

日本における脳死論議の歴史

宮 坂 和 男

(受付 2011 年 10 月 31 日)

序

2010年10月頃のことだったと思うが、クレジットカード型の新しい健康保険証を受け取ったとき、裏面に次のような記載があるのを見て、大変に怪訝に感じた。臓器提供の意思に関するものである。

※以下の欄に記入することにより、臓器提供に関する意思を表示することができます。(記入は自由です。) 記入する場合は、1.2.3. のいずれかの番号を○で囲んでください。

1. 私は、脳死後および心臓が停止した死後のいずれでも移植の為に臓器を提供します。
2. 私は、心臓が停止した場合に限り、移植の為に臓器を提供します。
3. 私は、臓器を提供しません。

《1又は2を選んだ方で、提供したくない臓器があれば、×をつけてください。》

【 心臓・肺・肝臓・腎臓・膵臓・小腸・眼球 】

諸項目の内容を読んでも何とも判然とせず、要領を得ないように感じて、結局何も記入しないまま月日が過ぎてしまった。今も意思表示をしないままになっている。

「意思表示していない場合、自分が脳死になったらどうなるのかなあ」という疑問はいつも心のどこかで感じていた。そうこうしているうちに、講義で脳死の話をする都合もあって調べてみたところ、意思表示がない場合には、家族が同意すれば臓器が摘出されることが分かって、かなり驚いた。唖然とし、また慄然とした。日本では、上の3を選んで積極的拒否の意思表示しておかない限り、本人の思いとは関係なく脳死の人から臓器が移植されることになったということである。

そう思っていたとき、2011年になって運転免許証を更新したところ、裏面に健康保険証と同様のものが書かれているのを見て、またしても驚いた。「ここまで手がまわったか」と思ったと言えば、暴言になってしまうだろうか。ただ、「脳死と臓器移植」の問題がもはや他人事ではなくなったと言うことはできるであろう。これからは、脳死になって臓器が摘出され、移植に用いられた話を、身近でも聞くようになるかもしれない。

生命倫理学の講義を担当している関係から、私は「脳死と臓器移植」の問題について、世

間一般の大多数の人々よりおそらくよく知っているであろうし、また「臓器移植法」が2009年に改定されたことももちろん知っていて、新聞報道は注意して読んでいた。それにもかかわらず、自分の身近にこのような現実が迫っていることが分かるまでには、かなり時間がかかった。自分の怠慢と不明を嘆きたい気持ちはあるが、それにしても多くの人は、「脳死」や「臓器移植」にまつわるこのような現実を知らないままではいるのではないだろうか。私が学生等に訊いてみたところでも、何も記入しないままの人が大変に多い。

健康保険証と運転免許証の記載はアメリカに倣ったもののようであり、「脳死と臓器移植」をめぐる昨今の動きを何やら謀略めいたものとして見ようとするならば、見方を穿ちすぎていることになろう。むしろ「脳死と臓器移植」に関して日本がようやく欧米に追いついたという見方をとることもできる。

だが、こと「脳死と臓器移植」に関しては、欧米諸外国に追いつくことを目指すべきではない。後に見るように、「脳死」に関しては近年、それが多分に不明瞭なものを含んでおり、人の死を決定するには危うすぎる概念であることが明らかになってきたからである。ところがこのことに逆行して、日本では2009年に臓器移植法が改定され、「脳死」を一律に人の死と見なすこと、本人が積極的に拒否していない限り、家族が承諾すれば脳死の人から臓器を摘出して移植に用いてよいことが法的に確定した。このように「脳死と臓器移植」に関して日本では、独特の非常にねじれた状況が生じている。

このことに対する違和感をきっかけとして、これまで日本で見られた脳死論議の内容を辿ってみたところ、それがすでに一つの歴史を形成していることに気がついた。本稿はこの歴史を俯瞰的に概観し、その上で「脳死と臓器移植」をめぐる今日の日本の状況がどのようなものであるかを見て取ろうとするものである。

日本では1968年に、札幌医大の和田寿郎医師が行った心臓移植手術が失敗に終わり、必要のない移植手術をした疑いが強く持たれたために、諸外国と比べて脳死者からの臓器移植が進まなかった。このような経緯から日本では、「脳死」を人の死と見なしてよいか、脳死の人の臓器を移植に用いてよいかという問題に関して、他国には見られないような多くの論争が交わされ、議論の深まりが得られた。このことはある意味では幸運だったとすることができる。だが、今日「脳死と臓器移植」に関して日本でとられている姿勢は、このような幸運を生かさないものになっている。この点でも、今日「脳死と臓器移植」に関してわれわれが置かれている状況は、非常に特異なものになっていると言えよう。

なお本稿は、別の拙稿¹⁾と非常に近い時期に書かれたこともあって、それと内容が重複する部分が多いことを、ここであらかじめお断りしておきたい。また、私としては本稿を講義ノートとしても活用したいという意図を持っているため、関連するどの書物にも書いてある

1) 拙稿「脳死体験」、『広島修大論集』第52巻第1号（広島修道大学、2011年）所収。

ような初歩的な事柄についても解説を与えることになった。そのため、脳死や臓器移植についてすでに知識を持っている読者にとっては、本稿の内容が当たり前すぎて退屈なものになっていることを恐れている。読者諸賢のご寛恕を乞うとともに、自分にとって不必要と感じられれば遠慮なく読み飛ばして先に進まれるようお願いしたい。

第1章 時期区分

日本における脳死論議の歴史を辿るために、最初に時期の区分を試みることにしたい。森岡正博は『脳死の人』（1989年）という著書の中で、その時点までの脳死論議の歴史を次の三つの時期に分けている²⁾。

第1期：1980年ごろから1985年ごろまで。1983年に、厚生科学研究費による「脳死に関する研究班」（いわゆる竹内班）が発足し、脳死という問題が社会的に注目され始めた時期。この時期を代表する書物としては、次のものがある。

- (1) 東大 PRC 企画委員会編『脳死』（技術と人間，1983年，初版）
- (2) 中島みち『見えない死』（文芸春秋，1985年）

第2期：1986年ごろから1987年ごろまで。1985年12月に厚生省竹内班の脳死判定基準（いわゆる竹内基準）が発表され、それをめぐって議論が生じた。マスコミはいっせいに竹内基準をとりあげ、脳死という言葉が一気に流通するようになった。この時期の著作としては次のものがある。次の立花隆の著書は、「脳死」という医学的概念を一般にも分かるように解説するとともに、竹内基準に対する批判を企図して書かれたものである。

- (3) 立花 隆『脳死』（中央公論社，1986年，雑誌『中央公論』での連載は1985年11月～1986年8月）
- (4) 竹内一夫『脳死とは何か——基本的な理解を深めるために——』（講談社ブルーバックス，1987年）

第3期：1988年ごろから1997年ごろまで。時期の区分について述べた森岡の著書は1989年に上梓されており、この時期がいつまで続くのかを森岡自身は決定していないため、われわれが代わって決めなければならない。やや長くなってしまうが、「臓器移植法」が成立した1997年までを第3期と見なすことにしたい。森岡によればこの時期は「『脳死』そのものの

2) 森岡正博『増補決定版 脳死の人——生命学の視点から——』（法蔵館，2000年），iii－iv 頁。

解明というよりも『脳死』をきっかけに見えてきた社会の姿、日本文化の姿、現代医療の姿を追求してゆこうとする姿勢」によって特徴づけられるが、他方で立花による竹内基準批判も続いており、脳死に関する議論が多様に行われるようになった時期と見なされてよいであろう。この時期に書かれた書物としては、次のようなものを挙げることができる。なお、森岡は自らの著書をこの時期に属すものと見なしている。

- (5) 波平恵美子『脳死・臓器移植・がん告知』（福武書店，1988年）
- (6) 立花 隆『脳死再論』（中央公論社，1988年，雑誌連載は1988年3月～8月）
- (7) 森岡正博『脳死の人』（東京書籍，1989年）
- (8) 立花 隆『脳死臨調批判』（中央公論社，1992年，雑誌連載は1989年12月～1992年8月）
- (9) 梅原 猛（編）『脳死と臓器移植』（朝日新聞社，1992年）
- (10) 小松美彦『死は共鳴する——脳死・臓器移植の深みへ——』（勁草書房，1996年）

次に、これ以後の時期をわれわれなりに区分することを試みたい。

第4期：1998年ごろから2000年ごろまで。臓器移植法が施行されて以後の時期であり、日本でも脳死の人からの臓器移植が行われ始めた時期である。1999年2月，高知赤十字病院で，脳死の人からの臓器移植手術が日本ではじめて行われ，それに続くようにして同年，東京都と宮城県でも行われた。後述するように，高知での初例は判定手順のミスをはじめとして様々な問題を含んでいたことが後から明らかとなり，多くの論議を呼んだ。また，1997年の臓器移植法では3年後の2000年に見直しの検討をすることが約束されていたこともあって，2000年前後に脳死論議が再燃する状況が生まれた。この時期の書物としては，次のものを挙げるができる。

- (11) 梅原 猛（編）『脳死と臓器移植』（朝日文庫，2000年）（前掲（9）の文庫版。部分的に内容が改訂されたり増補されたりしている。）
- (12) 中島みち『脳死と臓器移植法』（文春新書，2000年）
- (13) 近藤 誠ほか『私は臓器を提供しない』（洋泉社新書 y，2000年）
- (14) 高知新聞社社会部「脳死移植」取材班『脳死移植——いまこそ考えるべきこと——』（河出書房新社，2000年）
- (15) 森岡正博『増補決定版 脳死の人——生命学の視点から——』（法蔵館，2000年）（前掲（7）の増補決定版）

第5期：2001年ごろから2009年ごろまで。第4期の論議をきっかけとして、脳死に関してそれまで注意されてこなかった事実や現象が注目を集め、「脳死」という現象を見る見方が大きく変わって行った時期である。後述するように、「脳死」を人の死と見る見方にとっては不都合な事実や現象がさまざまに明るみに出された。この時期の書物としては、何と言っても(17)の小松美彦のものが重要であろう。同書は今でも、脳死に関する解説書としては決定版となっていると言うことができる。また竹内一夫が自著の改訂新版を上梓しており、新たに注目されるようになった事実や現象を、厚生省基準の作成者がどのように見ているかが確かめられる。

- (16) 森岡正博『生命学に何ができるか——脳死・フェミニズム・優生思想——』（勁草書房、2001年）
- (17) 小松美彦『脳死・臓器移植の本当の話』（PHP新書、2004年）
- (18) 竹内一夫『改訂新版 脳死とは何か』（講談社ブルーバックス、2004年）（前掲(4)の改訂新版。）

第6期：2009年ごろから今日まで。第4・5期の論議の趨勢に逆行して、2009年の新しい臓器移植法では、脳死は一律に人の死として定められた。また冒頭で述べたように、積極的拒否以外は本人の意思は顧慮されず、家族の同意によって臓器移植が認められることになった。今日の日本でわれわれは、このように顕著にねじれた状況に置かれている。この時期の書物としては、新たな内容からなる決定的な書物は現れていないが、今日の状況を確認するためのものとして、次のものを挙げることができる。

- (19) 小松美彦・市野川容孝・田中智彦（編）『いのちの選択——今、考えたい脳死・臓器移植——』（岩波ブックレット No. 782、2010年）

以上に挙げたのは、「脳死」や「臓器移植」に関して学術的・解説的に書かれた書物である。これ以外にも重要な書物はもちろんいくつもあるが、ここでは私が重点的に参照したものを挙げた。また、家族が脳死となったときのことを綴った手記や体験記などもあり、読み物として非常に優れたもの、情報として大変に重要なものがあるが、それらは以下の本論中で挙げることにしたい。

次に、以上の時期区分を踏まえて、本論の構成について述べておくことにしたい。

第2章では、脳死問題が出現してきた経緯と初期の脳死論議の内容について見る。どの解説書にも書かれているように、「脳死」の問題は、延命技術と臓器移植技術が進歩することに

伴って生じてきた。延命技術の進歩によって、心臓はまだ拍動しているが、脳はもはや活動していないと考えられるような状態が生み出されるようになった。このような人の臓器を摘出して移植医療に用いようとする動きが生じたことから、「脳死」という現象が注目を集めるようになったのである。この新たな現象をどう見るかをめぐって当然議論が生じたが、この初期の議論の内容としては、本稿ではアメリカで見られたものを辿ることにしたい。「脳死」という現象は、どこよりもまずアメリカで問題になったからである。本稿では、初期に関してのみ、アメリカにおける議論の内容を見ることにしたい。

第3章では、竹内基準に対する立花隆の批判について見てゆくことにしたい。先に挙げた時期としては、第2期と第3期に当たる。日本で「脳死」という言葉が頻繁に使われるようになったのは、1985年に厚生省作成班によって脳死判定基準が示されてからであった。この基準は、作成班の代表者の名前をとってよく「竹内基準」と呼ばれる。この竹内基準に対して評論家の立花隆は、徹底した調査に基づく強力な批判を繰り広げた。日本における最初の本格的な脳死論議は、竹内基準と立花隆との対決という形をとって現れた。日本の脳死論議の歴史を辿ろうと思えば、この対決に触れないでいることはできない。

第4章では、「竹内基準 vs 立花隆」の論争の後、1997年に「臓器の移植に関する法律」が成立するまでの時期に生じたことを見る。脳死論議そのものを構成するものではないが、この時期には、ノンフィクション作家である柳田邦男の息子が脳死状態に陥るという出来事があり、そのときの体験を柳田が書物に著わしている。身内として傍らに付き添う者にとって脳死がどのようなものであるかを教えてくれる、非常に重要な記録となっている。またこの時期には、「脳低体温療法」という新しい脳治療法が開発されており、脳死をどう見るかという問題に対しても影響を与えている。

第5章では、脳死の人から臓器が移植された最初のケースについて見、それをきっかけにして日本で脳死論議が再燃した経緯をたどる。先の時代区分では第4期に当たる。1999年2月、高知赤十字病院で、脳死の人から臓器を摘出する手術が日本ではじめて実施され、複数の臓器が全国数か所の病院に移送されて移植に用いられた。このときの脳死判定が正しかったかどうかをめぐって多くの疑問が後から提出され、日本において脳死論議が再び活発化するきっかけとなった。本章では、高知の初例に関して見られた諸問題を見るとともに、立花が脳死論議の舞台から完全に退場したことを確認する。

第6章では、今世紀に入って生じた、新たな段階の脳死論議の内容について見る。先の区分では第5期に該当する。高知の初例をきっかけとして、脳死に関してそれまであまり注目されていなかった事実や現象に光が当てられていった。日本における脳死論議は、それまでとはまったく異なる新たな段階に入った。この時期、立花にかわる論者たちがこれらの事実や現象を取り上げ、脳死を人の死と見なす見方には非常に大きな無理があることを訴えていっ

た。これらの事実や現象が与えた衝撃は非常に大きなもので、これと比べると「竹内基準 vs 立花隆」という論争の争点は瑣末に思えるほどである。

第7章では、このような論議を経て、日本では「脳死と臓器移植」をめぐる現在どのような状況が生じているかを見る。近年日の目を見ることになった諸事実からすれば、脳死からの臓器移植を控える方向の決定がされなければならないはずなのに、2009年に、それとは逆の方向に臓器移植法が変更され、冒頭に述べたような奇異な状況が出現した。新臓器移植法の下で、「脳死と臓器移植」に関して今日の日本でどのような状況が生まれているか、今後どのような展開が見込まれるかについて見ることにする。

