

脳の死と人間の死

— 大脳死説をめぐる —

鈴木 崇 夫

今年（一九九二年）の一月に臨時脳死及び臓器移植調査会（以下、脳死臨調と略す）は、二年間の審議期間を経て、その最終答申を公表した。脳死・臓器移植問題をめぐっては日本でもここ数年来、一般の人々の眼にもふれる形で、賛成派、反対派、慎重派それぞれの立場から活発に議論がなされてきている。そしてそこでは当然にも、さまざまな観点からさまざまな意見が提出されている。ただし、にもかかわらず、脳死・臓器移植問題をめぐる日本での議論においては、次の二つの論点が、立場の相違をこえて大方の論者によって自明視されているように見受けられる。

(1) 臓器売買は許されない。

(2) 「植物状態」の患者や無脳症児からの臓器摘出は許されない。

つまり、こういうことである。脳死状態の人間（以下、この意味で脳死者という言葉を用いる）からの臓器移植に反対する立場から、へ脳死者からの臓器移植を認めれば、必ず臓器の売買が行なわれることになるゝとか、へいったん脳死状態の人間を死者と認めて、その脳死者からの臓器摘出を認めてしまうと、さまざまな社会的経済的要請におされて、植物状態の患者や無脳症児からの臓器摘出が、ひいては重度の身体障害者や精神障害者からの臓器摘出までも認められるようになってしまう危険性があるゝという論点が提出されることが多い。これが反対理由とされるにあたっては、いうまでもなく、臓器の売買や、植物状態の患者、無脳症児からの臓器摘出は悪であるというところが前提されている。この批判点に対して、脳死者からの臓器移植に賛成する立場の者はほぼ例外なく、へ臓器売買を法的に禁止し、統一的、全国的な臓器センターを設立するのだから、そのような心配は必要ないゝ、へ厳密な歯止めをもうけるのだから、そのようなことは杞憂にすぎないゝという趣旨の反論を行なう。つまり、臓器売買は悪、植物状態の患者、無脳症児からの臓器摘出は悪、という前提自体は、脳死者からの臓器移植に賛成す

る立場の者たちによっても共有されているのである。

ところが、脳死者からの臓器移植が現実に行なわれている欧米諸国に眼を転じてみると、事情はかなり異なっている。少なからぬ数の医師、法学者、哲学者、倫理学者、神学者らが、植物状態の患者を死者として扱うべきことを強く主張しており、また、臓器の売買についても、一部の論者はむしろそれを禁止することの不当性を積極的に説いているのである。^(二)

脳死・臓器移植問題をめぐる現在の日本での議論状況において特徴的なことのひとつに、推進派の人々が脳死者からの移植医療を一面的に（医師の、あるいは臓器提供者やその家族の）「熱意」、「献身」、「博愛」、「ヒューマニズム」等々の観点からのみ論じるということがある。このことによって、一方で臓器移植の思想的基盤が、他方で移植医療をとりまく現実の社会的経済的文脈が、曖昧化されてしまい、ひいては脳死・臓器移植問題の本質的な部分が見えなくされてしまいがちである。^(三) 臓器売買の問題、植物状態の患者や無脳症児の扱いをめぐる問題に関して日本と欧米とではその議論状況に大きなへだたりがあるという事実も、そのことの象徴的なあらわれにほかならないように思われる。それというのも、脳死者からの臓器移植を推進すべきだという考えの基礎にある思想を論理的に徹底化していけば、一方で植物状態の患者や無脳症児に対する死亡宣告、および彼らからの臓器摘出に、他方で臓器売買の許容に行きつかざるをえないからであり、またそうした論理的徹底化を、臓器移植をとりまく社会的現実がまさに要請してもいるからである。^(四) 脳死者からの臓器移植を推進するとは、本来であれば、こうした事態の到来をも、あるいは少なくとも、こうした事態の承認を求める主張が積極的に出されてくるような社会空間の到来をも覚悟のうえでなされるべきはずのことなのである。

脳死をもって人間の死とみなす者たちが、人間の生死の別を脳の活動の有無に還元する方向で考えていることはいうまでもない。ただし、脳との関連で人間の生およびその死をどう理解するかは、この「人間の生」という言葉の前半すなわち「人間」に力点を置くか、それともその後半すなわち「生」に力点を置くかで、二通りの考え方に分かれるのである。

