

# 「脳死」と「臓器移植」考えるために

——問題とその暫定的な解決——

黒崎 剛

「脳死」と「臓器移植」をめぐるのは、1960年代の終わり以来、すでに三十数年にわたって繰り返し激しい議論がたたかわされてきた。実際、理論的問題に淡白な日本人が、これほど執拗に同じ問題に対する関心を持ち続け、論じ続けるということは珍しい例に属するし、その成果として、論点はほぼ出し尽くされ、それに対するありえる見解も完全に出揃っていると見ていいだろう。筆者は機会あってここ十年にわたり、医大、看護学校ばかりでなく、一般の専門学校、大学などでこの問題を講じ、学生とともに考えてきた。そこで本稿では、筆者が哲学研究者としての立場に立って話してきた内容から、学生に考えてもらいたかったし、自分でも言いたかった最低限の論点、すなわちこの問題を通じてあらわになった人間観を中心に、問題の捉え方を披露しておくことにする。したがって、本稿は理論的な考察ばかりでなく、教育実践の報告書という意味ももっている。

## 1. 「脳死」——何をもって死とするかの合意をめぐる

### (1) 脳死の問題化

まず「脳死」問題であるが、<sup>\*1</sup>そもそも「臓器移植」が前提されていなければ「脳死」は特に社会問題になるようなものではない。臓器移植と引き離れた時、脳死の問題とは、「何をもって人の死とするのか」をめぐる社

会的合意の問題として扱うことができる。そこでまずはじめに、この点だけを臓器移植とは別の問題として確定しておくことにする。

これまで人類社会においては、ほぼあらゆる時代、あらゆる社会で、「心臓停止」こそが支配的な死の判定基準だったと言っていいだろう。現在では一般に医師による死の判定はいわゆる「死の三徴候」——呼吸停止、心拍停止、瞳孔散大・対光反射消失（それぞれ肺、心臓、脳の不可逆的機能停止の確認）を基準としているが、その中心となっているのは、やはり心臓停止の確認である。我々は「人の死」を、息をひきとる、脈が止まる、心臓が止まる、体が冷たくなるといった一般に誰にでも分かる現象から判断してきたのであるが、そうした現象は大体において直接には心臓停止によって生じてくるものである。

ところが第二次世界大戦後に人工呼吸器が開発され、救命医療が発達し、蘇生術が広く普及した結果、死の寸前から救われる人がでてくると共に、心臓は動いていても脳が死んでしまうという状態になる人がでてきた。そこで「脳死」という概念が1950年代後半から認知され始める。そして、臓器移植のための臓器提供者として脳死者が考えられるようになると、脳死は広く問題とされるようになり、新しい死の概念として扱われるようになってきた。

脳死は高度の医療設備がないところではありえない現象である。一見逆説的だが、医療技術が高度化し、特に人工呼吸器が開発され、蘇生術が広く行き渡っているところでなければ、人は長く脳死状態にとどまることはない。だから脳死の発生率はそう高くない。脳死に至る人の統計が正確に取りられていない頃から、脳死に関わる人たちの想定では、大体死者の中の1%程度だとされている（この数字はもちろん普遍的傾向ということではできず、脳死状態に至る人の数をゼロにすることが医療者の目的であるから、減って行くことが望ましいことは言うまでもない）。

脳死状態なのかそうでないのかは、蘇生可能性のあるなしの分かれ目で

あるので、まず求められたのは信頼できる脳死判定基準であった。脳死を人の死と考えないならば、脳死の判定基準を絶対的な確実性をもたなくても、脳死を疑われている人を治療・介護する人々が慎重な態度をとってその人の容態を見守るならば、深刻な問題は生じないであろう。しかし脳死を人の死とするとすれば、脳死判定は即死亡判定であり、ましてや臓器移植が前提にされているとき、脳死を確実に判定できる基準の有無はきわめて重要な問題になる。日本ではこの判定基準として1985年に「厚生省科学研究費特別研究事業脳死に関する研究班」がいわゆる「竹内基準」を出している。竹内基準は死の判定の変更を目指したのではなく、臓器移植も前提にしていない。ただし、現行の臓器移植法に付随する「法的脳死判定マニュアル」はほぼ竹内基準を踏襲している。<sup>\*2</sup>

