.5%。国民中存在一定程度的反对也是正常的。从调查可见,国民在感情上今后将会逐步消除顾虑,脑死亡即为人死亡的认识在社会上还是可以接受的。

3.2 对死亡的决定权

一些有识人士认为不用大张旗鼓地宣传脑死亡为

人死亡,实际上,只要开展器官移植,这个问题就会自然解决。有些人认为,是以脑死亡为死亡还是以心脏死亡为死亡是否可以由本人或家属来选择决定。但是,若承认这种选择权,那么与本来客观事实的人死亡的概念不相符,使法律关系复杂而不稳定,如果仅限于在器官移植时将脑死亡为死亡,也同样存在上述问题。另有意见认为,不要提脑死亡为死亡,只要本人事前同意,即可从脑死亡状态者摘取器官作移植而不作为违法,但取出还活着人的器官,结束其生命的这种积极行为还难说一定不违法,若这种行为不是违法的,那就是说承认二个生命间的价值差异,即为救治具有高质量生命的病人而牺牲低质量生命的病人。

3.3 死亡时间的决定

脑死亡在心脏死亡前发生为脑死亡的时间。心脏死亡先发生为心脏死亡时间。此时的脑死亡时间,在此类标准中认为,需有一定时间经过,有事实证明为不可逆,因为,应以第二次以后的判断时间为脑死亡时间。

二、器官移植问题

1. 器官移植的现状与评价

从治疗考虑,若对器官移植持否定态度,实际上就是切断了许多人的救命之路,这并不合适。在考虑今后移植医疗的基本做法时,除了需考虑国民的各种想法,还应考虑给予需移植的每一个人更多的救治途径,这是今后的基本方向。

2. 器官移植的基本原则

2.1 脑死亡的准确判断

在进行器官移植的脑死亡判断时,除进行必需的检查外,还需研究增加脑干听力诱发电位的测定、无创性脑血流测定等检查。

2.2 器官提供的承诺

本人的意见比家属的意见更为重要,必须最大限度地尊重本人的意见。因此,在本人以一定形式表示不愿提供器官时,即便亲属同意提供,也不应摘取器官。反之,本人在供体卡等文书上同意提供器官时,亲属应尊重本人意见,若本人意见未用供体卡等文书记录下来,而亲属以各种形式证实本人愿提供的意见时,也可以接受器官提供。对此,也有意见认为,即便本人意见不明,但若亲属同意提供,也可接受。但是,不管何种情况,不应亲属施加任何压力,为此,应该有第三者参与确认。因此,一致的意见是,需要依赖立法手段对器官提供程序加以明确。

2.3 器官移植与说明及同意

说明与同意对今后开展器官移植有重要意义。今后,不能仅流于简单的形式,而应慎重对待,以取得切实的说明和同意。为此,应参考现行胃移植的经验,制

定标准的说明和同意的形式、手续、并为能普及而听取有关人员的意见。

2.4 移植机会的公平性

因为提供器官的数量有限,而需移植的病人很多。器官移植即便是少数,也应慎重考虑,避免不公平。首先是在选择接受者时,要有严格的选择标准,而且该标准不应因机构而异,掺入随意性,应该是所有机构均是同一个标准。应由有关学会制定统一的标准;其次,应尽可能减少地区间差别,第三,是移植费用问题,应考虑高度先进医疗的医疗保险对策问题,第四,移植机会的提供,不仅仅从国内,也应从国际范围来考虑。

2.5 禁止出售器官

需要用法律明确规定禁止出售器官

3. 完善器官移植网络的基本设想

3.1 完善器官移植网络

为了确保移植机会的公平性以及最有效的实施移植,满足供求双方的要求,必须健全器官移植网络。

3.2 器官移植应有的网络和当前完善的办法统一、调整,作为今后的方针,需建立一个尽可能以更多的器官为对象的统一的全国性器官移植网络,而且,有关行政机构应研究器官紧急快速运行的体制。现在这种以大学系统、机构系统各自建立的网络有碍今后健全网络,因此,为了网络整体能统一调整,有关部门间需充分协调。而且还需有重点地培养移植协调人。

3.3 移植机构的指定和注册

要使器官移植顺利进行,必须确保移植机构的质量,特别是目前日本几乎未开展的肝脏等的移植,更需特别考虑。对于今后准备开展心脏移植等机构,当前至少应由有关学会等检查其开展移植是否有问题,通过检查确认机构名单并进行公布,这样既方便病人,也可使国民对移植医疗更为信赖,为此,有关学会等应尽快制定移植机构确认的标准和确认的具体手续,制定时还应充分考虑外科、内科以及有关各科的协作,即确保移植的综合医疗能力,作为医院整体,对移植应有强有力的支持系统保证,有责任感。对今后准备开展移植的机构,应实行在器官移植网络进行机构名称的登记注册,同时,应报告移植所需的病人信息和移植开展的情况。