前者の場合、人間の人間たるゆえんは人間が「人格 (Person)」存在であるという点にあるとされ、そこから人格の死が人間の死であると結論づけられる。人格であることの要件としては、広い意味で理性という言葉で総称されてきた一連の特性、すなわち自己意識、思考・推論能力、感情、あるいはそれらによって可能となる他者との交流能力等があげられる。そして、これらの特性は大脳皮質を中心とした「高次脳 (higher brain)」機能とだけ「関連している」とみなされ、その結果、「脳死」とは大脳ないし大脳皮質の不可逆的な機能停止ということにほかならないと主張される。いわゆる高次脳死説 (大脳死説) である。

これにたいして、「人間の生」という言葉の「生」のほうに力点を置く考え方の場合には、人間の生も、他の生物との連続性において「有機的生命体 (organism)」という観点からとらえられることになる。呼吸、体温、心拍等の生命現象を統括しているのは脳幹ないし脳幹を含む全脳であるという認識のもとに、この考え方は、脳幹ないし脳幹を含む全脳の不可逆的機能停止を「脳死」と呼ぶいわゆる脳幹死説ないし全脳死説の立場をとることになる。

現在のところ、脳死を人間の死として認めている国で現実に高次脳死説を採用しているところはなく、脳幹死説

もイギリス一国のみで、あとはすべて脳全体（当然、脳幹も含む）の全機能の不可逆的機能停止を原則として要請する全脳死説に立脚している。ちなみに、日本の脳死臨調の最終答申も全脳死説をとっている。

アメリカ合衆国で死の定義（いわゆる心臓死説）の見直しが緊急の課題として浮上してきたのは、一九六〇年代後半であった。この課題との取り組みを目的として一九六八年にハーバード大学医学部特別委員会 (Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death) が発足したことは、その点で象徴的な出来事であったといえる。その背景にはどのような事情があったのだろうか。ゼイナー (Zaner) は、死の定義の見直しを促した要因として、医療技術の発達により当時現実化してきた次のような事態をあげている。^(四)

- ① 脳を中心とした中枢神経系の活動の有無に関する判定の精度が高まった。
- ② 臓器移植の成功率が高まった。
- ③ 生命維持装置をはじめとした蘇生機器や蘇生技術の発達により、ほんの数年前ならば助かりようのなかった重傷患者の救命、延命が可能となった。ただその結果として、命はとりとめたものの脳が回復不能なまでに破壊されてしまっている患者、すなわち脳死状態の患者が出現するようになった。

このような状況のなかで、「無益な」治療の続行よりは「有益な」臓器移植の実施を望む医師たちが増えてきたが、地方で、まだ「生きている」患者からの臓器摘出をいそげば道徳的な糾弾や法的な訴追の対象となるおそれが存在していたのである。

ハーバード大学医学部特別委員会が最終的に出した結論は、「脳死症候群 (brain death syndrome)」ないし「不可逆的昏睡 (irreversible coma)」を死の定義に含めるべきことを医療界へ勧告するというものであった。

ここで念頭に置かれているのは、脊髓反射も含めて中枢神経系の活動が全く認められない昏睡状態にある患者である。ハーバード大学医学部特別委員会の勧告はそれゆえ、脳の機能に判定対象を絞り込んでいる現在の脳死基準よりもきびしい条件を課していたわけだが、それでもこの新たな死の定義によって、呼吸や血液循環が維持されている患者であっても、それが自発的なものでない場合には、死んでいるとみなしてよいことになった。

一九六九年の時点では、死を定義する法律を有している州はひとつもなかった。それが、ハーバード大学医学部特別委員会の勧告をうける形で、「脳死」条項を含む死の定義が一九七〇年代には多くの州で立法化されるようになる。しかしその具体的内容は、各州ごとにまちまちであった。そのため、一九八〇年には、大統領委員会 (the President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research) が活動を開始することになる。この時点ではすでに二四の州が死の定義を何らかの形で立法化していたのだが、その間の生物医学上の知識の進歩や医療技術の一層の向上を背景に、死の法律的定義の統一を求める声が強まっていたのである。

アメリカの大統領委員会が提案した「死の判定統一法」は、次のようなものであった。

「(1)循環機能および呼吸機能が不可逆的に停止しているか、(2)脳幹を含む脳全体のすべての機能が不可逆的に停止しているか、そのいずれかである個体は、死んでいる」。

大統領委員会の審議には、さまざまな立場の医師、法学者、哲学者、倫理学者、神学者らが参加しており、右の勧告案にいたるまでにはそれなりの紆余曲折があったようである。事務総長として委員会活動を主宰した法学者のA・キャプロンは、治療中止の決定や臓器摘出の問題と死の定義の問題とを慎重に切り離し、問題を、制定すべき死の定義の形式と内容に絞り込んでいく戦略をとったようである。そのキャプロンによれば、最終的に残された不

