

[Review]

## **A Contemporary Rethinking on Brain Death and Organ Transplant**

Eun Sasaki\*

\* Aino College, First Department of Nursing

**Key Words** : brain death, organ transplant, organ transplant from the patients with brain death, revised act on organ transplant

## 今、再び脳死と臓器移植を問う

佐々木 恵 雲\*

キーワード：脳死、臓器移植、脳死下臓器移植、改正臓器移植法

### はじめに

2010年7月「臓器の移植に関する法律の一部を改正する法律」いわゆる改正臓器移植法が施行され、それ以降現時点（2011年5月）で18歳以上での脳死からの臓器提供は41例にのぼり、改正前は臓器提供が年間10例程度だったのと比較すると、大幅な増加と考えられる。また改正臓器移植法の大きな特色の一つに、15歳未満の小児からの脳死下臓器提供が可能になったことが挙げられるが、これも本年4月に、10歳前半の少年からの臓器提供を受けた心臓、両肺、肝臓、膵腎同時、腎臓それぞれの移植手術が初めて行われた。移植総数も増え、懸念であった小児の臓器移植の扉も開かれ、改正臓器移植法による脳死・臓器移植の歩みは一見順調であるかのように見える。しかし本当に国民の大多数が脳死を深く理解した上で、脳死下臓器移植の意義や必要性を十分納得していると言えるのであろうか。

日本では様々な問題、疑惑を引き起こした1968年の和田心臓移植事件以降、脳死や臓器移植について活発な議論、論争が交わされた。特に1980年代になると、脳死や臓器移植の論文・書籍が急増し、特に1985年厚生省より出された脳死判定の基準である竹内基準<sup>1)</sup>を強く批判した評論家の立花隆の一連の著作（『脳死』<sup>2)</sup>『脳死再論』<sup>3)</sup>）は人々に大きな衝撃を与えた。そして脳死・臓器移植の立法化を見据えて、1990年、首相の諮問機関「臨時脳死及び臓器移植調査会（脳死臨調）<sup>4)</sup>」が設置された。脳死臨調では激しい議論がかわされ、最後まで意見が割れ、結局少数意見を

併記した最終答申が出された。多数意見は脳死を医学的な「人の死」と認め、脳死判定基準には「竹内基準」を用いることにしている。また少数意見は臓器移植には基本的に反対ではないが、社会的合意がないことから脳死を人の死とすることには反対するというものであった。その後、ようやく1997年「臓器の移植に関する法律（臓器移植法）」が成立した。この法律の判定までは何十年にも及ぶ時間と世界に類をみない活発な議論が必要とされたのである。しかし今回の改正臓器移植法では移植は家族の承諾だけで可能とされ、親族の優先提供も認められるという、提供者本人の意思を尊重するという理念をもつ旧法とは根本的に変更されたにもかかわらず、国会審議がわずか16時間という拙速なものであったといえよう。

法律改正後まもなく実施された朝日新聞の全国世論調査<sup>5)</sup>でも、“これまでの法律では臓器移植をする場合に限って脳死を「人の死」としていましたが、先日成立した新しい法律では、脳死は一律に人の死と定めました。「脳死は一律に人の死」とすることに賛成ですか、反対ですか。”という質問に対し、賛成は40%、反対は39%で意見は完全に二分されていた。また年代別に比較してみると、60代では賛成44%、反対28%なのに対し、30代では賛成38%、反対43%と若い世代ほど「脳死は一律に人の死」とすることに反対が強く、世代間のギャップが明らかとなった。このように国民の中で意見や考えが十分統一されていない中で、いくら脳死下臓器移植の数が増えようとも『脳死・臓器移植は素晴らしい医療であり、国全体でできるだけ推進すべきである』といった何か目に見えない

\* 藍野学院短期大学第一看護学科

強制感によって私たち国民は突き動かされているとは言い過ぎであろうか。

だからこそ本論文では脳死についてももう一度深く見つめ直したいと考える。脳死の歴史的な流れや背景をまず提示し、医療という臨床現場の視点をもちながら、できるだけ客観的に脳死をとらえ直し、一般に抱かれやすい脳死の間違ったイメージや誤解を解きほぐ

したいと思う。そして脳死のもつ意義や臓器移植との関連性を明らかにしたい。(図1参照)<sup>6)</sup>

### 1. 脳死とは何か

今まで脳死について論じられる際、現場から遊離した抽象的な思考に基づいた議論や討論に終始すること

## 脳死とは

**脳死と植物状態には基本的な違いがあります**

脳死とは、脳全体の働きが無くなり、人工呼吸器などの助けがなければ心臓が停止してしまう状態です。脳死になると、どんな治療をしても回復することはなく、心停止に至ります(心停止までに、長期間を要する例も報告されています)。脳幹の機能が残っていて自分で呼吸できることが多く、回復の可能性のある植物状態とは全く別のものです。臓器移植法に基づく脳死判定は、脳死後に臓器提供を行う場合に実施します。

機能が残っていて自分で呼吸できることが多く、回復の可能性のある植物状態とは全く別のものです。臓器移植法に基づく脳死判定は、脳死後に臓器提供を行う場合に実施します。

**機能消失部分**

**大脳**  
知覚、記憶、判断、運動の命令、感情などの高度な心の働き

**脳幹**  
呼吸・循環機能の調節や意識の伝達など、生きていくために必要な働き

**小脳**  
運動や姿勢の調節

**脳死**

脳幹を含めた脳全体の機能が失われ、二度と元に戻りません。世界のほとんどの国で、脳全体の機能が失われた状態を「脳死」としています。

**植物状態**

脳幹の機能が残っていて、自ら呼吸ができることが多く、回復することもあります。

**法律に基づいて慎重に行われる脳死判定**

日本では現在、臓器移植法によって「脳死での臓器提供を前提とした場合に限り脳死は人の死」とされています。そのため、本人が生前に書面で臓器提供の意思を表示していて、さらに家族が承諾した場合、あるいは、本人の意思が不明でも家族が承諾した場合、法的な脳死の判定が行われます。判定は、十分な経験を持ち、かつ移植とは無関係な2人以上の医師が、2回にわたり法律に基づく検査を慎重に行うことが定められています。

**法的脳死判定の検査方法(生後12週未満の小児については、法的脳死判定の対象から除外)**

法的脳死判定の項目	具体的な検査方法	脳内の検査部位と結果
1 深い昏睡	顔面への疼痛(とつつか)刺激(ピンで刺激を考える。または眉毛の下あたりを強く押す)	脳幹(三叉=さんさ=神経): 痛みに對して反応しない 大脳: 痛みを感じない
2 瞳孔の散大と固定	瞳孔に光をあてて観察	脳幹: 瞳孔が直径4mm以上で、外からの刺激に変化がない
3 脳幹反射の消失	のどの刺激(気管内チューブにカテテルを入れる)	咳ごまない=噴反射がない
	角膜を綿で刺激	まばたきしない=角膜反射がない
	耳の中に冷たい水を入れる	眼が動かない=前庭反射がない
	瞳孔に光をあてる	瞳孔が小さくならない=対光反射がない
	のどの奥を刺激する	吐き出すような反応がない=嘔吐反射がない
4 平坦な角膜	顔を左右に振る	眼球が動かない=眼球震盪反射がない(人形の目現象)
	首に痛みを与える	瞳孔が大きくなりません=毛様筋反射がない
5 平坦な角膜	角膜の検出	大脳: 機能を客観的にも程度高く測定して角膜が検出されない
6 自発呼吸の停止	簡呼吸テスト(人工呼吸器を外して、一定時間経過後観察)	脳幹(呼吸中枢): 自力で呼吸ができない
7 6時間以上経過した後の同一週の検査(2回目)*	上記5種類の検査	状態が変化せず、不可逆的(二度と元に戻らない状態)であることの確認

\*生後12週~6歳未満の小児は24時間以上

図1 脳死とは

が少なからずみられた。しかし脳死とは救急という人間の生と死を分かち医療現場での最前線で見ることができない現象であり、脳死の実体に迫るためには、具体的な臨床での経験が必須ではないだろうか。そこで本章ではできるだけ実践的・具体的な事例を通して「脳死とは何か」について考察していきたい。

#### ① 人工呼吸器がもたらした新たな問題

まず最も基本的なことをしっかりおさえておく必要がある。それは脳死 brain death とは人工呼吸器があってはじめて成立するまれな状態であるということである。“人工呼吸器なくして脳死なし”ということである。以前より問題となっている脳死と植物状態の違いも、生命維持（生きる）ために人工呼吸器が必要か必要でないかということが最も重要なポイントなのである。人工呼吸器の出現により、人の生と死は大きな転換期を迎えたのである。

人工呼吸器は1950年代、朝鮮戦争を契機に急激に発達し、その後一般の医療現場にも積極的に導入されるようになった。現在ではある程度の規模の病院には必ず人工呼吸器が何台も備え付けられており、特殊な珍しい医療機器であることは誰も思っていないであろう。しかし人工呼吸器ほど医療に大きなインパクトを与えたものは少ないのではないだろうか。人工呼吸器登場以前では救命できなかった患者さんが助かり、普通の社会生活に復帰するケースも急増した。これは本当に喜ばしいことであるが、同時に救命できたことが、本人や家族にとって最善であったかどうか判断が困難な微妙なケースも多く見られるようになった。

私事ではあるが、2009年私の父が亡くなった。父は最初、急性胆嚢炎で入院したが、その後まもなく肺炎を併発し、呼吸状態が急激に悪化、主治医より私に緊急の電話連絡があり、人工呼吸器の装着について判断を求められた。私は内科医であり、主治医として患者さんの家族に私が求められたように「とても呼吸状態が悪く、人工呼吸器をつなげないと命に拘る状態です。人工呼吸器を付けるかどうかされますか？」と幾度となく説明し、家族に判断を求めた。実は人工呼吸器の装着をどうするかは非常に難しい問題であり、医療の専門家である医師でも判断に困る例が少なくない。例えば救急現場での重篤な外傷や脳血管障害では、本人や家族の意思を確認することもなく（そもそも救命するには時間が限られており、時間的余裕が全くないため）直ちに人工呼吸器を装着する。そのことには全く問題はない。また癌などの慢性疾患で経過も長期間にわたり、しかも余命幾ばくもないと判断できる場合、

事前に人工呼吸器の装着について十分家族と話し合いをし、家族が納得・同意した上であるが、呼吸状態が悪化したからといって人工呼吸器を装着することは現在ではほとんどみられず、それによるトラブルもほとんどないと思われる。このように人工呼吸器の装着の是非が明らかである場合はいいが、臨床上問題となるのは様々な条件が複雑にからみあっているようなグレーゾーンの場合である。例えば筋萎縮、筋力低下が急速に進行し、呼吸麻痺をきたす難病である筋萎縮性側索硬化症（ALS）の場合、最終的には呼吸筋が麻痺するため人工呼吸器の装着が必要となるが、ALS患者本人が家族の介護や経済面での負担を考えて、人工呼吸器の装着をあえて拒否することもあり、大きな問題となっている<sup>7)</sup>。また認知症などで患者本人の意志は全く不明であり、人工呼吸器の装着をどうするか家族に全てゆだねられ、家族が医療だけでなく今後の介護のことも考え苦悩する例も増え、最近問題となっている。実は私の父がまさにこの例であった。急性胆嚢炎で入院するかなり前より父は認知症を患い、徐々に症状は悪化し、家族特に介護の中心であった母親の負担は重く、自宅介護の限界に近づいていたと考えられる時期での入院であった。症状の重い認知症の患者さんが的確で迅速な治療を行わねば命に関わるような急性疾患に罹った時、どんな施設でどのような治療を行うべきかは大変難しい問題である。特に私の父のように最初の入院のきっかけとなった急性胆嚢炎は何とか小康状態を保つも、経過中に重症肺炎を併発し、人工呼吸器の装着について判断を下すことは医学的・倫理的に非常に困難であるケースが多い。なぜなら人工呼吸器をつけてよしんば重症肺炎が回復しても、認知症が良くなるわけでもなく、逆に悪化する例も少なくない。また人工呼吸器の治療を続けることが、そもそも認知症のない患者さん以上に、認知症の患者さんには大きな負担であり、管理する側の医師、看護師や見守る家族にとっても大変つらく苦しい状況が続くことが多い。しかし癌の終末期のように余命幾ばくもなく、人工呼吸器のような蘇生術が無意味である場合と違って、いくら認知症だからといって、肺炎のように治療可能な病気に対し、人工呼吸器など十分な手立てを尽くさず患者が死亡すれば、表現は悪いが「自分の決定によって患者さんの死を早めた。」と感じる人もいるだろう（場合によっては“人を殺めた”と自責の念にかられる人もいるかもしれない）。医学的にも倫理的にも人工呼吸器を装着する、装着しない、どちらが正しく、どちらが間違っているとはっきり白黒をつける

ことが大変難しい。今後高齢社会の進行と共に認知症の患者さんが急増することは確実であり、この「認知症と人工呼吸器」の問題は、私たちにとって大きな問題となりうるであろう。

さて父の場合に戻ると、私も主治医から人工呼吸器について判断を求められた時、私自身医師であり、先の見通しがつくだけに「人工呼吸器をつけなければ、父は早晚亡くなるだろう。でも人工呼吸器をつければ、現時点は救命可能となり、命長らえることになるだろうが、それが父や私たち家族にとって幸せなことなのだろうか」と悩みに悩みぬいた。結局人工呼吸器を装着することを決意したのであるが、その一番大きな理由は「今父が亡くなってしまったら、私たち家族が後悔するのではないか」ということであった。父が緊急入院してから1ヶ月もたっておらず、まだ私も含め家族の誰も父の死を納得して受け入れる状態ではなかった。しかしいくら自分達が納得できていないからといって、家族の都合で決めたことに、あまりに身勝手ではなかったかと悩んだ時期もあった。それ以上に思い悩んだのは、いくら父が自ら自分の意志を示せないからといって、父の生死を家族が決定することが許されるのかということであった。この点については第5章の改正臓器移植法の問題点と関連するので後で詳しく考察していくが、「本人の意志」と「家族の意志」のどちらが優先されるのか、またいかに両方のバランスをとっていくのか等、様々な問題・課題が山積している状態であることに間違いはない。またこのように大きく深い問題を抱えている人工呼吸器の装着について、主治医として患者さんの家族に判断を幾度となく求めていたことに対して、自分自身が経験して初めて家族に大変な精神的負担を強いていたと気づき、申し訳ない気持ちで一杯になった。

少しまとめると、人工呼吸器の登場によって私たちが直面している課題は2つある。第1は今まで論じてきた人工呼吸器を付けるか付けないかといった“治療の差し控え”の問題である。第2はいったん装着した人工呼吸器を症状の進行と共に付け続けるのか、あるいは外すといった“治療の中止”が許されるのかという問題である。この第2の問題も切実な課題であるが、尊厳死・安楽死といった非常に大きなテーマと密接に関わっており、詳しくは別の機会にふれたいと思う。

② 現象としての“脳死”と概念としての“脳死”

前項では人工呼吸器をめぐる様々な医学的、倫理的な課題について論じた。本項では、脳死の成立に必須である人工呼吸器を扱う医療現場での視点を基に、脳

死を見つめ直してみたい。

まず最初に脳死・臓器移植とセットにして扱われることの問題点を示したいと思う。脳死について正確な知識をお持ちでない一般の方や一部のマスコミの中には、“脳死とは臓器移植を行うために医療側によって人工的につくられた死である”と今でも思い込んでおられる人がおられるのではないだろうか。様々な啓蒙活動によってここまで極端な考え方はさすがに少なくなっているであろうが、この考え方の基礎は私たちに未だしっかり根付いていると考えられる。その基礎とは『脳死は臓器移植と密接に結びついている』という考えである。この考えはある面では正しいが、別の面では間違っており、正確な脳死理解に大きな足かせにもなりうる。そこでなぜこの考えが生まれ、私たちに根付いていったのかを歴史的な流れから考察していきたい。

1902年、米国のクッシングが脳腫瘍により呼吸が停止した後、心臓がストップするまで23時間におわたって人工呼吸を行った例を報告している。彼はこの論文で、頭蓋内圧が非常に高くなると、心停止の以前に呼吸停止が起こることを指摘している<sup>8)</sup>。その後1950年代に入り、蘇生術の進歩と人工呼吸器の開発、普及により、脳の機能が停止した後も心臓が動き続ける“脳死状態”は次第に比較的ありふれたものとなり<sup>8)</sup>、1959年にはフランスのモラレとグランが脳死状態での昏睡と他の昏睡とを区別すべきと指摘し、植物状態と脳死状態の見分け方を明らかにし、脳死状態を「超昏睡」と記載した<sup>8)</sup>。このように脳死をめぐる医療は、脳死という状態からスタートしているのではなく、重症の脳障害の患者を人工呼吸器や様々な蘇生術を用いて何とか救命しようと必死に治療するも、その甲斐なく脳死状態になってしまったことから始まっているのである。このことは現在の医療現場でも全く違いはないということを強調しておきたい。特に救急医療や脳神経外科では重症患者が脳死状態に陥らないよう日夜必死の努力がなされているのである。なぜ脳死状態が人間にとってこれほど危機的状態である理由は、脳死状態になれば、もう脳蘇生が不可能（脳蘇生の限界点：point of no return）だからである。それ故、脳死状態を判定することは患者の予後や治療方針を決定するために、臨床上非常に有用なことなのである。日本医大の横田はこう述べている<sup>9)</sup>。「私たち救急医が脳死判定をする本当の意味は、臓器提供とは本来全く関係のないものです。あくまで患者さんを救命できるかどうか診断するためのものです。それ以上治療して

も救えないことを家族にお伝えする中で、本人に生前の意志があり、家族が同じ意向をお持ちの場合、臓器提供することがあるということではありません。私たちが脳死判定をするのは、臓器提供のためではないのです』と。脳死判定基準をつくった竹内もこう述べている<sup>10)</sup>。『脳死を判定する基準は、脳蘇生ができなくなっているか確かめ、治療方針を決めるためのものだ。医師が脳死を正しく把握する必要があるのは言うまでもない。そうでなければ、ずるずると治療を続け、無駄な治療によって患者や家族に負担をかけることになる。85年に現行法に基づく臓器提供に使われる判定基準をつくったのも、そうした思いからだ。だが社会的に脳死が十分理解される前に、移植医療が進んでしまった。』と。医療現場で実際に脳死状態の患者を多数診てきた医師が、臓器移植をするために脳死判定しているわけではないと断言しているのである。人工呼吸器を装着した重症の脳障害の患者が、治療の甲斐なく陥る最重症の状態が脳死状態であって、元来臓器移植とは関係ない病態なのである。私はこの病態を『現象としての脳死』と名づけた。脳死は近代医学の発達により、人工呼吸器など蘇生術が広く応用されるようになったため生まれた新しい病態であるが、医療者が意図的に作りだしたものではなく、あくまで自然発生的に生じた“現象”なのである。臓器移植と直接的には関係のない「現象としての脳死」であるならば、社会的には大きな問題とはならない。なぜなら「現象としての脳死」は“死”を規定するものではなく、患者の予後や治療方針を決定するものであるからである。なお本論文では“脳死状態”を「現象としての脳死」とほぼ同義語として用いている。

しかし1967年世界を驚かせた南アフリカのバーナードの心臓移植は、脳死に新しい流れを引き起こす大きなきっかけとなった。新しく画期的な治療法である臓器移植を成功させるためには、①できるだけ新鮮な臓器が必要である ②免疫系による拒絶反応をおさえる、という2つの大きな問題を解決することが必要である。特に①の新鮮な臓器を獲得することは至難の業であったが、脳死状態の患者をドナーにすることでこの難問が解決される可能性がでてきたのである。そして1968年、ハーバード大学は「脳死の定義を検討する特別委員会」の名で『不可逆的昏睡の定義——脳死の定義を検討するためのハーバード大学医学部特別委員会報告——』という報告を発表した<sup>11,12)</sup>。この報告書は次の言葉で始まっている。『我々の第一の目的は不可逆的昏睡を死の新たな判定

基準として定義することである。そうした必要性が生じた理由は二つある。(一)蘇生・延命手段の改善により、致命的な損傷を受けた人々を救命しようとする試みがますます増大した。だが、こうした努力は時として不完全な成功しかもたらさない。その結果、心臓は動き続けているのに脳が不可逆的な損傷を受けたままの場合も見られるようになった。この負担は永遠に知性を失ってしまった患者自身にとっても、その家族にとっても、病院にとっても、更にはこの昏睡患者がひとりじめにしている病棟のベッドを必要とする他の患者にとっても、甚大なものになっている。(二)時代遅れの死の基準に頼ってはいは、移植のために臓器を得る際に論争を引き起こしてしまうおそれがある。』以上のように、この報告書は不可逆的昏睡(irreversible coma)を検討する目的は、死の新しい判定基準を定義することであり、不可逆的昏睡が新しい死として確定すれば、今まで困難であった移植のための臓器提供が非常にスムーズになると指摘しているのである。そして ①刺激に対する無反応性 ②呼吸停止 ③反射の消失 ④脳波の平坦化の4つの基準を立て、その基準で判定される不可逆的昏睡を死の新しい判定基準、すなわち脳死としたのである。このハーバード特別委員会の報告後、死の定義として従来の「心肺機能の停止」の他に新しく「脳死」が認められるようになった。その後、世界各国で脳死判定の様々な基準が報告されるようになった。そのうち代表的なものを挙げると<sup>8)</sup>、米国大統領委員会による「死の判定のガイドライン」(1981年)、大英帝国および北アイルランド保健省を代表する研究班の「移植臓器の摘出に関する実施規則」(1980年)、英国医師会の「脳幹死のABC」(1982年)、スウェーデン保健社会省「死の判定委員会」の報告(1984年)などがあるが、いずれも臓器移植に伴う臓器提供者の「死の判定」に大きな主眼が当てられ、その土台となる脳死の定義としては、英国を除く多くの国で「脳幹を含むすべての脳の働きが停止し、決して回復しない状態」を基準としている。さて1967年世界初の心臓移植後、それまでの重症の脳障害患者の予後や治療方針を決定するものであった脳死、すなわち「現象としての脳死」は、臓器移植を念頭においた死の新しい判定基準としての脳死という別の側面を示すようになった。私はこの脳死の別の側面を『概念としての脳死』と名づけた。従来医学的な死の判定としては、呼吸停止、心拍停止、瞳孔拡大・対光反射消失の三つ、いわゆる「死の三徴候」が用いられてきた。三徴候はそれぞれ肺、心臓、脳の機

能停止を表しており、個体としての人間の死を判定するには十分な役割を果たしてきた。しかし「概念としての脳死」は脳という非常に重要な臓器ではあるが、あくまで一つの臓器である脳の機能停止をもって人間の死を判定することなのである。更に臓器移植が目的となり、例えば心臓を摘出するとなれば、脳死の判定には100%正確でなければならない（もし判定が間違っていたら、心臓摘出の行為が殺人行為になってしまう）。すなわち「概念としての脳死」とは、脳死をただ現象としてとらえるのではなく、より厳密性を有した概念として脳死を理解することとも言えよう。そのため、より厳密で正確な脳死判定をめぐる今も議論されているのである。

このように述べてくると、やはり脳死は臓器移植と密接に結びついており、臓器移植を進めるために医師が意図的に作り出した死の概念が脳死ではないかと考える人もいるのではないだろうか。そこには脳死を観念的、抽象的に考えすぎると失念しがちとなるポイントがある。すなわち脳死とは重症の脳障害の患者がいて初めて生まれるものであって、しかもその患者とは臓器移植とは全く無関係な救急医療施設や脳神経外科施設で治療を受けているということである。救急医であり脳神経外科医である佐藤章は脳死と臓器提供の関係についてこう述べている（傍点は筆者による）<sup>13)</sup>。“そもそも脳死下臓器提供という状況は、心臓、肺、肝臓などbeating heartの状態にある身体からの臓器摘出でなければ不可能な同種臓器移植医療からの要請に基づき、出現した医療行為である。その結果、脳死という状態そのものが、臓器提供・臓器移植を前提に注目されるようになったとの見方もあり、臓器移植の問題抜きに脳死について議論することに疑問を感じるとの見解も一部には存在している。

しかし脳疾患を治療する医療の側からすると、多数の重症脳障害患者の一部に不幸にして脳死状態に陥る患者が発生することは避けられないことであり、それら脳死状態の患者の一部に、脳死下あるいは心停止後臓器提供の患者が存在するということになる。臓器提供の問題は、脳死状態の患者・家族への対応の問題全体のごく一部を占めるにすぎない。すなわち、治療による回復の見込みが全くない脳死という状況における医療行為の意味は、臓器提供の有無にかかわらず、神経内科、脳神経外科、救急医学など脳疾患を治療する立場にある医療者によって真摯に検討されるべき問題であり、その一部として臓器提供にかかわる家族への対応の問題も考察されることになる。～中略～脳死判