3.4 供体卡的普及

要充分利用人道主义,普及供体卡,对此,有关行政机构应进一步努力。

3.5 开展国际合作

为了在国际社会中能公平且公正地开展移植医疗,今后,应建立开展国际间器官移植信息网络,还应研究建立国际器官移植网络。

4. 开展移植医疗的组织

日本曾发生和田心脏移植事件,关键是从医学上判断受体是否适宜做移植,但因真相不明而告终,使人们产生了对移植医疗的怀疑。因此,需要建立一种体制,以便在万一发生问题时,可对事实进行调查,向病人说明。

目前,不少大学医学部都设立了“伦理委员会”,今后应在此基础上充实或建立其它的委员会。但是,仅每个机构都设立这样一个检查系统尚欠不足,特别是发生问题时的审查,最好是该机构外的第三者承担为宜,为此,应在器官移植网络内设立一个或几个独立的、公正的审查委员会,就发生的问题进行必要调查,并将调查结果向社会公布。

当然,要使上述组织有效的工作,各机构要做好器官移植的一切记录,必要时,应提交给外部审查委员会,并有义务协助审查委员会调查,这种义务应作为参加移植网络的条件之一,无论现在,还是今后,在具体开展心脏移植、肝移植时,可由有关学会等自主成立审查委员会,以向审查委员会报告等形式进行审查,以确保国民对移植医疗的信赖。

5. 健全有关法制

要广泛开展各种器官移植,必须制定一个综合性的器官移植法(暂称),使器官移植走向法制化,该法应包括脑死亡(时间)的判断、器官买卖的禁止、以尊重本人意愿为基础的器官提供的承诺等等。

三、确保对脑死亡与器官移植及医疗的信赖

1 对脑死亡和器官移植的“担心”和“怀疑”

人们对此的担心和怀疑的背景不仅仅是脑死亡和器官移植这个特定的问题领域,也是人们以近年来超越人的理解的飞速发展的科学技术的漠然,除脑死亡、器官移植外,体外受精、基因治疗、晚期医疗等尖端医疗,这些直接关系到人的生命、身体,给人们对过去的价值观带来了冲击。另外,在医疗中,至今还存在权威主义,在医生中也存在怀疑的思想,最终导致了医疗的怀疑。

2. 从尊重人的角度看医疗及医学界的责任

然而,对人们的这种担心和怀疑若不一一努力解决,就难以真正站在尊重人的人道主义的立场上来开展不断高度化、复杂化的医疗,这种努力,首先应该是承担医疗的广大医务人员的义务,为此,有关学会应充分研究社会上的各种不同意见,找出问题所在,并广泛宣传。

四、对脑死亡为人死亡的异议

1. 对脑死亡为人死亡的理论批判

判断死亡首先是由医学、生物学来考虑的,在临床

上,死亡判断是医学上的权力,但是,死亡判断通常根据三种症状,所以,判断各种死亡时,并不仅是医生,而且还有许多人在确认医生的判断是否正确。

脑死亡是否真是人死亡,若以脑死亡为人死亡,就意味着过去的“三种症状学说”的死亡判断概念发生了重大改变,这种改变,在法律上,社会上将引起很多混乱,并影响到哲学和宗教,而且这种判断正确与否,一般人难以确认,因此,该问题需全体国民一起来解决,不能仅靠医学。

多数人认为脑死亡就是人死亡的根据是生命是有机的统一体这一学说。许多意见认为,生命作为有机的统一体,而且掌握与统一器官的是脑,所以,可以用脑死亡来判断人死亡。

实际上,不赞成脑死亡为人死亡的原因是因为脑死亡的人用人工呼吸器仍有呼吸、有体温,而且能维持一段时间,在美国、日本均有在脑死亡状态下分娩的病例,尚能分娩的女性能说是死者吗?

以脑死亡为死亡在伦理上难以找出依据,实际中也使人难以接受,关键是以脑死亡为人死亡时的侵犯人权问题。若以脑死亡为人死亡,则在宣布脑死亡时的一瞬间,人即成为事物,这里就不存在任何人权问题。所以,改变死的概念是现行许多法规需统一与协调的问题。

2. 脑死亡为人死亡的社会性认识的不一致

多数意见认为脑死亡就是人死亡是可以成立的,但要使这些多数意见具有说服力,还需使其变成全社会性的意见。

在1991年11月《读卖新闻》的社会意见调查中,认为脑死亡就是人死亡的人从90年的50%下降为46%,下降了4%,认为不是的人从23%上升为26%,上升了3%,可见,认为脑死亡是人死亡的社会意见还不足50%。所以,不能说社会对此已认可,而且认可的人数在下降。