一致点は、脳死基準で一本化するか心肺基準も併記するかということと、「全脳基準 (whole-brain criteria)」を採るか「高次脳基準 (higher-brain criteria)」を採るかという二点であったという。^(五)

つまり全脳基準に対しては当初から、強い反対意見が出されていたのである。植物状態の患者の取り扱いに関する問題をめぐって、その正当性を疑問視する者が少なくなかったのである。

そうした論者によれば、植物状態の患者とは、「高次脳」(大脳とりわけ大脳皮質)の機能の不可逆的な喪失により意識をはじめとして人格的特性(思考・推論能力、感情、他者との交流能力等)のいかなる痕跡も認められなくなってしまうた個体のことである。ただし、脳幹は機能しているので、植物状態の患者は、自分で息をし、心臓も自力で動いている。ところで、大脳や大脳皮質がだめになった一方で脳幹が機能しつづけるといふ事態がなぜ生じるのだろうか。それは一つには、脳幹が、大脳皮質とは対照的に頭蓋の中心部に位置しているため、直接的な外傷を蒙りにくいからである。二つめの理由としては、脳幹が、大脳、とりわけ大脳皮質とくらべて、酸素欠乏に対する耐性がかなり強いということがある(大脳皮質は、呼吸や血液循環の停止が数分間つづいただけで、回復不能なダメージをうけてしまう)。鼻からの胃チューブによる栄養補給や点滴による抗生物質の投与など、しかるべき延命措置を受ければ、植物状態の患者は、かなりの期間、命をながらえることができるのである。三〇年以上生きつづけた例もあるという。

さて、大統領委員会の基準に従えば、脳死状態の患者と植物状態の患者は厳密に区別されねばならない。前者は死んでいるが、後者は生きているのである。それというのも、大統領委員会の全脳基準によって死とみなされるのは、脳幹機能を含むすべての脳機能を失ってしまったという個体だけだからである。つまり、意識を「支えている」「高次機能」のみならず、脳幹によってコントロールされる、呼吸や心拍等を中心とした一連の身体活動をもすべ

て失ってはじめてその個体は死んだものとみなされるのである。

この場面で大統領委員会が依拠している考え方は、どのようなものなのであろうか。生命体の特徴づけるものはいったい何なのか、生者と死者を分かち主要な特徴は何なのか、という問いに、大統領委員会はこう答える。

「生体にそなわっていて死体に欠けている唯一の特性」は、「みずからを有機的に組織し調整する身体能力 (the body's capacity to organize and regulate itself)」である、と。そしてここから、「身体の生理学的システムが、統合性をそなえた統一体 (an integrated whole) をなさなくなる時」にはこの個体は死んでいる、という死の定義が導き出されてくる。より具体的な表現を引けば、「個体の呼吸および血液循環が神経学的統合を欠くときには、この個体は死んでいる」というのが、大統領委員会による死の定義なのである。

ところが、そうであるにもかかわらず、アメリカ大統領委員会は、実際上の措置としては、植物状態の患者に対する積極的な延命治療を家族の同意のもとに打ち切ることを認めている。高次脳基準の主張者は、ここに全脳基準の問題性を見てとる。意識を永遠に欠いた人体といえども脳幹が機能し自発的呼吸を続けている以上は生きた人間であるというのであるなら、植物状態の患者に対しても生あるかぎり延命治療を継続すべきではないのか。その必要がないというのは、そうした人体は本当の意味ではもはや生きた人間とは呼べないとどこかで考えているからではないのか。だがそうだとするなら、やはり全脳基準は、人間の死の基準としては不適切なのではないのか。こう彼らは主張するのである。

ここで指摘しておかねばならないのは、一方で、尊厳死問題と連動して一般の人々の関心を引きつけるようになってきた、植物状態患者の治療レベルの切り下げ、ないし治療停止をめぐる問題との関連で、他方で無脳症児^(こ)からの臓器利用をめぐる問題との関連で、近年また高次脳死説(大脳死説)が相当の現実味をおびて浮上しつつあると

いうことである。^(七)

二

高次脳基準の主張者のみるところ、全脳基準を支持する者が高次脳基準に反対して持ち出す議論の主なものは以下のとおりである。

(1) 高次脳そのものの不可逆的機能停止を確実に判定することは技術上きわめて困難であり、この判定には間違いを冒す可能性がつきまとう。それゆえ、大事をとって全脳基準で判定したほうがよい。なぜなら、脳全体の不可逆的機能停止の判定は比較的容易に行ないうるからであり、全脳が不可逆的に機能停止していることがわかれば、高次脳も不可逆的に機能停止しているとみてなら問題がないからである。