定を行うことが臓器提供と必ずしも結びついていないということは、臓器提供と関係のない脳死状態患者が多数存在することを意味しており、実際にはそのような一般の脳死状態（non-donating brain death: NDBD）患者のほうが圧倒的に多い。脳疾患治療に携わる医療者にとって、本来はNDBD患者とその家族への対応の問題が第一にあり、その延長線上の一部分として臓器提供する脳死状態（donating brain death: DBD）患者への対応が存在することになる。”佐藤の主張を私なりにまとめてみると、臓器提供・臓器移植が前提として脳死が存在するのではなく、臓器提供と関係のない脳死状態患者が多数存在しており、そのごく一部に臓器提供する脳死状態患者が存在しているということである。すなわち先に述べた「現象としての脳死」と「概念としての脳死」は対立するものではなく、「現象としての脳死」はその中に「概念としての脳死」を内包しているのである（図2参照）。このことは日本に限らず移植大国といわれる米国でも同様のようである。米国国立衛生研究所神経内科医である木村道子はこう述べている（傍点は筆者による）<sup>14)</sup>。“「脳死」の概念は、臨床的には必ずしも臓器移植のためだけのものではない。

私は米国で30例ほど脳死判定をしたが、実際に移植が行われていたのは1例のみ。米国の年間死亡者数は約240万人で、脳死率を1%とすると脳死者数は約2万4千人とみることができる。このうち臓器移植は年間約3千件である。つまり臓器が摘出されるのは1~2割で、大多数の脳死患者は判定と同時に人工呼吸器を外されて静かに息をひきとる。脳死判定が延命だけの不毛なICU（集中治療施設）治療から尊厳死に移行する区切りとしても機能している。

脳死患者にとって臓器移植の有無は、本来、正確な判定がなされた後に派生する2次的な問題であるべき

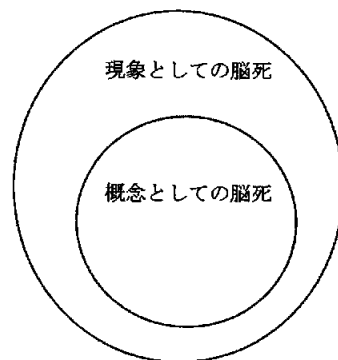


図2

だ。米国では移植の有無にかかわらず判定基準をつかった厳密な脳死判定が要求される。脳死が移植問題から独立しているからこそ、善意の家族は「臓器欲しさの判定なのでは」という不信に陥ることなく、死後の角膜や腎臓提供と同じ感覚で臓器提供に踏み切ることができる。しかし日本の臓器移植法は、移植という帰結から出発している。判定基準に則った厳密な脳死判定も、移植を前提とした時に限られている。日本でも脳死状態が疑われる場合、移植の有無にかかわらず、同じ厳密さで判定をすべきではないだろうか。”この項の最初に述べた脳死・臓器移植のように脳死と臓器移植をセットのように扱うことは、「概念としての脳死」を特に強調した考え方なのである。特に日本ではマスコミ等で臓器移植に偏った、しかもセンセーショナルな報道が長年続いていたため（これはいわゆる和田心臓移植事件の影響が非常に強く、ある程度仕方のないことなのかもしれないが），“脳死とは何か”といった脳死についての基本的な理解が不十分なことが多くみられる。すなわち「現象としての脳死」がなおざりにされる傾向があり、いくつかの問題点が浮かび上がってきた。

第一は一般の方の認識が脳死＝臓器移植という図式に傾きがちとなり、“何かあったら勝手に臓器をとられるかもしれない”といった医療に対する不信が広がったことである。何度も述べているように、実際の医療現場では重症の脳障害の患者を救命するために必死の治療が施されており、その時点では臓器移植とは全く関係がない。その後、懸命の努力の甲斐なく患者が脳死状態になり、家族がその病態の推移を理解し、患者が脳死に陥ったことを納得して初めて家族に選択肢としての「臓器提供の可能性」について知らせるのである。このような医療側の長いプロセスを必要とする努力がほとんど認識されず、あたかも家族にいきなり臓器提供を強要するようなイメージが一部に広まったといえないだろうか。

第二は、臓器移植があまりに強くクローズアップされたため、難病で苦しみ、臓器移植という治療でしか助からない臓器の提供を受ける側である「レシピエント」には大きな注目が集まったのに対し、臓器を提供する側である「ドナー」には光が当てられることはほとんどなかったということである。ドナーの人たちはあらかじめドナーとして運命づけられているのではない。健康で元気な人が突然発症したクモ膜下出血などの急性の脳疾患や交通事故による外傷により重度の脳障害に陥り、人工呼吸器などの救急蘇生術を受けるも、

一部の人は脳死状態に至ってしまうのである。残された家族の悲しみや苦しみはいかばかりであろう。つい数時間前には元気でピンピンしていた愛する家族が、ICUで人工呼吸器を装着され、もう助かる見込みはほとんどないと脳死を宣告されるのである。その突然の悲しみや苦しみの中で必死に考え、悩み、愛する人からの臓器提供を決断されるのである。「概念としての脳死」にはその臓器提供の決断までのプロセスがバツサリ切られているのである。私たちも移植から始まったような思い込みにとらわれがちである。しかし臓器移植はドナーからの臓器提供があって初めて存在するものであるということを、決して忘れてはいけないと思う。“ドナー”というと何か特別な人のようについ思いがちであるが、私たち誰もがドナー候補になりうるということをしつかりと心に留めておく必要がある。そこから臓器移植について、冷静かつ客観的な判断が下せるのではないだろうか。

まとめると、脳死・臓器移植とセットにして考えるのではなく、脳死、特に「現象としての脳死」をまずしっかりと把握すべきであると考えられる。しかし残念ながら「脳死の判定は医師が密室で行う検査で信用できない」等の批判が依然として後を絶たない。幾度となく述べているように、脳死、特に「現象としての脳死」は、ICUという集中治療室で人工呼吸器を装着された重症の脳障害患者にのみ起こる現象であって、医師が密室で人工的に作り出した「死」ではないのである。一部のマスコミや報道の影響もあるかもしれないが、一般の人に「現象としての脳死」と「概念としての脳死」が混同され、「脳死イコール臓器移植」といった誤った図式が広まっているのではないかと懸念を抱いている。その懸念を払拭するためにも、重症の脳障害患者と必死に救命努力を重ねている医療者の現場にのみ見られる「現象としての脳死」を見つめ直すべきであろう。そのことは臓器提供するかしないにかかわらず、一人の脳死状態に陥った患者とその家族に思いを馳せることである。柳田氏のいう<sup>15)</sup>「500の臓器には一つ一つ違う500の死と500の悲しみがある」の言葉を、皆が胸に刻み込むべきであろう。

## 2. 脳死は人の死か

### ① 「死」と「死の判定基準」

脳死と臓器移植をめぐる問題の中で、最も活発に議論されたテーマの一つが「脳死は人の死か？」という問いかけであろう。1990年に組織された臨時脳死及



び臓器移植調査会（脳死臨調）は1992年に一定の条件下における脳死体からの臓器移植を認める答申<sup>4)</sup>を出したが、その中でも脳死を人の死とする多数派と脳死を人の死と認めない少数派の間で、激しい議論がかわされていた。その後も度々「脳死は人の死か」という問いは繰り返され、“はじめに”でも述べたように臓器移植法改正後の朝日新聞の全国調査<sup>5)</sup>でも同様の問いかけがなされ、国民の意見は完全に2分されていた。

ただ私は臓器移植法という法律が制定されても、脳死問題がここまで紛糾し、混乱してきた大きな原因の一つがこの「脳死は人の死か」という問いだと考えている。その理由は「死の判定基準」と「死」が曖昧にされたことである。最初に前者の「死の判定基準」について考察する。

まず古来より人々はどうやって仲間が死んだことを理解し、判断していたのであろうか。実は19世紀初頭『死は心臓と肺が機能を停止した時に訪れる』という考えが科学、医学の発達と共に定着し始める以前は、死の決定的徴候は腐敗だった<sup>16)</sup>。著名な医師たちですら「腐敗しない限り、死を生と区別することはできない」と述べ、客観的に死を判定することは不可能であると考えていた<sup>17)</sup>。このように一般の人だけでなく、医師たちの間にも死の判定に対する不安が広がっていたのは、仮死状態の者を死んだと見誤り、埋葬してしまう「早まった埋葬」が大きな問題となっていたからである。その後、1816年の聴診器の発明、20世紀前半の心電計の登場を経て、「死の三徴候」（心停止、呼吸停止、瞳孔拡大）＝「心臓死」がようやく確立され<sup>18)</sup>、現在、死の判定（「生き返る」ことが絶対にないこと）に関して大きな問題はみられなくなった。すなわち死の三徴候＝心臓死は「死の判定基準」であり、この三徴候が出現すれば「生き返る」ことはないのである。この「死の判定基準」が社会から必要とされた第一の理由は、先程の「早まった埋葬」を防ぐことである。第二の理由は、死が家族のものから社会のものへと変化したことである。

日本では明治以前は宗教（特に仏教）の力を借りながら、家族や僧侶が死を見取ってきた。俳人の小林一茶は、彼の父が亡くなった時に記録を残しており、「だんだん冷たくなって、動かなくなって、亡くなった。そして家族で野辺送りをした」と<sup>19)</sup>。しかし明治以降、医師の記す死亡診断書がなければ、火葬や埋葬といった死体を処理することが許されなくなった。そしてその死亡診断書には死亡時刻が何月何日何時何

分と記載されることが求められ、死の三徴候により死の判定を行うことが必須となってきたのである。いいかえれば死の三徴候という死の判定基準を用いることで、人の死は法的・社会的に承認されるのである。しかし法的・社会的に認められたからといって、それで人の死は完結したといえるのであろうか。私事ではあるが2009年に私の父は亡くなった。父は2年6ヶ月にわたって入院生活を送り、すでに一章―脳死とは何か①で述べたように、入院生活のほとんどが人工呼吸器を装着した状態であった。最終的には呼吸状態が悪化し、危篤状態となり、私も含めた家族は主治医より「何月何日何時何分亡くなりました」と死亡宣告を受けた。このように“何時何分死亡した”と死のポイントで示すことが、死の三徴候（心臓死）の大きな特徴の一つである。私自身医師として、幾度となく家族に死亡宣告を行い、患者の死を見送ってきた。それが医師の果たすべき役割であると、信じて疑うことはなかった。家族も十分に納得してくれていると考えていた。しかし、いざ自分自身が家族の立場になると、主治医から父の死を宣告されたからといって、直ちに父の死を受入れることなど全くできなかった。父が亡くなってもう約2年もたっているのに、ふと父の気配を感じたり、父が元気だった頃の夢を見る。いまだ父の死を受入れることが十分できていないことに気づき、私自身驚いている。しかし私の経験が特殊なものであるとはいえないのではないだろうか。誰も大切な肉親の死に遭遇すれば、いくら医師の死亡宣告を受けたからといって、その死をすぐ受入れることができないはずである。人の死を受入れるには時間がかかるのである。第三者という客観的な立場ではなく、家族のような当事者の立場になれば、人の死が、死の三徴候（心臓死）が示す「ポイントとしての死」で完結するのではなく、時間をかけて死を受入れていくような「プロセスとしての死」という別の側面をもつことに気づくのではないだろうか<sup>20)</sup>。ところが現代の日本では病院で亡くなる「病院死」が急速に増加（1960年18.2%→2001年78.4%）し、逆に自宅で亡くなる「在宅死」は著明に減少（1960年70.7%→2001年13.5%）<sup>21)</sup>し、家族全員で看取る機会はほとんどなくなり、それどころか大人たちの中には「孫にあんなおじいちゃんの姿をみせたらかわいそう」といって、特に若い人が臨終に立ち会う機会も減っているようである。そのため“人の死”に欠かせない側面である「プロセスの死」がますます遠ざけられるようになった。一方死の三徴候（心臓死）に代表される「ポイントと

しての死」は、社会の発展と共に法的・社会的な要請として、更にその役割が大きなものとなった。このことが「死の判断基準」としての死の三徴候（心臓死）イコール「人の死」という誤解が生まれた理由の一つであると考えられる。

例えば梅原はこう述べている<sup>22)</sup>。『結論からいえば、私は脳死は死でないと思う。なぜならば、脳死は死であるという論理的根拠が全く乏しいからである。人類は今まで何十万年の間、心臓死をもって人間の死としたのである。それは分析すれば「死の三徴候」、呼吸停止、心拍停止、瞳孔拡大・対光反射消失の三つに分析されるかもしれないが、死ということは誰でも知っている。呼吸ができず、脈拍が停止し、そして瞳孔が開いてやがて冷たくなる。これが人間の死であり、この死という不思議な事実を人間はいろいろ解釈しようとし、宗教や哲学をつくってきたのである。しかし今、脳死は死であることを認めることは、この何万年、何十万年と人間がもち続けた死の概念を変えようとするのである。何のため、それはもっぱら臓器移植をせんがためである。』と。梅原は「死の判断基準」としての死の三徴候を「人間の死」として誤解しており、また死の三徴候が確立されたのは近代医学の成立した20世紀に入ってからであり、それまでの長い間、死の決定的徴候は腐敗であり、白骨化であったことを誤認している。くり返すことになるが、死の三徴候（心臓死）は一つの「死の判断基準」であって、決して「人の死」ではないのである。長年にわたり社会で「死の判断基準」として十分認知されてきた死の三徴候（心臓死）ですらそうなのに、「見えない死」ともたとえられる<sup>23)</sup>、分りにくい病態である脳死が「人の死」であるはずがないのである。脳死は死の三徴候（心臓死）と同じく「死の判断基準」の一つであり、『脳死は人の死か』という問い方ではなく、『脳死は人の死の判断基準として妥当か』とするのが正確な問い方なのである。しかし残念ながら、脳死臨調から今日に至るまで『脳死は人の死か』という問いかけがまかり通っている。脳死臨調では2. 脳死と医学的に見た「人の死」(2) 脳死と「人の死」、にてこう述べている<sup>24)</sup>。「人の死」というのは、何よりも人の身体に生じる現象であるから、その理解に当たってはまず医学、生物学的知見に基づくべきものと考えるのが自然であろう。

しかし一方、「死」とはこうした身体上の生理学的現象にとどまらず、人々の価値観を前提としたいわば一つの文化的現象でもある。例えば「魂」というもの

は医学的にはその存在が確認されたものではないが、魂が肉体から離れた時をもって「人の死」とする考え方は古今東西かなり広く見られる死に対する考え方である。したがって「人の死」の定義は、単に医学的な見方のみから考えるのでは足りず、より広く哲学、宗教、倫理学、社会学、文化人類学等の様々な立場から総合的に考えられるべきである。”と非常に客観的、理性的に「死」について考察されており、異論をはさむ余地はほとんどない。しかしその後の記述では、この死に対する前提は曖昧なものとなり、4. 脳死を社会的・法的に「人の死」としてよいか (2) 脳死をめぐる国民感情と社会的合意、ではこう述べられている<sup>25)</sup>。“脳死をもって「人の死」とすることについては概ね社会的に受容され合意されているといつてよいものと思われる。”と「脳死は人の死である」とほぼ判定しているのである。すでに述べたようにこれが答申の多数意見であったのだが、これに反対する少数意見が残念なことに多数意見と同じ土俵で戦ってしまったのである。答申ではIV. 「脳死」を「人の死」とすることに賛同しない立場で、の項目<sup>26)</sup>から分るように『脳死は人の死か』という誤った問いに対応してしまっているのである。その後この『脳死は人の死か』という問いに対する批判的な意見はごく一部を除いてほとんどなく、今日まで堂々とこの問いかけが続いているのである<sup>5)</sup>。批判的意見を述べた論者の一人に生命科学者の中村桂子がいる。彼女はこう述べている<sup>27)</sup> (傍点は筆者による)。“たとえば最近、臓器移植のための臓器提供者が必要になったことから、脳死の判定がなされた場合、生前に臓器提供の意志が表明しており、しかも家族も同意した場合には、その段階で臓器が摘出できるということが法律で定められました。そこで議論になったのが、脳死は人間の死であるかということです。臓器移植のためには、そこで法的な死の決定が必要であることはもちろんです。しかし一方で、生命を失うということは、これまで述べてきたような過程の一つなのです。一瞬で決められるものではない。したがって法律的にどこで死とするかという約束事と、一つの個体の死がいかなるものであるかということとは別と考えるほかにないように思います。脳死であっても、心臓死であっても、身近な人の死を瞬間のものと受け止めることは、ほとんど不可能でしょう。

ここで述べたような生きものとしてのヒトがもっている生、性、死に関する歴史をふまえ、まずプロセスとしての死という認識を体の奥に入れたうえで、約束事としての死と判断する以外に脳死を認める道はない

と思います。「脳死は人の死か」という問いをしてしまうと、議論は誤ります。「心臓死は人の死か」と問われたら「そうだ」とは言い切れない。身内の亡くなる時のことを考えればわかります。ただ、長い間の体験で、現代社会の約束事としては心臓停止の時を死亡時刻とするということを多くの人が認めているというだけのことでしょう。臓器移植、とくに心臓移植という行為がなければ、今脳死について考える必要はないわけです。もしそれを医療行為として認めるのなら、脳機能停止の時を死亡時刻とする場合もあることと、プロセスとしての死という認識とが、自分の中でうまくかみ合ってくるかを検討することです。そのような経過でしか先は見えてこないと思います。”中村は明解に、しかも非常にわかりやすく『脳死は人の死か』という問いの問題点を指摘している。また小松は「死そのもの」と「死の判定基準」の違いについてこう述べている<sup>28)</sup> (傍点は筆者による)。“ここで「死そのもの」と「死の判定基準」との違いとはこうである。脳死を例にとるなら、脳死状態に陥ったからその者は死んだと私たちは判断するのであり、そうであるからには、脳死とは死の到来を判定するための判定基準に他ならず、判定基準によってその到来を測られる何者かが死のはずである。脳死という判定基準と何者かとしての死そのものとは、あくまでも別個の存在なのである。心臓死をとっても図式は同様になる。にもかかわらず、梅原は測るものと測られるものとを同一視する錯誤に陥っているのだ。

わかりにくい事柄なので具体的に考えてみよう。いま仮に、私たちが西歐の十八世紀あたりにワープして、精神であれ生命力であれ、その消失を死そのものと捉えているとしよう。だが、精神や生命力の消失は人間の五感では認識不可能である。そもそも精神や生命力もそれ自体は知覚できないからである。したがって、精神や生命力の消失を死とする場合、知覚可能なその証拠(徴候)を確認し、それを精神や生命力の消失の判定基準、すなわち死の判定基準として確定することが必要になる。そして実際の臨終の場面では、判定基準として確定した徴候が確認されたことをもって生命力や精神が消失した、つまり死が訪れた、と判断するわけである。このように「死そのもの」と「死の判定基準」とは決して同一視できぬ存在なのである。

したがって、梅原に限らないことだが「脳死は人の死か」という問い方が従来なされてきたものの、それは以上のような「死そのもの」と「死の判定基準」とを同一視する錯誤に陥っている。「脳死は人の死の判

定基準として妥当か、これが正確な問いの立て方なのである。”小松は梅原(哲学者の梅原猛)を厳しく批判し、「脳死は人の死か」という問いの誤りを指摘している。しかし小松のいう「死そのもの」に関しての説明はやや不十分で、わかりにくい。そこで次項では「人の死」について概説し、考察していきたい。

## ② 人の死とは? — 特に関係性の死について —

「人の死」について簡潔に答えることは非常に困難である。なぜなら「人の死」とは医学的、生物学的のみならず、社会的、文化的、更には情動的に決せられるべきであり、客観的な科学的アプローチのみでは十分理解することができないからである。

中村<sup>29)</sup>は人間の知として、普遍主義、倫理主義、客観主義を背景とする『科学の知』だけでなく、経験が大きな意味と働きをもつ『臨床の知』の重要性を示した。この複雑な「人の死」の問題こそ、経験を重視した『臨床の知』というアプローチ方法が適切であると考えられた。そこで既論文にて<sup>20)</sup>、医師、僧侶である私自身の経験を中心に具体的な事例を提示し、「人の死」について考察を加えた。そこでは「人の死」を様々な角度からアプローチを試みた。

まず第一に、「人の死」には脳死や心臓死などの「ポイントとしての死」だけでなく、人の心や思い・情が深く関わり、時間的な経過が必要とされる「プロセスとしての死」ともいえる側面が存在することである。本論文でも私の父を例として、死の判定として社会的にしっかり受入れられていると考えられる死の三徴候(心臓死)ですら、家族のような大切な人の死を受入れるには十分でないことを示した。人が安定した社会生活を営むためには、法的・社会的な要請として死を線引きすることが求められる。死を線引きすることが「ポイントとしての死」であり、また「普遍的な死」ともいえる。それに対し個別性・特殊性に重きを置き、一人一人の死を大切にしようとするのが「プロセスとしての死」であり、また「個別的な死」ともいえる。このように「人の死」には普遍性と個別性といった相矛盾する二つの側面があるため、人の命が左右される医療現場では脳死臓器移植など様々な深刻な問題が表面化しやすい。

第二にジャンケレヴィッチが提唱した<sup>30)</sup>「人称別の死」の分類が「人の死」の理解には非常に有効だと考えられる。まず「三人称の死」は客観的・抽象的な死であり、社会の発展と共に生まれた「新しい死」である。また脳死や心臓死といった死の判定基準を考える際の死も三人称の死である。このように「三人称の

死」により、死は個人の特異な出来事から一般性、普遍性を備えた概念に変化したといえる。それに対し「二人称の死」は主観的・具体的な死であり、家族や友人といった小さな共同体の中で生まれた「古い死」である。大切な家族の死を経験すれば必ず納得できようが、「二人称の死」は情緒的であり、感情的であり、理屈や理論はほとんど役に立たない。いくら医師が十分説明した上で死亡宣告を行っても、そう簡単に愛する大切な人の死を受入れることはできないのである。脳死や心臓死などの死の判定基準はここまでが生であり、ここからが死であるといった線引きを求められ、一人一人の死は均一化・一般化される。ところが私たちが現実的に二人称の死と出会った時、三人称の死における死の線引き化や死の均一化・一般化をそのまま当てはめることは全くできなくなり、意味をなさなくなる。ドナー家庭への対応の困難さは正にこのことに起因するのである。

第三に「関係性の死」という新しい概念を提示した。「人の死の受容」には2つの死の受容が存在する。まず最初に心臓死（時には脳死）などの医学的な死の判定基準に従って「肉体の死」が決定され、家族に死亡宣告が行われるのであるが、この時点で「死の受容」が全て完了するわけではない。私の父が亡くなった時、父は高齢でもあり、長い入院生活を送っていて、父の死に対する覚悟も心の準備も十分できていたはずであったが、いざその時を迎えると通夜、葬儀などに忙殺され、静かに父の死を悼み、自らの心を見つめ直す余裕も全くなく、三回忌を終えた今ですら、父の死をしっかりと受容できているのか自信がないのが実状である。確かに頭では父が亡くなったことは理解できているのであるが、心では父の存在全てが完全に消滅したとは納得できていないのである。父が高齢で亡くなるまでにある程度の時間的余裕があった私でもこのような現状なのに、故人の死の原因が自殺や他殺、事故死、突然死の場合や、故人の年齢が若い場合はなおさらの事である。例えば子どもが殺人事件に巻き込まれた親が、亡くなった子どもの部屋をずっと何年もそのままにしておく場合がある。これは私もそうであったように、頭では子どもが死亡した、亡くなったことは理解できていても、心の奥底では子どもの死を納得できていない、子どもの死を受容できていないのである。すなわち「人の死の受容」には「生物学的死」である「肉体の死」だけでなく、別の側面が存在するのである。

人は孤立して一人だけで生きているのではない。親

子関係や夫婦関係、職場や地域の間関係等、様々な関係性の中で生きている。人が死ぬということは、その関係性が切れる、途絶することになる。複雑な人間関係が交差し、そこに人の心や思いがからみ合う「関係性」は科学的な合理的判断ではなかなか割り切ることにはできない。それ故、人は自分にとって近い人や親しい人が亡くなると、その人との関係が途絶したことを受入れることは非常に大変で、苦しい作業となるのである。この生前の故人との関係性が途絶することを狭義の「関係性の死」と定義した。「人の死の受容」には「肉体の死の受容」だけでなく、「関係性の死の受容」が存在するのである。しかしいくら「関係性の死」を受容するからといって、人は故人との関係が途絶したままでは耐えることはできない。必ず故人との新しい関係を築こうとするのである。私と父は、父が元気な頃から疎遠な関係で、たまに会ってもほとんど会話することもなかったが、父が認知症を患い症状が悪化するにつれて、会話どころかコミュニケーションもとれなくなってきた。そして緊急入院となり人工呼吸器を装着してからは、私が一方的に語りかけているような状況で、会話らしい会話は全くできず父は息を引き取った。ところが父の死後に父の遺品を整理したり、家族と父の思い出を話し合ったりする中で、なぜか父の存在を身近に感じることができ、「今こうして仕事ができるのも父さんのお陰だね」と心の中で父と話している自分に気づき、自分自身驚いている。またある人は亡くなった父親が「いつも自分をどこかで見守ってくれている」と感じられるようになったと話してくれた。このように肉体的には亡くなった故人と心の中でその存在を身近に感じたり、言葉をかわすという科学的には非合理的な経験ではあるが、実際に大切な家族をみとったことのある方にはこのような経験の存在を納得してもらえないのではないだろうか。このように人は悲しみや苦しみの中で、時間をかけて故人と向き合い、故人と折り合いをつけて、故人との新しい関係を築き上げるのである。そして故人との新しい関係性を構築すると共に、生前の故人との関係が途絶したことを、すなわち狭義の「関係性の死」を受入れるのではないだろうか。