「竹内基準」という公的な権威をもった脳死判定基準が提起されたことに伴って、脳死論議は1980年代半ばから本格化した。議論の内容も多岐にわたっている。例えば、脳の機能が不可逆的に損失しているのか、それとも今は脳が機能していないのかを100%見分けることは不可能であるから、誤診の可能性を徹底的になくすために、脳の器質自体が崩壊する、すなわち脳細胞そのものの崩壊を確認して脳死と見なすべきだという反対論などが出されて議論されたのも、この頃である。<sup>\*3</sup>

## (2) 二つの対立点

しかし、これまでのところ、人間は器質死（肉体そのものの崩壊＝腐敗、白骨化）ではなくて、機能死（人としての機能の消失）をもって人の死としてきたのであり、器質死か機能死かは大きな社会的対立になるような論点ではないといって良い。大きな対立となったのは、その場合に「機能」というものを脳の機能だけに限定してもいいか、あるいは身体の全体的な機能まで含めるべきなのかという点についてであった。つまり、脳死をめぐる見解の最大の対立点は、脳死を「人の死」、すなわち「或る個体の死」

とみなすか否かであった。そしてそれは実は脳死そのものをめぐる対立ではなく、それを唱える人々が前提している人間観に根ざす対立であるから、脳死問題は最初から医学上の問題ではなく、人間観をめぐる哲学的な問題として議論されてきたのである。

この対立は、議論としては激しいが、きわめて単純な構造をもっている。それは二つのかたちで表現することができる。脳死を人の死とする側を「賛成派」、認めない側を「反対派」とし、それぞれの考えを簡潔にまとめて見ると、次のように言うことができるだろう。

#### ①哲学的な観点からの対立

a) 賛成派：人間を人間たらしめているのは、自覚的な行為ができるか否かということである。「自覚的な行為」というのは、自己の自覚（自己意識）をもち、自分の行為の内容や目的を理解しており、事の善し悪しを分けて考えながら行われる行為である。そして、そのような自覚的な行為を司っているのは脳である。だから、その脳がもはや機能しないのであれば、たとえ生物学的には生きていたとしても、人間としては死んだということになる（正確に言えば、この立場は大脳機能だけを人間の本質とみなしているので、例えば「植物人間の安楽死」といったところにまで進んでしまうが、いまはそうした問題は考えないでおく）。

b) 反対派：人間の本質を脳の機能としてしか見ないのは、近代的な人間観、知性重視、個人主義からくる偏見である。人間の身体もまたその人の本質を作るためにあずかっているものであるから、身体の機能停止まで待たなくては死んだとは言えないはずである。したがって、身体全体の機能停止を引き起こす直接的な原因である心臓停止をまって死とすることがもっとも人の死として受け入れやすいはずである。

#### ②医学的な観点からの対立

a) 賛成派：脳が不可逆的な機能停止状態に陥れば、やがては確実に心臓も止まり、死が訪れることは間違いがない。だから脳死となった時点で

人は「最後の一线＝後戻りのできない一点」(the point of no return)を越えたのである。したがって、これを人の死と見なすことには問題はない。

b) 反対派：やがて確実に死が訪れるとしても、「まもなく確実に死ぬ」ということと「もう死んでしまっている」ということとは違う。不可逆性は死そのものではない。脳死状態の時はまだ体も暖かいし、眠っているかのごとくである。これでは親しいものは死んだということを承認できない。また、妊婦ならば子供を生むこともできるのだから、その人を死んだと見なすのは不合理であり、社会制度上も問題（生母の死が子の誕生に先立つなど）が生じる<sup>\*4</sup>。

### (3) 脳死問題の深刻化——「医学的な死の判定」と「死の認知」とのズレから

しかしながら、以上のような対立があるからと言って、それだけで、脳死問題が社会を二分して争われる問題になるわけではない。それが深刻化したのはもちろん、「臓器移植」を推進したい人々の希望が、一方的に脳死問題に介入してきたからである。

人間が自己意識だけの存在ではないこと、また脳死の臨床医学的に脳死が個体の死であるという判断は多くの人にとって説得力をもつ見解であろう。しかし、脳死の現場でもっとも重要なのは、「死の認知」である。親しいものにとって、我が愛する人の死を認めることは、時間のかかる作業であろう。しかも、脳死状態の場合、その体にはまだ血は通って暖かく、場合によっては子供を生むこともできるというのであれば、親しいものがその人の死を承認・認知できないのは当たり前なことだと認めなければならない。しかし、このズレも実はそう深刻な問題であるとはいえない。なぜなら時間が経てば脳死状態の人は確実に死ぬわけだし、誰もがその死を受け入れる瞬間は遅かれ早かれくるからである。だから、我々のすべきことは、気持ちの整理のできないでいる人々に、愛するものの死を受け入れられるだけの時間を保証することだけであり、それだけの話なのである。

