

死をどうとらえるか

—日本社会における脳死・臓器移植問題の移り行き—

山崎 亮

はじめに

周知のようにわが国では、1997年6月に「臓器の移植に関する法律」（以下、臓器移植法と略記する）が制定され、同年10月から施行に移された。これに基づいて1999年2月に最初のドナー（臓器提供者）が発生して以来、現在（2002年12月）に至るまで24例の法的な脳死判定が行

なわれ、そのうちの23例で臓器が提供されて移植手術が実施されている（詳細は表1を参照のこと）。この数字は諸外国における臓器移植の数に比べて格段に少ないといえるが（次頁の表2を参照のこと）、しかしそれでも、心臓移植に医療保険が部分的に適用されるようになり、マスコミによる取り扱いも沈静化してきて——移植手術が行なわれてもTV報道はほとんどなく、新聞でもごく簡単に触れられるにすぎない——

表1 臓器移植法に基づく脳死判定の事例一覧（2002年12月31日現在）

No.	年月	提供施設	ドナー（臓器提供者）	提供臓器
1	'99. 2	高知赤十字病院（高知）	くも膜下出血 44 歳女性	心、肝、腎、角膜
2	'99. 5	慶応大学病院（東京）	脳出血 30 代男性	心、腎
3	'99. 6	古川市立病院（宮城）	交通事故 20 代男性	心、肝、腎
4	'99. 6	千里救命救急センター（大阪）	くも膜下出血 50 代男性	肝、腎
5	'00. 3	駿河台日大病院（東京）	心肺停止状態 20 代女性	心、肝、肺、腎
6	'00. 4	由利組合総合病院（秋田）	くも膜下出血 40 代女性	肝
7	'00. 4	杏林大学病院（東京）	脳血管障害 50 代女性	心、肝、膵、腎
8	'00. 6	藤田保健衛生大学病院（愛知）	脳卒中 60 代女性	——
9	'00. 7	福岡徳洲会病院（福岡）	くも膜下出血 10 代女性	心、肝、肺、腎
10	'00.11	市立函館病院（北海道）	くも膜下出血 60 代女性	肝、腎
11	'01. 1	昭和大学病院（東京）	くも膜下出血 30 代男性	心、肝、肺、膵、腎
12	'01. 1	市立川崎病院（神奈川）	くも膜下出血 50 代女性	心、小腸、肺、膵、腎
13	'01. 2	日本医大病院（東京）	交通事故 20 代女性	心、肝、腎
14	'01. 3	奈良県立医大病院（奈良）	交通事故 20 代男性	心、肝、肺、腎
15	'01. 7	聖路加国際病院（東京）	脳出血 60 代男性	腎
16	'01. 7	国立南和歌山病院（和歌山）	脳出血 10 代女性	心、肝、肺、膵、腎
17	'01. 8	新潟市民病院（新潟）	脳血管障害 40 代男性	肝、膵、腎
18	'01.11	千葉大付属病院（千葉）	病因非公開 20 代女性	心、肝、肺、膵、腎
19	'02. 1	日本医大病院（東京）	くも膜下出血 40 代男性	心、肝、肺、膵、腎
20	'02. 4	日本医大病院（東京）	くも膜下出血 40 代女性	肝、腎
21	'02. 9	八戸市民病院（青森）	くも膜下出血 30 代女性	心、肝、肺、膵、腎
22	'02.11	川崎医大付属病院（岡山）	くも膜下出血 50 代女性	心、肝、肺
23	'02.11	和歌山県立医大病院（和歌山）	病因非公開 30 代男性	心、肝、肺、膵、腎
24	'02.12	岐阜市民病院（岐阜）	交通事故 30 代男性	心、腎

※新聞報道をもとに作成。日本臓器移植ネットワークのデータ(<http://www.jotnw.or.jp/>)とも照合している。

表2 各国の臓器移植数(2000年)

	心臓	肝臓	腎臓*
日本	3	320	746
アメリカ	2,198	4,954	13,372
ユーロトランスプラント**	623	1,168	3,145
フランス	328	806	1,840
イギリス	217	709	1,487
スカンジナビアトランスプラント***	87	183	630
台湾	43	49	135
中国	26	234	5,501
韓国	14	227	670
インド	8	17	3,406
香港	6	54	60
サウジアラビア	3	27	254
タイ	3	11	91
マレーシア	3	3	52

* ユーロトランスプラント、フランス、イギリスのデータには生体腎移植数は含まれていない。

** オーストリア、ベルギー、ルクセンブルグ、オランダ、ドイツ、スロベニアが加盟

*** デンマーク、フィンランド、アイスランド、ノルウェー、スウェーデンが加盟

※ Transplant Communication のデータ(<http://www.medi-net.or.jp/tcnet/index.html>)による。

日本社会にも脳死状態からの臓器移植が徐々に受け容れられつつあるように思われる。実際、世論調査の結果を見ても、脳死を人間の死と認める割合は7割を越え、また脳死からの臓器移植を評価する割合もかなり高い⁽¹⁾。

しかしながら、問題のすべてが解決されたわけではないことは、現在、臓器移植法の改正が取り沙汰されていることから明らかであろう。とりわけ、臓器提供の要件として本人意思の書面による確認が必要とされている点の再検討、また、現在は厚生労働省のガイドラインによって除外されているが、15歳未満の子供からの臓器提供を可能にする方策の検討が、その主要な論点となっている⁽²⁾。さらにわが国の場合には、1980年代以降、さまざまな立場から脳死・臓器移植問題が突出して議論の対象とされてきたという事実も、忘れてはならない⁽³⁾。

小論では、1968年の和田事件以来、30年以上にわたって展開されてきた多様な議論のなかか

ら典型的なものをいくつか取り出し、その言説を紹介しながら、日本社会における脳死・臓器移植問題の移り行きを簡単にたどってみたい。

この間、脳死・臓器移植への関心の在りかは時代とともに変遷してきており、これを振り返る作業は、現時点でこの問題を考えるために不可欠であるばかりではなく、現代の日本社会に生きるわれわれが死をどうとらえているのか、その一端を把握する手がかりともなるだろう。というのも、脳死・臓器移植をめぐる多様な問題群は、従来自明のこととされてきた、心臓停止をもって人間の死とみなすとの考え方に再考を促すものであり、その意味でわれわれが人間の死と生をどう考えるかに関わる、現代の試金石といっても過言ではないからである。

さて、本題に入る前に、まずは以下の略年表をざっと眺めて、議論の背景をなす最小限の事実関係を確認していただきたい⁽⁴⁾。

表3 日本社会における脳死・臓器移植問題の略年表

1968.	8	和田寿郎札幌医大教授による日本初の心臓移植手術(術後83日で死亡)
	10	日本脳波学会、脳死と脳波に関する委員会を設置
	12	大阪の漢方医、和田教授を殺人罪で告発
1970.	9	札幌地方検察庁、和田教授を証拠不十分により不起訴処分
1974.	11	日本脳波学会脳死と脳波に関する委員会、脳死判定基準を発表
1979.	12	「角膜および腎臓の移植に関する法律」制定
1983.	4	厚生省脳死に関する研究班(班長=竹内一夫杏林大教授)発足
1984.	9	岩崎洋治筑波大教授による脳死状態からの膵臓・腎臓同時移植手術