第2章 脳死問題と出現と初期の脳死論議

「脳死」は、1950年代以降、蘇生術や延命治療の技術が発達したことによって見られるようになった現象である。中でも人工呼吸器（レスピレーター）が発明されたことが決定的なきっかけとなった。人工呼吸器は、気管にチューブを挿管して、肺の中の空気と外気との交換を機械によって行う装置である。脳の呼吸中枢が機能しなくなっても、肺そのものが持つガス交換のメカニズムが壊れていない限り、人為的に空気を交換することによって、肺から体内に酸素を送り込むことができる。そしてこのことによって、脳が死んでも心臓の活動を維持することができる。心臓には脳の中枢に依存しない自動性が備わっているため、肺を通して酸素が供給されれば、心臓は脳から独立して動き続けることができるからである。このような仕組みを通して、今日、人工呼吸器につなげることによって、人為的に心臓が動き続ける状態を作ることが可能になっている。

このような医療技術の進歩に伴って、心臓は動いているが生きている徴表が見られないような状態、脳がもはや働いていないのではないかと思われるような状態が見出されるようになった。この状態をはじめて明示したものとしては、フランスの神経内科医であるモラレとグロンが1959年に“coma dépassé”と呼んだものが知られている。「超昏睡」とか「行き過ぎた昏睡」のように訳される言葉である。

その後1967年に、南アフリカで世界初の心臓移植手術が行われて世界を驚かせた。そして翌68年には、アメリカのハーヴァード大学で「不可逆的昏睡（irreversible coma）」の定義と判定基準が発表されている。「脳死（brain death）」という言葉が使われるようになったのはこの頃からのようである。事の経緯から明らかなように、「脳死」は臓器移植との関わりでクローズアップされるようになった現象にはかならない。移植医療が推進されてゆく中で、脳死の人の臓器を移植に役立てることが望まれるようになって行ったのである。

この頃「脳死」をめぐるアメリカでどのような意見が示されたか、ここで瞥見し、それ

によって、「脳死」という現象に関してどのような見方が生じうるかを確かめておくことにしたい。

(1) グリーンとウィクラー

グリーンとウィクラーが共同で執筆した「脳死と人格同一性」という論文³⁾は、脳死が人の死にほかならないことを主張しようとするものである。グリーンとウィクラーによれば、「ジョーンズがまだ生きている」ということは、その人が「ジョーンズである (is) (のままである (remains))」こと、すなわちジョーンズが人格の同一性を維持していることを意味している。そしてこの同一性を形成するのは、ジョーンズがある心理的性質を継続的に所有していることであり、このことを可能にするのは脳の働きにほかならないと二人は言う。「脳死患者は実際に死んでいる」ことを主張するこの議論を、二人は「存在論的議論」と呼んで、「道徳的議論」や「生物学的議論」から区別している。物の見方が関わる以前のありのままの事実として、脳死は人の死にほかならないことを主張しようとする議論である。この論文は必ずしも理解しやすいものではなく、また「[心理的出来事のための因果関係が] 主として神経組織、特に脳の内部で作用していることをわれわれは知っている」⁴⁾という箇所や「人格同一性は脳同一性と一致しているように思われる」⁵⁾といった言い方を見ると、二人が言うような「存在論的議論」が本当に成功しているかどうかは疑問の残るところであるが、二人の議論がわれわれの常識を反映していると言うことはできるであろう。ある人の脳がまったく活動を失った場合、その人は何も思わず何も感じないとわれわれは考えるであろうし、その場合にはその人はもう生きているとは言えないと考える人もいるであろう。グリーンとウィクラーの議論は、このような常識をあらためて確認しようとしたものであると言えよう。

(2) ヨナス

これとは逆に、脳死を人の死と見なすことに反対したのは、有名な H・ヨナスである。ヨナスの主張の内容は、次のような諸点に整理されてよいと思われる⁶⁾。

・臓器移植という実目的のために死を定義し直してはならない。

-
- 3) マイケル・B. グリーン、ダニエル・ウィクラー（円谷祐二訳）「脳死と人格同一性」（1980年）、H.T. エンゲルハート、H. ヨナスほか（加藤尚武・飯田亘之編）『バイオエシックスの基礎——欧米の「生命倫理」論——』（東海大学出版会（1988年））、所収。なお、グリーンは精神分析医で、ウィクラーはウィスコンシン大学の哲学教授である。
- 4) 同上、252頁。下線は引用者。
- 5) 同上。下線は引用者。
- 6) ハンス・ヨナス（谷田信一訳）「死の定義と再定義」（1980年）、上掲『バイオエシックスの基礎』、所収。

- ・生と死との境界はそもそも明確なものではありえず、「脳死」のような曖昧な中間的状态を死んだ状態と見なすことは許されない。このような中間的状态に直面したとき「われわれが採用すべき方針は、生きている可能性の側にできるだけ加担することである」⁷⁾。
- ・脳死の人は人工呼吸器によって生命をつないでいるが、人工的な装置に頼っているという理由で人を死んでいると見なすことはできない。
- ・人体を構成するさまざまな部分の中で、脳だけを特別視してはならない。
- ・脳死身体からの臓器移植を認めてしまうと、それをきっかけにして、さまざまな実験等のために脳死身体が利用されるようになる可能性が高い。このような可能性をはじめから塞がなければならない。

ヨナスの主張は、われわれの常識的信念に反するものだと言ってよいであろう。今日われわれは、意識活動はもちろん、それ以外の身体の動き等も脳の支配下にあると考えて、脳を特別なものと見なしているが、ヨナスはこのような特別視は間違っていると言っているのである。ヨナスの主張は奇矯な印象を与えかねないもので、一見批判そのものを目的とした議論にも見えかねない。だが後に見ることになるが、近年分かっている事実には、ヨナスの主張を支持するもののほうが多く、われわれの常識的信念のほうが見直しを迫られている。脳死論議の重要な所産だと言ってよいであろうが、脳を特別視する常識的な見方を今日われわれは放棄しなければならなくなっているのである。このことは後に論じることになるであろう。

(3) カブロンとカス

カブロンとカスは、脳死を人の死と見なす見方には与しているが、それが法律で定められるときに歪みが生じる恐れがあることを警告している⁸⁾。「脳死の人はすでに死んでいるのであるから、その臓器を移植に用いたい」というのが、脳死からの臓器移植を行おうとするときのそもそもの動機だったはずであるが、それが微妙にとり違えられて、「臓器移植のために脳死の人を死んでいると見なしたい」とような考えに変わってしまう恐れがあるという。このように変化した考えに基づいて法律が制定されることがありえるが、このように論点をすりかえた立法がなされてはならないと二人は言う。

二人によれば、実際に1970年にカンザス州で成立した法律は、臓器移植という目的のため

7) 同上、232頁。

8) アレクサンダー・M. カブロン、レオン・R. カス（森岡正博訳）「死の決定基準の法制的定義」（1972年）、上掲『バイオエシックスの基礎』、所収。なお、カブロンはペンシルバニア大学の法学部教授で、カスは医師・生化学者でシカゴ大学教授である。

に死を宣告する内容のものになっているという。そこでは「呼吸・循環機能を維持する人工的手段を停止する前に、そして移植目的のために生きた臓器が摘出される前に、死は宣告されるべきである」⁹⁾と書かれているが、このように目的絡みで人の死を認めるようなことをしてはならないと二人は言う。また二人によれば、脳死を人の死と認めるとしても、それが伝統的な死の概念と調和しうることが確かめられていなければならない。

これらによってわれわれは、脳死について議論されるときに提示されうる代表的な主張を確かめることができるであろう。これらを踏まえた上で、次に日本で行われた脳死論議の内容を見てゆくことにしよう。

第3章 竹内基準 対 立花隆

欧米諸外国と同様に脳死の人からの臓器移植を行っていこうとする動きが、日本でも広がって行った。1968年には日本脳波学会の中に「脳死と脳波に関する委員会」という組織が設けられ、脳死とはどのような状態のものであるかが確かめられた。同委員会の報告では、脳死は「全脳髄（大脳のみでなく小脳・脳幹を含む）の不可逆的な（もとに戻るできない）機能喪失状態」¹⁰⁾と定義されている。また1983年に厚生省によって「脳死に関する研究班」が組織され、1985年に脳死を診断するときの判定基準を発表している。この基準はよく、研究班長・竹内一夫杏林大学教授の名前をとって「竹内基準」と呼ばれる。日本ではこのような過程を通じて、1980年代後半に「脳死」という言葉が知られるようになっていった。この時期に、有名なジャーナリストである立花隆が綿密な調査を行って、「脳死」とはどのような現象であるかを明らかにしようとした。そして、その間に発表された竹内基準に対して立花は強力な批判を繰り広げた。

日本における本格的な脳死論議は、この立花による竹内基準批判によって始まったということができる。誤解がないように言っておかなければならないが、立花は脳死を人の死と見なすことに反対しているわけではない。「脳は、他の臓器と同列に置かるべき『単なる一つの臓器』ではない」¹¹⁾と断言する立花は、人間のアイデンティティを担う臓器として、脳を明らかに特別視している。この見方は先のグリーンとウィクラーのそれにまったく一致するものだと言ってよく、この見方からは、脳死からの臓器移植に反対する考えは生じない。脳が

9) 同上、282頁。

10) 竹内一夫『脳死とは何か——基本的な理解を深めるために——』（講談社ブルーバックス、1987年）、25頁における引用。

11) 立花 隆『脳死』（中公文庫、1986年）、527頁。

死んで意識活動が失われれば人間は生きているとは言えず、そこから臓器を摘出して移植に用いてもよいと立花は考えている。ただ脳死の判定には万が一にも誤ることがあってはならず、大きな慎重さが必要になるとして、判定基準に関して立花は厳しい注文をつけているのである。

立花の『脳死』という著書は、「脳死」という現象を医学界だけでなく一般にも知られたものにすることを意図しており、脳死に関する最初の本格的な解説書として今日でもまだ大きな価値をもっていると言えることができる。立花が解説した脳死に関する基礎的知識を、ここでも確認しておくことにしよう。

人間が死に至ったと見なされるのは、今日でもほとんどの場合、心臓が停止したときである（心臓死）。心臓が止まれば全身への血流が停止するため、養分や酸素が届かなくなって、ほどなくして人間の体全体が滅びることになる。このとき脳にも血液が回らなくなるため、脳も死ぬ（脳死）。ほとんどの場合、脳死は心臓死の後に来る。だが、死を迎える人の1パーセント弱の割合で、脳死が心臓死に先立つ場合がある。脳内出血や脳梗塞などの病気を発症したり、事故で頭を強打するなどして脳が決定的な損傷を被ったりする場合である。このような場合には、心臓が停止するよりも前に脳の働きが失われるわけである。この場合にも、そのまま放置すればほどなくして自発呼吸がなくなり、心停止を迎えることになるのであるが、延命技術の発達に伴って、心臓はさらにしばらく拍動を続けることが今日可能になった。先にも述べたように、人工呼吸器につなげることによってこのことが可能になったのである。

「脳死」はわれわれに馴染みの薄いものであり、正しく理解している人は今日でも少ないのが実情であろう。脳死の人には人工呼吸器が繋がれているだけでなく、栄養補給用の管をはじめとして様々なチューブが通っていること、そのため、ほとんどの場合集中治療室（ICU）にいることを、われわれは確認しておかなければならない。

またここでもう一つ確かめておかなければならないことは、脳死とは「全脳死」のことを意味しており、その点で「植物状態」とは異なるものだということである。テレビニュースのインタビュー報道などを見ると分かるが、非常に多くの人々は「脳死」をいつの間にか「植物状態」と混同して考えている。だが立花の著書に明快に解説されているように、植物状態の人は、大脳の働きは失っているが脳幹がまだ生きているため、自力で呼吸するし、外部からの刺激に対しても反応する。脳幹は呼吸中枢を持っているほか、人体の維持のために欠くことのできない重要な基礎的役割を担っているからである。

これに対して脳死の人は、脳幹も死んだ「全脳死」の状態にあるため、人工呼吸器の力を借りないと呼吸することができない。「脳死」とは、脳がすべて死んで活動を失い、「植物状態」よりもさらに昏睡が進んだ状態のことである。脳がすべて死んでいれば、その人は何も思わないし何も感じないと考えられるため、その人の臓器を摘出して移植に役立てたいとい

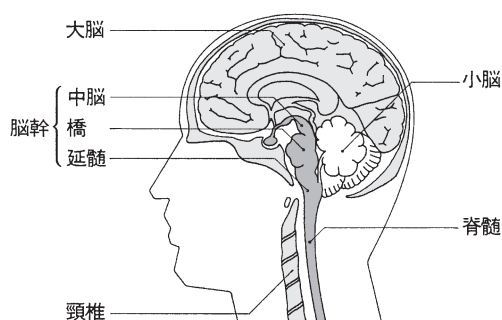


図 1

う考えも出てくるわけである。

さて問題は、脳がすべて死んでいることがどのようにして確かめられるのか、どのような条件を満たせば「脳死」と見なされてよいのかということである。特に問題になるのは、もちろん脳幹の死である。脳幹は脳の中でも最も奥まった場所にあるため（図 1 を参照）、頭蓋の外からその状態を調べることが大変に難しい。竹内班は、次の 6 つの事項を脳死判定基準として提示した。

1. 深昏睡
2. 自発呼吸の喪失
3. 瞳孔の固定
4. 脳幹反射（対光反射，角膜反射，毛様脊髄反射，眼球頭反射，前庭反射，咽頭反射，咳反射）の喪失
5. 平坦脳波
6. 以上の状態の 6 時間の継続¹²⁾

1. 立花の竹内基準批判

立花は、この竹内基準が、脳が単に機能しなくなっていることを確かめるものにすぎず、それゆえ不十分なものであるとして批判する。脳のこのような「機能死」を確かめるだけでは、患者が外に反応を示すことができないだけで、まだ内的意識が残っている可能性があるというのである。このことを立花は、臨死体験の取材に基づいて指摘している。死亡判定後に蘇生する人がまれにいるが、そのような人の話によれば、死んだと診断されたときにも、

12) 「厚生省厚生科学研究費特別研究事業 脳死に関する研究班昭和60年度研究報告書 脳死の判定指針および判定基準（抄）」、中山研一（編著）『資料に見る脳死・臓器移植問題』（日本評論社、1992年）、所収、49頁。

外に向けて反応することができないだけで、意識ははっきりしているという。また人の話が聞こえていて、はっきり理解しているという。医者「ご臨終です」という言葉を、死んだ（とされる）本人が聞いているというのである。

このような“早すぎる脳死”の問題が生じないようにするために、立花は、脳を構成する一つ一つの細胞が壊死する「器質死」の状態になるまで待つべきだと主張する。この段階に至ると、脳は自己溶解してドロドロの状態になっているという。このような状態にまで至れば、いかなる意識も残っている可能性はないというわけである。立花は具体的には、聴性脳幹誘発反応を調べる項目と、脳血流の停止を確かめる項目を竹内基準に追加するべきことを主張している。

前者は、耳に音の刺激を与えたとき、脳幹部に微弱な電気信号が生じないかどうかを調べる検査である。人間が死に近づくとき、最後まで残る感覚は聴覚であるため、その有無を確かめることは、脳幹が生きているかどうかを確かめるための重要な指標になるというのである。