まとめると「肉体の死」の受容からはじまり、生前の故人との関係が途絶したこと（狭義の「関係性の死」）を受入れると共に、故人との新しい関係を再構築していく一連のプロセスを広義の「関係性の死」と定義した。すなわち「関係性の死」は「死の受容」のプロセスそのものと考えられる。

幾度となく述べているが、脳死や心臓死は「生物学的死」を診断する判定基準であって、「人の死」のごく一部にすぎない。「人の死」には科学的アプローチでは割り切ることのできない「関係性の死」が大きな存在を占めているのである。また「関係性の死」には「死の社会性」と「死の創造性」という二つの大きな働きを内包しており、残された人にとって大きな力、心の支えとなるものであるが、詳しくは既論文<sup>20)</sup>を参照されたい。

③ 「関係性の死」「社会的死」「生物学的死」の3つの死の概念の関係について

日本人と脳死・臓器移植をめぐる議論の中で、度々「社会的死 social death」の概念がとりあげられてきた。本項では「社会的死」について考察を加え、更に「関係性の死」「生物学的死」など他の死の概念との関わりについても論じてみたい。

社会的死 social deathとは、社会的な観点から捉えた人間の死の概念であるが、学問的に確立された用語ではない<sup>31)</sup>。一般的にはその人物の現実の状況に関係なく、社会から死者とみなされている状態をいう<sup>32)</sup>。例えば会社や大学などの職場で、ある人が行方不明になったケースを想像してみる。しばらくの間はその人がまた戻ってくることを仮定して皆で仕事のやりくりをするだろうが、ある一定期間過ぎれば、その人が死んだものとして処理されるだろう。社会的死であると確定するには、ある程度の時間、すなわち

「プロセス」が必要であり、また冷静かつ客観的・科学的な見方・視点である「三人称の視点」が要求される。なぜなら、肉親の死に向い合うような主観的・情緒的な「二人称の視点」では、死とみなす決断がなかなかできず、遅れがちになり、社会からの要請に十分答えることができないからである。「時間経過」と「視点」の2つを軸に考えると、「社会的死」とはポイントではなく、プロセスとしての死の要素が強く、また「二人称の視点」ではなく「三人称の視点」が必要とされるといえる。

次に「生物学的死」とは肉体の死（身体の死）に代表される個体の死である。現在は死の三徴候によって判定されるいわゆる心臓死をもって個体の死とされている。そこで「社会的死」と同様に先程のパターンを応用すれば、「生物学的死」は「時間経過」としてはポイントとしての死であり、「視点」としては「三人称の視点」と考えられ、「関係性の死」は「時間経過」としてはプロセスであり、「視点」としては「二人称の視点」と考えられる。そこで「人の死」を表現するために「視点」を横軸に、「時間経過」を縦軸にとってグラフを作り、A. 生物学的死、B. 社会的死、C. 関係性の死という3つの死の概念をグラフ上に示した（図3参照）。

グラフをみればわかるように、A、B、C、3つの死の概念すべてベクトルが異なっており、それぞれが全く別の死の概念であることが明らかになった。また関

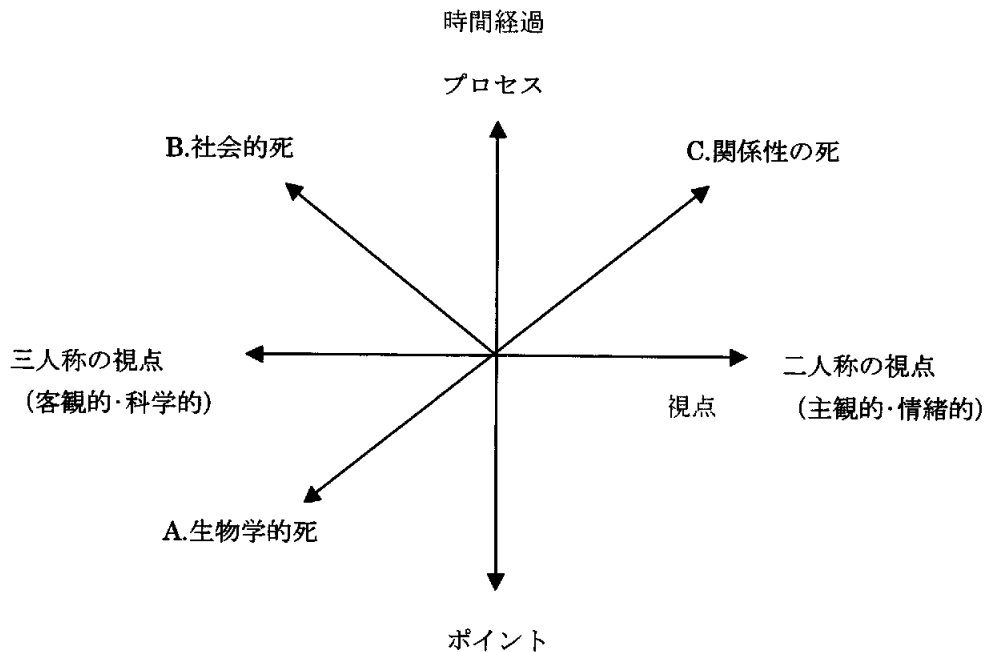


図3

係性の死が今までほとんど注目されてこなかった最大の理由は、視点が客観的・科学的ではない主観的・情緒的な2人称の視点であり、従来の科学的アプローチが有効でないため、ほとんど研究対象にならなかったのである。更に時間経過の要素が強いこともこのことに拍車をかけたと考えられる。この3つの死の概念の中で最も研究されたのが「生物学的死」であり、次に「社会的死」である。この理由は両者とも視点が客観的・科学的な三人称の視点だからである。そこで今までの報告を中心に「生物学的死」と「社会的死」との関わりについて検討を加えてみる。

「生物学的死」と「社会的死」は必ずしも同時には起こらない。一般的には「生物学的死」の後に、「社会的死」が訪れると考えられる。この傾向は日本では特に顕著であるとされている<sup>32)</sup>。例えば埋葬の前に死体を一定期間棺に収めて祭る<sup>33)</sup>「殯(もがり)」という習俗があった。当時、死は肉体から靈魂が抜け出てしまった状態と考えられており、魂を呼び戻す儀式として行われていた。「殯」の期間は短くて3~5日、長い場合は数ヶ月、王などの場合は数年にわたることもあったという<sup>33)</sup>。この「殯」の間に、遺体は腐敗し始め、次第に白骨化していき、肉体にもう魂は戻ってこないと判断されて初めて、その人の死が受容される。すなわち古代日本ではまず「生物学的死」があり、その後「殯」の期間があり、最後に「社会的死」が宣告されたといえよう<sup>33)</sup>。現在では「殯」という習俗はなくなったものの、死体は敬意をもって取り扱われており、そのことが日本における献体や臓器提供の障害となっている可能性も考えられる。

それに対し、西アフリカのカダカー族などの文化において、長期の病人はそれだけで共同体から締め出され、生きていくことの役割も終わったものとみなされ、生きたまま埋葬されるか死ぬまで放置され、「社会的死」が「生物学的死」に先行していることがみられるという<sup>32)</sup>。欧米では幽閉や懲役を強いられたり、奴隷にされたり、穢れ、凶暴性、反社会性などを理由に追放されたりした場合、あるいはアルツハイマー病その他、行動能力が奪われる慢性的疾患に罹った場合、「社会的死」が「生物学的死」に先行しているとされる<sup>34)</sup>。日本では「社会的死」が「生物学的死」に先行する例は多くはないが、ハンセン病患者たちへの歴史的扱いはその数少ない例の一つと考えられる。「社会的死」には人間の尊厳や差別といった大きな問題が存在しているが、また別の機会に考察していきたい。

このように「生物学的死」のみで人の死が完全に理

解できるわけではないことが明らかとなった。人の死には「生物学的死」のみならず「社会的死」が複雑にからみ合っている。更に人の死は客観的・科学的な視点で理解するだけでなく、主観的・情緒的な視点をもって心で納得する必要がある。なぜなら私たちは単に孤立した生物として生き、生物として死ぬのではなく、関係性をもった人間として生き、人間として死ぬからである。そのためには、科学的・合理的判断では割り切ることができない、人の心や情といったものを基盤とする「関係性の死」がもっと認知されることを期待したい。

### 3. 脳死は“死の判定基準”として妥当なのか

#### ① 脳死は納得できる死なのか

前章で、脳死は死の三徴候(心臓死)と同様に一つの「死の判定基準」であって、決して「人の死」ではないことを述べた。また死の三徴候:心臓死(場合によっては脳死)で判定される「生物学的死」ですら「人の死」の一部であって、「社会的死」「関係性の死」など他の死の概念が存在していることも明らかにした。そして『脳死は人の死か』という問い方ではなく、『脳死は人の死の判定基準として妥当なのか』とするのが正確な問い方であると示した。そこで本章では脳死が死の判定基準として妥当なのかについて考察していきたい。

最初に私たちはどうやって人が死んだことを実感し、納得するかについて考えてみたい。すでに前章の①「死」と「死の判定基準」で述べたように科学、医学の発達以前は死の決定的徴候は腐敗であり白骨化であった。しかし社会の発展と共に、亡くなった人の身体をそこまで放置することは当然、社会常識、社会通念として許されるものではなく、新たな死の判定方法が求められることとなった。そして聴診器や心電図の開発に伴い、死の三徴候が死の判定基準として徐々に定着していったのである。しかしここで注意すべきことは、私たちは死の三徴候で100%死を実感し、納得しているわけではないということである。この三徴候が出現すれば「生き返る」ことはなく、「早まった埋葬」という恐るべき問題を防ぐためにも死の三徴候は有用なのである。人を一人でも看取った経験のある方ならばよくわかってもらえると思うが、死の三徴候はあくまで死の経過の始まりに過ぎないのである。その後、誰がみても明らかな状態の変化、すなわち体

が動かなくなり、体が硬くなり、体が冷たくなる等の変化をもって私たちは「ああ、やっぱりこの人は死んだのだ」と実感するのである。このことはどうもはるか昔より受け継いできたものであり、私たちの心と身体にしみついている本能的な記憶のようである（動物も同じ感覚で仲間や家族が生きていないと感じるようである）。このように死の三徴候から始まる死の経過は誰にでも見える死だからこそ、私たちは納得できるのである。ひるがえって脳死がどういう状態かといえ、心臓が動いている、体温もある、顔色もいい、先程の死の実感とはほど遠い状態なのである。だからこそ脳死をもって人が死んだと受入れることは誰でも困難なことなのである。竹内基準で知られる脳外科医の竹内はこう述べている<sup>35)</sup>（傍点は筆者による）。「脳死という状態が、心停止による死亡と違うのは、客観性に乏しいということなのです。脈が触れない、呼吸がない、体温が冷たくなっていることであればすぐにわかるのです。ところが脳死の場合には心臓が動いている、体温もある、顔色もいい。うっかりするとさわったら脊髄反射で動くこともあります。」すなわち脳死とは「見えない死」であり、「納得できない死」なのである。更に最近問題になっているのが、竹内も言及した「ラザロ徴候」という脊髄反射（spinal reflex）の存在である。脊髄反射（spinal reflex）<sup>35)</sup>とは脳死患者で、四肢に軽く触れるだけでかなりはっきりした、いかにも患者自身が意図的に動かしているような動きである。人工呼吸が刺激となって、身体に触れなくても、自動的に動くこともある。最も有名な脊髄反射は「ラザロ徴候」といい、両手を広げてあたかも抱擁するような動作がみられる。脳死になると脊髄反射が活発になり、脳死では3例に1例でこの反射が見られるようになることとされている。なおラザロとは新約聖書中の人物で、病死したがキリストによって蘇生したと伝えられる。ラザロ徴候のような脊髄反射は、脳は死んでいるが、脊髄は生きている状態で発生すると説明されているが、いくら脳死だと説明されても、目の前でその脳死の人が、いきなり動き出したら、医学の専門家でない家族が動転するのは当然ではないだろうか。素直に考えれば、私たちが人が死んだと実感する最大の出来事は「動かなくなる」ことではないだろうか。例えば子どもが死んだ虫をついても動かないことに気づいて、「この虫は死んじゃった」と初めて死を感じることも少なくないことだろう。また私たち大人でも、倒れている人と遭遇した時、まず確認するのは動いているか動いていないであり、ひとまず少

しでも動いていれば生きてると少し安心するはずであり、全く動いていなければ「ひょっとしたら死んでいるかもしれない」と思うはずである。すなわち死とは動かない状態であるということが、私たちの心や本能に深く根ざした思いではないだろうか。ところが、ラザロ徴候のように人間的でなめらかな動きをしばしば示す脳死は、私たちの死の実感や思いとはかけはなれたものであり、納得できるものではないことが普通なのである。竹内基準で知られる脳神経外科医の竹内ですらこう語っている<sup>36)</sup>。「患者の家族の気持ちとしては、万が一にも助かって欲しいという希望がもちろんありますから、体温がある、顔色もいい、さわれば動くということになると、医師が脳死ですと言ってもなかなか納得してもらえません。ですからその気持ちは十分汲んであげないといけないと思います。」死は一部の専門家しか理解できない特殊なものではなく、万人に等しく訪れる自然な出来事であるはずである。それ故、「納得できる」ということが大切なポイントとなろう。そのことからいえば、脳死は納得できない死であると言わざるを得ない。

## ② 死がさし迫った状態＝死といえるのか

本項では脳死のもつ臨床的意義が死の判定基準として適切か否かについて考察していきたい。

臨床的にはいったん脳死状態に陥ると、蘇生の可能性は皆無であり、ある程度の時間の長短はあっても早晚必ず心停止に至るとされている。また現在、脳死判定基準として用いられている竹内基準では、脳死はポイント・オブ・ノーリターン（蘇生限界点、不帰の点）であるとしている（図4参照）<sup>37)</sup>。すなわち脳死とは「もう助からない」、そして「死がさし迫った状態」であるということになる。しかしこの脳死の定義には大きな問題点をはらんでいる。

まず脳死を死の判定基準として用いることは「もう助からない」「死がさし迫った状態」を死（すでに死んでいる状態である）とみなすことになる。もし脳死以外の患者にこの原則を適用すれば殺人罪に問われることになるであろう。助かる見込みがないからといっても、その人は確実に生きているのであって、生者を死者とみなすことは決して許されないということは誰にとっても自明のことであろう。しかし脳死だけは例外とされているのである。その根拠となっていることは ① 脳死状態に陥れば数日（小児では約10日）以内に必ず心停止して死亡する、② 脳は有機的統合性の中核である、の2つの考えである<sup>38,39)</sup>。以下に①②それぞれについて現時点において妥当であるか否か

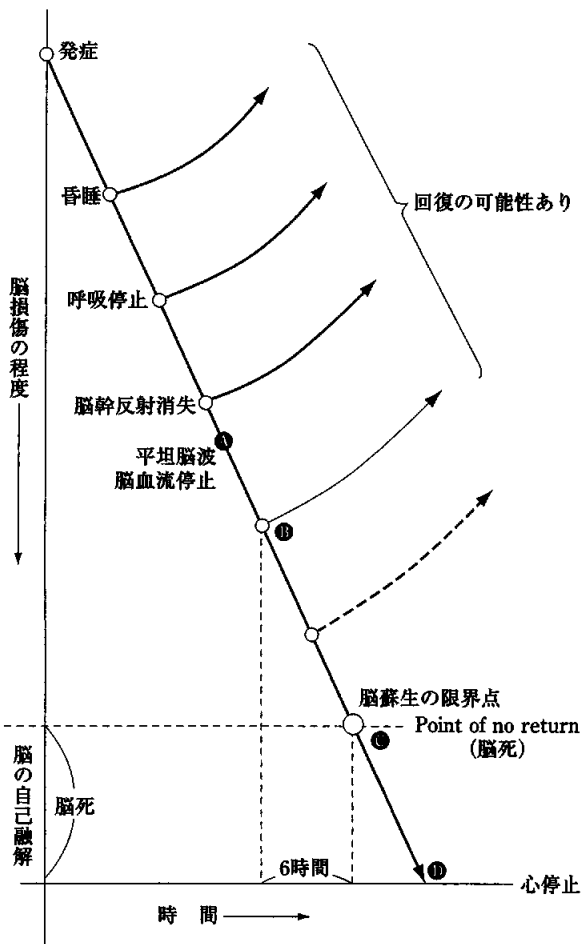


図4

について考察していきたい。

最初に ①脳死状態に陥れば数日（小児では約10日）以内に必ず心停止して死亡する、は欧米では特に重要な根拠とされてきたが、最近それに反論する報告が度々みられるようになった。その中でも代表的なものがシューモン<sup>39)</sup>の報告である。シューモンは1966～1997年までの31年間に全米で脳死診断のあと人工呼吸器を装着されて一週間以上生存した12219例を集め、精査したところ、少なくとも175人が一週間以上生きていたことを明らかにした。この175例中2週間以上の生存が80名、4週間以上が44名、2ヶ月以上が20名、6ヶ月以上が7名、1年以上が4名であり、最長は14.5年であった。この最長例は4歳の時に脳死と診断され、2004年に亡くなるまで、脳死状態にて21年間生存していたのである<sup>40)</sup>。更にシューモンは、19例が4週間以前に脳死であるという理由で人工呼吸器が外されていることから、かなり過小評価された数値とみている。このように脳死の期間が異

常に長い例は「慢性脳死 (chronic brain death)」「長期脳死」または「遷延性脳死状態」とも呼ばれ、脳以外の諸臓器がより健全な場合に、強力な生命維持治療の結果、起こりうるということが知られており、特に乳幼児などの年少者では一般にこの期間が長い傾向があり、また妊婦が脳死状態になった時に、脳死になってから平均56日、長い例では100日以上たってから帝王切開で無事に出産していることも報告されている<sup>41)</sup>。日本では2000年旧厚生省研究班の報告書「小児における脳死判定基準」の中で、脳死判定後に心停止に至るまでの期間が、成人では「数日から一週間」とされるが、6歳未満では30日以上が2割近い25例あり、300日以上も2例みられたと報告されている<sup>42)</sup>。2004年の日本小児学会のアンケートでは、15歳未満の脳死症例（疑い含む）163例のうち、脳死状態と診断後、心停止まで30日以上経過した「長期脳死」は18例（24%）であった<sup>43)</sup>。

このように脳死の期間が異常に長い例である「慢性脳死」「長期脳死」がいくつか報告されたことにより、①脳死状態に陥れば数日（小児では約10日）以内に必ず心停止して死亡するという根拠は、特に小児や妊婦では大きく揺らいでいるといわざるを得ない。

次に ②脳は有機的統合性の中枢である、という根拠は現在、最も正統性があるとされている<sup>38)</sup>。それを要約してみると、脳は身体各部の臓器を統合している器官であるから、脳死によって統合機能が失われると身体各部臓器がバラバラに動き始め、内分泌機構、感染防御機構は破綻し、数日（小児では約10日）以内に確実に死を迎える、というものである<sup>44)</sup>。しかしこの理論は恣意的かつ作弄的なものといわざるを得ない。なぜならこの理論では大前提として②の“脳は有機的統合性の中枢である”を据えているのだが、この有機的統合性という言葉はあいまいであり、一応生理学の概念からすべての臓器や組織や細胞が個々バラバラに働いているのではなく、相互に関連しあってひとまとまりの働きになっている状態を指すとしても、脳が有機的統合性の中枢であるとは必ずしもいえないのである。例えば体内環境の恒常性の維持や免疫反応は脳だけでなく、様々な細胞や臓器等で制御されている。また心臓は自動能を有していて、脳とは無関係に自発的に動くことができる。脳死状態になっても直ちに心臓が止まらないのは、人工呼吸器が機械的に心臓の収縮や拡張をさせているのではなく、心臓自身の自動能によるものなのである。このように②の“脳が有機的統合性の中枢である”という根拠が明らかに確立



しているとはいいい難く、先程の最も正統性があるとされている要約は、本来は次のように解釈すべきであろう。「死がさし迫った状態」である脳死を死の判定基準として用いてもよしとする根拠は、まず脳死状態になれば蘇生することは絶対になく、短時日のうちに必ず心停止に至り死亡するという臨床上的結果(①に当たる)が大前提であり、その原因として詳細は不明だが、ある程度それを説明できる説として「脳は有機的統合性の中枢である」が考えられるから、その脳の機能が不可逆的停止になった脳死となれば、全身の有機的統合性は失われ死亡する(②に当たる)。

しかしこの大前提である①の「脳死状態に陥れば数日(小児では約10日)以内に必ず心停止して死亡する」は先程示したようにシューモン等の「慢性脳死」「長期脳死」という症例がいくつか報告され、この大前提は覆されたといわざるを得ない。更にシューモンの報告した21年生存した例では、体重は15kgから60kgに、身長は150cmまで成長し、二次性徴も現れ、外傷も自然に治癒し、明らかに有機的統合性も十分保たれていたのである。すなわち脳死状態になったからといって必ずしも身体の有機的統合性が失われるわけではないことを明らかにしたといえる。

ここに至って脳死を死の判定基準として用いるための①②の2つの根拠は完全に破綻しているといえるのではないだろうか。シューモンは論文の最後に次のように述べている<sup>39,45)</sup>。“脳死状態が長期間続くということは、体の統合性は、単なる入れものである臓器や組織に対する重要な臓器(脳)の命令によって維持されるものではなく、体の各部分の相互作用によって得られるものであることを示している。したがって、脳死が人間の死とみなされるためには、体が死んでいるというものよりもっと説得力のある根拠がなければならぬ。”シューモンの報告により明らかになったことは、私たちは理論的根拠もなく、何か盲目的に脳を過大視してきたのではないかということである。私たちは人の死の判定として「臓器の死」ではなく「個体の死」をもって判定してきた。「死の三徴候」(心拍停止、呼吸停止、瞳孔散大・対光反射消失)は最近「心臓死」といえることもあり、心拍の停止、すなわち心機能停止のみであるかのように誤解されることもあるが、あくまで心臓の機能停止のみならず肺の機能停止、そして脳の機能停止と心、肺、脳という3つの枢要臓器の機能停止した状態で、これをもって「個体の死」とすることは大きな問題はないであろう。ところが「脳死」は脳という一つの臓器の機能停止に

すぎない。そしてシューモンが述べているように脳が人間の身体をすべて統合し、支配しているわけではない。「脳死」を死の判定基準としてよしとする根拠は、脳の機能停止の後、遠からず心肺機能も停止し、個体の死を招くこととされているが、この段階の持続時間は一般的な死の場合の心拍停止から脳の機能停止までの数分間に比べはるかに長く、その段階はあくまで「個体の死」に近いことを予測しているにすぎず、確認しているわけではない。以上より脳死は脳という重要な臓器ではあるが、一つの臓器の機能停止であって、死の三徴候のように「個体の死」を完全に示しているとはいいい難く、死の判定基準としては適切ではないと考える。

### ③ 脳死はポイントとして示すことが可能なのか

現在我が国の脳死判定基準としてはいわゆる竹内基準が用いられている。何度も述べているように、元々竹内基準は重症の脳障害の患者を救命できるか確かめ、治療方針を決定するために作製されたものである。いかに言えば、脳蘇生が可能かどうかを判定する基準であり、蘇生限界点(ポイント・オブ・ノーリターン)を定めることになる。このポイント・オブ・ノーリターンを定めることは臨床上非常に有用なことである。すなわちポイント・オブ・ノーリターン前なら患者が回復する可能性があり、十分な蘇生術が必要である。一方ポイント・オブ・ノーリターン後なら患者が回復する可能性は非常に低く、いわゆる看取りの状況になり、家族にその状況を説明し、納得してもらうことが医療側の大きな仕事となるのである。しかしこの竹内基準を脳死判定基準、すなわち死の判定基準として用いるとなると様相は一変する。なぜなら現代において死を判定するということは、死をあるポイントとして定めること、つまり死亡時刻が何時何分と明示することを求められるからである。これが先に述べた治療方針決定のためならそこまで厳密に定める必要はないのである。医療現場では時間をかけて、経過をみながらでしか患者の症状、病態を把握することはできないのである。重症の脳障害の患者の場合なら、患者が脳死状態という予後が絶対不良のゾーンに足を踏み入れたかどうかが大切であって、それをポイントとして何時何分と決定する必要はないのである。立花隆の「脳死」の中で、救急医の桂田はこう述べている<sup>46)</sup>。“私は脳死というのを一つの過程とらえているわけです。個人的に『脳死の開始』と『脳死の完成』という用語を使っていますが、開始から完成までである時間的プロセスをたどっていくものだと思います。ここが脳