1985.	2	東大PRC（患者の権利検討会）、岩崎教授を殺人罪で告発
	2	臓器移植推進のための脳死立法を目指す超党派国会議員による生命倫理研究議員連盟（会長＝中山太郎）が結成
	12	厚生省脳死に関する研究班、「脳死の判定指針および判定基準」（竹内基準）を発表
1988.	1	日本医師会生命倫理懇談会が「脳死および臓器移植についての最終報告」を発表
	7	日本弁護士連合会が生命倫理懇談会「最終報告」に対する意見書を発表
1989.	11	島根医大で日本初の生体肝移植手術（術後285日で死亡）
	12	生命倫理研究議員連盟提出の脳死及び臓器移植調査会（脳死臨調）設置法が成立
1990.	2	東大医科学研究所倫理審査委員会、脳死者からの肝臓移植申請を承認
	9	阪大で脳死状態の犯罪被害者がドナーとなった腎臓移植が問題化
1991.	3	千里救命救急センター、脳死状態からの肝臓移植を検察当局の要請により断念
1992.	1	脳死臨調、最終答申「脳死及び臓器移植に関する重要事項について」を発表
1993.	5	脳死及び臓器移植に関する各党協議会、「臓器移植法案（仮称）」を発表
	10	九州大で脳死状態からの肝臓移植を検察当局の要請により断念（結局心臓停止後からの移植となり、術後73日で死亡）
1994.	4	脳死及び臓器移植に関する各党協議会、臓器移植法案を衆議院に提出
1995.	4	日本腎臓移植ネットワーク稼働
	12	日本腎臓移植ネットワークで、患者データの大量の登録ミスがあったことが発覚
1996.	6	生命倫理研究議員連盟、臓器移植法案の修正案を提出
	9	臓器移植法案、衆議院の解散により廃案
	9	日本移植学会、臓器移植法の制定を待たず、独自の指針によって脳死状態からの臓器移植を推進していく方針を決定
	12	臓器移植法案（中山案）再提出
1997.	1	厚生省小児における脳死判定基準に関する研究班が発足（班長＝竹内一夫）
	3	脳死を人の死と規定しない臓器移植法案（金田案）、衆議院に提出
	4	脳死を人の死と規定する臓器移植法案（中山案）、衆議院で可決
	6	臓器移植法案（中山案）、修正のうえ参議院で可決成立
	10	「臓器の移植に関する法律」施行
1998.	5	大阪地裁、本人の同意なしになされた心臓停止以前の腎臓保存策を違法とする判決
	10	岡山大で日本初の生体肺移植手術
1999.	2	高知赤十字病院で臓器移植法に基づく最初のドナーが発生
	9	愛知県で交通事故による脳死者が、鼓膜損傷のため法的脳死判定を途中で中止
2000.	3	厚生省小児における脳死判定基準に関する研究班、6歳未満小児の脳死判定基準を発表
	11	臓器移植法制定後、脳死状態からの臓器移植のレシピエントで初めての死亡例（肝移植の50代女性、術後16日目）
	12	日本臓器移植ネットワークの移植コーディネーターが腎臓移植費用1160万円を着服していたことが判明
2001.	4	中央社会保険医療協議会、脳死状態からの心臓移植に医療保険を部分的に適用することを決定
	7	脳死と判定された男性の腎臓が、本人の意思により移植ネットワークを通さず家族に移植されたことが判明
2002.	2	自民党の脳死・生命倫理及び臓器移植調査会、15歳未満からの臓器提供に向けて臓器移植法の見直しを検討することに決定
	6	東京女子医大で、心臓手術の医療ミスに関連して、業務上過失致死と証拠隠滅の疑いで医師2名が逮捕、7月には高度医療推進の特定機能病院の承認が取り消され、8月には心臓移植手術も自粛することに決定
	7	厚生労働省臓器移植委員会、ドナーが提供相手を自分の親族などに指定することを認めない方針を決定

※中山研一編著『資料に見る脳死・臓器移植問題』（日本評論社、1992年）や新聞報道などをもとに作成。

日本社会における以上のような脳死・臓器移植問題の経過には、現時点で振り返れば、おおよそ次の4つの画期を見て取ることができるだろう。(1)1968年8月のいわゆる和田事件、(2)1985年12月の厚生省脳死に関する研究班による脳死判定基準——いわゆる「竹内基準」——の発表、(3)1992年1月の脳死臨調最終答申の発表、(4)1997年6月の臓器移植法の制定、がそれである。以下、各時期について簡単なコメントを加え、それぞれに特徴的な言説を取り上げて紹介してみたい。

1. 和田事件——脳死・臓器移植問題の不幸な出発点——

和田事件とは、和田寿郎札幌医大教授（当時）による日本初の心臓移植手術とこれにまつわる一連の疑惑を指している。その後数々のルポルタージュで取り上げられているが⁹⁾、要するにドナーが脳死状態になく、またレシピエント（臓器受容者）も必ずしも移植手術を必要としなかった可能性がきわめて高いのである。しかも移植医自身が密室のなかで脳死判定と移植の適否の判断を行ない、その記録も意図的にほとんど残されていない。検察による捜査は結局、証拠不十分による不起訴処分に終わったが、医療に対する国民の不信感を決定的に増大させるとともに、これ以後日本において脳死状態からの臓器移植がタブー視される結果となった。

ただ、世界的に見ても、1967年の最初の心臓移植手術以後、雨後の筍のように世界各地で実施された心臓移植は、生存率が低迷するなかで70年代になるとほとんど行なわれなくなる。この時期には、術後の拒絶反応に対する効果的な治療法が確立されていなかったためである。1978年に実用化された画期的な免疫抑制剤シクロスポリンの登場とともに移植後の生着率が飛躍的に向上し、ようやく80年代以降、欧米では脳死状態からの臓器移植が日常的な医療として定着していくようになるのである。

さて、この時期では、なんとといっても和田事件の当事者、和田寿郎の発言を引用したい。

二つの死から、一つを生かすということは、

片いっぽうはもう死んでしまった人、もういっぽうはいつ亡くなるかもわからない死にひんした状態で、現在の医学では心臓の移植以外にはその死を止める方法がないという人、この二つがうまくそろったときに、偶然、一つを生かすことができるということになりますね。……

二つの死から一つの生を、という片いっぽうの死は、死んでから蘇生術を行なって、さらにダメだったという、だれが見てもほんとうにダメな死、もう一つは、現在の医学では、目の前に死が迫って、もはや亡くなるだけというほうです。そうすると、死んだほうのご遺族さえけっこうですというのであれば、それをいただいて、困っている人に提供されるということにもなり、それからは、医師の責任において、秘密に行なわれるべきものなんですよ。（和田寿郎『ゆるぎなき生命の塔を——信夫君の勇氣の遺産を継ぐ』青河書房、1968年、p.151）

和田のこの著作は、日本初の心臓移植手術からほぼ4ヶ月後に、この手術の経過と、それに至るまでの和田自身の足跡を記した、いわば自己PRの書である。引用箇所は、「二つの死から一つの生を」という、和田による心臓移植のキャッチフレーズについて、週刊誌の電話取材に応えた一節である。ここには移植医和田の、脳死に対する意識と同時に、医療に関する彼の感覚がきわめて率直に現われている。脳死状態は「だれが見ても本当にダメな死」であり、遺族の同意さえあれば臓器提供は可能で、移植手術は移植医によって「秘密に行われるべきもの」なのである。本人の提供意思の確認という発想自体がここには決定的に欠落している。もちろん、当時は脳死状態の判定基準も未確立であり、脳死が人間の死か否かといった議論も明確な形ではまだ提起されていなかった時代である。さらに心臓外科の権威とみなされていた和田の自負が、このように強気な発言を引き出したと見ることできるだろう¹⁰⁾。けれども、そのような時代状況を差し引いて考えてみてもなお、これは、1960年代末の日本社会における医療の密室性ならびに医師の権威主義を端的に示す文言とはいえないだろうか。

2. 「竹内基準」の発表——脳死をめぐる医学的・生理学的議論——

先にも触れたように、80年代以降、世界的には「臓器移植の黄金時代」と評される状況が到来するなかで、日本でも脳死状態からの臓器移植を再開しようとする動きが表面化してくる。その一つの現われが、1983年から厚生省脳死に関する研究班によって進められた脳死判定基準の策定作業であり、それは1985年にいわゆる「竹内基準」となって結実する。

この「竹内基準」をめぐるのはさまざまな議論が展開されたが、なかでも立花隆による一連の批判⁹⁾は、各界に大きな波紋を投げかけた。彼によれば、外部からの刺激に対する反応の消失だけで脳機能停止を確認する「竹内基準」¹⁰⁾は、蘇生限界点(point of no return)——脳機能が停止して回復不能になった状態、すなわちもう助からない状態——の判定基準としては妥当かもしれないが、外部から確認できない微かな脳機能が残されている可能性を完全に払拭することはできない。もしも脳死状態を人間の死とみなすのならば、脳が生きている可能性が万が一にも残されているはずであり、その意味では「竹内基準」は不十分だ、と立花は主張する。「もう助からない状態」は必ずしも「死んでしまった状態」とはいえず、脳血流停止の確認によって脳細胞の壊死が確実となった時点で脳死と判定すべきだ、と立花は考えるのである¹¹⁾。彼の主張は、脳機能喪失の完全な確認を徹底して追求する、いわば評論家の理想主義的な立論であり、これに対して「竹内基準」は、臨床例を積み重ねて帰納的に組み立てられた、いわばプラクティカルで現実主義的な判定基準であったと評することもできるだろう。いずれにせよこれ以降、日本の医療現場では「竹内基準」をスタンダードとしつつも、立花が主張するような脳血流停止の確認や聴性誘発反応検査なども取り入れながら、脳死判定が行なわれるようになるのである。

移植医療の再開が囁かれだしたこの時期では、心理学者宮城音弥による次のような発言を、まず取り上げてみよう。

要するに脳幹を含めた[全脳髓の]永久の機能停止、これが死であると認めるべき時代になっているのであります。つまり今日では医学的、自然科学的事実こそ死の判定のすべてであります。……