(2) 高次脳基準が社会的なコンセンサスを得られるとは思えない。それは次の二つの理由による。①少なくとも現在のところ、「基礎神経生理学も医療技術も、「高次脳」による死の定式を政策化するのに十分なものではない」。②高次脳死説の基礎をなす理論的前提である「人格性 (personhood)」ないし「人格の同一性 (personal identity)」という概念からして、その内実に関してコンセンサスが存在していない。具体的に何を人格であることの要件とみなすかという点に関しては、哲学者も医師も一般の人々もなら実質的な合意に達していないというのが実状であるし、また、人格の同一性の問題に関しても、数世紀にわたって哲学者たちが解決に努力してきたにもかかわらず、いまだに論争の決着がついていないことを忘れてはならない。結局、「人格性」ないし「人格の同一性」という概念に依拠する議論は、恣意性をまぬがれないのである。

このような議論に対して高次脳基準の主張者が加えている反論の要点は、以下のようなものである。まず(1)に対

して、彼らはこう述べている。死の判定の安全性、確実性ということを本気で求めるとすれば、身体全体の完全な死だけが人間の死として受容可能なものとなってしまふ。なぜなら、「確実性」といったものがありうるとすればそのケースをおいてはほかにないからである。ただしその場合には、われわれは臓器移植の試みを一切断念しなければならぬことになってしまうだろう。いうまでもなく、身体全体の完全な死とは、あらゆる臓器およびあらゆる細胞の完全な機能停止を含むはずのものだからである。こう述べたうえで、彼らは、有益な臓器移植医療の放棄に行きつかざるをえないこうした確実性要求はばかっている、と結論づけるのである。

次に(2)―①の議論に対しては、たとえばプチェッティなどは真つ向から異を唱えて、意識を支えている高次脳機能の喪失を正確に判定するための適切な手段をわれわれはすでに持ち合わせているのだと述べている。しかし、ゼイナーはこの主張に対しては態度を保留し、脳の各部位と意識との相関関係に関しては生理学的にまだまだ研究の余地があること、また、脳の機能の不可逆的な喪失を判定するための臨床テストに関しても、さらに技術上の改良が必要なことを認めている。そのうえでゼイナーは、死の定式化の際に必要な三つのレベルの区別を踏まえて、(2)―①の議論に対しては、死の定義というあくまで概念的なレベルと死の判定手続きという医療技術上のレベルとが混同されているという観点から反論を加えている。幾人かのバイオエシックスの専門家によつてそれぞれ微妙に違った形で提案されているその区別を、私なりに整理して述べるところなる。

(i) 死の「定義」――死の定義とは、人間が死ぬとはどういうことなのか、それは何を意味するのか、という問いに対する解答である。これはあくまで、根本において抽象的、概念的な性格、換言すれば広い意味で哲学的な性格のものである。

(ii) 死の「指標 (indicator)」――死の指標とは、抽象的・概念的に定義された死が生起したことを示す (indi-

cate) 一般的な基準ないし指標のことである。換言すれば、抽象的・概念的に定義されたその人間の死は、科学的事実としてはどのような生理学的状態に相当するのか、という問いに対する一般的な解答が死の指標である。これは主として生理学的・医学的な知見にもとづく。

(iii) 死の「判定手続き」——死の判定手続きとは、そのような一般的な基準ないし指標が実際にみたまされているかどうかを個々のケースに関して検査・実証するための具体的な判定基準ないし臨床テストのことである。換言すれば、指標となる特定の生理学的状態が実際に生じているかどうかを個々のケースに関して確認するための具体的な判定基準ないし臨床テストである。これは医学および医療技術上の問題に属する。

死を定式化するにあたっては、最低限右の三つのレベルを厳格に区別しなければならない。しかもここで中心をなすのは概念的な定義のレベルである。なぜなら、死の定義をまずはっきりさせることによって始めて、それにふさわしい死の指標を定めることができるからであり、またそうした指標が確定されることによって始めて、その指標にふさわしい具体的な死の判定手続きを確定し精密化していくことも可能となるからである。目下のところまだ信頼するに足る臨床上の判定手続きが存在していないという事実は、それゆえ、高次脳死説における死の定義そのものが誤りであることをなら証明するものではない。これがゼイナーの主張である。ちなみに高次脳死説の場合、死の定義、死の指標は、それぞれ、へ人間の死とは人格性の喪失を意味する、へ人格性の喪失は高次脳死という特定の生理学的状態によって示される、というふうに表示することができるであろう。

