

我が国における脳死・臓器移植の現在と その新たな法改正案の問題点

奥 谷 浩 一

要 旨

我が国では1997年4月に国会で臓器移植法が成立し、同年10月にこれが施行されてから8年が経過した。今日までにこの臓器移植法にもとづいて医学的な脳死判定が行われたのはすでに39例、脳死判定に引き続いて臓器移植が行われたのも38例を数えている。北海道でもつい最近2例目の脳死・臓器移植が行われたことは記憶に新しい。あの札幌医科大学の和田心臓移植事件で決定的に立ち遅れることになった我が国の脳死・臓器移植も、ようやく軌道に乗り始めたかに見える。しかし、臓器移植を必要するレシピエントの数に比べて臓器を提供するドナーの数が圧倒的に少ないという状況は変わっておらず、また書面による臓器提供者本人と家族との意思確認を条件とする我が国の臓器移植法は14歳以下の臓器移植を対象から除外している。そのために海外で臓器移植を受けようとする子供が後をたたず、海外での移植手術を待ちわびながら亡くなった子供が人々の涙を誘っている。このような状況をうけて、今年に入ってから自民党の生命倫理および臓器移植調査会が現行の臓器移植法を改正することに合意したが、意見がまとまらず、ふたつの臓器移植改正案を国会に提出することになった。しかし、周知のように、郵政民営化法案をめぐる衆議院解散の結果、これらの改正案の提出と国会での本格的な審議は秋の国会以降に持ち越されることとなった。私見によれば、現行の臓器移植法は、脳死を人の死とする根拠や脳死判定基準などにかんして多くの諸問題を含んでおり、しかもきわめて短時間の国会審議でとうてい国民的な合意が得られないままに成立した感を否むことはできない。今回国会提出が準備された臓器移植法改正案も、残されたこれらの諸問題を解決するのではなく、その逆に、ドナーの確保を至上命令として問題点と矛盾とをさらに増幅しかねない危険な内容をもっていると言わざるをえない。本論文においては、現行臓器移植法の成立後に生じたさまざまな問題事例を踏まえながら、現行法の問題点を洗い直すとともに、今回の法改正案がもつ問題点を剔抉することにしたい。

キーワード：脳血流検査，視床下部，脳低温療法，ラザロ徴候，人間的医療

目 次

はじめに

第1章 我が国の脳死・臓器移植をめぐる現在の状況

第2章 現行臓器移植法の問題点(1)―脳死の定義をめぐる諸問題

(1) 問題の所在と脳死概念の多義性

(2) 旧厚生省基準の方法論的問題点

(3) 脳血流の問題

第3章 現行臓器移植法の問題点(2)―脳死ははたして「人の死」か？

- (1) 旧厚生省基準と脳死臨調との齟齬の問題
- (2) 「有機的統合」の中心である脳幹の死は真に確かめられるか？
- (3) 視床下部の問題
- (4) 長期脳死の問題
- (5) 脳死者は臓器移植のさいに苦痛を感じている可能性がある
- (6) 「ラザロ徴候」の問題
- (7) 脳死妊婦の出産の問題
- (8) 脳死患者に内部意識が存在する可能性がある
- (9) 脳死＝「人の死」という考え方の破綻

第4章 旧厚生省の脳死判定基準の個別的な問題点

- (1) 無呼吸テストの危険性
- (2) 「平坦脳波」と脳波測定の問題
- (3) 聴性脳幹反応と脳血流テストは必須である
- (4) 脳死判定時間の6時間間隔は短すぎる
- (5) 独自の脳死判定基準が策定されるべきである
- (6) 脳死判定の前に脳低温療法を義務づけるべきである

第5章 臓器移植法改正案の問題点

- (1) 臓器移植法改正の動きと経過
- (2) これまでの移植例にかんする十分な分析と検証の欠如
- (3) 脳死＝「人の死」の一元化と脳死判定の強制化
- (4) 臓器提供にかかわる自己決定権、本人と家族の同意という原則の否定
- (5) 臓器移植の年齢制限の撤廃と小児の臓器移植の問題
- (6) 親族への臓器の優先的提供
- (7) 臓器提供にかんする意思の有無を記載することの義務化
- (8) 脳死者に保険ははたして適用されるのか？

おわりに

はじめに

〔冒頭に掲げた本論文の要旨に同じ〕

第1章 我が国の脳死・臓器移植をめぐる現在の状況

臓器移植にかんして、臓器提供意思表示カード（ドナーカード）の普及キャンペーンや移植推進側の発言のなかでしばしば用いられているのは、「愛のプレゼント」、「愛の行為」、「命の贈り物」あるいは「命のリレー」などの美しい言葉である。臓器を移植しなければ生きられない人に自らの臓器を自発的に提供するという行為は、究極の人助けであり、究極の「人間愛」である、とも言われている。また臓器提供は、報酬や評判への期待にもとづく行為ではなく、また他人を助けることがいずれは自分が困った時に他人からの助けとなって自分に戻ってくることを期待する互惠的利他主義でもなくて、その意味では現代社会が立脚する相互性の倫理を超えた、未来社会の倫理を指し示しているとも考えられている。臓器提供は、自分が出会うことがない人への、つまり自分の利害にかかわりがない不特定の人への、債務などの関係を超え

た、褒賞をまったく期待することのない善行だと言うことができるからである⁽¹⁾。ある移植医は、親鸞上人が遺言で「自分が死ねば、その身を鴨川の魚に与えよ」と言い残したことを、言葉尻だけとらえて、臓器移植の絶対的な自己犠牲の精神を表すものと解釈したことがある。さらには、ある王子が飢えた虎のために我が身を食らわせたという、古代インドの文学や經典に伝えられる「捨身飼虎」の話が持ち出されることさえもある⁽²⁾。

たしかに、自分が脳死状態に陥ってもはや助かることがない時に不特定のレシピエントに自らの臓器を提供するという行為は、利害と褒賞への期待を超えるばかりか相互性の倫理をも超えた、倫理的に一段と高次の自己犠牲的精神の発露と言えるかも知れない。しかし、われわれ国民は現時点では、こうした臓器提供にかんするさまざまな評価や時には美化されたりもする表現にもかかわらず、だからといってこれらに素直に賛意を表明したり、ただちに臓器提供意思表示カードにサインしたりする気持ちにはなれないというのが率直のところであろう。かつてまだ生きていた青年と心臓移植をしなければならぬほど心臓が悪いわけではなかった青年との二人の命が同時に奪い去られた可能性が強いあの和田心臓移植事件の衝撃を記憶から簡単に消し去ることはできないばかりか、病院における医療過誤事件がほぼ毎日のように報道されているにもかかわらず、患者本人にたいする医療カルテの開示の法制化も日本医師会の反対でいまだに実現していないというような状況のもとでは、我が国の医療体制にたいする国民の不快感をとうていぬぐいさることはできないからである。

現行の臓器移植法案の国会での審議も、「臨時脳死及び臓器移植調査会」（以下脳死臨調という）の答申や脳死判定の旧厚生省基準（いわゆる竹内基準）に対しては医学者を初めとするさまざまな批判や疑問が提起されていたにもかかわらず、わずか2カ月というきわめて短期間に、公的なかたちでは「わずか3時間半の審議の後に政治決着で可決されたものだった」⁽³⁾と総括されるような性急で、異例のかたちで可決成立したにすぎなかった。我が国の現在の脳死・臓器移植は、脳死の定義、脳死を臓器移植の場合に限って「人の死とする」という現行法の問題点を初め、医学的にもまだまだ決着がつけられていないまま、そして何よりも脳死・臓器移植の問題がさまざまな反対意見を含めて広く当事者である国民に情報公開されず多くの問題点と不透明な点を残したままに、国会での政治的決着というかたちで進行したために、現在もなお国民的な規模での同意を得られていないと思われる。脳死判定後の臓器移植にかんしては移植医から家族にたいしてインフォームド・コンセント（侵襲や危険を含めた十分な説明が行われたうえでの同意）が行われるのは不可欠の要件であるが、移植医療とそれがもつさまざまな問題点にたいする国民的な規模でのインフォームド・コンセントはきわめて不十分であり、とりわけわれわれが臓器提供意思表示カードにサインする時のインフォームド・コンセントはまったく不在である。国民的な規模での臓器移植をめぐるこうした遅れた状況と経緯とが、当事者であるわれわれ国民が臓器提供意思表示カードにサインするのを躊躇させている最大の要因であるように思われる。

臓器提供にかかわる善意や人間愛の持ち主でないわけでは決してないわれわれ国民にとっての最大の問題は、率直に言って、われわれが事故や突発的な疾病で病院に運ばれて切迫脳死の状態になりかけたときに、たまたま臓器提供意思表示カードをもっていたがために、本来患者が受けられるはずの救急救命医療または蘇生治療を十分に受ける機会を奪い取られ、場合によっては蘇生することが可能であったにもかかわらず、早すぎるかまたはいい加減な脳死判定によって「死者」とされ、レシピエントによって待ちに待たれているドナーに回されて、体中の臓器を抜き取られてしまうという事態である。もしもレシピエントの命がまだ生きているドナーの命を奪い取ることによって継続されるようなことがあるとすれば、こうした事態を「愛のプレゼント」や「命のリレー」などという美辞麗句で美化することは決してできない。医学的にはまだ生きている患者から臓器を取り出すことで患者を死に至らしめるのに、いったいなぜ「命のリレー」などという表現ができるのであろうか。

臓器移植の当事者であるわれわれ国民は、他人の臓器提供を受けることがなければ生きることができない患者が存在する以上、脳死・臓器移植そのものに反対するわけではないし、自分が真に脳死状態になった場合（ただし旧厚生省基準でいう脳死状態ではない）に、臓器を提供する意思がないわけではない。ただし、見せかけだけの救急救命や早すぎる救命措置の停止を行うのではなくて、後で述べる脳低温療法を含めた徹底的な救急救命措置を受けること、いいかげんまたは早すぎる脳死判定ではなくて、脳血流や聴性脳幹反応を含めた厳密な検査を受けたうえでの医学的な脳死判定によって、どうしても助からないということが明確であること、これらのことが治療を受ける「患者の権利」として、またドナーの条件として明確に法制化されること、そして医者によってこれらの諸条件が守られたことが証明されること、これらが最低の条件であろう。旧厚生省の肝煎りで発足した諸機関における脳死・臓器移植にかんする議論と現行の臓器移植法との決定的な欠陥は、臓器を提供する側のこうした「患者の権利」にまったく言及していないことにあり、ここに我が国の移植医療にたいするわれわれ国民の決定的な不信の理由がある。

ここで臓器移植法施行後に行われたいくつかの事例を簡単に振り返ってみよう。

1997年の「臓器移植法」施行後の我が国最初の脳死・臓器移植となったのは、1999年2月28日から3月1日にかけて、クモ膜下出血となった40歳代の女性を患者として高知赤十字病院で行われた事例であった。しかし、記念すべきはずのこの最初の事例は、さまざまな点で大きな疑惑を残し、移植医療にたいする新たな不信の温床を作り出したと言わざるをえない面がある。例えば、患者が「臓器移植法」施行後に作られた新しい「臓器提供意思表示カード」をもっていなかったにもかかわらず臓器移植が強行された可能性があること、患者の脳内の血腫の大きさからすれば外科的手術を行えば助かる可能性があったにもかかわらず手術を行わなかったこと、病院搬送後ただちに呼吸確保と血圧降下などの初期治療を受けることなくCT撮影に回されたこと、その後ただちに家族が医師から切迫脳死を告げられ、脳低温療法を含む救命治療を

受けないまま臓器移植に回されたこと、手順ミスが相次ぎ臨床的脳死の段階で行ってはいらない無呼吸テストを2度行ったばかりか合計5回も危険な無呼吸テストを行ったこと、患者は3日間にわたり薬物を投与されていたため厚生省基準からすれば脳死判定から除外されるべきで対象であった可能性が強いことなどである⁽⁴⁾。過熱するマスコミ報道とこれによるドナーの家族のプライバシーの侵害も問題となったし、患者にたいする家族の最後の看取りの場がまったく奪われたまま事態が進行したことも、人間的な医療という面から見ても大きな問題を残した。

第2例目となった東京の慶応大学病院での脳死・臓器移植では、第1例目である程度とられた情報公開の姿勢が大幅に後退して、厚生省による情報統制と移植医側の不透明性が目立った。第3例となった宮城県古川市の古川市立病院でも、病院側の準備と医師の理解不足のために、脳死判定方法と手順にミスがあり、第4例目の大阪府立千里救急救命センターでも、脳波測定 of 単純なミスのために、法的な脳死判定をやり直すという不手際があった。したがって、我が国の脳死・臓器移植の初発に当たるいくつかの事例を見ても、患者が「脳死に持ち込める」と判断されて本来の蘇生治療を受けられなかったり、手順と方法のミスによって必要以上に早く脳死へと追いやられたり、情報公開が求められながら実際には移植側に都合の悪い事実が隠匿されたり、臓器移植のガイドラインが守られなかったりなどのきわめて多くの問題が続出した。和田心臓移植事件がそのまま繰り返されたとは言わないまでも、考えようによってはこれにきわめて接近した事態が反復されたのである。それゆえに、これらの実際の事例と経験に照らしても、我が国の移植医療にたいするわれわれ国民の疑惑と不信は、強まることはありこそすれ、減じることはないであろう。

普通、脳死者は全国の死亡者数全体の1%にすぎないとされており、この数字はほぼ一定であって大きくは変化しないと考えられている。つまり、ドナーと臓器の供給量は一定であって決して急に増加したりしないのに対して、移植医療の前進とともに、脳死・臓器移植を求める患者（レシピエント）の数は飛躍的に増加する傾向にある。今日の脳死・臓器移植の根本矛盾は、この供給と需要とのあいだに絶対的な不均衡が存在するというところにあり、ここに関連するさまざまな諸問題が生ずる根源がある。そして、後に論ずるように、たとえ患者が切迫脳死の状態になりかけた場合でも、蘇生医療の発達の結果、救急救命医療技術のなかに例えば脳低温療法を取り入れることによって患者を脳死から食い止めることができるようになってきたということが、このジレンマにいつそう拍車をかけている。だから、こうしたジレンマから逃れようとするれば、現行法のもとでは移植推進側にはいくつかの道しか残されていない。そのひとつは、患者にたいする救命医療を手抜きして、脳死患者を増やすことである。もうひとつは、ずさんな脳死判定を行って、ドナーの数を確保することである。しかし、病院という密室のなかで基準を曖昧にしたり、ドナーカードをもっていたがために徹底した救急救命措置を受けられず、蘇生の可能性を閉ざされるような事態があれば、社会的な非難は免れることはできない。三つ目は、レシピエントに優先順位をつけて必要度の高い患者から選抜することである。しか

し、実はレシピエントの側にも問題が山積している。公平性をどう確保するかという問題、つまり誰をも納得させうる医学的・社会的基準にもとづいて客観的かつ公平にレシピエントに優先順位をつけることがはたして可能であるかどうかという問題、そしてたとえ患者の病状からして優先順位が高いとしても、臓器移植を成功させるという観点を重視するならば、この優先順位も大きく変動しようという問題などがそれである。

ここに移植推進側に、現行の臓器移植法を改正して、多少の無理をしても多数のドナーを確保する道を開こうとする動きが生ずる必然性がある。現行臓器移植法の、とりわけ書面による本人の意思表示と家族が拒否しない場合という条件を定めた第6条は、移植推進側にとっては大きな譲歩であった。現行法が成立した時にすでにその附則の第2条に、「この法律の施行後3年を目途として」全般的な検討を行い、これにもとづいて必要な措置を講ずることが定められていた。こうした方向に沿って、現行法が成立した翌年にはまたしても竹内一夫氏を班長として「小児における脳死判定基準に関する研究班」が厚生省臓器移植専門委員会に設置されたし、町野朔上智大学法学部教授を代表とするグループが厚生省の厚生科学研究費を受けて現行法の改正素案である「臓器移植の法的事項にかんする研究」を2000年に公表した。町野案は、臓器移植に明確に反対する意思表示をしている人以外のすべてをドナーの対象とし、本人の意思表示が不明である場合も家族の承諾のみで臓器移植できるようにすることを骨子とする改正案であった⁽⁵⁾。町野案にたいしては、森岡正博大阪府立大学教授と杉本健郎関西医科大学助教授が連名で批判を展開しながらも、「児童の権利条約」の精神をもとにして、小児が臓器提供にかんして意思表示する権利を認めようとして15歳未満の子供にたいする臓器移植を可能にしようという独自の案を提起した⁽⁶⁾。

今年2月、自由民主党の「生命倫理および臓器移植調査会」は、上記の町野案にもとづいて現行の臓器移植法を改正することに基本的に合意し、自民党・公明党の有志議員の検討会が法改正の具体的作業を進めてきた（資料1を参照のこと）。しかし、検討会内部で意見が対立してひとつの案にまとめることができず、結局のところ河野太郎（自民党）・福島豊（公明党）案と斎藤鉄夫（公明党）案のふたつを国会に提出することを決めるという異例の事態になったという⁽⁷⁾。斎藤案は、現行法で15歳以上と規定されている臓器提供の年齢制限を12歳以上に引き下げ、親子・配偶者に限って臓器を親族へと優先提供することを骨子とする以外は、現行法を踏襲するものである。しかし河野・福島案は、現行法の考え方を根本からくつがえす法改正を意図しており、その内容は基本的に1994年になって議員立法として最初に衆議院に提出された法案に回帰するものである。ひとつは、現行法が臓器移植の場合に限って脳死を「人の死」としているのに対して、脳死を一律に「人の死」とするものである。二つ目は、患者本人と家族との両方の書面による同意を必要とする現行のやり方を改正して、患者本人の意思確認ができない場合には家族の意志だけで臓器移植を可能にしようという方向である。三つ目は、臓器提供にかかわりなく患者が臨床的脳死となった段階で医師が基本的に脳死判定を行うことと

し、家族が承諾すれば脳死判定して患者を死者として扱い、その後臓器提供するかどうかを確認するが、本人や家族が脳死判定を拒否する権利をも認めるといふものである。四つ目は、臓器移植の年齢制限を全面的に撤廃して、児童や幼児にも臓器移植の道を開こうというものである⁽⁸⁾。

私見によれば、とりわけ河野・福島案は、脳死と臓器移植にかんする現行法の問題点と考え方をまっこうから否定し、現行法の考え方が含んでいたさまざまな矛盾点と問題点を、解決するのではなくてまったく反対に、さらにいっそう拡大・増幅させかねないという点で、きわめて危険な内容をはらんでいると言わざるをえない。後に詳細に論ずるように、現行法がもつ脳死の定義や判定基準には多くの脳生理学者や脳病理学者から異論が唱えられたが、その現行法が規定する制限事項さえも撤廃して、例えば一律に脳死を「人の死」とするような法改正は、現行法がかかえている諸矛盾をいっそう先鋭に拡大・増幅するものでしかないであろう。そしてこの法改正案のもうひとつの問題点は、現行法が臓器提供にかんしては本人と家族の意思を尊重

する立場に立ち、これが現行法を受け入れる国民的合意の最低ラインであったにもかかわらず、これを破棄して、本人と家族が脳死・臓器移植をはっきりと否定する意思を明確に示していない場合には、すべて脳死・臓器移植に持ち込める可能性を開くばかりか、医師が脳死判定をすることを基本とし、それが嫌な人は拒否できるようにすることにある。

しかし、このことはさまざまな意味において一般国民の目をごまかしかねないものである。いったい一般国民が、脳死の定義や脳死判定基準の問題点、救命治療の実際、脳低温療法の普

臓器移植法改正案、「脳死は人の死」前提

死生観の議論、一足飛び

自民党の脳死・生命倫理及び臓器移植調査会が25日まとめた臓器移植法改正案は「脳死は人の死」を前提としなければならぬ。しかし、日本は「人の死」に結論を出していない。同法成立まで7年もの議論には、まだ温かい体を「死体」といえるかという感情論や宗教論もからんだ。臓器提供者が生前に承諾し時のみ、脳死者からの移植を認めた同法は、妥協の産物だった。

改正案は、生前に提供の意思表示がなくても家族の承諾だけで臓器提供できるだけでなく、身体に危険が及ぶ脳死判定を本人の意思表示や家族の承諾なしで可能とした。これは「脳死は人の死」と考えなければ成立しない論法だ。民生連の山本孝史参院議員は昨年4月、臓器移植法案採決した衆院本会議でこのことを、鮮明に述べた。最終的に、どちら

の案にも投票しなかった。山本氏は、脳死移植に「サイン」を出した脳死臨調を受けて法案を作成した超党派議員による委員協議会のメンバーだった。脳死臨調の委員だった原秀男弁護士「敵人の言葉を今も忘れない。『脳死患者を見舞うとき、花束を持っていくのか、香典か』」それだけ、難しい判断だったと山本氏

だが、自民党のある幹事部員は「党内には医者がいれば、宗教関係者もいる。それぞれ死生観も異なり、そんな簡単な話ではない」と話す。調査会は今後、超党派の生命倫理研究議員連盟に改正案を示し、賛成する有志で国会に提出したい考えだ。脳死を人の死としない立場で、自ら小児科医の阿部知子・衆院議員(社民党)は、「前回の立ち止まる時間をかけて審議されるのか疑問。イラッへの自衛隊派遣の審議をみていても数の暴力で通ってしまうのではないかと懸念する。

資料1 朝日新聞 2004年2月26日

及、無呼吸テストの危険性、ラザロ徴候の問題、長期脳死患者の存在、脳血流検査、聴性脳幹反応などの医学にかかわる専門的な事柄について、どれだけの情報と知識を与えられているであろうか。一般国民の多くはこれらについて十分に情報を得る立場にはなく、また情報を与えられる機会も少ないというのが現状ではないか。別の言い方をすれば、一般国民はこれらについて詳しいことを知らされていないのではないか。臓器移植意思表示カードを手に入れる時ですら、脳死・臓器移植にかんする説明は与えられないではないか。我が国においては、脳死・臓器移植にかんする国民的なインフォームド・コンセントが決定的に不足している。こうした現状のもとでは、生命倫理に関心とかわりがあり、現在の脳死・臓器移植の問題点を知りたく少数の人々だけしか、脳死判定と臓器移植に反対する意思をはっきりと表明することができないであろう。これらにかんする情報をもたず、脳死・臓器移植にかんする教育の機会を与えられず、したがって、これに対して明確に反対するほどの理由をもたない一般国民はすべて脳死判定の対象とされ、脳死判定後はおそらく、和田心臓移植事件がそうであったように、例えば医学には素人である患者の家族が専門家である移植医から時には何時間にもわたって臓器提供を認めるようにとの脅迫まがいの執拗な説得を受けて、家族にとって最も重要な看取りの時間を奪われて思案に暮れるという状況が作り出されることは必至である。国民に十分な情報と説明を行わずに、そして脳死・臓器移植の問題が抱えている基本的な問題を国民的な規模で十分に議論することなく、また医学的な問題を医学的な根拠と理由によって説明するのではなく、国会の場を利用して多数決によって政治的に決着をつけるというのは、まさしく国民の情報不足と無知を利用した欺瞞的であるとともに権力主義的なやり方であると言っても決して過言ではないであろう。こうした法改正の方向は、我が国の医療世界にパターナリズム（父権主義）がなお根強く残るなか、臓器移植にかんする国民的なインフォームド・コンセントがいまなお不在であるという状況とも相俟って、脳死と臓器移植にかんする真の国民的合意とはまったく逆の、移植医療全体にたいする強い疑念と不信の道を決定的に歩むことになるであろう。

私は我が国の移植医療がこうしたアメリカ型の道を歩んではならないと考える。現行の臓器移植法の改正案が国会に提起されようとしている現在、この機会をとらえて、国民一人ひとりが脳死・臓器移植の問題に改めて真剣に向き合い、基本的な問題点を知ることがどうしても必要である。本稿では、臓器移植法改正をめぐる政治的な動向を踏まえながら、現行の臓器移植法の成立にいたるまでのさまざまな議論に逆上って、現行法とその基本的な考え方に内在している問題点と矛盾を改めて再確認したうえで、上記のふたつの改正法案の問題点を総括するとともに、真に国民的な合意と信頼の得られるような移植医療の将来的な方向性について考えることにしたい。

第2章 現行臓器移植法の問題点(1)―脳死の定義をめぐる諸問題

我が国で最初に脳死判定基準を作成したのは、1974年の脳波学会においてであった。その後旧厚生省が1983年に竹内一夫杏林大学教授を班長とする「脳死にかんする研究班」を発足させて、同班が翌年に行った脳死にかんする実態調査をもとに、1985年になって脳波学会の脳死判定基準を見直したいわゆる竹内基準が作成された。さらに1990年に永井道雄氏を会長とする「臨時脳死及び臓器移植調査会」が設置されて、翌年発表された「中間意見」に引き続いて1992年1月に「脳死及び臓器移植に関する重要事項」を答申した。現在の我が国の臓器移植法はこれらの一連の流れを踏まえ、脳死の定義および判定基準については基本的に厚生省研究班の報告と脳死判定基準を踏まえたものである。しかし、こうした脳死にかんする積み重ねにもかかわらず、脳死の定義と概念規定、脳死判定基準などの点で、現行臓器移植法には多くの問題点が含まれており、進行しつつある脳死・臓器移植にかんするわれわれ国民の不信感を払拭できるものとはなっていないと思われる。現在の臓器移植法がわれわれ国民にとって説得力あるものとなっていない理由はいったいどこにあるのか。どの点を再検討すれば、われわれ国民が安心して臓器提供に応ずることができるのか。そして、その諸条件はいったい何であるか。以下、これらの問題について私見を簡潔に述べることにしたい。

脳死の定義には、大脳死説、脳幹死説、全脳死説の三つがあるが、周知のように現行の臓器移植法がふまえている脳死臨調の基準は、世界の多くの国々で採用されているように、「脳幹を含む全脳の機能の不可逆的な停止」、つまり「全脳死」説であり、これが「国際的にも広く認められている」と説明されている。しかし、冒頭のこの定義の部分からしてすでに誤解を生ずる余地が広くあり、問題点がいくつも伏在していることに注意しなければならない。ひとつは、「全脳」という概念の内容であり、二つ目は「不可逆的な停止」をどう証明するかという方法論的問題であり、三つ目は「国際的にも広く認められている」という説明の妥当性である。