死は脳死以外の何ものでもありません。しかし新しい医学的知識、その考え方についていけない人があります。それで価値が違うとか、国民感情に合わないとか申します。しかし、これは一体何でしょうか。国民感情といわれているものは俗信といわれているものです。ときにはこの俗信が社会に対して害を与えるとき都合の悪いときは、これを迷信というべきです。(笑) 要するにいま脳死を否定する多くの方は、俗信または迷信に支配されていると考えてよろしいのではないかと思っております。……たとえば死刑の人にも昔ながらの方法は用いるべきではない。まず脳死によって死刑を執行して、臓器移植にこれを利用して、罪滅ぼしにさせるべきだということも考えております。(笑) こういうことを申しますのはかなり極端ではないかと思える方が、あるかと思えます。とにかく死の判定に宗教とか、道徳とか、倫理、哲学を包括した人間感情を介入させようとするのは、人間が俗信、または迷信にとらえられていることを示す以外の何ものでもないというのが、私の考えです。……

換言しますと、今日死というものは脳死以外の何ものでもないはずで、そしてマスコミによる社会教育が人間をいくぶん賢くする、ホモサピエンスに近づけることを私は期待している次第です。(日本移植学会主催「脳死に関するシンポジウム」[1983.2.12]における心理学者宮城音弥の発言。日本移植学会編『脳死と心臓死の間で——死の判定をめぐる——』メヂカルフレンド社、1983年、pp.98-101)

ここでの宮城の主張は、「脳死は医学的・科学的に見て人間の死である」という一点に尽きる。彼によれば、この客観的な事実を理解できない多くの日本人は、非合理的な感情に溺れ、ある

いは「迷信」に囚われている。臓器移植を推進していく上では、そのように愚かな大多数の日本人に対する、「正しい医学的知識の啓蒙」が必要だ、とされるのである。いささか不穏当な宮城の発言に対して、しばしば笑い声が生じるこの会場の雰囲気も私にはちょっと信じられないが、それはともかくとしても、「脳死は医学的に見て人間の死である」という言説は、移植を推進する側の人々を中心に、今もなおくり返し提示されている。このシンポジウムでの宮城音弥の発言は、そのきわめてストレートな表現例と見ることができるだろう。

同じ時期の発言として、次には「竹内基準」の報告書の文言を取り上げる。

脳死は人工呼吸器がなければみられなかった状態とよくいわれるが、確かに蘇生、集中治療医学の発展により、昏睡で自発呼吸が消失しても人為的に呼吸、栄養、排泄を維持できるようになったために生じた状態である。Paul Fritsche は、脳死をその著書『生と死の境界』のなかで医学の進歩のアンビバレンツ（両価性）として取り上げている。脳死はわれわれに生と死の問題、医学と人間存在、あるいは人間性との問題を問いかけている。このことについては、死の定義と関連して医学以外に、倫理、法律、社会、経済、宗教、哲学などの幅広い分野での討議が必要であろう。治療を行う医師は、死の判定に関して最終的責任を負わなければならないが、生とは何か、死とは何かについて医師の判断を助けるための医学関係以外からの意見は重要である。したがって、本指針では脳死をもって人の死とは決して定めていない。（厚生省脳死に関する研究班「脳死の判定指針および判定基準」[1985.12.6]、野町朔・秋葉悦子編『資料・生命倫理と法 I 脳死と臓器移植[第三版]』信山社、1998年、pp.365f.）

先に見たように「竹内基準」は、その妥当性をめぐって活発な論議を巻き起こしたが、少なくとも研究班の意図としては、いつ point of no return の脳死状態に陥ったかを判定する、あくまで臨床的な基準であった。脳死状態が人間の

死であるかどうかは一義的には決められず、医学以外の分野からも討論に参加する必要がある、というかなり慎重な結論が示されたのである。要するにここでの主張は、「脳死は医学的に見て人間の死である」と、そう単純にはいえない、というものであった。

これに対して、「竹内基準」批判の急先鋒であった立花隆は、「脳死が人間の死である」ことをあっさり認めている。

私は、脳死をもって個体死とすることにコンセプチュ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。脳死は単なる一つの臓器不全にすぎないとする脳死反対論者の見解は誤りであろう。脳は、他の臓器と同列に置かるべき「単なる一つの臓器」ではない。それは、個々の人間のアイデンティティの最終的なより所たる臓器であり、その意味において、他の臓器と同列にならべることができない一段上の臓器である。他の臓器はすべて人工的に代替可能だが、脳だけは代替できないということでそれは明らかである。それはもはや一個の臓器というより、個人の生命の中心そのものである。……もし、私の首が切断されて、首から上だけが生かされたとしたらどうか。首から下の全肉体を失っても、そこにいるのは私自身であり、私はそこに生きているのである。私の首が他人の肉体に移植されたとしたらどうか。そこにいるのは、私か、それとも肉体の旧所有者か。むろん、それは私である。ではその逆はどうか。私の首から下の肉体のみがそこで生かされていても、その肉体に人の首が移植されても、そこにいるのは私ではない。

他の臓器がすべて死のうと、私の脳が生きている限り私は死なない。そして、私の脳が死ねば、私の肉体の他の構成部分がすべて生きていようと私は死んでいるのである。脳死が個人の最終的な死である。従来の心臓死も、それが数分後に確実に脳死をもたらすから死なのである。……

脳死をもって死とすることに、私は何の

問題もないと思う。問題があるのは、何をもって脳死とするのかという定義の問題と、その定義通りの状態が現に訪れているかどうかをいかなる判定基準によって確かめるかという問題である。(立花隆『脳死』中央公論社、1986年、pp.463f.)

みずからの首が切断された状況を想像してみろという、いささかきわどい記述も、おそらくは読者に対する効果を計算した表現であろうが、いかにも合理主義者の立花らしい、きわめてラディカルな発言である。脳は個人の思考・記憶・意識の座であり、したがって彼もしくは彼女のアイデンティティの拠り所でもあるから、脳が完全に死ねば、それは彼もしくは彼女の死を意味するものにほかならない。欧米のバイオエシックスにおけるパーソン（人格）論⁽¹⁰⁾を彷彿とさせるような立論であるが、このような確信があったからこそ、立花は、あれほどまでに脳死判定の厳格さに固執しなければならなかったのである。

彼の立論はまた、「脳死は医学的に見て人間の死である」という、移植推進論者の言説とは一線を画している。後者のたぐいの発言では「医学的に見て」という点が強調されるだけで、脳死がなぜ医学的に見て人間の死といえるのか、その根拠が示されることはほとんどない。これに対して立花は、脳死が人間の死であることの根拠をはっきりと、代替不可能な「意識の座としての脳」の死に求めているのである⁽¹¹⁾。

さらに、自身が脳死になった場合を問題とするかぎり、立花のこの立論は、それなりの説得力を持つようにも思われる。自身の意識が失われ、決して回復することがなければ、その状態は、当人にとっては死んだも同然と考えて差し支えないからである。ただ立花の立論では、脳死状態に陥った当事者と、残された家族など身近な他者との関係が一切捨象されている。実はこの点が、後の議論においてクローズ・アップされていくことになるのである。

3. 脳死臨調答申——脳死・臓器移植問題をめぐる文化論的議論——

「竹内基準」の発表後、脳死・臓器移植に関

わる議論は多様な展開をとげていく。それも従来のように医学や法学の分野に限定されることなく、脳死・臓器移植問題の文化的・社会的背景を視野に入れた論考が、1988年あたりから続々と登場してくる。たとえば文化人類学者波平恵美子、倫理学者森岡正博、哲学者梅原猛、社会学者櫛島次郎などの著作は、その代表例といえるだろう⁽¹²⁾。

そのような百家争鳴の状況下で、日本における脳死・臓器移植問題のその後の展開にひとつの方向性を与えたのが、1992年に発表された脳死臨調の最終答申であった。それは、当時の多彩な議論を反映しながらも、脳死を人間の死と認めて臓器移植を積極的に推進していくべきだと主張する多数意見と、これを批判する少数意見⁽¹³⁾——その中心人物の一人が梅原猛であった——を両論併記するという異例の答申となった。多数意見は、臓器移植を再開するうえでの条件整備の必要性を強調し、移植医療への国民の不信感を払拭するために、とくにインフォームド・コンセントの徹底と、移植医療の公平性を確保する包括的な臓器移植法の制定とを提言した。この提言を受けて、脳死・臓器移植問題に関わる議論の中心は、国会の場へと移されていくことになる⁽¹⁴⁾。

この時期に現われた文化論的なアプローチによる脳死・臓器移植論議のなかでは、典型的なものと思われる科学史家米本昌平——脳死臨調少数意見の作成にも、参与として協力している——の文章を取り上げたい。

人間の死が何たるかを決めるのは医学の領分ではない。それは、文化的、哲学的、宗教的な意味づけとして外側から与えられるものである。医学が科学であることを自認するかぎり科学的価値中立性を守りきらなければならない。ここで医学がすべきことは〈死と信じられているもの〉を確認するための生理学的指標を操作主義的に定義し、これを観測することで〈死と信じられているもの〉の到来の客観性を保証する役回りに徹することである。要するに、これまでの死の三兆候説（呼吸停止、心拍停止、瞳孔散大）も、文字通り死の兆候なのであ

り、死そのものの定義ではない。この意味において〈脳死は医学的には死である〉というのは本来空文である。唯一意味をもつとすれば、〈医学的〉という言葉自体が〈欧米的な哲学的世界を共有する〉という強制力と特権をもつことを承諾したときである。なぜなら欧米世界では、脳死概念と哲学的諸価値とのすり合わせが済んでいるからである。(米本昌平『先端医療革命——その技術・思想・制度——』中公新書、1988年、pp.35f.)