このわずかな時間のズレが本質的な問題になるのは、臓器移植が絡んできた場合だけである。まだ死を認知できないでいる人々に臓器の提供をもちかければ、そこに深刻な感情の食い違いが生まれる可能性がある。医者は臓器欲しさに早めに治療を停止したのではないか、脳死判定を急いだのではないか、自分が臓器提供に同意したばかりに、あの人を死なせてしまったのではないか、などという疑心暗鬼、迷い、後悔が生じてくる。本来ならば、ターミナル・ケア（終末期医療）の範疇にいれるべきであった脳死状態の人の扱いに、臓器移植が絡んできた結果、些細な問題が国民的対立となってしまったわけである。

## 2. 臓器移植の何を肯定できないのか

「脳死」そのものをめぐる対立は、「見解の相違」とでも言うべきもので、対立するものたちの十分な意思疎通によって取り除けるような障害であると言えるだろう。それが深刻な対立と化すのは、脳死判定に臓器移植が前提されている場合である。この点で、「脳死問題とは臓器移植問題である」と言うことができる。では、我々は臓器移植という人の命を救うはずの医療の何に肯定できないものを感じているのだろうか。ここでは思想と人間観にまつわる問題に絞って、現実の制度、法律上の問題と理念問題に分けて考察する。<sup>\*5</sup>

### (1) 現実問題

#### (1) 医療への不信と提供の意思決定の厳格化

もともと脳死を人の死と認めよという要請は、①脳死状態の患者の無意味と思われる延命や、②医療費負担の問題といったような脳死そのものに関わる問題からという以上に、③新鮮な臓器を移植のために使いたいという希望から出されたものである。そこで、医師と患者が臓器移植をしたい

と希望するという事は、他人の死を「期待」しているということではないか、という疑惑が生まれ、その結果、死亡判定をできるのは医師だけなので、臓器欲しさに脳死の判定が甘くなったり早められたりするのではないかという疑いが医師に向けられることになる。<sup>\*6</sup> 現在では脳死判定をする場面に移植医が同席しないのがルールとなって防止策が取られているが、問題の根底にあるのは、人々の中に根強くある医師・医療不信である。

日本における医療不信・医師不信は、臓器提供の意思決定を厳しくするというかたちで跳ね返っている。臓器を提供する意思決定の同意者が誰であるのかという問題については、① 本人による、② 本人+家族による、③ 本人の意思が分からない場合、家族の同意による、④ 家族の同意だけでよい、⑤ 本人および家族から反対が表明されていない場合、臓器を摘出できる、等の立場があるが、日本では、1997年から施行された「臓器の移植に関する法律」の成立にあたって、最も厳しい②の基準（「本人が生存中に臓器提供の意思を書面で提示し、遺族が拒まないとき、または遺族がないとき、移植用臓器を摘出できる」）が導入されたのである。<sup>\*7</sup>

現在、臓器移植を推進しようとする人々は、この厳しすぎる提供者基準を緩和することを優先課題としている。しかしこのような厳しい基準が採用されたのは、日本社会に広く医療・医師不信の傾向が存在しているからであり、この点の手当てをしないままに基準を緩めようとしても、ふたたび対立を蒸し返すだけの結果に終わるであろう。<sup>\*8</sup>

## (2) 臓器売買

国際的な問題としては、臓器売買が挙げられる。特に発展途上国における臓器売買、死体売買はほとんど黙認されているのが現状である。さらに金持ちの患者に臓器を提供するために貧困層やホームレスの子供たちの誘拐、殺人さえ引き起こされていると言われている。こうした現状では、臓器移植という医療は、総体として人間に対する健康障害を増やしている、

という告発がおこるのも無理はないところだろう。もちろんこれは本来は貧困問題、そして南北問題という巨大な構造的欠陥の一結果なのであって、「医療問題」として解決することはできないものである。