人間の生の本質をこのように「人格」にみる高次脳死論者からすれば、全脳死論者は何よりもまず、人間の生を単なる有機体の身体的諸条件と同一視するような見解を採用している点で批判されねばならない。顔をしかめたり、姿勢をかえたり、あるいは、咽頭刺激に対して嘔吐反応を起こしたり、与えられた食物を飲み込もうとした

り、等々、植物状態の患者が示す身体活動は、高次脳死論者にいわせれば、いかなる意識作用も伴わない純然たる脳幹反射にすぎない。したがってそうした身体活動は、彼らによれば、植物状態の患者が何ごとかをまだ「感じ」つづけているといったことを示すものでは全くない。たとえばプッチェッティは、視床部の痛覚中枢でインパルスが発生していることと痛みを経験していることは別の事柄であり、「痛みを感じるのはあくまでわれわれであって、脳組織ではない」と述べている。

全脳死説に従えば、生死の問題にとって決定的なのは、生物学的な意味での有機体、さらにいえば、生理学的・解剖学的な神経系であって、有機体（ないし神経系）の主体であるところの人格ではないことになる。高次脳死論者の眼には、このことが、最も重要な問題、すなわち「いったい誰が死んだのか (who, after all, had died?)」という問題の回避に映る。全能死論者は結局のところ、死に関する本来の意味での概念的定義を打ち出していないのだ、と高次脳死論者は主張するのである。

全脳死論者が提出している死の定義が生理学的な観点から定式化されているということは確かである。すでにみたように、〈死とは、有機体の生理学的な統合の不可逆的な停止である〉というのが、全脳死説における標準的な死の定義だからである。ふたたび引くなら、「身体の生理学的システムが、統合性をそなえた統一体をなさなくなるとき」にはこの個体は死んでいる、というのが大統領委員会による死の定義であった。

このような形での死の定式化は、大統領委員会のひとつの戦略であったらしい。つまり、大統領委員会は、有機体概念を中心に据え、あくまで生理学的レベルの議論を踏み越えないようにすることによって、脳死を人間の死とみなすことに対する社会的コンセンサスをとりつけようとしたのである。このような方針の背後にあったのが、さきの①—②の確認、すなわち、「人格性」にせよ「人格的同一性」にせよ、その意味に関してコンセンサスが存在

していないという確認であった。

しかしながら、それでも事実として、大統領委員会は、「人格」概念を排除することはできないでいる。そして、この点を掘り下げていくことによって高次脳死論者は、大統領委員会自身、「人格の死」こそが人間の死なのだという考え方を実際には暗黙のうちに前提していることを示してみせる。彼らがとりわけ着目するのは、大統領委員会の報告書中に出てくる次のくだりである。

「問題として重要なのは人間の死なのである——細胞や組織、器官の「死」ではない——。死が生起したことの判定を可能にする包括的な基準にとって基礎をなすのは、生命維持に必要なもろの身体システムの機能停止ということである。しかし、そのような機能停止がそれ自体として重要なわけではない。生命維持に必要な身体システムの機能停止ということが重要性をもつのは、それが人格の状態について何ごとかを明らかにしてくれるからにほかならない。つまり、以前は人格であったものが今や死体となっており、それは社会的、法律的にも死体として取り扱われてよいのだ、ということを示す（The death of a human being — not the “death” of cells, tissues or organs — is the matter at issue. The cessation of vital bodily systems provides the basis for broad standards by which death can be judged to have occurred. But such functional cessation is not of interest in and for itself, but for what it reveals about the status of the person. What was formerly a person is now a dead body and can be socially and legally treated as such）」

大統領委員会の報告書は、生死の問題を脳の生理学的な統合機能の有無という局面に限定することによって、「人格」概念を死の定義から排除しようとしているわけだが、社会政策上の実際的な配慮によるこうした努力も、右の引

用から見るとれるように、成功しているとは言いがたい。「人格」概念が、「問題として重要な」ものとして、実際には呼び戻されているからである。ともかくも、脳や身体の機能や状態がそれ自体として重要なわけではないということ、それらが重要性をもつのはあくまで、「人格の状態 (the status of the person)」についてそれらが明らかにしてくれる事柄のゆえにすぎないということ、これらのことを大統領委員会は、はからずも認めているのである。

とすれば、大統領委員会は、本来であれば死の指標 (indicator) のレベルにあるべき事柄を死の定義のレベルで語っていたことになる。表立って定義としては述べられていないにせよ、本来の意味での概念的定義は、実は高次脳死説のそれと同様のもの、つまり、へ人格性の喪失が人間の死である、というものだったのである。このことは、伝統的な心肺基準の位置づけに関する大統領委員会の見解を述べた箇所からもうかがうことができる。医師たちが伝統的な心肺基準を用いていたとき「彼らが主張していたのは、心臓や肺の諸機能の喪失は人格が死んでしまったことを示している (indicate) ということ以上でも以下でもなかったのだ」(傍点は筆者)と、大統領委員会の報告書には述べられているからである。

