

ヒト の 死 と , 人 の 死

その1. 脳死問題をめぐって

三木福治郎・千田好子・高橋紀美子

I. 緒 論

10数年前に三木は『文明と死』を記し、現代社会の死について〈生物学的な死〉と〈ヒトの死〉を検討している¹⁾。そこには動物界の生・死の因果関係とともに、「細胞の死」・「組織の死」・「臓器の死」・「ヒトの死」そして「人間の死」が論じられている。

『人間の死』は民族・時代によって、その考え方や葬送のあり方が違っている。すなはち人は社会を形成してその中で生きているので、その生活の歴史は死後に引き継がれることが多い。従って人間の〈生〉と〈死〉には不可分の繋りがあり、単に〈肉体的な死〉によって〈人間としての死〉へと結びつけることが難しいことがある。もちろん動物の生存のシルシが〈心臓〉をその中心とすることは古くから想像され、壁画などにも数多く残されている²⁾。また人間の生・死についても心臓の拍動を拠り所として長く求められ・判かり易いので、現在では万人の周知するところとなっている。しかし最近になって医学の進歩・発展は第5の医学として『死の医学』(保健医学・予防医学・治療医学・リハビリテーション医学に次ぐもの)への模索が迫られている³⁾。それは一つには近代社会の所産である〈機械文明〉が招来したものであり、また一つには近代医学の所産と社会変革との結果による『長寿社会』の到来によるものである。とくに最近の医学技術では〈人工心肺装置〉の開発・利用によって医学は〈心臓の拍動〉や〈呼吸運動〉を恣意的なものとしている。

こうした開発の波は医学者に〈科学者〉としての誇りを抱かせる反面、〈医道〉への思索を稀薄なものへと導いている。一方では、現代社会の趨勢は〈人権の擁護・尊重〉への思いが高まり「尊厳死」あるいは「安楽死」への思いを募らせ、高濃度治療による医療費の高額化とともに別な意味での〈治療医学〉への警鐘がある。すなはち『生命倫理』に関わる問題が重要

視される。既に『人工受精』に関しては、産婦人科の専門医によって討議され一応の結論を得ている(昭和61年)。

最近になって『脳死』論議が急速に浮上し、厚生省の『脳死判定基準』の公表(1985)をはじめ、日本医師会生命倫理想談会が「脳死を人の死」とする声明をしている(1988)。また大学・医学部をはじめ病院では『倫理委員会』を独自に発足させて、生命倫理に関する問題の処理に当たっている。それは外科医からの申請による、施術への問題処理のためである。すなはち我が国では昭和43年の『和田・心臓移植(於・札幌医大)』から20数年の沈黙を破って、臓器移植への道を開こうとする研究成果の蓄積である。もちろん臓器移植に関しては、人の死後に角膜移植や腎臓移植は多く実施されている。また輸血と称する〈組織・細胞の移植〉あるいは〈骨髄移植〉などが行なわれているが、死者からの心臓・肝臓などの移植についてはタブー視されて実施されてはいない。そこには〈より新鮮な臓器〉を求めて、〈より確実な〉移植の成功を目指す外科医の存在がある。既に『脳死の判定基準』を基に大学独自の倫理委員会の承認により、10数例の生体肝臓移植が行なわれている⁴⁾。筆者らは『生体肝臓移植』については否を唱えるものではないが、移植医の目する〈脳死者からの臓器摘出〉に関しては一抹の懸念を抱いている。それは「脳死への診断過程」についてである。とくに最近の大阪大学・医学部の『傷害致死事件(Aug., 1990)』⁴⁾については「脳死論議」に一石を投じるものとして、大きな関心がある。

本稿が上梓される頃には『臨時脳死及び臓器移植調査会』の中間報告(平成3年2月予定)が、脳死容認への道を開くことになると推察される。しかし筆者らは文献渉猟の結果から、敢えて『脳死への診断』の過程に十分な配慮を求める見解を提示する。

Ⅱ. バイオ・エシックス (Bioethics)

この用語については bios(life) + ethikè(ethics) で明らかなように、生命に関する思考・行動の規範 (生命倫理) について人間が自己を律するためのものである。従ってそこには、①人間の基本的価値と技術の間の相剋、②価値観の迫及という知的・精神的課題、③個人的・社会的人間行動に関する総合的研究など⁵⁾、があるといわれる。

もともと医師の診療行為は常に「侵襲的行為」であり、安全性を害する行為を伴っている。しかし医師の行為には『治療』という目的があるので、許されもするし・実施されてきている。もちろんそこには『医師法』あるいは『医療法』による許容・規制がある。しかし医療の現場に於ては医師自身の判断を要する内容が多く、それは迅速を要求されるものが多い。従って医師には「総合直感力」が求められるとともに、自らを律する必要がある。すなはち医師は自己の及ばない点に心痛む (個人的な倫理規範) とともに、医師の本質的な「倫理性」に立脚しなければならない。