後者は、造影剤を注射した上でレントゲン撮影を行って、脳血流があるかどうかを確かめる検査である。脳の血流が無くなっていれば、脳に酸素や養分が送られていないことが確実であるため、脳を構成する一つ一つの細胞が死んでいることが判定できるというのである。

立花は『脳死』とその続編である『脳死再論』『脳死臨調批判』の中で、上記の批判を繰り返した。ここで述べておくと、立花の批判は大きな効果を生み、その後たいの病院で聴性脳幹反応が実際に検査されるようになった¹³⁾。ただ後者の、脳血流の停止を確かめるべきだという主張については、判定基準が改められることはなく、またどの病院でも検査は実施されていない。立花の説得的議論にもかかわらずこの検査がなぜ実施されないのか、その本当の理由を確かめる機会を私はまだ得ていないが、後に小松美彦が推測しているところでは、「脳血流の完全な停止は心停止とほぼ等しく、それでは臓器移植のために脳死を人の死（の基準）とした“成果”が無に帰するからであろう」¹⁴⁾とのことである。脳血流が無くなるまで本当に待てば、実際には心臓が止まるのを待たなければならなくなり、脳死からの臓器移植が意味をなさなくなってしまうということである。

竹内基準に対する立花の批判を、われわれとしてはどう受け止めるべきであろうか。立花の『脳死』が出版された年の翌1987年に、竹内は『脳死とは何か』という書物を上梓している（誤解がないように言っておかなければならないが、これは別段立花に対する反論を意図して書かれたものではない）。竹内が自らの定めた基準についてどのように述べているか、こ

13) 立花 隆『脳死臨調批判』（中公文庫、1992年）、219頁。

14) 小松美彦『脳死・臓器移植の本当の話』（PHP 新書、2004年）、80頁。

こでぜひ見ておかなければならない。

脳という生命維持機能をもつ重要な臓器が死んでも、人工呼吸器などの助けによって、しばらくは心拍動を続けさせることはできる。しかし、この状態はあくまで“しばらく”であって、永久ではない。いくら人工呼吸器で肺や心臓を動かそうとしても、やがて必ず心臓がとまり個体の死がやってくる。つまりいったん脳死状態に陥ると、絶対に蘇生しない。この脳死から心停止までの時間は、せいぜい1、2週間、長くて1ヵ月というのが現状である¹⁵⁾。

通常6時間にわたる観察時間内では、なお蘇生の可能性が皆無とはいえない。ことに早期（1時間以内）であれば私自身蘇生例を経験している。しかし観察時間を経て、一旦、脳死と判定された後は、蘇生の可能性は皆無である。これは将来如何に蘇生術が進歩し、医学が進歩しても同じである¹⁶⁾。

竹内が自らの判定基準に大きな自信をもっていることが分かる。多くの経験を積み、大きな権威をもった臨床医がここまで断言しているのを見ると、竹内基準は非常に信頼の置けるもののように思われるであろう。

では、立花の執拗な批判は無意味だったのであろうか。無論そうではない。この点はここですっかり確かめておく必要がある。竹内が述べているのは「蘇生限界点（the point of no return）」のことであり、そこを過ぎたら絶対に蘇生しない時点のことである。それに対して立花は、この時点を過ぎててもなお、患者に何らかの意識が残っている可能性があると言っているのである。「もう助からない」ということと「すでに死んでいる」ということとは異なる。回復することはもはやありえなくとも、外に反応を示すことができないだけで、しっかりとした内的意識があることは大いに考えられると立花は言っているのである。後ほど見ることをここであらかじめ言うことにすれば、この「蘇生限界点」を過ぎてても、患者は意識をもっていて痛みを感じることは、今日かなり推測されている。竹内が示した時点が重要な目安になることは確かであるが、この時点を過ぎれば臓器の摘出にかかってよいということにはならないのである。（なお竹内は、あくまで「脳という臓器の死」としての「脳死」を問題にしているのであって、脳死をもって人の死と見なしているのではないと述べている。また、「脳死は臓器移植のために作り出したものではない」¹⁷⁾とも言い、脳死判定が臓器移植と関わ

15) 竹内、前掲書、22頁以下。

16) 同上、121頁。

17) 同上、57頁。

るものではないことを明言している。たしかに、竹内その人の中では矛盾は生じていないが、先にも確かめたように、医療の現実のあり様においては脳死と臓器移植とは不可分に関わって合っている。したがって、竹内基準によって脳死が判定されることには、やはり大きな問題があると言わねばならない。)

「どの時点で脳死の人から臓器を摘出してよいか」を決定しようと思えば、竹内の提示した「蘇生不可能点」は早すぎるものであり、脳死の人の意識がどの時点で本当に無くなるのかは、なお検討されねばならない問題として残り続けることになる。

竹内基準に対する立花の批判を今日読み返してみると、後に顕在化する問題が萌芽的に現れている部分がさまざまに散見されて、非常に興味深い。立花がさらにどのような批判を行ったか、次に主だった論点を挙げることにしたい。

(1) 視床下部の生き残り

立花が竹内基準に対する批判を繰り広げている間に、竹内基準を満たす脳死患者の多くについて、まださまざまなホルモンが分泌されていることが分かった¹⁸⁾。微量のホルモンを検出する技術がこの間に発達したため、発見されたのである。ホルモン分泌を指示する中枢は視床下部にあり(図2を参照)、したがって、まだホルモン分泌が見られるという事実は、脳死と診断される患者の多くについて、視床下部がまだ生きて活動していることを示している。視床下部は脳幹に属するか間脳に属するか、学者の意見が分かれる部分であるが、人体にとってきわめて重要な役割を果たしている部分であることは一致して認められている。視

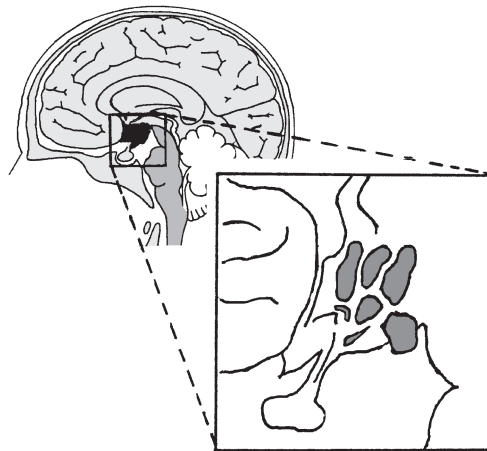


図2 視床下部

18) 立花『脳死再論』, 250頁ほか。

床下部は、ものを食べること、水を飲むこと、体温調節、エネルギー平衡、水分調節、ナトリウムの調節、性行動、情動行動、自律神経系の調節、内分泌調節、睡眠と覚醒の調節など、人間が生きてゆくための基本的諸機能をコントロールしている部分である。それは乏血に強い細胞からなっている上に、強力な血管系によって支えられているため、竹内基準によって脳死と判定されるような状態にあっても、まだ活動を保持することができると考えられる。

また、この視床下部の生き残りという事実は、脳死の過程についてわれわれがいつの間にか前提してしまっていることを見直すように迫るものにほかならない。先述したように、脳死の判定においては脳幹が死んでいるかどうかが大きな問題となるため、われわれはいつの間にか脳の中で脳幹が最後に死ぬものだと考えてしまっている。だが現実には、脳死の過程において脳のどの部分がどのような順序で死んでゆくかは、そう簡単に決められることではない。竹内基準が満たされても視床下部が生き残っているということは、脳幹が死んだ後にも脳内にまだ生き残っている部分があることを考えさせるものであり、脳幹死を重点的に見ようとするような単純な見方は修正されねばならないことになる。

(2) 脳死の人からの出産

立花が論争を繰り広げている間に、脳死と判定された妊婦で出産に至ったケースがあることが明らかになった。この内容は、立花が司会を務めたNHKのドキュメンタリー・討論番組で1990～92年に放送されたという¹⁹⁾。ADHという抗利尿ホルモンとエピネフリンという薬物を投与することによって、脳死者が心停止に至るまでの期間を大きく伸ばすことができることが以前から知られていたが、脳死状態の妊婦にこのような生命維持治療を施したところ、出産にまで至ることができたという内容である。

このことは先述の視床下部の問題と大きく関連している。視床下部からの信号によって分泌されるホルモんで、尿の放出を抑える役割を果すものがあるが、それを補充することによって、出産にまで至ることが可能になるからである。脳死の人は心停止の前に尿水を体内に留めておく働きを失って放尿し（尿崩症）、体液のバランスを大きく崩すことが分かっていたが、そこでこの尿崩症を抑える手立てをしたところ、心停止に至るまでの時間を大きく引き伸ばすことができたのである。このような現象からすると、竹内基準によって脳死と判定される人の視床下部には、すでに死んでいる部分とまだ生きている部分とがあり、死んだ部分の働きを人為的に補えば視床下部の働きが正常に近づき、心停止を遅らせることができると考えられる。

また出産が可能なのは、オキシトシンという子宮収縮ホルモンがまだ分泌されているためであるが、これもまた視床下部の指令によるものである。このように、脳死と診断される状

19) 立花『脳死臨調批判』、147頁以下。

態であっても視床下部がまだ生きているために、脳死の人が出産するということが起こりえるわけである。出産までできる人を死んでいると見なして、その人から臓器を摘出しようとするれば、大きな疑問が呈せられるのは当然のことであろう。

(3) 脳死の人の動きと脊髄反射

立花は論争の過程を経て、脊髄の働きについて述べるに至っている。脳死と判定されても脊髄に由来すると見られる動きが残ることは以前から知られていた。脊髄がまだ生きて反応することは、脳が死んでいることと矛盾しないため、脳死を人の死と見なす立場にとって障害になるとは考えられてこなかった。だが立花によれば、人体の諸部分はそのようにきれいに役割を分担しておらず、ある部分の機能が失われると他の部分がそれに代ってその機能を果たそうとするようなバックアップ的な働きをするという。それゆえ、脊髄がまだ生きていて反応するということは、脳に代って脊髄が脳の役割を何らか果たしていることを意味しているのであるから、脊髄反射を脳死とは関わりのないものとして単純に無視することはできないという。この辺りの事情については、まだ未解明のことが多いようである。

〔人体には〕ローカルな自律機能があり、多重のバックアップ体制がある…（中略）…。血管の収縮運動などは、脳が死ねば脊髄からインパルスが出てリズムを取るのである。普通の人は脳と脊髄は別のもっているが、これは本質的には同じものである。両者は切れ目なくひとつづきの一体をなしている中枢神経系なのである。脳が死ぬと、脊髄は死んだ脳が担当していた機能の一部でも何とかしてバックアップしようとするのである。脳の発生以前の脊髄だけで生きていた下等動物程度の生は守ろうとするのである²⁰⁾。

脊髄がまだ生きている場合にはまだ脳死とは言えないということになると、どこまで死ねば脳死の状態になったと言えるのか、また、どこまで死ねば人として死んだことになるのか、だんだん分からなくなってくる気もするが、ともあれ、脊髄反射をもって脳の働きがまだ残っていると見なす見方も成り立つということである。

そしてこのことに関連して、脳死の人がさまざまな動きを見せることを立花は指摘している。脳死の人が体を動かすのかどうかということは、常識的に考えれば最初に問題になりそうなことであるが、意外なことに論争が進んだ段階であらためて取り沙汰されている。立花によれば、大きく言って、四肢（手足）の運動、呼吸に似た運動、首を動かす運動の三つが報告されているという²¹⁾。これらの運動には、自発的なものもあれば、刺激をきっかけとす

20) 同上, 164頁。

21) 同上, 257頁。

るものもあるという。例えば、手にさわったところ頸が動いたり、右手に痛みを与えたところ頭部が右へ30度回転したといった動きが見られたという²²⁾。かなり大きな動きが見られたと思われる。

後ほど「ラザロ徴候」に関する箇所であらためて見ることになるが、脳死の人が動くという事実は後に非常に大きな問題としてクローズアップされる。今日の観点から見ると、立花の指摘はその予兆となっているもので興味深い。とまれ、脳死の人が見せる大きな動きが、立花によって問題として指摘されたのである。

2. 脳死臨調の回答

さて、このような批判に対して竹内基準の側がどのように反応したかを確かめることにしたい。竹内自身が述べていることにはもちろん注目しなければならないが、それよりもさらに重視しなければならないのは、「臨時脳死及び臓器移植調査会」（脳死臨調）が論争の最中に発表した報告書（答申）の内容である。この答申は立花の批判を大きく考慮に入れながら書かれており、実質的には立花の批判に対する応答になっていると見ることができるからである。

脳死臨調の答申は、一言で言えば、「竹内基準で問題ない」という内容のものである。「本調査会としては、……専門委員からの報告や国内外の専門家の見解等を総合的に判断した結果、この竹内基準は現在の医学水準からみる限り妥当なものと判断した」²³⁾ という口状は何とも役人的で内容空疎なものを感じさせるが、ともあれ答申の内容を見てみなければならない。すべて辿ろうとすると際限がなくなるので、先に挙げた（1）（2）の内容について見ることにしたい（（3）の内容は答申の発表後に立花が述べたものであるため、それに対する回答は答申には現れていない）。

（1）視床下部の問題

竹内基準を満たすケースでも、視床下部が生き残っている場合がかなりあるという問題である。脳死臨調はこの問題について、脳が全体と死んでいても、脳の中に部分的にまだ生きている箇所が残ることはありえることであり、問題にしないでよいという見方をとっている。それどころか脳死臨調は、視床下部の生き残りという現象をむしろ自分たちに有利な論点として利用し、立花の別の論点に反論するための根拠としている。

22) 同上。

23) 「臨時脳死及び臓器移植調査会答申 脳死及び臓器移植に関する重要事項について」（1992年1月22日）、前掲『資料に見る脳死・臓器移植問題』、所収、112頁。

「脳死は脳の全細胞が壊死に陥った状態」になって初めて起こり得るとの主張が一方にあり、社会的にも一つの論争点とされてきた。しかし、本調査会が調査を依頼した後述の専門委員からの報告にもあるとおり、脳の一部、例えば視床下部の細胞が、心停止後も相当期間生き続ける場合のあることが指摘されており、脳の細胞が全く死ななければ、脳死、ひいては「人の死」とは言えないとすれば、従来の「三徴候」によって死の判定がなされた場合でも、「人の死」とは言えないという事態が生じかねない²⁴⁾。

今日でも普通は「心臓の停止」「呼吸の停止」「瞳孔の散大」という三つの徴候をもって人の死を判定するが、これらも人体の全細胞の壊死を確認せずに、部分的な徴候によって人の死を確定することにほかならない。これと同じように、脳の中に部分的に生き残っているところがあっても、脳が死んでいることには変わりがないというわけである。

だが、これは詭弁にほかならない。「視床下部が生きている場合に、脳は死んでいると言えるのか」という問題が本来検討されなければならないはずなのに、その問題には取り組まずに「脳が全体として死んでいれば、視床下部が生き残っていても問題にならない」という結論を最初から前提する論法がとられているからである。そもそも「脳死」という概念が、人体の一部の死をもって人の死と見なすという、伝統的な死の観念と整合しない見方をとろうとして生じたものであり、それゆえに脳がすべてくまなく死んでいることを確かめることが要請されたはずなのである。日本で「脳死」がはじめて定義されたとき、「全脳髄（大脳のみでなく小脳・脳幹を含む）の不可逆的な（もとに戻ることができない）機能喪失状態」²⁵⁾とされていたことを思い返さなければならない。