(1) 問題の所在と脳死概念の多義性

人間の脳は基本的に、大脳・小脳・脳幹の三つの主要な構成部分からなっているから、「全脳死」とは、これらの脳の主要な構成部分の機能がすべて停止することを意味し、植物状態の患者や重度の脳障害者を切り捨てかねない大脳死説やとりわけイギリスに代表される脳幹死説に比べれば、まだしも妥当な規定であるという印象を与えるであろう。しかし、この「全脳」という言葉にだまされてはならない。「全脳死」という概念を用いる場合、「全脳」とは、概念規定の上から言えば、脳のすべての部分またはすべての脳細胞の機能停止を意味しなくてはならないはずであるのに、脳死臨調は「ここで言う『脳幹を含む全脳の機能の不可逆的な停止』とは、先にもふれた脳の主機能とも称すべき意識、感覚等の脳固有の機能と身体各部を統合する機能が不可逆的に失われたことを意味し、必ずしも脳を構成するこの細胞の代謝その他の生

活機能が全くなくなることを意味しているわけではない⁽⁹⁾と付け加えている。したがって、われわれはまず、脳死臨調が言う「全脳死」とは、「脳的全細胞が壊死に陥った状態」、すなわち全脳梗塞を指すのではないことに注意する必要がある。つまり、先の定義は「脳的全細胞の死」を念頭に置いているのではないのである。そして脳死臨調の最終答申は、「全脳死」を言いながらその実は、「脳的全細胞の死」を確認することではまったくなくて、「脳の主機能とも称すべき意識、感覚等の脳固有の機能と身体各部を統合する機能」の「不可逆的停止」を確認すればそれでよいとの立場に立っている。しかし、「脳的全細胞の壊死」と、「脳の主機能」および脳の「統合機能」の「不可逆的停止」との間には、厳密に言えば天地の間ほどに開きがある。厚生省研究班、脳死判定にかんする厚生省基準（いわゆる竹内基準）、これをふまえた脳死臨調最終答申はいずれも、「脳的全細胞の壊死」を臨床的に診断することは不可能であり、実際的に病理学的に観察することも不可能であり、そのことを確かめること自体も意味のないことであると見なしている。したがって、脳死を真に問題とする場合、まず第一に「脳的全細胞の壊死」にかんする厚生省のこうした考え方がはたして妥当であるかどうか、脳死臨調とこれに対する論争では最後まで論議を呼んだし、現在の臓器移植法においても大きな問題点として残り続けている⁽¹⁰⁾。

次に、ここで「全脳の機能の不可逆的停止」と定義されている部分が大きな問題となる。竹内一夫氏が再三にわたって強調していたように、脳死臨調といわゆる竹内基準が言う脳死とは実は、全脳の機能の「不可逆的な停止」、「もうこれ以上治療しても蘇生しない限界点」⁽¹¹⁾のことなのである。そして、竹内氏が他の箇所書いているように、「世界中で用いられている脳死の概念はあくまでも臨床的な観点、つまり実際に患者の診療にたずさわる側からの観点に立つものであり、決して病理学的な概念ではない」、脳死とは「したがって病理学的に脳のすべての細胞が死滅したことを指すのではない」⁽¹²⁾。ここでわれわれが確認すべきことは、竹内基準が「蘇生限界点」を判定するものであり、しかもそれが決して病理学的な診断によるものではなくて、臨床的な概念であるということである。他方では竹内氏は、これを「全脳機能の廃絶状態」、つまり全脳梗塞と区別して、「脳死症候群として理解してほしい」⁽¹³⁾とも述べている。したがって、脳死の症候群のなかで「蘇生限界点」をどこに置くか、そして臨床的な方法を用いただけで「全脳の不可逆的な停止」がはたして診断可能かどうか、脳機能の「不可逆的停止」をどのような手続きで証明するのかという問題が最後までつきまとうことになる。

さらに、「全脳死」と言いながらその実は脳の主要な機能と統合機能の不可逆的停止でしかない厚生省基準が「国際的に認められている」のかどうかという問題についても、重大な疑義が残る。

例えばスウェーデンの脳死の定義を見よう。同国の「人の死の判定基準にかんする法律」は次のように成文化されている。「人の死の法的な意義を規定する法律又はその他の命令に基づく規定の適用に当たっては、脳のすべての機能が全面的かつ不可逆的に消失したときに人が死

んだものとする。」（第1条）、「呼吸及び血液循環が停止し並びにその停止が、脳のすべての機能が全面的にかつ不可逆的に消失したことを確実に決定することが可能なほど長く続いた場合には、前項にいう判定を行わなければならない。呼吸及び血液循環を人工的な方法で維持する場合には、死の到来は、脳の検査によりすべての機能が全面的にかつ不可逆的に消失したことが確実に証明されたときに、判定しなければならない。」（第2条）⁽¹⁴⁾つまり、スウェーデンにおける脳死の定義のポイントは、「脳のすべての機能が全面的かつ不可逆的に消失したことが確実に証明された」となっており、「全面的に」と「確実に証明された」というように規定されている点で、我が国の厚生省基準よりもはるかに厳密さを要求していることがわかる。ここで言う「全面的に」という規定はもちろんすべての脳細胞の死に接近しているし、「確実に証明された」という規定は、後で論ずるように、「脳血流の停止」という脳病理学的な検査を必須とすることを意味している。

このような脳科学的に厳密な考え方から、スウェーデンのみならず北欧諸国は脳死判定のさいには、「脳血流の停止」の確認検査を条件としている。なぜかと言えば、後に示すように、「脳血流の停止」こそ、引き続いて脳細胞の壊死が生ずる決定的で不可避的な入り口であり、脳科学または脳病理学的に見て、ここにこそ最も確実な脳死が認められるからである。ドイツの場合も、国家基準のほか、医師会、外科学会などの諸機関の規定のなかで、脳血管造影検査を求めている。旧ソ連の脳死の定義でも「全脳機能の完全・不可逆的停止をとまなう全体としての有機体の死滅状態」⁽¹⁵⁾とされており、さらにこれを「全脳全部が全体的に死滅した状態」と説明していて、実際の脳死判定の場面でも「脳血流の停止」にかかわる検査を含む、きわめて厳しい検査が義務づけられている。

したがって、我が国の厚生省基準は、一見すると「全脳死」を唄い文句にしてわれわれを安心させながら、その実は、脳死の定義とその判定を、すべての脳細胞の死とは言わないまでもその確実な入り口にはとうてい達しない、しかもその判定方法を臨床的に確認できる機能だけに限定し、したがって脳の「主たる」機能の有無をたんに「推論する」だけでその真偽を証明しえない、きわめて不確実で危うい基準のうえに成り立っているということが了解されよう。こうした点に、まだ生きている青年と移植をするほど心臓の状態が悪いわけではなかった青年との二人の命を奪った可能性が強いかつてのあの和田心臓移植事件⁽¹⁶⁾の後遺症だけではなく、今なお強固に存在するかに見える我が国の医療・医学会の秘密主義およびパターナリズムともあいまって、我が国の脳死・臓器移植にたいする国民の強い不信感と心理的な抵抗の根源があるように思われる。こうした国民の不信感と心理的抵抗の根源を払拭する努力を行わないかぎり、今後とも脳死・臓器移植にたいする国民の理解と協力は得られないであろう。

したがって、ここですでに脳死という概念が多義的であって、旧厚生省基準で定義されている「蘇生限界点」という意味での「全脳の機能の不可逆的な停止」と、「脳の全細胞の死」または「全脳機能の廃絶状態」との、少なくともふたつの定義が存在することに注意されたい。

前者の定義は臨床的または機能的な観点からする定義であり、後者は病理学的または器質的な観点からする定義である。前者の定義は後者の定義を排除したうえで成立している一面的な定義である。すでに了解されたように、現在用いられている前者の脳死の定義は、「脳の全細胞の死」を臨床的に診断することも、実際に病理学的に観察することも不可能であり、それ自体として意味のないことであるとされているから、病理学的な所見を排除して、脳機能を臨床的に診断するだけの、それゆえにきわめて危うい方法論的な前提のうえに成り立っている定義だからである。

竹内氏も自認するように、竹内基準で言う脳死とは、こうした一連のプロセスのなかのたんなる「脳死症候群」にすぎないのであって、決して本来の脳死、すなわち脳機能の全面的な「停止」ではない。ここに、竹内基準で言う「脳死」は、あたかも個体の死を連想させて議論がいつそう混乱するから、これを避けるために、本来の脳死と言うべきではなくて、「再生不能脳機能停止」という呼称を用いるべきだという主張がなされる合理的な根拠がある。竹内基準は、厳密に言えば、完全な脳死の判定基準を示しているのではなくて、本人が証言するように、ポイント・オブ・ノーリターン、すなわち蘇生限界点を定めたものにはかならない。これ以上救命治療を尽くしても患者が生き返ることはないというのが蘇生限界点の意味であるが、当然ながら、この蘇生限界点の時点で患者は死んでいるわけではない。蘇生限界点の段階で脳死とすることは、それがたとえポイント・オブ・ノーリターンであるとしても、生きている者、まだ完全には死んでいない者を死んだ者だと判定することを意味する。ここに、厚生省基準の脳死を脳死とし、人の死、個体死とすることを国民が躊躇する最大の要因がある。そして、重要なことは、蘇生限界点をどこに置くかは救命にかんする医学の技術的進歩とともに変動するということである。例えば、後にも論ずるように、最近注目されつつある脳低温療法の進歩は、この蘇生限界点をかなりの程度引き下げていることが知られている。本来の脳死をくい止める救命医療技術の発達は、竹内基準が言う脳死を脳死ではない過去のものとしていくことになるであろう。この意味でも竹内基準を絶対化することがあってはならないのであって、臓器移植の実例に即して、さらに合理的なものに改めて行くという開かれた姿勢をもつことが重要となろう。

(2) 旧厚生省基準の方法論的問題点

現在用いられている脳死の定義は、病理学的方法を排除した臨床的な診断の方法であるからこそ、科学的方法論から見れば、大きな弱点がある。それは、症状の病的・器質的な原因を不問に付して、身体から外部に現れ出る反応だけにもとづく経験的・帰納的な方法である。わかりやすく言えば、こうした方法にもとづく脳死の定義と判定基準の弱点とは、本当に脳が死んだことを、脳科学にたずさわっている病理学者を含む誰に対しても、疑問の余地なく証明しうるものではないということである。この脳死の定義と判定基準は、旧厚生省研究班が1984年3月から8月までの6カ月間に行った実態調査によって収集された718の報告例を分析した

結果にもとづき、これらの症例のうち「これまでに竹内基準を満たしながら『生き返った』り、『生きている』とみなしうる徴候は確認できなかった⁽¹⁷⁾」ということにもとづいている。これは経験的方法による結論の帰納的な導出にほかならないが、立花隆氏も言うように、この実態調査の仕方には、「脳死になった」実例の提出を求めているという点で、最初から蘇生例を除外するという問題点があった。さらに、竹内基準を満たしながら蘇生例がひとつもなかったことが竹内基準を正当化できるわけではない。因果的関連の究明にもとづかないこうした経験的・帰納的方法は、一例だけでも例外が出ることになれば、たちどころにその正当性と効力を失うからである。

確かに蘇生例はなかったかもしれない。しかし、竹内基準を満たしながら脳死とは考えられない現象が観察されたという例外的な症例または問題症例は、すでに脳死臨調内部に設けられた専門委員会においても少数派の専門委員から15例が報告されていた。これらの問題症例は、竹内基準にしたがって脳死と判定されながら、手足や首の運動を行ったり、呼吸様の運動が観察された事例である。これらは、蘇生限界を超えて脳死を宣告されながら、なお生きている、または死んではいない徴候を示した事例として、医学的な検討と原因の究明を行うべきものであろう。そして、後でも述べるが、奈良県の新生児のように脳障害に抵抗力をもつ幼児が脳死を宣告された後に脳波を回復した事例がある⁽¹⁸⁾ことは決して見落とされてはならない。こうした事例は、6歳未満の幼児が臓器移植の対象からは除外されている根拠をなすが、しかし新生児や幼児で起こりうることは、成人の場合でも起こりうる可能性がまったくないとはいえないのである。1984年の法医学会総会における「死の判定について」と題されたシンポジウムでの小片重男京都府立大学名誉教授の発言によれば、「アメリカの報告では、脳死と断定された人から移植のために腎を剔出しようとして、メスを入れようとした時に、その人が『くしゃみ』をしたので、それを中止して蘇生手当をしたところ生き返ったという例もあり、また同様に、上口唇を動かしたのでメスを入れるのを中止して蘇生させたという例も報告されています⁽¹⁹⁾」。もしそうだとすれば、もっぱら臨床的方法を用いて脳死を推論する厚生省基準の危険性は明らかであろう。

(3) 脳血流の問題

脳死という現象は、脳科学が以前に比べて大きな前進をとげた現在においても、必ずしもよく解明されたとはいえない。それだけ脳は、数百万年という進化史的に見てきわめて短時間のうちに3倍もの大脳化をもたらしたという人間の脳進化を反映して、きわめて複雑で奥深く、まだまだ未知と暗黒の部分に包まれているのである。この脳死というのは、固定した事態を指すのではなくて、時間的経過とともに進行する一連の動的なプロセスにほかならない。その脳死にいたるプロセスについてまだ完全に解明されているとはいえないが、その典型的な道筋は以下のとおりである。交通事故などによる脳外傷、脳卒中、脳腫瘍というような第一次病変の

場合、脳にむくみが生じて脳浮腫を起こすか、あるいは直接に頭蓋内圧が亢進して脳ヘルニア（脳病変部位がむくみを生じて、脳の他の部分を圧迫し、硬膜に開いた穴から外に飛び出す現象）を起こすか、または頭蓋内圧の亢進が直接に脳血流停止を起こして、血液と其中的の酸素が脳に行かなくなり、呼吸も停止する。そして脳血流の停止とともに脳細胞の壊死が始まり、やがてそのまま心臓の停止にいたるか、あるいは脳細胞がどろどろに溶ける自己溶融（オートリシス）の過程をへて心停止にいたる。一酸化炭素中毒、窒息・無酸素症、心肺停止による脳虚血、有害物質などによる第二次病変の場合も、上記の場合とほぼ同様の経過をたどるケースが多いが、直接に脳血流停止を起こしたり、あるいは直接に脳細胞の壊死にいたるケースもある。こうした一連のプロセスのうち、どの時点を脳死と規定するのが大問題なのである。

臨床医ではなくて脳の基礎科学や病理学を研究している多くの研究者から見れば、こうした一連のプロセスのなかで確実に脳死と言えるのは、すべての脳細胞の死か、あるいは脳の自己溶融を起こした時点であるが、最大限に譲歩すればやはり、「脳血流の停止」ということになる。竹内基準に異議を唱えた人々は、多くの場合、「脳血流の停止」以前に、あるいは「脳血流の停止」を不問に付したまま、瞳孔の拡大、深昏睡、各種の脳幹反射の喪失、脳波平坦、自発呼吸の停止の5点を条件として脳死とする竹内基準が「早すぎる脳死」ではないかとの疑問を投げかけている。例えば、こうした立場からすれば、国民のだれもが納得できる脳死の条件とは、多くの識者が指摘するとおり、「脳血流の停止」ということになるであろう。厚生省研究班が行った調査では、脳死したにもかかわらず、死後の解剖検査の結果、血流循環が残っていた事例があることが確認されている。また、脳の自己溶融が見られなかった事例が3割もあり、上記の15の問題症例のうちでも3例に血流循環が残っていたことが確認されている。脳に血流循環があるかぎり、すべての脳組織が死んだとは決していえず、脳科学者にもいまだ知られていない何らかの生活反応を示していると推測されるのである。だからこそ、竹内基準に異議を唱えている脳科学者たちは、立花隆氏のインタビューに答えて口々に、例えば「血流がある限り、脳の一部は生きているんだから脳死とはいえない」⁽²⁰⁾、「脳血流の消失は全脳の死を意味し、不可逆性の絶対の指標となる」⁽²¹⁾、「脳死の本質は何か、そのとき脳の中で何が起きているのかを見ていこうというなら、やはり血流停止を第一に見るべき」⁽²²⁾ではないか、と述べているのである。多くの脳科学、脳生理学の研究者が脳死の決定的な要因だと考えている「脳血流の停止」を無視し、切り捨てて、なし崩し的に竹内基準は妥当なものとしてしまったように思われる。したがって、「脳血流の停止」を必須とは考えず、補助的な条件としてもこれを除外する竹内基準は、早すぎる脳死の基準であって、きわめて危ういものであり、脳死・臓器移植にたいするわれわれ国民の不信を解消するどころか、そのたえざる根源となっているといわなければならない。

ところでブラジルのサンパウロ国立大学のコインズバー教授によれば、「脳の血流量が脳組織100グラム当たり毎分10ミリリットル以下になると、確かに脳は不可逆的な障害を受けて回

復しない。一方、この血液量が10から35ミリリットルの間にあれば、意識はなく、脳波も平坦になって、現在の脳死判定基準を満足させるが、脳細胞は死んでおらず、ここで脳を低温にすると、血液量が35ミリリットル以上に増して脳機能は回復しうる。しかし、この状態で脳死判定のために人工呼吸器を止める無呼吸テストを行うと、血圧が急激に低下し、脳血流が10ミリリットル以下に減って、完全な脳死状態に陥る⁽²³⁾という。つまり、現在の厚生省基準を満たして脳死と判定された患者でも、脳血流検査によって一定の血流がある場合、最近蘇生医療または救命医療において注目されている脳低温療法を施すことによって、脳機能を回復させることができるというのである。もしこのコインズバー教授の学説が正しいとすれば、脳死の臨界点を、現在の厚生省基準よりもずっと後に、つまり深昏睡や脳幹反射などのそのほかの検査の基準を満たした時点ではなくて、例えば脳低温療法を行ったのもかかわらず脳血流量が脳血流が10ミリリットル以下に減った時点というようにすることこそが合理的な脳死の基準となるであろう。上記のように脳血流量が脳死判定にもつ意味を認めようとせず、脳血流量のテストと脳低温療法を行うことを考えてもいない厚生省の基準は、早過ぎる脳死の判定をしているだけではなくて、蘇生して助かる可能性がある患者を、蘇生させるところか完全な脳死に追いやっているということにならざるをえないであろう。私は、この問題はきわめて重要であり、脳死とその判定基準を考える時に、決して看過するわけにはいかないキーポイントだと思う。人間の脳にはまだまだ未知数の部分が広大に存在するからこそ、脳死とその判定も慎重でなくてはならない。伊藤正男氏も言うように、こうした問題にかんする脳病理学的研究を全国的にもっと大掛かりに組織的に行い、脳死と脳血流量および脳低温療法とのかかわりを徹底的に研究し、現在の脳死の定義および脳死判定方法を見直す必要があるだろう。そして、患者に対しては脳低温療法を含む救急救命治療を徹底して尽くしたうえで、なおかつ、例えば上記のように、脳血流量が脳組織100グラム当たり毎分10ミリリットル以下に低下して回復しないことが確認された場合にのみ、脳死判定を行って、本人意思の明確な表示がある場合にはこれを臓器移植に回すという慎重なやり方が取られる必要があるだろう。

厚生省基準や脳死臨調だけでなく一般に脳死にかんする医療サイドの議論において特徴的なのは、脳死になりかけている患者の徹底的な救急救命治療をどのように行うか、というドナーサイドの救命治療にかんする研究の成果も、またこうした問題にかんする患者の権利も、ほとんど議論されることがないということである。このような議論をきちんと尽くすことなく、移植にかんする技術や高度医療などだけに関心のうちにおいている限り、脳死・臓器移植にたいする国民の理解と協力は得られないであろう。そして、たとえ脳死になりかけている場合でも、患者の人権および救命医療を受けることができる権利にもとづき、この権利と徹底した救急救命治療を受けることができるガイドラインを明記したものを作成する必要があるだろう。そのようにして初めてわれわれ国民は医療側を信頼したうえで、臓器移植に応じることを決意するようになるであろう。

ところが、きわめて不思議なことに、厚生省基準も脳死臨調の最終答申も、「脳死の判定においては、全体としての脳の機能が本当に残っていないか、そのような機能の停止が本当に不可逆的なものか、を医学的に確実に知ることを目的とすれば足り、個々の脳細胞が全て死んでいるかどうかまでを確かめる意味はない」とし、5人の専門家委員に詳細な調査を依頼した⁽²⁴⁾結果、竹内基準を満たしながら蘇生した例はないこと、そして「脳血流測定等の補助検査を必須とするまでの必要性はない」ことの報告を受けたという理由で、また「現時点では、簡便で確実な脳循環測定法が得られない」⁽²⁵⁾という理由で、「脳血流の停止」にかかわる検査を除外している。また、脳血流停止を行うことに反対する立場からは、例えば造影剤を用いてコンピュータ断層撮影装置（CT）による脳血管撮影によっても絶対確実に脳血流停止を確認することは困難である、造影剤を用いることが患者に負担や侵襲をきたす、測定器械が数億円もする高額なものだなどの理由で、脳血流停止を行うことに反対する立場もある⁽²⁶⁾。しかし立花隆氏のインタビューによれば、西欧諸国では近年、エミッションCTによる脳循環測定法が普及していて、これには放射性アイソトープを用いるもの（SPECT）と陽電子放射体を用いるもの（PET）との2種類があり、それぞれ値段も違うが、より安い前者だと日本全国にはすでに200台があるという。そして、ベッドサイドで測定可能で、放射性アイソトープを入れて5時間くらい経過してからの画像で微小血流までを測定できるという。さらに、超音波を用いるドップラー法、もっと簡単な深部体温測定法などが開発されているという⁽²⁷⁾。それにもかかわらず要するに、厚生省側の対応は、脳血流停止の確認はやらなくても脳死判定はできるとの一点張りなのである。

第3章 現行臓器移植法の問題点(2)―脳死ははたして「人の死」か？

脳死にかんする脳死臨調最終答申のもうひとつの特徴は、脳を人間の生体システムの有機的統合の中核と見なし、脳死によってこの有機的統合の中核が機能しなくなることをもって個体の死、すなわち「人の死」としていることである。つまり、「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にとらえ、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ている」との立場から、身体の構成要素をなす諸器官が相互依存性を保ちながら、精神的・肉体的活動と体内環境の維持のために合目的に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」をとる⁽²⁸⁾。そのさい、身体の有機的統合の中心となっているのは「脳幹を中心とした神経系」の統合・調節的作用であるとも見なされている。こうした考え方の背景には、生命有機体論をひとつのベースとし、脳死＝全脳死説を採用しながらも、その実は部分的に、しかし肝心なところで、イギリスを中心として根強く存在するいわゆる脳死＝「脳幹死」説の影響の痕跡があることを否定できないように思われる。だが、こうした考え方に立つとしても、厚生省基準と脳死臨調最終答申が内包している論理的

矛盾は解消するどころか、いっそう先鋭なものにならざるをえないように思われる。

(1) 旧厚生省基準と脳死臨調との齟齬の問題

すでに検討したように、厚生省基準＝竹内基準は「脳幹を含む全脳髓の不可逆的な機能喪失」を脳死の基本的な定義としており、脳死の定義を臨床的な機能の診断の場面に局限していた。ところが、脳死臨調の最終答申では、突如として「有機的統合論」というきわめて哲学的な議論を拠り所にしなげ、とりわけ「脳幹を中心とした神経系」の統合作用を根拠として、これが失われた脳死を「人の死」とするという結論を導出しようとする。この両者は明らかに論理的に見ていくつもの齟齬をきたしている。つまり一方では、前者が「脳幹を含む全脳死」と規定しながら、後者では「脳幹を中心とした神経系」が概念規定の中心にある。そして他方では、前者が臨床的な診断による全脳の「機能停止」または「機能喪失」に着目しているのに対して、後者は生体の「有機的統合の喪失」を問題としている。さらに、調査会内部でいろいろと意見があったように、竹内基準との齟齬というこうした重大問題のほかに、生命の「有機的統合論」が調査会内部ではほとんど議論される機会がないままに最終答申の結論とされてしまったという、審議のプロセスにおける齟齬があったことも看過するわけにはいかない。

内容面から見ても、脳死→有機的統合の喪失→人の死という論理的なつながりにはきわめて問題のあることが従来から指摘されてきた。脳死臨調の最終答申では「脳が死んでいる場合」を「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」として、竹内基準との大きな乖離を示す一方では、「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』とはいえない」⁽²⁹⁾とも規定されていた。しかし、医学的に見て、脳死状態になったからといって人間の「個々の臓器・器官がばらばらに若干の機能を残し」ているような状態になるわけでは決してないのであって、この文章が医学者の手によって書かれたとはとうてい信ずることができないほど、ずさんといわなければならない。多くの識者が指摘するように、例えば脳死の後も何日も、場合によっては数週間も鼓動し続ける心臓は、脳死によって脳から指令がこなくても相対的に自立的に動く能力をもち、血管の収縮運動も脳死の後には脊髄から指令が出ることを見ても、脳死の後には生体システムの有機的統合がばらばらになるというような単純なものでは決してなくて、その反対にきわめて複雑で柔軟なバックアップのシステムができていることを示している。生体システムというものは脳を頂点とする中心集約的なシステムでありながら、多くのサブシステムとしての身体諸器官および諸組織には脳からは相対的な自律性を保持する機能があって、これらのシステムとサブシステムとは自律性と相互依存性とのきわめて重層的で精妙な弁証法的統一から成り立っている。

したがって、「有機的統合」は、生体システムのいろいろな次元で成立しているのものであって、たとえ脳死になった後にもさまざまなかたちで存続し続ける。立花隆氏も言うように、脳を有

機的統合の中枢と規定すると、例えば脳死の後にも一定の期間心臓が止まらずに動き続けることを説明できないのである⁽³⁰⁾。そして、後でも論ずるように、体内に胎児を宿した母親が脳死となったが、蘇生医療を受けながら脳死状態のままに出産した例が我が国とアメリカ合衆国でそれぞれ一例ずつ知られており、ドイツでも帝王切開ではなくて自然分娩で出産した例があることが報告されている。こうした例にあっては、脳死状態においても陣痛や分娩のメカニズムはその機能を維持していたことを示しており、出産にかかわる身体の「有機的統合」が、現代医学によってはいまだ明らかにされてはいない何らかのかたちで存続していたことの強力な証明であろう。