一方近代の医療は医学の進歩・発展によって「医学的な革命」があり、その業務の遂行に際して単なる個人的判断や個人的な倫理規範の及ばない内容に遭遇している。すなはち日本に限定しても次の例示のように、a) 抗生物質の開発・利用 (ストレプト・マイシンを先駆とする1946年) に始まって、予防接種法 (1948) によるワクチンの開発・利用、b) 大量輸液療法の活用 (1950年代)、c) 人工呼吸器 (人工蘇生器) の臨床的利用、d) 高エネルギー栄養輸液の治療への応用、e) 抗がん剤の開発による影響など、治療医学の変革とf) 国民皆保険への導入 (1961) による医療への利用拡大があり、加えてg) 環境衛生の改善・向上など、疾病治療の範囲の拡大と生命の延長などの好結果が期待できるようになっている。従って、医師の規範のみでは現存の法律を逸脱する危惧に晒され、「人権の侵害」に接する内容の浮上に遭遇する。それらはバイオ・エシックスの背景 (表1) をなすものであり、単に医師個人あるいは医師のみによっては解決が困難なものである (「超学際的アプローチ」を必要とする)。

もちろん脳死に関しても医学的な専門分野の知識が第一義的であるとしても、<人間の死>については『社会科学的な知見』を等閑視する訳にはゆかないだろう。すなはち脳死に関しては医師を始めとして、生物学者・心理学者・哲学者・神学者・法律家・その他広い範囲の専門家による総合的判断を必要とする。し

表1. バイオエシックスの背景

- | |
|------------------------|
| ①生命の延長, 蘇生術の停止 |
| ②安楽死, その方法と患者の権利 |
| ③人工妊娠中絶, および出生前診断 |
| ④革新技術の人体実験, と患者の同意 |
| ⑤遺伝子工学, および生殖医学の技術 |
| ⑥臓器移植, および人工臓器 |
| ⑦人間行動のコントロール, と精神操作の外科 |
| ⑧死の定義, 脳死の問題 |
| ⑨患者のプライバシーの権利, 死の権利 |
| ⑩医療資源の有効配分, とくにその基準 |
| ⑪自然環境の開発, と保全の中でのジレンマ |

— 渥美和彦, からだの科学, No.137, p.103—

かし一方では医師には「そこに、待っている・希求する現実がある」と『治療医学』を強調し、自らの判断による「開拓の道」を選択する現状が潜んでいる。

Ⅲ. 『医の倫理』に関する規定

1. 医の倫理に関する国際規定 (第22回世界医師会総会・修正, 1968・於シドニー)

この規定は『ジュネーブ宣言』を受けて、1949年に採択され (於・ロンドン) 修正されている⁶⁾ この内容には 1) 医師の一般的な義務を挙げて、医師の立証・証明・証言の義務を求めている。その他、 2) 病人に対する医師の義務、及び 3) 医師相互の義務を求めている。

2. ヘルシンキ宣言 (第35回世界医師会・修正, 1983・於ベニス)

この宣言は「ヒトにおける biomedical 研究に携わる医師のための勧告」であり、第18回世界医師会総会で採択され (1964, ヘルシンキ)、修正されている (第29回世界医師会総会・於東京, 1975)⁷⁾。この緒言には「医療に於ける危険性」の存在を喚起して、医師の「刑事・民事」にかかわる法律の遵守と「倫理上の責任」を問うている。すなはち 1) 基本原則では、被験者へのリスク (危険性) と利益への考慮を説き、被験者自らの「人格保全」への権利を尊重することを示して、informed consent の必要性を挙げ、2) 医療の一部としての医学研究 (臨床研究) には、『独立した委員会』の設置を強調し、3) 医療と関係のないヒトにおける biomedical 研究 (非臨床的 biomedical 研究) の重要性を示している。

3. 米国大統領委員会：医学・生物医学の、倫理問題検討委員会 (1981)⁸⁾

4年間にわたり連続して検討会を開催し、参考人は医学・生物学・哲学・社会学をはじめ、宗教・教育・政治の分野、あるいは患者代表など・数百人を招いて、すべてを公開で行なっている。また審議の内容は「幸福」・「価値観」・「選択権」・「公平」についてである。

4. 大学医学部・医科大学倫理委員会⁶⁾

表記の委員会は多くの大学で設立・機能している。しかし殆んどすべての大学で、密室による検討をしている。すなわち大学医学部・医科大学倫理委員会連絡懇談会(加盟80校)の報告(Spring,1989 調査, H.2-5-21・山陽新聞報道)によると、委員会審議は55校(80%)が非公開で、2校のみが<要旨と結論>を公開している。また構成員に関しては解答した69校のうち44%が大学外からの委員の招聘は<くない>であり、構成員の殆んどが医学部の教授である、とも伝えている(参考例示;大阪大・表2)。

表2. 大阪大・医学倫理委員会 (1985, Nov. start)

- ①先端医療技術(臓器移植, 体外受精, 遺伝子治療など)の是非を主に、倫理面から検討する。
 - ②委員14名(医学部関係者12名, 医学分野以外の学識経験者2名)の構成。
 - ③判定に当っては出席者の2/3以上の合意が必要(特に重要な問題は全員一致が条件)。
- [1989-4-14, 新聞速報]