ここでの米本の立論は、前節で見た宮城音弥の発言に代表される「脳死は医学的に見て人間の死である」とする発想に、真っ向から異議を唱えるものといえる。死の定義、あるいは何をもって人間の死とみなすかは、おのおのの社会的・文化的脈絡において決定されるべき問題であって、医学は、そのように決定された死をできるかぎり客観的に測定するにすぎない⁽¹⁵⁾。

引用文の後段の〈欧米的な哲学的世界を共有する〉云々の文言は抽象的で分かりにくいかもしれないが、米本によれば、欧米では脳死概念にキリスト教的霊肉二元論、さらにはその世俗版である哲学的心身二元論が重ね合わされることによって、脳死が人間の死であるとする図式が成立した、とされるのである(米本前掲書、pp.30-34)。要するに、霊魂(精神)と肉体(身体)とを完全に切り離してとらえる欧米的な二元論の発想からすると、人間の霊魂(精神)の座である脳が死んでしまえば、後に残された肉体(身体)は、たとえ心臓が脈打っていたとしても単なる物体にすぎず、人間としてはもはや死んでいることになる。したがって、欧米の思想的・文化的背景においては、脳死状態を人間の死として受け入れやすいが⁽¹⁶⁾、これに対して日本人は、そのような文化的背景を共有していないために、脳死を人間の死と認めにくい、というのである⁽¹⁷⁾。

このように欧米と日本との文化的差異を強調して、脳死状態からの臓器移植に対する日本人の抵抗感を説明しようとする立論は、この時期、枚挙にいとまがない。もとより、それぞれの文化的・社会的背景の吟味を抜きにして、脳死・臓器移植問題の解決がありえないことはいま

でもない。しかしこの手の議論はいまいな一般論に陥ることが多く、往々にして根拠薄弱で不毛なステレオタイプに墮してしまう危険性がある⁽¹⁸⁾。そもそも、「日本文化」と欧米の「キリスト教文化」とを実体的に対置させるような、あまりに単純化された議論では、人間の行為を現実に規定している文化的背景をとらえることは不可能であろう。文化の差異を単なる予断として語るのはいかにもたやすいが、脳死・臓器移植問題の文化的背景を着実に把握するのは、よほど困難な作業といわねばならない⁽¹⁹⁾。

脳死臨調答申の多数意見では、このような文化論的アプローチとは異なって、脳死を人間の死とみなす論拠が次のようにはっきりと提示されている。

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

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

え方である。(臨時脳死及び臓器移植調査会答申「脳死及び臓器移植に関する重要事項について」[1992. 1. 22]、野町朔・秋葉悦子編前掲書、pp.285f.)

ここではまず、人間の生命の本質が「有機的統合性」に求められ、脳は、この統合性を維持する中枢的な器官として位置づけられる。脳死状態では、有機的統合性が維持できなくなり、したがってそれは人間の死とみなさなければならぬ、とされるのである。しかも、この「有機的統合体としての人間」という観点が、「近年各国で主流となっている医学的な考え方」であることが強調されている。そのうえで「……こうした見方は、西欧諸国のみならず、宗教・文化を異にする諸国においても受け入れられており、国際社会の認識とも一致したものである。したがって脳死をもって社会的・法的にも『人の死』とすることは妥当な見解であると思われる」(同書、p.289)として、文化的・社会的背景にも一応の配慮を見せてはいる。けれども、この立論は結局のところ、「脳死は医学的に見て人間の死である」という言説をオブラートに包んでいるにすぎない。いいかえれば、この多数意見は、「脳死が医学的に見て人間の死である」ことの根拠を、「有機的統合体としての人間」観に求めているのである。しかし、同じ脳死臨調答申の少数意見が批判しているように、「有機的統合体としての人間」観それ自体は科学的ないし医学的な認識ではありえず、一つの人間観であり、さらにいうならば人間の生命の本質を問う一つの哲学にほかならない。

仮に百歩譲ってこの人間観を受け容れたとしても、統合性を維持する中枢的な器官が脳であるとする立論は、あまりに恣意的であるといわざるをえないだろう。というのも、血液循環の中枢である心臓や、あるいは免疫系のシステム——自己の細胞と、外から侵入した非自己の細胞とを峻別することで、個人の生物学的アイデンティティを確保する——こそが、統合性の中心であるとの主張も同様に成り立ちうるはずだからである⁽²⁰⁾。

このように脳死臨調の多数意見は、その主張のなかに明らかな論理的齟齬を含んでいるのだが、それにもかかわらずこの答申によって、脳

死を人間の死とみなし、臓器移植医療を推進していこうとするルールが敷かれることになるのである。けれども、その後の歩みは紆余曲折に満ちたものであった。

4. 臓器移植法の制定——「二人称の死」の視点——

脳死臨調答申以降、日本移植学会を中心にして、たとえば移植施設の特定制⁽²¹⁾や、臓器移植ネットワークの整備⁽²²⁾など、脳死者からの臓器移植のためのシステム作りが進められていく。ただ臓器移植法に関しては、相次ぐ政権交代に伴う政局の混迷もあって、ようやく1994年4月に法案が議員立法として提出され、同年11月から審議が開始されたが、実質的な審議は永らく棚上げにされたままであった⁽²³⁾。

ところが1996年9月の衆議院解散で法案がいったん廃案になったことが引き金となり、業を煮やした日本移植学会が、法案成立を待たずに臓器移植を強行する方向性を打ち出したことから事態は急展し始めた。同年12月には臓器移植法案(中山案)が再提出され、さらに翌1997年3月には脳死を人間の死と認めずに移植に道を開こうとする対案(金田案)も提出され、マスコミの関心も一気に高まった。けれども国会での審議が十分に尽くされたとはいいがたいまま、4月に衆議院を通過し、さらに修正を重ねて6月には参議院でも可決成立して、10月から施行されたのであった。

その後、法律の施行から1年4ヶ月後の1999年2月になって、ようやく最初のドナーが発生し、さらに現在に至るまで23例の脳死状態からの臓器提供が行なわれたことは、冒頭にも記した通りである。しかし、最初の高知赤十字病院の事例でもクローズ・アップされた、ドナーのプライバシー保護と脳死判定の情報公開との軋轢の問題⁽²⁴⁾、あるいはその後も脳死判定ミスが続いたり、日本臓器移植ネットワークでの公金横領事件、東京女子医大——日本の移植医療の中心的施設のひとつ——での悪質な医療過誤隠蔽工作の露見など、臓器移植を取り巻く環境には厳しいものがある。さらに移植件数が伸び悩む状況のなかで、現在、15歳未満の未成年からの臓器提供を可能にしようとする臓器移植法の

改正が日程に上りつつあるところである。

この時期での発言として特筆すべきは、なんといってもノンフィクション作家柳田邦男の『犠^{サクリファイス}牲——わが息子・脳死の11日——』であろう。この作品は、脳死状態に陥った次男洋二郎の死を柳田たち家族が受容していく過程の記録であり、脳死を取り巻く現実を当事者の視点から赤裸々に描き出している。それは、日本の脳死・臓器移植問題を語る上で避けて通ることのできない、ほとんど古典的な地位を獲得したといっても過言ではない。医療現場の意欲的な取材活動を通じて、先端医療にも造詣が深かった柳田は、次のように述べている。

実は、私も理念としては、脳死をもって人の死としてもよいのではないかと考えてきた。しかし、現実に脳死を人の死と認めると、日本の医療現場の現状では、タテマエのきれいな事だけではすまないで、失うものも大きいという危惧を抱いている。

なぜなら、死にゆく者の命も臓器移植を待つ者の命も等価であるはずなのに、脳死・臓器移植論のなかでは、死にゆく者の命＝患者・家族全体を包む精神的ないのちのかけがえのない大切さに対しては、臓器移植を待つ者の命の千分の一の顧慮も払われていないからだ。(柳田邦男『犠^{サクリファイス}牲——わが息子・脳死の11日——』文藝春秋、1995年、p.135)