死だとワン・タイムで決まらない。いつ死んだと死のモーメントを決められる普通の死と、そこがちょっと違うわけですね。脳死の完成のほうは、解剖学的に脳細胞の死が確認できる時点というか、自己融解がはじまった時点ですね。そこまでいけば、もう脳の機能は回復不可能であるといえると思うんです。しかし脳死の開始からそこに至るまでの間ですね、その初期の段階はなんとか治療すれば戻るかもしれないし、あるいは戻らなくても、ほんの少しでもよい方に向かう治療が可能かもしれない。いまは不可能でも医療の進歩でそこどころが可能になるかもしれない。”桂田は脳死はプロセスであって、何時何分に死亡したと死亡時刻を確定できないと述べているのである。実際の臨床で、死亡宣告をする際はほとんど死の三徴候（いわゆる心臓死）をもって判定しているのであるが（脳死は全死亡の1%にすぎないため）、この心臓死でもある幅があるのである。先の桂田も私と同様のことを述べているが、心臓が止まる場合でも、一般の人は心臓が一瞬でパッと止まるのだと思っているが、実際は心臓は時間をかけて徐々に止まっていくものなのである。死亡宣告をしようとしたら、装着していた心電図のモニターに心拍が数ヶでてきて、家族が困惑された経験も私にもあるが、心臓死ですら脳死と比べごく短い時間ではあるが、一つのプロセスなのである。その上、家族が患者の死を納得できているか等心情の問題もあり、死亡宣告は見守る家族の暗黙の同意が成立しているかを見極めて実施される非常にデリケートなものであり、死亡時刻もきっちり確定されているというより、フレキシブルなものなのである。心臓死の場合でもこのような状況なのに、まして脳死の場合、死亡時刻を確定する、すなわちポイント・オブ・ノーリターンを決定することは一層困難な作業なのである。竹内は脳死における蘇生術と死亡時刻についてこう述べている<sup>37)</sup>（図4参照）。“蘇生術は図4の脳障害の進行過程において少なくとも脳死（Point of no return・不帰の点）を迎える時点（C点）までは絶対に放棄すべきではない。意識障害（昏睡）からはじまり、呼吸停止・脳幹反射消失などが次々と確認され、ついに脳波も消失し、脳血流も停止し（A点）、脳死状態に陥る（B点）までは、蘇生の可能性を考えてもよい。つまり切迫脳死状態における脳蘇生法の成果が、今後も期待されるところである。そして通常六時間にわたる観察時間内では、なお蘇生の可能性が皆無とはいえない。ことに早期（一時間以内）であれば私自身蘇生例を経験している。～中略～なお、脳死を経て心停止・死亡

した事例を遡及的（後向き）に考えて、B点を死亡時刻とする考えもあるが、医学的にも法律的にも妥当とはいえない。一九九九年に厚生省から出された「臓器の移植に関する法律の運用に関する指針（ガイドライン）」にも、法的脳死判定による死亡時刻は、「脳死判定の観察時間経過後の不可逆性の確認時（第二回目の検査終了時）とする」と定められている。この時刻はC点のことである。”すなわち、脳蘇生法がどこまで有効か無効かは患者それぞれで違いがあり、脳死状態に陥るB点（第一回の法的脳死判定）を定めることもなかなか難しく、また脳死における死亡時刻であるC点を定めるには、6時間の時間経過が必要であるということである。これが生後12週から6才未満の小児の場合は、24時間以上の経過観察のための時間が必要とされているのである。私は脳死判定があいまいで不備が多いと批判しているわけではない。前に述べたように、元々死には「プロセスとしての死」の要素が大であり、死をポイントとして定めることは心臓死といえども難しい作業ではあるが、脳死の場合スタートライン（B点）もややあいまいで、しかも死亡時刻を決定するために6時間（小児は24時間以上）以上の時間経過、プロセスが必要とされることに、疑問をはさざるを得ない。心臓死のようにごく短い時間経過で判定できる場合と違って、脳死の場合、ポイントとしての死亡時刻を定めるのに、長い時間経過、プロセスが必要であるという矛盾は、一般の人が納得して医師から死亡宣告を受けるには大きな障害となるのではないだろうか。この意味でも脳死は死の判定基準として問題があると言わざるを得ない。1999年臓器移植法施行後、初の脳死ドナーからの臓器移植が実施された後、脳神経外科医の魚住は死の判定基準として脳死について厳しいコメントを次のように寄せている<sup>47)</sup>。“人間は生き物です。ロボットではありません。法律ができたからといって、それに沿ってスムーズにどんどん進むかというそうじゃない。今回のケースは、それをたいへんよくわかる形で示したのではないか。

臓器移植法の施行規則を読むと、人間の脳死に至る過程が、第何条の第何項という形できっちり決められるかのように書いてある。でも現実はそのようなものではありません。脳死というものが問題なくわかるような誤解も独り歩きしているが、パッと患者の顔を見て脳死とわかるような医師は一人もいないでしょう。

患者の体は死にたくないと言っている。医者も懸命に治そうと手を尽くして患者を継続して診る中で、

様々な症状が順次出てくる。順番もスピードも、人によって違う。一旦なくなった反応がまた出ることもある。そうしてある時間が経過して、後から振り返ってみて初めて、懸命に止めようとしたがあの時点で止まらなかったんだなあとわかる。それが生命の持っている不思議です。

法律通りにいかなかったからといって、全部主治医に責任をかぶせて非難すればいいというものではない。そもそも、医師は救命しようとする中で、様々な判断をしている。それが臓器移植がからむことによって、ある時点で治そうという行為を転換させなければならない。それをいつの時点で行うのか、大変な迷いと苦悩の決断になる。

これから一例一例、「摩擦」を積み重ねながら、法律を成熟させていかなければなりません。そのためには、その苦悩と決断の過程を、一般の人にもよくわかるように説明する責任が医師にはあると思います。

#### ④ 脳死患者は最弱者であるという視点

脳死について考えることは、脳死状態になった患者、いわゆる脳死患者をどう捉えるかということである。今までの考え、報告を整理してみると、①生きたからだに死んだ脳 (a dead brain in a living body) ②脈が触れる死体 (corpses with a good volume pulse) がある。①は「生きたからだ」という言葉で個体としての生を、②は「死体」という言葉で個体の死を強調している。「脳死は生と死のどちらの領域に属するのか」という脳死の持つ根本的な問題から、この①と②の考えは生まれ、未だ決着がつかない状況である。また全く別の視点から森岡は ③脳死の人、という考えを示した<sup>49,50)</sup>。森岡は脳死が生と死のどちらなのかと考えるより、脳死になった人と私たちがどのように関わってゆけばよいかが大切であり、脳死を人間関係の問題として捉えるべきであると述べ、脳死とは何かを考える際には、少なくとも一人称の場合、二人称の場合、三人称の場合に分けて考えるべきだと提唱した。私も森岡の考えに大いに共感している。脳死を医学的、法的といった客観的な視点からみつめるだけでなく、人と人との関わりの中で自分自身の問題として考えていくことは、今後非常に重要になっていくと思う。私も2章②人の死とは？——特に関係性の死について——で第一に「人の死」には「プロセスの死」の側面があること、第二に「人称別の死」が「人の死」の理解には非常に有効であること、第三に「人の死」には「生物学的死」だけでなく、科学的アプローチでは割り切ることのできない「関係

性の死」が大きな存在を占めていると述べた。更にこの「関係性」をキーワードに次章でドナー・レシピエントをめぐる臓器移植について論じたいと思う。

さてここで脳死患者の捉え方として ④脳死患者は最弱者である、を提示したい。第1章の ②現象としての脳死と概念としての脳死の項で、人工呼吸器を装着した重症の脳障害の患者が、治療の甲斐なく陥る最重症の状態が脳死状態であって、この元来、臓器移植とは関係ない病態を「現象としての脳死」と名づけ、また「現象としての脳死」は死を規定するものではなく、患者の予後の治療方針を決定するものであるとすでに述べた。すなわち生と死のベクトルからみれば、脳死患者は生の方向に逆戻りすることはほとんど不可能であり、死の始まりの極めて近い所に位置する存在であり、「死に行く人」ではあるが決して「もう死んでしまった人」や「死体」ではないのである。このような「脳死者生体論」とでもいえる考えをはっきりと表明している医療関係者は、脳神経外科医の魚崎<sup>51)</sup>等ごく少数である。しかし最近、日本救急医学会「救急医療における終末期医療のあり方に関する特別委員会」において、救急医療における終末期医療に関する提言(ガイドライン)が公表され<sup>52)</sup>、ガイドラインの中で救急医療における「終末期」とは、突然発症した重篤な疾病や不慮の事故などに対して適切な医療の継続にもかかわらず死が間近に迫っている状態で、その一つの状況として、不可逆的な全脳機能不全(脳死診断後や脳血流停止の確認後なども含む)と診断された場合が挙げられている。救急という医療現場の最前線では、脳死イコール人の死と簡単にいえるものではなく、あくまで「死が間近に迫った(さし迫った)状態」であって、医療としては「看取り」が求められる状況なのである。その後の対応については延命措置をどうするか含め、多くの問題が山積しており、解決にはまだほど遠い状況ではあるが、いずれの場合にも脳死患者の尊厳を最大限尊重し、家族らの心情にも十分配慮すべきであろう。患者の尊厳を尊重するということは、患者の人権を尊重するということである。しかも脳死患者は病状が最重症であることに加えて、自らの意思を伝えることも希望を述べることも全くできない患者なのである。この世に弱者と呼ばれる人は様々おられるであろうが、脳死患者は「最弱者」といえる存在ではないだろうか。脳死患者という「最弱者」の尊厳、人権をできるだけ尊重するという弱者の立場に立った視点が必要ではないだろうか。しかし残念ながら今までにこのような視点に立った論議はほと

んどみられない。1968年のハーバード大学「脳死特別委員会」はその報告の冒頭でこのように述べている<sup>11,12)</sup>。「我々の第一の目的は、不可逆昏睡を死の新たな基準として定義することである。そうした必要性が生じた理由は二つある。(1) 蘇生・延命手段の改善により、致命的な損傷を受けた人々を救命しようとする試みがますます増大した。だが、こうした努力は時として不完全な成功しかもたらさない。その結果、心臓は動きつづけているのに脳が不可逆的な損傷を受けたままの場合も見られるようになった。この負担は、永遠に知性を失ってしまった患者自身にとっても、その家族にとっても、病院にとっても、さらには、この昏睡患者がひとりじめにしている病院のベッドを必要とする他の患者にとっても、甚大なものになっている。(2) 時代遅れの死の基準に頼っているのは、移植のために臓器を得る際に論争を引き起こしてしまうおそれがある。」そこには何が何でも効率を最優先させようという効率至上主義が溢れており、家族にとってはかけがえのない存在である脳死患者の尊厳や人権を守ろうとする姿勢は全くみられない。

私が特に危惧することは、最弱者である脳死患者の尊厳や人権が守られないようなら、自らの意志を明確に示せない。植物状態や無脳児、重度認知症患者、重度精神・知的障害者といった弱者の人権を侵害する動きが、例えば新しいドナー候補になるといったような動きがいずれでてくるのではないかということである。それを防ぐためにも「脳死患者は最弱者である」という視点が今後重要になってくるのではないだろうか。

#### ⑤ 脳死の過去、現在、未来

この項ではまず脳死の歴史的推移を概説し、一つの死の判定基準として脳死は妥当なのかについて述べ、今後脳死をどのように捉えるべきかについて考察したいと思う。

1950年代に入り、蘇生術の進歩と人工呼吸器の開発・普及により、脳の機能が停止した後も心臓が動き続ける「脳死状態」は、特に脳外科や救急医療の現場でよく観察されるようになった。実際の医療現場では、人工呼吸器を装着した重症の脳障害の患者が、治療の甲斐なく陥る最重症の状態が「脳死状態」であって、元来、臓器移植とは関係ない病態である。私はこの病態を『現象としての脳死』と名づけた。臓器移植と直接的には関係のない「現象としての脳死」は死を規定するものではなく、患者の予後や治療方針を決定するものであり、社会的に大きな問題を引き起こすことはなかった。しかし1967年世界初の心臓移植以降、「脳

死状態」をめぐる状況は一変した。臓器移植、特に心臓移植の際の臓器提供者（ドナー）として、いわゆる脳死状態の人が適していることが明らかとなり、それまでの重症の脳障害患者の予後や治療方針を決定するものであった「現象としての脳死」は、臓器移植を念頭においた、死の新しい判定基準としての脳死、すなわち「概念としての脳死」という別の側面を示すようになった。しかし「現象としての脳死」が「概念としての脳死」に完全に置きかわったわけではなく、「現象としての脳死」のごく一部（移植大国といわれる米国でも臓器が摘出されるのは全脳死者の約1割にすぎない）に「概念としての脳死」がみられるということなのである。しかし「概念としての脳死」が成立するためには、脳死が死の判定基準として確立していることが必要である。そこで本章で脳死が死の判定基準として妥当か否かを検討したところ、新しい死の判定基準とするには様々な問題点が明らかとなった。まず第一に、心臓死と違って心臓は動いており、体温もある、顔色もいい、更に脳死では「ラザロ徴候」に代表する脊髄反射が多くみられ、体に触れると動くといったように、一般の人には納得できない死であるということである。第二に脳死を死の判定基準として用いることは「もう助からない」「死がさし迫った状態」を死（既に死んでいる）とみなすことになるのだが、そのためには ① 脳死状態に陥れば数日以内に必ず心停止して死亡する、② 脳は有機的統合性の中枢である、の二つの考え、根拠が成立する必要があるのだが、シューモン等の「慢性脳死」「長期脳死」の報告により、この二つの考え、根拠は破綻しているといわざるを得ない。第三に死の判定基準は社会からの要請として、ある程度死をポイントとして定めること（死亡診断書に死亡時刻を記載すること）が求められる。心臓死の場合は、ほぼそれが可能であるが、脳死の場合、脳死状態に陥る時点もあいまいで、また死亡時刻（ポイント・オブ・ノーリターン）を定めるためには、長い時間経過、プロセス（大人では6時間、小児では24時間以上）が必要であり、死をポイントとして確定することは実際になかなか困難なことであると考えられる。第四に救急医療など医療現場の最前線では、脳死患者イコール死と単純に扱われているのではなく、救急医療における終末期、すなわち「死が間近に迫った状態」と考えられており、脳死患者の尊厳を尊重することが求められている。病状が最重症であり、自らの意志を伝えることも全くできない脳死患者は「最弱者」の存在であり、安易に「脳死患者イコール死」と

短絡的に考えるべきではないと強く思う。

以上により、私は脳死を死の判定基準とするには多くの問題点があり、現時点で、脳死は死の判定基準として妥当ではないと考える。しかし日本では2010年施行されたいわゆる改正臓器移植法により、小児も含めた脳死臓器提供が可能となり、脳死は死の判定基準として妥当であるとみなされている。私の考えが突拍子もないことと思われるかもしれないが、実は北米では、脳死の意味が問い直され始め、脳死患者の生命現象を認めようとする方向に向かっている<sup>53,54</sup>。特にシューモンの「慢性脳死」の報告等により脳死は生物学的な死ではなく、「死がさし迫った状態」と見なされるようになってきている。会田は脳死をめぐる米国の動きを以下のように報告している<sup>54,55</sup>（傍点は筆者による）。“私が約10年前に米国で実施した調査で、移植医療にかかわる医師や生命倫理学者は、脳死は移植医療にとっては有用かつ必要だが、その定義と診断基準が論理的に整合せず、科学的には不完全な概念と承知していることが示された。2008年末には、米大統領生命倫理評議会が脳死の概念の諸問題を指摘し、「脳死」という用語は不適切なので「全脳不全」に差し替えるべきだ、と提言した。つまり「理」の世界では、脳死の概念は成立困難との指摘が絶えないのである。”

シューモンもこう述べている<sup>38</sup>。“「死」というものは、脳を含めた身体各部の臓器の vital system が破綻し、さらに回復不能の時点まできた時 (point of no return) のことを指すと考えられる。脳死の患者（脳以外の他の身体機能が正常に維持されている場合）は、「死」ではなく、むしろ「致死的状態」か、あるいは「深い昏睡状態」と考えるべきであろう。”

魚崎は脳死判定基準の私案を提案している<sup>51</sup>。その一部を抜粋してみると、“1. 基本的事項：ここにいう「脳死の判定」とは具体的には「超重症不可逆性脳不全の診断」のことであって、「人の死の定義」ではない。2. 脳死の定義：全脳死（全脳の不可逆性機能停止）をもって脳死とする。3. 脳死の概念：臨床で日常遭遇する重症脳障害のうち、現時点で、以下に示す判定基準を満たす場合、これを「超重症不可逆性脳不全」と診断し、「脳は全体として壊滅の状態であり、その機能を不可逆的に喪失している。この状態は再び回復することなく、かつ数週間以内に確実に全身循環停止に陥る」と判断し、これを脳死状態と判定する。”この魚崎の私案の論文は1991年に発表されたものであり、その先見性には驚かされる。

私も「脳死」というあいまいで誤解を招く言葉は変えるべきと考える。そもそも脳死とは、脳という一臓器が不可逆的に機能停止した状態であって、臨床医学では肝臓や腎臓の機能停止状態をそれぞれ肝不全、腎不全と呼ぶように、本来ならば脳不全と呼ぶべきであろう（心臓も機能停止状態の場合は心不全と呼ぶ）。「心臓死」という用語は臨床的には不適切であり、「脳死」に対応して死の三徴候を「心臓死」としたと考えられる。正確に言えば死の三徴候は、心肺機能の不可逆的停止（血液循環および呼吸機能の不可逆的停止）である。しかし世界的に「脳不全」あるいは「不可逆的昏睡」ではなく、「脳死 brain death」という言葉が使われた。「脳死＝人の死」を推進したい人にとって、この「脳死」という言葉は非常に都合が良かった。なぜなら「脳不全」「不可逆的昏睡」の「不全」「昏睡」が「死」という言葉に置き換えられ、「脳不全」あるいは「不可逆的昏睡」に陥った患者が、すでに死んでいる状態であるようなイメージを一般の人々の脳裏に焼き付ける役目を十分果たしたからである。しかし既に述べたように、移植大国である米国ですら、現在「脳死」という用語は問題が多く適切ではないと見なされ、全脳不全 (Total Brain Failure) という用語にさしかえるべきとの報告もみられる<sup>54</sup>。

以上まとめると、「脳死」という言葉も不適切であり、また死の判定基準として妥当であるとする概念も崩れ去った今こそ、改めて「脳死」を見つめ直す必要があるのではないだろうか。脳死を見つめ直すということは、脳死患者をどう捉えるべきかということである。何度も述べているように、私は脳死患者を一人の健康な人が、不幸にも最重症の脳不全の状態に陥った、「最弱者」といえる存在であると考えている。それゆえ、脳死患者の尊厳を最大限尊重し、家族の心情にも十分配慮することが求められていると確信している。

最後に2000年に行われたシューモンの日本での講演の最後の言葉を紹介して<sup>38</sup>この章をしめくりたい。

“以上述べたように、“Brain death”なる言葉や概念は、不明確で理論的裏打ちが間違っており、「脳死」という言葉自体、必要性を欠いたものである。「脳死＝人の死」の理論的根拠が間違っている現状において、また関連学会においても「脳死＝人の死」を否定する意見が10年前よりもはるかに多くなってきた現在において、日本がわざわざ急いで、古い間違いを犯すことのないことを期待している。”

この講演より10年たち、日本が臓器移植法を改正

し、脳死の概念を更に強化したことを考え合わせると、シューモンの指摘は改めて私たちに大きな課題を与えるものと思われる。

#### 4. 臓器移植とは

前章まで脳死について、様々な角度からアプローチをし、考察を加えてきた。脳死の中でも臓器移植と直接的には関係のない「現象としての脳死」は社会的に大きな問題とはならないが、臓器移植を念頭においた、死の新しい判定基準である「概念としての脳死」は、医学的、社会的にも様々な議論を巻き起こしてきた。そこで本章では脳死からではなく、臓器移植という面からアプローチを試みることにした。そのためまず臓器移植とはどのような特色をもった医療なのかについて述べ、次に臓器移植の中でも特に脳死下臓器移植の文化的、社会的背景を中心に述べる。最後に米国を中心に広がっている操作的心停止後提供についても言及したい。

##### ① 臓器移植とは

臓器移植とは生体の臓器が欠損したり、機能が荒廃した場合、それに代わる臓器を移植する医療技術のことである。臓器移植により、人間から人間への同種移植と、動物から人間への異種移植に大別される。同種移植は ④心停止後臓器移植 ⑤脳死下臓器移植 ⑥生体移植に分かれる。なお臓器を提供する者を提供者（ドナー＝donor）、これを受ける者を被移植者（レシピエント＝recipient）という。

④心停止後臓器移植は心停止を確認した後に臓器摘出に入るため、死の判定は従来の死の三徴候によってなされ、脳死のように新しい死の判定基準を必要としないことが利点であり、家族の同意や納得も得られやすい。しかし心停止後の臓器摘出のため、虚血時間が長く、提供可能な臓器は腎臓、脾臓、眼球の3つに限られることが短所である。⑥生体移植<sup>56)</sup>とは原則として血縁者が臓器の提供者（ドナー）となっておこなわれる移植である。臓器は片側を摘出してもドナーに障害のない腎臓、一部を切除しても再生可能な肝臓、一部を切除しても障害が少ない肺、脾臓、小腸などが用いられている。特に日本では脳死者ドナーが絶対的に不足しており、生体肝移植が世界で最も盛んに行われているが、健常なドナーに開腹、肝部分切除という大きな侵襲を与えることが大きな問題点である。また生体腎移植<sup>57)</sup>では、特に海外において臓器の売買と受刑者からの移植という事例が報告されており、倫理

上大きな問題となっている。また病気のため摘出した腎臓を他者に移植する「病腎移植」が日本でも行われ、問題となっている。生体移植ではドナーが生きている健常者であり、脳死下臓器移植のように厳密かつ正確な死の判定を要求されず、死をめぐる問題でなかなか社会の一致がみられない日本では、比較的受け入れられてきた移植治療である。しかし「誰がドナーになるのか」といった家族内の葛藤や圧力、レシピエントに対する過剰な期待、恩着せといったドナーの精神的問題があり、またレシピエントにとっても肉親から臓器を提供してもらうことによる心の負担は想像以上に重いとされる。いずれにせよドナー、レシピエントのみならず周囲の家族への細やかな精神的アプローチが必要とされる。⑤脳死下臓器移植については、次項で詳しく考察したい。

##### ② 脳死下臓器移植の特殊性について

世界で実施されている臓器移植の中心は、脳死下臓器移植である。その理由として、心臓が動いており、各臓器の血流が保たれている脳死状態では、心停止後や生体から移植できる臓器はもとより、心停止後では不可能な心臓移植や肝臓移植が可能になったからである。更に移植臓器の生着率も、また移植後の平均余命も脳死下臓器移植の方が心停止後臓器移植より高いことも挙げられる。その結果、米国では年間約7000～8000人の臓器が提供され、2万件を超える脳死下臓器移植が行われており<sup>58)</sup>、脳死下臓器移植は一般治療として完全に定着していると考えられている。しかし実施例が多いからといって、治療方法として全く問題がないとは断定できないのではないだろうか。

一般的な医療では、患者の生命を救い、病気を治し、健康を増進するために医療を行う。治療の甲斐なく患者が亡くなることは医学・医療にとって敗北であり、「死」は医療者にとってタブーともいえるものであった。私自身が受けた医学教育でも、まず第一に目の前にいる患者の生命を救うことを徹底的に教え込まれ、死について系統的に教えられた経験はなかった。現代医療では「死」は意図的に遠ざけられ、「生」にのみ焦点をあてられてきたといえる。ところが脳死下臓器移植は「ドナー」という臓器の提供者が存在しないと成立しない治療なのである。臓器が提供されるためには、一人の健康な人間が事故や病気で脳死状態に陥り、死を宣告されなければ不可能なことなのである。すなわち脳死下臓器移植とは「ドナーの死」という「人の死」を前提とした特殊な医療なのである。このことが脳死や移植をめぐる実際の医療現場において、医療者