## 2. 理念問題

(1) 根底にあるもの——「他人の死を前提にする」という素朴な反感

臓器移植という一医療術が人々の心に波紋を引き起こす理由は、そこに人々の素朴な反感を引き起こす前提が含まれているからである。

生体からの移植ができない場合、臓器移植は新鮮な臓器を確保するため、第三者の死を前提とすることになる。実際、臓器移植が登場してきた1960年代後半の、特に知識人層に最初に現れた反応が「他人の臓器をもらってまで生きるのはあさましい、そうまでして生き延びたいとは思わない」というものだった。裏を返せばこれは「他人の死を前提することに対する後ろめたさ」を人々が感じているということである。こうした「素朴な反感」は通常、議論の表面に出てくることはない。しかし実際は、多くの人をして臓器移植に懐疑を抱かせる決定的な要因となっているものである<sup>\*9</sup>。

(2) 自己意識と身体との分離

次に、現在の医療技術、生命操作技術は、人間の身体を人間の本質性からはずし、自己意識だけを自立化させるという方向に向かっているが、臓器移植はそのもっとも原始的な形態として位置づけ可能であることから生まれる反感がある。

臓器移植は、臓器とは人間の持つ部分品であり、一人の人間の本質を構成するものではないという考えを楽天的に承認している。しかしこれは、身体もまたある人の個性性を構成する本質的存在にはかならないという素朴な（多くの日本人が今も持っている）身体の同一観を真っ向から否定する



ものである。つまり、臓器移植というのは医療技術としては、数ある治療法のなかのひとつにすぎないが、同時にそれは我々がこれまで疑うことなく維持してきた身体観、人間観、死の受容の仕方についての考えにも大きな変化をもたらす内容をもった技術なのである。しかも、臓器移植は「脳死」を人の死として想定すること、すなわち人間とは脳＝自己意識であるという人間観を強いているのであるから、非常に首尾一貫した「人間＝脳機能」論を展開している技術であると捉えられることになる。これこそが臓器移植医療に対する人々の意識的・無意識的な思想的反撥を引き起こしている要因のひとつである。

### (3) 個人の「アイデンティティ」の問題

ところが、臓器移植が暗黙の内に含んでいる「臓器は自己の本質ではない」という人間観に逆らって、実際には臓器移植を受けたことによって、「アイデンティティ（自分は自分であるという安定した自己観）」の危機が生じる可能性が出てきている。つまり、移植された臓器を自己のものとして受容し得ないために、自己同一性を失ったと感じる人々がいるのである。

臓器の提供を受ければ、命をもらったと感謝するのが当然とも思えるが、人によっては自分の体が他者によって侵食されたという違和感を感じてしまう（特に、心臓移植の場合には）。人の臓器をもらったことによって、「人の好意によって生かされている」というよりは、「自己に疎遠な何ものかに自分の命を握られている」という感覚をもってしまい、精神上のアイデンティティが侵されていると感じてしまうのである。

また臓器を移植するということは自己の身体上のアイデンティティにも大きな影響を及ぼす。臓器移植後は拒絶反応を押えるため免疫抑制剤を飲み、免疫という人間の身体上の自己同一性＝アイデンティティを否定するような治療を続けなければならない。しかしむしろ、臓器移植後の拒絶反応こそはまさに、人間の自己同一性の回復の反応＝自己治療能力の発揮な

のである。それなのにそれを抑え込むというのは「自己治癒」を基礎とする医療からの逸脱ではないのかという疑問も起こりうるのである。

### 3. 暫定的考察

臓器移植という方法は、数ある医療技術のなかのひとつでありながら、以上のような疑問や反感を引き起こしてしまうのは、この技術が、現在急速に開発されている生命操作技術の、原始的な形態、あるいは先駆けという性格をもっているからである。

だが、思想問題を離れて、医療として考えるならば、臓器移植をして生きたい人がいて、自分の臓器をあげても人を生かしたい人もいる、そしてこうした合意が純粹ならば、それを禁止するということはもちろんできることではない。結局、我々は数々の疑問を感じつつも、今現在は「それ以外に方法はない」という事態を考慮すれば、臓器移植を緊急避難的医療として承認するという態度がもっとも現実的である。つまり、将来は問題の少ない医療法に切り替えるべきだが、今現在それに代わる方法がない以上、しばらくの間は承認するという態度をとるべきだろう。そこで現実的な問題は、臓器移植に対する反感をできるだけ少なくして、円滑におこなうために、最低限の倫理的ルールを確認しておくことになる。