5. 『臨時脳死及び臓器移植調査会(脳死臨調)』⁴⁾

我が国の『脳死問題』に関しては、先の厚生省・研究班『脳死基準(1985)』に次いで日本医師会の表明(1988)があり、政府では参議院・内閣委員会で可決されて(平成元年11月28日)、表記の調査会が首相の諮問機関として発足する(平成2年3月)。メンバーは会長・永井道雄(医学界)をはじめ各界から選ばれた15名の委員(森亘, 木村栄作, 梅原 猛, 斉藤明, 宇野 取, 平野龍一, 早石 修, 井形昭引など)が二ヵ年の期限で『脳死』や『臓器移植』の問題を検討し、原則的には非公開としている。

結論次第では『脳死』・『移植』に関する法律づくりが始まる可能性もあり、最大の論点は「何をもって人の死とするか」と、「脳死に関する国民的・社会的合意」とが主たる目的となっている。従って調査会の

活動として①日本国内の現状視察, ②諸外国の脳死判定方法, 脳死者からの臓器移植の現状視察, ③日本国民からの意見聴取, などに基ずいて討議を重ねている。とくに第9回の会合(H.2-12-6)では「医師への国民の不信感」がテーマの第4番目に挙げられていることは、医療関係者としては寂莫の感を禁じ得ない。

IV. 死の『三徴候』と『脳死』

今から10数年前に、当時の日本脳波学会は脳死の『判定基準(1974)』を作成している¹⁾。しかし最近になって厚生省は新規に『脳死判定基準(竹内一夫・委員長)』を公表し(1985), さらに大阪大学, あるいは岡山大学などでは独自の「基準」を作成している(表3)。これらは何れも従来の「心臓の拍動停止」による<人の死>を決定するものとは別なものであって、脳の機能停止を推察して<人の死>とするものである。

表3. 日本の脳死判定基準(抄)

日本脳波学会と厚生省研究班の脳死判定基準		大* 阪* 大* 学*	岡* 山* 大* 学*
日本脳波学会(旧) 1974	厚生省研究班(新) 1983(公表:1985)		
1 深昏迷 2 両側瞳孔散大, 対光反射 および角膜反射の消失 3 自発呼吸の停止	1 深昏迷 2 自発呼吸の消失 3 瞳孔が固定し, 瞳孔径が 左右とも4mm以上であること 4 脳幹反射の消失 (a)対光反射の消失 (b)角膜 反射の消失 (c)毛様体反射 の消失 (d)眼球頭反射 の消失 (e)前庭反射の消失 (f)咽頭反射の消失 (g)咳反 射の消失	一部で (厚生 省・ 基準 に追 加) 聴 性 脳 幹 反 射	(厚生 省・ 基準 に追 加) 聴 性 脳 幹 反 射
4 急激な血圧降下とそれに 引き続く低血圧	5 平坦脳波 6 上記1~5の条件が満 たされた後, 6時間経過を みて変化がないことを確認す る。二次性脳障害, 6歳以 上の小児では, 6時間以上 の観察期間をおく。		
5 平坦脳波 6 以上1~5の条件が揃っ た時点より, 6時間後まで 継続的にこれらの条件が満 たされる。	〇一次性, 二次性の脳障害を 判定の対象とする。ただし, 6歳未満の乳幼児, 急性薬 物中毒, 低体温, 代謝・内 分泌障害を除く。		
〇脳の急性一次性病変を判 定の対象とする。			

* 岡山大学倫理委員会:平成2年2月5日, 新聞速報
** 大阪大・医学倫理委員会の中間報告:平成2年4月14日, 新聞速報

ヒトについて生物学的な見地から見ると、その機能的な最小単位は「細胞」であると言える(最終的には「核酸」がその基盤を成すものであるが、ここでは省略する)。この細胞は組織・器官を形成して、系統的な関係をもってヒトという有機体を形成している。なるほど生命科学は分子生物学に基礎付けられ、ヒトの生命は細胞学的構築に依存しているが、人間の実在は「自己の存在」と「社会の形成」にあると言える。従って『人間の死』は単なる生物体としての<生命の消

滅>に止まらず、両者に於ける滅亡と考へなければならぬ。すなはち人間の肉体的な内容の存亡は「医療上の決定」に委譲するとしても、社会的な存在（価値判断）は医療とは別の範疇のものである（生命倫理の存在）。