したがって、脳死を「人の死」としようとして持ち出された生体システムの「有機的統合論」は、竹内基準ではたんなる「蘇生限界点」を概念規定しただけの、つまり生物体として生きているのかそれとも死んでいるのかを厳密に問われれば、生きているのであって死んでいるのではない、または生きてはいるがもう助からずやがて確実に死が訪れる、ということを含意しているにすぎない「脳死」を、無理やり「人の死」と結び付けようとする意図にもとづく作為的な議論なのであって、それ自体の内部に含まれる数々の齟齬のために、そして肝腎な「有機的統合」の主体と機能が医学的に見てきわめて曖昧なものにならざるをえないために、論理的に破綻せざるをえないのである。言い換えれば、生体システムの「有機的統合」の理論をもってしても、脳死者は、生物学的・医学的にはいかなる角度から見ても、まだ生きているのであって、脳死は脳死であって「個体死」ではなく、脳死を「人の死」と規定することは決して許されはしないことが明らかにされた、というべきであろう。

(2) 「有機的統合」の中心である脳幹の死は真に確かめられるか？

ここで脳死臨調が言うように、いったん仮に脳幹が「有機的統合」の中心であることを受け入れることにしよう。しかし、その場合でも、はたして「有機的統合」の中心である脳幹が死んだことがどのようにすれば医学的に確認されるのかは依然として問題として残されることになる。つまり、脳幹の死でさえも、現実問題として、現代の脳科学をもってしても、確実に確かめられるというわけではないのである。

日本脳波学会が我が国で最初に脳死の判定基準を作成したさいには、脳幹の機能喪失を検査する手段としてあげられたのは、無呼吸テスト、対光反射、角膜反射の三つだけであった。その後、厚生省の脳死研究班では脳幹反射の検査項目を大幅に増やし、眼球頭反射、前庭反射、咽頭反射、咳反射、毛様脊髄反射、下顎反射などを追加したが、確定した厚生省基準の脳死判定では、最後の下顎反射だけが取り下げられた。この基準によれば、これらの脳幹反射のうちどれひとつでも残存していれば、脳死の基準を満たすことはなくなるから、一見するとこの厚生省基準は、脳死臨調の最終答申でこの基準が世界的にも厳しいものだという叙述にあるとおり、きわめて厳密に作られているように見えるかも知れない。しかし、ここにも問題は山積

している。

立花隆氏によれば、人間の神経系は、刺激にたいして反応を外部に現わす運動出力系と、刺激を受動的に受け入れ、これを感覚器官から脳に伝達するだけの感覚入力系とのふたつに大別されるという。これに対応して脳の機能もまた主として、アクティブな機能である運動出力系と、刺激にたいして反応が外部に現れず、したがって器械による外部的な測定が難しいパッシブな機能である感覚入力系というふたつのシステムからなると言われている。ところが、厚生省基準で行われる脳の機能検査は、この感覚入力系と運動入力とがセットになった状態のみである。つまり機能検査は、脳のアクティブな機能と、アクティブな機能に接続しているかぎりでのパッシブな機能だけに限定されていて、これらとは区別される純粋にパッシブな機能を除外している。わかりやすく言うと、例えば全身の筋肉と運動神経が麻痺して、運動出力系による反応ができなくなった筋萎縮性側索硬化症の患者には、感覚入力系が鮮明に存在するにもかかわらず、運動出力によって反応を表現できず、そのために彼らにとっては運動出力による機能検査はまったく無意味となる。これと同様に脳の機能には、アクティブな運動出力系の機能検査によっては把握することのできない、純粋なパッシブの機能が存在する。

この純粋なパッシブの機能を検査するためには、脳幹誘発反応といって、感覚に刺激を与えて、これに誘発された電流が脳に出現するかどうかをテストする方法がある。この脳幹誘発反応のうち、人間の感覚のなかでも生理的にきわめて強く、最後まで生き残ると考えられている聴覚を検査するのが聴性脳幹検査であって、脳波検査よりも役に立ち、脳幹の機能を検査するために近年広く用いられるようになってきたといわれる⁽³¹⁾。したがって、聴性脳幹反応が存在する限り、そのほかの脳幹反応がたとえ確認できなくても、患者の脳幹は死んでいないことになる。そのために、例えば前東大医学部教授の伊藤正男氏は、脳死臨調に提出した「脳死についての問題点」のなかで、臨床的方法のみに頼る厚生省基準が誤診率ゼロを保証できないことへの危惧から、機器検査を極力義務づけるべきだと強調して、こう述べている。「聴性脳幹反応は、脳幹の聴覚伝導路が健在か否かを客観的に示すよう方法で他の反射テストにプラスする情報を与える。こういうテストはなるべく多数行って。一つでも陽性にいければ脳死の判定を差し控えるのが正しい態度だと思われる。」⁽³²⁾ところが、厚生省基準と脳死臨調は、きわめて不思議なことに、この伊藤氏のような脳生理学者の提言にまったく耳を傾けることなく、この聴性脳幹反応をまったく度外視するのである。

したがって、脳死臨調最終答申のように、脳幹を「有機的統合」の中核と理解するとしても、その脳幹の最終的な死を判定するには厚生省基準にあげられている脳幹反射だけでは不十分であって、聴性脳幹反応の確認にいたるまでの検査を行わなければ決して十分とはいえない。そして脳死は、大脳→小脳→脳幹という順序で壊死するよりも、これとは逆のプロセスをたどって脳幹→小脳→大脳という順序で脳死にいたる方が多い⁽³³⁾ことが分かっており、大脳は言うまでもなく記憶・知能・判断などの最も人間的な活動の場であるから、そして脳幹死の後にも、

覚醒状態で運動出力によって外部に発現する意識ではない、外部からは観察不可能な内部意識が残存している可能性が大いに考えられるから、イギリスのように、脳幹の壊死をもって「人の死」とし、脳波検査も必要ないとするような「脳幹死説」の問題点もまた明らかであろう。動物実験でも、脳幹が死んでいても大脳と視床下部が生きていれば大脳の意識活動が保たれているという。

(3) 視床下部の問題

最近注目されるようになった脳の部分に視床下部という組織がある。視床とは、意識、感覚、脳波にかかわる脳組織で、すべての感覚器官から送られてくる信号を集中し、情報交換を行ったうえで大脳皮質に情報を送る働きをされると考えられている。その下部にある視床下部とは、この視床の下部にあつて、大きさにして小指の先ほど、重さにしてわずか4グラムの小さな組織であるが、人体の内部環境の恒常性、すなわちホメオスタシスを維持する中枢の組織として、きわめて重要な役割を担っている。例えば、体温、血圧、水分調節、ホルモンの濃度、栄養分や老廃物のレベル維持、体液のイオン濃度などの調節作用のほか、自律神経のコントロール、摂食行動・出産哺乳行動・性行動・攻撃逃避行動など最も原始的な本能欲求、喜び・怒り・不安・恐怖などの情動、そして情動と内臓諸組織との間の相互作用など、生命維持に必要な諸機能がこの部分に凝縮されている。この脳幹よりもいっそう高次の生命維持機能に深くかかわっているからこそ、この視床下部は複数の血管系によって特別に保護されていて、血流の減少に強く、脳血流が停止した後も微小血流があればしばらくは生き続けるといわれる⁽³⁴⁾。

ところで、新潟大学の生田房広教授は脳死となった患者の死後の脳解剖を84例にわたって行ったが、そのうちの4割に脳死判定後4日をへても視床下部の神経細胞が生きていた証拠が見られたという。また、広島大学の魚住徹教授の研究グループは、4人の脳死状態の患者の視床下部から抗利尿ホルモン（ADH）をはじめとするいくつかのホルモンが分泌されていることを発見した。この症例のなかには、脳血管撮影によって脳血流の停止を確認したものも含まれており、こうした例は脳血管撮影によっては検出されない微小血流が残存していたためだと考えられている⁽³⁵⁾。そして、前出の伊藤正男前東大教授も、視床下部が生き残っていれば、たとえ低次元のレベルではあれ、何らかの意識があることを否定できないと述べた。さらに、東京医科歯科大学の古川哲雄教授は、脳死患者に意識があると主張している⁽³⁶⁾。これらすべての事実は、現行の脳死判定基準では、視床下部の生き残りまでを判定せずに、早すぎる脳死を断定しているということをあますところなく示している。

だが、それにしてもきわめて不可解なのは、識者が指摘するように、脳死臨調の審議が始まって間もない頃は、この審議でも視床下部の問題が取り上げられ、視床下部を「生命統合体の中枢」と規定していた時期もあったにもかかわらず、その後の審議過程のなかで切り捨てられていったことである。すでに見たように、脳死臨調の最終答申は人体内のホメオスタシスを担う

主役を脳幹として「有機的統合」論を展開していたのだが、こうした経過を踏まえると、本来ホメオスタシスの主役である視床下部を脳幹にすり替えたうえで、いわゆる脳幹死説にすりよることによって脳死＝「人の死」を結論づけたのだとしか思えないのである。それにもまして不可解なのは、脳血流や視床下部の問題を重視して脳生理学や脳病理学を専門とする医学者やこれにもとづいて説得力ある議論を展開している人々の疑問や批判に、脳死臨調も日本医師会生命倫理懇談会も、日本医師会生命倫理懇談会から提出された質問事項に対する竹内一夫・武下浩両氏の回答も、要するに厚生省側に立った人々の誰からも、疑問や批判の内容面にかんするまともな回答または反論がほとんど皆無であるといっている状況である。医学者が医学的な問題にかんして医学的な理由から疑問や批判を述べているのに、なぜ医学的な根拠をもって正々堂々と理論を駆使して問題の本質に迫ろうとしないのか、私にはまったく理解できないことである。厚生省の脳死基準を満たしながらも、なおかつ脳血流や聴性脳幹反応が残存したり、視床下部が生き残っていたりするような事例の原因を検討して、より万全な脳死基準に改良していくことこそ、移植医の使命であるはずなのに、厚生省側に立っている医学者・医師たちにこうした誠意ある対応がほとんど見られないという事実もまた、脳死・臓器移植問題にたいするわれわれ国民の疑念と不信をいっそう増幅させるものでしかないであろう⁽³⁷⁾。

(4) 長期脳死の問題

立花隆氏は、脳死の問題にかんして厚生省の脳死研究班の調査報告書が公表された後から精力的な取材とインタビューにもとづいて『脳死』を初めとする三部作を書きあげ、厚生省の脳死基準と脳臨調の答申にたいしてきわめて鋭く説得力ある反対論を展開されたが、このことの意義はきわめて大きい。立花氏の場合、われわれと同じように、脳死を脳血流の停止による脳細胞の器質死として、厚生省基準の脳死基準を切迫脳死にすぎないと見なしている点をはじめ、多くの有益な論点を提示してくれている。本論文も率直に言ってこうした業績に負うところが大きい。しかしそれにもかかわらず、立花氏が提起している多くの論点のなかで賛同しがたい論点がひとつある。それは彼が、彼の言う方法と手段によって確認された脳死をやはり「人の死」と考えることに賛同していることである。立花氏がそう考える主たる理由は、「やはり脳というものが人間のアイデンティティの最終的な担い手である」⁽³⁸⁾ということにあるが、本論文はこの点で立花氏とは見解を異にするものである。その理由のひとつは、脳死を「人の死」とすると、以下のような現実的な諸問題がただちに生ずることになるからである。例えば、長期脳死または慢性脳死の人々が現実存在するという問題がそのひとつである。

脳死判定にかんする厚生省基準の作成者である竹内一夫氏は1987年の著書のなかでこう書いている。「いくら人工呼吸器で肺や心臓を働かそうとしても、やがては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、せいぜい一、二週間、長くて一ヵ月というのが現状である。」⁽³⁹⁾この叙述は

せいぜい部分的に真理を含んでいるだけにすぎないが、専門家によるこうした叙述がしばしば、脳死者は遠からず確実に死ぬという通念を生み、脳死という言葉が人の死＝個体死を連想させるという増幅作用によって、野本亀久雄氏のように脳死者が活着しているように見えるのは「見せかけ」⁽⁴⁰⁾だけ、さらには脳死者は「死んでいるのと同じ」という社会的偏見にまでつながっているように思われる。しかし、ここではっきり言っておきたいのは、一般の国民には情報としてはっきりと知らされてはいないが、脳死者は遠からず確実に死ぬというわけではない、ということである。

小松美彦氏が報告しているように、アメリカ合衆国カリフォルニア大学ロサンゼルス校の小児神経学のアラン・シューモン教授の研究によれば、脳死関係の論文・記事およそ1200件を調査して、全脳死に陥ってから心停止にいたるまでの時間を洗い出したところ、脳死者175人の心臓が少なくとも1週間は動き続け、そのうち80人が少なくとも2週間、44人が少なくとも4週間、20人が2カ月、7人が6カ月、4人が1年以上心臓を動かし続けた。1年以上生き続けた脳死者のなかには、2.7年と5.1年が一人ずつおり、最長はこの調査時点で14.5年であったという。この最長の脳死者は、4歳で脳死状態となり、人工呼吸器を装着したまま自宅で母親の介護を受けながらその後も生き続け、2003年春には23歳となって脳死状態のまま子供から成人になったという事例である⁽⁴¹⁾。さらに、医学的な情報が特に十分に集められていた56人の事例を分析したところ、4カ月を越えて生存した9人はすべて18歳以前に脳死に陥り、30歳を越えて脳死になった17人は最長でも2カ月半しか生きられなかったことも判明した。我が国では、小児科医で東大医学部付属病院小児科で勤務した経験をもち、現在衆議院議員でもある阿部知子氏も「当時は『脳死になったら48時間位で心停止する』のが常識とされたなかで、年余にわたり生き続ける子どもたちが何人もいた。小児病院の経験のなかでも、完全に当時の脳死判定基準に当てはまっても、奇跡的に回復した子どもたちのいたこと、そして大学での長期生存例の経験は、脳死という病体には幅のあること、また救命や蘇生の可能性はけっしてゼロではないことを私に確信させた」⁽⁴²⁾と述べておられる。また新聞報道も、1999年から2004年までの間に、脳死の診断後も心臓が1週間以上動いていた子供は全国で35人、そのうち心臓が30日以上動いていた子供が18人おり、完全な脳死ならありえない自発呼吸の兆候が半年後に見られた例もあることを報告している（資料2を参照のこと）⁽⁴³⁾。

シューモンの論文によれば、脳死者の生存日数と脳死になった時点での年齢の若さとの間に相関関係が見られ、若

**「脳死状態」と診断された小児
半年後に自発呼吸の例も**

意識回復の
例みられず

国内の小児救急の医療現場で、主治医が臨床的に脳死状態と診断した後、1カ月以上心臓が動き続けた子どもの「長期脳死」の事例を、杉本健郎・日本小児神経学会理事が20日の同学会で発表し、99年から04年までの「脳死」の診断後に1週間以上、心臓が動いていた子どもは全国で35人報

事が20日の同学会で発表された。完全に脳死ならありえない自発呼吸の兆候が、診断から半年後に見られた例もあった。意識が回復した子どもはいなかった。

資料2 朝日新聞 2005年5月21日

くして脳死になった患者ほど生存日数が長いほか、交通事故や転落事故などで脳死になった者は、内臓全体に損害を受けているために、脳の一次性障害、つまり脳挫傷・脳出血・脳腫瘍で脳死になった者よりも短命であるという。これらの報告だけでもわれわれには十分大きな衝撃を与えるものであるが、それだけにはとどまらない。シューモンはさらに、これらの事例から、長期脳死者の身体がしだいに安定していき、身体ホメオスタシスが調整されて血流や消化・代謝の機能が復活し、身体全体の管理が改善されてくることから、ここに身体の有機的統合性が存在することを確信して、こう主張している。「慢性脳死の現象はこう示唆している。身体の有機的統合は、身体の各部分の相互の影響によってはじめて成立しているのものであって、脳という一つの『中枢器官』が諸器官と諸組織の袋に対して行うトップダウン的な強制に由来するのではない、と。」⁽⁴⁴⁾つまり、従来脳がコントロールすると信じられてきた身体の統合性も多くは脳が支配しているのではなくて、脊髄の機能によるところが大きく、脳は脳以外のところで形成される統合性を調整しているにすぎない、というのである。脳死者が子供から身長150センチの大人に成長した事例さえ存在するのであるから、これらの事例にかんするシューモンの解釈は合理的である。だがそうになると、小松美彦氏も指摘するように、脳をもって「有機的統合」の中核とし、そこから脳死を「人の死」を結論づける議論は、我が国の脳死臨調にしてもアメリカ合衆国においてもすべてご破算ということになる。

ところで、脳死を一律に「人の死」と規定すると、これらの長期または慢性の脳死者はいったいどうなるのであろうか。彼らは死者なのであるから、多くの場合、これ以上の蘇生治療を施すことを放棄され、人工呼吸器を装着したままにしておくか、それともこれを取り外すかは、これまで治療に当たってきた医者と家族との任意に委ねられることになる。そして彼らには、法的権利もなければ、人権さえも与えられなくなるという事態が生ずることになる。しかし、先にあげた最も長生きし続けている脳死者の場合、後に述べるように、彼と彼の介護を続けている母親との間にはかすかな応答があるのであって、この母親にとって息子を死者と見なすことは決してできないし、いかにかすかではあれ人間的な応答を行うことができる者を死者と見なすことは明らかに不合理である。

(5) 脳死者は臓器移植のさいに苦痛を感じている可能性がある

1999年2月28日から3月1日にかけて、クモ膜下出血となった40歳代の女性を患者として高知赤十字病院で行われた脳死・臓器移植は、1997年の「臓器移植法」施行後の我が国最初の脳死・臓器移植の事例であった。記念すべきはこの最初の事例は、患者が「臓器移植法」施行後に作られた新しい「臓器提供意思表示カード」をもっていなかった可能性があることを初め、脳内の血腫の大きさからして外科的手術を行えば助かる可能性があったにもかかわらず開頭手術を受けなかったこと、病院搬送後ただちに呼吸確保と血圧降下の処置を行うべきであったのにこうした初期治療を受けることなくCT撮影に回されたこと、そしてその後ただちに家

族が医師から切迫脳死を告げられ、脳低温療法を含む徹底的な救命治療を受けられないまま臓器移植に回されたこと、『臓器の移植に関する法律』の運用に関する指針（いわゆる「ガイドライン」）に反して、臨床的脳死の段階で行ってはならない無呼吸テストを行ったばかりか、合計5回も危険な無呼吸テストを行ったこと、患者は抗けいれん剤などの薬物を投与されていたため厚生省基準からすれば脳死判定から除外されるべきで対象であった可能性が強いことなど、和田心臓移植事件を彷彿とさせるようなさまざまな疑惑に満ちた事例であった⁽⁴⁵⁾。これについてはここでは詳述はしないことにする。

ここで指摘しておかなければならないのは、脳死判定後に臓器を移植しようとしてこの女性患者にメスを入れたところ、血圧がそれまで最高血圧であった120ミリメートルHgから150ミリメートルHgへと急上昇したこと、そして臓器摘出にたずさわっていた医師が患者に麻酔をかけたうえで手術を続行したことが報告されていることである。血圧は脳幹の延髄で調整されるということが医学の常識であるから、血圧が上昇したということは、脳死判定を満たしたにもかかわらず、この延髄の組織が生きて機能していたということになる。それだけではない。血圧が急に上昇したということは、この患者が体にメスを入れて苦痛を感じた可能性を示している。それではなぜこの脳死患者に麻酔がかけられたのか。この患者は激しい苦痛を感じ、この苦痛のために「のたうち回るほど」体を動かしたにちがいない。患者が体を動かしたからこそ、この動きを止めるために、静脈麻酔と麻酔ガスが用いられた可能性が高いのである。これは、脳死者には感覚も意識もないというわれわれの“一知半解”に反する現象である。脳死患者にメスを入れたとたん、その大半が激しい血圧と脈拍の上昇を示すこと、そして時には「のたうち回るほど」激しく体を動かすという現象は、アメリカでもイギリスでもよく知られている。臓器移植の執刀者たちはこれにどう対処するのかといえば、モルヒネを投与して全身麻酔をしたり、筋弛緩剤までを注射して、体の動きを完全に止めるのである。こうした現象は死体腎移植の場合にもしばしば見られ、移植手術を行う医師や看護師を気味悪がらせている。

この高知赤十字病院での脳死・臓器移植の後に、「法的脳死判定マニュアル」の「深昏睡」の項目に次のような注意書が付け加えられたという。「脊髓反射、脊髓自動反射は脳死でも認められるので、自発運動との区別が必要である。」「無呼吸テスト中等に上肢、体幹の複雑な運動を示すことがある（ラザロ徴候）が、真の自発運動と誤ってはならない。」⁽⁴⁶⁾しかし、脳死患者の血圧と脈拍の上昇、体を動かすという現象が脊髓反射や脊髓自動反射にもとづくものだという医学的根拠はいったいどこにあるのか。そしてそれはどのようにして証明されるのか。周知のように、脳幹は脳と脊髓をつなぐ神経の伝導路であり、これらが人間のきわめて複雑な脳神経系を構成している。間脳の真下にある脳幹には、大きく分けて中脳・橋・延髄があって、これらが上部から下部へと分布していて、この部分には動眼神経・顔面神経・迷走神経など少なくとも9つの脳神経が出入りしている。立花隆氏によれば、「脳と脊髓とことばの上では区別されているが、これは構造的にひとつながりのもので、一体なのである。そして脳幹と

いうのは、脊髄と脳との結節点とみることができる。」⁽⁴⁷⁾もしもそうだとすれば、ひとつながりのものである脳幹と脊髄とを区別して、脳死者が体を動かすという現象が脊髄反射にもとづき、しかも自発運動ではないことの厳密に医学的な証明がなされなければならないが、上記のマニュアルはこうした条件を満たしてはいない。そして、これまでたとえ厚生省基準で脳死判定されたとしても脳血流が残存しているかぎり脳幹および視床下部は生きており、そのかぎりたとえ低次とはいえ意識が残存する可能性を否定できないというわれわれの立場からすれば、上記の脳死者には、運動出力系によって外部に表現できないとしても、内的意識が存在する可能性があり、血圧と脈拍の上昇と激しく体を動かす現象もこうした意識とそれによる苦痛の感覚と深く関連する可能性があると言わざるをえないのである。

(6) 「ラザロ徴候」の問題

以上に述べたことで、脳死者は身動きひとつしないというのもまたまさしくわれわれの“一知半解”であることが了解されたと思われる。彼らは、脊髄が機能しているためにさまざまな反射運動をするばかりではなく、自発的な運動と思われる運動さえも行っている可能性が観察されていて、この運動は、先のマニュアルにも説明抜きで言葉だけが言及されていたように、「ラザロ徴候」と呼ばれている。ラザロとは、『新約聖書』に出てくる男性の名前で、死んだにもかかわらずイエスによって死後4日にして復活させられた人物であり、この名にちなんだ現象が「ラザロ徴候」なのである。

脳死者は身動きひとつしないという通説に反する現象は、1970年代にすでにカナダやデンマークで脳死者に刺激を与えると首・腕・四肢全体の屈伸運動が現れることが報告されたことで次第に知られるようになってきたが、きわめて大きな衝撃を与えたのは1982年にアメリカのテンプル大学病院のマンドル医師らとマサチューセッツ総合病院のロッパーによる症例報告であった。マンドルらによれば、28歳の男性患者が脳死判定を受けてから15時間経過した後に、四肢の屈伸運動をして両足を交互に動かし、両手を持ち上げて祈るような動作をして、指を握り締めたあと両腕を元へ戻した。この運動は自発的に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のである。ロッパーの報告では、脳死判定後、人工呼吸器をはずした後に4例、さらに脳死判定のさいの無呼吸テスト中に1例、上記とよく似た運動が観察された。胴や腕に鳥肌やふるえが生じたり、のけぞったり、両手を持ち上げてあちこち移動したり、祈りを捧げるか人工呼吸器のチューブをつかもうとするかのような運動であったという。我が国においても、1988年と1992年に浦崎永一郎氏によって脳死者の典型的な「ラザロ徴候」と呼吸様運動が、いずれも無呼吸テストのさいに観察されている。

2000年にはアルゼンチンのサポスニク医師らが脳死患者38人中15人に手の指を屈曲させる動きが見られたほか、「ラザロ徴候」も1例が見られ、脳幹反射と考えられる顔面のけいれんも1例に見られたことを報告している。また同年スペインのマルテ＝ファブレガス医師らは、脳

死と判定された30歳の女性と11カ月の男児に除脳様姿勢が観察されたことを報告しているが、除脳姿勢とは、動物実験で脳幹上部から上にある脳を全部切除して原初的な生命維持をするだけの動物に現れる硬直的な姿勢のことである。さらに同年我が国の秋田県本庄市の由利組合総合病院における脳死判定で最初の無呼吸テスト終了直後に「ラザロ徴候」が観察された⁽⁴⁸⁾。「ラザロ徴候」は複雑な運動であるから、これをたんなる脊髄反射として処理するのはあまりにも多くの問題をはらむことになる。そして、最も問題なのは、脳死患者の家族にとっていったんは脳死に同意しながら、脳死した肉親の「ラザロ徴候」に遭遇した場合、いくら頭のなかで脳死を「人の死」と理解したとしても、死んだはずの人が自発的な運動をするのであるから、家族の人間としての気持ちを引き裂くとともに、深く心の傷を負わせかねない事例となることは間違いないということであろう。家族には、生きている人を死に追いやったという気持ちが残り続けるであろう。