据日本医大急救中心1991年6月调查,经历过家属属脑死亡而想法发生变化者中,原来认为脑死亡即为人死亡,但真到那时却又不那么认为者占57.1%,这对于以为越了解脑死亡就越能承认脑死亡就是人死亡的人会增加的乐观期望是一个有力的反证。

3. 多数意见的思想立场

据了解,多数认为脑死亡就是人死亡的想法主要是出于:

①应该充分尊重科学与医学成果(科学主义)

②因为掌握人生命中心有机统一的是脑(理性主义)

③人体除了脑,其余都是机械,是可以更换的(人

类机构论)

④西欧开展的应尽快引入日本(西欧主义)

多数意见认为脑死亡是人死亡的理由大多是出于人是有机体论。但是,包括移植医学在内的近代医学恰恰是在与之相反的人机械论上发起来的。因为人是机械,所以,其身体的某部分发生故障,可以用其它身体的部分进行修复,因此,器官移植是近代医学发展的必然方向,而且,脑死亡就是人死亡在近代哲学上也得到了认可。

但是,近年来,对这种近代主义有很大的疑问,有必要再进行研讨。

①当今对科学和技术无条件地信赖是危险的,已是社会应该对此控制的时候了。

②在建立近代文明的时候,自然界开始对人类报复,这就是全球环境遭到破坏的危机问题。要解决这种危机,必须认识到人类和其它生命的共同性,以求和其它生命的共存。

③人的身体不仅仅是机构组合,这正是器官移植而发现的真理,因为移植时,引起相互排斥反应。

④为了真正开展国际合作,需要有能清楚地向国外说明的自己的理由。

因此,我们不能仅以理性来考虑人,应认识到生命是活着的东西,要避免科学主义过头,尊重人类过去的精神文化,有批判地吸取近代西方文明。

4. 关于器官移植

脑死亡是处于接近死亡的状态是无可非议的。人在生前,在陷于脑死亡之时,若有强烈的意愿献出器官,那么要找出拒绝其意愿的理由是困难的。

器官移植确实有许多问题是医学问题,但是,若从尊重人的生命考虑,那么尽管不能恢复到完全健康的身体,也应尽可能延长其生命,这是人之常情。假如到了接近死亡状态,献出尚未死亡的身体来拯救只能靠移植来救命的人,这与伊斯兰教的爱的行为和佛教的菩萨心均不矛盾,尽管不同意脑死亡为人死亡,但开展移植医疗决无人反对。

5. 移植条件

5.1 供体

若以摘取器官为前提来考虑,那么,脑死亡应依据现阶段的最严格的定义和判断标准(脑循环、脑代谢中断等),而且判断必须是公正和负责的。而且,最为理想的是事前由本人明确表示在脑死亡状态时愿意摘取器官供移植,这种本人表示的意愿登记于供体卡。

在使用供体卡尚未普及的现阶段,应用文字形式明确记载。若无文字明确表示,根据家属证明来确认本

人意愿时必须慎重。

本人意愿不明而根据家属证词作器官摘取时,就可能出现纠纷,因此,在脑死亡尚未得到人们理解前,有关有否本人的意愿、对脑死亡、摘取、移植的理解、判断、意愿表示等的自发性,应有家庭法院或类似的独立而公正的审查系统,建立事前审查确认制度,为此,应全力普及供体卡。

5.2 关于日常诊疗

开展摘取、移植的机构,不仅是尖端医疗,就是日常诊疗也必须建立尊重病人权利和自我决定权的制度。

综上所述,第一,脑死亡问题是关系生死的重要问题,而且,是科技发展中所产生的复杂争论;第二,要充分认识到当今脑死亡问题及器官移植不仅仅是日本,而且是世界性新问题;第三,脑死亡、器官移植只是医学、医疗这个大领域中的一部分,医疗对于人类是绝对必需且重要的社会活动,这个活动要告诉医生与病人共同完成。

总之,在开展器官移植时,要考虑到人世对死亡的各种看法,既要慎重行事,又要尽可能多拯救一个生命。

(附:临时调查委员会的调查研究工作日程,从中可看出其调查研究工作的深入细致)

附:

脑死亡与器官移植时调查委员会 调查研究工作日程

89.12.1 根据自民、公明、民社三党的共同提案,设立临时委员会

90.3.28 第一次调查委员会会议,选举永井道雄为委员长。

4.26 第二次会议,研究决定以“脑死亡的定义”、“器官移植的现状与问题”等7项为调查研究课题。

5.16 视察日本医大急救中心

5.30 视察北里大学急救中心

6.21 第三次会议,开始实质性审议,杏林大学校长竹内一夫报告。

7.12~21 平野等3委员赴美国考察

8.1 视察神户市立中央市民医院

9.30~10.11 永井委员长等5委员赴欧州考察。

10.16~23 森等3委员赴澳大利亚考察。

11.20 公布向1000名有识之士作问卷调查的结果。

11.21 中部地区听取意见会(名古屋)。

(下转64页)