#### (1) 脳死に関する社会的承認事項を考えること

まず第一に、脳死についていえば、「臓器移植のためにはそう見ることが必要だから、脳死は人の死である」という態度はまったく独善的な態度であること、何をもって人の死とするかは、生物学や医学の知識によって判定されるだけでなく、社会的に承認された基準でもって決定されるべきだということを主張しておきたい。この際、注意しなければならないことは、①「自分が脳死になったときには死んだとおもってもらいたい」と

ということと②「一般的・法的に脳死を人の死と認めるか」ということとは別問題だということである。①は個人の思想・人生観に関わることであり、誰かによって強制されることはなく、各個人が脳死を人の死と思おうが思うまいがまったく勝手なことである。しかし②の場合は個人の死生観の問題ではない。そしていま問題になっているのは、②なのである。

生死の判定が個人の思想に委ねられるとしたら、同じ状態でもある人は死んでおり、ある人は生きていることになるという混乱が生まれるだろう。本来、人の生死の決定は個人の死生観を越えた問題であり、社会的承認を必要とする。もっとはっきりいえば生死が微妙な段階で、何を生とし、何を死とするかは、同じ共同体に属する人々の普遍的了解事項なのである。

これについては、脳死の議論の中では、二つの立場があった。①ひとつは当事者（主に家族）が脳死を死と認めたら、その人は死んだと認めてよいとする考え（日本医師会や移植推進論者）である。しかしこの立場は人の死を決定する場面に当事者の恣意が大きく左右するという欠陥がある。これに対して、②一般的に広く社会的レベルでの合意が認められなければ、脳死を死と見なしてはいけないうる立場がある（日弁連など）。そもそも人の生死に関しては、心停止をもって人の死とするという基準のように、広く社会的に承認されているからこそ、各人は心の区切りをつけることができるのであり、②のみが正しく、①は明らかにご都合主義的な議論であって、間違いだと断定していい。したがって、脳死を人の死と見るか否かは、社会的なコンセンサスの動向をにらみつつ決定すべき事柄である。

臓器移植が認められてもよいということになったとしても、「脳死移植のために必要だから、脳死を一般的に人の死として再定義する」という理屈については、疑問をもつ方がまともであろう。立法化しないと脳死移植が殺人として告発される危険があることはあるが、だからと言って法律で決めてしまえば、「脳死状態の人はもう死人だ」と思っていなどというのは、批判能力をマヒさせる考えである。現行の日本の臓器移植法の成立

に際して、臓器不全の患者の命を救うという大義を掲げながら、臓器移植推進論に対する支持が広がらなかったのはなぜかといえば、他のやり方（違法性阻却論など）を十分に検討することもなく、脳死を人の死とする社会的合意が成り立っているとはとてもいえない状態であったのにも関わらず、自分たちの大義だけを言い立てて、脳死を一足とびに法制化しようとする独善的な態度に多くの人が納得できなかったからである。実際、臓器移植推進者は同時に1994年以来の臓器移植法案成立の推進者であり、この推進論者たちはその強引なやり方ゆえに、中間的な態度の人々までをいっせいに法案反対派に合流させてしまった。その点で日本における臓器移植の普及は、臓器推進論者たちの運動によって遅らされたという皮肉な結果になってしまったと総括すべきなのである。<sup>\*10</sup>

## (2) 「素朴な反感」に対して配慮すること

輸血、角膜移植なども広い意味の移植医療であるが、それらがさほど抵抗なく受け入れられ、またドナーの死亡例すらある骨髄移植も社会的には定着しているのに、臓器移植だけが心理的抵抗観をもたれてしまうのは、それが他人の体を大きく傷つけたり（生体腎、肝移植）、誰かの不幸（脳死）が自分の好運という事態に対する素朴な嫌悪観に原因があるということは否定できない。だから臓器移植を行う場合、こうした嫌悪感を生む前提をなくすことが必要である。こうした抵抗感を少なくするためには、臓器の提供はあくまでも生前の本人の強い意志があったか、家族の側からの自発的申し出を待つという態度に押さえるべきである。脳死状態の患者を抱えて心理的に動揺している家族のところに向いて、臓器提供を呼びかけるということは控えなくてはなるまい。「そんなことを言ったら臓器提供者がいなくなってしまうではないか」と言う人もいようが、それは現状では仕方のないことである。だからこそ課題は、ドナーカードを普及するというような、自発的に臓器を提供する意思を表明できるような雰囲気を整え