さらに柳田は、「患者・家族全体を包む精神的ないのち」を次のように説明する。

人間のいのちには、生物学的な部分と精神的・社会的・宗教的な部分（以下精神的いのちと総称する）とがある。親子・連れ合い・兄弟姉妹というものは、人生と生活を密度濃く分かち合っている。それゆえに、家族同士には、他人とは異質の喜び、悲しみ、怒り、憎しみの感情がある。そのことは精神的ないのちを「共有」していることを示すものにほかならない。(同書、p.202)

この発言は一見したところ、生物学的生命と

人格的生命とを峻別するパーソン論の言説に、構造的には似ているといえなくもない。けれども、パーソン論の人格的生命があくまで独立した個人の人格を意味している——先に小論の註(10)で見たように、人格であること条件として社会的関係が持ち出される際にも、関係を取り結ぶ当人の能力に重点が置かれる場合が多い——のに対して、柳田のいう「精神的いのち」は、家族という、身近な他者と共有されることで初めて成立する。そしてこのようないわば関係論的な見地から、「二人称の死」という視点がクローズ・アップされてくることになる。

われわれは人の死というものを考えるとき、自分の死も他人の死もいっしょくたにしていることが多い。しかし、死というものには、「一人称の死」「二人称の死」「三人称の死」があり、それぞれにまったく異質である。

「一人称（私）の死」では、自分はどのような死を望むかという、事前の意思決定が重要になる。多くの人々は、自分の死に無頓着で、ガン末期になったとき延命治療を望むのか拒否するのか、脳死状態に陥ったとき臓器提供をするのか断わるのかといった意思表示を、きちんと文書で用意している人は少ない。……

「二人称（あなた）の死」は、連れ合い、親子、兄弟姉妹、恋人の死である。人生と生活を分かち合った肉親（あるいは恋人）が死にゆくとき、どのように対応するかという、辛くきびしい試練に直面することになる。

「三人称（彼・彼女、ヒト一般）の死」は、第三者の立場から冷静に見ることのできる死である。交通事故で若者が五人即死しようとアフリカで百万人が餓死しようと、われわれは夜眠れなくなることもないし、昨日と今日の生活が変わることもない。

医師にとって患者の死は、いかに熱心に治療を試みた患者であっても、やはり「三人称の死」の次元である。人生と生活を分かち合った肉親と死別したときの喪失感や悲嘆は、そこにはない。(同書、pp.203f.)

当事者ならではの印象深い文章だが、「二人称の死」⁽²⁹⁾こそが、脳死・臓器移植問題において最も重要な位置を占める、というのが柳田の主張である。要するに、脳死状態に陥った患者を、「精神的いのち」を共有してきた身近な他者が看取り、その死を受容していくプロセスこそが一番大切にされねばならない、ということなのである。それは、脳死・臓器移植問題の核心を、残された家族のターミナル・ケアの問題としてとらえ直そうとするものといいかえることができる。

このように、人称別の死の概念を脳死・臓器移植問題の脈絡に持ち込んだ最初の論考は、管見の及ぶかぎりでは、1989年の森岡正博『脳死の人——生命学の視点から——』（増補決定版、法蔵館、2000年）であろう⁽³⁰⁾。柳田の『犠牲』に見られる実体験に裏打ちされた「二人称の死」の視点は、ある意味では森岡が先取りしていた関係論的アプローチの実践例と見ることも可能である。

最後に、臓器移植法、なかでも臓器の摘出要件を定めた第6条を取り上げておこう。

六条 医師は、死亡した者が生存中に臓器を移植術に使用されるため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ないときは、この法律に基づき、移植術に使用されるための臓器を、死体（脳死した者の身体を含む。以下同じ。）から摘出することができる。

2 前項に規定する「脳死した者の身体」とは、その身体から移植術に使用されるための臓器が摘出されることとなる者であって脳幹を含む全脳の機能が不可逆的に停止するに至ったと判定されたものの身体をいう。

3 臓器の摘出に係る前項の判定は、当該者が第一項に規定する意思の表示に併せて前項による判定に従う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その者の家族が当該判定を拒まないとき又は家族がないときに限り、行うことができる。……後略……（臓

器の移植に関する法律」[1997.10.16施行]、野町朔・秋葉悦子編前掲書、p.7)

この規定では、1)本人の臓器提供の意思が書面によって示されていること、2)家族による同意、の2点が脳死状態からの臓器摘出要件とされる。さらに条文の第3項では摘出の場合の脳死判定——いわゆる法的な脳死判定——も書面による意思確認が必要とされるのである。これは世界でも類を見ない厳しい条件といわれており、日本臓器移植ネットワークが発行する臓器提供意思表示カード——すでに7千万枚以上が配布され、郵便局やコンビニエンスストアなどに置かれている——に記入する以外には、臓器提供は事実上不可能といっても過言ではない。

また、条文の第1項では「死体（脳死した者の身体を含む。以下同じ。）」として、脳死者の身体を死体に含めているのだが、しかし第2項では、この場合の「脳死した者」を「その身体から移植術に使用されるための臓器が摘出されることとなる者」に限定している。要するにこれは、臓器提供の場合にかぎって脳死を人間の死とみなすものであり、逆にいえば心臓停止状態と脳死状態とのいずれをも暗に人間の死と認め、しかも臓器提供を意志するか否かに応じて、両者の選択を本人の自己決定に委ねているのである。

実は、この「死体（脳死した者の身体を含む。以下同じ。）」の文言は、参議院で修正される以前の中山案では「死体（脳死体を含む。以下同じ。）」という表現のまま何の限定も付け加えられず（野町朔・秋葉悦子編前掲書、p.92）、したがって脳死は一律に人間の死とみなされていた。さらに1994年に国会に上程された最初の法案では、本人意思が書面で確認されない場合でも、遺族が本人の意思を付度して同意すれば、臓器の摘出が認められていた（同書、p.59）。逆にいえば法案が審議される過程において、提供者の本人意思の確認を最優先し、また脳死を一律に死とみなさない方向で、きわめて厳格な規定が徐々に形作られていったのである。

臓器移植法のこの厳格な規定に関しては、当初からさまざまな解釈が施され、あるいは批判が向けられてきたが、移植推進派の思惑——たとえどんなにハードルが高くとも、ともかく臓

器移植を早く再開させたい——と、移植慎重派の思惑——法律のなかで脳死を一律に人間の死と規定すべきではない——との妥協の産物というあたりが、事の真相であろう²⁷⁾。

ただ、忘れてならないことは、この臓器移植法の厳格な規定の根底には、脳死状態に陥った本人ならびにその家族など、脳死に直面した当事者の側に立って、脳死・臓器移植問題を解決していこうとする意図が込められている、という点である。そしてそれは、事の当否はともかくとして、「はじめに臓器移植ありき」ではない日本独自の決着だったのであり、また永年にわたってくり広げられてきた脳死・臓器移植をめぐる突出した議論の、一つの帰結だったといえるだろう。

おわりに

きわめておおざっぱではあったが、1968年以降の日本社会における脳死・臓器移植問題の移り行きを、それぞれの時期に特徴的と思われる言説を提示しながら概観してきた。もとより、脳死・臓器移植問題に関わる文献や発言はそれこそ無数に存在しており、小論で取り上げてきた言説は、そのなかのごく一部にすぎない。けれどもそれらは、各時期における代表的な言説として広く注目を集めたものばかりであり、脳死・臓器移植問題のそれぞれの時期での論点を集約し、あるいはこの問題に関わる一般的な意識を反映したものと考えることができる。そこで最後に、これらの言説を手がかりとして、この時期の日本社会における死のとらえ方について、若干の考察を試みたい。

日本社会において、おそらく和田事件までは、何をもって人間の死とみなすかといった問題の立て方は、少なくとも一般的なレベルではほとんど意識されることがなかつただろう。医師が三徴候（呼吸停止、心拍停止、瞳孔散大）によって死亡を宣告し、死亡診断書を書けば、それで個々の人間の死は確定し、さしたる問題はなかったのである——今日でも大多数の場合はそうであろうが——。もちろん三徴候説自体は、近代医学の進展とともに確立してきた比較的新しい発想であるが、それは心臓が止まって息を引き取るという、従来からの死のとらえ方の延

長線上に位置するものとして自然に受け容れられていたといえるだろう。和田事件は、脳死状態をクローズ・アップさせることで、このような従来からの死の概念に再考をうながす契機となったのである。

和田寿郎の発言にすでに暗黙のうちに含まれ、また宮城音弥の発言にきわめてストレートに現われていた「脳死は医学的に見て人間の死である」という言説はおそらく、この新たな事態に対する医師の側からのひとつの率直な反応であったろう。移植医療の必要性を背景として、専門家の医師が断言しているのであるから、たとえ納得のいく根拠が示されずとも、脳死状態は科学的・客観的な死の事実だと盲信しなければならない、というわけである。宮城の発言を逆手に取るならば、「脳死が医学的に見て人間の死である」とナイーブに信じている一部の医師は、医学のみが人間の死の決定権を有するという「迷信に囚われている」といわねばならないだろう。