三

すでにみたように、プチェッティら急進的な高次脳死論者は、①「人格」を構成する一連の特性(意識、思考、推論能力、感情、他者との交流能力等)が脳、とりわけ大脳皮質とだけ関連していることは医学的常識であり、さらに、②大脳や大脳皮質が機能しているかそれとも機能を喪失しているかの判定も現在の医学で十分正確に行ないうる、と主張する。この二つの前提に立って彼らは、全脳死説にかえて高次脳死説を社会政策の場面で採用すべきことを説く。しかしながら実際には、この①の主張に対しても②の主張に対しても、その妥当性に疑問を呈する

脳生理学者が少なくない。彼らにいわせれば、脳というものは途方もなく複雑な構造体であり、その働きに関してわれわれが現在持ち合わせている知識はきわめて微々たるものであるらしい。大脳や大脳皮質の機能喪失後も何がしかの認知作用、何らかの内的意識が残存する可能性は決して排除できないという。

そもそも、「植物状態」の患者とは、具体的にどのような状態にある人たちなのだろうか。日本脳神経外科学会植物状態患者研究協議会による植物状態の定義（一九七二年発表）には次のように述べてある。⁽⁸⁾

「useful life を送っていた人が脳損傷を受けた後に以下に述べる六項目を満たすような状態に陥り、種々の治療に頑強に抵抗し、ほとんど改善がみられないまま満三カ月以上経過したもの。①自力移動不可能、②自力摂食不可能、③尿管失禁状態にある、④たとえ声は出しても、意味のある発語は不可能、⑤「眼をあけ」、⑥手を握れ」等の簡単な命令にはかろうじて応ずることもあるが、それ以上の意志疎通が不可能、⑥眼球はかろうじて物を追っても認識はできない」。

脳死（全脳死という意味で）状態の人間との本質的な違いは、くりかえしていえば、脳死状態の人間とは異なつて脳幹の機能が失われていないため、植物状態の人間は自分で息をし、心臓も自力で動いているという点にある。ただ、「意識」は永遠に失われていると主張されることが少なくないため、われわれは植物状態の患者が全くの昏睡状態にあるかのようにイメージしがちなのではないだろうか。だが、事実はそうではない。植物状態の患者とひとくちに言ってもそれにはさまざまな段階があるらしいが、彼らの多くは睡眠と覚醒とを繰り返すし、外部刺激に反応して眼球を動かすこともあるし、また簡単な命令に応じることがあるというところが、右の定義からも読みとることができるのである。しかも、高次脳死論者が主張するのはちがって、実際には治療行為の続行により回復することもあるらしい。

この最後の点は、日本では比較的広く認められているようである。ひょっとして意識が戻るかもしれないという方が一の可能性に賭けて治療行為を積極的に続けるケースが日本では少なくないといわれている。患者に対して外部刺激をできるだけ多く与えることによってなんとか反応をふたたび目覚めさせようと、絶えず語りかける、体を動かしてやる、あるいは電気刺激を与える等の努力がはらわれているようである。この点、アメリカは対照的で、植物状態の患者は、ひっそりした場所にほとんど放置されているような状態にあるという。^(九)

植物状態の患者からの臓器摘出は悪であるという考えが日本では強固な社会通念を形づくっているという事実と、植物状態の患者に対する日本でのこのような対応とが無関係でないことはいうまでもない。大方の日本人はおそらく、植物状態の患者からの臓器摘出を積極的に推進しようとする高次脳死論者の人間的感覚を疑うにちがいない。しかしながらここには、踏みとどまって考えてみるべき問題群が少なくとも二つ存在している。

(一) 植物状態の人間を死者とみなすべきだと主張する者に対して、その非人間性、非人道性をあげつらったとする。しかし、彼ら高次脳死論者の主張そのものが、言葉にすれば同じく、人道的見地からなされていることを忘れてはならない。彼らにいわせれば、まさに人間の人間らしさ、まさに人間の人間たるゆえんを形づくる一連の人格的特性が失われ、ただひたすら動物的生命を保っているだけの人間を無理に生かしつづけておくことこそ、人間の尊厳を踏みにじる非人間的な所業なのである。これに対してはおそらく、そのような議論は第三者的な立場の人間による抽象的な一般論とでもいうべきものであり、植物状態の患者の肉親であれば決してそのような感じ方はないはずだ、というふうな反論が加えられるにちがいない。しかし、これもやはり常にそうであるとは限らないことに注意する必要がある。というのも、これとは全く逆に、周囲の者の眼からみるとまだ人間的な反応を示しているかにみえる植物状態の患者に対する尊厳死を、その肉親が、おそらくは肉親であるからこそ強く求めるといふケ