部分の生き残りを軽視して全体としての死を強調する姿勢が、脳死臨調の答申の基調となっているが、この見方を脳にまで適用することは、本来の課題と矛盾をきたすことになる。「全体としての死」に代わって、脳という局所的部分の死をもって人の死と見なすということが、そもそも「脳死」という概念が意味することだったからである。

われわれがここで見たことを、ある法律家が明快に説明しているので、それをここで簡単に見ておくことにしたい。光石忠敬によれば、脳死臨調の主張では、「全体」という言葉を間に挟んで概念がすり替っており、まやかしによる論証が行われているという。はじめて「全脳死」が言われたときには、脳がすべてくまなく死んでいることが意味されていたが、脳死臨調の答申ではそれが「脳の全体としての死」に巧妙にすり替えられており、まったく別の事柄を意味するものに変っているというのである。このことは英語に置き換えるとはっきりすると光石は言う。前者における「全脳」は英語で表現すれば“entire brain”となるが、後

24) 同上、111頁。

25) 注10)と同箇所。

者では“brain as a whole”となり、両者の間には顕著な違いがあるという²⁶⁾。

「脳死」とは、そもそも人体の局所の死をもって人間の死を認めようとする概念であり、だからこそその局所はどの部分をとっても死んでいなければならない。脳が「全体として」死んでいればよいと主張するのは、まやかしのほかならず、事の本質を逸したもののなのである。ついでに言っておけば光石は、「脳死」ははじめ「脳死と脳波に関する委員会」の報告の中で「全脳髓の…機能喪失」と定義されていたのに、それが竹内基準や脳死臨調の答申では「全脳の…機能停止」に変わっており、「脳死」の意味がはじめに考えられていたよりもずっとゆるいものに変えられているという²⁷⁾。この点でも脳死臨調の主張は「コトバの魔術」や「概念操作」に支えられた詭弁によって成り立っていると言うことができる。

脳死臨調の答申に見られるこのようなごまかしの姿勢は、見逃されてはならないものであろう。脳死臨調の答申からは、場当たりの詭弁によって自分たちの考えを押し通し、脳死からの臓器移植を何とか実現させようとする姿勢が読み取れる。人の生死をどう決定するかというきわめて重要な問題について考えるときに、このような不誠実な姿勢がとられたことは、大変にゆゆしきことだと言わねばならない。

また、視床下部が担う役割の重要性を考えれば、この部分が生き残っていることを問題にしなくてよいということには到底ならない。先にも述べたように、視床下部はホルモン分泌を統御しており、人体が維持されるための不可欠な役割を担っている。立花も引用している研究者の言葉を、ここでも見ておくことにしよう。

この視床下部こそ、人間の脳のほぼ中心部にあって、人間精神の根源にもなり、「中心脳」というべきはたらきをしている重要な脳である。視床下部は、その一部で体温調節などもおこなっているが、主として性欲や食欲など、人間を人間たらしめている欲求を作り出し、人間精神を根底から駆動する脳である²⁸⁾。

このような重要な役割を果たしている部分が生き残っているのに、脳を死んでいると見なすことには大変な無理があろう。また、この視床下部が生き残っているために、ADHとエピネフリンを投与するだけで心停止を大きく遅らせることができ、出産に至らせることさえ可能なのである。次にこの出産の問題について見ることにしよう。

26) 光石忠敬『「脳死・摘出・移植」問題におけるコトバの魔術および概念操作について——専門家と社会の対話のために——』、梅原 猛（編）『「脳死」と臓器移植』（朝日文庫、2000年）、所収、250頁。

27) 同上、249－50頁。

28) 大木幸介『脳がここまでわかってきた』、立花『脳死臨調批判』、89頁における引用。

(2) 脳死の人からの出産の問題

脳死臨調の委員の多数派は、この問題にまったく触れずにこの問題を黙殺している。脳死臨調の答申には、この種の答申には異例なことに、梅原猛をはじめとする少数派の意見が併載されており、少数派はそこでこの問題を取り上げ、脳死を人の死と見なす見方に反対する根拠として挙げている。それに対して多数派はこの問題に関して何も述べていないので、多数派の意見がどのようなものであるかは分かりようがない。事務局が発送した「審議だより」には、脳死臨調で行われた審議の経過が報告されており、それを見ることによって委員がどのような発言をしたかを知ることができる。この問題について多数派の委員が発言したことを立花が紹介しているので、次にその一部を引用してみよう。

竹内基準の中では、例えば、薬物中毒で死んだ者は除外するとか、子供は除外するというのがありますが、妊娠中の母親は除外するとは書いてありません。…（中略）…やはり妊婦を除いておいたほうがいいという感じがします²⁹⁾。

脳死の人が妊娠している場合には、出産させることが優先されるため、臓器摘出の対象にならないことを明記しておくべきではないかという意見である。これに対して別の委員から次のような反対意見が出されている。

妊婦を除くという文を入れたとしても、出産した人間がどうして死んでいるかという疑問は消えないということで、かえって藪蛇ではないかと思います。この辺は最終段階における議論に任せておいて、いまはその部分に触れることは、かえって世間の疑惑を買うのではないかという感じがします。（下線は立花）³⁰⁾

脳死の人が出産する問題を取り上げると、話がややこしくなって無用な疑惑を与えるだけだという理由で、脳死臨調がこの問題に触れようとしていないことが分かる。このような姿勢はまったく不誠実だと言わなければならない。脳死の人は、妊娠している場合には出産に至るほどの体の機能を残しているのに、そこから臓器を取り出して本当によいのかという問題が、慎重に検討されねばならないことは当然であろう。まれにしかないからといって考慮の外に置いてよいような問題ではない。

この問題について、竹内一夫は後に（2004年）次のように述べている。

29) 立花『脳死臨調批判』、149頁。

30) 同上、150－1頁。

妊婦が脳死状態になったときに、胎児を救う目的で強力な生命維持治療を行い、脳死になってから平均56日、長い例では100日以上たってから、帝王切開で無事に出産していることが報告されている。…（中略）…ただし、このように胎児を救いたいと願うような特別な目的がない場合に、ただ漫然と長期にわたって生命維持治療を続けるような行為は、患者サイドの希望に反することもあり、また集中治療室の運営や医療経済の面からもやはり倫理的な問題を抱えることになるであろう³¹⁾。

絶対に蘇生しない脳死患者の心臓の拍動をいつまでも維持することに意味はあるのか、徒らな延命は患者自身のためにもならないから、ある程度のところで家族が判断して生命維持治療を停止し、自然に心臓死を迎えさせてもよいのではないか、その場合の時期はいつになるのかといったことは、たしかに検討に値する重要な問題である。この場合、脳死の問題は安楽死の問題と重なる。先にも指摘したように、竹内の議論は蘇生限界点のみを問題にして、人間としての死とは何か、臓器を摘出してよいのかといった問題を度外視するものであるため、竹内その人には不整合はない。

だが、臓器移植が絡んでくる場合には、話がまったく違ってくる。その気になれば子供を産むことができるほどの体の機能を残している人から臓器を切り出そうということになれば、ためられるのが普通の感じ方であろう。ところが脳死臨調は、話がややこしくなるという理由で最初からこの問題に触れないでおこうとした。この点でも脳死臨調の議論の根底にまやかしがあることが分かるであろう。ここから見て取られるのは、何とかして脳死からの臓器移植を実現させようとする姿勢、そのために少数の変則事象を無視して議論を押しきろうとする姿勢にほかならない。（なお脳死の人の出産について竹内は、上の引用箇所に見られるように、帝王切開によるものであったと言っているが、それに対して立花は「帝王切開ではなく、自然分娩によって行われ」³²⁾と述べている。どちらが本当か、残念ながら私としてはまだ知る機会に恵まれていない。）

（付論）有機的統合性の問題

立花の批判に直接対応するものではないが、脳死臨調の答申では「有機的統合性」という概念が持ち出だされており、脳死を人の死と見なす根拠として示されている。脳死臨調の基調を形成している非常に重要な概念なので、ここで検討を加えることにしたい。なおこの概念は、われわれの後の議論においても大きな問題になるであろう。

脳死臨調の答申には次のように書かれている。

31) 竹内一夫『改訂新版 脳死とは何か』（講談社ブルーバックス、2004年）、24－5頁。

32) 立花『脳死臨調批判』、184頁。

近年の医学・生物学の考え方では、「人」を意識・感覚を備えた一つの生体システムあるいは有機的統合体としての個体としてとらえ、この個体としての死をもって「人の死」と定義しようとするのが主流となってきた。具体的には、身体の基体的な構成要素である各臓器・器官が相互依存性を保ちながら、それぞれ精神的・肉体的活動や体内環境の維持（ホメオスタシス）等のために合理的かつ合目的に機能を分担し、全体として有機的統合性を保っている状態を「人の生」とし、こうした統合性が失われた状態をもって死とする考え方である。

このように各臓器・器官が一体となり、統一的な機能を発揮しうるのは、脳幹を含む脳を中心とした神経系がこれらの各臓器・器官を統合・調節しているためとされている。したがって「脳が死んでいる」場合、すなわち意識・感覚等、脳のもつ固有の機能とともに脳による身体各部に対する統合機能が不可逆的に失われた場合、人はもはや個体としての統一性を失い、人工呼吸器を付けていても多くの場合数日のうちに心停止に至る。これが脳死であり、たとえその時個々の臓器・器官がばらばらに若干の機能を残していたとしても、もはや「人の生」とは言えないとするのが、わが国も含め近年各国で主流となっている医学的な考え方である³³⁾。（下線は引用者（宮坂））

「有機的統合性」とは、もっと易しい言葉を使えば、「生き物としてのまとまり」のように言われてよいものである。脳死臨調の答申ではこのように「まとまり」が失われた状態をもって人の死と考える見方が新たに示された。この見方は、それまでの脳死論議の内容と比較すると唐突に持ち出された感があり、脳死からの臓器移植を推進しようとする論者たちが人の死について述べる時の姿勢を大きく変化させたことを窺わせる。

かなり注意しないと気づかれないことであるが、脳死臨調の答申には大きな特徴がある。それは、人間の意識活動や精神活動、感覚の働き等に関してほとんど述べていないという特徴である。われわれがグリーンとウィクラーに即して確かめたように、人間は脳が死んで意識活動や感覚の働きを失えば、もはや生きているとは言えないということが、脳死の人を死んでいると見なす理由であった。“何も思わず何も感じない”人はもはや生きているとは言えないということである。

ところが脳死臨調の答申の中では、このような主張はまったく姿を現さず、上の引用箇所の下線部のように、意識や感覚のことはついでに触れられるにすぎなくなっている。またそこでは、上の下線部以外には「意識」や「精神」、「感覚」という言葉はまったく登場しない。

33) 「臨時脳死及び臓器移植調査会答申 脳死及び臓器移植に関する重要事項について」、前掲書、110頁。

ここからは、脳死に関する基本的な見方が、密にかつ大胆に変更されたことが分かるように思われる。

このことを確かめるために、日本医師会の中で組織された「生命倫理懇談会」が1988年に提出した「脳死および臓器移植についての最終報告」に書かれているところを見て、比較してみよう。そこには次のように書かれている。

人間では、脳幹の働きに由来する生体の統合能力が最も重要である。また、人間らしさを代表するもうひとつの機能は、精神活動であり、これは大脳によって営まれている。そこで、大脳および脳幹をふくめた脳全体の機能の完全な喪失をもって、個体の死とすることを提言したいと思う。…（中略）…

……脳は、主として精神活動および運動・感覚をつかさどる大脳・小脳と、主として他臓器の機能の調節と維持をつかさどる脳幹から成り立っている。

ここでいう脳の死とは、「それらすべての脳の機能が不可逆的に喪失した状態」をいうのである³⁴⁾。（下線は引用者（宮坂））

人間の死を見定めようとするとき、「生物としてのまとまり」に着目する見方は以前からあったが、上に見られるように、そのときには同時に、「精神活動」や「意識活動」を人間の本質と見なして重視する見方が併記されていた。ところが脳死臨調の答申においては、これらにはついでに触れられるにすぎず、人間の本質としてこれらを強調する姿勢はまったく見られなくなっている。かなり注意して読まないで見逃されてしまうものであるが、この姿勢の変化は大変に重大なことを意味している。というのはそれは、脳死を人間の死と見る根拠になっていた大前提が否定されることを意味するからである。

精神活動や意識活動が人間の本質をなすものであり、それゆえ、これらが消失してしまえば人間はもはや生きていると言えないということが、脳死を人の死と見なそうとするときに前提されていたことであった。ところが、脳死臨調はこの大前提に与していないのである。このことは脳死論議の出発点がもはや逸せられていることを意味しており、そもそもなぜ脳死がこれほど問題になるのかを分からなくさせるものだと言わねばならない。精神活動や意識活動の消失が人間の死を決定づけるという見方がとられないならば、脳死論議は一体何のために行われていることになるのだろうか。脳死臨床の答申では、このそもそもの前提の喪失を埋めるようにして「有機的統合性」の議論が登場しているように見える。そしてこの概念を持ち出すことによって、意識活動や精神活動の有無の問題を解消することが図られてい

34) 「日本医師会生命倫理懇談会 脳死および臓器移植についての最終報告（抄）」（1988年1月12日）、前掲『資料に見る脳死・臓器移植問題』、90頁。

るように思われる。

脳死臨調の答申を読むだけでは、この大前提がなぜ無視されるようになったのか、その理由は明らかにならないが、この前提を問題にすると、臓器移植を進めようとする論者たちにとって不都合なことが生じるからではないかと推測される。すなわち、脳死の人が意識活動を持たないことが証明不可能であることに、医学の専門家たちが気づいたのではないか。間違いなく意識活動がないことを保証しようと思えば、脳血流が無くなっていることを確かめなければならないことになり、このことを脳死臨調は認めたくなかったのではないかと私は推測している。

立花による竹内基準批判の論点の一つが、まさにこれに関わるものであった。竹内基準によって脳死と判定される「機能死」の段階では、まだ内的意識が残っている可能性が高いため、一つ一つの脳細胞が壊死する「器質死」の段階まで待つべきだというのが、立花の主張であった。そして、そのためには脳血流が停止していることを確かめなければならないと立花は言っていた。そこまで確かめなければ、脳死の人は外に向かって反応を見せることができないだけで、実ははっきりした意識を持っていることがかなり考えられるという問題を立花は指摘していた。医者「お亡くなりになりました」という言葉を本人が聞いているという問題である。

脳死臨調の答申では脳血流測定を拒もうとする姿勢が露わになっているが、その本当の理由ははっきりしていない。脳血流が停止するまで待とうとすると、現実には心停止まで待たなければならないからではないかという小松の推測は先に紹介した。脳血流の停止まで待つべきだという主張には、脳死からの臓器移植を無意味とする要素が含まれているため、脳死臨調としてはこの主張を何とか斥けねばならないという思惑があったのではないかと私は推測している。脳血流の停止を確かめる必要がないことを主張するために、意識活動の有無が問題になることを脳死臨調は避けたかったのではないか。だがこの条件がテーマにならなくなることは、そもそもなぜ脳死が問題になるのかを分からなくするものであり、大変に奇矯なことだと言わねばならない。

この条件に替えて持ち出されている「有機的統合性」という概念も、あらためて考えてみれば非常に奇妙なものだと言わねばならない。脳によって有機的統合性が維持されていることを脳死臨調の答申は強調しているが、脳が死んでも有機的統合性が維持されることがそもそもの問題にほかならないからである。脳が死んでも人工の装置につなぎさえすれば心臓が動き続け、有機的統合性が維持されるからこそ、「脳死」という状態が生み出されたのであった。有機的統合性が保たれている状態こそが生きている状態にほかならないとするならば、脳死の人はまさに生きていると言わねばならないはずである。