ることにあると考えるべきであろう。

### (3) 臓器売買に対する対策を立てること

臓器を「資源」とみればそれはただの「部品」となり、今日の社会では確実に「商品化」され、臓器売買が広がるのは避けられない。臓器の提供があくまでも無償の善意であるという形を制度化する必要がある。また無償の善意であるということは、「資源のリサイクル」とは違うのだという点にも注意する必要がある。この問題については別稿で詳述したい。

### おわりに

脳死移植医療は結局、他者の犠牲の上に成り立つばかりでなく、そもそも「ドナー不足」と「拒絶反応」という解決不可能の問題を抱えた方法である以上、より効果的な治療法が解決されるまでの暫定的、緊急避難的、必要悪的な医療にとどまるものである。臓器移植に代わる医療法としては、古くから人工臓器の開発が進められ、現在では「再生医療」が登場した。だがどちらもまだ臓器移植にとって代わるような段階に達していない以上、我々は臓器移植という医療に対して、どのような態度をとるべきか、しばらく問われ続けることになるだろう。そして私は臓器を提供するか、臓器をもらうか、という問いは、単に医療上の問題ではなく、われわれ自身が自分の生き方を反省してみるために、一度は問うて見る価値のある問いであろう。ちなみに筆者は、本論で挙げた問題をみな押さえた上で、そして臓器移植が緊急避難的な医療であることを自覚した人々が行ってくれるのでありさえすれば、臓器移植医療を推進することに賛成するし、自分自身もドナーになるつもりである。

## 註

- \* 1 脳死には全脳死（大脳、小脳、脳幹のすべてが不可逆的に機能停止）と脳幹死（脳幹の不可逆的機能停止）とがあるが、本稿では全脳死を「脳死」として扱っている。
- \* 2 「竹内基準」と「法的脳死判定マニュアル」の特筆すべき違いは、脳死判定の除外例を6歳未満の小児から15歳未満としたことである。6歳未満というのは、子供の脳の回復可能性を考慮してのことであり、15歳未満というのは、民法961条の遺言可能年齢と整合させたものである。
- \* 3 立花隆『脳死』（中央公論社、1986）がその代表である。
- \* 4 以上の二点以外にも、例えば、医療費負担の問題から、脳死を人の死と見なす要請が生じることがある。脳死になった人に治療をつづけることは、医療費の余計な負担であり、かつ医療者にとっては死体を治療しているのではないかというストレスを与える。また逆に、患者本人および家族の立場から、そのような体を手を加え続けることは人間の尊厳を損なう行為であり、脳死状態の家族を死んだと見なしたいという要請も生まれる。
- \* 5 「人間観に絞って」という意味は、例えば医療経費負担の問題や、費用に比しての治療効果などの医療政策上、医学上の問題は、もちろん重要なことであるが、とりあえず本稿では扱わないということである。
- \* 6 もちろんこれについては一般論で済ませることはできず、いわゆる「和田移植」によって日本人の間に植え付けられた不信感の大きさをあらためて思い出さずにいられない。「和田移植」については、入手しやすい文献のなかでは、中島1に詳しく検証されている。なお和田寿郎本人にも、『あれから25年「脳死」と「心臓移植」』（かんき出版、1992）という著書がある。
- \* 7 こうした意思決定の過程では、本人あるいは家族に対して移植を行う側からすべての疑問、危険に対してあらかじめ十分ICがなされていなければならない。また、脳死状態からの提供を認めた家族は、後々まで「あ

れでよかったのか」と悩むケースが多いので、移植終了後の心理的ケアにも目を向ける必要があるだろう。さらに、現在では臓器提供者の家族が移植を受けた患者に会いたがるために、条件を充たせば両者を会わせるという試みもアメリカで始まっている。