臨床医は従来から「死の三徴候」によって『死亡の診断』を行ない、現在でもそれを踏襲している。しかしこれは単にこれまでの医学・臨床的知識と技術の程度を示すものに過ぎず、他にあればより確実な方法を求めなければならないものであるが、現在でも他に方法が見出せずこの方法に拠っている。もちろん死の三徴候の一つとしている「心拍動の停止」は一般人にも分り易いものであるが、決して心拍動の停止を実際に<人の死>と決定している訳ではない。それは『墓地、埋葬等に関する法律（第3条）』に示す、24時間以内の埋葬又は火葬を禁止している事によっても理解できる。もちろん脳死を法的死とする立法が存在しなくても裁判官が『脳死説』を採用して<死の決定>へと判断を下すことは違法ではない。それは丁度三徴候による臨床医の判断によって、法的なく死の決定>をするのと同義的である。すなはち「死への決定要因」⁹⁾は①前例、②存在の質、③死の許容、④法律（法律で認める範囲の本人または親族の承認）、⑤公共政策（延命への限界の容認、尊厳死の制度化、医療辞退、などのガイド・ライン）などが挙げられて、これらの総合判断が<人の死>を判断している。しかし最近では医療界は諸種の分野にわたって高度化・複雑化・技術化して、診断・治療が経過している。従って患者・その家族は専門的な知識が皆無のうちに当惑している現状が少なくない。そこに必要なものは「正確な情報の把握」であり、医師の諸データ・予後への判断力と、患者・家族の十分な現実への要望・理解とが迫られる。その結果によって、<通常の医療行為>あるいは<通常ではない・特別な医療行為>が自然のうちに方向づけられる事になる。しかし実際には様々な要因の錯綜によって明確に区分の出来ない場合が多く、<決定の主体>への助言に「病院倫理委員会」或は「裁判所の判断」が役立つことになる。とくに脳死については観念的には専門家の説明を理解しても、真に<死>そのものを納得することは至難である。そこには倫理と科学の<二律背反>が原因となり、その克服を要することになる。従って医師をはじめ患者・家族はその克服について模索せねばならない羽目に陥っていると、考えられる。

V. ヒトの個体死

ヒトの個体死に関しては「バーナード博士の心臓移植術」の実施（1967）の前と後とはその定義に大きな変化がある。すなはち代表的な見解を挙げると【A】浅田「脳の働きがなくなった」ときを<死>とする¹⁰⁾、あるいはI. Gordon, et alの「血液循環と呼吸の永久停止」プラス「脳幹機能の永久停止」¹¹⁾というものから、【B】何川涼の「生命現象と個々の臓器機能の中枢支配の永久停止」¹²⁾、あるいは「生体の動的平衡の破綻・停止並びに物質代謝機能の停止」¹³⁾へと変わっている。しかし共通するものは「個体死は必ずしも二徴候説、あるいは三徴候説に限られない」ということである。

1) 脳死の定義・概念

①Mollaret et Goulonの「昏睡を越えた状態」¹⁴⁾、②ハーバード大学の「不可逆的昏睡を基とする<判定基準>」¹⁵⁾、③Ingvarの「脳全体の壊死」¹⁶⁾、④英国・協議会の「脳幹の永久的機能死」¹⁷⁾、⑤米国・大統領委員会の「脳幹を含む全脳の機能が不可逆的に停止」⁸⁾など、これらの定義・概念は脳死症例の研究成果による変遷と、脳死に対する観念の差異を示していて興味深い。とくに魚住¹⁸⁾は「脳は徐々に死んで行く。その過程が脳死であり、どの基準であれ判定は長時間をかけて、その死をテックする。しかし<死の瞬間>を指すことは難しい」と述べ、臨床医は現実の場では実際に<脳血流の減少>を脳死の目安としている^{19) 20)}。しかしその実際的な活用については、未解決な部分を残している。

一方組織学的な検索からも「脳死は一つの<臓器の死>であり、<細胞死>である」との考え方は否定できない。この点については中川²¹⁾は「脳機能が喪失したと判定しても、細胞など組織が死んだとは断言できない」と言い、「命がもう命ではないと、医者だけが境界線を引いてよいのか」と、警告している。やはり個体の死については生命特徴（生命現象）を考え合わせなければならないだろう。それは「酸素の供給機能の停止」すなはち循環・呼吸・神経系の機能停止を挙げなければならない事になる。

いずれにしても『脳死の診断』に関して²²⁾、「切迫脳死」と「完全脳死」のいずれを選択するかに着する（図1.表4）。

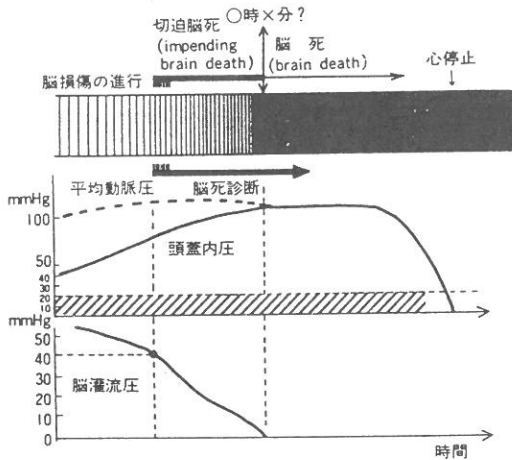


図1. 脳死の診断と、チェック項目
— 三井香児²²⁾—

(チェック項目)

- 呼吸停止
- 瞳孔散大
- 対光反射消失
- 脳波平坦
- アトロピンテスト
- 脳血管造影
- CTスキャン
- DSA
- ABR
- CBF

2) 脳死と、個体の死亡時刻

個体の死亡時刻の決定には専門的には様々な要因があり、日常生活にも大きく影響を及ぼす内容がある。桂秀策は多くの文献を挙げて、その難しさを示している²³⁾。すなわち①諸権利の消滅(遺産の相続、各種保険の受給資格など)に関係し、②法律上の問題などである。しかし『脳死』をもって<個体死>と考える者でも、脳死の判定基準に照らした一応の「死亡時間」²⁴⁾にも一定の観察・経過時間の必要性は否定しない筈である(表5)。