このように見てくると、「有機的統合性」という概念には不自然な事柄がさまざまに関わっ

ているように思われる。この概念は、脳死を人の死として認めるために後から強引に作り出されたものだと考えられてよい。この概念は、個々の部分がまだ生きていても、全体のまとまりが喪失されていれば生物は死んでいると考えようとするもので、「死」という現象を何やら薄めるような概念である。「全体として死んでいる」という状態をもって死を規定しようとする姿勢が脳死臨調の答申の基調となっていることは、先に見たとおりである。そこに見られたのは、言葉の魔術を駆使したまやかしの論証であった。

なお後に明らかになることを先取りして言えば、脳が有機的統合性を維持する役割を負っていないことが、今日では明らかになっている。脳が死んでも脊髄がバックアップ的に働いて脳の機能を引き受けようとする立花が主張していることは、すでに見たが、このことは今日、特に「長期脳死」のケースをめぐって明らかとなっている。このことは後に見ることになるであろう。

とまれ、脳死臨調が新たに提示した「有機的統合性」という概念は、脳死からの臓器移植を推進するために編み出されたものであり、そこには不自然のものや奇妙なものがさまざまにまわりついていると言えよう。

第4章 臓器移植法成立までの時期

竹内基準に対する立花の批判とそれをめぐる論争を辿るのに、われわれは多くの紙幅を費やした。立花による強力な批判にもかかわらず竹内基準は修正されず、今日なお脳死判定基準として採用されている。脳死臨調の答申が1992年に提出された後にも、さらに様々な論争が交わされ、国会議員による論戦も加熱していった。この過程で法案提出と廃案とが繰り返された末、1997年に「臓器の移植に関する法律」（いわゆる「臓器移植法」）が成立し、脳死からの臓器移植が認められることになった。

この成立時には、衆議院で可決された法案が参議院に送られ、審議の結果、修正案が提出されて再度衆議院に回されるという異例の過程が辿られた。この臓器移植法では、脳死になった本人が臓器提供の積極的意思をあらかじめ書面中表示してあることが、臓器移植の必須の条件となった。また、臓器移植をする場合に限って脳死の人を死者と見なすという、変則的で分かりにくい内容を含んでいる。これらの条件は、臓器移植推進派と慎重派の対立が続いた末、ようやくのところで妥協点が見出された結果到達されたものであった。

この間にあった出来事を、ここでは二つ挙げることにしたい。

(1) 柳田邦男の体験記

ノンフィクション作家である柳田邦男は、自分の息子が脳死になるという苛酷な体験をし

ており、そのときのことを1995年に書物に著わしている³⁵⁾。柳田の二男は長い間心の病に悩んだ末に25歳で自殺を図り、心停止の状態 で病院に搬送された。治療によって心臓の活動を蘇生させることはできたが、脳への血流が長い時間途絶えたために意識活動は回復せず、脳死と診断された。柳田は苦悩の末に腎臓の提供を決意する（もちろん当時（1993年）にはまだ臓器移植法は成立しておらず、また本人の意思表示もなかったため、脳死状態からの臓器提供ではなく、心停止後に腎臓が摘出された）。

この体験記は読み物としても大変に優れたものであり、重要な情報をさまざまに提供している。中でも重要なこととして、実際に脳死の人の傍らに付き添ってみると、脳死に関する理論的な話はほとんど参考にならなかったという点を挙げなければならないであろう。立花を中心とする日本の脳死論議の内容を柳田はすでに知っていたが、脳死になった人を実際に見てみると、考えていたのとはまったく違っていたという³⁶⁾。柳田の体験記を読むと、実際に自分の身内が脳死になってみると、死んでいると見て割り切ることとはとてもできないことが分かる。頭蓋の中の状態を理論的に問題にするだけでは、脳死について考えることができないことを教えてくれる点で、柳田の体験記は非常に貴重なものであると言えよう。

（2） 脳低体温療法の開発

ここでもう一つ挙げたいのは、「脳低体温療法」という治療法の開発である。脳死論議そのものを構成するものではないが、この新しい治療法は脳死をめぐる医療の状況に大きな変化を生じさせたので、その内容をここで簡単に見ておかなければならない。

「脳低体温療法」とは、脳に損傷を負った患者の身体を、冷水が流れたマットでサンドウィッチ状にはさんで冷やす治療法である。これによって脳に流れ込む血液を冷やし、それによって脳内の温度を下げるのが試みられる。1990年代前半に日本大学板橋病院救急救命センターの林成之教授によって開発された治療法である。脳を冷やすことがなぜ脳を治療することになるのか、簡単に述べておくことにしよう。

人間の脳は損傷を被ると、自らを修復しようとして活動を活発化させ、高熱を発して腫れあがる。だが、このような脳の自己修復の働きは、かえって自らを窮地に追い込むことになる。というのは、このようにして腫れあがってしまうと、血管が圧迫されて、本来流入するはずの血液が脳に流れ込まなくなってしまうからである。そこで、脳に流れ込む血液の温度を下げ、それによって脳を冷やして脳の活動を低下させるほうが、長期的には脳の回復を助けるのではないかということが着想された。ノルウェーで頭部に打撃を受けた少年が、冷水につかった状態に置かれたところ脳が回復したといった事例もヒントになったようである。

35) 柳田邦男『儀 牲 ——わが息子・脳死の11日——』（文春文庫、1995年）

36) 同上、110頁。

ただし体温を下げることは、もちろん人体にとって大きなダメージとなるため、無闇やたらに体を冷やせばよいということにはならない。「脳低体温療法」は、このダメージを必要最小限に抑えるために、体内水分量、血圧、血小板数、カリウム量などの約70項目の状態をコンピュータで管理しながら体温を下げようとするものである。この療法は目覚ましい成果をあげ、以前ならば脳死状態になるのを待つしかなかった人の多くが、社会復帰を果たすまでに回復するようになっている。

ただ誤解がないように言っておかなければならないが、この療法によって脳死患者が蘇生するようになったわけではない。脳の破壊がかなり進んでしまった後にこの療法を施しても、脳はもはや回復しない。1997年4月、衆議院の委員会で林は参考人として発言しているが、そこで林は、竹内基準で脳死と判定された患者がこの治療法で回復する可能性はないと言っている³⁷⁾。分かりにくいことなので注意しなければならないが、脳低体温療法は脳死を治す治療法ではなく、患者が脳死状態にまで至るのを手前で防ぐ方法なのである（図3を参照）。

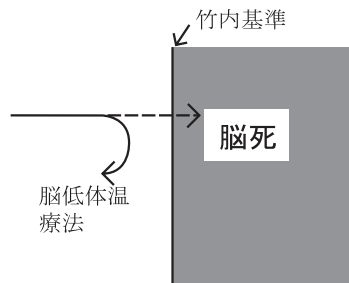


図3

もっとも、脳死に至る以前に脳を回復に転じさせる方法であるから、脳低体温療法は脳死患者を減らす治療法ではある。また、今後さらに治療法が改善されてゆけば、竹内基準を満たすようなケースも将来は回復可能になるかもしれないと林は発言している³⁸⁾。脳低体温療法は、脳死からの臓器移植を推進しようとする動きには妨げとなるものにほかならない。

脳低体温療法の話に触れて気づかされることは、移植医療がかかえる奇妙な性格である。脳死の人の臓器を移植に用いていこうとすることは、やはり脳死になる人が増えることを期待することなのである。移植医療はたしかに重篤な患者を救おうとするものかもしれないが、それと引き換えに別の人が犠牲となることを必要とする。だが「脳死」という現象に当たっても、まず考えられねばならないのは、脳死の患者を救うことのはずであろう。脳低体温療法もこのことを目指して開発されたものにほかならない。これに対して移植医療は、この本来

37) 中島みち『脳死と臓器移植法』（文春新書、2000年）、45頁、参照。

38) 同上、47頁、参照。

の方向とは逆の道を行こうとするものなのである。

移植医療の進展とは反対の方向に向かってゆくときにこそ、医療は本来の進歩を遂げていると言えよう。「臓器移植法」が成立しようとする時期に、それとは逆の方向を行く治療法が開発されたことには、注意されてよいであろう。

第5章 高知における初例とその問題

1. 高知の初例

1997年の臓器移植法の施行後も、条件を満たすケースがなかなか出現しなかったため、脳死からの臓器移植は日本ではなかなか現実のものにならなかったが、1年半ほどしたころについに実現した。1992年2月、高知県在住の女性がくも膜下出血を発症して救急車で搬送され、高知赤十字病院で脳死と判定された。女性はあらかじめ臓器提供の意思を明らかにしており、家族も同意したため、臓器が摘出されて移植に用いられた。臓器がクーラーボックスに入れられて全国の数か所に空輸された光景がテレビで放映され、大々的な報道のテーマとなったことは記憶に新しい。その後この初例に関する検証が行われたところ、さまざまな問題を残すものであったことが明らかになった。大々的な報道の対象とはならず、今日でも必ずしもよく知られたものになっていないが、これらの問題のほうがかえって重要である。これらの問題については、高知新聞社の取材班が綿密に取材して全容を明らかにしている³⁹⁾。それらの中で特に重要だと思われる事柄について次に見てゆくことにしよう。

(1) 脳波測定の不備

第1回目の臨床的脳死判定において、脳波が平坦であることが確認されたが、このとき脳波計の感度が竹内基準で定められているよりも弱かったことが、後に明らかになった。もっと高い感度で測定していれば、脳波がまだ検知されたかもしれない可能性が残ってしまった。やはり大きな落ち度であったと言わざるをえない。実際、その後に行われた法的脳死判定では、まだ脳波があることが確かめられている。さらに第1回目の法的脳死判定のときには、脳波計がなかなか届かず、また二人の検査技師になかなか連絡がとれなかったために、脳波測定をすみやかに開始できなかったという失態が演じられている。このため判定事項の順番を取り違え、脳波測定よりも前に無呼吸テストを実施するという間違いも犯されている。これには、高知赤十字病院の判定医が古いマニュアルを見ながら検査を行ったという事情も手伝っていた。

39) 高知新聞社社会部「脳死移植」取材班『脳死移植——いまこそ考えるべきこと——』（河出書房新社、2000年）。

これらの間違いについては後に「手順ミスにすぎなかった」という釈明がなされているが、次に見るように「無呼吸テスト」は脳死を最終的に確かめるための検査であり、患者が大きな侵襲を被る危険な検査である。このような検査を脳波判定よりも先に行ってしまったことは、単なる手順ミスと言うだけで片づけられるものではない。

(2) 無呼吸テストの不備

「無呼吸テスト」は、人工呼吸器のスイッチを切って、患者が自力で呼吸できるかどうかを確かめる検査である。そもそも患者が自力呼吸の働きを失っている恐れがあるために人工呼吸器につながれているのだから、人工呼吸器をはずしてしまうことは患者を本当に死なせることになりかねない。このような危険なテストであるため、判定の最後に実施されることになっている。

安全のためにあらかじめ十分な酸素を吸収させた上で血中の炭酸ガス濃度を高め、患者の脳幹内にある中枢がそれに反応して呼吸活動を生じさせるかどうかを、このテストで調べる。血中の炭酸ガス濃度を高めることは、血液を酸性化して人体にダメージを与えることが考えられるため、竹内基準ではその上限が80水銀柱ミリメートルに定められている。ところが高知赤十字病院の初例では、この上限が超えられていたことが後から分かっている。このことも、無呼吸テストのもつ危険性を考えれば、ささいなミスとして片づけられないことである。しかもこの初例においては、無呼吸テストが都合5回も実施されている。臨床的脳死判定では無呼吸テストは義務づけられていないから、このうち3回はしなくてもよかったことになる。

(3) 薬物中毒に関する問題

脳死を判定する場合には、薬物の働きが残っていないことを確かめることが必要になる。薬物の働きによって、脳死でないにもかかわらず脳死と同様の状態になることがあるからである。もちろんこの場合には、薬物の作用が無くなれば回復する。このような「急性薬物中毒の人」以外にも、「体温が非常に低い状態にある人」や「代謝、内分泌障害のある人」については脳死判定を行ってはならないことが、臓器移植法で定められている。

ところが高知の初例においては、この点について多くの重大な瑕疵があったことが判明している。当該の女性患者は、病院に運び込まれた日から、全身の痙攣を抑えるために「ディアゼパム」と「フェノバルビタール」という神経抑制剤の投与を受けている。ディアゼパムの投与は初日だけであったが、フェノバルビタールは2日目、3日目にも投与されている。どちらも非常に長い時間にわたって作用する薬物であり、当該患者が脳死判定を受けた時にもまだ影響を残していたことが後から明らかになっている。高知の初例の患者は、薬物中毒の状態にありながら脳死と判定されてしまったのである。明らかな誤りが犯されている。

しかも、2日目、3日目にフェノバルビタールが投与された事実は、当初は病院から公開されておらず、後に厚生省における記者会見の場で、記者とのやりとりの中ではじめて明かされている。

高知の初例において脳死判定が正しく行われなかったことは、すでに明白である。記者会見の席上で竹内一夫班長は、フェノバルビタールの投与量は少ないものにすぎず、影響は残っていなかったと述べたが、その判断根拠は明らかにされていない。

(4) 臓器摘出時の血圧上昇と頻脈

そして最大の問題は、臓器摘出手術のときに起こっている。執刀を始めたところ、患者の脈拍が急に速くなり、また手術前には120だった血圧が140～50に急上昇したのである。そのため急遽、全身麻酔が施されて血圧がコントロールされた。

このことは、脳死という現象についてもう一度ははじめから考え直すことを迫る、重大で決定的な現象にほかならない。「脳死」とは、人間の脳すべてが死んだ状態のことであり、それゆえ脳死の人は何も思わず何も感じないのではなかったか。にもかかわらずメスを入れるときには麻酔を施すということはどういうことであろうか。明らかな矛盾と言う以外にないであろう。脳死の人が痛みを感じることは、かなり考えられると言わなければならない。

執刀時になぜ頻脈と血圧の急上昇が生じるのかは、まだ解明されていないようである。脊髓反射だとする説もあれば、脳幹が反応しているという見方もある。脊髓反射であるとすれば、これらはたしかに脳死とは矛盾しない現象である。だが、たとえ脊髓反射であるとしても、激痛を感じていることが考えられる人体にメスを入れることは、許されないことではないだろうか。

また、これらの問題以外にも、当該の初例において脳低体温療法がまったく試みられなかったという問題が指摘されている。高知赤十字病院はすでにこの療法を何件も実施してきて、実績を積み重ねてきたにもかかわらず、である。当該の初例に関しては、すでに初日に脳死に近づきつつある（切迫脳死）という説明が家族に行われ、2日目には臓器移植が打診されている。脳死からの臓器移植の実績を作ることが最初から意図されていたのではないかと言えば、疑いすぎになってしまうだろうか。ただ、他の可能性を考慮に入れずに判断を急ぎすぎたということは言えるであろう。

とまれ、高知での日本初の事例においては、脳死からの臓器移植が本当に正しく行われたかどうかに関して、非常に大きな疑いが残ることになった。また、病院で実際に脳死判定の作業を行うときには、現場的にかなり煩雑なものが絡まりついてくること、そのため判定基準をきちんと守ることが実際にはかなり難しいという現実も見えてくる。脳死判定は口で言うほど簡単で明瞭なものではないのである。このような実態が明らかにされたことが呼び水