\* 8 提供基準の緩和とならんで、現行の日本の臓器移植法の問題点となっているのは、15歳未満の子供の臓器移植ができないということである。現在の臓器移植法では、子供の臓器提供の意思を本当に本人の自由意思とみなすことができるかという問題に対して、民法961条の遺言可能年齢の規定を適用した結果、15歳未満の子供の意志は社会的に認めることはできない、したがって子供の臓器提供は認められないということとなった（「竹内基準」では、脳の子供特有の回復可能性を医学的に考えて脳死判定の除外例を「6歳未満」としていた）。そのため、子供の臓器移植を希望するものは、海外で奇跡を信じて待機するしかないのが現状である。だが、注意すべきは、子供について脳死判定はしないという選択は、法律の形式主義だけから起こったわけではなく、脳死状態に陥る危険がある子供の救命を優先し、心停止まであきらめないというきわめて理性的な判断に基づいているということである。したがって、1.脳死状態に陥りそうな、あるいは陥ったのではないかと疑われる子供の治療を優先するか、2.それはあきらめて臓器提供者になってもらい、臓器不全の子供の治療をするか、という二者択一になってしまったわけである。この場合、1を選択した結果、2の子供を見捨てる結果となったとしても、それはまったく良識に適う選択であるということをお忘れてはならない。

\* 9 今は当時の文献を示すことは出来ないが、臓器移植という医療が登場すると同時に1960年代後半から多くの知識人が「素朴な反感」を表明してきた。それは三十年以上たった今でも少しも変わっていない。その最も洗練されたかたちとしては、近藤誠・中野翠・宮崎哲弥・吉本隆明ほか『私は臓器を提供しない』（洋泉社、2000）を挙げることができる。ただし、

ここに掲載されている論考の多くは知識人たちの信仰告白にすぎない。

\*10 日本では1994年4月に「臓器の移植に関する法律案」が提出された。これには「脳幹を含む全脳の機能が不可逆的に停止するに至った死体」という表現があり、これを「脳死体」とまで呼んでいて、事実上脳死を法律によって人の死と認める内容になっているため、大きな反対運動が起こった。96年にいったん廃案になったが、97年再提出され4月に衆議院で採決。なおも反対意見が相次いだため、参議院で修正案が出され、6月に審議不足という非難の中、採決、成立した。成立した修正案では、本文で述べたように、脳死を人の死と見なさない見解への配慮が示された。それによれば当人が生存中に臓器提供の意思を書面で提示し、遺族が拒まないとき、または遺族がないとき、移植用臓器を摘出できるとしている。これは一律に法律で脳死を人の死とは見なさず、本人に臓器提供の意思がある時にのみ例外的に臓器を摘出することができるというぎりぎりの妥協線だった。ちなみにアメリカ大統領委員会の報告では、心臓死と脳死を併記して人の死と認めている。「①血液循環および呼吸機能の不可逆的停止、または②脳幹を含む脳全体におよぶすべての機能の不可逆的消失のいずれかが確認された人は、死亡したものとする。死の判定は一般に認められている医学的水準に従って下されなければならない」（アメリカ大統領委員会・生命倫理総括レポート）、厚生省医務局医事課監訳、篠原出版、1983、18—19頁）。これに対して日本の以上の規定をあいまいだとする見解（法律家に多い）と、結果として本人の意思を厳格に尊重することになっており、一律に脳死を人の死としていない点で日本人のコンセンサスをよく表していると高く評価する見解とが平行して存在する。筆者の見解は、本文でも述べたとおり、後者である。

参考文献（現在比較的入手しやすく、学生に推薦できるもの）

・ 中島みち 1 『見えない死・脳死と臓器移植』、文藝春秋、1985/『続…』



1994/『新々…』

- ・ 竹内一夫『脳死とは何か』、講談社ブルーバックス、1987
- ・ 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
- ・ 水野肇『脳死と臓器移植』、紀伊國屋書店、1991
- ・ 東京大学医学部脳死論争を考える会編『解剖 日本の脳死』、筑摩書房、1991
- ・ 立花隆・NHK取材班『脳死』、日本放送協会、1991
- ・ NHK脳死プロジェクト『脳死移植』、日本放送協会、1992
- ・ S.マッカートニー（林寛己訳）『移植 いま何が起きているか』、三田出版会、1995・柳田邦男『犠牲』、文芸春秋社
- ・ 共同通信社社会部移植取材班『凍れる心臓』、共同通信社、1998
- ・ R.C.フォックス・J.P.スウェイジー『臓器交換社会』、青木書店、1999
- ・ 粟屋剛『人体部品ビジネス』、講談社、1999
- ・ 平野恭子『検証 脳死・臓器移植』、岩波ブックレットNO.497、2000
- ・ 高知新聞社会部「脳死移植」取材班『脳死移植』、河出書房新社、2000
- ・ 中島みち2『脳死と臓器移植』、文春新書、2000