ところで、脳死患者のこの「ラザロ徴候」にきわめて近い運動は、脳死臨調での審議の過程でもその内部に設けられた専門委員会のなかで、竹内基準にたいする16の問題症例の一部としてすでに提起されていた。しかし、専門委員会も脳死臨調全体も最終的には、こうした問題症例の医学的検討を行う努力を放棄して、竹内基準には問題がないとしてこれを無視してしまったのである。その主要な理由は、竹内基準を満たしながら生き返った事例はひとつもないという経験則であった。だが、もしも「ラザロ徴候」がたんなる脊髄反射には還元されない諸要素を含むとすれば、そして上記の症例における除脳姿勢や呼吸運動がたんなる除脳様姿勢や呼吸様運動ではないとすれば、これらはいずれも国際的に通用しているこれまでの脳死基準の例外であって、こうした例外が存在するかぎり、これまでの脳死基準は破綻を宣告されたのも同然であろう。「ラザロ徴候」のような事例が広く存在するということも、決して秘匿されるようにことがあってはならず、国民全体に広く情報公開されねばならない。この間積み上がってきている症例とそのなかに含まれる例外や問題症例を、切り捨てるのではなくて医学的にしっかりと踏まえ、その原因を生理学的・病理学的に究明することで、国際的にも脳死基準を新たに見直し、いっそう科学的で正確なものにしていくべき時期にきているように思われてならない。

(7) 脳死妊婦の出産の問題

すでに述べたように、我が国でも欧米でも脳死した女性が出産した例が知られており、そのなかには帝王切開によってではなくて、自然分娩によって出産した例も存在する。脳死状態のまま出産した妊婦がいるということは、厚生省研究班や脳死臨調の議論のなかで知られていたにもかかわらず、最終答申の文書のなかではまったく無視された。しかし、女性が脳死状態でも出産できる能力をもつということも、さまざまな諸問題を含んでいる。医学的に見れば出産という機能は、生命と生殖の最も根源的な機能のひとつであり、だからこそすでに述べた脳の視床下部に深くかかわっている。出産は、この視床下部からオキシトシンという子宮収縮ホル

モンが分泌されて可能になるのであるが、脳死状態にありながらこうした生命と生殖の根源的な機能を営むことができるという驚異の能力は、言うまでもなく妊婦が生きていることの動かし難い証拠である。出産能力という生命の最も原初的で根源的な機能をもつ脳死妊婦は決して死者ではありえない。

ところが、厚生省の脳死判定基準は5項目の脳幹反射機能をテストするだけで、この視床下部のチェックを除外して、出産可能な妊婦をも脳死＝「人の死」とするのであるから、ここでも生きている者に死を宣告するという恐るべき論理的矛盾を犯すことになる。厚生省基準のように、脳死を「人の死」とすると、死んだはずの妊婦から、つまり死者から子供が生まれたことになるが、これもまた恐るべき論理的矛盾にほかならない。脳死妊婦に出産能力があること、そして厚生省基準がこうした事実を一般国民の目には結果として秘匿したまま、きわめて問題の多い脳死判定基準を作成したことは、もっと多くの国民に知られる必要がある。

(8) 脳死患者に内部意識が存在する可能性がある

すでに述べたように、脳死者は移植される時に玉の汗をかき、涙を流すことが知られていて、身体にメスを入れられる時に苦痛を感じている可能性がある。脳死者の視床下部が完全に機能停止していないかぎり、たとえ低次のレベルではあっても意識または感覚が残存する可能性を否定できないからである。

脳神経外科の分野ではアメリカ合衆国のみならず世界的にも第一人者と言われるジョンズ・ホプキンス大学教授のA. E. ウォーカーはいわゆる深昏睡についてこう述べている。「この状態は一般的には重篤な意識喪失と呼ばれ、覚醒させることはできない。しかし、この定義[大脳の無反応性＝深昏睡]は、意識の求心性および中枢性統合を考慮しておらず、遠心性現象、すなわち覚醒障害のみを強調している。脳死決定に当たっては、外的および内的刺激に対する反応の消失を確かめると同じく、それらの刺激が知覚できていないことをも確かめる必要がある。この条件を完全に満たすためには、単に臨床的（すなわち、病床での）検査だけでなく、もっと多くの検査法が必要である。」⁽⁴⁹⁾この指摘は、立花氏も言うように、現在の脳死判定で行われている科学的測定の欠落部分にかんして、この測定が遠心性現象、すなわち脳から外部へと出ていく運動出力系による反応だけを問題にしているだけであって、これとは異なる求心性現象、すなわち感覚諸器官がデータを受け取って脳に伝える感覚入力系、そして中枢性統合をまったく問題にしていないことを述べたものである。つまり脳死患者は、科学的測定のための刺激に対して、刺激を知覚できるにもかかわらずこのことを反応によって外部へと表現する能力が失われているという場合があることが考慮されていない、というのである。脳死者は、たとえ意識が覚醒したという状態にはなくても、一定の刺激を知覚できる能力をもっている可能性があり、脳死決定に当たってはそうした内部意識をも考慮する必要があるというこのウォーカーの指摘は、本論文でこれまで検討してきたさまざまな諸問題、すなわち脳血流や視

床下部の問題、脳死患者の顕著な運動である「ラザロ徴候」、脳死患者が臓器摘出にさいして玉の汗をかき、脳死の子供が臨終の時に涙を流すという現象の存在などを総合的に考慮するとき、これらのひとつの結節点として、脳死者が、内部意識をもっているにもかかわらずその存在を外部には表現できないのではないかという仮説を提起させるものである。

この内部意識の存在の可能性を傍証するのが、ひとつにはシューモンが無脳児の例で示したように、神経学的に見れば、意識は脳皮質と脳幹に限定されずに、人間の生物学的存在そのものから、つまり四肢末端から生じている可能性があるということである。もうひとつは、ほとんど死にかけたというよりも、医者を含む周囲から死んだと見なされていたにもかかわらず、奇跡的に死の淵から蘇ったという人々がもついわゆる臨死体験であろう。世界的にも多くのさまざまな臨死体験が伝えられ、集められていて、その科学的な分析が求められている。もしもこうした臨死体験を神秘的な現象とは考えないとすれば、やはり死者または脳死者にさえも一定の間内部意識が存在する場合があります。これを仮説として想定することの方が合理的であろう。ともかくも、それほどまでにわれわれの脳は複雑で奥深い身体組織であって、多くの脳生理学者や脳病理学者が指摘するように、現在の自然科学の方法によってもまだまだ解明されていない未知の部分が広大に存在することを肝に銘ずるべきである。そして、いたずらに神秘主義に陥るのは避けなければならないが、現在の自然科学的方法の網の目に引っ掛かってこないものを切り捨てるのではなくて、現在の科学の成果にたいして謙虚な姿勢をとると同時に、近い将来の科学と医療技術の飛躍的な飛躍によってこうした未知の部分が既知となる可能性が大いにあることに開かれた態度をとることが重要であるように思われる。

(9) 脳死＝「人の死」という考え方の破綻

ともあれ、脳死を一律に「人の死」と規定すると、上述のようなさまざまな危険であるとともに困難でもある問題群が噴出してくるのである。現在の医学と医療体制は、こうした諸問題に対する合理的なまた適切な対処の仕方を開発しているとはとうてい言えない状況にある。もしもそうなら、現在の段階で脳死を「人の死」とする考え方は、それがたとえ現行臓器移植法が謳うように臓器移植を前提している場合でさえも、付随して生ずる諸問題の広がりや困難さ、そして現時点でのこれらの問題に対する解決能力の欠如と人命にたいする危険のゆえに、放棄されなくてはならないということになるであろう。

実は近年になって、欧米においても脳死を「人の死」とする考え方にたいする強い疑問が生じて始めている。アメリカ合衆国ハーバード大学医学部のトゥルオグによる論文「脳死を捨てる時か」⁽⁵⁰⁾は、脳死の基準を満たした多くの患者に脳幹と間脳の機能を維持している事例が見られるので、彼らが全脳の機能の永続的停止には至っていないことを問題としている。トゥルオグによれば、全脳死の基準は近似値を表すにすぎず、患者が一定期間内に脳死から心停止にいたるであろうとの判定は、この患者が死につつあることを示すだけで、死んだことを示す

ものでは決してない。トゥルオグ論文は、同国における脳死の定式化を揺るがすこうした事実を率直に認めたとうえで、限られた臓器提供のプールを拡大しようとして、臓器提供の前にドナーの死を求めるという現行方式を見直して、同意と不侵害の原則のうえに立ち、臓器の摘出を「正当化された殺人」というかたちで法的解釈するだけでなく、脳死段階に達しない範囲までに実利的にドナーを拡大しようとする点で、きわめて衝撃的な結論を導出する。しかしこの結論こそは、脳死を「人の死」と見なす考え方の本質とそれが行き着かざるをえない論理的な帰結をきわめて率直に述べたものであって、われわれとしてはこの結論部分をまったく容認することはできないが、しかし、こうした結論の前提となっている、脳死を「人の死」とする考え方が事実上の破綻をきたしているという脳死否定論それ自体はきわめて正当な認識であるように思われる。

ドイツの刑法学者トレンドレも、彼の論文「脳死、その正当で新しい移植法」のなかで、たとえ全脳死の場合でも争うことができないのは脳死が死に至る不可逆的な過程だということだけであって、立法者がこうした医学的に説明されるべき問題を自らの意思に依存させて権威的に決定することを批判して、こう述べている。「学問的に争われている問題をひとつの目的志向的な議会多数派の決定に優先させてはならない。」⁽⁵¹⁾そして、立法府において医学的な重要事項を含んだ問題を「広い同意方式」によって無理に政治決定するのではなくて、「各人は自己の死の方式について自己決定することができる」ことを社会的に承認し、あくまでも臓器提供にかんする本人の自己決定権を保証し、尊重するという方向を強化することで臓器移植の法的整合性をはかろうと提案している。

以上の欧米の諸論文で確認されることは、脳死症例と移植事例が積み重ねられるなかで、脳死を医学的に「人の死」とする考え方の事実上の破綻が明らかになっていること、そしてこの考え方がやはり国際的にも大きく見直されるべき時点に来ているということにほかならない。これからは、脳死を一律に「人の死」としないことを前提にしたうえで、脳死・臓器移植をどこまで法的に正当化できるか、そして安楽死、尊厳死、囑託殺人などの関連する諸問題との法律的な整合性をどうはかるかを英知を集めて真剣に議論すべきであろう。その場合に、我が国でも国際的にも積み上げられてきた脳死の症例を広く集めて深く分析しながら、脳死臨調の最終答申が言及しながらいとも簡単に退けたいわゆる「違法性阻棄却」論、すなわち、これまで論じてきたようなかたちで現在の脳死判定基準を見直すことを前提にしながら、脳死を「人の死」とはしないが、本人の事前の同意があれば、脳死状態にある患者から臓器移植を行っても法律上は違法ではないとする議論をも含めて、さまざまな議論を勘案しつつ、多面的で慎重な検討を行う必要があるように思われる。

脳死臨調の最終答申は、当時一部から提起されていた「違法性阻棄却」論を退ける根拠として「しかし、生きている人の心臓を摘出してその人の命を断つような積極的な行為は到底違法でないとはいえない」⁽⁵²⁾というようなきわめておかしな論拠を持ち出していたが、このこと

にこの最終答申自体の根本的矛盾と欺瞞が典型的に現れているように思われる。なぜなら最終答申は、厚生省基準から見た場合の脳死状態にありかつドナーカードの所有者である同一の患者を目前にして、われわれと「違法性阻棄却」論者がこの患者が医学的・生物学的にまだ生きていて死んではいないと判断するのに対して、脳死は「人の死」とし、この患者は「死んでいる」と非医学的・生物学的に、すなわち政治的に判断するのだから、「生きている人の心臓を摘出してその人の命を断つような積極的な行為」を認めているのは、実は当のこの最終答申自体なのである。これは論理的矛盾にはかならない。つまり、ここに働いているのは、たとえ無理やりにはあっても、脳死を「人の死」としてしまえば、移植医は殺人罪の適用からは逃れられるという利害関心だけである。したがって、医学的・生物学的に見ればまだ生きていて死んではいない患者を「人の死」とすることは、本論文がこれまで展開してきた意味において、いかなる角度から見てもさまざまな作為と欺瞞を含むものと言わざるをえない。しかし、国民の生命の保護にかかわる事柄に決して作為と欺瞞を持ち込んではいらないのである。

第4章 旧厚生省の脳死判定基準の個別的な問題点

これまで脳死・臓器移植の基底をなす基本的な諸問題についてさまざまな角度から論じてきた。こうした作業のなかで、現在の日本で採用されている脳死判定基準（旧厚生省基準または竹内基準）の個別的な問題点もかなりの程度明らかになったと思われるが、ここではこの脳死判定基準それ自体について、これまで言及しなかった個別的な問題点を含めてまとめて論ずることにしたい。われわれ国民の間では、脳死判定が行われたこの間の事例に照らしても、脳死判定がはたして正確に行われているのかどうかにかんして依然として疑問を消し去ることができず、脳死判定をいかにして正確に、また患者にとって安全に行うかが移植側に問われているからである。これらの疑問に説得的に答えることが行政と移植側の責務である。

(1) 無呼吸テストの危険性

周知のように、旧厚生省の脳死判定基準および臓器移植法の施行規則では、自発呼吸の有無を確かめるのに無呼吸テストを行い、しかも6時間の間隔を置いて再度これを確認することが義務づけられている。この無呼吸テストは一般に、患者に酸素を与えたうえで10分間患者の人工呼吸器を取り外して呼吸の有無を確認することとされている。だが、一般的に言って、こうした人工呼吸器の取り外しを伴うテストを行うことは、延命治療の本来の目的に反する行為であり、無原則にこれを行うならば、脳死判定が患者を必要以上に早く脳死または心臓死に追いやることになりかねない。だから、救命治療にあたる現場の医師・看護師たちは一様にこのテストを行うことにためらいの気持ちをもっていることが報告されている。

海外では実際に、無呼吸テスト中の合併症として低酸素血症や低血圧が生じたり、気胸の発症や心停止などが起こったことが報告されている⁽⁵³⁾。また、すでに言及したブラジルのサン

パウロ国立大学のコンイズバー教授によると、脳の血流量が脳組織100グラム当たり毎分10から35ミリリットルの間にあれば、脳死基準を完全に満たすが、ここで後で述べる脳低温療法を行うと脳機能を回復することができるが、この状態で人工呼吸器を止めて無呼吸テストを行うと完全な脳死状態になる。だから同教授は、無呼吸テストは脳死の診断方法というよりは、脳死の作成方法であると皮肉をこめて述べ、「脳低温療法の実施により救命できる多くの交通外傷などの患者が臓器移植用に『殺されている』現状を無視できない」と述べているという⁽⁵⁴⁾。船橋市医療センター脳神経外科の唐澤秀治医師は、無呼吸テストの安全性にかんする論稿で、このテストの危険性を防止するためにはテスト前にもテスト中にも患者に酸素を投与し続ける必要があり、「人工呼吸器を連結したままで定常流の酸素を流し、持続陽圧をかけるペレルの方法はより安全である」と述べている。そして、脳死判定医はこうしたテストの危険性を認識し、安全性を確認したうえでテストを行い、危険が感じられる場合には即時テストを中止することを求めている⁽⁵⁵⁾。

ところで、日本脳波学会が作成した最初の脳死判定基準では、この無呼吸テストは深昏睡、両側瞳孔拡大などの5つのチェック項目中、3番目に位置付けられていたが、無呼吸テストの危険性を考慮して、旧厚生省の脳死判定基準および臓器移植法施行規則では最後の項目に置かれるようになった。つまり、そのほかの4つの項目チェックが終わって最後にこのテストを行うことが定められたのである。さらに臓器移植法の運用にかんする指針（ガイドライン）は、臨床的脳死と法的脳死を区別し、まず第4項に定める臨床的脳死の段階では「自発呼吸の消失」を省く4項目の確認を求めて、無呼吸テストによる自発呼吸の確認はしないことを規定している。そして、第7項で法的脳死の具体的な方法の規定のところ、「当該テストは、動脈血二酸化炭素分圧が適切な値まで上昇するか否かが重要な点であって、呼吸器を外す時間経過に必ずしもとられるものではない」と記され、さらに血液ガス分析を適時行い、テスト開始前に上記二酸化炭素分圧が基準値の範囲内にあることを確かめたうえで、この分圧が60水銀柱ミリメートル以上（80水銀柱ミリメートル以下が望ましい）に上昇したことを確認すること、そして呼吸管理に習熟した専門医がテスト実施に関与することを求めている⁽⁵⁶⁾。この最後の点も重要である。チリのカスティロが脳死判定の知識レベルにかんして神経内科医と脳神経外科医を対象として行った調査で判明したように、脳死判定で最も誤りが多かったのが無呼吸テストと法律にかんする事柄であったからである。

ところが、すでに述べたように、臓器移植法施行後の最初の事例となった高知赤十字病院では、臨床的脳死の段階で2回の無呼吸テストを行ったことでガイドラインの規定を2度までも破ったばかりか、法的脳死の判定で3回、つまり脳死が確定されるまで合計5回の無呼吸テストを行ったことが分かっている。それも、第1回目の法的脳死の判定では、脳波検査の前に行ったのであって、これも臓器移植法施行規則に違反している。それだけではない。無呼吸テストが行われた合計5回のすべてで、炭酸ガス分圧が80水銀柱ミリメートル以上だったのである。

つまり、ガイドラインが望ましいとする値を超えていることが判明しているにもかかわらず、脳死確定が強行されたのである⁽⁵⁷⁾。したがって、意地悪い見方をすれば、高知赤十字病院の場合は、患者にとって危険な無呼吸テストをガイドラインや施行規則に違反して5度までも行って、患者を完璧に脳死に追いやったのだと非難されてもおそらく抗弁することができないであろう。臓器移植法施行規則やガイドラインで規定されているからといって、医療現場でこれらが必ずしも順守されるわけではないということは、われわれがくれぐれも銘記しておくべきことである。

したがって無呼吸テストにかんして重要なことは、少なくともこれらの臓器移植法施行規則やガイドラインを最低線としながら、これらに違反して脳死判定・臓器移植が行われることのないような方策を厚生労働省の側で講ずること、無呼吸テストが救命治療に反する側面をもつことを十分に認識しつつ、脳死判定の最後の段階で、そして人工呼吸器をはずすことなく、酸素を確保しながら炭酸ガスの分圧を測定するやり方を、最も安全な「自発呼吸の消失」の確認として励行する方策を講ずること、そして呼吸管理にかんして熟練を積んだ専門医が無呼吸テストに加わるように施行規則が求めていることをそのとおりに実行することであろう⁽⁵⁸⁾。

(2) 「平坦脳波」と脳波測定の諸問題

旧厚生省の脳死判定基準では、チェック項目の第4番目に「平坦脳波」があげられている。この項目にかんしても、われわれ国民の側で誤解を生みやすく、また医学的にも微妙な諸問題が含まれている。

まず、「平坦脳波」という概念は、医学的には正確でなく、国際的には「脳電氣的無活動」という用語が用いられるべきであるという⁽⁵⁹⁾。要するにこれは、脳を電氣的に検査した場合に脳活動が検知されないという事態を言い表すものにほかならない。つまり、脳波計で検査しても脳波が検知されないということであって、脳波が平らになるという視覚的事実とはやや異なった意味をもつのである。だから次に、脳波が平坦になったということは、脳活動が消失しているということの意味するのではなくて、たんに脳活動が電氣的機械である脳波計によっては検知されないということにすぎない。第三に、脳波が電氣的に無活動になるという状態は、脳死だけではなくて、麻酔薬物、一酸化ガス中毒、低酸素症、頭部外傷などによっても起こりうる。脳死になると脳波は出なくなるが、だからといって脳波が出ないということがただちに脳死を証明するわけではない。したがって、脳波の正確な測定を行うことはもちろん必要であるが、脳波計による脳波の検知だけが絶対に重要な意味をもつというわけではないということである⁽⁶⁰⁾。まずこれらにかんする誤解を解いておくことが重要である。

さて、脳波を正確に測定することには、技術的に困難な諸問題が横たわっている。脳波計には外部からくる雑音や内部雑音があり、これらを極力減らすための対策をとらなければならない。しかし、心臓の活動と脳波計自体の内部雑音のために、微弱な脳波を検知しようとしても

限界があり、脳波計の感度を5倍にあげて微弱な脳波を検知しようとするれば内部雑音もまた記録されてしまうというジレンマを免れることができない。したがって、脳死判定を行うべき医師は一般に脳波検査の技術をもたないから、脳記録を判読する医師の技術の向上、そして脳波を測定する生理検査技師にも高度な検査技術とそのたえざる向上が求められている。他方では、国際的には5倍の高感度で30分以上脳波を記録することになっているが、我が国の基準では部分的に高感度にすればよいとなっているだけで、微弱な脳波をとらえるための基準が甘いことも念頭におかなければならない⁽⁶¹⁾。さらに、「平坦脳波」を示しても、高知赤十字病院の脳死判定のように9時間後に脳波が戻った事例があり、救命の仕方によってはさらに長時間の後に脳波が回復する可能性があることを考えれば、6時間後に再検査を行うことを定めている厚生省の基準の時間経過は短かすぎると言わざるをえないのである。

脳波測定における最大の問題は、厚生省基準が「頭皮上脳波」、つまり前頭部から後頭部にかけての頭に上に電極をいくつも貼り付けて頭皮の上だけを測定しているにすぎず、これではひとつひとつの電極からやや下部の脳皮質の電気的信号を記録することができないにすぎないことである。こうしたやり方では、とうてい100億以上あるといわれる脳細胞や100兆もあるといわれるシナプスの活動のごく一部しか検知できないことになる。しかし、上記の唐澤秀治医師らは、「頭皮上脳波」ではなくて「頭蓋内脳波」、つまり頭蓋の中の脳波を測定する技術を開発し、「頭皮上脳波」が平坦であっても、「頭蓋内脳波」が一定のパターンを示していれば、脳低温療法を併用することによって救命しうることを証明した⁽⁶²⁾。ある患者は、11時間も「頭皮上脳波」が平坦であったが、脳低温療法を施されて「頭蓋内脳波」の律動が確認されて、完全に社会復帰したという。また同医師らは、「頭皮上脳波」が平坦であった13例のうち、こうした脳波検査と治療法で3例が社会復帰し、1例が植物状態となり、9例で死亡したことを学会で発表した。こうした救命治療または蘇生治療はこれからますます技術的に高度に進化していくことは必至であるから、脳波測定にかんしても厚生省基準では不安を消すことはできないということになる。したがって、慎重を期すためには、現行の法的脳死判定における「頭皮上脳波」測定では不十分であって、脳の深部の脳波を測定すべきである。「頭蓋内脳波」までも正確に測定しなければ、脳死判定で用いられるべき十分な脳波検査とはとうてい言えないのである。

ところで、1999年に厚生省の研究班が作成した「法的脳死マニュアル」では、「平坦脳波」の確認作業を、必要に応じて「人工呼吸器を離すかはせず」状態で30分以上の連続記録を行うように定めているから、場合によっては、ただでさえ危険な無呼吸テストの危険性をはるかに超えるテストが行われる可能性があることも見逃すわけにはいかない問題である。脳死にかかわる法的諸規定も、患者の安全性から見れば実にさまざまな問題点を含んでおり、さらに正確で安全なものへと見直し、改変していく努力が必要であろう。

(3) 聴性脳幹反応と脳血流テストは必須である

厚生省の脳死判定基準のひとつの特徴は、我が国で最初に脳死判定基準を作成した日本脳波学会の規定に比べれば、脳幹反射テストの項目を対光反射と角膜反射のふたつに5項目を付け加えて合計7項目へと増やしたことにある。これは一見すると、厚生省基準の慎重さ・厳密さを示すものと見えるかも知れない。しかし、必ずしもそうではないのである。

先立つ章ですでに述べたように、脳幹は実に多様な機能をつかさどっている組織であるが、人間の感覚のなかでもとくに聴覚系は生理的にきわめて強い生命力をもっていて、純粋に受動的な機能にぞくし、人間が死にゆく過程のなかでほかの脳幹機能が喪失した後でも最後まで生き残るものだと言われている。この純粋に受動的な聴覚反応、正確に言えば聴性脳幹誘発反応が消失したからといって脳幹機能がすべて喪失したわけでもなく、全脳死したというわけでもないが、しかし、この聴性脳幹誘発反応が残っているかぎり、脳幹は生きていて、まだ死んではいないということになる。しかも、脳波が電氣的に無活動な状態になれば厚生省基準でいう「平坦脳波」となり、この「平坦脳波」は麻酔薬物などでもしばしば「平坦」になるのに対して、この聴性脳幹誘発反応はそういう心配がないと言われている。だから、聴性脳幹誘発反応はある意味ではそのほかの脳幹反射よりも重要であり、しかも脳波検査よりも信頼するに足る脳機能チェックのひとつである。したがって、厚生省基準で言う脳幹反射の7項目をすべてチェックして反射が確認されないとしても、聴性脳幹誘発反応が単独で生き残っている場合が相当にあり、その場合には脳幹機能が喪失したとはいえないわけである。このことは、言い換えれば、厚生省基準で脳死と判定されても、聴性脳幹誘発反応が残存する患者の脳幹は生きていることを意味しており、そうだとすれば厚生省基準は自らが前提しているはずの全脳死に違反しているということになる。

それだからこそ、例えば大阪大学付属病院では、急性第一次病変、つまり脳卒中、脳閉塞、クモ膜下出血、脳挫傷などの重症の脳障害の場合には、脳波検査とともに聴性脳幹誘発反応テストを参考とし、第二次病変、つまり心臓停止、窒息などによる脳無酸素症の場合には、脳波検査とともに聴性脳幹誘発反応テストを必ず実施するものとしているし、千葉県救急医療センターにおいても第一回目と第二回目の脳死判定のさいに聴性脳幹誘発反応テストを実施して、脳幹反射消失の確認に万全を期しているのである。

ところで、日本医師会生命倫理懇談会は1988年に「脳死および臓器移植についての最終報告」を出しており、その最後に「竹内基準に対しての生命倫理懇談会からの質問事項」をまとめたことがある。竹内基準にたいする質問であるにもかかわらず、この質問事項にたいする回答者がこの竹内基準の作成者である竹内一夫氏当人と山口大学医学部の武田浩氏であることはまことに奇妙であって、自作自演の茶番劇と評されても抗弁の余地がないであろう。ともかくもそのなかに、大阪大学基準に聴性脳幹反応検査が加えられていることにかんする質問があった。これに対する両氏の回答は、「二次性障害においても、発生した器質的脳障害を画像診断法で