几年来,不列颠哥伦比亚大学对医学生的生命伦理学教学有不同背景的教师参与。对来自医学、护理学、康复医学、社会工作、法律、哲学、宗教等的导师进行了训练,鼓励他们参加学生小组讨论。来自医学、护理学、牙医学、药学、康复医学、听觉学和语言科学、社会工作的学生都可修这门课。

课程目的,旨在使学生能够:

1. 鉴定卫生保健中的伦理问题,并能胜任地更加有根据与卫生保健决策有关的原则对它们进行推理;
2. 认识到每门学科对卫生保健伦理难题都有独特的贡献,理解支配这些学科的伦理准则;
3. 同卫生保健不同学科成员一起参与同卫生保健问题有关的伦理决策讨论。

课程安排:共12周,每周三小时,其中一小时讲课,两小时小组讨论案例。晚上上课。

课程内容:共12课,9个问题:

1. 基础伦理学:卫生保健伦理学原则及其用于伦理决策。
2. 家长主义与自主性。
3. 知情同意。
4. 讲真话。
5. 保密。
6. 治疗和不治疗的决定。
7. 专业能力、职责和同事间的尊重。
8. 资源分配。
9. 不同学科的特殊问题。

导师训练:对医学生进行伦理学教学不能单由专业伦理学家做。要使学生理解伦理学是他们临床实践的一个不可分割的部分,必须由临床学家示范。但临床学家不知道伦理学,就不能有效地做到这一点。因此必须对他们进行训练。请他们参加三小时的导师训练课程,包括:伦理决策导论,特殊伦理问题(家长主义、知情同意、保密),以及专业和商业伦理学。

成绩评定:学生成绩根据期中 and 期末的论文评定。期中论文要求学生访问两个医务人员,他们与学生的

专业不同,彼此专业也不同。要求学生在论文中:

1. 确定与哪些专业有关的伦理问题;
2. 说明哪些伦理问题如何与学生所选择专业的伦理问题不同;
3. 比较被访问的医务人员专业的伦理准则与学生所选择的专业的伦理准则;
4. 分析专业之间的冲突如何发生,以及如何避免这些冲突。

期末考试要求学生小组讨论的案例问题给予回答。提出五个问题,学生回答三个。学生要:

1. 说明可以考虑的可供选择的行动方针;
2. 选择其中一个行动方针,给出选择这个放弃其他的理由;
3. 表明对问题的伦理方面具有自觉性,以及对学科间的问题具有敏感性。

一、理事会

理事会在10月7日下午举行。理事会选举P. Singer(澳大利亚)为会长,D. Wikler(美国)为副会长,R. Chadwick(英国)为秘书,G. Serour(埃及)为司库。其余17位理事为:H. Kuhse(澳大利亚),S. Gbadegesian(尼日利亚),R. Gilon(英国),Kusun(印度),A. Campbell(新西兰),B. Knoppers(加拿大),M. Mori(意大利),A. Fuenzalida(智利),R. Kimura(日本),J. Tealdi(阿根廷),J. Harris(英国),B. Blaszauser(匈牙利),邱仁宗(中国),D. Gracia(西班牙),N. Mendis(斯里兰卡),M. de Wachter(荷兰),A. Capron(美国)。理事会决定第二次大会将于1994年在阿根廷举行,第三次大会将于1996年在日本举行,理事会讨论了争取资助、办公室地点、建立委员会以及交纳会费等问题。理事会特别讨论了发展中国家会员的会费问题,建议将会员会费分等。关于中国会员的会费问题,建议由中国医学伦理学会作为团体会员参加,这样中国医学伦理学会会员就当然是国际生命伦理学学会会员,无需再交纳会费,希望能与中国医学伦理学会协商解决。

(邱仁宗)

(上接58页)

- 12.6~7 集中箱根,开始审议中间报告。
- 91.2.14 九州、冲绳地区听取意见会(福岡)
- 3.29 第15次会议,日本医学学会会长太田邦夫报告和心脏移植的问题。
- 4.12 北海道、东北地区听取意见会(札幌)
- 4.16 专门委员会会议(后藤文男主持),讨论认为竹内标准无问题。
- 6.14 第20次会议,公布中间意见
- 8.9 关东地区听取意见会(东京)

- 9.20 近畿地区听取意见会(大坂)
- 10.15 公布3000名公众意见调查结果
- 10.17 中国、四国地区听取意见会(广岛)
- 92.1.17 第32次会议,对最后咨询报告统一意见。

- 1.22 第33次会议,向宫泽首相提出咨询报告。

译自日本《读卖新闻》1992年1月23日