1985年から『中央公論』誌上で連載が始まった『脳死』など、立花隆の一連の著作は、脳死判定基準——とくに「竹内基準」の妥当性——に関わって、非専門家の人間が専門的な議論を徹底して展開し、その不十分な点を指摘した画期的な論考であったといえる。立花自身は、いわばパーソン論的視点から脳死状態を人間の死と認めているが、彼の仕事は、専門家集団としての一部の医師の権威主義的世界に突破口を穿つ役割を果たしたといえる。

立花の仕事と相前後して、死の定義に関わる文化論的な議論が登場してくる。そこには、欧米のキリスト教的霊肉二元論と日本人独特の伝統的生死観とを実体的かつ素朴に対置させるような、ステレオタイプの議論が多かったのは事実である。しかし、死の内実が単に医学的・科学的事実として客観的にとらえきれないものであることが明確に指摘されたことの意味は大きい。立花によって専門家集団の権威主義の呪縛から解放された死の概念は、このような文化論的な視点から、さらに相対化されることになったのである。

そのような状況のなかで、1989年の森岡正博『脳死の人』を嚆矢とする関係論的アプローチが切り開かれる。脳死の人称別の場面を明確に区別し、とくに「二人称の死」に焦点を合わせ

ることで、このアプローチは、日本社会の脳死・臓器移植問題の現実を把握するうえできわめて有効な視点を提示したといえる。

たとえば森岡は、脳死に関する種々のアンケート調査において「自分の場合には脳死を死と認めてよいが、家族の場合は心臓が止まるまで死と認めたくない」という主旨の回答が数多く見られる事実に着目しているが（森岡『脳死の人』、p.140）、それは私自身が脳死・臓器移植問題を取り上げた講義のなかで学生にアンケートを試みた経験からみても首肯できる。アンケートに際してしばしば登場するこのような発言には、おそらく、脳死に対する現代日本人の一般的な感覚——それが日本人特有のものかどうかは措くとして——がストレートに反映しているものと思われる。だからこそ、「二人称の死」を重視しなければならないとする立論が、柳田の『犠牲』に典型的に見られるようにリアリティをもってわれわれに迫ってくるのだともいえよう。

しかも、森岡も柳田も、このような関係論的アプローチの始点に、日本社会ないしは日本文化の特殊性を据えていたことは興味深い。すなわち「二人称の死」の観点ないしは感覚は、日本人独特の、あるいは少なくとも欧米人とは異なった日本的な文化特性である、という前提がその立論には含まれていたのである⁽²⁸⁾。この点において彼らの論考も、広い意味での文化論的な議論の系譜に含めることができるだろう。

しかし、このような文化論的議論、さらには関係論的アプローチは、死の概念そのものの相対化をいっそう加速させる。死の内実は、文化的あるいは社会的脈絡において、また親しい他者との関係性においてケース・バイ・ケースに決定されるのであり、そこに一律の普遍的な基準を持ち込むことは困難となる。こうして臓器移植法の規定では、最終的に死を各人の自己決定に委ね、さらにその決定に家族が同意するという構造を採用せざるをえなかったのである。

もちろん、だからといって、われわれの死が以前とはまったく異なった相貌のもとに立ち現われるわけではない。先にも触れたように、ほとんどすべての場合において、死は従来通り呼吸停止と心拍停止とともに訪れ、依然として三徴候説に基づいて死亡診断書が書かれているの

である。しかしながら、いったん「脳死は人間の死か」という問いが発せられてしまうと、死の概念、あるいは死に対するわれわれの意識は、以前のままであり続けることはできない。好むと好まざるとにかかわらず、理念的にはわれわれは、臓器提供を意志することで脳死をみずからの死として選び取るか否か、また、家族が脳死状態に陥った場合、この状態をその家族の死として受け容れるべきか否か、選択を迫られているのである。

ただ、この選択がわれわれの自己決定に委ねられるとしても、その決断はまったくの白紙状態から下されるわけではない。そこにはさまざまな外的・社会的な要因が作用するだろうし、また、決断を下すわれわれ自身、従来の哲学や法学がしばしば想定してきたような、普遍的理性をそなえた合理的判断主体などではない。ますます多様化する文化的背景を背負って現代日本社会に生きる、生身の人間でしかありえない。だからこそ、死に関するわれわれのうちなる文化的な傾向がどのようなものなのかを具体的に検証する作業が、拡散の一途をたどる死の概念、あるいは死に対するわれわれの意識をとらえるうえでも、いっそう必要とされるのではないだろうか⁽²⁹⁾。

註

(1)たとえば臓器移植法に基づく臓器提供がすでに4例行われていた1999年10月の時点で、日本世論調査会が実施した世論調査では、脳死を人間の死と認める人は72.2%に達している。また同じ調査では、この時点までに行なわれた4例の臓器移植を評価する人間が、全体の80.5%を占めている（1997年11月7日付山陰中央新報紙面より）。

けれども一方で、総理府（現内閣府）が1998年10月、2000年5月、2002年7月の時点で行なった「臓器移植に関する世論調査」を見ると、臓器移植が受け容れられたとは必ずしも言い切れない現状も窺うことができる。小論での関心から、これら3回の調査結果の一部を整理したものが次頁の表4である。

①の、自分が脳死状態と判定された場合の臓器提供の意思に関しては、「提供したい」と「どちらかといえば提供したい」との合計は、

表4 「臓器移植に関する世論調査」の比較 (単位：%)

		1998.10	2000.5	2002.7
①脳死状態からの臓器提供	提供したい	14.3	16.0	20.0
	どちらかといえば提供したい	17.3	16.5	16.0
	どちらともいえない	26.9	27.6	26.1
	どちらかといえば提供したくない	10.8	10.2	9.5
	提供したくない	26.8	25.2	22.3
	わからない	4.1	4.5	6.1
②臓器提供意思表示カードについて				
カードの所持率		2.6(1.0)	9.3(4.0)	9.0(4.2)
カードを持たない理由	カードのことを知らない	20.8	5.6	12.8
	カードの入手方法がわからない	23.5	13.8	18.0
	カードの入手方法が面倒	6.5	5.6	6.4
	臓器移植についてよく知らない	21.0	14.1	17.1
	家族の反対	4.2	9.1	5.0
	臓器移植に対する抵抗感	29.2	36.9	26.6
	その他	6.3	14.4	9.9
	特になし	12.4	16.7	21.0
	わからない	3.4	3.9	2.3
今後カードを持ちたいか	持ちたい	9.0	8.5	7.5
	どちらかといえば持ちたい	15.0	15.3	12.4
	どちらともいえない	32.6	28.7	32.1
	どちらかといえば持ちたくない	7.9	8.8	11.1
	持ちたくない	31.0	33.5	32.2
	わからない	4.5	5.2	4.7

※内閣府の政府公報(<http://www8.cao.go.jp/survey/>)による。また()内の数字は、カードを常時携帯している割合を示す。

1998年31.6%、2000年32.5%、2002年では36.0%と、一貫して増え続けており、そのかぎりでは、臓器移植が実施されるにつれて、その必要性が人々の意識に徐々に浸透しつつあることを示しているように思われる。

また、②の臓器提供意思表示カードについて、まずカードの所持率は、1998年の2.6%から、すでに7例の臓器提供が行なわれていた2000年5月の9.3%へと、3倍以上に跳ね上がっている。

さらにカードを持たない理由も、1998年には「カードのことを知らない」「カードの入手方法がわからない」「臓器移植についてよく知らない」を合わせると、実に65.3%にのぼり、3分の2の人々が自分の知識不足に原因があると考えていたのだが、2000年にはこれら三種の回答の合計は36.5%となって、ほぼ半減している。これらの数字だけを見れば、やは

り臓器移植への関心が高まったためにカードの所持率も上昇したようにも思われる。

けれども他方で、カードを持たないこと理由に「臓器移植に対する抵抗感」を挙げる者が、1998年で29.2%だったものが、2000年には36.9%と上昇し、また、「家族の反対」やその他の理由を挙げる者も2倍以上に増えている。これは、臓器移植への関心が高まるなかで、これを我が事として意識的かつ真剣に考える人間が増加した結果、むしろ臓器移植に否定的な判断が下されるようになったためとも考えられる。逆にいえば、日本社会のなかに、臓器移植に否定的に作用する傾向性があらかじめ伏在していたと推測することも可能ではないだろうか。

2002年になると、「カードのことを知らない」「カードの入手方法がわからない」「臓器移植についてよく知らない」の合計は、47.9%と

増加に転じる。また、現在カードを持たない人間のなかで、今後カードを持つかどうか「どちらともいえない」という人間の割合も、1998年の32.6%から2000年には28.7%に低下していたものが、2002年には32.1%とやはり増加に転じている。これは、マスコミ報道が沈静化して臓器移植がいわばルーティン化するなかで、人々の関心が低下しつつあることを意味するとはいえないだろうか。