法医学的な死亡時間の判定は、脳死であると否とに拘らず「死体所見から<死>を確認し、次いで剖検・検案によって遡って推定する」ものである²³⁾。しかし脳死の場合では、脳機能の不可逆的な停止を「個体死の時刻」とすることになる。ここで問題となるのは、「脳機能の不可逆的な停止」のための観察時間である²³⁾。もちろん「死亡時刻の定義は、死の定義とは厳密に切り離すべき」とする見解もあるが²⁵⁾、ここでは観察時間に論

表4. 切迫脳死と完全脳死

切迫脳死；未だ完全な脳死ではない。たとえ脳死の判定基準が揃っていても、その時点では完全な脳死でない可能性がある。
完全脳死；少なくとも<脳血流の停止>の証明が必要である。

三井香児²²⁾

表5. 脳死判定の基準比較(川島¹⁹⁾より孫引き)

基準	ハーバード	ミネソタ	スウェーデン	日本脳波学会	英国	米 国 合同調査会	国 大統領委	厚生省 研究班	大 阪 大 学	
決定年	1968	1971 1978	1972	1974	1976	1977	1981	1983	1983	1984
深 昏 睡	○	○ ○	○	○	○	○	○	○	○	○
無 呼 吸	○	○ ○	○	○	○	○	○	○	○	○
瞳 孔 の 散 大	○	○ ○	○	○	○	○	○	○	○	○
脳 幹 反 射 の 消 失	○	○ ○	○	○	○	○	○	○	○	○
脊 髄 反 射 の 消 失	○	× ×	×	×	×	×	×	×	×	×
平 坦 脳 波	○	× △	○	○	×	○	△	○	×	○
脳 血 流 の 消 失	×	× △	○	△	×	△	△	×	△	×
低 血 圧	×	× ×	×	○	×	×	×	△	△	×
判 定 時 間 (時 間)	24	12 12	25分	6	24	6	12 (24)	6	6 (24)	24
条 件	薬物中毒、 低体温を除外	修復不能な 脳病変	薬物中毒は 除外。原因 が明なこと	脳の一次性 粗大病変	抑制剤・筋 弛緩剤、低 体温、内分 泌・代謝性 疾患を除外 。原因は明 かである こと	適切な治療 法の完了	抑制剤・筋 弛緩剤、低 体温、ショ ックを除外		低体温、低血圧を除外。 抑制剤使用後24時間経 ている。	

○；必須、△；参考、×；不要、を夫々示す。 BSR；聴性幹反応、EEG；脳波。 時間の()は「要求される場合」がある。

点を絞って考察する。すなわち米国・大統領委員会⁸⁾では④昏睡の原因が決定され、⑤脳機能の停止が十分

に説明される、⑥全脳機能の停止が適当時間持続して観察され、継続する治療努力を行なう、という三つの

所見を挙げている。もちろん『脳死の確認方法』が問題視され、観察中の「脳死の継続」は重要な点となる。それは観察中の「脳死からの脱却」という例である^{23) 26)}。

3) 脳死判定と「死亡決定」への観察時間

表記の問題については『脳死』の確認方法が先行する。すなはち『脳死の診断基準』に準拠し、深昏睡・自発呼吸の停止・脳幹反射の消失と、これらの非可逆性が絶対要件となる。しかし患者の示す症状の推移と、時間経過には特に注意を払わねばならないだろう。三井香児らによると²⁷⁾、脳死への経過は「脳血流停止」と「低(無)酸素症」が先行している(図2.)。現在のところ「脳幹網様体賦活系」の障害では、間もなく呼吸や循環に影響を現わすこととなる。三井²⁷⁾、その他の臨床例^{28) 29) 30)}は呼吸障害に関しては、「人工呼吸」を続けるとその後数日から10日くらいで「心臓の停止」を招来する(図3.)。しかし積極的な治療を行えば1ヵ月以上の継続的な心臓拍動が可能であり²⁸⁾、村上誠一らの報告では²⁹⁾2ヵ月以上も脳死の期間を延長させた例示がある。また前之園らの検討では³⁰⁾、35例の剖見所見で「脳死」では「多くの臓器に異常が認められ」「臓器の移植にはドナーとしての価値に乏しい」との見解を提示している。さらに塩貝敏之は各種電気生理学的な検討から³¹⁾、神経生理学的にも「脳死判定」への補助検査の必要性を強調している。すなはち岡山大学や大阪大学の医学倫理委員会の「脳死判定基準」の付加内容(表3.)の根拠が理解できる。