や患者・家族に、今までの治療ではみられない大きな軋みを及ぼしているのである。

まず初めに臓器提供を行う側で生じている問題点を述べる。臓器提供が実際に行われているのは脳神経外科施設と救急医療施設であるが、そこでどのように臓器提供に至るのかを述べることにする。ある健康な人が突然の事故や脳疾患に陥り、脳神経外科や救急医療施設に緊急入院となる。患者の家族は予想だにしない、突然の出来事にパニック状態であり、当然「死」ということなどほとんど念頭にはない。医療スタッフは人工呼吸器を装着する等懸命の救命医療を施すが、この重症の脳障害の患者の一部に、治療の甲斐なく陥る最重症の病態である脳死状態に至る人が生まれてくるのである。当然、この時点では医療側に臓器提供をお願いするという考えはない。患者の家族にできる限りの必死の治療を行ったが、その努力の甲斐なく患者が脳死状態に陥ったという病態の推移を理解してもらい、更に脳死状態が極めて予後が不良であることを納得してもらうことが、何よりも大切なことなのである。しかし短時間の急激な事態の変化にパニック状態になっている家族にとって、そのことを理解し、納得することは本当に大変なことなのである。その上、次の段階として現在行っている延命治療をどうするか決定しなければいけないのである。すなわち医療側は家族に十分説明をした上で、延命治療の継続、変更、縮小、中止の意向を聞くわけであるが、その時、臓器提供の可能性があると判断するならば、「臓器提供の機会があること」という選択肢も報せるのである。これを「オプション提示」といい、従来は一部の救急科ないし脳神経外科専門医らによる個人の裁量と努力によってなされてきた。しかし多忙極まる救急現場で主治医に「オプション提示」を一律に義務づけることは、(改正臓器移植法の施行に伴い、平成22年1月および7月に一部改正が行われた『臓器の移植に関する法律の運用に関する指針(ガイドライン)』の第6条第1項において「主治医等が～中略～家族等の脳死についての理解の状況等をふまえ、臓器提供の機会があること、および承諾に係る手続に際しては主治医以外のもの(臓器移植ネットワーク等の臓器の斡旋に係る連絡調整を行う者(以下「コーディネーター」という)による説明があることを口頭または書面により告げること」と規定されていることから、主治医にオプション提示を課しているといえる)大きな無理があるといえよう<sup>59,60)</sup>。その大きな理由として、元より救命に全力を注ぎ「適切な医療の継続にもかかわらず、脳死と

され得る状態に陥った」と説明する主治医が、「臓器提供の機会があること」を報せるという“ベクトルの違う説明を行うこと”そのものに、主治医を含む医療チーム全体が困惑を感じていることが、以前より指摘されている<sup>60-62)</sup>。端的に言えば、患者の命を救うことが第一義である医療者に、患者の家族に対して、その患者の死を前提とした、別の患者の命を救う治療を提示するという、非常に酷なことを要求しているのである。これは死を宣告するよりはるかに大きな負担を医療者に与えるものである。私は内科医であり、「オプション提示」をする場面に遭遇した経験はないが、そのストレスや心の葛藤、負担は想像以上のものであると推測される。しかも「オプション提示」を受ける側の患者家族には「見限られた」「まだ死んでいないのに」という思いが生じることもいわれている<sup>63)</sup>。

このように「人の死」を前提とした特殊な医療である脳死下臓器移植は、臓器提供を行う救急現場で、治療を施す医療者と患者の家族に多大な心の負担や苦しみを与えていると考えられる。

さて、それでは臓器提供を受ける側である移植医やレシピエントではどうなのであろうか。移植外科医である福嶋はこう率直に語っている<sup>64)</sup>。“1999年2月28日、我が国で脳死臓器移植が開始された。その心臓移植の再開例では高知に赴き、ドナーの方の心臓を摘出した。米国留学中もドナー心の摘出は行っていたが、我が国での臓器摘出の現場は米国とは異なっていた。米国ではドナーに最初に会うのは手術室であるが、我が国ではドナーの状態を把握するために摘出医が集中治療室でドナーを診察するので、患者をドナーとして診察する際、医師の本能であろうか、何とか助けあげられないものか、また、ドナー心を停止させるときも、本当にこのようなことをしてよいのかと自問自答した。しかし、医師としては脳死が人の死であることを確信しており、ドナーの方が脳死臓器提供してもよいという明らかなご意志をもっておられたので、決意して心臓を摘出した。帰路のヘリコプターの中でも、レシピエントを救うことは本来であれば非常にうれしいはずであるが、ドナーの方の最後の心拍を自らの手で止めたことを思うと、身の張り裂けるような思いでいっぱいであった。今でもこの気持ちを忘れたことはない。”

移植医に対し、非常に悪い印象を持たれている方も一部におられるようであるが、移植医もレシピエントの命を救おうと懸命に努力している医師であり、ドナーに対し何の感情も持たない冷酷非情な人間ではな

いのである。移植医にとって現時点では脳死下臓器移植が最もベストな選択なのであるが、福嶋が述べているように、「ドナーの死」という「人の死」を前提とした脳死下臓器移植は移植医にとっても気軽な治療では決してないのである。

またレシピエントにとっても移植手術を受けることが最大の喜びであり、また目標なのであるが、それに至る道のりは決して平坦なものではない。レシピエントに選ばれるまでの待機が長くなればなるほど、人の死を待ちわびてしまう自分に気づき落ち込んでしまったと告白される人や、また移植希望者同志は同じ仲間というより、お互い競争相手にあるかのような緊張した雰囲気になる等、非倫理的な心理状態を伴うこともあるとされ<sup>65)</sup>、大きな心理的負担は免れないようである。また移植手術が終了した後も、ドナーの犠牲によって自分は生きていくと、強く自責の念を持つ人もいう。いずれにせよ「ドナーの死」という「人の死」を前提とした脳死下臓器移植は、レシピエントにとって、現時点では唯一の治療法であり、光明ともいえる治療なのだが、同時に大きな精神的・心理的負担を与えるものである。今後レシピエントの精神的・心理的な問題に対する研究が更に進むことを期待したい。

### ③ 関係性としての脳死下臓器移植

前項では脳死下臓器移植とは「ドナーの死」という「人の死」を前提とした特殊な医療であり、その特殊性ゆえに医療者のみならず患者やその家族に、少なからず負担を強いる医療でもあると述べた。本項では人と人との関係性に注目して、脳死下臓器移植について考察したい。

現代医療ではほとんどの場合、内科、外科といった専門を問わず、医療者と患者の1対1の人間関係を基本として医療行為が行われる。この場合の基本概念が「インフォームド・コンセント」である。「インフォームド・コンセント」とは単に医療者が患者に説明して、それに対し患者が同意するといった“形式”を表しているのではなく、「患者が十分情報を得た状態で同意する」という“状態”を表している<sup>66)</sup>。インフォームド・コンセントで大切なのは「医師によって説明が行われたかどうか」ではなく「患者が知りたい情報を知ることができたかどうか」といった患者の自己決定権を尊重できているかということなのである。しかし私自身、実際の臨床で真の「インフォームド・コンセント」に基づいて治療できているか、そしてそれに対し患者が十分満足しているかといえば、正直はなはだ

心許ない。医療者と患者という1対1のシンプルな人間関係を円滑にすることですら難しい上に、日本では欧米と異なり、患者本人の意思以上に家族の意志が尊重されることが多く、更に人間関係が複雑化することとなる。現代医療は客観的な科学的アプローチを基盤としているため、個別性・特殊性が問題となる人間関係を配慮した治療を行うことは非常に困難なのである。このことが現代日本の医療問題の核心だと考えるが、詳しくは別の機会に述べたい。翻って脳死下臓器移植に目を向ければ、臓器提供を行う側では、生と死の狭間にいる脳死患者を中心に、その家族、そして医療チームという人間関係の中で重大な決定が下される。そこでは“治療方針の決定”という一般医療に求められていることだけでなく、“脳死という死の受容”と“臓器提供の選択”という脳死下臓器移植にのみ発生する、一般の人には非常に特殊で理解困難な事項を患者側は決断する必要がある。しかも一般医療とは違い、救急医療という慌ただしい緊急の現場で、更にインフォームド・コンセントで最も大切とされる脳死患者の意思は不明確なことが多く、その中で臓器提供の有無という極限の判断を最終的に下さなければいけないのが家族なのである（臓器提供意思表示カードで本人の意思が明確であればややスムーズになるが、本人の生前の意思が不明の場合、家族の負担はより大きくなる）。最終的決断を迫られる家族は最も大変であるが、医療側の負担も決して少なくはない。脳死患者の病状が刻一刻と変化する中で、肝心の患者本人の現在の意思は聞くすべもなく、ただ家族に、医師にとっても最も辛い判断（患者が脳死状態であり、これ以上治療を重ねても決して回復しない状態であること、そして場合によっては臓器提供のオプション提示という治療とは異なる次元の説明も行うこと）を示さなければならない。インフォームド・コンセントに基づいた一般医療と比較すれば、途方もないエネルギーが要求される医療なのである。

また臓器提供を受ける側では、移植希望患者を中心に、その家族、そして主治医や移植医などの医療チームという人間関係が成立している。一般医療では、医学的に問題がなく、患者に適した治療であり、しかも患者が希望すれば、ほどなくその治療を受けることができる。しかし移植希望患者は移植治療しか助かる途はないと宣告されているにもかかわらず、ほとんどの場合希望する移植はすぐには受けることはできず、臓器移植ネットワークからの連絡をひたすら待ち続けているのである。移植希望患者にとっては不条理としか



いいようがない状態なのである。迫り来る死の恐怖と不安の中で、日々過ごしている移植希望患者の精神的・心理的ストレスは私たちの想像を遥かに超えるものであろう。主治医や移植医にとっても、患者を救うことができる唯一の治療法である移植がやりたくてもできない、あせりとジレンマはまた大きいものであろう。

ここまであえて「ドナー」「レシピエント」という言葉は使わずに、それぞれ「脳死患者」「移植希望患者」と表現してきた。なぜなら「ドナー」とは「臓器の提供者」という意味であり、何か最初からドナーになるべく決定されているような印象を一部にもたれる可能性があるからである。実際にはすでに述べたように、複雑な人間関係の中で、たくさんの人の犠牲と努力のおかげで臓器提供が可能となるのである。また「レシピエント」とは「臓器移植を受ける人」という意味であるが、「移植希望患者」が簡単に臓器移植を受けることはできないのである。待ち続けて運良く臓器移植を受けることができた人もいれば、待機中に残念ながら亡くなる方も多いのである（特に日本では移植を受けた方より、移植の機会を待ちながら亡くなられたの方が多いのである）。

「ドナー」「レシピエント」と表記してしまえば、すでに臓器を提供した、臓器を提供されたというように、臓器のやりとりが終了した結果を表していることとなり、脳死下臓器移植という医療の特徴と考えられる。①長い時間経過が必要である（時間性）②複雑な人間関係の元で成立する（関係性）が覆い隠されてしまう危険性があると考えられる。脳死下臓器移植をドナーが何人で、レシピエントが何人というように臓器のやりとりの数だけに注目すれば、いずれは血も涙もない医療と誤解され、将来の展望は明るいものとはならないであろう。脳死下臓器移植の対象としているのは、脳死患者と移植希望患者という全く相反する存在ではあるが、それぞれ愛する家族があり、命を支えている医療チームがある大切な患者であることを忘れてはいけないと思う。

一方脳死下臓器移植以外の医療は一人の患者で完結する医療であり、また全ての場面で必ず家族が関わるわけではないので、私たち医師も何とか大きなトラブルなしに医療行為ができていのである。医師からみても脳死下臓器移植は大きなパワー（特に人的資源）が必要であり、しかも神経をすり減らすような繊細な対応も要求される非常に難度の高い治療であると思われる。またこのような複雑な人間関係の元で行われる

治療である故、その関係性を支えるためには、ドナー家族やレシピエントの精神的・心理的ケアがこれからどうしても必要となるであろう。しかし今の医療態勢では全く不十分であり、日本臓器移植ネットワークによる移植コーディネーター等の人的資源の更なる拡充が望まれるところであるが、まだまだ問題が山積しているといわざるを得ない。

以上より脳死下臓器移植は人の死を前提とした特殊な医療（特殊性）であり、また長い時間経過が必要であり（時間性）、複雑な人間関係の元で成立している医療（関係性）であると考えられる。このような複雑な医療を支えるためには、より緻密なケアが要求されることになり、物的・人的資源の確保が急務となるであろう。

#### ④ 脳死下臓器移植を支える根拠と背景

前項までに脳死下臓器移植は人の死を前提とした特殊な医療であり、また長い時間経過と込み入った人間関係の元で成立する複雑な医療であると述べてきた。このように難度が高く、労力のかかる脳死下臓器移植をこれからも続けていくには、それを支える根拠や背景を明らかにすることが必要である。その最も重要な根拠が『臓器移植によってしか助からない患者がいる』ということである。これが崩れてしまえば、臓器移植の正当性は消失する。例えば、もしiPS細胞の再生医療が実用化され、自分のiPS細胞から臓器が作り出すことができれば、拒絶反応といった移植後の問題もクリアーし、何より別の人の死を必要とすることはなくなり、一般医療の原則である医療者と患者1人だけで完結する医療となり、様々な難問を解決されることとなるであろう。その結果、脳死下臓器移植は表舞台から姿を消すことになろう。しかし、現時点では再生医療の実用化の道は遠く、当分、脳死下臓器移植は一部の患者にとって、最後の砦となる医療であり続けられると思われる。なお2008年、国内での心移植、肝移植、肺移植（いずれも脳死後）の5年生存率は94.2%、71.3%、66.1%<sup>67)</sup>であり、ある程度の移植による延命効果がみられたと考えられる。

次に脳死下臓器移植を支える背景を考察するためには、思想的・文化的なアプローチが必要である。例えば西洋医学はその基盤と背景に、身心二元論あるいは人間機械論、要素還元主義といった思想が存在する。また東洋医学はその背景に身心一元論あるいは生氣論、全体論という思想が存在する<sup>68)</sup>。世界で最も多くの臓器移植が実施されてきた米国での背景について、医療社会学者のフォックスはこう語っている<sup>69,70)</sup>。“献

身や自己犠牲を重んじるユダヤ・キリスト教の伝統があり、臓器はギフト・オブ・ライフ（命の贈り物）としてやり取りされている。この「お返しのできないほど貴重な贈り物」の重圧が関係者の心を悩ませるため、臓器の贈り主と貰い主を明かさない匿名性の原則が生み出された。”このように欧米で脳死下臓器移植を支える思想的・文化的背景はユダヤ・キリスト教なのである。例えば人体の一部や組織を匿名で提供する人間に「donor：ドナー」という語を用いるようになったのは、1960年代に入ってからであるが<sup>71)</sup>、元々ドナーとは「ドネーション：donation」という慈善・公共施設への寄贈・贈与を表すことばから派生しており、そこから自分の身を投げ出して、苦しんでいる人を助けるという慈善的な行為＝臓器提供をする者に変化していったと考えられる。すなわち脳死下臓器移植の根幹である臓器提供を行う者として用いられる「ドナー」ということばには、元来フォックスが述べたように、自己献身・自己犠牲を重んじるユダヤ・キリスト教の精神が深く根づいていると考えられる。しかし、ユダヤ・キリスト教文化である欧米と違って、仏教、儒教、神道を折衷した文化をもつ日本では、脳死下臓器移植を支えるギフト・オブ・ライフ（命の贈り物）という概念は根づきにくいのではないだろうか。一時期、日本でも臓器提供を呼びかける広告に「命の贈り物」だけでなく、「命のリレー」「愛の贈り物」といった言葉がよく用いられていたが、一般的に広く受け入れられたとはいえず、私自身、何か違和感を覚えたことも記憶している。私には日本では脳死下臓器移植を支えるギフト・オブ・ライフ（命の贈り物）に代わる新しい理念が生みだされていないどころか、逆に脳死下臓器移植を一般の人が受け入れることができない素地や文化が根強く残っていると感じられる。臓器移植法が制定されても、思ったほど日本での臓器移植の件数が増えないのは、医療関係者を中心によくいわれるように、法律が厳しいというだけでなく、先程述べたように、脳死下臓器移植を拒む素地や文化を背景とした日本人に特徴的な要因が存在するからではないだろうか。その要因として3つ挙げ、それぞれについて考察してみたい。

第一に欧米との宗教の違いである。ユダヤ・キリスト教が生活の中心である欧米とは全く異なり、日本では仏教、儒教、神道が折衷した独特の文化が存在し、それによって形づくられた日本人の価値観が脳死下臓器移植を妨げているという考えである<sup>72,73)</sup>。この主張は以前より、国内外問わず、しばしばみられた見解

である。しかしこの見解には少なからず問題点があると考えられる。まず日本人の価値観は仏教などの宗教によって全て形成されたとするにはかなり無理があるということである。特に宗教が生活や人生のあらゆるところに影響を及ぼしていた中世とは違い、現代は科学技術の急速な発展と共に、人々の生活は一変し、便利かつ快適なものとなった。現代社会は常に世界が大量生産、大量消費をくり返しながら進歩、成長していくという思想に覆い尽くされており、既存の伝統宗教の力は非常に弱体化し、現代人の価値観の形成に及ばず影響力もそれほど高くないであろうということである。また日本に関していえば、グローバリゼーションの波と共に、キリスト教を基盤とした西洋文化は益々日本を席卷しており、以前にも増して、日本人の精神構造に深く力を及ぼしており、仏教等の日本人の心に占める地位は相対的に低くなっていることもいえる。すなわち日本人の価値観は仏教、儒教、神道だけでなく、ユダヤ・キリスト教を基盤とした西洋文化、また世界は常に進歩、成長していくという科学技術の発展を背景にした物質中心思想ともいえる現代思想など様々な宗教、文化、思想によって形成されていると考えられ、例えば欧米＝キリスト教、日本＝仏教という単純な対立構造に基づいて民族の価値観を論じることは、時に大きな誤解を与えることもあろう。すでに述べたようにユダヤ・キリスト教文化が中心である欧米と、仏教、儒教、神道を折衷した文化を持つ日本では、文化の違いがあることは明らかであるが、だからといってそれぞれの文化が人々の価値観を全て形成しているとはいえず、日本と欧米との臓器移植の差違について論じる際には、留意する必要がある。

補足として宗教と脳死下臓器移植の関連について考える際、注意すべき点を挙げておきたい。以前より伝統宗教が重要視してきたことは、「人生をどう生きるか」「死の意味」等であって、「脳死下臓器移植などの生命倫理に関わる問題にどう対応するか」「脳死などの死の判定」等の問題ではないということである。それゆえ宗教の教義や教理の捉え方で、脳死下臓器移植の是非が変わる可能性があるということである。仏教を例にすれば、“布施行”や“菩薩行”を持ちだせば臓器移植を推進する論理になろうし、“欲望の抑制”をあげれば、他人の臓器をもらってまで生きるべきではないという臓器移植に反対する論理になろう。脳死下臓器移植だけでなく、その他の生命倫理に関わる問題を無理に宗教と関連づけることは控えるべきであろう。

第二に日本人の遺体や遺骨に対する特別の感情によるというものである。この感情は特に外地で戦死した肉親の遺骨収集や飛行機事故の際に顕著であるとされる<sup>74)</sup>。例えば波平恵美子は1985年の日航機墜落の遺族の文集「おすたかれくいえむ」を検討して、日本人の遺体観の特徴の一つとして「遺体は五体満足でなければならない」を挙げている<sup>75)</sup>。これを踏まえて、日本での臓器提供が困難である理由として、日本人は死体を傷つけることをひどく嫌ってきたことを挙げている。日本人の脳死下臓器移植に対するやや否定的な対応の理由として、この見解は非常に興味深いだが、これで全て説明できるといい切るのは無理ではないだろうか。

第三に日本人が人の死を受容するには欧米人と比して長い時間がかかるということである。すでに既論文や第2章「脳死は人の死か」で述べてきたが、「人の死の受容」には①「肉体の死」の受容と②「関係性の死」の受容という2つの死の受容が存在する。①「肉体の死」は心臓死や脳死などの死の判定基準に従って決定されるが、欧米人はユダヤ・キリスト教の強い影響があり、一般的に「肉体の死」をもって人の死は完全に成立すると考えられており、比較的死の受容はスムーズにいく場合が多いようである。ところが日本人にとって①「肉体の死」の受容は人の死の受容のスタートであって、科学では割り切ることのできない複雑な②「関係性の死」を受容することによって、ようやく人の死の受容が完成するために、長い時間が必要とされるのである。「関係性の死」を受容するために、通夜、葬儀、中陰法要、百ヶ日法要、一周忌法要と遺族が故人の死を納得するための複雑なプロセスと、お墓や仏壇という遺族と故人が交流する場が用意されるのである。このように残された遺族が故人の死を受容するために、長い時間と場が必要とするのが、私たち日本人なのである。このことが日本で脳死下臓器移植がなかなか進まない一番大きな理由ではないだろうか。

以上脳死下臓器移植を拒む日本人に特徴的な要因として3つ挙げて、それぞれ考察してきたが、遺体に対する特別な感情や人の死の受容といった、目に見えない、科学では証明することのできない事柄がこの脳死下臓器移植の問題に非常に重要であると考えられた。

今後、日本で脳死下臓器移植を根づかせるためには、このような日本人独特の事柄を配慮した、新しいバックボーンを生み出す必要があるだろう。そのためには医学のみならず、文化人類学、哲学、社会学、宗教学等学

際的・総合的な研究が必要となろう。

⑤ 操作的心停止後提供について<sup>76,77)</sup>

第3章⑤脳死の過去、現在、未来でも述べたように、移植大国である米国ですら、シューモンの「慢性脳死」の報告等により脳死の概念は揺らいでおり、2008年提出された生命倫理に関する米大統領評議会白書の中でも、「脳死」という用語は問題が多く、適切ではないとみなされ、「全脳不全」(Total Brain Failure)という用語に差し替えるべきと報告されている。また米国でも移植用臓器は不足しており、脳死下臓器移植に加え、新たな臓器移植の方法が試みられるようになった。それが操作的心停止後提供(controlled donation after cardiac death, 以下c-DCDと略す)である。その具体的な方法は、重症の脳障害ではあるが、まだ脳死と診断できない患者の人工呼吸器を、患者本人あるいは家族の希望に基づいて取り外し、心臓の停止を確認し、そのまま2~5分間待ち、直ちに臓器の摘出手術を行うというものである。c-DCD対象者の多くは、脳死に極めて近い状況の患者、すなわち全脳不全の検査で脳機能を示す徴候があるため、脳死と診断できない患者である。具体的には脳外傷に加え、上位脊髄損傷の患者や筋萎縮性側索硬化症などの神経変性疾患の患者らである。このc-DCDについては、様々な方面から懸念や批判の声が上がっている。心停止後、心肺蘇生術(CPR)を施せば、一時的とはいえ循環、呼吸機能が回復する症例も可能性としてあり、死の判定の伝統的基準である“循環、呼吸機能の不可逆的停止”からいえば、この死の心肺停止は不可逆的ではなかったことになり、c-DCDのプロトコルに従って臓器を提供する人は、臓器提供の時点で本当に死んでいるのかという倫理的な疑念が生じてもおかしくない。摘出される臓器の生命力を高めるために、患者の死が早められることがないかという懸念もある。またc-DCDによる臓器提供の選択肢を提示された家族に、人工呼吸器の取り外しという意思決定を強要したり、c-DCDの環境を整えるために患者のターミナルケアが妨げられることはないかという疑問も投げかけられている。このように様々な問題点が提起されているにもかかわらず、c-DCDは臓器分配全国ネットワーク(UNOS)の支援を受け、全米で急速に広まり、1997年には78例であったが、2007年には793例にも達している。

臓器移植法制定にても、臓器提供が思ったほど増えない日本でも、今後c-DCDの問題がクローズアップされることとなろう。

5. 改正臓器移植法の問題点

この章では2009年7月に公布された「臓器の移植に関する法律の一部を改正する法律（以後、改正臓器移植法とする）」の問題点をいくつか挙げ、それぞれについて考察を加えていきたい。まず1997年10月に施行された「臓器の移植に関する法律（臓器移植法）」と改正臓器移植法の比較を示す。（表1）

問題点① 「脳死は人の死」が前提とされたこと

「脳死は人の死か」については第2章で詳しく考察してきた。その中で「脳死は人の死か」という問い方は誤りであって、「脳死は人の死の判定基準として妥当か」とするのが正確な問い方であると述べた。その理由として脳死や心臓死は「生物学的死」を診断する判定基準であって、「人の死」のごく一部にすぎず、「人の死」とは医学的、生物学的のみならず、社会的、文化的、更には心情的に決せられるべきであり、特に客観的な科学的アプローチでは十分理解することのできない「関係性の死」がその寄与に大きな位置を占めていると考えられるからと述べた。しかし「死そのもの」と「死の判定基準」を混同しているケースは現在でも多く、残念なことではあるが、それにも増して問題なのは、脳死が社会的に十分理解される前に移植医療が進んでしまい、あたかも死の判定基準として脳死が死の三徴候（いわゆる心臓死）にとってかわったような捉え方をする傾向が広まってしまったことである。脳死の発生率は、全死亡者数の一パーセント弱であり、脳死以外の死亡判定は現行の「死の三徴候」による判定で全く問題がないのである。移植大国である米国では、1968年にハーバード基準が発表され、1981年には米国大統領委員会による「死の定義：死の判定における医学的、法的、倫理的問題」が公表された。このレポートの中で、次に示す二者択一の生理学的基準を適用することによる、死の判定統一法が提案され