になって、日本の脳死論議はその後もう一度活発なものになっていった。

2. 立花の転向

高知の初例の問題を立花がどう見たかを、ここで確かめておくことにしたい。日本における脳死論議の主役であった立花が、さまざまな問題に満ちたこの事例をどのように受け止めたかは、当然注目されることである。『脳死臨調批判』（1992年）を上梓して以降立花は、脳死に関して何の発言もしない時期を迎えている。それが5年ほど続いた後に臓器移植法が成立し、さらにその1年半後に高知のケースが生じている。

高知でついに脳死からの臓器移植が実現した後に立花は、雑誌『中央公論』1999年7月号で意見を公表し、脳死と臓器移植に関する自らの考えを久しぶりに明らかにしている⁴⁰⁾。驚くべきことに、その内容はわれわれが予想するところとはまったく正反対のものである。立花はそこで、脳死からの臓器移植に賛同する考えを述べている。立花は、高知の初例をきっかけにして自らもドナーカードに署名したと言い、自分が脳死になった場合には臓器を提供したいという意思を表明している。この時の立花の次のような考えは、以前とはまったく違って非常に雑駁で楽観的なものである。

たしかに、過去においては、和田移植というとんでもないことが行われたという事実はある。…（中略）…しかし、一般的な水準からいえば、日本の医者はグローバル・スタンダードからして悪くない水準にある。

まだ何とかすれば助かる患者を、早々と見かぎって、脳死でもないのに、脳死ですというような誤診を下す心配はない。少なくとも、現在脳死判定や脳死移植をしてもよい医療施設として、関係学会から認定を受けているような医療機関については、その心配はない⁴¹⁾。

先にわれわれが見てきたところに照らすと、立花の楽観さは非常に不可解に思えるが、その主たる理由は、われわれの見てきた様々な問題がこの時にはまだ知られていなかったことにある。立花がこの論文を書いたときには、脳波測定と無呼吸テストの順番が取り違えられたことしか分かっていなかったようである。そしてこの問題についても、立花の見方はまったく楽観的なものになっている。

そもそも脳波の検査と、無呼吸テストは、脳機能のぜんぜん別のところを見ているの

40) 立花 隆「ぼくはなぜドナーカードに署名したか」、『中央公論』1999年7月号。

41) 同上、144－5頁。

であって、二つの機能の間に相関はない。厚生省ルールで、二つの検査の間に順番をつけているからといって、脳死の進行に一定の順番があって、その順序が検査の順序に反映しているというわけではないのである。だから、本当をいえば二つの検査の順序はどうだっていいのである。それがちがっていたからといって、あんな大騒ぎをするのは、日本の医療水準の低さではなく、日本のジャーナリズムの水準の低さをあらわしている⁴²⁾。

無呼吸テストのもつ危険性を考えれば、このような意見は暴論にはかならない。かつてかなり細部にこだわって竹内基準を厳しく批判し、早すぎる脳死判定に対して警鐘を鳴らしていたのに比べて、立花の議論は驚くほど雑なものになっている。比較のために、『脳死臨調批判』で立花が述べていたところを引用してみよう。

無呼吸テストというのは、人工呼吸器でやっとうと生きている患者の呼吸器を止めて10分間放置し、その間に自発呼吸が出てくるかどうかを見ようという、かなり乱暴な発想のテストである。人工呼吸でやっとうと生きている患者だから、それをそのまま止めたらたちまち死んでしまう。…（中略）…このようなテストをしている最中に患者の容態が急に変化したりしたら、すぐに呼吸器をまた再開させなければならないから、細心の注意をもって患者を見守っている必要がある⁴³⁾。

立花の姿勢の変化は明らかであろう。

立花がこの論文を書いたときには、われわれが見た重大な諸問題がまだ知られていなかったことは、もちろん斟酌されなければならない。ただ、これらの問題が明るみ出されてからも、立花は「脳死と臓器移植」についてはもはや何も語ろうとしていない。このようなところから、立花の意見や姿勢は以前とほとんど正反対のものに変わったと考えられてよい。なぜここまで変わったのかを検討することは、「脳死と臓器移植」というテーマについて考える上で有益だと思われるので、ここで少し考えることにしたい。

立花が自分の考えを出し尽して関心が離れたということは、実際のところあるであろう。だが単にそれだけではなく、別の理由もここには働いているように思われる。

立花ははじめから脳死を人の死として認めており、その点では立花の意見に変化はない。すでに確かめられたように、脳が死んで意識活動が無くなれば人はもはや生きているとは言えないという、常識に合致する考えを立花はもっていた。1999年の論文における立花は、この考えに傾くあまり、脳死判定は大雑把でかまわないとするような暴論を振うようになって

42) 同上, 145－6頁。

43) 立花『脳死臨調批判』, 255－6頁。

いる。立花がこのような雑な議論をするようになったのは、脳死に関する自らの考えが維持し難くなったことに起因しているのではないかと私は推測している。思い起こされたいのは脊髄反射の問題である。

『脳死臨調批判』の中で立花は、脳が死んだ後にも脊髄はまだ生きていて、脳をバックアップする働きを果たすことを指摘していた。またさらに、脊髄に限らず人体の諸部分はローカルな自律性を備えていて、ある部分の機能が失われても別の部分がそれに替ってその機能を果たそうとすると述べていた。これはもちろん重要な指摘であるが、立花はこのような指摘を行うことによって自らの考えに矛盾撞着を引き込んでしまっている。脳が死んでも別の部分が替って脳の機能を果たすことを認めれば、脳死の人はまだ死んでおらずまだ生きていと言わなければならない。だがこれは、立花の当初からの考えとはまさに逆のことにほかならない。激しい論争を戦って脳死に関する議論を突きつめて行った末に、立花は、当初の自分の考えとは両立できないような見方に行き着いてしまっている。立花は自らの立場が維持不可能なものになったことに内心気づいていたのではないか。

脳が死んでも、脊髄が生きていれば人間はまだ生きているとすれば、次に脊髄も死ねばいいよ人間は死んだのだろうか。この場合にも別の部分が脊髄をバックアップすれば、まだ人間は生きていることになるのではないか。では、一体どこまで死ねば本当に死んだことになるのか、結局のところ決めることができなくなってしまうであろう。結局人体のすべてが死なないと人間は死んだことにならないということになれば、脳死を問題にする意味はまったく失われてしまう。しかし、脳死を間違いのない仕方できちんと判定した上で、そこからの臓器移植を進めるべきだというのが、立花のそもそもの立場であった。立花の探究と議論は自らを矛盾に追い込み、立花は迷路に迷い込んでしまったのである。

このことは立花自身が表立って述べていることではないが、立花の議論の帰結として導き出されることだと思われる。脳死と臓器移植について立花が何も発言しなくなったのは、このことを立花が本心では自覚していたからではないかと私は推測する。ともあれわれわれとしては、立花が日本の脳死論議の舞台から完全に退場したことを確認することができる。この後日本の脳死論議は主役を変えて、まったく別の段階に入ることになる。

脳死と臓器移植に関する議論を深める上で、立花が非常に重要な役割を果たしたことは、もちろん言うまでもない。立花の功績が大きいものであったことを確認しつつも、われわれは次の段階の脳死論議を検討する作業に移らなければならない。次に見てゆくように、この新たな段階の脳死論議は、それまでとはまったく異なる水準のものである。

第6章 21世紀の新たな脳死論議

高知の初例が多く、重大な問題を残して脳死論議の再燃のきっかけとなったことはすでに述べた。2000年には梅原猛（編）『脳死と臓器移植』の改訂増補版が文庫で出版されており、新たに生じてきた問題に対する見解が補足されている。また同年には近藤誠らによる『私は臓器を提供しない』（洋泉社新書 y）が出版され、高知の問題やそれに関連する事象を踏まえて、脳死からの臓器移植を疑問視する意見を諸論者が寄せている。

2000年はまた、1997年の臓器移植法の内容が見直しの検討を受けることが約束されていた年でもあり、臓器移植をさらに強力に推進していこうとする立場の人々も大きな動きを見ている。脳死になった息子の臓器提供を経験した千葉太玄の『本当の脳死——我が息子玄山へのレクイエム——』（作品社）という体験記がこの年に出版されているのも、その表れであろう。千葉の息子は1987年、アメリカ留学中に転落事故で脳死となり、アメリカの法律に基づいて臓器を摘出された。アメリカでは脳死がはっきり人の死として定められているため、迷いことなく臓器提供に応じることができたこと、脳死からの臓器移植は難病に苦しむ人を救う誇らしい行いであること、日本でも脳死からの臓器移植をもっと進めてゆくべきであること等が述べられている。同書の帯には国会議員（当時）であった河野洋平の推薦の言葉が載せられており、臓器移植推進派の助力が背後にあったことを窺わせる。

このように2000年は、日本の脳死論議の歴史においては大きな節目となる年であったと言える。

『私は臓器を提供しない』の中では、阿部知子、近藤孝という二人の医師が、高知の初例について、臓器摘出時に全身麻酔が施されたことを問題にし、脳死の人が痛みを感じる可能性に言及している⁴⁴⁾。阿部はまた、脳死の人は48時間位で心停止するのが常識とされていた時期に、1年以上にわたって心臓が動き続ける子どもを何人も見てきた体験を明らかにし、同様の事例が欧米でも報告されていることを述べている。代表的なのは、ロサンゼルスの小児神経科医のアラン・シューモンが1998年の論文で報告しているもので、そこでは、脳死と判定されてから14年間生存しているケースをはじめとして、59の事例が挙げられているという⁴⁵⁾。また梅原猛（編）『脳死と臓器移植』では、改訂増補版（文庫版）の追記部分の中で、渡辺良夫医師がこのシューモンの報告を取り上げている⁴⁶⁾。

44) 阿部知子「文化としての死の解体と人間解体を招く〈脳死・臓器移植〉」、近藤ほか『私は臓器を提供しない』（洋泉社新書 y, 2000年）、所収。

近藤 孝「私はいかにして『脳死』反対になったか」、同上、所収。

45) 阿部知子、前掲論文、48－9頁。

46) 渡辺良夫「脳死体からの臓器移植が包含する問題点と危険性」、追記部分、梅原 猛（編）『脳死と

渡辺はまた、これ以外にも欧米で発表されている知見を紹介し、欧米では日本とは逆にむしろ移植医療への批判と見直しの動きが広がっていることを述べている。渡辺によれば、高知の場合と同様に欧米でも臓器摘出時に麻酔が施されており、このことは脳死の人が痛みを感じると考えられていることによるという。臓器摘出手術時の頻脈と急激な血圧上昇のことは、イギリス・ケンブリッジの循環器専門医のエヴァンスがすでに1985年に雑誌論文の中で取り上げており、それによれば、このことは脳幹の機能がまだ残っていることを意味しているという⁴⁷⁾。

これらの医師たちの指摘をきっかけの一つとしたと推測されるが、翌2001年には森岡正博が著書『生命学に何ができるか——脳死・フェミニズム・優生思想——』の中で、これらの欧米の議論を本格的に紹介している⁴⁸⁾。2000年から01年にかけて現れたこのような議論は、それまでのものとは水準の異なるものであり、日本の脳死論議がそれまでとは根本的に異なるものになったことを思わせる。立花を中心とした論争は脳死の判定に関するものであったが、この新たな段階の脳死論議では、脳死という現象を見るときに最根本の前提がもう一度はじめから問い直されているからである。すなわち、これまで見られたところからすでに有感されるように、脳死の人は身動きをしないのか、人間は脳が死ねば意識をもたないのか、人間の意識活動を担っているのは本当に脳なのか、といったことが、今日あらためて検討されねばならなくなっているのである。

今世紀初頭に森岡がはじめて本格的に紹介した知見は、その後2004年に小松美彦によって『脳死・臓器移植の本当の話』（PHP新書）という書物で敷衍してまとめられている。これは新書としては異例の浩瀚さを備えたものであり、わずかな部分について補足が必要であることを除けば、今日でもなお脳死と臓器移植に関する決定版的な概説書となっているとすることができる。次にわれわれは同書で解説されている事柄を中心に、近年脳死に関して明らかになった事象を見てゆくことにしたい。なお小松はその後、『いのちの選択——今、考えたい脳死・臓器移植——』（岩波ブックレット No. 782, 2010年）の中で、さらに新しい情報を盛り込んだ解説を与えているので、それをも踏まえて、重要と思われる事柄を次に項目立てて見てゆくことにしたい。なお、あらかじめ述べておくことにすれば、近年の知見は、脳死を人の死と見なしてそこから臓器を移植して行こうとする立場にとっては、非常に不都合なものである。

臓器移植』（朝日文庫、2000年）、所収、78頁。

47) 同上。

48) 森岡正博『生命学に何ができるか——脳死・フェミニズム・優生思想——』（勁草書房、2000年）、第1章「いま脳死を再考する」。

(1) ラザロ徴候

何と言っても衝撃的なのは、脳死の人が動くという事実である。われわれの多くは常識的に、脳死の人は体をまったく動かさないといつの間にか考えているであろう。だが実際には、脳死の人の実に75パーセントについて体の動きが見られるという。このことには立花も論争の最終期に触れていたが、本格的には2001年に森岡によってはじめて主題化された。

最も顕著なのは「ラザロ徴候」と呼ばれるもので、1982年にアメリカのテンプル大学病院のステイーヴン・マンデルらによってはじめて報告された。28歳の脳死患者が脳死判定から15時間後に見せた、次のような連続的動きを言う。すなわち、まず四肢が伸張したのに続いて、左足がベッドから自然に持ち上がり、両腕もおおよそ45度まで上がった。そして、両手を合わせて祈るような動作をして、指を握りしめた。その後、両手は離れて胴体の横へと戻った。この間、両足は交互に動き、まるで歩いているかのようなようだった。こうした運動は自発的に4日間続き、刺激を与えるとさらに5日間起こったという。この動きは、キリストの死後に復活させられたとされる人物ラザロの名をとって「ラザロ徴候 (Lazarus sign)」と名づけられた。胸の上で手を合わせて祈るような動作があることから、このように命名されたようである⁴⁹⁾。

「ラザロ徴候」については日本のテレビでも報道されたことがあり（フジテレビ「ニュース JAPAN」2006年10月17日）、その時の映像は今でもインターネット上で見ることができる。私もパソコンの画面で見てみたが、その動きはかなり大きくスムーズなもので、眠っている人が伸びをするのに非常に似ているように見えた。とても死んでいるようには見えない。

また、このラザロ徴候以外にも、非常に多くの脳死者が、刺激を与えられるとゆっくりとした首の運動をするなど、さまざまな動きを見せることが報告されている。中には、ベッドから飛び上がるほどの大きな運動をするケースすらあったという⁵⁰⁾。これらはすべて、脳死判定基準を満たした人について見られるものである。

これらの事実は医師の間では知られていたようであるが、それ以外の論者では、日本では森岡以前にはほとんど誰も問題にしていない。これだけ大きな事実が長い間話題に上らなかったことは非常に不思議であるが、それは、これらの運動が脊髄反射と考えられたために問題とされなかったことと、刺激が強すぎるとして脳死患者の家族の目に触れないようにされていたことによるようである⁵¹⁾。