確認する必要があることを強調したので、それ以上に聴性脳幹反応が必須とは考えられない」と述べているだけである。この回答文の前半はまったく別の論点の提起であって、肝心の質問事項をそらしているうえに、後半もまたまったく根拠を示さずに「聴性脳幹反応が必須とは考えられない」と断定しているだけである。およそ医学者にはまったくふさわしくない、きわめて不真面目な回答である。臓器移植法の施行規則ではさすがに第2条第5項で、脳死判定にあたっては「聴性脳幹誘発反応の消失を確認するように努めるものとする」と規定しているが、あくまでも努力目標にとどめているだけであり、これには何の拘束力も付与されていない⁽⁶³⁾。

立花隆氏が脳血流の停止の確認が脳死判定にかんする最良の基準であると強調されている点についても、上記と同じことがいえる。このことについてはすでに展開したので、ここでは繰り返さない。

この項の最後に付け加えておきたいのは、先の竹内・武田両氏の回答が「とかく過信されがちで電気生理学的検査より厳密な無呼吸テストの方がはるかに重要である」と述べていることである。無呼吸テストの危険性を無視しているだけでなく、たんなる臨床的な方法にもとづくにすぎず、しかも微小呼吸を測定できない可能性のある無呼吸テストを電気生理学的検査の上位に置いていることも、実に理解しがたいことである。脳死・臓器移植の問題を考えるにあたって、臨床医と脳生理学者との間にこれほどまでに溝があり、お互いの議論を噛み合わせることでできていないのである。医学者どうしの間でこれだけ見解の不一致が残されていて、どうしてこの問題にかんする国民的合意が成立することができようか。

(4) 脳死判定時間の6時間間隔は短すぎる

すでに述べたように、高知赤十字病院での脳死・臓器移植の事例では、9時間後に脳死患者の脳波が復活したと報告されている。もしもこれが事実であるとすれば、現行脳死判定基準の6時間の時間間隔は見直されるべきである。

さらに、立花氏が言うように、現行の厚生省基準の主要な問題点のひとつは、日本脳波学会の判定基準から大きく後退している側面があることである。それは、日本脳波学会が脳死判定の対象を急性第一次性粗大病変、つまり交通事故による脳挫傷や脳内出血の患者に限定して、心停止、窒息、慢性疾患などの二次性の病変を対象から除外したうえで、脳死判定の経過観察時間を6時間に設定していたのに対し、厚生省基準が一次性病変と二次性病変とを一緒くたにしてともに判定対象とし、しかもいずれの経過観察時間を一律に6時間と規定している点に主としてかかわっている。

この点にかんしても立花隆氏の鋭い批判があるので、参照していただきたいが、その要点だけまとめるとすればこうである。厚生省基準では、基準のもととなった調査で集めた二次性障害の事例が少なすぎるうえに、きちんとした分析が不足している、厚生省基準は日本脳波学会の基準が対象としていた制限を撤廃して、判定対象を一挙に拡大したが、そのことの医学的

な理由がまったく説明・提示されずに変更だけが一方的に断言されている、アメリカ基準では二次性障害の対象からこの障害の代表的なもののひとつである「ショック」を除外しているのに、厚生省基準ではこれをも判定対象に組み込んでいて、きわめて甘い、アメリカ基準では、二次性障害の場合には短時間では不可逆性を確認できないという理由から、経過観察を24時間として慎重を期しているのに、厚生省基準にはそうした慎重さが欠けている、などである⁽⁶⁴⁾。二次性障害の場合は、脳死にいたるプロセスもまだよく分かってはおらず、一次性障害よりも長期脳死がずっと多いことが知られているし、いったんは停止した自発呼吸なども人工呼吸器につながれると復活することがあるなど、医学的に見れば一次的急性病変よりもはるかに長い観察時間を置く必要があることは明らかなのである。

したがって現行の厚生省基準は、医学的・科学的に見て、問題点だらけだと言わざるをえないのである。

(5) 独自の脳死判定基準が策定されるべきである

脳死判定の厚生省基準には、竹内氏を班長とする研究班の段階からすでにさまざまな批判があり、その不十分な点を補うために、厚生省基準を参考にしながらも現場の医師たちが独自の脳死判定基準を設けているところもある。そのなかでわれわれが目したいのは、すでに何度か言及した大阪大学付属病院と千葉県救急医療センターの例である。

大阪大学付属病院では、すでに述べたように、患者を急性第一次性粗大病変とそれ以外とに大別したうえで、前者については、厚生省基準に加えて聴性脳幹反応、脳血流消失、低血圧がテストされて判定の参考となるほか、第一回目の法的脳死判定と2度目のそれとの間に6時間の間隔を置くという厚生省基準を杓子定規に適用するのではなくて、患者の容体によっては24時間の間隔を置くことを定めている。また後者のそのほかの病変については、平坦脳波と聴性脳幹反応の検査を必須としているほか、ふたつの法的脳死の判定時間の間隔を一律に24時間としてさらに慎重を期しており、脳血流消失と低血圧の検査については義務づけてはいない。

千葉県救急医療センターの場合はさらに、人間的な治療を心掛けて、この立場から脳死者の家族にたいしてもいろいろと人間的な配慮を行っている点で、特に参考にしたい事例である。このセンターでは、ふたつの法的脳死の判定時間の間隔を一律に12時間としており、厚生省基準の2倍である。そして、すでに述べたように、これらの2度とも聴性脳幹反応と脳血管造影検査によって脳血流消失をテストする。そして、立花氏が伝えるように、患者の家族にたいしてこれらの検査の結果は、記録や写真のかたちで患者の家族に示される⁽⁶⁵⁾。こうしたことを行っている理由について、同センター長の野口照義氏はこう述べている。重要な箇所と思われるので、とくに注意を喚起しておきたい。「医者が臨床的に脳死を判定しただけで、そもそも患者の死を信じたくないと思っている家族は納得できるだろうか。脳波、ABRや脳血管造影の写真などを見てもらい、家族が自分たちで判断し、理解しやすいようにすることが必要では

ないでしょうか。証拠として記録に残ることにもなる。それに厚生省基準では脳死確認の観察時間を六時間としているのも家族にとっては短すぎる。最愛の人の死を納得するにはもっと長い時間が必要だと思う。」⁽⁶⁶⁾

同センターのこうした考え方とやり方は、厚生省基準の不備欠陥を補って慎重な脳死判定を心掛けているだけではなくて、患者の家族にたいするインフォームド・コンセントを実践しつつ、また家族の心情面への人間的な配慮を行っている例として注目すべきである。かつて科学的な医療の元祖として知られる古代ギリシャのヒポクラテスは「人間愛の存するところ、技術への愛もまた存する」というきわめて含蓄の深い、人間的な医療の精神の根本を示す重要な言葉を述べたが、同センターはまさしくこうした精神を実践しているといえよう。脳死・臓器移植にかんしては、臓器提供を受けるレシピエントにのみ偏って照明があてられて「愛の贈り物」などとして美化されるのに対して、厚生労働省と移植医側には、救命治療や看取りの問題を含めて臓器提供者とその家族にたいする人間的な配慮があまりにも欠落しているが、そうした現状と対比すれば、現在の我が国の移植医療に最も欠落している問題が改めて痛感させられるであろう。そして同センターの考え方は、厚生省基準をかたちだけ順守すればよいというのではなくて、厚生省基準をミニマムとして、これに不足するものを技術的・人間的側面から独自に付け加えて、いっそう国民の納得のいく、そして慎重・厳密でありながら心情面にも人間的配慮を行っている点で、移植医療にかかわる多くの機関と医療関係者に示唆するところがきわめて大きいと思われる。

(6) 脳死判定の前に脳低温療法を義務づけるべきである

この章の最後に、これまでの叙述で何回も言及してきた脳低温療法について総括的に述べる必要があろう。脳低温療法は、我が国の日本大学板橋病院救命救急センターの林成之教授を中心とするグループによって開発された、重症の脳障害患者にたいする新しい画期的な治療法として近年注目を集めているものであって、すでに1993年からその成果が報告されている。片岡喜由氏の簡潔にして要を得た定義によれば、「重症脳卒中や頭部外傷などで脳が突然大きく傷つけられ、現有の薬剤や手術では、脳のいちじるしい機能欠落や障害が残される可能性があるとき、あるいは致命的な障害の進行が予想されるとき、脳を冷やすことでとりあえず、脳障害の破壊的進行を抑え、脳が自ら持っている回復能力にも期待しながら、薬剤投与などによって少しでも機能を蘇生させようとするところ、これが脳低温療法である。」⁽⁶⁷⁾したがって脳低温療法は、重症の脳障害患者が脳死にいたるのをふせぐための救命治療の一環なのである。

脳低温療法は具体的には次のようにして行われる。患者が脳に重症の障害を負った場合、まず細胞性の脳浮腫が生じ、その後には血管性の浮腫が重なって生ずることによって頭蓋内圧力が急上昇する。この状態をそのまま放置すれば、脳内温度は40度以上に上昇し、虚血すなわち血行の途絶が生じて脳細胞とニューロンが死滅し、脳死に限りなく接近していく。しかしこの時、

患者を冷水の流れるマット上に横たえて、3～4日の間脳温を33～34度に冷やすと、脳細胞とニューロンの死を防ぎ、脳死をくい止めて生還させることができる⁽⁶⁸⁾。脳のなかには温度に依存する反応系がいろいろあり、脳がきわめて危険な虚血に陥った時、グルタミン酸の濃度上昇が起こって毒性をもたらすが、脳を低温にするとこうした脳細胞破壊のメカニズムを阻止できるのである。

日本大学板橋病院救命救急センターでは、この方法で頭部外傷、クモ膜下出血だけでなく心肺停止にも脳低温療法を行い、両側瞳孔拡大・対光反射消失となってこれまでの治療法では助かることがほとんど期待できなかった重症患者20人を治療し、6人が死亡したが、14人が救命され、そのうち13人が日常生活に支障がないまでに奇跡的に回復して社会復帰したことを報告している。さらに同センターのグループは、コンピュータ・モニター法を駆使したICU集中管理システムによる医療体制を整備したり、脳低温療法がもたらす副作用を防いだり、意識回復のための治療法を考案するなど、世界に先駆けてきわめて積極的な救命治療を切り開いている。われわれは、このグループの技術的な開発にだけではなく、次のような林成之教授の言葉に代表される、その救急救命の精神にも注目したい。「医療の原点とは患者を直すことである。」「患者中心の医療とは、救命救急センターのような重症患者の医療を行う所では、絶対に救命する、できれば後遺症無しに救命するという目的を達成するため、医療従事者は自分の都合を捨て、質的向上をはかり、あらゆる条件を乗り越えて、初めて展開が可能になるのではなからうか。」⁽⁶⁹⁾そして、こうした考え方から、チーム医療の円滑な人的組み立て方にもたえず心配りと工夫を重ねているのである。ヒポクラテスの人間的で集団的な医療の精神をここにも見る思いがして、何かしら安堵の気持ちを感じるのは、決して私だけではないであろう。

すでに述べたように、脳の血流量が脳組織100グラム当たり毎分10ミリリットル以下になれば、脳の障害は不可逆的となるが、しかしこの血流量が毎分10から35ミリリットルの間にあれば、現在の脳死判定基準を満たすが、脳細胞は死んではいない。ここで患者に上記の脳低温療法を施すと、血流量が35ミリリットル以上に増えて、脳機能を回復することができるが、ここで脳死判定のために人工呼吸器を止めて無呼吸テストを行うと、完全な脳死状態に陥ってしまう。もしもそうだとすれば、臨床的な脳死になりかけている段階では、患者を完全な脳死に追いやる無呼吸テストを行うのではなくて、上記の脳低温療法をしっかりと施し、あらゆる手段を講じて患者の救命のための治療を行うことが先決である。そして、脳低温療法を含めたあらゆる蘇生治療が効果を奏さず、脳の血流量が脳組織100グラム当たり毎分10ミリリットル以下に低下したことをひとつの目安として、この時点で初めて脳死を診断するという道を選択すべきであろう。

ところで、厚生省も脳死臨調も国会への臓器移植法提案者も、すでに公表されていた脳低温療法を決して知らなかったわけではない。その証拠に、1997年の臓器移植法が国会で成立したさいの付帯決議の第7項に「臓器摘出にかかる法第六条第二項の判定〔脳死判定をいう〕につ

いては、脳低温療法を含め、あらゆる医療を施した後に行われるものであって、判定が臓器確保のために安易に行われるとの不審を生じないように、医療不信の解消及び医療倫理の確立に努めること」という文言が盛り込まれていた。ところが、きわめて不思議なことに、臓器移植法にも同施行規則にも、脳死になりかけた患者の徹底的な救急救命治療にはまったく何の言及もなく、臓器移植法施行と同時に定められたいわゆるガイドラインには、きわめて驚くべきことに、たった1行だけ、ほんの申し訳程度に「なお、法に基づき脳死と判定される以前においては、患者の医療に最善の努力を尽くすこと」という文章が付されているだけである。脳死・臓器移植の場合には、臓器移植意思表示カードをもった患者の救命治療がほとんど考慮の外にあることがこれでわかる。

同ガイドラインは脳低温療法にかんしてどう規定しているであろうか。そこにはこうある。「いわゆる脳低温療法については、脳卒中や頭部外傷等の脳障害の患者に対する新しい治療法の一つであり、脳死した者を蘇生させる治療法ではないこと。」「脳低温療法の適応については、主治医が患者の病状等に応じて判断するべきものであり、当該治療法を行うことを脳死判定の実施の条件とはしていないことに留意すること。」⁽⁷⁰⁾確かに最初の引用文のとおり、脳低温療法は「脳死した者を蘇生させる治療法ではない」が、しかし、それは脳死しかけている患者を蘇生するための画期的な治療法なのであって、これを「脳死判定の実施の条件」とはしないで主治医の判断に任せるとするのは、たとえ脳死しかけても助かる可能性のある患者にその蘇生の可能性を断念させるものでしかない。ここに厚生省と移植側の意図がはっきりと透けて見えている。脳低温療法は脳死をくい止めるのに有効な蘇生治療法であるから、脳死・臓器移植を推進しようとする側にとってはその目的を異にする、おのれとは相いれない治療法である。ただでさえ少ない脳死者を何とか確保し、高額な移植医療を推進しようとする移植医側が脳死しかけている患者に脳低温療法を施すことはきわめて考えにくいことである。その精神が先にあげた林グループとは正反対なのである。高知赤十字病院で発生した臓器移植法成立後の最初の脳死患者は、まさしくこうした道をたどり、開頭手術をすれば助かる可能性があったにもかかわらずこれを拒否され、脳低温療法を行えば蘇生する可能性があったのにこの機会をも奪われて、5度も危険な無呼吸テストを実施されて、完璧な脳死患者に仕立てあげられたのだと言っても決して過言ではない。

ここに、移植医療にたいするわれわれ国民の決定的な不信の根源がある。われわれ国民は、厚生省のガイドラインとは反対に、たとえ脳死になりかけたとしても、懸命な蘇生治療を最後まで受けることができ、脳低温療法をも受ける機会を与えられて、それでもなおかつ助からないことが証明され、そして脳血流量が毎分10ミリリットル以下に低下した場合にのみ、脳死と判定されて臓器を提供することにやぶさかではない。われわれは、端的に言ってこう要求する。脳低温療法を受けることが脳死判定を受けるための不可欠の条件とされるべきである、と。

脳低温療法にかぎらず、我が国の救急救命治療も今後さらに技術的に高度な発展をとげて、

今までは助からなかった患者を蘇生させることを可能にするであろう。そして、例えば救急救命士が国家資格化されたことによって、救急患者の蘇生率も飛躍的に向上している。患者を救急車に搬入する時点で脳低温療法を含めた高度な救命治療を行うことで、命を救われる患者の数もさらに増加するであろう。そうすると脳死患者とドナーはますます減少して、現在の脳死・臓器移植がかかえる根本的矛盾はますます露になり、いっそう先鋭なものになるであろう。こうした趨勢のなかで、もしも移植医側が、現在の移植医療にたいする国民の根本的な不信を払拭する努力を放棄して、脳死・臓器移植にたいする真に国民的な合意への道を進まないとすれば、なりふりかまわぬかたちでドナーを確保する道に突き進まざるをえなくなるであろう。その場合には、先端医療にかんする国民の専門的な知識の欠如と必要な情報の不在を利用してきわめて欺瞞的にふるまい、国家権力を利用して全体主義的に政治的決着をはかるしか、方法がなくなるであろう。われわれの見るところでは、今回浮上している臓器移植法の改正案は、まさしくこうしたきわめて危険な方向の具体的な現れと考えざるをえないのである。

第5章 臓器移植法改正案の問題点

(1) 臓器移植法改正の動きと経過

我が国の臓器移植法は、臓器提供者本人の自己決定と書面による意思表示、家族の承諾、脳死を臓器提供に限って「人の死」とすることを条件として、移植推進側の譲歩と修正によって成り立ち成立したが、移植推進側にとってはそのスタート時点から、ただでさえ圧倒的に多数のレシピエントに比べてドナーがきわめて少数であるという事態があるのにこの状況をいっそう制約するものであった。そしてさらに、小児の臓器移植がふたつの理由から除外されたことがこの制約感を助長することになった。すでに述べたように、1985年に定められた脳死にかんする厚生省基準において6歳未満の小児の脳死判定が除外事項とされたこと、および、1997年の臓器移植法の成立と施行以来、とりわけ厚生省令として公布された臓器移植法の運用にかんする「指針」(ガイドライン)が、臓器提供の意思表示の有効性について民法で定められている遺言可能年齢との整合性を考慮して、移植可能な年齢を「15歳以上」に限定したこととで、小児の臓器移植の道が閉ざされることになったからである。前者の理由は、小児が脳障害にたいして大人よりもいっそう強い抵抗力と可塑性をもつから、小児の全脳機能が不可逆的に停止したことにかんする判定は、大人の場合よりもいっそう慎重でなければならないことにあり、後者の理由は、臓器提供者本人の自己決定にもとづく意思表示が現行法の前提をなしている以上、親権者のいる14歳以下の幼児・小児・児童の自己決定権が法的に認められていない現状のもとでは、臓器移植にかんしてもこれらの者の自己決定にもとづく意思表示も法的には認められないことにあった。これらはいずれも、医学的・法律的看着てそれなりに十分な整合性と理由のある考え方にもとづいていたといえることができる。

しかし、現行法の施行直後から、ふたつの方向から、ひとつには臓器提供者の自己決定と意

思表示にもとづく現行法ではただでさえドナー不足の事態に対応しきれないとの思惑と、もうひとつには小児移植を法的に可能にする要請とのふたつの方向から、現行法の見直しが準備されていた。1998年に発足した厚生省臓器移植専門委員会「小児における脳死判定基準にかんする研究班」（またしても代表は竹内一夫氏）は、2000年にその最終的な研究結果として、6歳未満の幼児について、1）3カ月未満の者を脳死判定から除外し、臓器移植の対象としない、2）2度の脳死判定の間隔時間を一律に24時間以上とする、3）脳死判定の5つの項目は現行どおりとする、以上の3点を骨子とする判定基準を提出した。この判定基準には、基準の基礎となった統計調査データのうち真に有効なものが20例と極端に少ないこと、3カ月未満の者を脳死判定から除外したことと2度の脳死判定の間隔時間を24時間以上としたことの医学的根拠などの点で、いっそう慎重であるべき小児脳死にかんしてまたしても重大な内容を含むものであった。この小児脳死基準をうけて、日本移植者協議会、日本移植支援協会などの移植団体からは小児移植に道を開く法改正の要望が相次いで厚生労働省に提出された。日本移植者協議会前者は独自に、脳死判定にかんしては医師が本人と家族の承諾なしに行いとうとし、15歳以上の成人は本人と家族の承諾、15歳未満は親の承諾のみで臓器移植可能とする法改正案を作成した。

他方では、すでに述べたように、同年に町野朔氏を代表とするグループが厚生労働省の意向を受けて、また厚生省の科学研究費の助成によって「臓器移植の法的事項に関する研究—特に『小児臓器移植』に向けての法改正のあり方」（町野案）を答申したが、これは1）脳死を一律に「人の死」と規定し、2）臓器提供の意思を成人本人が生前に書面によって表明していないかぎり、家族の承諾があれば臓器提供でき、15歳以下も親の承諾で臓器提供できる、3）したがって臓器提供できる年齢の下限を撤廃する、の3点を基本的な変更内容とするものであった。この町野案の最大の特徴は、「およそ人間は、見も知らない他人に対しても善意を示す資質をもっている」という前提から、たとえわれわれが生前に臓器提供の意思表示していなくても、「我々は、死後の臓器提供へと自己決定している存在なのである」という結論を導出して、脳死判定と臓器提供にかかわる自己決定権を国民から奪い去るということにある。こうした論理が、きわめて飛躍した、論理的に見てまったくの誤謬であるとともに、賛否両論飛び交うなかやつのことで成立した現行臓器移植法の精神の根幹をくつがえすものであることは言うまでもないが、厚生労働省が描く路線に沿って、こうした論理的誤謬を犯し国民世論を否定してまでも、なりふりかまわぬかたちでドナーを確保しようとする意図は明らかである。

森岡正博・杉本健郎の両氏は、この町野案を批判して、脳死判定と臓器提供にかんして本人と家族の意思表示がない場合は不可能とする現行法をあくまでも堅持することを主張しながら、他方では自己決定権と意思表示の年齢制限を拡大し、「児童の権利条約」の精神を根拠として児童にも意思表示権を認めて、15歳未満12歳以上または15歳未満6歳以上については（二通りの提案である）本人と親の承諾があれば有効とする独自案を提起した。この森岡・杉本案には、町野案に対して現行法を擁護しようとする姿勢が見られるものの、民法との法的整合性、

そして何よりも小児の脳死判定の困難さ、年齢が若いほど長期脳死者が多いなどの小児の医学的諸問題への配慮が見られないことが問題であろう。

以上に素描したさまざまな法改正案にはすでに多くの批判や疑問が提起されているから、ここでは詳細には立ち入らないことにする。以下の本稿では、すでに第一章で概略を述べた、秋以降の国会に提出されることが予想されるふたつの案、すなわち自民党・公明党の有志議員検討会がまとめた河野・福島案と斎藤案について、その主要な論点と問題点を指摘することにした。そのさいにわれわれがよって立つ根拠は、すでに本論文の第2章から第4章までに展開した叙述で明らかであり、これらの改正案に対する批判の主要点はすでにその概略が提示されている。

(2) これまでの移植例にかんする十分な分析と検証の欠如

現行の臓器移植法が施行されてから現在までに、移植推進側からすれば少ないとはいえすでに39例の脳死判定が積み上げられ、本論文で指摘したように、引き続き臓器移植にもさまざまな問題点があったことが明らかになった。臓器移植法の改正は、これまでに行われた脳死・臓器移植の症例と経験を十分に分析し、徹底的に検証したうえで、これまでに指摘されたさまざまな問題点と反省点を洗いだし、これらを是正するという観点から進められるべきである。しかし、今回の法改正案にはこうした姿勢がまったく見られない。

すでに述べたように、臓器移植法施行後、我が国最初の脳死・臓器移植となった高知赤十字病院では、くも膜下出血で搬送された患者にたいして徹底的な救命治療が行われたかどうかで疑問を残しただけでなく、脳死判定医が厚生省監修の『脳死・臓器移植ハンドブック』を見誤り、改正前の古い手順を記載した箇所を参照したために、危険な無呼吸テストを繰り返したり、脳波測定の際に脳波計がなく、専門の技師も不在であったりしたことを初め、数々の失態が明らかになった。しかし、問題はそれだけにはとどまらない。脳死判定では除外されることになっている抗けいれん剤（ディアゼパム）のほか、中枢神経抑制薬のフェノバルビタールが患者に投与され、脳死判定に影響を与えるこれらの薬剤が血中から消えないままに脳死判定がおこなわれた可能性が高く、しかも病院側は後者の重要な事実を隠蔽しようとしたこと、そして後になって数々の事実やデータの修正を行ったことが明らかにされているし、臓器移植後にこの最初の事例を検証するために厚生省公衆衛生審議会の臓器移植専門委員会のなかに設けられた作業班（班長は竹内一夫氏）も、これらの事実を知りながら、薬物の投与量が少なく、脳死判定に影響がなかったとの病院の判断は間違いではなかったなどと弁護したほか、「手順ミス」をも一貫して擁護する姿勢を示した。したがって、この記念すべきはずの最初の事例もまた、移植にかんする病院側の情報公開と透明性、この移植を客観的かつ厳正に検証すべき立場にある厚生省側が医学的な根拠を示さずに病院側を擁護したことなどの点でも、第三者機関による移植事例の厳正であるべき検証という面でも多くの課題と教訓を残したといえる。そして、移植

推進側は、この事件の途中から以降は決定的に、マスコミの過熱報道とプライバシーの保護を口実に、頑なな情報非公開の姿勢へと移行したのである⁽⁷¹⁾。

われわれ国民の側では、患者が臓器移植意思表示カードを所持していたがためにまたしても脳死と臓器移植へと追いやられたとの感を否むことができず、またしても数々の疑惑の渦中に置かれているとの気持ちを押さえることができないのである。もしも厚生省とその下部組織が、あの和田心臓移植事件にかんして当時の医学界の重鎮がこれを告発すれば日本の移植医療が決定的に立ち遅れるとの政治的判断から最終的にはこれを擁護したのと同じ姿勢で高知赤十字病院の数々の失態を大目に見たとすれば、我が国の移植医療には当時も今も変わらぬ共通の姿勢が貫かれているのであって、その限り移植医療に対する国民の不信はこの後も長く消え去ることはないであろう。この事例のなかで脳死にかんする厚生省基準の問題点とのかかわりでとくに注目されるのは、病院側の検査方法とデータとを信用することとして、「平坦脳波」の診断が下されて9時間以上経過し、第一回目の法的脳死の判定が行われたさいに、脳波が検出されたことである。もしこれが事実であるとすれば、すでに述べたように、2度の法的脳死判定の間隔を6時間と定めている厚生省脳死基準は医学的にはきわめて問題のある基準ということになる。この竹内基準は、臨床的・経験的な方法にしたがっているために、こうした例外的な事例が一例でも出現すれば、それ自体として崩壊せざるをえないのである。そうだとすれば脳死にかかわる厚生省基準自体の全体的な見直しもまた検討しなければならないことになる。臓器移植法の改正にあたっては、まさしくこうした事例のうちに現れたさまざまな問題点を全体的に総括したうえで、こうした問題点を解決する方向で法改正に取り組む必要があるのに、河野・福島案にはこうした姿勢はみじんも見られない。