た<sup>78)</sup>。(1) 循環と呼吸機能の不可逆的停止 (2) 脳幹を含む全脳のすべての機能の不可逆的停止、であり、その中で2つの選択的基準の関係は以下のように示された。人の死のほとんどすべてのケースで、伝統的基準すなわち循環、呼吸機能の不可逆的停止がこれまでと同様に用いられなければならない。高度脳損傷を受けた人の呼吸を支えるべく人工呼吸器が用いられている稀なケース（ハーバード委員会の提案したものと同一ような基準に合致した人）に対してのみ、脳に基づく基準が適用されなければならないと記されている。伝統的な死の判定基準（死の三徴候）である (1) と脳死の判定基準である (2) の適応が明確かつ合理的に示されている。然るに、日本では脳死を新しい死の判定基準とすることの是非についての議論が結着せず、1997年の臓器移植法では、脳死状態になった時に臓器提供の意思があることを書面で示している人に限って、脳死を法的な死として認める、すなわち脳死を死の判定基準として認め、臓器提供と関わりのない大多数のケースでは、伝統的な死の判定基準である死の三徴候を用いて死の判定を行うという妥協を図った。この臓器移植法は一部では“臓器移植禁止法”とまでいわれ、批判されることも多かったが、脳死を新しい死の判定基準にすべきか結論が出ていない日本の状況下で、「本人意思の尊重」という理念の下、誠意あるすぐれた選択をしたと私は評価している。しかし2009年の改正臓器移植法では、脳死を法的な死として認める従来の規定から、臓器提供の意思を本人が明示していた場合という限定を削除しているのである（表2<sup>79)</sup>。脳死下臓器移植を積極的に推進しようと活動が続いている日本医師会でも、この第六条二項の「脳死した者の身体」の規定から、「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」との文言が削除されたことを問題視しており<sup>79)</sup>、「臓器移植を前提とした時に限って、脳死した

表1 法改正前と法改正後の比較参照

	法改正前	法改正後	施行日
親族優先提供	できない	できる	2010年1月17日
法的脳死判定と臓器提供の要件	本人の書面での意思表示および家族が拒まないまたは家族がいない	① 法改正前と同じ ② または本人意思不明の場合（拒否意思表示がない）は家族の書面承諾	2010年7月17日
15歳未満の脳死臓器提供	できない	できる	
普及啓発活動	—	運転免許証等への意思表示の記載を可能にする等の施策	
被虐待児への対応	—	虐待を受けて死亡した児童から臓器を提供されることのないように適切に対応	

表2 法律案新旧対照表参照

現 行	改正後
<p>(臓器の抽出)                      第六条 医師は、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。）から抽出することができる。</p> <p>2 前項に規定した「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抽出されることとなる者であつ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。</p>	<p>(臓器の抽出)                      第六条 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（脳死した者の身体を含む。以下同じ。）から抽出することができる。</p> <p>2 前項に規定する「脳死した者の身体」とは、——脳幹を含む全脳の機能が不可逆的に停止するに至ったと判定された者の身体をいう。</p>

者の身体を死体と定義する」としている現行法の「脳死した者の身体」に関する定義を、今回の改正案でも踏襲することを提案し、現行法の「脳死した者の身体」の定義のもとでも、臓器提供、臓器移植が粛々と行われていることを考えれば、これが我が国における、最も現実的な臓器移植法改正案であると強調している。それに対して、衆議院法制局は「その文言が削除されたとしても、第六条第二項が適用される範囲は臓器移植の場合に限られる」との見解を示しているが、改正臓器移植法にそれを明言した記述はなく、一般の人々からは、今回の改正案では「脳死が人の死である」と受け取られており、先に示したように、死の判定基準として「脳死」が「死の三徴候」にとってかわったような印象を更に強く与えていると考えられる。この傾向は「脳死一元論」とでもいうべき誤った考えに進展する恐れがある。脳死一元論とは伝統的な死の判定基準であった死の三徴候を変更して、すべての死を脳死により判定するというものである<sup>80)</sup>。もしこれが実現すれば、臓器提供の数は増加するだろうが、元より全死亡例の1パーセント弱に過ぎない脳死を、その他の大多数の死亡の判定に適用することは医学的にも大きな問題があり、皆が納得できるような正確な死の判定は不可能となろう。また幾度となく述べているように、脳死判定は非常に複雑で、一般の人にとってそれが適切か判断することは困難である。もし脳死判定を恣意的に運用されれば、生と死の判定が一部の者に都合の良いように判定され、一般の人に与える損害は甚大なものとなろう。このように些細な変更であるのかのように一見思えるが、将来大きな禍根を残す恐れがあ

る。また改正前の臓器移植法では、自己決定権の保障を基本とした「本人意思の尊重」という理念が、米国のように社会的合意が形成されていない日本で、脳死を新しい死の判定基準とするための唯一の根拠であったと考えられるが、改正臓器移植法で、その根拠が不明確になったことは大きな問題があろう。このようにただでさえ脳死の理解が遅れている日本で、法改正により意図的ともいえる方法で、脳死のイメージがますます曖昧なものとなり、“とにかく脳死は死なのだから臓器提供すべき”といった誘導性が感じられるとは言い過ぎであろうか。更に憂慮すべきことは、一般人の間にこの法改正により、“脳がおかしくなってしまうたらおしまいだ”という脳が何より一番大切だという思いや感覚が広がっていくことである。それは社会や終末期医療の現場などに大きな影響や混乱を招くことになろう。例えば無脳児、遷延性植物状態の患者のみならず、重度認知症患者や重度精神障害者・知的障害者に対する差別や偏見がますます強まっていくことになろう。その傾向は必然的に「まともに感じ考えられなくなったら生きる意味はない」という認識に達することになろう。その状況下では「人の命は平等である」という基本的な倫理規範は崩れ去り、人の命を役に立つか、立たないかといった効率や価値で判断することとなり、終末期医療は荒廃していくであろう。このような社会にさせないためにも、今一度この改正に対し、十分な論議が必要であろう。

問題点② 家族の代諾の可否について

既に述べているように、臓器移植法（旧法）では脳死後の臓器提供や臓器提供に関する脳死判定については、それぞれ本人の書面による意思表示と家族の承諾が必須条件であった。つまり脳死後の臓器提供をするには、四重の意思表示が必要であり、特に本人の意思表示＝自己決定が重視されていると考えられる。臓器移植のみならず現代の医療では、患者の自己決定の権利はインフォームド・コンセントという概念の元、欠くことのできないものとなっている。インフォームド・コンセント<sup>81,66)</sup>とは、「本人が自己決定のために情報を得る権利を保障すべきである」ということを基本原則として、本人に十分な情報開示と説明をして、本人の理解を得たうえで行われる本人の同意のことをいう。自己決定の権利とは人が自分自身に関わる自由な決定を行うための権利であると考えられるが、それほど古くから認められていたものではなく、その考え方の原点は、ナチスドイツが本人の同意なく行った非人間的な人体実験の反省から生まれたと考えられる。

1947年に示された「ニュールンベルグ倫理綱領」<sup>82)</sup>では、医学研究を行うにあたって「被験者の自発的な同意が絶対に基本である」と明記され、1964年、世界医師会の「ヘルシンキ宣言」で初めてインフォームド・コンセントという言葉を用いて、医学研究のための基本原則が示された。また1960年代になり、米国の医師の患者に対する考え方や態度が権威的独善的であると「医師のパターナリズム」として非難が高まり、患者の人権運動が盛り上がる中で、1973年にはアメリカ病院協会の「患者の権利章典」<sup>83)</sup>でインフォームド・コンセントが強調され、1975年にはインフォームド・コンセントの詳細な指針を加えた「ヘルシンキ宣言(1975年東京修正)」<sup>84)</sup>が採択され、1981年、世界医師会の「リスボン宣言」<sup>85)</sup>では ①良質の医療を受ける権利 ②選択の自由の権利 ③自己決定の権利 ④情報を得る権利 ⑤秘密保持に関する権利 ⑥尊厳を得る権利等、様々な患者の権利が示される中で、特に自己決定の権利を重要なものと捉えている。また1983年には、米国大統領委員会の報告書「医療における意思決定」<sup>86)</sup>において、インフォームド・コンセントは本来、倫理的な性格をもつ法的概念であること、医療における意思決定の中軸になる概念であること、意思決定能力がない患者の場合での代理意思決定には十分な配慮が必要であることなどが述べられている。

以上より、医学研究における被験者や医療現場での患者といった弱者を守るため培われてきたのが、自己決定の権利といえよう。特に医師と患者には診断や治療の情報量の圧倒的差や医学・医療という高い専門性等により、どうしても医師＝強者、患者＝弱者という関係に陥りやすく、「患者の権利章典」や「リスボン宣言」で述べられている患者の権利を明確にすることが求められている。しかし脳死下臓器移植では、脳死患者は現在の自分自身の意思表示を示すことが全くできない存在であり、患者にとって本来最も大切である「自己決定の権利」すら行使できない弱者とみなされ、本人の書面による意思表示がない場合、旧法では代諾による臓器摘出は認められず、特別な保護の対象と考えられていた<sup>87)</sup>。すなわち旧法は本人の意思表示＝自己決定を最大限尊重していたと考えられる。ところが臓器提供意思表示カード等の普及啓発活動が不十分なことや、国民の理解も十分でなく、本人の意思表示が明らかでないことが多く、移植数は伸び悩んだ。そこで改正法では、本人の書面による意思表示がない場合（“提供しない”意思表示をしている場合を除く）

でも、家族が脳死判定の実施および脳死と判定された後の臓器の摘出について書面により承諾した場合は、脳死後の臓器提供ができるとし、家族の代諾を認めたのである。その結果、2011年5月時点で、18才以上の脳死での臓器提供は41例と改正前の年間10例と比べると大幅に増え、そのうち本人の書面による意思が不明で、家族の承諾による臓器提供は38例であり、家族の代諾を認めたことにより臓器提供数が大幅にアップしたことは明白である。移植を待ちわびる移植希望患者の例からみれば、このことは非常に喜ばしいことであろうが、今回の法改正でどのような倫理的・法的根拠に基づいて家族の代諾を認めたかについて考察したい。

臓器移植を推進する側からその根拠として挙げるのがWHO指針である。確かにWHO指針<sup>88)</sup>では脳死臓器提供の要件の1つとして、「本人が生前拒否していないか、意思が不明な時、家族の承諾で可能」としているが、その前提条件として“脳死は人の死である”ということが必要なのである。既に述べたように、米国では脳死は三徴候死と共に死の判定基準の一つであり、脳死と判定されれば死亡宣告がなされ、その後、そのうちの1～2割で臓器提供が行われる。もし本人の意思が不明で、家族が臓器提供するかどうかが決断を迫られたとしても、決断することは、あくまで臓器提供の有無であって、死そのものではない。一方日本では今回の法改正で、問題点①でも述べたように、あいまいではあるが、改正6条2項は臓器移植の場合に限った規定であることから、旧法と同様、新法でも脳死後に臓器を提供する場合に限定して、脳死は人の死とされた。しかし旧法と異なり、今回家族の代諾を認めたということは、本人の意志が不明な場合、家族が迫られるべき決断は、米国のように常に臓器提供をするかしないかだけでなく、それに伴って、本人が死んでいるのか生きているのかの決断を迫られるのである。家族が臓器提供をすると決断すれば、脳死判定により死亡宣告が行われ、家族が臓器提供をしないと決断すれば、本人は生きているということになり、死亡判定は死の三徴候によって行われるのである。言い方は悪いが、今回の法改正により死の判断まで家族に丸投げされてしまったのである。どうしても臓器提供の数を増やしたいという気持ちも分らないではないが、だからこそ、脳死は人の死といった観念的抽象的な議論ではなく、脳死が死の判定基準として妥当なのか、また自己決定の権利である本人同意の原則を適用せず、代諾を認めていいのはどういう場合か、同意能力を欠く

脳死患者の人権をどこまで守るべきなのかといった根本的な観点から論議を十分尽くして、法改正すべきではないだろうか。

代諾の可否については松尾<sup>89)</sup>が成年後見制度を手がかりとして、以下のように興味深い報告をしている。“臓器移植医療における代諾の問題を考えるに、利用者の生活の質の維持と改善を支援の目的としている成年後見制度においても、成年後見人に医療同意権が認められていないことに鑑みれば、臓器移植において、これを認めることは妥当ではないと考える。本人の生活の質の維持と改善のためになす成年後見人の医療同意権ですら認められていない現状のもとで、本人の利益に何ら寄与しない脳死下にある患者の臓器摘出行為について、本人以外の者が同意をなすということに倫理的な根拠を見出すことはできないというべきである。”

最後に家族の同意について別の角度から考えてみたい。既に述べたように現行医療はインフォームド・コンセントの理念抜きには考えられないといえよう。あくまで本人の意思＝自己決定が第一に優先されるべきであり、本人の意思表示の能力が十分でない場合に限って、代諾が認められている。ところが日本では、家族の意見が本人の意思と同等、時によっては凌駕する場合すらあり得るのである。インフォームド・コンセントからいえば、医師は患者の要請あるいは同意がなければ、患者の情報を家族に話すことはできない。しかし日本では特に癌の場合、病名や病状について患者本人だけに説明することはまずない。少なくとも家族と一緒に同席してもらったり、患者が高齢である時は、家族だけ先に説明することすらある。いくら患者本人が同意しているといっても、家族に全く説明していないと、もし治療経過が思わしくないとトラブルが発生することも多々あり、私たち医師は家族に十分説明することを求められている。それどころか患者本人に「私には説明してもらわなくてもいいから、家族にしっかり話をしておいて下さい。」とすらいわれる時もある。これは日本独特の家族関係に起因すると考えられる。欧米では自立した個人が集まり、1つの家族を作っているのに対し、日本では欧米のように家族愛で結びついているだけでなく、合理的判断を超えた、時に“縁”という言葉で表現される独特な心の絆によってつながっていると考えられる。これは幾度となく述べてきた「関係性の死」と関連することであるが、家族同志が深い関係性を持ち、心だけでなく命をも共有していると感じているからこそ、患者の情報を知っ

たり、共有することに疑問を感じないのであろう。これ以上詳しくはまた別の機会に触れることとするが、今回の法改正で家族の同意をクローズアップしたことも、このような日本独特の家族関係を念頭に、うまく利用したというのうがち過ぎであらうか。

\*本項では広い範囲で文献 81) 82) を参考文献として用いた。

### 問題点③ 親族への臓器の優先提供<sup>90)</sup>

改正臓器移植法の施行に伴い、2010年1月17日より臓器を提供する意思表示に併せて、親族に対し臓器を優先的に提供する意思を書面により表示することができるようになった。その実施には、以下の3つの要件がすべて満たされていることが必要となる。(1) 本人(15才以上)が臓器を提供する意思表示に併せて、親族への優先提供の意思を書面により表示(2) 臓器提供の際、親族[配偶者(婚姻届を出している者、事実婚はのぞく)、子ども(実の親子のほか、特別養子縁組による養子及び養父母を含む)、父母(子どもの場合と同じ)]が移植希望登録をしている(3) 医学的な条件(適合条件)を満たしている。また留意事項として(1) 医学的な条件などにより移植の対象となる親族がいない場合は、親族以外に移植が行われる。(2) 優先提供する親族を指定した場合は、その者を含めた親族全体への優先提供意思として取り扱う。(3) 臓器の提供先を特定の者に限定する意思表示があった場合には、親族も含め、臓器提供は実施しない。(4) 親族提供を目的とした自殺を防ぐため、自殺者からの親族への優先提供は実施しない。等が挙げられた。

今回の法改正の目玉の一つであるこの「親族優先提供」には、多くの問題点がみられる。第一に「移植の公平性」という理念に反するという点である。基本的理念として臓器移植法第2条4項に「移植術を必要とするものにかかる移植術を受ける機会を、公平に与えられるように配慮されなければならない」と定められており、また脳死臨調の答申<sup>91)</sup>にても「移植医療にあつては、提供される臓器の数に限りがあるのに対して、移植を必要とする患者数はこれを大きく上回ることが予想されることから、臓器移植が万一にも一部の者のために、不公平に行われないよう慎重な配慮が必要である」と移植医療が不公平に行われないよう、厳しく規定されているにもかかわらず、今回の改正はこの「移植の公平性」の理念を大きく揺るがせるものである。改正前は移植が必要な患者に平等に移植の機会を与えるために、臓器提供者は自由に相手を選ぶことはできず、日本臓器移植ネットワークに登録された患

者の中で、医学的緊急度から順位が決められていた。しかし今回の法改正で、法案提出者で臓器提供の経験を持つ河野太郎衆院議員の「臓器移植を待つ身内に臓器を提供したいという気持ちに配慮すべきだ」<sup>92)</sup>により、この親族優先提供は改正法に盛り込まれた。しかし諸外国でもこうした制度はなく、善意に基づいて第三者に臓器を提供するという移植医療の根幹を激しく揺さぶることとなろう。櫛島も指摘しているように<sup>93)</sup>、臓器提供は家族の情を超えた連帯の精神で支えられて初めて進展するものであり、この親族優先提供は日本の移植医療を狭い人間関係に閉じ込め、普及や定着の妨げになる可能性がある。また脳死下臓器移植と生体移植との考え方の違いを看過しているという批判や、遺体を私物化するものであり、公共性を侵害しているという批判もみられる<sup>94)</sup>。

もう一つ大きな問題点は「移植の匿名性」という原則が侵害されることである。すでに引用しているが、フォックスは移植医療の背景として「臓器はギフト・オブ・ライフ（命の贈り物）としてやり取りされているが、この“お返しのできないほど貴重な贈り物”の重圧が関係者の心を悩ませるため、臓器の贈り主ともらい主を明かさな匿名性の原則が生み出された」と語っている<sup>70)</sup>。また改正臓器移植法のガイドラインでも、個人情報の保護として“移植医療関係者が個人情報そのものの保護に努めることは当然のことであるが、移植医療の性格にかんがみ、臓器提供者に関する情報と移植患者に関する情報が相互に伝わることのないよう、細心の注意を払うこと”と明記されており、「匿名性（個人情報保護）原則」が移植医療における重要な倫理原則であると考えられる。しかし「親族優先提供」はこの「匿名性の原則」を崩すことになるであろう。移植医療における匿名性とは、患者側からいえばレシピエント側とドナー側がお互いに相手のことを知らないということであり、医療側からいえばレシピエントの立場に立つ移植医とドナー側に立つ救急医は互いに直接干渉することのない独立した存在であるということである。すなわち「親族優先提供」が実現すれば、当然レシピエントはドナーの存在を知ることになる。その結果、フォックスが述べたように、命という他とは代えようのない貴重な贈り物に、特にレシピエントはただでさえ心の重圧を感じているのに、ドナーが家族になれば、益々精神的なプレッシャーは大きくなるのではないだろうか。一方、提供候補者になる親族にとっては「愛する家族が重い病気で苦しんでいるのに、どうしてドナー候補にならないんだ」とい

う周囲の無言の圧力や批判に耐えかねて“どうしても決心がつかない場合や本音では嫌だと思っけていても、断りづらい”という心理的に大きな負担がかかる可能性もある。実際、親族からが原則の生体移植や血縁間の骨髄などの造血幹細胞移植では、親族への精神的な負担が指摘されている。栗屋<sup>95)</sup>が指摘するように、改正法前では「誰も臓器をもらう権利はないし、誰も臓器を提供する義務はない」ということが大前提であったが、法改正により「あなたが臓器を提供してくれないから、大切な命が失われていく」というように、家族に臓器提供を強制させる危険性も十分にあり得る。また水野<sup>96)</sup>は匿名性の原則により（1）レシピエントからの働きかけの不可能性（2）死者の残した文書による受益者の不存（3）レシピエントによる損害賠償請求の不可能性が保たれていたが、それが崩されれば、様々な問題が噴出するであろうと指摘している。

次に医療側への影響を考えると、本来、臓器提供とは救命救急医療の現場で、必死の治療の甲斐なく脳死状態に陥った患者の家族に、オプション、つまり選択肢の一つとしての「臓器提供の可能性」について知らせることから始まるのであって、決して初めから移植を念頭に治療しているのではないことが、家族との信頼関係を得る上でも、大変重要なことであった。ところが「親族優先提供」により、ドナー家族とレシピエントが同一になった場合、従来はドナー側のことのみ考えて治療していればよかった救急医は、移植手術を希望する家族と直面する可能性も十分にあり得るのである。同じ医療者として脳死状態の救急患者と移植手術を希望する家族の両者に直面する救急医の心情を慮ると、救急医のおかれた状況の複雑さと厳しさに身が竦む思いになる。水野が述べるように<sup>96)</sup>、この「親族優先提供」により、医師は自分の患者がレシピエントから具体的に期待されている特定されたドナーであるという危険を、潜在的に抱えることになってしまった。

2009年12月「親族優先提供」の運用指針を話し合う厚労省の臓器移植委員会で町野は「パンドラの箱を開けたようなもの。やるべきではないが、法律にある以上はやらざるを得ない」<sup>92)</sup>と評しており、水野が述べるように<sup>96)</sup>この親族優先提供規定は立法的過誤だと評価せざるを得ない。しかしこの改正は既に施行されており、施行後1週間後の2010年1月24日の時点で、新規に臓器提供意思を日本臓器ネットワークのサイトで登録した700人のうち170人が親族優先提供を希望し、また改正以前から臓器提供意思を日本臓器



移植ネットワークのサイトで登録していた約 53400 人のうち約 2500 人が親族優先提供の意思を追加登録した<sup>97)</sup>。このように、いったん立法化してしまうと歯止めが効かなくなり、早晩様々な問題が表面化してくるのではないだろうか。

今後親族優先提供規定を見直し、ドナーとレシピエント間（医療側も含めた）が直接つながらないように臓器移植ネットワークが仲介する仕組みを安定させ、移植医療における重要な原則である「匿名性の原理」を是非早急に回復するよう願う。

#### 問題点④ 小児脳死下臓器移植

臓器移植法改正前は、脳死下臓器提供には本人の書面での意思表示と家族の承諾を必須条件とし、臓器提供の意思表示ができるのは、遺言の可能年齢に準じて 15 才以上と定められたため、15 才未満の小児からの脳死下臓器提供は不可能であった。しかし改正後は本人の意思が不明な場合でも家族の承諾があれば臓器提供が可能となり、年齢制限は事実上撤廃され、15 才未満の小児からの脳死下臓器提供が可能となった。そして 2011 年 4 月 13 日には、15 才未満の子どもとして初めて脳死と判定された 10 代前半の少年の臓器提供が行われた。その後、移植手術も無事に終了し、小児脳死下臓器移植は順調に滑り出したかのように見えるが、脳死判定や虐待の問題等小児特有の問題が山積しており、成人の臓器移植以上に困難な状況にあると考えられる。

そこでここでは小児脳死下臓器移植の問題点として ④ 小児救命救急医療の充実 ⑤ 小児の脳死判定 ⑥ 虐待問題 ⑦ 小児の人権を護るために、の 4 つを挙げ、それぞれについて考察していきたい。

##### ④ 小児救命救急医療と看取り医療の充実

幾度となく述べていることであるが、本来、臓器提供とは救命救急医療の現場で、必死の治療の甲斐なく脳死状態に陥った患者の家族に、選択肢の一つとしての「臓器提供の可能性」について知らせることから始まるのであって、決して初めから移植を念頭に治療しているわけではない。患者に対する医療側の必死の救命治療と誠意ある対応に始まり、愛情豊かな看取りの医療が行われる中で、家族は患者の死を徐々に受け入れ、その死を納得していくのである。特に患者が子どもの場合、家族はその死を受容することが非常に困難であるとされている。子どもの死をしっかりと受け入れることができていない家族にとって、自分の子どもの臓器を他人に提供しようという気持ちが生まれるはずもないのである。『臓器提供→死の受容』という順番

ではなくて、家族がある程度、死を受け入れて、場合によっては臓器提供を行うという『死の受容→臓器提供』なのである。すなわち家族が、大変な作業である「死の受容」にじっくり取り組めるような環境を医療側は提供する必要がある。そのためには、まず小児救命救急の充実が不可欠である。なぜなら家族が十分な治療を受けたと納得できることが大前提であり、最も重要だからである。ところが日本の新生児死亡率は世界一低いにもかかわらず、1~4 才の小児の死亡率は先進諸国中最悪レベルであり<sup>98)</sup>、小児の救命救急医療体制の不備が推測される。この改善のために PICU：Pediatric Intensive Care Unit（小児集中治療センター）と連携した小児救急医療システムの効果が報告されているが、一部の地域を除き、PICU は全国にほとんど存在していない状況である。また平成 20 年度の厚労省医政局「重篤な小児患者に対する救急医療体制の検討会」では、重篤な小児は最寄りの救命救急センターで初療（超急性期治療）を行い、安定させてから、小児集中治療施設を有する小児医療専門施設へ転送して救命（急性期治療）を図るという内容が答申された<sup>101)</sup>。しかし小児の救急医療現場は医療体制そのものが崩壊しており、通常の医療体制を維持するのが精一杯の状況の中で、この問題を早急に解決することは非常に困難である<sup>102)</sup>。今後、特に人的資源の確保を中心とした、国全体での小児医療に対するバックアップが是非必要である。それがなければ小児の脳死下臓器移植の進展は望めないであろう。