しかし実際的には臨床では種々の要因が前提となっ

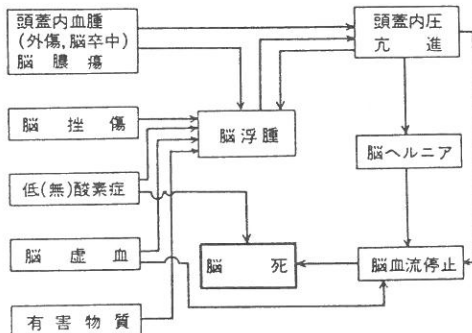


図2. 各種の原因による脳死のパターン
—三井香児ほか²⁷⁾—

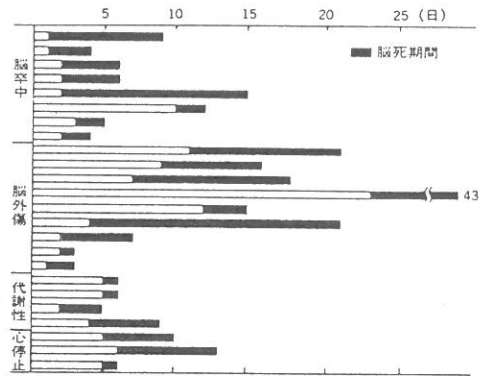


図3. 入院後、脳死までと以後の死亡までの期間
—千代孝夫ほか²⁸⁾—

て、消極的な治療を行なう結果が多いものと思われる。また一方最近の医療では救急医学や集中治療医学の発達・普及によって多くの対症療法が行なわれる。従って「脳死への経過」が判然とせず、「脳死の時期」の決定には困難があると推測される⁴⁾。

VI. ヒトの死と、人間の死

ここまで来て、筆者らは全く粗野なく疑問を抱くに至った。すなはち「なぜ「脳死」が「人の死」として認められねばならないのか」である。第一に思い出されるのが『ヒトの個体死に関する定義』の変革であり、1967年(バーナード博士の心臓移植術の実施)を境としているという事実である(「ヒトの個体死」の項、参照)。

1) 山本 亨(医学概論)の見解³²⁾

医学界で『脳死を敢えて「死」として認める』ことの必要性は、それが「倫理的に問題がある」からであって「臓器移植の普及を容易にする」という大きな理由がある。果たして自然科学が「死とは何であるのか」の課題について、全面的に取り扱う能力があるか否かである。医療界の推進派は「臓器移植をその代償」としている。もし臓器移植が本当に必要とされるものならば、「脳死は科学的には「死」である」などという小細工を弄せず・生者あるいは死者からの臓器移植に正面からの検討に取り組みばいい。

2) 日本小児外科学会の公開シンポジウム(H.2-4-26, 於・松山市) [1990-4-28, 朝日新聞]

『胆道閉鎖症治療の現況と、肝臓移植』の討論は医師5名・患者家族・厚生省の代表の7名から成り、胆

道閉鎖症の治療には「葛西式手術法」の優先性が挙げられ、脳死の社会的コンセンサスの必要性を指摘し、『脳死臨調』への結論待ちを示唆している。すなわち①大井龍司教授は葛西式手術法の最近の成功率85%に賛意を表し、たとえ移植手術の定着後にも葛西式手術法の適応者には施術を奨め、②伊藤喬広教授は移植手術を容認しながらも、拒否反応・合併症などの高率を懸念している。また③白木和夫教授は葛西式の手術と内科的治療との併用の優先を強調し、移植の時期を先延ばしする方向を示し、④高橋英世教授は国際的な統計を参考にして、移植手術の低成功率に眼を向けている。さらに⑤厚生省・脳死判断基準の示すく小児の除外項目を重要視して、脳死への否定的見解を示している。

3) 加賀乙彦(精神医学, 作家)は新聞の「紙面批評(朝日新聞, H.1-11-27)」で生体肝臓移植手術の施術に触れて、臓器提供者にまつわる問題・拒絶反応などの点から否定的な見解を示している。また心臓の移植問題にも触れて、R.ストロング博士(肝臓移植チームの一員)の経験論を基に「医療の方向性」を示唆して、新聞報道の重要性を記述している。

4) さらに、①中山研一教授(刑法学)は大阪大学の一事例⁴⁾(犯罪被害者の<腎臓移植>適応の例)に端を発して(1990-9-21, 朝日新聞・園田大阪大病院長との対談)、死亡診断の「医学的な判断と、社会的な判断」との差異を指摘して、人の死に関する原則論を「心臓死」か「脳死」かの何れに置くかと迫っている。また、②大阪弁護士会も大阪大学の一事例に誘発されて、『死は心臓死』を強調し・声明を発表して「医師個人の信念などにより、一方的に死亡の基準を変更してはならない」など、「移植手術の既成事実による<脳死>の容認」に懸念を表わしている[1990-10-18, 朝日新聞]。

Ⅶ. 現在までの「脳死論議」に関する問題点

1) 生命倫理への一考察

『医の倫理』に関しては、国際規定あるいはヘルシンキ宣言を待つまでもなく医師の診療行為そのものに「個人的な倫理規範」を医師自らが本質的なものとしていなければならないものである。またバイオ・エシックスの背景(表1)に盛られている11項目の中の⑥と⑧とに終始している感がある。もちろん「出生に関するもの」については、既に解決済みのものもある

が、多くの大問題については不問のまま・目の前の・手前勝手なものだけで先き急ぎをしているという疑念が抱かれる。その理由として「そこに待っている、希求している」という移植を希求する患者を前面へと打ち出しながら、⑨～⑪に関する患者への大前提に関しては殆んど触れていない、という要領の悪さに筆者らは隔靴搔痒の感を抱くのである。

