

ることを、医師あるいは医療施設は必ず知り置かなくてはならない。

脳死診断についての記載は、故人の相続人の財産請求権についても深く影響する。法廷では、死亡診断書上の日付以前に主治医が診療録に記載した脳死の事実が認められ、保険金受取人による変更の「停止」と意味づけられている（クロボンスvsウィスコンシン全米保険会社）。法廷は死亡診断書の証拠提出があるときのみ、証拠に関し異議を唱えることを認めない。これは医療専門外の間人により死亡時刻が決定される可能性が生じるからである（*Estate of Stewart vs Taff*）。それゆえ、医師は、正確かつ適切な時点での脳死の表明は、故人財産の相続を実効させることになることを認識しなくてはならない。

法廷におけるその他の問題として、治療（サポート）の中止について家族と医療者側に生じた感情的な対立による苦悩があげられる。法廷は、たとえ患者家族の意向と反する場合にあっても、医師が脳死患者の治療中止を行うことについて繰り返し支持している（*Virk vs Detroit Receiving Hospital and University Health Center, Matter of Long Island Jewish Medical Center, In the Matter of Alvarado. New York City Hospitals Corp.*）。そのうえ、1988年のアラバマ上級審判決は、医師が家族に対し論争に端を発する精神的ストレスの原因とならない場合、家族の意向に反し治療中止を決定することについて医師の免責を保証している（*Gallups vs Cotter*）。

医療過誤が直接死因であるかの評価の際には、法廷は本来の臨床経過以外において被ることとなった損傷に対する内科的あるいは外科的行為の関連性について注目する。そして犠牲者が当初の院外損傷を受けていなかったら、延命治療の中止やその後の臓器提供は生じなかったであろうことが明白な場合、関連性の重要性を示すことになる³。

殺人という行為による脳死には多くの問題点が存在する。訴訟が発生した際には脳死判定を実施した医師は供述を要求されることがある。調査項目としては、多くは手技に関する特異的な過失についての精査一例として一神経学的検査の完全な記載がない、不適切な無呼吸テストの実施とその結果生じた著明な低酸素や心停止、通常なされる基準でもある動脈血二酸化炭素分圧値の測定を行っていない、などがある。殺人行為に薬物が関連した場合、当然脳死診断は不可能となる。基準を順守した検査が実施できないからである。損傷の性状と部位については、医療訴訟上の観点からも必ず記載しておく必要がある。たとえば、もし患者が心臓を撃たれ低酸素脳症で死亡した場合、外科医はおそらく胸部以外の領域に制限して臓器提供を実施するであろう。しかしそれ以外の組織も、写真撮影にて体表の記録を行った後であれば使用可能である。

死亡宣告の後、検視官あるいは検査医（監察医）に連絡をとる。彼らは司法解剖や情報収集が終了するまでの間、死体の司法に対する権限を有している。

■ 引用文献

1. Beresford HR. Legal aspects of termination of treatment decisions. *Neurol Clin* 1989;7:775-787.
2. Beresford HR. Brain death. *Neurol Clin* 1999;17:295.
3. Burkle CM, Schipper AM, Wijdicks EFM. Brain Death and the Courts. *Neurology* 2011;76:837-841.
4. Morenski JD, Oro JJ, Tobias JD, et al. Determination of death by neurological criteria. *J Intensive Care Med* 2003;18:211-221.
5. Uniform Determination of Death Act, 12 uniform laws annotated 589 (West 1993 and West supp (1997)).