また救命救急医療体制の充実のほか、小児集中治療施設における看取り医療の充実も必要とされている。しかし救命医療現場での看取り医療がどうあるべきか、あるいは具体的な方法等について、まだ医学的に確立しているとはいえない状況である。患者が終末期にある時、家族は強いショックを受け、混乱し、悲しみも深い、それでも徐々に患者の死を受容していくのである。そのためには十分な時間（看取り）が必要になるが、慢性疾患や末期がんなどの終末期と異なって、救命医療での終末期では十分な時間を与えることができない。このことが救命医療現場での看取り医療の確立が困難である最大の理由である。2007 年 11 月には、日本救急医学会が「救命医療における終末期医療に関する提言（ガイドライン）」<sup>52)</sup>を公表し、人的資源等非常に厳しい状況の元、全国各地で地道な取り組みがなされている。鹿野は市立札幌病院における救命医療における終末期医療の方針を図 5 の如く示し<sup>103)</sup>、こう述べている。“脳死診断は決して治療を打ち切るた

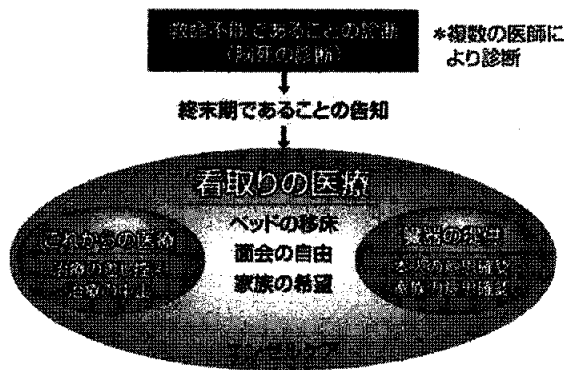


図5 市立札幌病院の緊急医療における終末期医療の方針

めに行っているのではなく、「残された時間を有意義に過ごして欲しい」「家族の望まない医療の押しつけだけはしたくない」という思いで行っていることを伝えることが重要である。～中略～「終末期の告知」こそが、患者と医療者の信頼関係を再構築し、患者や家族にとって安らかな「看取り」を迎える第一歩となると、私たちは考えている。～中略～個々の患者の背景や状態によって、「看取り」の医療は異なるが、患者と家族に最後まで寄り添っていく気持ちが重要である。”十分な救命救急医療の提供にも関わらず残念ながら脳死状態に陥った場合、的確な脳死診断、家族の心情に配慮した慎重かつ丁寧な終末期であることの告知、そして愛情豊かな家族中心の看取り医療が実践されて初めて、小児の脳死下臓器提供が可能となるであろう。しかし残念ながら現在でもそのような態勢が確立している施設は一部にすぎず、小児の脳死下臓器移植の将来はまだまだ厳しい状況下にあるといわざるを得ない。

最後に看取り医療について補足すると、植田によれば<sup>104)</sup>残された時間、集中治療室で親が添い寝をしたり、本を読み聞かせたりする機会を提供する、また親が子を抱いて最期を静かに迎えられる工夫をすると

いった看取り医療が米国では充実しているという。しかし日本では看取り医療に対する十分な法的整備がなされておらず、今後法的・倫理的根拠を明確にする作業がまず必要となろう。そのためには医療者のみならず法律家、倫理学者、宗教家などによる学際的な研究の進展が望まれるところである。

⑥ 小児の脳死判定

今回の臓器移植法改正に伴い、15才未満の小児に対する法的脳死判定が、臓器移植を前提条件として実施されることとなった。6才以上15才未満の学童・少年に対しては竹内基準が適用され、生後12週以上6才未満の乳幼児に対しては、新しい小児脳死判定基準が用いられることになった(図6)<sup>105)</sup>。この基準は厚生労働省“小児の脳死判定及び臓器提供等に関する調査研究班”が作成した判定基準案<sup>106)</sup>(表3)<sup>107)</sup>に沿ったものとなった。成人との相違点は、生後12週間未満は判定除外、判定間隔について6才未満は24時間以上あけて2回行う、判定時の収縮期血圧等である。6才未満の乳幼児に対して竹内基準ではなくこの新しい小児脳死判定基準が用いられた理由は、子ども、特に幼い子どもの脳は、一般に色々の障害に対する抵抗力が大人より強く、脳死判定において大人の基準をそのまま適用することは適切ではないと考えられるからである。次に小児脳死の特徴を水口は以下のようにまとめた<sup>108)</sup>。

- [1] 無呼吸テストまで含めた正式な脳死判定例は極めて少ない。ほとんどいわゆる“臨床的脳死”症例であった。
- [2] 原因疾患として、二次性脳障害の頻度が高い。一次性脳障害(頭部外傷、脳炎・脳症、脳血管障害など)：二次性脳障害(窒息、溺水、心肺停止など)の比は成人では92：8であるが、小児では57：43であった。
- [3] 長期脳死(脳死判定後心停止に至るまで30日以

年(週)齢	(修正)12週	6歳	15歳	18歳
改正前	除外	研究班案	竹内基準	竹内基準
改正後	除外	小児用基準	竹内基準	
	被虐待児への対応 ∴児童虐待防止法			

臓器移植法の改正前(上段)と改正後(下段)における年齢別の取り扱いと適用される基準を示した。実線枠は実際に法的脳死判定の対象となること、破線枠はそうならないことを示す。

図6 小児の法的脳死判定：臓器移植法改正に伴う変化

表3 小児法的脳死判定基準（案）

<p>1. 対象例</p> <p>1) 気質的脳障害により深昏睡・無呼吸を来して人工呼吸を必要とする症例。</p> <p>2) 原疾患が確実に診断されている症例（頭部CTないしMRI検査による画像診断は必須）。</p> <p>3) 現在行いうるすべての適切な治療手段をもってしても、回復の可能性が全くないと判断される症例。</p> <p>2. 除外例</p> <p>1) 年齢による除外 修正年齢12週未満（早期産児および在胎週数40週未満の正期産児）または週齢12週未満（在胎週数40週以上の正期産児および過期産児）</p> <p>2) 体温、薬物の影響による除外 ①体温、深部温35℃未満 ②急性薬物中毒</p> <p>3) 疾患による除外 代謝異常、内分泌疾患 * 眼球損傷、内耳損傷、高位脊髄損傷のために脳幹反射の一部や無呼吸テストが実施できないときは、脳幹聴性誘発電位や脳循環検査などの補助検査を加えて総合的に脳死を判定できる可能性はあるが、当面は法的脳死判定の対象としない。</p> <p>4) 虐待の可能性による除外 児童福祉法における‘児童’の規定に従って、18歳未満の児童を対象とする。</p> <p>3. 判定上の留意点</p> <p>1) 血圧：年齢不相応の低血圧を避ける。</p> <p>2) 中枢神経抑制薬については、可能なかぎり血中濃度を測定して有効薬用量以下になってから、半減期などを考慮しながら総合的に判断する。筋弛緩薬使用例では、場合により神経刺激装置を用いてその残存効果がないことを確認する。</p> <p>4. 必須項目</p> <p>1) 深昏睡 Japan Coma Scale (3-3-9度方式) で300、または、Glasgow Coma Scale 3</p> <p>2) 瞳孔 両眼とも固定 瞳孔径は左右とも原則として4mm以上</p> <p>3) 脳幹反射の消失 ・対光反射の消失      ・角膜反射の消失      ・毛様脊髄反射の消失 ・眼球頭反射の消失      ・前庭反射の消失      ・咽頭反射の消失 ・咳反射の消失      ・脊髄反射はあってもよい</p> <p>4) 脳波活動の消失 大脳を広くカバーするFp1, Fp2, C3, C4, O1, O2, T3, T4 および Cz (10-20国際法) の部位に電極を設置し、基準電極導出法 (6導出) と双極導出 (4-6導出) を合わせて30分以上行う。 この間、基準感度10<math>\mu</math>V/mmの記録と、部分的に感度を上げて、2<math>\mu</math>V/mmの記録を行う。</p> <p>5) 自発呼吸の消失 無呼吸テストを行う前の条件として、体温は35℃以上、PaO<sub>2</sub>は200mmHg以上、PaCO<sub>2</sub>は35-45mmHgが望ましい。 テストは血圧、心電図、SpO<sub>2</sub>のモニター下に行う。 方法は、あらかじめ100%酸素投与で10分以上の人工換気を行い、患者から人工呼吸器を切り離してT-ピースでの100%酸素投与 (6L/min) に切り替えて、目視と胸部聴診での呼吸音の聴取により呼吸の有無を観察する。観察終了はPaCO<sub>2</sub>が60mmHg以上になった時点とし、その時点まで呼吸が観察されない場合はテスト結果を陽性と判定する。</p> <p>5. 判定間隔 24時間以上</p>
--

上経過)が多い。様々な生命現象(体動、脊髄反射、身長伸びなど)がみられた。

[4] 被虐待児が多い。この点に関する統計学的なデータは乏しい。

そこでこの小児脳死の特徴と脳死判定との関連並びに問題点について述べることにする。

まず[1]からいえることであるが、我が国では成

人に比べ、小児の脳死判定、特に法的脳死判定の経験が非常に少ないということである。日本小児科学会会長の五十嵐は“子どもの脳死判定、脳死患者からの臓器摘出(脳死下臓器提供)、レシピエントへの臓器移植、患者家族へのグリーフケア、移植後の患者家族へのケア、日本臓器移植ネットワークの活動など、脳死下臓器移植を行うために必要な具体的事項について、

これまでほとんどの小児科医は経験がなく、小児医療の現場での準備が十分にできているとはいえない状況にあります。”と小児の脳死下臓器移植実施の準備不足を率直に述べており<sup>109)</sup>、脳死判定についても“家族へのグリーフケアも含め責任を持って子どもの脳死判定を行う体制作りを各医療機関が行う必要があります。現状ではそうした体制が整備されている医療機関は一部にすぎず、実際に実施するとなると現場では大きな混乱が生じる可能性があります”<sup>109)</sup>と脳死判定体制の不備を認め、早急の体制作りの必要性を求めている。このように脳死判定のためのハード、すなわち体制の構築にも大きな問題点があるが、ソフトともいえるこの新しい小児脳死判定基準についても、田中<sup>110)</sup>は、平成12年厚生科学研究費事業「小児における脳死判定基準に関する研究」(竹内班)をほぼそのまま踏襲しており、新たに信頼性のある科学的調査によって裏付けされていない(129例中前向き研究は11例のみ)と批判している。また田中は、平成19年に日本小児科学会が実施した調査結果では、新生児を含む小児の脳死診断は医学的に可能かという問いに対して、小児科医の約7割が不可能かわからないと回答している<sup>111)</sup>と指摘し、この新しい小児脳死判定基準の妥当性はまだ十分に検証されておらず、今後科学的な手法によって評価されなければならないと述べている<sup>110)</sup>。いずれにせよ、我が国での小児の脳死判定の経験は十分ではなく、今後脳死判定医の養成を含めた体制の構築のみならず、小児脳死判定基準の再検討も必要であろう。

次に〔2〕であるが、水口によれば、一次性脳障害は急性で比較的均一な臨床経過を辿りやすいのに対し、二次性脳障害の臨床像は多様で変異に富み、亜急性～慢性の経過もあり得、さらに小児の脳障害においては、脳の発達段階(ないし年齢)により、同じ病因であっても、異なる所見や時間経過をもたらす得る<sup>112)</sup>。すなわち深昏睡・無呼吸の小児に接した時、その状態が不可逆性すなわちノーリターンであると判定するには、成人の場合以上に慎重さが求められよう<sup>112)</sup>。

〔3〕については3章の②項でも一部ふれたが、「長期脳死」例は小児に多いといわれ、厚生省調査では116例中25例(22%)<sup>113)</sup>、小児科学会調査では74例中18例(24%)<sup>114)</sup>を占め、それ以外にも多数の報告がみられる<sup>115-123)</sup>。またシューモンらは小児脳死症例175例中、80例が2週間以上、44例が4週間以上、20例が2ヶ月以上、7例が6ヶ月以上、それぞれ心停止までの経過が確認され、最長14.5年という長期生

存例も報告し、「慢性脳死」と呼んだ<sup>39)</sup>。このように小児では「長期脳死」(シューモンのいう慢性脳死)の存在が明らかとなった。「長期脳死」の存在が示す大きな問題点の一つは、すでに3章の②項でも述べたが、欧米を中心として、脳死の理論的根拠とされていた“脳死状態に陥れば数日(小児では約10日)以内に必ず心停止して死亡する”が、特に小児では適用できないことが明確になったということである。また「長期脳死」例では様々な生命現象の存在が報告されており、特に体動(自発運動を示す、痛み刺激に反応する等)と脊髄反射はよくみられるという<sup>124)</sup>。また歯が生える、成長ホルモンが分泌され身長が伸びるなどの現象もみられる。このような「長期脳死」にみられる生命現象の存在は、一般の人がもつ「死」のイメージと、かけ離れたものであり<sup>112)</sup>、第3章①項で述べたように、脳死は死の三徴候のように、一般の人が納得できる死の判定基準になり得ないと考えざるを得ない。

以上より「長期脳死」の存在は、小児の脳死判定における普遍性、不可逆性という観点から、判定基準に対し大きな問題を投げかけているといえる<sup>121)</sup>。しかしこの「長期脳死」の問題は、今回の法改正では未解決のまま、棚上げ状態にされてしまった。参議院の有志が提案した「子ども脳死臨調」といった、多角的に時間をかけて検討する場が必要ではないだろうか。〔4〕については次項で詳しく述べることにする。

#### ◎ 虐待問題

平成21年度に児童相談所が虐待として対応した件数は4万4210であり、また虐待が原因で死亡した児は128人である<sup>125)</sup>。児童虐待数は毎年105～108%の割合で増加しており、今後も増加していくと考えられる<sup>126)</sup>。一方、我が国では重症頭部外傷の20%、欧米では頭部外傷の30%、骨折の50%が虐待によるという報告があり<sup>127)</sup>、我が国での脳死小児の1～2割は被虐待児の可能性が高い<sup>110,128)</sup>とされている。

また水口は、虐待者が親であり、被虐待児が脳死に陥った場合、親が脳死下臓器提供を申し出る事態は大いにあり得ると推測し、その理由として次の2つを挙げた。

- ア. 証拠隠滅：児の死体が臓器摘出に供されれば、司法解剖は行われず、ひいては親の犯罪の露見を免れる。
- イ. 代理によるミュンヒハウゼン症候群：児を故意に病気(この場合は頭部外傷など)にして入院させ、自らはかいかいしく看病する親を演じる

症候群。この際、脳死下臓器提供は「作られた悲劇」を盛り上げるには格好のシチュエーションとなり得る。

今回の改正法ではこれらのことをふまえて附則5<sup>129)</sup>で『政府は、虐待を受けた児童が死亡した場合に当該児童から臓器が提供されることのないよう、移植医療に係る業務に従事する者がその業務に係る児童について虐待が行われた疑いがあるかどうかを確認し、およびその疑いがある場合に適切に対応するための方策に関し検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずるものとする』と被虐待児からの臓器提供を排除することが定められた。またガイドライン第5条<sup>130)</sup>「虐待を受けた児童への対応等に関する事項」で、虐待防止委員会など院内体制の確立とマニュアル等の整備を求めている。

ところで広義の虐待には身体的虐待、ネグレクト、心理的虐待、性的虐待の4つが含まれ、この内、脳死判定で問題となるのは、主に前二者である。身体的虐待の場合、乳児揺さぶられ症候群 (shaken baby syndrome) のように、外表には著変がなく見逃されやすいケースも多く、更により対応が難しいのは、ネグレクト (養育の怠慢、放置、拒否) であるといわれている<sup>112)</sup>。また虐待した保護者は平然と虚偽証言を行うといわれており<sup>110)</sup>、ますます被虐待児を見分けることは困難になっていると考えられる。実際、2004年の日本小児科学会のアンケート調査によれば<sup>127)</sup>、過去5年間で被虐待児1452例のうち脳死または重度の障害を残した症例数は合計129例であった。また注目

すべきことは虐待診断の確定に7日以上を要した症例が19例、60日以上長時間を要した症例が9例もあり、虐待の診断に時間を要することが明らかとなった。また2009年日本小児科学会による日本小児科学会会員に対するアンケート調査によれば<sup>111)</sup>、“被虐待児であるかの診断が適正に行えると思うか?”との質問に対して、半数ほどの小児科医が“わからない”とし、また被虐待児を経験したことがある小児科医の方が経験のない小児科医より虐待の診断が困難であると認識していることが明らかとなった。このような状況の下で、ガイドラインが示すように虐待防止委員会を十分整備、活用したとしても、限られた時間内に虐待の有無を正しく判定することは、余程明確な虐待事象が見られ、かつ虐待者の自白がなければ極めて難しいと考えられる。

そこで被虐待児からの臓器提供を排除するための方策として、山田は貫井研究班の報告<sup>131,132)</sup>を修正したフローチャートとチェックリストを公表している<sup>133)</sup> (図7、表4)<sup>134)</sup>。

このフローチャートを以下に要約してみると

- (1) 被虐待児の可能性を否定できない：臓器提供の対象から除外。乳幼児突然死症候群、または原疾患の診断未確定。
- (2) 被虐待児でないことが確実：臓器提供の対象とする。第三者目撃のある家庭外事故、交通事故、誤嚥、内因性疾患。
- (3) (1) (2) いずれでもない、いずれか判断できない：チェックリストで判定。家庭内事故、第三

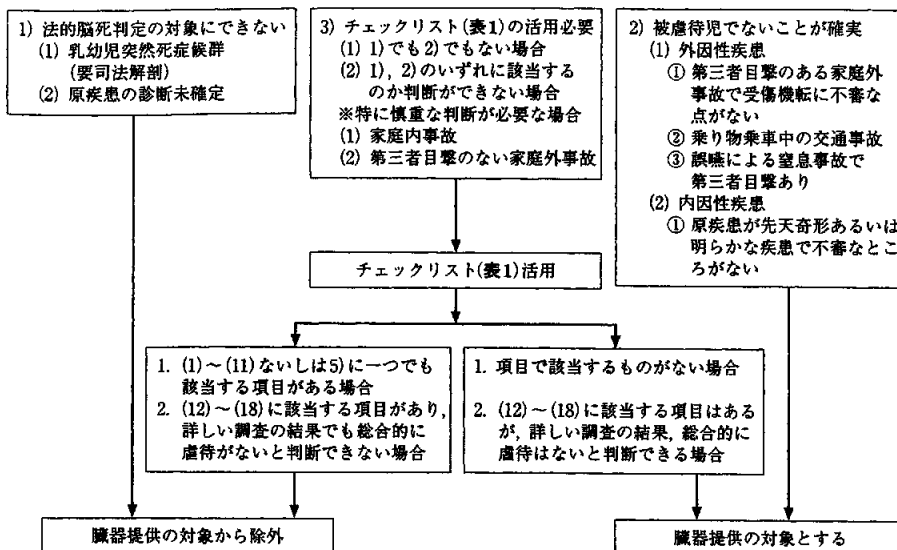


図7 脳死下臓器提供者から被虐待児を除外するフローチャート

表4 脳死下臓器提供者から被虐待児を除外するためのチェックリスト

1) 次に挙げる項目(1)-(3)のうち1つでも該当するものがある場合は、その児童から臓器提供をしないこととする。	
(1) 虐待に特徴的な皮膚所見	①体幹・頭部・上腕・大腿・性器に認められる複数の外傷 ②同じ形をした複数の外傷 ③新旧織り交ざった複数の外傷 ④境界鮮明な熱傷・火傷 ⑤スラップ・マーク(平手打ち痕)、バイト・マーク(噛み痕)
(2) 保護者の説明と矛盾する外傷	①外傷の発生機序に関する保護者の説明が医学的所見に矛盾している。
(3) 当該児童の発達段階と矛盾する外傷	①外傷の発生機序として保護者が説明した内容や外傷所見が当該児童の発達段階に矛盾する。
2) 当該児童が2歳未満の乳幼児の場合、(4)-(6)の検査を施行し、虐待を疑う所見が1つでも認められた場合は「乳幼児揺さぶられ症候群(SBS)/虐待による乳幼児頭部外傷(AHT)」や「被虐待児症候群: the battered child syndrome」の可能性があるので、慎重な判断を要する。	
乳幼児揺さぶられ症候群(SBS)/虐待による乳幼児頭部外傷(AHT)の疑い	(4) 頭部CT(必要に応じて頭部MRI・頸部MRIを併用する。) ①交通事故以外で発生した硬膜下血腫 ②交通事故以外の原因による外傷性びまん性軸索損傷や灰白質-白質剪断といったSBSやAHTを疑うべき脳実質損傷 ③原因不明の頸部損傷 (5) 倒像鏡もしくは乳幼児デジタル眼底カメラによる眼底検査(眼科医にコンサルトすることが望ましい。) ①広汎で、多発性・多層性の眼底出血 ②網膜分離症 ③網膜ひだ
被虐待児症候群の疑い、もしくは、SBS/AHTの疑い	(6) 全身骨撮影(放射線科医にコンサルトすることが望ましい。必要に応じて胸部CTを施行する。) ①肋骨骨折 ②長管骨の骨幹端骨折(パケツの柄骨折、骨幹端角骨折) ③保護者の説明と矛盾する骨折 ④(原因不明の)骨折の既往
3) 次に挙げる項目(7)-(11)の中に該当するものがある場合、子ども虐待・ネグレクトがないことを確信できないなら、その児童から臓器提供をしないこととする。	
(7) 児童相談所・保健所・保健センター・市区町村への照会	①照会先から当該児童について子ども虐待・ネグレクトに関連する何らかの情報が得られた。 ②照会先から、当該児童のきょうだいに関する子ども虐待・ネグレクト情報が得られた。 ③当該児童のきょうだいの中に、死因が明らかでない死亡者やSIDS(疑)がいるという情報が得られた。 ④保護者が覚醒剤や麻薬などの違法薬物を使用しているという情報が得られた。
(8) 小児科医による成長状態の確認	①医学的に相応の理由がないのに、成長曲線(身長・体重)のカーブが標準から大きく下方にずれている。(非気質性発育障害(NOFT)の疑い) ②医学的に相応の理由がないのに、頭圍の成長曲線がある時点から急に上方にずれている。(虐待による乳幼児頭部外傷の後遺症としての頭圍拡大の疑い)
(9) ネグレクトが疑われる状況	①当該児童が乳幼児(障害児の場合は発達段階として6歳未満と考えられるとき)であるのに乳幼児だけで外遊びをさせる、危険物を放置し安全管理をしないなど、保護者が適切な監督をしていないことが明確である。 ②飢餓状態が疑われる。 ③嘔吐や下痢など相応の理由がないのに、脱水状態となっている。
(10) 受診の遅れ	①当該児童の症状に気づいてから受診行動に移るまでに長時間を要していて、その理由を合理的に説明できない。
(11) きょうだいの不審死およびSIDS(疑)	①家族歴の聴取および児童相談所・保健所・保健センター・市区町村・警察への照会によって、きょうだい(異母・異父きょうだいも含む)の中に、死因が明らかでない死亡者やSIDS(疑)がいるという情報が得られた。
4) 次に挙げる項目(12)-(18)の中に該当するものがあるときは、総合的に判断し、子ども虐待・ネグレクトがないことを確信できる場合のみ、その児童から臓器提供することがけきる。	
(12) 児童相談所・保健所・保健センター・市区町村への照会	①照会先から当該児童の家庭において配偶者暴力(DV)があるという情報が得られた。
(13) 警察への照会(照会しても情報が得られない場合は「該当なし」と判断してよい。)	①警察から当該児童やそのきょうだいについて子ども虐待・ネグレクトに関連する何らかの情報が得られた。 ②当該児童は乳幼児で、徘徊等で警察に保護されたことがある。 ③当該児童のきょうだいの中に、死因が明らかでない死亡者やSIDS(疑)がいるという情報が得られた。 ④保護者が覚醒剤や麻薬などの違法薬物を使用しているという情報が得られた。 ⑤当該児童の家庭において配偶者暴力(DV)があるという情報が得られた。
(14) 小児科医による母子健康手帳の確認	①母親は必要な妊婦検診を受けていなかった。 ②出産に際して、医師もしくは助産婦など信頼に足る大人の立ち会いがなかった。 ③出生届や出生連絡票が提出されていない。 ④当該児童は、妥当な理由がないにもかかわらず、先天性代謝異常の検査、乳幼児健診、予防接種等の必要な保健医療サービスを受けていない。
(15) ネグレクトの可能性が否定できない状況	①皮膚の衛生が保たれていない。 ②未処置の多発性齲歯
(16) 医療ネグレクトの疑い	①必要な医療を拒否したことがある。 ②必要だったにもかかわらず、医療が中断されたことがある。 ③受診の遅れを疑わせる記録が残っている。(医療ネグレクトのほか、虐待の隠蔽を示唆する場合もある。)
(17) 教育ネグレクトの疑い	①保護者の都合で不登校となっていた既往がある。
(18) 代理によるミュンヒハウゼン症候群(MSBP)の疑い	①医療機関からの紹介状を持たずに、当該児童の病気を訴えてドクターショッピングを繰り返していた。 ②当該児童は、医学的に説明のできない症状を繰り返して示していた。 ③保護者の訴える症状と臨床所見との間に矛盾がある。
5) 通常の検査では原因が推定できない神経学的症状を認めた場合は、「トライエージ(Triage)」などの検査キットを使って、尿・血液・胃内容物等の薬物検査を行う。必要に応じて、アルコール血中濃度も測定する。薬物が検出された場合は、その児童から臓器提供をしないこととする。なお「トライエージ」で検出できる薬物は、フェンシクリジン(PCP)、ベンゾジアゼピン類(BZO)、コカイン類(COC)、アンフェタミン類(AMP)、大麻類(THC)、オピエート類(OP)、バルビツール酸類(BAR)、三環系抗うつ薬類(TCA)の8類である。	