2) 大学独自の倫理委員会に対する考察

これに関しては改めて論じるまでもないが、多くの大学・病院で「委員会」を発足させている実情にあるので一応の見解を提示する。すなわち『医の倫理』を重要なものとして医師個人が体得し・行動に実を示しているならば、大学独自の倫理委員会の存立は不要なものである。また『脳死臨調』の第9回会合に示されたテーマにある「医師への国民の不信感」への論議は⁴⁾、その必要がない筈である。また委員会の構成員に関しても⁶⁾、大阪大学の例示で判かるように医学部教授による、殆んどくお手盛りのなものである。また協議方法に関しても、多くの大学・委員会は非公開を前提としているなど、倫理に関する基本的なものが形骸的な扱いとなっている。

これらに関しては京都大学の「脳死判定基準調査検討小委員会」の中間報告(平成3年1月7日開催の「医の倫理委員会」への報告・速報[1990-12-27, 朝日新聞])は明快な内容を示している。すなわち【A】小委員会の構成については「医学の専門分野」による6名であるが、厳しく自らを律する結論を打ち建てている。さらにその内容に【B】①厚生省基準では必須とはされていない「聴性脳幹反応検査」を全ての症例に課し、②死の判定に関する経過観察時間の6時間に対して、24時間という大幅な時間の延長を独自なものとして打ち出し、③脳の血流測定の必要性を提言して、効果的・簡易な方法(ラジオ・アイソトープ利用の「ポータブル型」)の採用を奨めている。この見解は三井香児²⁷⁾あるいは村上誠一²⁸⁾の研究に負うところと推察できる。

3) 脳死状態と「人の死」への考察

脳死を「ヒトの死」とするか否については、動物学的な比較解剖学からは是認されるところである¹⁾。すなわち脳髓の解剖学的あるいは機能的特徴は、他の動物とは比較にならない多くの知見がある。とくにヒトの脳は他の臓器からの情報の処理機能と、統合の機能には著しいものがある。従って脳の機能異常は他の臓

器への影響が余りにも大きく、とくに大脳半球の機能喪失は他の多くの臓器の高等な機能を喪失へと導く。しかし脳幹の機能の残存は、動物的なヒトの生命に関する維持活動としては見逃すことはできない。また脳幹網様体の〈意識水準〉への働きかけは、未だ究明が十分ではないままに等閑視できない多くの内容を潜めている。これらの点を勘案すると、臨床医家の中で「脳死をヒトの死」へと直結することに否定的な見解も理解できる(27) (28) (29) (30) (31)。

また人の社会的な存在価値を考慮すると、ただ単なる脳死を「人間喪失」として取り扱うことに踏わらない訳にはゆかない筈である。従って〈生命倫理〉に照らして、十分な検討が期待される。この事は「脳死イコール人の死」に限らず、瀕死への延命工作に関わる尊厳死あるいは安楽死なども関係する大問題である。

4) 臓器移植のための「脳死論議」と「脳死診断」への考察

死者からの臓器摘出・臓器の活用は〈臓器の死〉に至らない〈新鮮さ〉が、臓器移植の場合ではその移植の成功を左右する要因となる。すなわち臓器を構成する〈細胞の代謝活動〉の旺盛さが第一条件となる。従ってレシピエント（被移植者）への対応としては、「脳死状態」の早期な臓器摘出が望まれる。しかしドナーに対しては、心臓・呼吸など生命活動の存在している時期の人工的な〈生命遮断〉工作とならないとは断言できないものがある。なる程脳死から間もなく心臓の拍動停止、あるいは呼吸の停止が訪れて〈ヒトの死〉に帰着する症例が高率に認められるだろうが、それは必ずしも100%という訳ではない。そこに生存する人間がいるならば、たとえ医師であっても（医師ならば尚更）〈静かな死〉を求めねばならない筈である。またこれまではそのように行動してきたし、現在でも臓器移植への行為が考えられない多くの臨終については〈静かな死〉への看取りの役割を果たしている。

とくに現在では「脳死への診断」に関しては、経過の観察と診断へのチェック項目の検討が論議され、多くの診断条件が研究され、京都大学のような医師自らの厳しい提案も提示されている現況である。

このように考えると、目的のための手段としての『脳死論議』との誹りは免れないだろう。筆者らは移

植推進派の移植成功への心情を決して否定するものではなく、いま暫くの自重を求めない訳にはゆかない。その理由としては『医の倫理（ヘルシンキ宣言）』を引き合いにするまでもなく、大学独自の倫理委員会の使命である検討の不十分さを非難せねばならないことになる。