「ラザロ徴候」について竹内は、自らの著書の改訂新版の中で次のように述べている。

49) 同上、33頁以下、参照。

小松美彦『脳死・臓器移植の本当の話』（PHP 新書、2004年）、95頁以下、参照。

50) 小松、同上、94頁、参照。

51) 森岡、前掲書、35－6頁、参照。

脳は機能を失っても、頸髄よりも下の脊髄がなお生きているとなると、脊髄由来のさまざまな反射がみられることがあり、わずかな刺激によって下肢や、ときには上肢までも曲げるような運動が誘発され、あたかも自発的な動きと誤認されるおそれがある。またラザロ徴候（Lazarus sign）と呼ばれる呼吸運動様の複雑な自発運動も脊髄由来と考えられている⁵²⁾。

「脊髄反射だから問題にしないでいい」ということである。だが、この竹内の考えも推定的なものにすぎない。また、脳死者が見せる動きの中には顔面の痙攣もあるという報告があり、この事実に基づいて脳死者の動きを脳幹反射だと考える医師もいる⁵³⁾。それに、そもそも仮に脊髄反射にすぎないにしても、これほど大きな動きを見せる人を死人と見なすことには大きな無理があるのではないだろうか。

脳死論議の新しい段階に入って、このように脳死からの臓器移植に抵抗を感じさせるような事象が次々に明るみに出されていった。

（2）臓器摘出のときの激痛

臓器摘出手術の執刀時に、多くの場合、脳死患者の脈拍が速くなって血圧が急上昇すること、そのため全身麻酔が施されること、通常の手術では、このような現象は患者が痛みを感じていることを示す反応と見なされていること等は、すでに見た通りである。それどころか脳死の人が暴れ出すことすらあることが、その後明らかになっている。小松が紹介しているインタビュー談話をここでも引用しておこう。次に挙げるのは、イギリスのある麻酔医がインタビューに応じて答えた話である。

看護師たちは本当に動揺していますよ。〔脳死者に〕メスを入れた途端、脈拍と血圧が急上昇するんですから。そしてそのまま何もしなければ、患者は動き出し、のたうち回りはじめます。摘出手術どころじゃないんです。ですから、移植医は私たち麻酔医に決まってこう言います。ドナー患者に麻酔をかけてくれ、と⁵⁴⁾。

身の毛がよだつほどおぞましい話ではないだろうか。

脳死の人から臓器移植を行おうとすれば、摘出手術のときに脳死患者が痛みを感じるか否かは、最も検討されなければならない問題であろう。脳死者からの臓器移植の件数が増える

52) 竹内一夫『改訂新版 脳死とは何か』（2004年）、55頁。

53) 小松、前掲書、98頁、参照。

54) 同上、89－90頁に引用されている談話。

に従って、かなり多くの場合に痛みを感じると考えられることが明らかになってきている。痛みを感じると考えられる人の体にメスを入れて臓器を取り出そうとすることは、やはり許されないことではないだろうか。

脈拍や血圧の変化は、脊髓反射なのか脳幹の反応によるものなのか、まだはっきり分かっていないようである。だがラザロ徴候の場合と同様に、たとえ脊髓反射にすぎないとしても、痛みを感じる人を死んでいると見なすことはできないのではないか。この問題は、日本では高知の初例によって顕在化し、その後覆い隠しようのないものになっている。

脊髓の反応について、ここで少し述べておこう。脊髓が生きていて反応する人は、「意識がない」と言えるであろうか。われわれは日頃、非常に安易に「意識がある」とか「ない」といった言い方をするが、「意識がある」とはそもそもどのような状態を言うのか、あらためて考えてみると、われわれは明確な答えを与えることができないのではないか。脊髓が生きていて反応する人には何らかの低次の意識活動があると考えるほうが、自然なのではないだろうか。動くことができ、痛みも感じるということであれば、その人にはなおさら「意識がある」と言えるのではないか。

このことは、脳死を人の死と見る見方を根底から揺さぶり、さらにはわれわれが日ごろ持っている常識的な考えの見直しを迫るものである。人体の中で意識活動を担っているのは脳だと考えるのが、われわれの常識であろう。それゆえ、脳がすべて死んだ人は何も思わないし何も感じないのだから、その人の臓器を摘出して移植に役立てたいという考えも生じてくるのである。だが今日、われわれはこの常識を疑わなければならないところに来ている。脳がすべての意識活動を担っているとは言えず、脳が死んでも人間には何らかの意識活動が残っていると見るほうが、説得力を持っていることが明らかになってきたからである。今日われわれは人間の意識を、脳の働きに帰着しないものとして考えなければならなくなっている。

(3) 長期脳死

脳内の呼吸中枢が反応しなくなって人工呼吸器によって呼吸を維持しようとする場合、この状態をどれくらい続けることができるのか、人工的に心臓を動かしておくのはどのくらいの期間可能なのかは、書物によって解説が異なる点である。脳死の人が、多くの場合に数日で心停止を迎えることは確かなようであるが、さらに心臓が動き続けるケースについては、「長くとも一週間」と書いてある本もあれば、「10日」「2週間」「1ヶ月」のように書いてある本もある。脳死の人を人工呼吸器につなげた後どのくらいもたせることができるのかは、はっきりしないことのようなのである。

中には何ヶ月も心臓が動き続けるケースがあること、それどころか何年も続くことすらあることはすでに述べたが、高知の初例の問題をきっかけにして、このように長期間心臓の動

きを続ける脳死患者のケースが注目されるようになった。このような現象は今日「長期脳死」と呼ばれるようになっている。

「長期脳死」について調査した代表的な研究者は、先にも挙げたアラン・シューモンである。シューモンによれば、脳死と見られる12,000件あまりの過去の事例を調べたところ、175人について心臓が1週間以上動き続けていたことが判明したという⁵⁵⁾。決して少ないとは言えない数である。

これまで分かっているところでは、脳死の状態で心臓が動き続けた最長の記録として21年という期間が報告されている⁵⁶⁾。T・Kという名の脳死患者は、4歳のとき脳膜炎を発症して、その日のうちに脳死と診断された。「9日以内に死ぬだろう」という医師の宣告に反してT・Kは生き延び、自宅で療養生活を続けたという。体重は15 kgから60 kg以上にまで増え、身長は150 cm以上にまで伸びた。また性的な成熟も示したという。

T・Kは、リハビリセンターで一人にされていた時には状態が悪化する一方で、反応も少なくなっていくが、自宅に戻って母親の介護を受けたところ次第に反応が戻り、母親や好きなテレビ番組に向かって顔を傾けるようになったという。また笑うことこそないが、眉が動く、顔が紅潮する、体が硬くなる、手が震える等の動きによって表情を表すという⁵⁷⁾。

「長期脳死」は、T・Kの場合のように幼児に多く見られる現象で、未解明のことが多いようである。上のような表情の変化は、家族（母親）が感情移入しながら想像していることのようにもあり、何かの錯覚のようにも思えるであろう。だが、後に見るように、このことは決してそのような単純なものではない。長期脳死の事例は日本でも報告されており、2009年には、中村暁美『長期脳死——娘、有里と生きた1年9ヶ月——』（岩波書店）と西村理佐『ほのさんのいのちを知って——長期脳死の愛娘とバラ色在宅生活——』（エンターブレイン）という家族の手記が出版されている。臓器移植法の改定が迫っていることに危機感を覚え、傍らに付き添う家族の目から見て「脳死」がどのようなものであるかを知らせたいという願いに基づいて書かれたものと思われる。どちらの本にも興味深い現象がさまざまに記されており、脳死について考えるための重要な手がかりを与えている。主としてこれらの手記の内容に基づいて、「長期脳死」という現象を観察することによって分かってきた事柄を、次に別の項目にして挙げてゆくことにしたい。

55) 小松『脳死・臓器移植の本当の話』, 109頁。

56) 小松美彦・市野川容孝・田中智彦（編）『いのちの選択——今、考えたい脳死・臓器移植——』（岩波ブックレット No. 782, 2010年）, 18頁。

57) 小松『脳死・臓器移植の本当の話』, 394頁以下、参照。

(4) 血圧の変化

臓器摘出手術の執刀時に血圧が急上昇することはすでに見たが、この場合に限らず、血圧の変化は脳死の人の状態を表す重要な徴表となっていることが考えられている。2歳8カ月のとき、原因不明の急性脳症のために突然脳死状態に陥った中村有里は、その後1年9カ月間にわたって心臓の動きを続けた。状態が悪くなる一方だった時期、仲のよかった三人の兄たちに手を握られたり体をさすられたりしながら話しかけられたとき、下がるばかりだった血圧が少しずつ上がり始めたという⁵⁸⁾。血圧の上昇は血流が活発になったことを示すものであり、生命活動の活発化を表していることが考えられる。外に反応が現れないだけで、意識状態が上向いたことも十分考えられるであろう。

柳田邦男もこれと同様のことを体験している。柳田の二男洋二郎は、心停止の直後に腎臓を摘出する都合から、脳死と判定されてからは昇圧剤の投与を停止していたにもかかわらず、家族が傍らに来るとなぜか血圧が上がったという。

洋二郎の集中治療室に入ると、窓際の棚に置かれている血圧や呼吸などのデータを刻々表示しているテレビ型のモニターの数字が、私の目にとびこんできた。

毎日見つめている数字だけに、ちょっとした変化にも気づくようになっていたのだが、そのときは「血圧140前後、心拍数60台」という高い数字が出ていたので、私は真っ先に《どうしたんだろう》と驚いたのだった。

そこへ看護師が入ってきた。

「あら、お父さんが来たら、急に上がったわ。さっきまで血圧は120台、心拍数は50台だったのに」

「ほんとですか。まるで健康なときに戻ったみたいだ。昨日から昇圧剤の点滴をやめたのに、どうしたんだろう。ぼくが来たのを、からだが感知するのかなあ」

「ほんとにそんな感じがしますね」⁵⁹⁾

このような事実から、血圧の上昇は脳死の人が何かしら喜んでいること、意識の高揚を表していることが考えられよう。このように脳死の人には、意識活動を反映していると思われる現象が見られることが、近年さまざまに報告されている。

(5) 体が話しかけてくる

次に見るのは、脳死の人が何かを言っているように感じられるという現象である。脳死の

58) 中村暁美『長期脳死——娘、有里と生きた1年9ヶ月——』（岩波書店、2009年）、34頁。

59) 柳田邦男、前掲書、183－4頁。

人が文字どおり声を出して話すということは、もちろんありえないことであり、それゆえ一見奇妙で理解しにくい現象であるが、これもまた体験者が共通して記していることである。西村帆花の母親が述べているところを次に見てみよう。

西村帆花は、出産の直前に胎内でへその緒が切れるという事故に見舞われ、酸素や養分の流入が途絶えたため、脳のすべての機能を失った状態で生まれてきた。家族から見ると、帆花は体全体を使って話をしているように感じられるという。

ほのさん〔帆花のこと——引用者〕は、いつもおもしろいことを言う。

とうさんがほのさんに話しかけると、かあさんがほのさんの顔色、表情を見て、「こう答えている！」と思うことを、かあさんが代弁。かあさんがほのさんに話しかけたときは、とうさんが代弁。初めのうちは、とうさん、あるいはかあさんのキャラで、ほのさんの返事がきまってるのかなあ、という気もしていたが、フシギなものでほのさんには確実にほのさんのキャラがあるらしく、他の人が見ても、「うん、ほのさん、いまこう言った」というのが一致する。連日ほのさんの夜のお世話係だったとうさん、今日はお昼前に起きてきた。

「ほのさん、おはよう。とうさんがあんまり起きてこないからどうしたかと思った？」

ほのさん、なんて答えたかというと……。

「とうさん、あたし、とうさんのことはあんまり気にしていません！」

とうさんもうとうさんで、こんな風にほのさんに言われると、喜んじゃうからタチが悪い……。君ら、確実に親子だよ⁶⁰⁾。

また、中村有里の母親の手記には次のような箇所がある。

「有里、髪の毛を切ろう！」

有里の返事を聞くまでもなく、看護師さんに相談していました。結局、有里を椅子に座らせて、新聞紙を敷きつめ、そこで切ることにしました。

あの時の不安そうな有里の顔が忘れられません。

…（中略）…

60) 西村理佐『ほのさんのいのちを知って——長期脳死の愛娘とバラ色在宅生活——』（エンターブレイン、2009年）、132－3頁。

ビニールを体に巻き、切った髪が首から服の中に入らないようしっかりガードして、さあ散髪開始です。有里の頭を看護師さんに支えてもらい、鏡を見ながら少しずつ切っていました。

「有里、こんな感じでいかがですか？」

「ちょっと納得できないけど、我慢するよ。ママ、ありがとう」

そんな、小さな声がきこえました⁶¹⁾。

母親の感情移入によるものにすぎないようにも思えるであろう。取るに足らないことだと考えるのが普通であろうが、柳田が次のように述べているのを見ると、決してそのような単純なものではないことが分かる。

賢一郎〔柳田の長男、洋二郎の兄——引用者〕がいった。

「毎日ずっと洋二郎の側に付き添っていると、脳の機能が低下しているといっても、体が話しかけてくるんだなあ。全身でね」

賢一郎もそう感じているのかと、私はうれしい気になった。

「ばくもそう感じるよ。言葉はしゃべらなくても、体が会話してくれる。不思議な気持ちだね」⁶²⁾

私と賢一郎がそれぞれに洋二郎にあれこれ言葉をかけると、洋二郎は脳死状態に入っているのに、いままでと同じように体で答えてくれる。それは、まったく不思議な感覚だった。おそらく喜びや悲しみを共有してきた家族でなければわからない感覚だろう⁶³⁾。

脳死の人に実際に付き添う体験をしてみなければ分からない、独特の様子のものであると思われる。21年間脳死状態で生き続けたT・Kの母親が述べていたことも、決して笑うべきものではないことが分かるであろう。脳死の人は、家族の目からすれば、話をする存在なのである。このような人から臓器を取り出そうとすれば、それが家族には耐えがたいのは当然のことであろう。家族にしてみれば、「脳死になりました。死んだのと同じ状態です。ついては臓器を摘出します」と言われて、その場で「わかりました。臓器移植に同意いたします」と答えることなどできないのである。中村暁美には、有里が「私は一生懸命生きていたよ」、

61) 中村、前掲書、55頁。

62) 柳田、前掲書、64頁。

63) 同上、141頁。

「脳死は死ではないよ」と大きな声で話すのが聞こえたという⁶⁴⁾。

傍らに付き添う家族の目から見て、脳死の人を死人と見なして臓器を取り出そうとすることには非常に大きな無理があることが、近年明らかになっているのである。

(6) 有機的統合性論の破綻

シューモンによれば、2004年に心臓が停止した T・K を死後解剖したところ、脳の構造や神経細胞は完全に無くなっていたとのことである⁶⁵⁾。脳が完全に溶けて無くなっても心臓が動き続けたという事実は、人体の仕組みに関する常識的見方を根本から改めるように迫るものにほかならない。特に、脳死臨調が提示した「有機的統合性論」は、このことによって完全に否定されたと言うことができよう。

人の死を認めるのに、人体を構成する個々の部分が死んでいることを確かめる必要はない、人体が全体としてのまとまりを失えば人はすでに死んでいるのだと考えるのが有機的統合性論であった。生命体としてのまとまりを維持する役割を果たしているのは脳であるから、脳が死んでもはや働いていないならば、人はすでに死んでいるという考えを脳死臨調は提示したのであった。