脳死・臓器移植にかんしては、これまでさまざまな法律・省令・諸規則が存在している。まず旧厚生省の脳死判定基準とその「補遺」があり、そして臓器移植法、さらに旧厚生省令として定められた「臓器の移植に関する法律施行規則」、これと同日に通達された『臓器の移植に関する法律』の運用に関する指針、そのほかに厚生省が1999年に発行した『脳死・臓器移植ハンドブック』などがある。これらの法令と諸規則は決して有機的に統一のとれたものではなくて、用語や文章の不統一が散見されるほか、脳死判定や臓器移植運用の手続き・手順細部においても不統一や齟齬、未決定の部分が残され、これらが緊急を要する移植現場においても不備と混乱を生む要因をなしていた側面を否定することはできない。今までの症例の分析と移植の経験を広く、また徹底的に踏まえて、判断と手続きに混乱を生じない、移植医の側だけに裁量を全面的に委ねることのない、しっかりとしたガイドラインとマニュアルを整備・作成することが急務の課題となっている。

臓器移植施設側の準備体制にも不備があった。臓器移植法が施行されて臓器提供施設が指定されながら、臓器提供施設側では必ずしも準備と受け入れの態勢が十分ではなく、脳死判定にかかわる機器と専門スタッフの不在や『ハンドブック』の読み間違いなどを初め、さまざまな

混乱があった。法律・省令・諸規則の不統一をカバーするには、臓器提供施設でこれらを参照しながらも自らの責任でこれらの不備を補い、さらにしっかりしたマニュアルを策定し、最初から臓器移植を考えるのではなく、最善の救急救命治療と蘇生術を保証するとともに、その前提のうえに立った、移植施設内での混乱を生じない、しかも透明性・公開性を原則とするシステム作りが求められている。その意味では、先にも言及した千葉県船橋市立医療センターのマニュアル書と体制作りはきわめて先進的で模範的な例といえよう。我が国では救命救急センターが臓器提供施設を兼ねているところが多いから、救急車で搬送されてただちに救命措置を講じられるべき急患が徹底的な蘇生術を受けることなく、臓器移植の犠牲となって食物にされるというような不信を与えないルールとシステム作りが急務である。

そして、この間医療現場だけではなく、移植コーディネーターの側にもさまざまな問題があったことも判明している。例えば、国内唯一の臓器移植幹旋組織である社団法人「日本臓器移植ネットワーク」は、現行法施行後の最初の移植事例で、パソコンへの入力ミスによるレシピエントの優先順位の取り違えを犯して、レシピエントを変更せざるをえなくなるというミスをした。そのほかにも、多額の助成金の提供を受けたり、「トンネル寄付」などの不透明な運営問題で厚生労働省の立ち入り検査と改善勧告を受けたほか、ある常任理事が自らが責任者として脳死判定と臓器摘出の手術にかかわったうえ、摘出した臓器を自分の大学病院の患者に移植したことで、ネットワーク自体の公平性と中立性が改めて問題となった⁽⁷²⁾。さらに、同ネットワークでは2年間にわたって患者を選ぶための検索ソフトにHLA（白血球型）の条件づけを間違えて発注するという単純ミスを犯し、そのために腎臓病患者6名が移植を受ける機会を奪われる結果となった⁽⁷³⁾。移植コーディネーターである「日本臓器移植ネットワーク」には、もともと国家資格ではなく、組織上の位置付けが必ずしも明確でないという問題のほか、国庫補助と民間の寄付などからなる運営財源や会長一人に頼り過ぎるという組織上の問題もあることも見逃すことはできない。こうした基本的問題をふまえつつ、第三者機関である移植コーディネーターによる患者選定と優先順位づけの公平性・中立性・公正性をどう確保するかをさらに追求する必要がある。

ところが、きわめて遺憾なことに、今回の議員有志による法改正案では、これらの重要な諸問題にかんする十分な検証にもとづいて現行法の不備や反省点を洗い出したうえでこれを改善しようとする視点がまったく見られない。そこに見え隠れするのは、臓器提供者と臓器移植をアメリカ型にさらに拡大して、例えば心臓移植一例につきおよそ2000万円を要するといわれる移植ビジネスをビッグチャンスとして発展させようとする意図だけではないかと言わざるをえないのである。

(3) 脳死＝「人の死」の一元化と脳死判定の強制化

河野・福島両氏による法改正案の条文は、河野太郎氏のオフィシャルウェブサイト（太郎

の主張)で知ることができる。その改正案によれば、臓器の摘出を規定する第6条は、まずこうなっている。「1. 医師は次の各号のいずれかに該当する場合には、移植術に使用されるための臓器を、死体(脳死体を含む。以下同じ。)から摘出することができる。」

現行法では「死体(脳死した者の身体を含む。以下同じ。)」,「脳死した者の身体」などとなっている言葉使いが、河野・福島案ではすべて「脳死体」に変更されており、改正案全体では5カ所で用いられている。これは、改正案が脳死を一律に「人の死」と見なす重大な法改正を意味しているばかりか、「脳死した者の身体」を無理やりに「脳死体」と規定して、これをかぎりなく「死体」に近づけ、国民に脳死者は死者なのだという先入見を植え付けようとい図していることを示している。しかし、すでに本論文で展開したように、脳死者の身体は、たとえ人工的であるとはいえ、人工呼吸器を装着していることによって酸素を血液に送り続けているのであって、人によって差異はあるものの、一般的には血色もよく、体温もあり、たとえ人工呼吸器を除去すれば心臓死にいたる可能性があるとはいえ、生物学的・医学的に見れば紛れもなく「生きている」のであって、決して「人の死」ではない。したがってまた、脳死者の身体も生きている「身体」なのであって、決して「死体」ではありえない。河野・福島案では、生物学的・医学的に「生きている」者の身体を「脳死体」、つまり医学的・生物学的な「死体」と見なそうとするのであるから、根本的な矛盾を犯している。すくなくとも現行法は、生物学的・医学的に「生きている」者を法的な観点から、約束事として、しかも臓器移植に限定して「人の死」と見なそうとする[われわれは、すでに述べた理由により、こうした考え方にも反対であるが]のであるから、河野・福島案は明らかに現行法から逸脱・後退し、生物学的・医学的に見れば虚偽に陥っている。河野・福島案は、生物学的・医学的に「生きている」者を同一のレベルで、つまり生物学的・医学的に「死者」と見なそうとい図していることは明らかであるから、基本的な概念の使用法からしても、作為的であり、欺瞞的である。

現行の臓器移植法成立にいたるまでのプロセスでは、脳死を「人の死」とする旧中山案には、医学界だけに限らず思想・宗教を含むさまざまな分野からさまざまなかたちで批判があった。臓器移植に限定して脳死を「人の死」とする現行法は、移植推進側にとっても反対側にとっても許容できるぎりぎりのところでの妥協点であり、賛否両論のプロセスをへたうえでの一致点でもあった。それにもかかわらず、国会決議にもとづいてこれを一律に「人の死」と法的に規定することになれば、当然のことながらこれに反対した多くの人々の思想信条を圧殺することになるばかりか、現行法の根本精神をも根本から覆すことになる。これまでの合意のプロセスを踏まえないこうしたやり方では多くの国民の納得と信頼を獲得することはとうていできず、我が国の移植医療にたいする国民のただでさえ低い信頼をとうてい高めるどころか、かえって逆に多くの不信を増大させて、法改正が意図するところとは逆の結果を生むことになるであろう。民主国家において必要なのは、民主的な手続きであるにもかかわらず、こうした手続きを踏んだとはいえないことになろう。いうまでもなく、民主的とは少数派または反対派の意見の

尊重をその精神のうちに含むからである。

さらに、脳死を一律に「人の死」と規定することにもなって、医療現場では現実的で切実な諸問題が噴出して来る可能性が生ずる。脳死を法的に「人の死」と定めることで、医療現場では、脳死を宣告された死体にすぎない患者にたいして社会的コストのかかる無駄な治療の打ち切りという追い打ちがかけられる可能性があることは明白である。厚生省の脳死にかんする研究班が脳死基準作成のために全国の病院から収集した症例では、まだ脳死基準が策定される以前の段階であるにもかかわらず、医師が臨床的に脳死と判断した時点で継続治療を中止または放棄した例が多いことが判明している。脳死の現場では、家族または遺族が、最愛の人を失ったという悲劇と、万が一にも生きていてほしいと一縷の望みを託しながらなおかつ現実の死を受け入れなければならない葛藤という心理的状况のなかで、家族にとっては残酷な処置がさらに追い打ちをかけないという保証は存在しない。医学的理由からだけではなくて心情的な側面からも脳死を「人の死」と認めたくない、あるいは認めようとはしない人々も、そのような信条のもとでさらに治療を継続したり、十分な時間をかけて患者を看取するという権利を奪われることになるであろう。

河野・福島案では、法改正案の条文やウェブサイト「太郎の主張」には記述されておらず、必ずしも周知のものとはなっていないもうひとつの重大な問題が検討されているようであるが、それは臓器提供にかかわる場合もかかわらない場合も、医師が等しく脳死判定と死亡宣告を行うことを認めるかどうかにかかわる問題である。新聞報道によれば、斎藤案の主張者である斎藤鉄夫衆議院議員は、次のように述べて河野・福島案を批判している。「河野議員らの法案では、臓器提供にかかわる脳死判定の場合、本人や家族が拒否できる。しかし提供と関係ない脳死判定・死亡宣告について家族の拒否権は記されていない。脳死を人の死と認めない人々への配慮になっていないのではないか。」⁽⁷⁴⁾ どうやら河野議員らは水面下では、治療現場の医師がすべての患者にたいしていわゆる臨床的な脳死の段階で脳死判定を行うようにし、その後の臓器提供にかかわる法的脳死の場合、臓器提供する意思のない人とその家族がこの法的脳死を拒否できるようにするというような案を検討しているようである。もしもこれが事実だとすれば、臨床的脳死の段階ですべての患者に脳死が宣告されて、誰もこれを拒否できない、言い換えれば、臓器提供にかかわらない場合にも脳死判定と死亡宣告が一律に行われるということになるし、臨床的脳死と法的脳死の境界がきわめて曖昧なものとなる可能性があつて、とうてい承服できる内容の案とはいえない。この点についても今後の議論の帰趨を見逃すことはできないであろう。

(4) 臓器提供にかかわる自己決定権、本人と家族の同意という原則の否定

河野・福島案の第六条一項の続きはこうである。

「一、死亡した者が生存中に当該臓器を移植術に使用される為に提供する意思を書面により表

示している場合であって、その旨の告知を受けた遺族が当該臓器の摘出を拒まないとき又は遺族がいないとき。

二、死亡した者が生存中に当該臓器を移植術に使用される為に提供する意思を書面により表示している場合及び当該意思がないことを表示している場合以外の場合であって、遺族が当該臓器の摘出について書面により承諾しているとき。」

つまり、脳死者が臓器提供意思表示カードその他によって臓器提供を意思表示していて、しかも遺族がこれを拒まないという場合については現行通りである。しかし河野・福島案は、臓器提供意思表示カードその他に「当該意思がないことを表示している場合」を設けて、臓器提供にノーと言う拒否権を保証する一方では、臓器提供に積極的にイエスまたはノーの意思表示をしていない場合は、遺族が書面により承諾すれば脳死者から臓器を提供できる方式に改めようということを意図している。しかし、臓器提供にかんしてイエスまたはノーの意思表示を行う人の場合は自己決定権と本人意思が尊重されるにしても、意思表示していない人は遺族の承諾だけで臓器提供できるとするのはあまりにも問題が大き過ぎることになる。

われわれはここで、臓器提供に関して意思表示しない、または意思表示できない人々がどのような人々であるかを考えなければならない。おそらく意思表示しない人々のうちで最も割合が多いと考えられるのは、イエスカノーか分からない、臓器提供にかんして判断できず、態度を保留するという人々か、あるいはこの問題にかんして関心が薄いかまたはない人々、さらにはこの問題について知ろうとしない人々であろう。われわれ一般国民は、学校で脳死・臓器移植の問題を学習するような場が保証されているわけではないし、現在では郵便局を初めいたるところに置かれている臓器提供意思表示カードにも、そしてこのカードに記入するさいにもまったく脳死・臓器移植にかんする説明を与えられず、要するにこの問題にかんする国民的な規模でのインフォームド・コンセントが不在という状況のもとに置かれている以上、圧倒的多数の人々がこの問題にかんしては不明か態度保留のいずれかにならざるをえないというのが現状であろう。そうすると、河野・福島案はこうした脳死・臓器移植に自己決定権を行使しうるほど知識と情報を所有していない多くの人々の知識と情報の不在や無知に付け込むことで、ドナーの拡大を図ろうとするきわめて欺瞞的な改正案だということにならざるをえない。

さらに意思表示することができない多数の人々がいることを忘れてはならない。例えば、自らの意思を表明することができないほど年少の乳幼児とこの問題にかんして判断しうる年齢に達していない児童である。この乳幼児と児童の問題はすぐ後に論ずることにして、そのほかにも重度の知的障害者がこれに該当するし、認知症や重症の精神病患者、植物状態の患者もこれに該当するであろう。河野・福島案では、保護を必要とせざるをえないこれらの社会的弱者が、自らのハンディキャップのゆえに、臓器移植のターゲットにされる可能性があることを否定しえないのである。実際に我が国でも、例えば1996年に沖縄県立那覇病院で、クモ膜下出血の62歳の男性患者の家族ができる限りの延命治療をしてほしいと医師に要望し、臓器移植には反対

の意思表示をしていたにもかかわらず、医師が「障害をもって生きることが必ずしも幸せとは限らない。本人のためにも早く楽にさせてあげましょう」と述べて、人工呼吸器の換気量を徐々に減らして心停止した後、腎臓を摘出するという事件があり、家族が3人の医師を殺人罪で告発した⁽⁷⁵⁾。この男性患者は慢性の精神病患者であった。臓器移植における障害者差別は、この事例に典型的に現れているのだが、こうした差別を防止する手立てを何ら考慮することがない河野・福島案は、この面からも認められるべきではないであろう。自己決定権と本人と家族の意思表示という現行臓器移植法の基本をとっぴらってしまうと、付随してこうした諸問題が必然的に発生するのであって、河野・福島案といえどもこのことを知らないはずはないのである。

さらに河野・福島案では、臓器提供の諾否が不明の場合には、脳死者の近親の家族に臓器提供の諾否が委ねられるのであるが、その場合には最愛の人を無くしつつあるまたは無くした家族に臓器提供の諾否を決定するという責任が負わされることになる。悲しみの淵に沈んでいる家族にこうした選択の責任を負わせることは、家族の心情にも反する場合があります、したがって人間的な医療の精神に反するものである。かつて和田心臓移植事件ではドナーとなった患者の家族が7時間にもわたって医師から執拗な説得を受けて結局はこれに負けてしまうという事例があったが、我が国の医療界に依然としてパターンリズムが根強くはびこる状況のなかで、医学と医療には素人の家族と専門家である医師との間には最初から上下関係が存在するなかで、諾否を委ねられた家族が自発的な意思を発揮できずに医師によって臓器提供へと誘導されたり、陰に陽にさまざまなかたちで圧力をかけられたりするという事態が生じかねない。そもそも重要な看取りの時に家族に臓器提供の決断を迫るということ自体が、家族にとってはきわめて困難であるとともに、重く辛い選択を迫られることになり、こうしたかたちでは、肉親の臓器提供に応じた多くの家族が身をもって体験したように⁽⁷⁶⁾、おそらくはいずれの道を選択しても家族はさまざまな意味でたえず悔いを残し続けることになるであろう。こうした選択はそれほどまでに非人間的な事態を生むことになるのである。

アメリカでも、脳死判定をへたうえでの臓器提供者は頭打ちの状態がずっと続いていることが報告されている。その理由として、アメリカでは臓器提供の意思が不明の場合、家族に故人の臓器提供の意思があったかどうかを推し測る、いわゆる忖度（そんたく）制度が一般的であるが、アメリカ国民にとっても、最愛の人の脳死に遭遇するという限界状況のなかで、自分で自分の臓器提供の意思表示をするよりも、脳死者の臓器提供の意思を忖度して諾否を選択することの方がはるかに困難であって、このことが臓器提供者の頭打ちという状況を作りだしていると考えられる。たとえ仮に河野・福島案が国会で採択されて施行されたとしても、我が国の脳死・臓器移植にたいする国民の意識と感情から見て、一時的に臓器提供者を増加させることがあったとしても、いずれアメリカと同じような頭打ちまたは行き詰まりの状況を迎えるに相違ないであろう。したがって、単純にアメリカ型の移植医療を見習い、これに追いつけばいいということにはならないのである。

さらに、一般的に言って、本人の意思確認の手段として書面による意思表示がある場合はほとんど問題がないとしても、本人意思がないかまたは分からないという場合の確認はきわめて困難であり、さまざまな問題を含むことが想定される。次のような場合が容易に想定されよう。たまたま臓器提供意思表示にノーと記したカードをうっかり持たずに外出して、交通事故に会い、脳死状態になった人がいて、家族がこのカードをさがしても見つからず、生前臓器提供が家族の間で話題にならなかった場合、この患者の臓器提供は家族の意思に任されて、本人の意思に反して臓器提供がなされる可能性が大いにある。その場合、この人はノーという本人意思を結果として尊重されなかったことになるであろう。ましてこのカードが悪意によって捨てられたり、第三者によって存在しないことにされる可能性も決してないとはいえず、実際には具体的な場面ではいろいろなことが起きうることが想定されなくてはならない。イエスの意思表示に比べて、ノーの意思表示はそれほどまでに危ういのであって、ドナーの確保・拡大を至上命令とする河野・福島案にはこうした危うさを防止するための視点がまったく欠落している。

本論文の冒頭で、自発的な意思にもとづいて自らの臓器を見も知らぬ不特定の他人に贈与するというのは、互惠的利他主義や社会の相互性をも超えた、新しい未来社会を指し示す善行であると評価する見解を引用した。しかし、自己決定権や本人の意思表示に立脚した現行法が改正されて、イエスまたはノーと言わない人々には家族の意思で臓器提供が可能とする法改正が採択されることになれば、臓器提供はもはや上記のようなかたちで無条件に善行だと見るわけにはいなくなるであろう。それは、もはや自らの意思にもとづいて自らが所有する臓器を無条件に提供するというのではなくなくなるばかりか、患者本人の意思を代行することでもなくなってしまい、患者本人の所有物である臓器の提供を、本人の意思表示がないことを理由に、所有者以外の者が決定するという所有権の侵害を含む行為であると解釈できるからである。他者の生命と所有物の尊重という民主主義の精神は、たとえ患者本人が脳死状態にあっても尊重されねばならないのであって、この精神からすれば、臓器提供にかんする本人意思の積極的な表示がある場合以外は、臓器提供する意思がないものとして扱うという態度が必然的に帰結する。したがって、臓器移植が真に「新しい未来社会を指し示す善行」たりうるためには、本人の自己決定権と本人意思という原則のうえに立つ現行臓器移植法の原則は最低限のモラルであり、これを維持することが不可欠の前提である。もしも河野・福島案がそのままのかたちで可決されることになれば、この最低限のモラルと基本前提が崩壊することは必定であり、その後によってくるものは無制限の人体部品ビジネス社会でないという保証はまったく存在しないのである。

(5) 臓器移植の年齢制限の撤廃と小児の臓器移植の問題

すでに述べたように、現行臓器移植法の施行直後から開始された小児の脳死・臓器移植に向かうさまざまな動きがあり、この問題にかんして慎重姿勢を取っていた日本小児科学会は、こ

これらの動きに押されるかたちで2003年6月23日に、現行法では容認されていない15歳未満の小児からの脳死・臓器移植を、ひとつの条件づきで「治療法のひとつとして容認する」とする声明を発表した。その場合の条件とは、「子供の人権」を擁護するための環境整備を行うということであった。こうした声明の背景には、現行法の移植年齢制限のために年間7～8人の小児が海外で臓器移植を受けざるをえないという現実がある。ともかくも、小児科学会が小児脳死移植を条件付きではあれ容認に向けて動き出したことは、我が国における小児脳死移植実施に向けての流れを加速しつつある（資料3を参照のこと）。

これまでに提起された主要な法改正案は、細部の相違はあっても、現行法の年齢制限を何らかのかたちで緩和する内容をもっている。小児脳死移植臓器提供の意思表示がない、またはできない場合には家族の承諾のみで移植可能とする河野・福島案は、年齢制限なしの小児の臓器移植を可能にするという内容を必然的に含んでいる。すでに見たとおり、町野案も日本移植者協議会案も臓器提供の年齢に下限なしとする案を提示していた。しかしインターネット情報によれば、さすがの河野氏も旧厚生省研究班の小児臓器移植にかんする基準の存在を無視しえず、厚生労働省と衆議院法

制局と協議したうえで、この基準に合わせて、小児脳死・臓器移植に年齢制限を設け、脳死判定可能な生後12週（3カ月）以上を移植可能とする案をまとめたようである。これに対して、斎藤案は臓器提供の年齢制限を12歳としており、また森岡・杉本両氏による改正案は、15歳以上の成人については本人と家族の同意という現行法を守りながら、15歳未満については本人と親権者とし、かつその年齢制限の下限を12歳以上と6歳以上とのふたつの案を提示していた。そのほかに西森豊氏の通称「てるてる案」では、成人の場合は本人の意思のみ、未成年は本人と親権者の同意を条件としながらも、臓器提供の下限を3歳としている。

小児の臓器移植にかんして結論を先に言っておけば、私自身は現時点においては生後3カ月以上とする河野・福島案に対しても、本人意思

小児脳死移植を容認

小児科 人権保護前提に

日本小児科学会は23日、臓器移植法では認められていない15歳未満の子どもの脳死臓器移植について、子供の人権を守るための環境整備を前提に、「治療法の一つとして容認する」との提言を発表した。自民党など準備が進む今後の法改正論議への反映を求めている。

現行法では、臓器提供に関する本人の意思を前面で示している必要があり、民法上で遺言の有効性が認められない15歳未満は意思表示が無効とされ、臓器提供ができない。一方、とくに心臓は

体の大きさにあつたものを移植すればならず、現行法では、体重の軽い子どもからの脳死臓器移植もへの移植が事実上、不可能となっている。

このため提言は、毎年7～8人の子どもが海外で心臓移植を受けている実情を踏まえ、「厳密に受ける教育の拡充」虐待

け止めているとし、小児科移植を「治療法の一つ」として認めた。その上で、実施の前提として臓器移植への子ども本人の意思を必ず「チャイルド・ドナーカード」の導入②子どもへの死に

案のたまたま作る準備を進めている。同学会内には法改正への慎重意見もあり、これまで態度を明確にしていなかった。

会見した同学会小児脳死臓器移植検討委員会委員長の谷澤隆邦・兵庫医科大学教授は、小児科医を対象にした聞き取り調査の一つでは、子どもの頭部外傷の10～40％に虐待の可能性があるとされたことなどを挙げ、法改正のたまたま作りでも「虐待児からの臓器提供を防ぐ対策をぜひ盛り込んでほしい」と強調した。

資料3 朝日新聞 2003年6月24日

の規定を12歳または6歳以上とする斎藤案に対しても、さらには3歳以上とするてるてる案にも、いずれにも懐疑的である。小児移植を真に国民的合意のもとで実現するためには、小児脳死の判定基準の当否の問題を初めとして多くの未解決で困難な諸問題が立ちはだかつており、これらの諸問題にかんして小児科医や小児脳神経学者の間でもいまだに見解の一致が得られていないからである。そして、ドナーとなる子供の人命や人権の尊重・保護のための環境整備がまだ我が国ではほとんどなされていない現状を考慮すれば、いやがうえにも慎重にならざるをえないからである。厚生労働省の肝煎りではなくて、例えば日本小児科学会や日本小児神経学会などに所属する小児科学研究者や小児科医が小児脳死判定基準のためのプロジェクトを作り、集団の英知を結集して広く調査と研究を行って、医学的に見てしっかりとした基準を策定し、そのうえでともすれば社会的弱者になりかねない小児の生命と人権の保護のための対策と環境整備を検討するという作業がなされることが前提条件とならなければならない。私が小児脳死移植にかんして成人の場合以上に慎重にならざるをえない主要な理由は以下のとおりである。

まず第一に、小児脳死の判定基準の策定にいたるプロセスとその策定の仕方からして、現行の竹内基準を策定した時と同様の、あるいは小児の脳死判定の困難さを考慮すれば、それ以上の問題点を指摘せざるをえない。周知のように、厚生省の脳死研究班は「小児は成人に比べて脳の回復力が早いこと」を理由にして、6歳未満を脳死判定から除外したのであるが、1998年に同じ竹内一夫氏を班長とする厚生省小児脳死の研究班が、その暫定案においてほぼ現行の成人の脳死基準を踏襲しながら、2回の法的脳死の判定時間にかんしてだけ、1) 生後28日以内の新生児が48時間、2) 1歳未満の乳児が24時間、3) 1歳から6歳までの小児が12時間という時間間隔を定めたが、そのように定めた医学的理由がまったく提示されないままであった。そして、すでに掲げたようにこの暫定案を、6歳未満の幼児について、1) 3カ月未満の者を脳死判定から除外し、臓器移植の対象としない、2) 2度の脳死判定の間隔時間を一律に24時間以上とする、3) 脳死判定の5つの項目は現行どおりとするという最終案に変更した時も、その変更の医学的理由についてまたしてもまったく明らかにされないままであった。小児脳死の問題にかんしては、例えば小児科学会に所属する小児科医、とくに小児脳神経学の研究者たちが叡知を結集してまず医学的に小児脳死の判定基準に参画すべきであったのに、現行脳死基準策定の時と同様に、小児脳死基準にかんしても医学的根拠不在の政治的決着が繰り返されたというほかないのである。