Ⅷ. 結 語

脳死論議については〈死の三徴候〉に代えて、近い将来には解決を要する問題であると思われる。しかし現在では医学者相互に見解の差異があり、脳死を〈死〉とするには問題を残している。それは①脳の機能死を推測する方法論に関する問題があり、②『臓器移植』を〈脳死論議〉の是認への突破口とする外科医への警告であり、③大学独自の倫理委員会の存立に関する疑問であり、④医師に対する国民の感情などである。筆者らは医療従事者であるので医学研究者の積年の成果が総合的に具現化される『臓器移植』の実施には、賛辞を呈して科学技術の進展という快挙に対して敢えて反対するものではない。しかしその実現には医学以外の超学際的アプローチの必要性を重要視し、国民的なコンセンサスを得るための努力を続けねばならないと思う。そのためには⑤脳死診断に対する明快な解答を示し、⑥脳死を〈人の死〉とするという社会通念の啓蒙を行ない、⑦ドナーへの配慮など、国民からの〈真の信頼〉を獲得することを念願する。

臓器移植の推進派はレシピエントへの配慮を優先するが、そこにはドナーの存在を忘れる訳にはゆかない。もともと〈医の常道〉は求めに応じて、医療を進める可きものである。ここではドナーが弱者であるとともに、レシピエントにも医療の手を要する。この二者択一の選択に、積極派と消極派とでその道を異にしている。

筆者らは敢えて考えるのであるが、今暫くの猶子を外科医へ提言したい。間もなく『脳死臨調』の中間報告も発表されるであろう。和田・心臓移植から既に20数年を研究に費やし、自重を積み重ねた歴史がある。——推進派は言及するであろう。『移植手術の先行』が脳死臨調の発足・結論へと導いたものである。しかしそれは結果論に過ぎず、医の本質とは逆の方向のものではないだろうか。

（平成2年12月31日、脱稿）

引 用 文 献

- 1) 三木福治郎：文明と死，看護教育，17，776～773，(1976)
- 2) 野沢 協ら訳：心臓この未知なるもの，理論社（東京），5～15，(1963)，
- 3) 小林提樹：天寿，からだの科学，55，(1974)
- 4) 千田好子ら：臓器移植とその背景，岡山県立短期大学・研究紀要，35，99～106，(1991)
- 5) 中村桂子：分子生物学読本（日本評論社），増15，204～208，(昭和58)
- 6) 厚生省健康政策局医事課・編：生命と倫理について考える，医学書院（東京），298，(1985)
- 7) 阿南成一，医の倫理，六法出版社（東京），132，(昭和60)
- 8) JAMA:Report of the medical Consultants on the Diagnosis of Death to the President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medical in Medicine and Biomedical and Behavioral Research, 246, 2184, (1981)
- 9) 木村利人：現代の生と死（日本評論社），臨時増刊，61～66，(昭和59)
- 10) 浅田 一：法医学講義，克誠社（東京），136，(1937)
- 11) Gordon,I.,et al.:Medical Jurisprudence, Livingstone, Edinburg・London[文献 26]より孫引き]
- 12) 何川 涼：法医学，日本医事新報社（東京），7，(1983)
- 13) 四方一郎ら・編：現代の法医学，金原出版（東京），7，(1983)
- 14) Mollaret et al.:Rev.Neurol. 101, 3, (1959) [文献 26]より孫引き]
- 15) Report of the AdHoc Committee of the Harvard Medical School to Exmine the Definition of Brain Death : JAMA, 205, 337, (1968) [文献 26]より孫引き]
- 16) Ingvar,D.H.: Acta Anaesthesiol. Scand.(suppl.), 45, 129, (1971) [文献 26]より孫引き]
- 17) Conference of Medical Royal Colleges and their Faculties in the United kingdom : Lancet , 2:106, 1976 ; Brit.Med. J. ,2 : 1187, 1976 [文献 26]より孫引]
- 18) 山陽新聞社編：揺れる「いのち」（第5部），山陽新聞社（岡山），(1990)
- 19) 川島康生：脳死の判定と臓器移植，診断と治療，23，2641～2638，(昭和63)
- 20) 三井香児ら：脳死，診断と治療，77，2488～2491，(1989)
- 21) 中川米造：揺れる「いのち」（第5部），山陽新聞社（岡山），(1990)
- 22) 三井香児：脳死，看護技術，31，754～759，(1985)
- 23) 桂 秀策：脳死と個体死（2），日本医事新報，No.3390，51～54，（平成1年）
- 24) 千田好子ら：臓器移植とその背景，岡山県立短期大学・研究紀要，35，(1990)
- 25) Gerlach ,J. : Muench. Med. Wochenschr. , 112:65, (1970) [文献 26]より孫引]
- 26) 桂 秀策：脳死と個体死（1），日本医事新報，No.3389，43～48，（平成1年）
- 27) 三井香児ら：脳死，診断と治療，77，2488～2491，(1989)
- 28) 千代孝夫ら：脳死症例における臓器障害の発生と脳死後の医療についての検討，救急医学，13，619～624，(1989)
- 29) 村上誠一ら：脳死の臨床，北陸麻酔誌，1，3～7，(1989)
- 30) 前之園晃幸ら：脳死に合併する臓器障害の検討，救急医学，1，65～73，(1990)
- 31) 塩貝敏之：脳死判定における各種電気生理学的検査法の検討，神経進歩，33，507～519，(1989)
- 32) 山本 亨：臓器移植のための死，医療人類学，1，No.2，5，(1989)

平成3年1月17日受付

平成3年5月16日受理