ースが欧米では少くないからである。^(二〇)

実は、無脳症児からの臓器摘出の問題も、この点に関しては同じ構造を有している。せつかく生を享けながらただ死んでいくだけという自分の子供の運命に、あるいはそういう子供をもった自分の運命に納得できない両親が、自分の子供も他の人間の役に立つことができただという思いに慰めを見いだそうとして子供の臓器提供を強く希望するケースが、やはり欧米では多いというのである。^(二一)

(Ⅱ) 急進的な高次脳死説の依拠する生理学的前提が疑問の多いものであることはすでに述べた。また、死の判定の「確実性」に関する、さきに紹介した彼らの議論も、私にはかなり乱暴なものにみえる。ただし、「人格」概念を社会政策上の配慮にもとづいて死の定義から排除しようとしている大統領委員会の試みが成功していないという点、実際は大統領委員会自身、根本のところでは、へ人格性の喪失が人間の死である」という死の定義を高次脳死論者と共有しているということの指摘にかぎっていえば、私は高次脳死論者は正しい点を衝いているように思う。

先ごろ出された日本の脳死臨調の最終答申については稿をあらためて論じるつもりであるが、これも大統領委員会と同じように「有機的統合性」という概念を前面に押し出して議論を展開しているため、大統領委員会にみられるのと基本的に同質の理論的不整合に陥っているように見受けられる。脳の死をもって人間の死とするという思想(いうまでもなくこれは、全脳死説、高次脳死説の別を問わない)の背景にあるのは、脳死状態は脳という一器官の死以上のことを、すなわち人間全体の死を意味するという見解であり、この見解の基礎にあるのは、脳は他の臓器とは質を異にする特別な器官であるという考え方である。ではどういう意味で特別なのだろうか。ここでは詳しく述べることができないが、脳死臨調の答申に即してこの問いを掘り下げていくと、へ脳の死は有機的統合性の不

可逆的喪失を意味する（示す）から」という表立った解答は実は無意味であり、〈脳の死はあらゆる意識の完全な不可逆的消滅を意味する（示す）から〉という答え以外にこの問いに対する整合的な解答は存在しないことに気づかれるのである。

とすれば、もしかりに、①人間の意識は高次脳とだけ関連している、②高次脳機能の有無は厳密に判定できる、という高次脳死論者の主張が将来、生理学的・医学的に確証されたとするならば、全脳死論者にとっても、植物状態の患者や無脳症児に対する脳死宣告に反対する理由は理論上何も無いことになる。

しかも、脳死者からの臓器移植を推進する思想の根底に存するのは、効用・効率を最優先する功利主義的論理である。脳死者からの臓器移植という行為はそもそもはじめから人間の生命を相対的価値とみなす考え方を前提していることを忘れてはならない。これは二重の意味でそうであって、脳死者の生命は、第一に、臓器提供を受ける人間の生命との相対的な比較のうちに置かれている。つまり、人間の生命のなかに価値の優る生命と価値の劣る生命との区別が持ち込まれているのである。さらに第二に、人間の生命が人間の生命以外のものとその価値の軽重に關して比較されている。人間の生命以外のものとは、脳死状態の患者をかかえた家族の経済的負担の問題であり、病院経営の観点から持ちあがってくる患者の回転率の問題であり、公的な保険支出をめぐる社会経済的問題である。つまり、この点でも、植物状態の患者や無脳症児の臓器利用という発想の素地は、脳死者からの臓器移植という思想そのもののうちにはじめから伏在していたといえるのである。

したがって、右のような帰結をもあえて身に引き受けるといっているのであれば話は別だが、もしそれを認めがたいというのであれば、われわれは、脳の死をもって人間の死とみなすという思想のそもそもの理論的前提にまでさかの

ぼって、いったい人間が生きているとはどういうことなのか、という原理的問題から考えなおしてみる必要があるだろう。「人間の生」の本質を「人格」にみる思想ははたして正しいのか。かりに正しいとして、その「人格」を、他者との関係性から切り離された個人の一連の内的能力によって規定することは正しいのか。かりにそれが正しいとして、「人格」のそうした諸特性を脳機能と直結させることは正しいのか、等々、——脳死・臓器移植問題を考えることは、われわれを必然的にこうした哲学的問題へと立ちかえらせるのである。