このように大ざっぱで断片的なデータから断定的な結論を導き出すことは慎むべきだろうが、臓器提供の意思に関して、日本人の意識はあまり積極的とはいえないように思われる。とくに、臓器提供意思表示カードを持つ人間の割合が9%程度——アメリカ合州国では20%に上るといわれている——で頭打ちになっていること、また、現在カードを持っていない人間のなかで、今後とも「持ちたくない」あるいは「どちらかといえば持ちたくない」と考える人間の割合が、1998年の38.9%から2002年の43.4%へと一貫して増加していることは注目し得る。ここには、脳死状態からの臓器移植に対して、傍観者としては好意的に眺めるが、いざ自分が臓器提供の当事者になった場合を想定すると尻込みせざるをえないという、いささか矛盾した意識を読み取ることも、あながち不当ではあるまい。

- (2)たとえば、厚生省厚生科学研究費による「臓器移植の法的事項に関する研究」代表者で法学者の野町朔と、倫理学者森岡正博との対談「徹底議論一五〇分 臓器移植法の改正、イエスカノーか」(『論座』2000年8月号)を見よ。最近では、親の承諾によって15歳未満の子供の臓器提供を可能にしようとする臓器移植法の改正案が、国会で浮上してきている。
- (3)この点に関して、私は継続的に検討を続けてきた。その一端は、渡辺喜勝・諸岡道比古・渡辺義嗣編『死のエコロジー』(金港堂、1994年)の第三章「先端医療と死——脳死と臓器移植——」、ならびに「脳死・臓器移植問題の文化論的位相——現代日本における死生観の一断面——」(島根大学教育学部社会科教育研究室『社会科研究』第23号、1998年)として発表している。小論はこの検討作業の最新バージョンといえる。

(4)これに関連して、脳死に関わる生理学的・医学的側面にも簡単に触れておこう。脳死状態は、通常「全脳髓の不可逆的機能喪失状態」と規定される。たとえば交通事故による脳挫傷や、くも膜下出血など、脳になんらかの重い損傷を負って、治療のために人工呼吸器につながれた患者が、懸命の救命努力のいかにもなく徐々に脳機能を低下させ、ついに蘇生限界点(point of no return)を越えて回復の可能性が完全に失われた状態、これが脳死である。ここでは、さしあたって以下の4点に留意しておく必要がある。

- a)脳死とは、要するに脳の働きは失われているが心臓はまだ動いて血液が循環している状態であり、したがって体温は暖かく血色もよい。脳死が、しばしば「見えない死」——評論家中島みちの命名による——と称される所以である。また、このような脳死状態から自然分娩で出産した例もある。
- b)人工呼吸器につながれなければ脳死状態は決して顕在化せず、現実問題としてその大半は、人工呼吸器が設置されている大病院、とりわけ救命救急センターや脳神経外科などの集中治療室(ICU)で発生している。その発生率は全死亡者数の0.5%から1%程度と推定されている。
- c)脳死状態は、脳幹部分が生き残っている植物状態——意識はないが自発呼吸ができ、なおかつ人工栄養補給などの処置によって必然的に慢性化するが、稀に回復する場合もある——とは異なって、決して回復することはなく、しかも慢性化しない。脳死状態では、意識がないことはもちろん、自発呼吸もできず、人工呼吸器につながれたままでも通常4、5日から1週間程度で心臓停止に至る。
- d)脳死状態を人間の死と認めるか否かは1960年代以降の移植医療の急速な進展のなかで、初めて浮上してきた問題といえる。元来、移植手術では新鮮な移植用臓器が要求されるが、とりわけ心臓や肝臓などの場合、血液循環が維持され、したがって心臓が拍動している状態での摘出が基本要件となる。そこで、脳が死んでも心臓が拍動を続ける、いわゆる脳死状態が人間の死と認められるならば、殺人罪を犯さずに心臓を摘出することができ

る、というわけである。

- (5)たとえば吉村昭『消えた鼓動』(筑摩書房、1971年。ちくま文庫、1986年)、後藤正治『空白の軌跡——心臓移植に賭けた男たち——』(潮出版社、1985年。講談社文庫、1991年)、中島みち『見えない死——脳死と臓器移植——』(文藝春秋、1985年。改訂新版、1994年)、立花隆『脳死再論』(中央公論社、1988年。中公文庫、1991年)、共同通信社会部移植取材班編著『凍れる心臓』(共同通信社、1998年)など。
- (6)和田は、近著『あれから25年「脳死」と「心臓移植』』(かんき書房、1992年)でも、みずからにやましいところはないとして、事件当時とほとんど同じ主張をくり返し、強気の姿勢をまったく変えていない。
- (7)立花隆『脳死』(中央公論社、1986年。中公文庫、1989年)、同『脳死再論』(中央公論社、1988年。中公文庫、1991年)、同『脳死臨調批判』(中央公論社、1992年。中公文庫、1994年)。また、竹内一夫『脳死とは何か——基本的な理解を深めるために——』(講談社ブルーバックス、1987年)も参照のこと。
- (8)「竹内基準」で確認が必須とされるのは、深昏睡、自発呼吸停止、瞳孔散大、脳幹反射消失——対光反射、角膜反射、毛様脊髄反射、眼球頭反射、前庭反射、咽頭反射、咳反射の消失——、平坦脳波である。
- (9)立花は、「竹内基準」のように、外部から確認された脳機能の停止だけで脳死判定を行なおうとする立場を「機能死」説と呼び、これに対して脳細胞の壊死をもって完全な脳死状態とみなそうとする自身の立場を「器質死」説と規定している。この時期、「機能死」vs.「器質死」は、脳死・臓器移植問題に関わる議論の中心的論点のひとつであった。
- (10)パーソン論とは、きわめて大ざっぱにいえば、人間の生命を人格的生命と生物学的生命との二つの側面に分けてとらえ、人格的生命の側面のみが人間として生存する権利を持つとする主張である。人格的生命の条件としては通常、「自分が自分である」という自己意識をもつこと、理性的存在であること、社会的関係を取り結べることなどが挙げられる。
- (11)このような立花の立論には、パーソン論同

様、障害者や意識を失った人間に対する差別や排除につながる危険性が含まれている。

- (12)波平恵美子『脳死・臓器移植・がん告知——死と医療の人類学——』(福武書店、1988年。福武文庫、1990年)、同『病と死の文化——現代医療の人類学——』(朝日選書、1990年)。森岡正博『生命学への招待——バイオエシックスを超えて——』(勁草書房、1988年)、同『脳死の人——生命学の視点から——』(東京書籍、1989年。増補決定版、法蔵館、2000年)。梅原猛「脳死・ソクラテスの徒は反対する——生命への畏怖を忘れた傲慢な『脳死論』を排す——」(『文藝春秋』1990年12月号。梅原編『「脳死」と臓器移植』[朝日新聞社、1992年。朝日文庫、2000年]に再録)。櫛島次郎『脳死・臓器移植と日本社会——死と死後を決める作法——』(弘文堂、1991年)。これら脳死・臓器移植問題に関わる文化論的な論考の内容については、前掲拙稿「脳死・臓器移植問題の文化論的位相」で詳細に検討しているので、参照されたい。
- (13)この少数意見で興味深いのは、違法性阻却論によって、脳死状態を人間の死とみなさずに臓器移植に道を開こうとした点である。すなわち、本来は殺人罪または傷害罪を構成する行為でも、正当防衛の場合には罪を問われないと同様に、本人の意思に基づく臓器提供という正当な理由があれば、拍動する心臓を医師が摘出したとしても、殺人罪に問われることはないとする考え方である。
- (14)もとより、国会の諮問機関による答申の常として、脳死臨調の場合も、超党派の生命倫理研究議員連盟など、移植医療を積極的に推進していこうとする政治勢力の意向によって、当初から議論が方向付けられていたであろうことは、想像に難くない。
- (15)このような米本の文化論的アプローチに関連する今ひとつの基本的発想として、法学者 唄孝一の以下の発言を引用しておきたい。

自然的生物学的次元と社会的次元とを区別して二元的に観念すべきことは、私自身、実は強調してきたところである。しかし、死を点としてみる限り、それは自然生物学的次元にはその観念はなく、法

的・社会的次元だけの問題ではなからうか。自然生物学的には連続的な dying から dead にいたるプロセスがあるだけではなからうか。……点を判断することは、自然的生物学的には必要とされないし、可能でもない。それを点として確立するのはあくまで、法的・社会的次元の問題としてである。