第二に、厚生省小児脳死の研究班が上記の暫定基準のもとに集めたのはわずか11の有効症例にすぎず、これ以降も基準を十分に満たす有効症例は20数例しか集められてはいなかった。ただでさえ困難な小児の脳死判定という、彼らの命にかかわる重要事項であるにもかかわらず、これだけわずかな症例だけで小児脳死判定基準を策定するとは信じがたいことである。つまり、この小児脳死判定基準は統計学的に見て十分な症例を調査しておらず、したがってとうてい十分な科学性・合理性を満たしているとはいえないものである。小児の脳死判定の基準は、厚生

労働省とは別個に、例えば小児科学会または小児神経学会などが音頭を取って全国的なレベルで広く調査を行い、それにもとづいて深く分析を行ったうえで、医学的に見て十分な根拠にもとづいて小児脳死基準を策定するという手続きが取られない限り、われわれ国民は納得することができない。

第三に、すでに本論文で展開した医学的理由があげられる。シューモンが報告した衝撃的な症例だけではなく、我が国においても前述の奈良の新生児の症例のほかにも、3歳の男児が急性脳症を発病した後に3カ月にわたって脳死状態を続けた例があるし、兵庫医科大学でも生後11カ月の男児が当部に外傷を受けて8日後に成人脳死の基準を満たし、人工呼吸器と点滴だけの栄養補給にもかかわらず、心停止まで326日間生き続け、その間身長が8センチ伸びただけでなく、ホルモンの分泌さえも測定された例が知られている⁽⁷⁷⁾。つまり、小児の場合、急性期を経過すると心拍が停止するのではなく、これとは逆に肝腎機能などの血液学的な異常所見がほとんど一気に正常化して安定するのであり、シューモンの報告を裏書きしている。臨床的方法と経験則にのみ依拠する厚生省の小児脳死の基準は、これらの2例だけですでに使いものにならないことは明白であって、新たなさらに厳密で合理的な改定を要するというのが了解されよう。厚生労働省の小児脳死基準を安易に適用することはきわめて危険である。小児の長期脳死という現実を視野に入れた時に、そもそも小児にかんしてはたして厳密な脳死判定基準が策定しうるかどうかという根本的な問題が残るであろう。ここに小児脳死・臓器移植の根源的な困難がある。しかし、この困難を医学的にクリアしない限り、私には現時点においては、たとえ臓器移植なしには生きられない小児が臓器提供を待ちわびているとしても、小児の臓器移植はあってはならないと思われる。一方の命の救済が他方の命の抹殺を意味するような臓器移植はあってはならないからである。

第四に、以上の医学的な問題点の帰結として、厚生労働省の小児脳死判定基準では、生物学的・医学的に見て生きている小児が、生きながら脳死判定をへて臓器移植に回される可能性がきわめて高いと言わなければならない。つまり、ものを言うことができず、意思表示できない小児が移植医療の食い物にされる可能性が高いのであって、とりわけ小児の場合にとくに先鋭に脳死・臓器移植がかかえる根本的な矛盾点が現れざるをえないといえよう。例えば、アメリカでは無脳児症の乳児からの臓器移植がすでに行われており、また現在も繰り返しこの動きが起きているとの報告がある⁽⁷⁸⁾。我が国においても、例えば名古屋大学のように、無脳児症の児童からの臓器移植がすでに実施された例があるが、いまだに関連学会を含めた関係諸機関から問題追及が行われた形跡がなく、野放しにされているというような状況である⁽⁷⁹⁾。小児の脳死・臓器移植に安易に道を開けば、こうした動きはさらに加速されるであろう。しかし、後に紹介するように、水無脳小児として生まれ、中脳から上がほとんど消失して髄液で満たされているだけの小児が寝たきりのまま17歳の現在まで生き続けている男児の例が知られている。彼は、大脳がほぼ消失して有意言語を話すことができないにもかかわらず、他人と父母・兄弟

の区別を目線で知らせるほか、「リンゴとイチゴのどちらが好きか」と問われると大好きなイチゴを目で知らせることができるという⁽⁸⁰⁾。こうした子供を生きたまま臓器移植に回すことは殺人を意味するであろう。こうした重大な障害をもつ子供でさえも生きたいと欲し、必死に生きようとしているのである。この点に目をつぶって安易に障害をもった子供を含む小児の脳死・臓器移植に道を開くことは、医学的に見ても小児の権利問題からしても、とうてい許されることではないであろう。大切なことは、臓器提供者が徹底的な救命治療を受けることができる権利、そして上記のように重大な障害をもちながらも必死に生きている子供たちを含む小児全体の生きる権利を保障することであり、このことが脳死・臓器移植の前提とならなければならない。

第五に、多くの識者が指摘するように、小児の脳死・臓器移植に安易に道を開けば、我が国で今問題となっている児童虐待の問題と関連して、脳死・臓器移植が児童虐待の隠れ蓑となり、下手をすると虐待児童が虐待者によって合法的に脳死・臓器移植に追いやられる可能性が生じかねないという問題がある。日本小児学会で小児科医を対象に行った聞き取り調査では、子供の頭部外傷の10%から40%に虐待の可能性があるとというショッキングな結果が報告されている。日本小児学会が提言するように、児童虐待が医師によって明確に立証された場合は、これを脳死・臓器移植の除外例とするなどの法的な歯止めが必要であり、そのための法整備がぜひとも必要である⁽⁸¹⁾。

第六に、臓器移植法のガイドラインで臓器摘出の年齢を15歳以上としていることの根拠は、我が国の民法で民法上の遺言ができる年齢を15歳以上と規定していることにあり、民法の規定との整合性という法的根拠にもとづいている。これに比べて斎藤案は、臓器提供の年齢制限を12歳としているが、その根拠が必ずしも明確ではないという問題点が含まれている。斎藤案のように「12歳の子は小学校教育をほぼ終え、自己決定をする基礎的な力がついている」とするだけでは、法的な根拠と論理的な説得力に乏しいと言わざるをえない。現行の臓器移植法が、臓器提供を本人の自由な意思表示にもとづき、本人と家族の同意を条件としている以上、意思表示と責任能力の年齢限界を設定せざるをえないのであって、これを現行の15歳から12歳に引き下げようという場合、現在の民法の規定とその精神を変更するに足るだけの説得力ある法的根拠の展開が必要であろう。

この点では、森岡・杉本案も同様である。森岡・杉本案は、小児移植の年齢制限を現行の15歳以上から12歳または6歳以上の二通りの案で引き下げようとするが、そのさいに根拠とするのは「子どもの権利条約」第12条と第13条である。そこではこう書かれている。「第12条（意見表明権）自己の意見をまとめる能力のある子どもに対して、その子どもに影響を与えるすべての事柄について自由に自己の意見を表明する権利を保障し、かつ子どもの意見はその年齢及び成熟度に従い、適正に重視されなければならない。」「第13条（表現・情報の自由）子どもは表現の自由の権利を有する。」これらにもとづいて、例えば杉本健郎氏は「子どもにはあらゆる

る点で成人と同じ権利があることは明らかである。一八歳未満、一五歳未満だからといって、親の意見で子どもの人生の最後の場を決めるのは承服しかねる。『子どもだから』と言って切り捨てるのではなく、できるかぎり子どもたちの意見に耳を貸す努力をし、子どもたちの意見を取り入れたシステムにすべきである。」子供の意見表明の権利を保障し、彼らの意見を取り入れることは当然の義務である。しかし、だからといって、彼らに選挙権が認められるわけではないのと同様に、脳死・臓器移植にかんしても責任能力が認められるわけでもない。意見を表明する権利をもつことと、自らの命と引き換えに臓器を提供することとは、まったく次元の違う話であって、両者を混同することは許されはしない。子供の権利を真に考えるという立場からすれば、脳死しかけている小児を脳死から守る、医学的・生物学的にまだ生きている小児脳死患者を安易に臓器提供させない、長期脳死の小児を死者として治療停止するのではなくてあくまでも生きた患者として介護し続けるということを真に保証する道を選択すべきであろう。小児臓器移植の問題を考える時にわれわれが目しなければならないのは、「子どもの権利条約」第12条と第13条ではなくて、第6条、すなわち「(生命に対する権利および生存・発達の確保) 子どもの生存および発達をできるかぎり最大限確保しなければならない」という条文であろう。したがって、森岡・杉本案は町野案にたいするきわめて正当な論点を提示しながら、他方では子供の意見表明権を過大に重視するあまり自己矛盾に陥ってしまい、その結果として小児の臓器移植に安易に道を開くという方向に手を貸してしまっているように思われる。以上に述べた意味で、私は日本小児科学会が、子供本人が臓器提供に意思表示する「チャイルド・ドナーカード」を導入することを提言していることに対しては、現時点では懐疑的にならざるをえないのである。

(6) 親族への臓器の優先的提供

新聞報道によれば、すでに2001年7月に東京都聖路加病院で脳死と判定された60代の男性患者から摘出された腎臓が、患者本人の生前の希望でこの男性の親族に移植されたが、仲介にあたった日本臓器移植ネットワークは、厚生労働省との間で事前協議を行ったうえで、移植ネットに登録されている希望者の優先順位による選択のシステムを通さずに、この男性の意思を尊重して移植を行ったという⁽⁸²⁾。この事例について同ネットワークの理事は「腎臓は心停止後、本人の希望により親族に移植されることはよくあり、一般論として、脳死の場合も親族に提供しても問題はない」と語り、厚生労働省の臓器移植対策室長も臓器提供にかんする本人意思と移植の「公平性」との間のバランスを事例に応じて個別に判断するとし、生前の意思が確認できているので問題ないと語ったと報道されている(資料4を参照のこと)⁽⁸³⁾。この男性の親族は移植ネットに登録されておらず、また臓器提供の意思表示カードには親族への臓器提供については書かれていなかったという。

この事例は明らかに、臓器提供の圧倒的不足という状況下で、臓器移植が一部の者のために

不公平に行われることがないように「移植機会の公平性の確保」を原則として掲げた脳死臨調以来、我が国の臓器移植法の基本理念となってきた「移植の公平性」の精神に背くものである。われわれとしては、現行法に責任をもち、その精神を遵守する立場にあるはずの厚生労働省が親族への腎臓提供を移植ネットとの事前協議で容認したことに、またしても憤りを禁じえない。この措置はおそらく、臓器移植法の改正を見越してそのひとつの方向を既成事実化して後戻りできないようにしようという目論みのもとに行われたに相違ない。このことはその後、2002年3月に厚生労働省が生前に書面で意思を示せば親族に臓器提供することを認めるという指針を発表したこと、2003年10月に日本移植学会がそれまで親族以外に提供を認めていなかった生体移植の制限を緩和して第三者提供を認めるように倫理指針を改定したこと、2004年に自民党の脳死・生命倫理及び臓器移植調査会が臓器移植法の改正案をまとめたさいに、家族の承諾があれば臓器提供可能とすることを含むいくつかの要点になかに「親族への臓器の優先提供」を盛り込んだことなどの一連の動きによって裏書きされている。こうして、きちんと明文化すべきことを明文化せずにあいまいなままにしておき、そこへ既成事実を積み上げて、それまでの基本理念や精神を投げ捨てて、なし崩し的に政策を変更するというやり方で、生体肝移植の緩和と脳死・臓器移植の緩和というふたつの方向から「親族への臓器の優先提供」が準備されて来たといわざるをえない。河野・福島案はこれらの先行する動きによって準備されてきたことを代弁しているにすぎないであろう。

河野・福島案の背景となっているのは、この案の主張者である河野太郎衆議院議員が、父親であり現在衆議院議員議長を務める河野洋平氏に生体肝移植をして自らの身体を危険にさらすという経験をもち、しかも生体的提供者のなかから死者が出たという状況を踏まえて、生きているドナーにメスを入れて負担を与える生体肝移植よりは脳死・臓器移植を増やすことで移植待機者に応えようということであろう。しかし、この論理にはいくつもの不合理な点がある。まずなぜ現行法ではいけないのか、現行法のどこに問題があってなぜそう変えるのかにかんする合理的な説明がなされていない。そして、親族に優先提供しなければならないのかにかんしてもその根拠が提示されていない。親族にたいする心情というだけでは説明と根拠にはなりえないであろう。またこの論理は、生体肝移植が普通一人の人の命と引き換えに行われるものではないのに、脳死・臓器移植はすべて「人の死」に媒

親族への脳死臓器提供

厚生労働省、基準作りへ

東京都中央区の聖路加国際病院で脳死判定を受けた60代男性の腎臓が、

生前の意思により2人の親族に特定して提供できる「特例扱い」をできる

「基準を明文化する作業に

入ることを決めた。臓器別の基準や親族の範囲限定、生前の意思確認方法など具体的なルールの方針を決定する。基準づくりは、厚生科学審議会の臓器移植委員会（黒川清委員長）で議論する方針だ。

これに関連して同省の近藤純五郎事務次官は同日、一人（臓器提供者）の意思を尊重するという観点から、明確な意思が表明されれば、「明確にルールを示しておかないと、不公平、不透明な移植医療になりかねない」と述べた。

資料4 朝日新聞 2001年7月6日

介されなければならないという点で、両者の重みがまったく異なるという最も重要なことを忘れてはならない。それは、言い換えれば、これまで親族間で行われていた生体肝移植の論理を脳死・臓器移植にまで拡大適用しようとする試みであるから、「人の死」に決定的に媒介される脳死・臓器移植を基本的に「人の死」に媒介されない生体肝移植のレベルに引き下げるものである。腎臓移植にしても、心停止を待つて行うことができるのであるから、心停止してからでは不可能な心臓移植と同一視することは許されるはずがない。こうした論理の中核にあるものは、要するに「人の死」の決定的な軽視である。これは、「人の死」によって媒介される脳死・臓器移植を「献血と同じ社会運動です」⁽⁸⁴⁾というのとまったく同じ「人の死」の軽視である。この最も重要な点が欠落しているからこそ、すべての人に脳死判定を義務づけ、臓器移植にノーの意思を表明しない人をすべて臓器移植の対象にするという内容の河野氏の法改正案が登場しうるのである。

たしかに現行臓器移植法のなかには生体肝移植の規定はないが、それは脳死・臓器移植と生体肝移植の医学的な次元が異なるからであって、ここには合理的な理由がある。一部の論者が言うように、現行臓器移植法のなかに生体肝移植の規定がないことをもって現行臓器移植法の欠陥をあげつらい、もしもこれを生体肝移植に傾斜する方向で改正するとすれば、それは次元と論理の混同でしかない。もしも「親族への優先的な臓器提供」にかかわってこのような次元と論理とを混同したまま法改正が行われるとすれば、現行法が立脚している、脳死・臓器移植におけるドナーとレシピエントの双方における「匿名性」、そして、そのうえでただでさえ少ない提供臓器を医学的に見て必要度の高い順位にしたがって分配する「公平性」という大原則の根底をくつがえす法改正となることは明白である。「匿名性」と「公平性」こそ、さまざまな問題点を含みながらも移植推進側と反対側の双方の最小許容範囲として成立しえた現行臓器移植法の核心部分であり、これらがあったからこそ現行法はたとえ不十分ではあっても成立しえたのであるが、この核心部分をなす基本理念がまったく消し去られることになれば、現行法が成立したプロセスとこのプロセスのうえに形成された社会的合意をもきわめて安易に消し去ることになろう。そして、脳死・臓器移植は「人の死」によって媒介されるからこそ、もしも脳死・臓器移植が「親族への優先的な臓器提供」の場となれば、親族の死に伴って生ずる遺言や遺産相続の問題とも関係して、小児脳死移植と児童虐待とのかかわりに類するような、さまざまな利害関係が衝突しあう醜い争いの場となる可能性が生ずるであろう。そうすると、ここでまたしても、脳死・臓器移植が「未来社会を指し示す善行」としての内実を完全に喪失する可能性が生ずるであろう。したがって、現行臓器移植法が掲げる理念の最良の部分を消し去るべきではなくて、むしろ反対にこれを継承したうえでさらに充実発展させていくことの方がはるかに得策といえよう。

(7) 臓器提供にかんする意思の有無を記載することの義務化

河野・福島案は、「普及・啓発に係る事項」として、次の規定を設けている。「国及び地方公共団体は、国民があらゆる機会を通じて移植医療に対する理解を深めることができるよう、臓器を移植術に使用されるために提供する意思を運転免許証及び医療保険の被保険者証等に記載することができることとする。」この規定に言う「運転免許証及び医療保険の被保険者証等」への臓器提供意思表示の記載がはたして、現行の臓器提供意思表示カードに代わるものとして提起されているのか、それともこれを補うものとして提起されているのかは、案文だけでは読み取ることができない。しかし、「運転免許証及び医療保険の被保険者証等」に記載することができる主体は「国及び地方公共団体」となっているから、もしこうした法改正が実現することになれば、臓器提供にかんする意思の有無をこれらの書類に記載することが義務化されることは必至である。これは、言うまでもなく、現行法がよって立つ、臓器提供する意思のある人が自らの自発的な意思にもとづいて臓器提供を表示する方式とはまったく異なる、臓器提供意思表示の事実上の強制となる可能性がある。このことは、脳死を一律に「人の死」と規定して、これに対する反対意見があるにもかかわらずこれを無視して国民に脳死＝「人の死」を強制することに加えて、もうひとつの強制を国民に強いる法改正にほかならず、さらにまた臓器提供の意思が不明な人またはこの問題について結論をもっていない人を含めて臓器提供の対象とするという法改正と結びついて、多くの問題点を相乗作用的に孕んでいる。

すでに述べたように、国民の生命と死にかかわる重要事項であるはずの脳死・臓器移植の問題にたいして国民的な規模での論議を喚起することなく、信じがたいほどの短期間に国会において決議された現行法の決定的な弱点は、こうした成立の経緯にふさわしく、この重要事項にたいする国民的なインフォームド・コンセントをほとんど欠落していることであり、このことが臓器提供者をごく少数にとどめている一因をなしている。だとすれば、脳死・臓器移植の必要性や実態、実際に事例などを広く国民に周知して臓器提供者を広く求めなければならないことになるが、臓器提供意思の有無の記載を義務化することは、何度も言うように、こうした国民的な規模での普及・啓蒙・教育・情報の共有化という本来あるべき方向とはまったく逆方向で、こうした国民的なインフォームド・コンセントを欠落させたまま、言い換えれば国民を無知と聾聵に置いたまま、いやむしろこれを利用して、臓器提供者を無理やりにでも増やそうという、きわめて拙劣で、国民の情報の不在と無知とに付け込む、きわめて狡猾なやり方と言わなければならない。

インフォームド・コンセントに関連して言えば、現行の臓器提供意思表示カード方式にもきわめて大きな問題があるが、その最大のひとつは、この臓器提供意思表示カードに記入を行うさいに、脳死と臓器移植の基本にかんする十分な説明とそのうえでの同意、すなわちインフォームド・コンセントが制度化されていないということである。つまり、臓器提供がなければ生きていけない他人のために自らの臓器をまったくの善意で提供しようと善意の持ち主が、脳死・

臓器移植の実際と実態を知らないままに、その善意のゆえに、意地悪く言えば、臓器提供意思表示カードに署名・記入しているがために重篤な事態に陥った場合に十分な蘇生治療を施すことを放棄されて、場合によっては生物学的には生きのまま臓器を摘出される可能性があるということを知られずに、臓器提供に同意してしまうというゆゆしき問題である。そして、この臓器提供意思表示カードに丸をつけたり、署名したりする現行のやり方も、例えば本人以外の人が後で丸を書き込んでもわからないということを初め、いくつもの不確実性をそなえている。臓器提供者の生死にかかわる意思表示の仕方としてはあまりにも軽々しいと言うべきであろう。望ましいのは、紛失したり携行し忘れたりしやすいカードや運転免許証・健康保険証に記入する方式ではなくて、移植コーディネーターまたは移植医療関係者による十分な説明と同意を義務づけたうえで、臓器提供の意思表示を、移植コーディネーターまたは弁護士などの法的諸機関へと正式に登録するという、法的に有効で慎重な登録方式が採用されるべきであろう。したがって、改正されるべきは以上に述べたような現行方式の欠陥でなければならず、義務化されるべきは意思表示にさいしてのインフォームド・コンセントでなければならない。

この点では、西森豊氏が「脳死否定論に基づく臓器移植改正案について」（いわゆる「てるてる案」）で展開されている方式は、そのままのかたちではやや煩瑣ではあるが、将来の方向として検討に値する部分を含んでいると思う。西森氏は、脳死・臓器移植を積極的または消極的な治療またはその放棄などと並ぶ末期医療のなかで統一的にとらえようとする視点から、脳死・臓器移植を末期医療の選択形態のうちのひとつと見なして、末期医療選択カード、臓器提供意思表示カード、チェックカード、臓器提供意思登録カードの四段階の登録方式を提起している。末期医療選択カードとは、脳死後から心臓停止までの間に積極的または消極的な治療を受けるか、集中治療室での治療を受けるか、脳死状態のまま臓器提供するか、それとも心臓停止後に臓器提供するか、またはまったく臓器定期用をしないかにかかわって意思表示するものであり、臓器提供意思表示カードとは、脳死状態と心臓停止とに分けて提供する臓器の種類を記入するものである。チェックカードとは、臓器提供の意思のある人に脳死後の最低限の知識を確認するもので、脳死と心臓死との違い、脳死と植物状態との違い、脳死判定のミスなどについて、臓器提供の意思のある人が十分な知識をもっていない場合には、臓器提供を不可とする内容を含んでいる。西森案は、脳死判定にかんしては本人や家族の承諾なしに実施可したり、臓器提供の承諾については成人は本人のみ、未成年は本人と親、臓器提供の年齢制限を3歳以上とするなど、本論文とは立場を異にする部分も多いが、臓器提供意思表示カードや臓器提供意思登録カードを持たない人、これらを持っているが何も記入していない人からは臓器を摘出してはならないとするなど、本論文と共通の主張もある。同氏は、臓器提供意思表示カードと臓器提供意思登録カードの重複など、気になる部分はあるものの、チェックカードによってインフォームド・コンセントを徹底しようと試みたり、脳死・臓器移植に必要な知識をもたない人々からの臓器移植を排除しようとする点では、検討に値する問題提起を行っているとい

えよう。同氏の論旨からは、臓器提供意思の有無を記載することの義務化や強制には反対の姿勢を読み取ることができるのはもちろんである⁽⁸⁶⁾。

(8) 脳死者に保険ははたして適用されるのか？

脳死を法的に一律に「人の死」と規定することによって脳死患者とその家族に差し迫る現実的な問題のひとつは、脳死者に保険ははたして適用されるのかという切実な問題である。脳死を法的に「人の死」と規定すれば、脳死者は死者にほかならないから、遺族の意志にかかわらず、当然ながら社会的費用のかかる治療は放棄されることとなり、遺族によっては、脳死を人の死と認めず、心臓死にいたるまで治療を継続してほしいというたつての願いがあったとしても、これは無視してよいことになる。医療の現場では、ここでも脳死を「人の死」とは認めない人々の考え方と患者にたいする治療の継続の願いは切り捨てられて当然ということになる。そして、極端を言えば、脳死者をただちに無理に心臓停止にいたらしめても殺人罪に問われることはないのである。

河野・福島案は脳死者にたいする保険の適用にかんして第十一条にこう規定している。「健康保険法…、国民健康保険法…その他政令で定める法律（以下「医療給付関係各法」という。）の規定に基づく医療…の給付に継続して、第六条第三項の脳死体への処置がされた場合には、当分の間、当該処置は当該医療給付関係各法の規定に基づく医療の給付としてされたものとみなす。」要するに、医療保険が適用されている患者が脳死判定を受けてその後臓器移植などの措置が取られる場合には、「当分の間」という限定つきで、脳死後の保険適用は認めるというのである。もちろん、こうした措置は運用の問題として現実的な対処の仕方を示していて、このこと自体に反対するわけではない。われわれとしては、この「当分の間」という限定がついていること、そしてこの「当分の間」がいつまでを意味するのかが不明であることにまたしても不信と疑念をいだかざるをえない。確実に提起されているのは、この限定がいつか将来においてはずされることがありうるということである。

われわれがこの改正案を読むたびにきわめて奇異の感をいだかざるをえないのだが、そのわけはこの規定が論理的不整合を犯したままに放置されていることが明確だからである。すでに何度も言及したように、河野・福島案では脳死は一律に「人の死」であり、これを法改正によって明確に条文化しようとするのが意図されていた。わざわざ「脳死体」などという言葉を作為的に作り上げて、脳死者の身体をあえて「死体」として国民に印象づけようということもこの意図を補強するものであった。しかし、誰の目にも明らかなように、もしも脳死が法律上「人の死」と規定されるとすれば、脳死者は死者にほかならないから、死者にたいしては継続的な治療を行うことは放棄されてよいし、死者を死者として扱うことになる。保険の適用という問題にかんしても、死亡保険以外の保険は生きている者にのみ適用されるから、死者である脳死者にたいして保険を適用することはきわめておかしいことになる。つまりここで、あってはな

らない論理的矛盾が犯されているのである。河野・福島案にいう脳死者にたいする保険の適用は、現実的な措置としては妥当とはいえるが、論理的に見れば、論理的矛盾を犯さざるをえない事態を法的に条文化するという大きな不整合を公然化することになる。この論理的矛盾の根源は、脳死を一律に「人の死」と法的に規定し、脳死者を死者と規定することが無理を含んでいるということに由来することは明らかである。したがって、論理的矛盾というあつてはならない事態を法令に盛り込むべきではないとすれば、そしてそもそも法令が一般にそのうちに論理的矛盾を含んではならないとすれば、やはり脳死を「人の死」とすべきでも、またまだ温かく血色もある脳死者の身体を「死体」として扱うこともすべきではないということになる。

われわれの見解では、脳死者といえども生物学的・医学的にはまだ生きているのだから、こうした論理的矛盾はもちろん、脳死者を死者として扱い、それゆえに医療保険の適用を除外するという方向ではなくて、脳死者は「まだ生きている」という理由にもとづいて医療保険を給付するという方向で解決されねばならない。これが、論理的矛盾の真の解決である。