だが T・K について見られたように、脳が完全に無くなっても心臓が動き続け、生命体としてのまとまりが維持されたとなれば、有機的統合性を保持する働きが脳にないことは明らかであろう。脳が死んでも脊髄がバックアップ的に働いて脳の機能を果たすことを立花が指摘していたこと、ラザロ徴候のような動きや、また脈拍や血圧の変化が脊髄の反応によるかもしれないことは、すでに見たとおりであるが、T・K のケースに照らすと、脊髄が果たしている役割は当初予想されていたよりもはるかに大きいことが考えられる。また脊髄にとどまらず、人体の諸部分が脳に依存しない自働性を備えているならば、一体どこまで死ねば人間は死んだことになるのか、われわれは決定することができず、さらに迷宮の中をさまよわなければならないだろう。人間の死は、脳死理論が当初考えたほど簡単に決定されるようなものではないのである。

このことを突きつめたとき、われわれは今日の常識となっている見方を再検討する必要に迫られていることが分かるであろう。それは、人体の中で脳を特別なものと見なす見方のことである。今日われわれは人体のあらゆる活動に関して、それを統御する中枢が脳内にあり、脳が人間のあらゆる活動を支配していると思い込んでいる。とりわけ意識活動を脳の働きと見ない人は珍しいであろう。

だが、この見方は本当に正しいだろうか。上に見られてきたことからすれば、明らかになっ

64) 中村、前掲書、iv 頁。

65) 『いのちの選択』(岩波ブックレット No. 782)、18頁。

たのはむしろ、脳が死んでも人間には何らかの低次の意識活動が残っていて、痛みや悲しみ、喜びなどを感じている可能性があるということではないだろうか。われわれは恐怖を感じる時鼓動が速くなるし、また鳥肌が立ったり背筋がぞくぞくしたりする。われわれは頭（脳）で考える以前に、恐怖を胸や肌、背中で感じると見ることは、決して陳腐なことではない。

脳死という現象を突きつめたとき到達するのは、むしろ、すべてを脳に帰着させる見方を改めなければならず、人体の働きをもっと全体論的に考えなければならないという帰結である。われわれが見たところでは、このことはヨナスの主張に合致している。一見奇矯に見えたヨナスの議論は、実は正鵠を得たものだったことが分かるであろう。

(7) 脳死からの生還

脳死と判定された状態ないしはそれに近い状態から回復を果たしたケースが、いくつか報告されている。日本人女性のTは、1991年、旅行先のハワイで自動車事故にあって頭部を強打し、当地のマウイ記念病院に搬送された。医師から莫大な治療費がかかることを告げられ、臓器提供を打診されたが、家族がそれを決然と拒否して治療に専念したところ、平常とほとんど変わらない生活を送ることができるまでに回復したという⁶⁶⁾。

また2008年にはアメリカで、ザック・ダンラップという21歳の青年が、バイク事故の後に脳死と判定されながら、そこから社会復帰を果たしている。臓器摘出の準備が進められたが、家族の判断で中止されたという。このときダンラップは、外に反応を表すことができないだけで、自分に対して死亡診断が下されたことや臓器摘出が準備されていた状況をはっきり理解していたという。ダンラップはこのときの極限の恐怖を外に表すことができないだけだったのである⁶⁷⁾。繰り返すが、「脳死」とははっきり判定されたケースについて生じたことである。脳死状態で臓器を摘出された人で同様の経験をした人は、少なからず存在したと考えられる。背筋が凍りつくほどおぞましい話ではないだろうか。

「蘇生限界点をすぎれば絶対に回復しない」と竹内は言いきっていたが、このことも100パーセント確実なことではないと考えなければならないであろう。また、蘇生限界点を過ぎていて回復しないとしても、ダンラップについて見られたように、脳死の人にまだ意識がはっきり残っているケースはかなりあると考えなければならない。自分の状況をはっきり理解できる人から臓器を摘出することは、どう考えても正しいことではない。

66) 小松、前掲書、392－4頁。

67) 『いのちの選択』（岩波ブックレット No. 782）、16－7頁。

第7章 今日の状況

本稿が執筆されている現在（2011年）の状況を見定める地点にまで、ようやく至り着いたようである。

日本における脳死論議の歴史を辿った結果わかることは、脳死の人を死んでいると見なし、そこから臓器を摘出しようとするには無理があることが、時代とともに明らかになったということである。ところが本稿の冒頭でも述べたように、現実にはこのことにまったく逆行して2009年に臓器移植法が改定され、脳死は一律に人の死として規定された。また本人が積極的な拒否の意思表示をしていない限り、家族の承諾だけで脳死の人から臓器を移植することが認められるようになった。またこのことに伴って、旧法では認められていなかった15歳未満の脳死患者からの臓器移植が、親の同意のもとで行われることになった。脳死からの臓器移植をこれまでよりも大きく進める方向に舵が切られた今日の日本の状況は、顕著なまでにねじれたものにほかならない。

もはや言うまでもなく、新しい臓器移植法は脳死に関する正しい理解に基づいて成立したものではない。それは、脳死からの臓器移植を推進していこうとする国会議員たちの働きによって実現したものである。改定のために国会で審議された時間は合計でわずか16時間にすぎず、脳死と臓器移植に関して議論が尽くされた様子はない⁶⁸⁾。近年明らかになってきた事実や現象に注意を払う姿勢が見られなかったどころか、森岡が報告しているところによれば、「長期脳死」という現象を何とかして隠蔽しようとする動きすらあったという⁶⁹⁾。また、小松を代表とする「生命倫理学会議」という団体が、近年の知見を盛り込んだ内容からなる声明文を発表し、国会での徹底審議を呼びかけたが、応じられることはなかった。国会議員の全員に声明文を配布して3度にわたって呼びかけを行い、記者会見を開いたが、功を奏することはなかったとのことである⁷⁰⁾。事実を正しく見てとろうとする姿勢がとられることはなく、ともかく脳死からの臓器移植の実施件数を増やそうとする目論見が先走った結果、日本においては現在、本来得られるはずだったのとは正反対の結果が生じてしまっている。まことに残念だと言う以外にない。

和田移植事件が大きな疑惑を残したために、日本では脳死に関して議論が紛糾して臓器移植が進まず、「脳死と臓器移植」をめぐるさまざまな議論が提出され、さまざまな論争が交わされてきた。このため日本では脳死に関して、世界でほかに例を見ないほど考えが深めら

68) 『いのちの選択（岩波ブックレット No. 782）』、3頁、参照。

69) 同上、73頁、参照。

70) 同上、3頁、参照。

れたとすることができる。このことはある面では幸運なことであった。だがそれにもかかわらず、今日われわれが迎えている状況はこの幸運を生かさないものになっている。大変に遺憾であると同時に、ある意味では恥ずべきことのようにも思う。今後正反対の方向に向けて法改正が行われなければならないはずである。

朝日新聞が伝えているところでは、2010年に新法が本格施行されてから、脳死からの臓器移植の件数は、それ以前の5～6倍にまで激増したとのことである⁷¹⁾。同時に他方で、子供の脳死患者からの臓器移植は、親の同意がなかなか得られないために進んでいないことや、病院の態勢が整っていないために、臓器提供の申し出があっても応じられないケースがあることも報じられている⁷²⁾。「脳死と臓器移植」をめぐる日本の状況は、まだ混沌としたものを残していると言えよう。

2011年4月には15歳未満の脳死患者からの臓器移植がはじめて実施された。このような出来事が報じられるときに気づくことは、脳死からの臓器移植に関する報道は、それが結構なことであるかのような印象を与えてしまうということである。報道が偏向しているということではない。移植された直後の臓器が順調に働いていることが報じられたり、脳死者の家族の「最後に人の役に立つ大きな仕事をしてくれた」といった談話が伝えられたりするため、報道がどうしても「よいことが行われた」という論調のものになってしまうのである。

だがわれわれは、報道が与えるこのような印象に影響されて判断を誤らないように注意しなければならない。その後『週刊文春』は、臓器を提供したこの15歳未満の少年が、自殺を企図した結果脳死となった疑いが強いことを報じている⁷³⁾。脳死からの臓器移植が実施されたとき、メディアによる報道やわれわれの関心は、移植手術が成功したかどうか集中してしまっ、その人が脳死になってしまった事情に向かわなくなる傾向がある。そもそも人が脳死状態になることが悲しむべきこと、忌むべきことであるはずなのに、そのことがつい忘れられてしまうのである。だが、「脳低体温療法」に関する箇所述べてように、「脳死」という現象に当たってまず考えられなければならないことは、脳死になった人、あるいは脳死になりそうな人を救うことのはずなのである。このあまりにも当たり前の事柄を、われわれはここでもう一度思い起こさなければならない。

また臓器移植については、移植直後の患者と臓器の状態を問題にするだけでは、もちろん足りない。移植直後だけではなく1年後や数年後、さらには10年後の患者の容体や臓器の働き具合が問題にされなければならないはずである。ところが、こういったことはまず報道の対象にならず、移植直後の状況に関する情報ばかりが氾濫するため、われわれは今日、移植

71) 『朝日新聞』、2011年7月1日の記事。

72) 同上。

73) 『週刊文春』2011年4月28日号の記事。

医療の実態について正しい考えをもつことができなくなっている。

臓器移植がこれまでどれほど成功しているかについては、移植される臓器によって成績が大きく異なるため、述べるのが非常に難しい。腎臓の移植は比較的うまく行っているが、肺や心臓の移植については成績がはかばかしくないようである⁷⁴⁾。よく知られているように、人間の体には免疫の働きが備わっていて、自分の中に取り込めない異物が侵入してくると、人体はそれを殺そうとしたり外に追い出そうとしたりする。他人の臓器を植え込めば、人体はそれを除こうとして大変な拒絶反応を示す。この働きを抑える免疫抑制剤の開発が進んだのに伴って、臓器移植も推進されてきた。だが人体が本来もっている免疫力を抑えてしまえば、本来は感染しなくてすむ細菌に感染しやすくなってしまう等の不都合が生じる。臓器を移植された人は、このことからくる苦難と終生闘わなければならない。当然のことながら、臓器移植によってすべてが解決するわけではないのである。

移植医療の成否や意義については、評価することが大変に難しい。移植を受けた患者が一定期間生きることができても、移植しなかった場合にどれだけ生きることができたかは分かりようがないため、臓器を移植してよかったのかどうかは判定がつかない。また、生きている間どのくらいよい状態で過すことができたかは、数値化することができないため、統計がとれない。この問題についてあえて雑駁な言い方をすれば、臓器移植はあまりよい結果を生んでいないということをここでは言っておきたい。

あるジャーナリストが移植専門医に取材したところによれば、臓器を移植されて長期間生きる患者は決して多いとは言えず、その上、長期間生きる人でも「ふつうの生活にもどれるのは3分の1くらいでしょう」⁷⁵⁾とのことである。また、ある医師が心臓移植に関して述べているところでは、多くの患者は移植後ほどなくして死亡しているのが現実であるという⁷⁶⁾。生き続ける人でも、多くは健康というにはまったく程遠い状態で命をつないでおり、普通の生活が送れるまでになるケースはごくわずかにすぎないという。また普通の生活を送っている人でも、毎月1～2回の頻度で心臓の筋肉の一部を採取されて検査されなければならない、常時大変な苦痛と困難に満ちた生活を強いられている⁷⁷⁾。臓器移植の現実がこのような過酷なものであることを、われわれはよく知らなければならないであろう。このような現実が報道の対象にならず、ともすれば普通の生活を送れるようになった人ばかりが脚光を浴びてしまうが、このような傾向に抗して、移植医療の現実が正しく知られるようになる手立てが講じられなければならないであろう。

74) 小松美彦『脳死・臓器移植の本当の話』、第2章、参照。

75) 平澤正夫「悪魔としての移植医療」、近藤ほか『私は臓器を提供しない』、所収、171頁。

76) 渡辺良夫「脳死体からの臓器移植が包含する問題点と危険性」、梅原 猛（編）『「脳死」と臓器移植』（朝日文庫、2000年）、所収、56頁。

77) 同上、参照。

また脳死からの臓器移植の件数を増やしても、移植を求める患者たちすべてを救うことができないことはすでにはっきりしている。仮に脳死の人のすべてから臓器を摘出したとしても、臓器を求める人たちの数に追いつかないからである。「生命倫理学会議」の声明の中で言われているように、例えば現在日本にいる26万人の人工透析患者を脳死者からの腎臓移植によって救おうとするなら、交通事故等によって最低でも13万人もの人が脳死になることが必要となる⁷⁸⁾（現在日本では、交通事故による死亡者の数は年間5千人台である）。だが、これほど多くの人が病気や事故によって脳死になることが見込まれるような社会は、異常だと言う以外にないであろう。

これらの現実を総合的に考慮すれば、移植医療の推進に賛同することができないことは明らかであろう。すべての臓器について同じように言うことはできないが、他人の臓器を当てにする移植医療は、今後廃止される方向に向かうべきだと私は考える。重篤な病気に苦しみ、一日千秋の思いで臓器移植を待ち望んでいる人たちがいることは百も承知しているが、先入見に惑わされずに移植医療の現実を見たとき、その人たちに臓器移植を勧めることはできないはずである。諸々の条件を総合的に考えあわせれば、内科的治療等によって善処を図るほうが正しいし、また賢明だと思われる。

移植医療に関しては、近年、これまでとはまったく別の発想に基づく技術の進歩が見込まれている。言うまでもなく「万能細胞（iPS細胞）」を用いた臓器再生技術のことである。2007年に京都大学の山中伸弥教授がヒトの細胞からiPS細胞を作製することに成功して以来、この方面における新たな発見や技術革新が、近年かまびすしいまでに報道されており、臓器再生技術は日進月歩の進捗を遂げている感がある。この技術が実用化されれば、自分の細胞を用いて望みの臓器を作り出すことができるため、他人の臓器をあてにする必要がなくなり、また拒絶反応の問題も格段に少なくてすむ。このようなクローン技術はもちろん、解決されるべき別の問題を生じさせるであろうが、差し当たってわれわれが見てきた問題を解決するために、開発が望まれるものである。

このような臓器再生医療の内容については、ここで詳しく検討する紙幅がないが、「脳死と臓器移植」の問題も、この方面における発展によって次第に解消されてゆくことが考えられる。私としては、脳死からの臓器移植が行われるには、現行の臓器移植法で定められているのとはまったく別の条件が必須であり、それゆえ臓器移植法は今後もう一度改正されなければならないと考えている⁷⁹⁾が、このことを期待するよりも、臓器再生医療の進展によって状況が変わり、「脳死」という現象が問題にならなくなることのほうが、より見込まれるように

78) 「生命倫理学会議 臓器移植法改定に関する緊急声明」, 項目2), 『いのちの選択』(岩波ブックレット No. 782), 所収。

79) 脳死からの臓器移植が行われるためには、どのような条件が満たされていなければならないと私

思われる。「脳死と臓器移植」の問題をめぐる状況は、今後このような外的な事象に影響されて変わってゆくであろう。

「脳死と臓器移植」に関する論議は今後、本稿で見られた事柄から離れた、まったく別の動向に影響され、これまでとはまったく別様のものになってゆくことが予想される。本稿の内容がまったく時代遅れなものとなり、意味をなさなくなることが、今後見込まれることであり、また期待されることにほかならないのである。

↘
が考えているかについては、拙稿「脳死体験」、『広島修大論集』第52巻第1号（広島修道大学，2011年），所収，90頁を参照されたい。