もとより法的・社会的評価は、自然的生物学的認識を全くはなれてはありえない。両者は異次元でありながら、通常相互に重なり合おうとする。その二つの次元を連結し媒介しているのが医師の判断作用である。医師は専門家として自然的生物学的過程を観察認識し、その上で社会が認めた死の観念に従って、社会から委託された役割として死を判定するのである。つまり、この場合、医師は、自然的生物学的過程についての専門家としてと、社会の代理人としてと、二重の役割を果たしている。連続的プロセスとしての自然的生物学的過程から一つの点が法的・社会的な死として選ばれるのは、上のような仕組みを通してである。こうして自然的生物学的次元と社会的次元とは連結されているのである。(唄孝一「脳死論の論理——日医『最終報告書批判』——」『世界』1988年10月号、p.248)

ここでは、生物学的な死は一連のプロセスにすぎず、死亡時点を特定するいとなみ自体、法的・社会的に——あるいは小論での文脈からすれば文化的に——要請されたものにほかならない、とされるのである。

- (16)このような心身二元論の発想は、脳を個人のアイデンティティの拠り所とみなす、立花隆の議論に重なり合っていると見てよいだろう。
- (17)同様の主張は、米本昌平『バイオエシックス』（講談社現代新書、1985年、pp.200-203）にもすでに見られる。
- (18)近代合理主義の根底をなすデカルト的心身二元論に批判を集中し、これに日本神道の一元論や仏教の利他的な「菩薩行」を対置させる梅原猛の立論は、その典型例であろう。梅

原前掲論文「脳死・ソクラテスの徒は反対する」を参照のこと。

- (19)この点に関連して、きわめて説得力ある形で現代日本人の死生観の所在を浮かび上がらせた画期的な論考に、波平恵美子の『脳死・臓器移植・がん告知』、とくに第一章「日本人と遺体」がある。そのなかで彼女は、1985年8月の日航ジャンボ機墜落事故の遺族の手記を素材として、日常的には意識されにくい、われわれのうちなる霊肉一致的な死生観・遺体観を検討するのである。ただ、波平がこれを日本人固有の伝統的な死生観・遺体観の残存とみなしている点は疑問の余地が大きい。彼女の立論への反証の一例としては、岩本通弥「『死に場所』と覚悟」（同編『覚悟と生き方』[ちくま新書、1999年]所収）を参照のこと。また波平の議論の詳細については、その問題点も含めて前掲拙稿「脳死・臓器移植問題の文化論的位相」を参照されたい。
- (20)このような観点からの考察としては、たとえば多田富雄「個体の生と死——免疫学的自己をめぐる」（多田富雄・河合隼雄編『生と死の様式——脳死時代を迎える日本人の死生観——』[誠信書房、1991年]所収）や、飯田亘之『生命技術と倫理』（市井社、1994年）などがある。
- (21)現在移植が承認されている施設は、心臓移植が東京女子医大・国立循環器病センター・阪大の3施設、肝臓移植が信州大・京大・北大・東北大・東大・名大・阪大・岡山大・九大の9施設、肺移植が東北大・京大・阪大・岡山大の4施設である。また、臓器提供施設は、大学病院や救命救急センターなど全国で407施設が指定されている。
- (22)1995年4月に全国規模で日本腎臓移植ネットワークが稼働し、これが臓器移植法の施行とともに日本臓器移植ネットワークに改組されて、現在に及んでいる。
- (23)この間、技術的な面では、林成之日大教授が確立した低体温療法による、切迫脳死段階からの蘇生例が報告されて反響を呼んだ。低体温療法については、柳田邦男のルポルタージュ『脳治療革命の朝』^{あした}（文藝春秋、2000年。文春文庫、2002年）に詳しい。また、脳死状態からの肝臓移植ができなかったために、日

本で特に発達した生体肝移植手術の事例も、京大を中心に、2002年7月には通算2,000例を越えている。

(24)この事例に関しては、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、2000年)が、脳死判定そのものの問題点と、マスコミの報道姿勢の問題点を取り上げ、掘り下げた議論を展開している。

(25)「二人称の死」という言葉は、たとえばフランスの哲学者ウラジミール・ジャンケレヴィッチも用いている。彼はとくに、実際には決して体験できない一人称の死を追体験する手がかりとして、二人称の死に注目するのである(中沢紀雄訳『死』[みすず書房、1978年、pp. 24-36。原著は1966年の出版])。ちなみに波平恵美子は、「弔い——死者儀礼に表現される死の観念」(岩波講座宗教と科学7『死の科学と宗教』[岩波書店、1993年]所収)のなかで、このジャンケレヴィッチの視点を日本人の死者儀礼の分析に援用している。

(26)森岡の論考に関しては、前掲拙稿「脳死・臓器移植問題の文化論的位相」において詳しく検討しているので、参照されたい。

(27)参議院での臓器移植法案の修正をめぐることは、柳田邦男や中島みちなど、移植慎重派の評論家の発言が大きく作用したとされる。この間の経緯^{あした}に関しては、前掲柳田邦男『脳治療革命の朝』の第十章「脳死論の真只中で」、中島みち『脳死と臓器移植法』(文春新書、2001年)の第三章「参議院での逆転」に詳しい。またこの政治決着の舞台裏については、向井承子「臓器移植法はどのようにしてできたか」(向井承子『脳死移植はどこへ行く?』[晶文社、2001年]所収)も参照されたい。

(28)森岡は、「生命学」という新たな視点から脳死・臓器移植問題をとらえ直そうとするのであるが、彼が構想する「生命学」は、欧米流のバイオエシックスを、「普遍的な理法から、人間関係の情へ」という方向において日本的に変容していくなかで見出されるはずのものであった(森岡『生命学への招待』の第6章「生命倫理学の日本の変容」)。柳田もまた、次のように述べている。『脳死は人の死』という考え方に踏み切れない、日本人特有の何

かがあるのだ。それは、日本人の死生観であり、遺体観であり、非個人主義的家族愛であると、私は思う。そこに、白か黒かで割り切る西洋合理主義や、キリスト教社会の死生観、遺体観、隣人愛の精神を持ち込んでも、十年や二十年で日本人全体を洗脳できるわけがない(柳田『犠牲』、pp.227f.)。

(29)もっとも、一口で「われわれのうちなる文化的な傾向」といっても、問題は複雑である。近年では、従来日本人特有のものともみなされがちであった文化的な傾向、たとえば「日本人独特の遺体観」や「人間関係のなかでの死の確認」といった傾向が、必ずしも日本文化の特殊性とはいいきれない、との指摘がなされつつある。

たとえば森岡正博は、近著では、アメリカ合州国においても関係論的アプローチが注目され始めている事実を強調し、さらにはメルロー・ポンティやエマニュエル・レヴィナスなどの思想を援用しつつ、「脳死の存在者の存在論的地位」を哲学的に確定しようと試みている(森岡正博『生命学に何ができるか——脳死・フェミニズム・優生思想』[勁草書房、2001年]、第1章「いま脳死を再考する」)。いいかえれば、日本の特殊性に基づく発想として出発したはずの関係論的アプローチの普遍性が、ことさらに主張されるようになったのである。

これと同様の普遍主義的な関係論的アプローチは、たとえば科学史家小松美彦『死は共鳴する——脳死・臓器移植の深みへ——』(勁草書房、1996年)や、人類学者出口頭『臓器は「商品」か——移植される心』(講談社現代新書、2001年)などにも見られる。いずれの論考でも、人間の死やアイデンティティを自他の人間関係のなかでとらえる傾向が、「文化の普遍性」として位置づけられ、これが近代的な死の概念——小松のいわゆる「個人閉塞した死」——や、近代的なアイデンティティ概念——出口によれば、精神と身体とを峻別して前者にのみ個人のアイデンティティを認め、精神が身体を所有しているのとらえる——に対置されるのである。

たしかに、ひところ喧伝されたように、欧米では心身二元論的発想のもとで大多数の人

間が脳死を人の死と認めており、純粹に gift of life ないしは隣人愛の精神から臓器提供がなされているといった単純な議論はもはや成立しない。むしろそこには日本人同様のさまざまな葛藤——たとえば遺族が臓器提供への躊躇を感じたり、あるいはドナーが臓器としてレシピエントの体内で生き続けていると考えたりする——が孕まれていることが報告されている。したがって、死に対する関係論的アプローチには、文化的普遍性に基づく妥当性があるのかもしれない。けれどもこれまた、日本文化の特殊性の議論の場合と同様、いったいどこまでが「文化の普遍性」として把握しうるものなのかは、必ずしも明確とはいえ

ない。「文化の普遍性」を着実に発見するためにも、やはり各々の死の文化を探求する地道な営みが、まずもって要求されるはずである。

このような死の文化の特殊性と普遍性の問題については、私もささやかながら検討を試みている。まだ不十分なものでしかないが、その一端は、「死はいかにして教えられるのか——『死への準備教育』を考える——」（島根大学教育学部福祉文化研究会『福祉文化』創刊号、2001年）、ならびに「隠岐島前の墓上施設——『スヤ』の現象学に向けて——」（『山陰民俗研究』6、2001年）として発表しているので、参照いただければ幸いである。