注

(一) 以下では、植物状態の患者や無脳症児をめぐる問題に話題を限定する。臓器売買の問題については、注(二)の文献で一部触れている。

(二) これについては、拙稿「脳死・臓器移植問題の社会的側面」(『岩手医科大学教養部研究年報』第二六号、一九九二年)を参照されたい。

(三) アメリカ合衆国のニュージャージー州では、植物状態の患者の尊厳死を認める法案が一九九〇年五月に上院を通過している。また、まだ審議に付されていないようだが、無脳症児を死とする法案も一九八八年に提出されているという。

(四) 注の(七)参照。

(五) 大統領委員会の審議経過については、櫛島次郎『脳死・臓器移植と日本社会』(弘文堂、一九九一年)の第四章に詳しい紹介がある。

(六) 無脳症児とは、脳幹はあるが、大脳の全部もしくは一部がない状態の胎児のことである。脳幹は、呼吸、体温、心拍等の生命現象をつかさどる部分なので、出産後の無脳症児は呼吸も行なうし心臓も動いている。しかし、生命がなげられることはなく、通常は出生後、数日間死亡する(ただし、アメリカでは、五ヶ月半の生存記録が報告されている)。

(七) たとえば、一九八八年には、高次脳基準の主張者たちを中心に、『死——全能基準を越えて——』というタイトルの論集——Zaner, R.M. (ed), *Death: Beyond Whole-Brain Criteria (Philosophy and Medicine, Vol. 31)*, Kluwer Academic Publishers. ——が編まれている。この論集に収められた一三本の論文中、本稿執筆にあたって参照したのは以下のものである。

Richard M. Zaner, *Introduction*

Roland Puccetti, *Does Anyone Survive Neocortical Death?*

H. Tristram Engelhardt, Jr., *Reexamining the Definition and Becoming Clearer about What it is to be Alive*

Robert M. Veach, *Whole-Brain, Neocortical, and Higher Brain Related Concepts*

Richard M. Zaner, *Brains and Persons: A Critique of Veach's View*

Edward T. Bartlett and Stuart J. Youngner, *Human Death and the Destruction of the Neocortex*

Marx W. Wartofsky, *Beyond a Whole-Brain Definition of Death: Reconsidering the Metaphysics of Death*

なお、大統領委員会の報告書からの引用も、本書に拠った。

(八) 鈴木二郎、児玉南海雄「我が国脳神経外科における植物状態患者の実態」(『日本医事新報』第二六二二号、一九七四年)。

(九) 立花隆、NHK取材班『NHKスペシャル 脳死』(日本放送出版協会、一九九一年)第四章参照。

(一〇) 交通事故で植物状態に陥り三年が経過している二〇歳の娘(クリス)について、その父親は次のように述べている。「時には、私だってクリスが私のことを分かってくれているんだと思います。でも、彼女が聞こえているのは単なる声であって、誰の声にも反応するのです。私が声をかけたように顔を十分彼女に近づければね。クリスは、もう食事の味が分かる事もあります。お腹の管から栄養を入れているのです。人生から何の楽しみも、思い出も失ってしまっただけです。こんな不条理な話ではありませんか。まだ二〇歳なんです。こんな状態でいつまでも置いておくのは本当にかわいそうです。本当は、もうとっくに死んでしまっているのです。私の娘は、あの事故の夜に死んでしまったのです」(『NHKスペシャル 脳死』、一四五—一四六頁)。

(一一)

自分が妊娠している胎児が無脳症児であることを中絶不可能な時期に知り、その無脳症児からの臓器提供に同意したドイツのある女性は、その時のことを振り返ってこう述べている。「(無脳症児だと知らされた時) ショックでぼろ然としてしまい、何も考えられなかったのです。私たちはホルツグレーヴ医師から臓器提供について聞かされたときも、大変なショックでした。その夜は家に帰って夫婦で話しました。私たちはこの子に対して何もできない。それならこの妊娠をむだにしないためにその申し出を受けようかと……。それは一本のワラのようなものでした。そう、ワラをもつかむ気持ちだったのです」。無脳症児からの臓器移植を執刀した当の医師も、こう述べている。「この母親の人生はまっ暗になりました。悲しみにうちひしがれ、何の慰めも見出すことができませんでした。臓器移植の可能性が、彼女にまだ何らかの希望を与え、やりきれない気持ちから救ったのです。そしてこの時点では、それだけが、救いようのない状況の中で唯一の慰めとなったのです」(『NHKスペシャル 脳死』、六二―六三頁)。この点については、櫛島次郎『脳死・臓器移植と日本社会』の第三章第二節「ギフト・オブ・ライフ―臓器移植の文化的特殊性」が参考になる。