もしも上記の河野・福島案がそのまま国会を通過することになれば、一国の法律の条文のなかに論理的矛盾が何の躊躇もなく書き記されるということになるから、法令のなかに公にされた論理的矛盾の典型例として、おそらくは、例えば大学の論理学の講義のなかで矛盾律を犯している論理的矛盾にかんする説明を行うさいに、絶好の教材を提供し続けるという名誉を長く担うことにならざるをえないであろう。

おわりに

以上に展開したすべての根拠から、われわれは、今回の臓器移植法改正案のなかでもとりわけ河野・福島案に見られるような改正案は、現行法の問題点と脳死・臓器移植にかんする見解の対立点を解消・解決するものでは決してなくて、むしろ反対に、ただでさえ多くの諸問題をはらんでいる現行臓器移植法の困難・矛盾をいっそう増幅・拡大・激化するものでしかないと結論づけることができる。それは、自己決定権および本人と家族の意思表示を不可欠とする現行臓器移植法の基本精神と成立の経緯を無視するばかりか、我が国でこれまでに行われた脳死・臓器移植の実施事例にかんする十分な検証と反省のうえに立つことなく、またこれらの実施事例にかんする必要な情報も秘匿したままで、脳死と臓器移植にかんする国民の知識不在・無知・無関心に付け込んできわめて欺瞞的に、またきわめて安易な仕方でも臓器提供の機会を増やすことだけを意図しており、現行法が前提とする本人の自発的な意思にもとづく「善意」というような高度の倫理性を真っ向から否定するものである。もしも河野・福島案のような法改正案が修正されることなくそのままのかたちで国会を通過することになれば、その行き着く先はおそらく、例えば蘇生治療を徹底して行えば助かる可能性のある患者を見捨てて、安易な治療打ち切りとずさんな脳死判定によって移植医療の対象者とし、ドナーを生を終えた人間としてではなくて、臓器を提供する医療上の物的資源と見なし、まったきまでに物と化した部品と

しての臓器に移植業者が群がって奪い合いを展開し、これに国家官僚の利害と利権が絡み合っており、臓器移植の市場化と人間の身体の商品化、すなわち物象化をあますところなく完成するという社会状況であろう。こうした道を歩みつつあるアメリカ社会において今その内部からこうした移植医療にたいする反省と見直しが提起されていることを踏まえるならば、アメリカとは社会的通念も文化風習も異なる我が国がこうしたアメリカ型移植医療への道を「いつか来た道」として歩むことは決して得策とはいえないであろう。

今我が国に必要なのは、上記の道とは逆の道である。それは、現在の臓器移植法の精神の枠のなかで、臓器提供にかんする本人の自己決定と自発的な意思を前提としつつ、移植医療の透明性を保障し、患者双方のプライバシーを侵害しない限りでの情報公開を最大限に追求することによって、我が国の移植医療にたいする国民の信頼を獲得することである。そのためにはまず、これまでの移植実施事例の情報公開にもとづく徹底的な検証とそこからの教訓の導出、関係医学会、とりわけ脳神経科学者の総力をあげたいわゆる竹内基準の医学的検証と見直しが急務である。多くの国民が納得できる、しっかりとした医学的根拠に裏付けられた、より良い新しい脳死基準の策定こそ、臓器移植にたいする国民の信頼と関心を高めることのできる最大の方策である。そして、とりわけ小児脳死にかんして、厚生労働省のお仕着せではなくて、またたんなる臨床的な方法に安易に依拠するのでもなくて、当の小児医学者自身が徹底的なデータ収集と討議にもとづいて医学的に国民を納得させる根拠にもとづくしっかりとした基準を作成することがどうしても必要である。そして、患者がたとえ脳死になりかけた段階でも、脳低温療法を含む徹底的な蘇生治療を保障すること、患者がドナーカードを所持していたがために徹底的な蘇生治療を受けられることなく安易に移植医療に回されることのないように保障すること、そのためにはドナーカードの所持者であっても徹底した蘇生治療を受けることのできる権利を明記した患者の権利法またはガイドラインを明確に策定することが不可欠であろう。さらに、レシピエントの優先順位を定めてこれに臓器移植を仲介する移植コーディネーターの側の透明性と情報公開、そして透明性や公平性を維持しうる組織的な諸条件の改革もまた不可欠の条件であろう。また、脳死・臓器移植の実際と実態、その必要性などにかんする普及・啓蒙・教育の諸活動をさまざまなレベルと分野においていっそう説得的に展開することによって地道にドナーを獲得すること、このことがたとえ遠回りのように見えても最も効果的で国民に信頼されるやり方であるに違いない。要するに、移植医療にかぎらず、現在の我が国の医療とこれにかかわる官僚の世界にはびこる密室性・情報非公開性をそのままにして、国家権力を発動することによって自らに都合のいい仕方で脳死・臓器移植を国民に強制するのではなくて、医療側の内部だけでなく、医療側と医療を受ける国民の側が国民的な広がりにおいてお互いに意見や疑問をぶつけあったうえで、最大限に不信や疑惑が生じないような仕方で両者ともに最良の施策とシステムを作り上げる努力を行うことが、脳死・臓器移植にかんする真に国民的な合意にいたる道であるといえよう。今求められているのは、臓器移植改正法案が意図するのはまっ

たく正反対の、こうしたまっとうな道にほかならないであろう。

本論文を終えるにあたり、最後に次の三つの象徴的な事例をあげて、その意味を考えることにしたい。

24歳の日本人女性がハワイで交通事故に遭遇して頭部を強打して、当地の病院に搬送された。彼女には、深昏睡、瞳孔の拡大が見られたほか除脳姿勢をとるなど、まだ脳死状態ではなかったが、これに近い状態にあった。翌日病院側は、知らせを聞いて急遽やってきた彼女の両親にたいしてドナーカードを所持しているかどうかをたずね、翌々日になっても治療費がかさむこと、彼女一人で多くの患者が助かると述べて、臓器移植に応ずるようにと誘導した。しかし、両親は困惑しながらも臓器提供をきっぱりと拒否したところ、彼女にたいしてただちに救命治療が行われ、しかも日本のそれとは比べものにならないほど徹底した蘇生治療が行われた。その結果、彼女は徐々に機能を回復し、その後は完全に社会復帰を果たしたという⁽⁸⁷⁾。この事例は、臓器提供をはっきりと拒否したために命を救われた典型的な例であると言ってよい。

すでにシューモンの論文を紹介した時に触れたことだが、2003年春の時点でいまだに生き続けている長期脳死のアメリカ人男性患者がいる。彼は4歳の時に脳膜炎を起こして脳死と診断されたにもかかわらず、その後も生き続け成長し続けて、その時点で20歳となり、身長150センチ、体重60キログラムの若者となっている。自宅でこの脳死状態の患者の面倒を見続けている母親によれば、彼は他人が部屋に来ると緊張するのに対して母親がそばにいとともリラックスし、また自力で母親に顔を向けたり、好きなテレビ番組が始まるとテレビに顔を向け、モーツァルトの音楽を好んで聴くだけでなく、冷たいものを嫌がり、体を震わせることで感情を表すという。この事例が、この母親の息子に対するたんなる感情移入でないことは、重度障害児を専門とする教師を初め、彼女以外の多くの人々が証言するところであり、日本の医師もこの患者と母親に直接取材を行ってこのことを確信している⁽⁸⁸⁾。長期脳死者もそれなりに母親とのコミュニケーションを行う能力をもっていることを示すこの事例は、長期脳死の患者だけでなく、植物状態の患者や意識不明の患者にたいする医療と看護の仕方に重大な反省を迫るものであろう。こうした能力をもっている可能性の高い長期脳死の患者にたいして、脳死は「人の死」であると法規定して、脳死者を死者として扱うことは、きわめて残酷で非人間的な処置を行うということにならざるをえない。われわれの社会は、こうした長期脳死の患者をも受け入れ、治療と介護を継続していけないほど、精神的に貧しく、また非人間的な社会であってはならないと思うのは、決して私だけではないであろう。

最後に、つい最近の新聞記事を紹介したい。新聞報道によれば、2年前に交通事故で意識不明となり、回復不可能と思われていた34歳のイタリア人男性が奇跡的に意識を取り戻したが、この患者は意識不明の状態にありながら体験したすべての出来事を聞き知っていたことを最近になって語り始めて、周囲を驚かせているという（資料5を参照のこと）⁽⁸⁹⁾。この事例は本論文ですでに述べた内的意識の存在にかんする証言となりうるものであり、脳死の患者、植物

状態の患者、意識不明の患者を含めて、回復の見込みがないと診断された患者にたいする医療と看護、そしてとりわけこれらの患者の延命措置の停止という問題にかんして、新たに重大な問題提起を投げかけるものである。数百万年という、生物進化から見ればきわめて短期間に3倍もの急激な大脳化をとげたわれわれの脳には、現代脳科学の最新の成果をもつてしてもまだまだ未解明の広大な領野が広がっているのであって、こうした事例から引き出される教訓は、脳死・臓器移植のさまざまな諸問題だけでなく末期医療の諸問題にかんしてもわれわれの心のうちにしっかりと銘記されなければならない。

これらの三つの事例とも、これまでの医療と看護・介護のあり方にたいしてさまざまな重要な問題を提起していると思われる。今後われわれが脳死・臓器移植の基礎的・原理的な諸問題を考えるさいに、そして臓器移植の法改正などの法律的な諸問題をかんがえるさいにも、これらの事例が示唆する問題提起をしっかりと受け止め、これからの議論のなかに生かしていくことがどうしても必要であろう。

[2005年10月13日記]

注

- (1) 加藤尚武『脳死・クローン・遺伝子治療』PHP新書、46-47頁。重要なことは、この善行を真の善行として実現すること、言い換えれば、このような善行を意思する人が裏切られないこと、あるいは、その善意のゆえに徹底的な救命治療を受けられずに、曖昧または早すぎる脳死を宣告されて、臓器移植に回されることがないようにすることであろう。このことを真に保証して初めて、臓器提供は「未来社会を指し示す善行」たりうるであろう。
- (2) 北村惣一郎氏の発言。『日本の論点2000』文藝春秋を参照のこと。近藤誠・中野翠・宮崎哲弥・吉本隆明ほか著『私は臓器を提供しない』洋泉社、135頁に引用されている。「捨身飼虎」の話は同書157頁を参照のこと。
- (3) 向井承子『脳死移植はどこへ行く?』晶文社、60頁。国会での臓器移植法にかんする審議の問題点とその成立の経過については、この書に詳しい。
- (4) 高知赤十字病院での移植事例の批判的分析については、小松美彦『脳死・臓器移植の本当の話』PHP新書、256-235頁に詳しい。また、現地の高知新聞社会部「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、も生々しく経過と問題点を伝えている。
- (5) 町野朔ほか「研究課題：臓器移植法の法的事項に関する研究—特に『小児臓器移植』に向けての法改正のあり方」、町野朔『『小児臓器移植』に向けての法改正—ふたつの方向—』（いずれも<http://www.lifestudies.org/jp/machino01.htm>で検索できる）を参照されたい。
- (6) 森本正博・杉本健郎「子どもの意思表示を前提とする臓器移植法改正案の提言」（<http://www.lifestudies.org/jp/moriokasugimoto-an.htm>）を参照されたい。

「意識不明2年間」実は聞こえていた

【ローマ6日共同】二年前に交通事故で意識不明となつた医師から回復不可能と判断されていたイタリヤ人男性（31歳）が、三ヶ月前に意識を取り戻し、「周囲の会話は全部聞こえていた。栄養チューブを外さずかという声が聞こえて絶望的な気持ち

**延命措置停止の声に
伊の男性「絶望した」**

「回復不可能」と診断されたという。この男性は四児の父。内外の専門医を転々としてきたが、「回復不可能」と診断されたという。

「回復不可能」と診断された。しかし、本人は「医師が『患者の意識はない』と話すのを聞いていた」といふ。男性の母親は「医師は治らないと言ったが、意識はあると思っていた」。

「回復不可能」と診断された。しかし、本人は「医師が『患者の意識はない』と話すのを聞いていた」といふ。男性の母親は「医師は治らないと言ったが、意識はあると思っていた」。

資料5 北海道新聞夕刊
2005年10月6日

- (7) 例えば、毎日新聞2005年6月20日の「論議・臓器移植法二つの改正案」、北海道新聞2005年7月19日の「どうなる臓器移植」などを参照のこと。
- (8) 上記(7)および「河野太郎オフィシャルウェブサイト・太郎の主張」(<http://www.taro.org/activities/opinion/organ.html>)を参照されたい。
- (9) 臨時脳死及び臓器移植調査会「脳死及び臓器移植に関する重要事項について」(立花隆『脳死臨調批判』中公文庫)285頁。
- (10) 同上報告, 同上書, 286頁を参照されたい。
- (11) 朝日新聞1987年11月26日夕刊を参照のこと。
- (12) 竹内一夫『脳死とは何か』講談社ブルーバックス, 26-27頁。
- (13) 同上書, 27頁。
- (14) 資料集生命倫理と法編集委員会『資料集生命倫理と法』太陽出版, 310頁。
- (15) 自由民主党政務調査会/脳死・生命倫理及び臓器移植問題に関する調査会「ソビエト連邦における脳死判定について」(立花隆『脳死再論』中公文庫, に参考資料として掲載されている)322頁。
- (16) 共同通信社社会部移植取材班編著『凍れる心臓』共同通信社を参照のこと。
- (17) 臨時脳死及び臓器移植調査会「脳死及び臓器移植に関する重要事項について(答申)」(立花隆『脳死臨調批判』中公文庫)286頁。
- (18) 北海道新聞1999年6月23日「脳死判定27日後に脳波」を参照。
- (19) 立花隆『脳死』中央公論社, 451-452頁からの重引。
- (20) 同上書, 345頁。
- (21) 立花隆『脳死再論』中公文庫, 116頁。
- (22) 立花隆『脳死』383頁。
- (23) 五島幸明編著『持ってはいけない!「ドナーカード」』風媒社ブックレット, 9頁。
- (24) 立花隆『脳死臨調批判』286頁。
- (25) 竹内一夫・竹下浩「日本医師会生命倫理想談会から出された質問事項に対する回答」(立花隆『脳死再論』に収録)358頁以下を参照のこと。
- (26) 例えば、加賀乙彦編『脳死と臓器移植を考える』岩波書店, 132-133頁を参照。
- (27) 立花隆『脳死臨調批判』82頁以下を参照。
- (28) 臨時脳死及び臓器移植調査会「脳死及び臓器移植に関する重要事項について(答申)」(立花隆『脳死臨調批判』)283頁。
- (29) 同上書, 284頁。
- (30) 以上の叙述は、立花隆『脳死臨調批判』164頁などにもとづいている。
- (31) 聴性脳幹反応にかんする以上の叙述は、立花隆『脳死再論』92頁以下などを参照している。
- (32) 伊藤正男「脳死についての問題点」(立花隆『脳死再論』に収録)369頁。
- (33) 生田房弘「脳死の神経病理学・58剖検例の所見」(1985年の日本医学会シンポジウムでの発表。その内容は、立花隆『脳死』375頁以下に詳しい。)
- (34) 立花隆『脳死臨調批判』173頁以下を参照。
- (35) 立花隆『脳死再論』250頁以下を参照。
- (36) 五島幸明編著『持ってはいけない!「ドナーカード」』7頁, および古川哲雄「脳死者は本当に“意識”がないのか」(渡部良夫監修『異議あり!脳死・臓器移植』天声社)87頁以下を参照されたい。
- (37) 例えば、加賀乙彦編『脳死と臓器移植を考える』125-126頁も同意見である。
- (38) 立花隆氏は他の箇所でも例えばこう述べている。「私は、脳死をもって個体死とすることにコンセプトアルには何も問題はないと思う。前に述べたように、むしろ脳死をもって死を一義的に定義し直したほうが合理的であるとさえ思う。」(『脳死』463頁)しかし、私は本論文で述べた理由でこの見解には賛成することができない。
- (39) 竹内一夫『脳死とは何か』22-23頁。
- (40) 野本亀久雄『臓器移植—生命重視型社会の実現のために』, ダイヤモンド社, 38-39頁。この書物の副題に大きな違和感をもつのは私だけではないであろう。日本臓器移植ネットワーク副理事長でもある野本氏は、レシピエントの生命のみを重視して、ドナーの生命をほとんど軽視し、双方に公平ではないように見

えるからである。

- (41) 小松美彦『脳死・臓器移植の本当の話』109-110頁を参照。アラン・シューモンの次の諸論文も参照されたい。D. Alan Shewmon, Chronic "brain death": Meta-analysis and conceptual consequences, *Neurology* 51, 1998, p.1538-1545. D. Alan Shewmon, The Brain and Somatic Integration: Insights Into the Standard Biological Rationale for Equating "Brain Death" with Death, *Journal of Medicine and Philosophy* vol.26, No.5, 2001, p.457-478.
- (42) 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〉」(近藤誠・中野翠・宮崎哲弥・吉本隆明ほか著『私は臓器を提供しない』) 48-49頁。
- (43) 朝日新聞2005年5月21日『「脳死状態」と診断された小児、半年後に自発呼吸の例も』。
- (44) D. Alan Shewmon, Chronic "brain death": Meta-analysis and conceptual consequences, *Neurology* 51, 1998, p.1544を参照のこと。シューモンはこの引用文に続けてさらにこう述べている。「それゆえに、もしも脳死が人の死と同一視されるとすれば、それはいくつかの理由で、身体が死んでいること以上にもっともらしいことであるにちがいない。」。
- (45) この事件についても、小松美彦『脳死・臓器移植の本当の話』、高知新聞社会部「脳死移植」取材班『脳死移植—いまこそ考えるべきこと』を参照のこと。
- (46) 五島幸明編著『持ってはいけない! 「ドナーカード」』13頁を参照。
- (47) 立花隆『脳死』23-24頁。
- (48) 「ラザロ徴候」の問題の叙述については、小松美彦『脳死・臓器移植の本当の話』95頁以下を参照させていただいた。我が国で観察されたラザロ徴候については、野倉一也ほか4人による論文「一次性脳粗大病変による無呼吸性昏睡状態で出現した四肢自発運動に関する研究」(『臨床神経』第37号, 1997年)を参照されたい。
- (49) ウォーカー『脳死』メディカル・サイエンス・インターナショナル, 26頁。
- (50) Robert D. Truog, Is it Time to Abandon Brain Death?, *Hastings Center Report*, vol.27, No.1, January-February 1997を参照されたい。
- (51) Herbert Tröndle, Der Hirntod, seine rechtliche und das neue Transplantationsgesetz, *Festschrift für H. H. Hirsch*, 1999を参照のこと。このトレンドレの「脳死, その正当で新しい移植法」については、中山研一氏による紹介論文がある。中山研一「アメリカおよびドイツの脳死否定論」(『法律時報』72巻, 9号, 2000年)を参照されたい。
- (52) 臨時脳死及び臓器移植調査会「脳死及び臓器移植に関する重要事項について(答申)」(立花隆『脳死臨調批判』) 290頁。
- (53) 唐澤秀治「脳死判定・最新の研究から」(<http://www.lifestudies.org/jp/karasawa01.htm>)を参照のこと。
- (54) 五島幸明編著『持ってはいけない! 「ドナーカード」』9-10頁。
- (55) 唐澤秀治「脳死判定・最新の研究から」(<http://www.lifestudies.org/jp/karasawa01.htm>)
- (56) 「『臓器の移植に関する法律』の適用に関する指針(ガイドライン)」(これは、脳死・臓器移植を考える委員会編『愛ですか? 臓器移植』社会評論社に資料として収録されている。) 262頁。
- (57) 小松美彦『脳死・臓器移植の本当の話』、高知新聞社会部「脳死移植」取材班『脳死移植—いまこそ考えるべきこと』を参照のこと。
- (58) 立花隆氏は『脳死』のなかで(134頁以下)、無呼吸を確認する技術的方法にかんしては、「微弱な呼吸」をどう確認するかという問題など、厳密な意味で呼吸中枢の機能を確認する方法にはまだ問題が残されていることを指摘している。
- (59) 唐澤秀治「脳死判定・最新の研究から」(<http://www.lifestudies.org/jp/karasawa01.htm>)
- (60) 立花隆『脳死』259頁以下を参照のこと。
- (61) 唐澤秀治「脳死判定・最新の研究から」(<http://www.lifestudies.org/jp/karasawa01.htm>)
- (62) 五島幸明編著『持ってはいけない! 「ドナーカード」』10頁。頭蓋内脳波の測定方法の実際と詳細については、唐澤秀治と金弘氏の共同論文「重症頭部外傷への挑戦—頭皮上脳波の平坦化と脳蘇生の可能性—」(『救急医学』第21巻, 第13号, へるす出版, 1997年, 1716-1720頁)を参照のこと。
- (63) 厚生省令第78号「臓器の移植に関する法律施行規則」(これも、脳死・臓器移植を考える委員会編『愛ですか? 臓器移植』社会評論社に資料として掲載されている。) 251頁を参照されたい。

- (64) 立花隆『脳死』221頁以下を参照のこと。
- (65) 立花隆『脳死再論』320頁以下を参照させていただいた。
- (66) 産経新聞1987年3月12日。
- (67) 片岡喜由『脳低温療法』岩波科学ライブラリー、13頁。
- (68) 片岡喜由『脳低温療法』および林成之『脳低温療法－重症脳障害患者の新しい集中治療法』総合医学社を参照のこと。
- (69) 林成之『脳低温療法－重症脳障害患者の新しい集中治療法』87-90頁。
- (70) 「『臓器の移植に関する法律』の適用に関する指針（ガイドライン）」（脳死・臓器移植を考える委員会編『愛ですか？臓器移植』）263頁。
- (71) 小松美彦『脳死・臓器移植の本当の話』、高知新聞社会部「脳死移植」取材班『脳死移植－いまこそ考えるべきこと』を参照のこと。
- (72) 北海道新聞2001年12月29日「あっせん責任者が臓器摘出」。
- (73) 朝日新聞2004年1月19日「公平な判定、前提にミス」。
- (74) 毎日新聞2005年6月20日「論論・臓器移植法二つの案」。
- (75) 五島幸明編著『持つてはいけない！「ドナーカード」』41頁を参照。
- (76) 例えば、柳田邦男『犠牲（サクリファイス）－わが息子・脳死の11日』文春文庫を参照のこと。
- (77) 杉本健郎『子どもの脳死・臓器移植』クリエイツかもがわ、127頁以下を参照されたい。
- (78) 高知新聞社会部「脳死移植」取材班『脳死移植－いまこそ考えるべきこと』210頁。
- (79) 同上書、同上頁。
- (80) 杉本健郎『子どもの脳死・臓器移植』134-135頁。
- (81) 朝日新聞および北海道新聞の2003年6月24日、および朝日新聞の2004年8月25日の小児学会関係の記事を参照されたい。
- (82) 朝日新聞2001年7月2日「聖路加病院の脳死腎臓移植、生前意思で2親族へ」を参照のこと。
- (83) 同上朝日新聞記事を参照。
- (84) 北海道新聞1998年12月6日「サンデーひと'98、移植医療とは、北大医学部教授藤堂省さん」を参照。
- (85) 西森豊氏のいわゆる「てるてる案」は、『現代文明学研究』第3号（2000年）で知ることができるほか、インターネットの<http://www.kinokopress.com/civil/0302.htm>によっても検索することができる。
- (86) 山口研一郎『『全臓器提供』より奇跡的に生還した女性』、『月刊総合ケア』第12巻、第8号を参照されたい。またこの事例は、小松美彦『脳死・臓器移植の本当の話』392頁以下にも取り上げられている。
- (87) 高間智生『『脳死』で一六年間生き続ける少年』、『ザ・リバティ』1999年10月号を参照。この事例も、小松美彦『脳死・臓器移植の本当の話』が394頁以下に取り上げているので参照されたい。
- (88) 北海道新聞、「『意識不明2年間』実は聞こえていた」、2005年10月6日夕刊を参照のこと。

The current situation regarding brain death and organ transplantation in Japan,
and problems with the new amendment bills.

OKUYA Koichi

Abstract

In Japan, the Organ Transplantation Law was enacted in the Diet in April 1997 and went into effect in October 1997. Eight years have passed since then. Up to the present, thirty-nine instances of brain-death diagnosis have been carried out under the Organ Transplantation Law, and thirty-eight cases of organ transplantation following brain-death diagnosis have been performed. The second organ transplantation case from a brain dead donor was carried out in Hokkaido recently enough to be fresh in memory. It seems that brain death/organ transplantation in Japan has finally got on to the right track, having been crucially delayed due to the “Wada heart transplantation case” that occurred at Sapporo Medical University. However, the situation still remains the same with the number of organ donors being extremely small compared to the number of recipients who need organ transplantation. Also, the Organ Transplantation Law in Japan requires the written consent of both the donor and family members, and organ transplantation of children under fifteen years old is excluded. Therefore, more and more children have been going abroad to undergo organ transplantation. However, some have died while waiting for the procedure, causing great upset among the Japanese public. Reflecting on this situation, the Liberal Democratic Party’s Commission for Study on Bioethics and Organ Transplantation decided to amend the current Organ Transplantation Law this year, but did not reach an agreement and resulted in introducing two amendment bills to the Diet. However, as is well known, the House of Representatives was dissolved because of the postal privatization issue, and submission of those amendment bills and full-scale deliberation in the Diet was postponed until the fall session. In my personal view, the existing Organ Transplantation Law has various problems, among them being the grounds for determining brain death as human death, and criteria for brain death diagnosis. In addition, it cannot be denied that the law was enacted in the Diet session in a relatively short period of time without sufficient national consensus. The amendment bills to the Organ Transplantation Law prepared for submission to the Diet in this session do not solve the remaining problems. On the contrary, it must be noted that the content of the amendment bills may further amplify the existing problems and discrepancies, due to the fact that the bills set the securing of donors as an overriding necessity. This paper clarifies problems with the existing Organ Transplantation Law based on various problem cases found after its enactment, and also uncovers problems with the proposed amendment bills.

Keywords : cerebral blood flow test, hypothalamus, brain hypothermia treatment, Lazarus’ sign, humanistic care

(おくや こういち 本学人文学部 哲学・倫理学専攻)