者目撃のない家庭外事故など。

このフローチャートとチェックリストをみれば分かるように、厳密に被虐待児対応を実施することを前提としており、先に述べたように、医療施設の虐待防止委員会だけでは限界があり、各地域の公的な虐待発見対策チーム（local suspected child abuse/neglect (SCAN) review team）を設立し、医療機関との厳密な連携が可能なシステムを構築する必要がある<sup>112,127)</sup>。

さてここまで「被虐待児は決して臓器提供の対象にすべきではない」という理念に基づいて述べてきた。それではなぜ被虐待児は臓器提供されてはいけないのだろうか。田中は“被虐待児は保護者によって1回目の人権剥奪を受け、仮にその児が脳死に陥り臓器提供された場合、その児は意見表明をする権利を再度剥奪されるからである。さらに虐待した親には、児にとっての最大利益を代諾する資格はない”と、小児の人権を護る立場からその理由を述べている<sup>110)</sup>。医師である私も十分同意できると思うのだが、法的立場からは被虐待児を臓器提供から除外することに対し異論も多い。

町野は虐待死した児童からの臓器提供の忌避を目的とした改正法の附則5項に関して次のように述べている<sup>135)</sup>。“新法は、およそ「虐待を受けた児童」の死体からの臓器提供を認めるべきではないとしているから、虐待した親以外の遺族が同意したときであっても臓器の提供は認められない。しかし配偶者間暴力、子による親への暴力などファミリー・バイオレンス一般、更には殺人、業務上過失致死などの犯罪被害者からの臓器の提供については臓器の提供を認めるべきではないという議論は存在しないのに、どうして児童虐待についてだけこのようにすべきなのかは不明である。

そもそも、小児からの臓器提供を認めることから、児童虐待の発見に努めなければならないというものではない。児童虐待を発見する態勢が整備されていることが小児からの臓器提供を認める前提であるという論理が成り立たないのと同様、小児臓器移植を認めないならこのような態勢をとらなくてもいいというものでもない。新法が虐待死した児童の問題を小児臓器移植との関連で持ちだしたことによって、児童虐待問題の本質が見失われるようなことになってはならない。以上のように、この附則5項も賢明な立法とは思わないが……”と改正法の附則5項を批判している。

水野は虐待死児童からの臓器提供禁止に関して次のように述べている<sup>94)</sup>。“もうひとつの立法的過誤は、

小児臓器移植をせつかく承認しながら、改正法附則5を設けたことである。～中略～この条文はいったい何をめざしたもので、どのような理由によるものだったのであろうか。児童虐待問題は親権行使の監督や制限に関連して、民法領域に含まれる。日本では児童虐待対応が著しく遅れていて、子どもたちの救済が急務であることはいうまでもないが、同時にこの条文が児童虐待防止と何の関係もないことも自明である。臓器移植をするしないにかかわらず、虐待を発見して対応する必要があり、臓器提供を禁止することと虐待防止は関係がない。～中略～本当は虐待死した児童から臓器を摘出することには何の問題もない。虐待死した児童からの臓器の提供を認めないことが子どもの権利を守ることではない。子どもの権利を守るために必要なことは、虐待から子どもを救出することである。”と改正法の附則5を厳しく批判している。私自身は虐待死児童の臓器提供を容認することには反対であるが、米国では虐待死児童の臓器提供は殺人被害者、自動車事故死者、自殺者の臓器提供と同様に施行されており、この虐待問題も医療者のみならず法律家、倫理学者等含めた場でもう一度議論を必要とする課題であろうと考える。

#### ④ 小児の人権を護るために

今回の臓器移植法改正の主たる目的は、移植のための臓器提供数の増加と小児の脳死下臓器移植の道を開くことである。旧法では提供意思が書面で表示されていることが不可欠であり、しかも書面による意思表示は15才以上の者で有効であるとされ、脳死提供者が少なく、小児の脳死下臓器移植も困難であった。改正法では、提供する意思を書面で表示している場合に加え、本人の書面による拒否がなく、家族が摘出に対して書面により承諾している場合には、年齢を問わず臓器提供が可能となった。これにより15才未満の者からの脳死後の臓器提供も可能となり、小児の脳死下臓器移植の道が開かれた。しかしこのように臓器提供に関する同意システムが変更されて、以下の2つの問題点が浮かび上がってきた。

- (1) 脳死患者の自己決定の権利をどこまで守るか。
- (2) 家族の代諾はどこまで許されるのか。

成人の場合でもこの二つは大きな問題であるが、小児の場合は、成人以上に深刻かつ困難な問題である。

最初に(1)については、日本小児科学会は以前よりその重要性を訴えている。谷澤<sup>136)</sup>は、旧法は本人の生前の意思表示と家族の同意の両者を必要とする提供者の人権を尊重した法律であり、世界に類をみな

いと高く評価した上で、もし小児の脳死下臓器移植を実施する場合には、日本が1994年に批准した『子どもの権利条約』のこともふまえて、小児の自己決定権を尊重するべきとしている。更に小児の人権を護る立場からは、自己決定権を明示するチャイルド・ドナーカードの推進が望ましいとしている。また五十嵐<sup>109)</sup>は“今回の我が国の臓器移植法の改正によって、家族の書面による承諾により15才未満の子どもからの臓器提供が可能となりました。この点については子どもの自己決定権が侵害されている点を日本小児科学会として指摘しておかなくてはなりません。”と今回の改正法の不備を厳しく指摘している。このように日本小児科学会は小児の自己決定権を尊重する姿勢を明確に示し、その推進を目標に掲げている。しかし一般の人が日本小児科学会と同じように、小児の自己決定権を尊重すべきと考えているのであろうか。2002年の総務省の調査<sup>137)</sup>で「15才未満の者の臓器提供の意思を尊重すべきかどうか」という問いに対して、「15才未満の者の判断であっても、本人の意思を尊重すべき」が28.3%、「15才未満の者は適正な判断ができないので、他の者（遺族・親権者を含む）が代わって判断すればいい」が32.4%、「15才未満の者は適正な判断ができないが、だからといって他の者（遺族・親権者を含む）が代わって判断することは適当でない」が21.8%となっており、小児の自己決定能力の有無とその対応については意見が分かれている。しかし親だからといって、子どもの命まで好き勝手に決めることができるという考えや、子どもは大人と同様に全てのことを自己決定できるという両極端な考えではなく、「子どもの意向を尊重する」という考えを否定する人は少ないであろう。宮坂<sup>138)</sup>はこの「子どもの意向の尊重」について次のように述べている。“「本人の意向の尊重」は「判断能力」のような法的、契約論的なものとは性格が異なります。前にも述べたように、最近では、小児に対してインフォームド・コンセントの代りにインフォームド・アセントという、いわば「いいよ」「いやだ」というレベルの、緩やかな承諾を得ることが提唱されています。インフォームド・コンセントが、十分な理解の上になされた理性的な承諾という、いわば合理的、契約的な概念であるのに対して、インフォームド・アセントは、子どもであっても可能なレベルの諾否を得る努力をすべきだという考え方です。”先程の『子どもの権利条約』では、第6条で子どもには「生命に対する権利」があるとし、第12条では「意見表明権」があるとしている。「意見表明

権」<sup>139)</sup>とは、子どもの人生に大きな影響を与える事柄について子ども自身が「意見表明」する権利であり、大人はそれを聞く義務があるというものである。「子どもの意向の尊重」とは、子どもの「意見表明権」を尊重することと違って差しかええないと考えられる。小児における自己決定の権利を尊重することは、非常に重要であることはいうまでもない。一方、小児は大人と比較して自己決定の能力は十分ではなく、小児の人権を護るためには、宮坂<sup>138)</sup>が指摘するように狭い意味での「自己決定権」の概念や本人の「意向」という概念をもっと広げて考える方が望ましいであろう。その点で意見表明権に注目すべきと考える。

それでは意見表明が可能な年齢は何才からとするのが妥当であろうか。旧法では15才を区切りに行っているが、これは医学的根拠からではなく、書面によって最終意思を表明することは遺言と類比的であり、民法において遺言が可能な年齢が15才以上としていることから、15才から有効としたのである。小児科学会による小児科医に対するアンケート調査<sup>111)</sup>では、脳死下臓器移植に関する意思決定の可能年齢を12才以上とするのが妥当であるとしている。一方、小児科医に対する別のアンケート調査<sup>140)</sup>では、意見表明が可能な年齢は、6才未満で11%、6～9才で11%、10～12才で34%、13才以上で40%であり、半数以上の小児科医が12才以下でも意見表明可能としており、また森岡<sup>141)</sup>は小児の臓器提供に際し、「本人の意思表示」が必須とし、その年齢の下限を12才とする案と、6才とする案の2案を出している。この意見表明が可能な年齢についても更に検討が必要であろう。しかし改正法では親の代諾だけで臓器提供するかしないかが決定されることになり、小児の「意見表明権」は制限され、「本人の意向の尊重」を十分に果たすことができない可能性が高くなった。法律で決まってしまったから仕方がないと消極的に考えるのではなく、子どもの立場や意見を守るという理念を社会で共有しながら、五十嵐<sup>109)</sup>も指摘しているように、今後、何才までのあるいはどのような子どもに、例えばチャイルド・ドナーカードのような臓器提供意思表示カードなどによる意思表示や意見表明を認めるかについての議論が必要であろう。

次の問題点である(2) 家族の代諾はどこまで許されるかは、小児の場合、成人より更に困難な問題であると考えられる。すでに5章問題点②家族の代諾の可否についてにて、家族の代諾を認めたことにより、死の判断まで家族に委ねられることとなり、今後深刻な



状況になるであろうと述べた。また自己決定の権利である、本人同意の原則を適用せず代諾を認めていいのはどういう場合か、同意能力を欠く脳死患者の人権をどこまで守るべきなのかといった議論を十分尽くすべきであると述べた。そこでは成人を念頭に考察を進めていた。小児の場合、成人と大きく異なる点は（Ⅰ）自己決定能力は大人と比較しまだ未発達であるが、年齢によっては意見を表明する能力は十分に認められ、小児の「意見表明権」は尊重すべきである。一方「意見表明権」は家族、特に親の意見や考えの影響を大きく受ける可能性がある。（Ⅱ）6才未満の乳幼児には意味のある意思表示がほとんど不可能であり、治療方針は全て親の意思決定に委ねられることの2点である。家族の代諾の適否を論議する前に基本となる問題について考察を加える。

第一に、親の承諾は絶対的なものなのかということである。特に6才未満の乳幼児では、上の（Ⅱ）で示したように、親にあらゆる決定権・権限が集中している。手術などの医学的治療の決定は、医療倫理の原則である「子ども本人の最善の利益」<sup>142)</sup> に沿えば、ある程度可能であると考えられるが、脳死状態の子どもにとって、「臓器提供」という選択は、決して本人にとって「最善の利益」となるものではないだろう。すなわち子どもの意思が不明だからといって、親の一存で臓器を摘出するのは、子どもに対する親の越権行為ではないだろうか。城下<sup>143)</sup>は一般の医療においては、未成年者の場合は親権者が、知的・精神障害者の場合は近親の家族が本人の「代諾」を行うことはできるが、臓器提供の場合は本人に対する利益性、必要性の点で一般の医療と同一視することはできないとの考えが有力であると述べており、やはり親の承諾が絶対であるとするのは無理であろう。法律家の岩志<sup>144)</sup>はこの親の承諾を法的にどう位置づけるかについてこう述べている。“親には、子どもを保護し、育てる責任があるわけですね。いま心臓が動いている子どもについて、心臓の提供が打診されている。脳死が死だということが確立した時代となれば別なのかもしれませんが、少なくとも今の時点で、親の責任としてそこまで決定することができるのかという話ですよ。親は第一次的な養育責任者であり、子どもの身体についてもその利益を保護するために決定権を有している。だから、家族であっても他の人ではなく、親が決めるべきだとは思いますが、ただ、その場合に、親権者である親は、子どもの生命に対しても責任があるわけです。子どもの生命と親の責任とがどういう関係に立つのか。～中

略～もちろん親が最終的に決定すべきだけれども、親の責任との関係でそれはどのように正当化されるのか。漠然と「家族で決定してよい」とか、「総意をまとめて決定しろ」とか「喪主となる者が決定しろ」とか、これではちょっと乱暴すぎるのではないか。子どもからの移植を認めるのであれば、そのところはもっときちんと筋道をたてる必要があるのではないか。”と何の理論的根拠もなく、親の承諾は絶対的であるとい切することは法的に問題があると指摘している。

第二に弱者保護の視点が確立しているのかということである。櫛島<sup>87)</sup>が述べているように、旧法の元では、脳死患者は同意能力を欠く弱者の一例とみなされ、臓器移植法により代諾による臓器摘出は認めないなど、特別の保護の対象になっていると考えられる。それでも成人の場合は、ドナーカード等による意思表示が可能であるが、小児の場合は大人のような意思表示はほとんど不可能とされており、言い方は悪いが、大人の都合で生死を左右されかねない弱者であり、小児の脳死患者は二重に弱者といえる。小児の臓器提供は本人の最善の利益となるものでもなく、弱者保護の点からいけば、親の代諾を認めることは困難である。ところが今回の法改正により、親の代諾を認めたのである。しかし一方では小児と同様に、意思表示が困難である知的障害者等は旧法と同様に臓器提供を認めないとされたのである<sup>146)</sup>。小児と知的障害者等は意思表示が困難である点からは同じ弱者であるはずなのに、なぜ小児では臓器提供が認められ、知的障害者では認められないのか、整合性のある理由は全く述べられていない。小児の臓器移植の道を開きたいあまり、小児に対する弱者保護の視点が全く欠如しているといわざるを得ない。弱者である子ども、障がい者の人権を社会全体で護ることが今こそ求められているのではないだろうか。

以上の基本となる2つの点をふまえれば、小児の臓器提供の際の家族の代諾を認めることは困難であるといわざるを得ない。第3章④で脳死患者は最弱者であるという視点を持つべきであると述べたが、特に意味のある意思表示がほとんど不可能である6才未満の乳幼児は、大人の都合で生死を左右される最弱者の中の最弱者であり、その人権を護るためにも、家族の代諾を認めるべきではないと考える。しかしこのような議論が十分行われることもなく、今回の法改正で家族の代諾は認められることとなった。残念なことであり、更なる法改正を求めるべきと考えるが、当面、現実問題として家族の代諾を認めざるを得ない状況である。

そこで家族の代諾を認めるとしても、そこから派生する新たな二つの問題について考察したい。

まず第一に家族の代諾を認めるとしても、家族の誰がその決定権を持つのかということである。問題点② 家族の代諾の可否について、でも少し触れているが、実際に医師として幾度となく経験してきたが、例えば入院中の男性患者の病状について家族に説明する際、誰を中心に話をすれば良いかはっきりしないことがある。患者の妻なのか長男なのか、仕方なく家族全員に説明し、ようやく家族が皆、現在の状況に納得してくれたところ、患者の病状が悪化してくると、突然、患者の病状を説明して欲しいと遠方より患者の兄弟がやってこられることがある。治療方針については、患者の家族は十分納得してくれているのだが、その兄弟の方は納得せず、ひどい場合には「こんな治療には納得できない。転院させる。」とトラブルになるケースも少なからずあった。また別の機会に詳しく述べたいが、元々、日本の医療現場では患者本人の意向より、ともすれば家族の意向が優先されるという「家族中心主義」ともいえる傾向があったかもしれない。しかし自分の意志が伝えることができない弱い立場である小児の臓器提供の場合、家族に臓器提供の決定権を与えるならば、家族の誰がその権利をもつか明確に示す必要がある。ところが今回の改正法施行のための新しいガイドラインでは、遺族や家族の範囲について<sup>145)</sup>『一般的、類型的に決まるものではなく、死亡した者の近親者の中から、個々の事案に即し、慣習や家族構成等に応じて判断するべきものであるが、原則として、配偶者、子、父母、孫、祖父母及び同居の親族の承諾を得るものとし、これらの者の代表となるべきものにおいて、前記の「遺族」の総意を取りまとめるものとするのが適当であること』とされており、決定権をもつ主体が定義されていない。水野<sup>94)</sup>が示しているように、決定権をもつ家族の範囲が広くなるとしても、その間に、第一順位は配偶者、第二順位は子、第三順位は両親、というように順位をつけて、その決定権者が決定すれば移植の可否が決まる、とするのが一般的な法的規定の方法であろう。今回のように、特定される家族個人ではなく、家族集団をたまたま代表する誰かに「まとめ役」を任せてしまうというやり方は、すでに述べた一般の医療現場では認められるとしても（医師個人の負担は非常に大きくなるが）、時間を争う救急現場で、しかも子どもの臓器提供を決定しなければならぬ時に、このようなあいまいなやり方が適切かどうかは、今後論議される必要がある。確かに小児

の場合、ほとんどが親が子どもの臓器提供に関して決定権をもつことになろうが、その親でも親権あるいは監護権を有する者である必要があるのかといった点も明らかにする必要があるだろう。

第二に臓器提供拒否者の保護の問題である。改正法施行のための新しいガイドライン<sup>146)</sup>では、『臓器の移植に関する法律における臓器を提供する旨の書面による意思表示（親族に対し当該臓器を優先的に提供する意思表示を含む）の有効性について、年令等により画一的に判断することは難しいと考えるが、民法上の遺言可能年令等を参考として、法の運用に当たっては15才以上の者の意思表示を有効なものとして取り扱うこと。臓器を提供する意思がないこと、又は法に基づく脳死判定に従う意思がないことの表示については、法の解釈上、書面によらないものであっても有効であること。また、これらの意思が表示されていた場合には、年令にかかわらず、臓器を提供する意思がないことを表示した者からの臓器摘出及び脳死判定に従う意思がないことを表示した者に対する法に基づく脳死判定は行わないこと』とされた。すなわち今回の改正法では同意に書面を要求するが、拒否には一切の様式を求めているのである。臓器提供拒否者は、家族の代諾が認められた結果、拒否の意思をより明確にすることが必要とされるはずなのに、今回の改正法では、臓器提供拒否者の意思を確実に判断する対策が十分なされていない（臓器提供に係る意思表示・小児からの臓器提供等に関する作業班の報告<sup>147)</sup>で、臓器提供意思表示カードや臓器提供意思登録システムを確認することとされているのみである。同意だけでなく、拒否も含めた一元的な意思登録システム等を整備しなければ、臓器提供拒否者の保護どころか、本人の意思に反する臓器提供という危険なケースもあり得るのではないだろうか。また書面による同意は15才以上が有効とされたが、拒否については、年令は関係なし、すなわち年少の児童でも有効とされ、既に述べた小児の意見表明権を尊重する形となっていることは評価できるが、小児の発言や動作がどこまで有効な意思表示として認めるかについては現在明らかでなく、今後十分な検討が必要である。なぜなら既に述べたように、小児の自己決定能力は未発達であり、小児の意見表明権は親の意向や考えの影響を大きく受ける可能性があり、小児の意見表明権を尊重するといいつつ、結局、親の意思が優先される危険性があるからである。

以上、小児脳死下臓器移植の問題点を①②③④の4つ挙げ、それぞれについて検討を加えてきた。これら

の検討からも分るように、小児の移植では成人の比ではない深刻な課題が山積している。子どもは小さな大人ではないのである。子どもは大人と全く違う存在であることを忘れてはいけないと思う。参議院でも論議された、子ども脳死臨調のような第三者機関を設定し、幅広くかつ深い論議を行うことが必要ではないだろうか。

#### 問題点⑤ ドナー家族への対応

幾度となく述べているように、脳死下臓器移植は脳死患者からの臓器提供によって初めて成立する医療であり、「人の死」を前提とした特殊な医療なのである。今までレシピエントへの臓器移植という面ばかり強調されてきた陰で、ドナー家族は健康であった大切な人が突然脳死状態に陥り、心の整理のつかないまま、死を宣告され、臓器提供の決断を迫られるという苛酷な現実にも晒されてきたのである。しかしこのような厳しい現実下にあるドナー家族への対応について、今まで十分な検討がなされておらず、今回の法改正の場でも、議論が尽くされたとはとてもいえない状況である。そこでこの項ではドナー家族への対応について考察を加えてみたい。

一般に日本人は欧米人と比べ死を受け入れることが難しく、時間がかかることが多いとされる<sup>20)</sup>。特に家族、友人などの近い人、親しい人の死を受容することはより困難である。その理由として、日本人にとっての死の受容とはある意味単純な「肉体の死」を受け入れることではなく、科学では割り切れない複雑な「関係性の死」を受け入れることだからである<sup>20)</sup> (2章②参照)。

一方、最近終末期医療を(Ⅰ)慢性期疾患における終末期医療と(Ⅱ)急性期疾患における終末期医療に分けて考えるべきであるといわれている<sup>13,148)</sup>。終末期医療の対応の基本原則は

- ① 患者本人・家族に対して十分な病状の説明と、それに基づく治療方針の相談が行われている(インフォームド・コンセント)。
- ② そのような相談を検討する十分な時間的余裕がある。
- ③ 患者本人の意思を最大限尊重する(パターンリズムの回避)。
- ④ 家族に対するグリーフケア

の4点であるとされている<sup>13)</sup>。この基本原則を成立させるための最大の条件は十分な時間的余裕があるということである。またこの基本原則を死の受容という視点からみれば、基本原則とは、家族が死の受容をス

ムーズに行うために医療側が提供するプロセスかつメソッドであると考えられる。末期ガンに代表される(Ⅰ)の場合は、終末期と判断されてから死亡に至るまでにある程度の時間が見込まれ、この基本原則に対応することが可能であり、家族が患者の死を受け入れることに対し、十分な支援を行うことができると考えられる。しかし脳卒中や事故などの重症の脳障害から脳死状態に陥った場合等の(Ⅱ)の状況では、いきなり終末期あるいは臨死状態を迎えることが多く、ほとんどの場合、患者本人への説明は不可能である。そこで家族が病状説明を受けることになるが、病状の変化が急激であり、治療について判断するための時間的余裕がないまま、「脳死」という理解が難しい概念と向き合うことになる。ただでさえ死を受容することが困難で、時間がかかるとされる日本人にとって、時間的余裕が全くない脳死状態に代表される(Ⅱ)急性期の終末期医療の場合、死を受容することがより難しくなることは十分予想される所である。なぜなら時間的余裕のない(Ⅱ)の場合、基本原則のうち①～③について対応することはほとんど不可能であり、死の受容をスムーズに行うためのプロセスかつメソッドである基本原則が十分に機能しないからである。その結果(Ⅱ)の場合は(Ⅰ)の場合以上に④家族に対するグリーフケアに重点をおかざるを得ないのである。しかも(Ⅱ)の中でも特に脳死の場合、家族は大切な人の死を受容するだけでなく、臓器提供の決断も迫られることになる。旧法の元では、臓器提供は本人の意思表示が前提であり、ある意味家族の判断は50%と考えられたが、改正法の元では、場合によっては家族が100%の判断をせねばならないのである。家族の心理的・精神的負担は想像以上に大きいものなのである。臓器提供することを最終決断した家族は、その責任の重さに悩み、「あの決断で本当によかったのか」と葛藤する人が多いのである。例えば小児科医の杉本<sup>149)</sup>は長男が交通事故で脳死状態に陥った時、「このまま灰になるのはかわいそうだ。せめて臓器だけでもどこかで生き続けてくれたら。」と考え、心停止後の腎移植に同意したのだが、その後、年月が経過するにつれ、あの時の決断が正しかったのかと自問するようになり、「臓器だけでも生き続けて欲しい」という判断は、決して長男の意志をくんだわけではなく、「わが子がただ死んだのではない」と癒しを求める親の気持ちから出たものではなかったかと、気づいたと語っている。臓器提供に同意した親がみんな杉本のように考え直すわけではないが、ここで言いたいことは、脳死につい

てよく理解している医師ですら、何十年経っても「あの決断でよかったのか」と悩み、葛藤しているのである。いわんや脳死について十分理解していない一般の人が、「臓器提供」という決断をした後、思い悩むのは当然であろう。ドナー家族は十分考え、判断する時間的余裕がない中で、大切な人の死を受容し、そして臓器提供の最終的決断をするという非常に厳しい状況、立場に追い込まれるのである。それ故、家族の心情に十分配慮した対応が必要なのである。しかしドナー家族に対する対応の基礎となる、ドナー家族の心情についての検討は今まで十分とはいえず、今後、改正法の元で臓器提供数が大幅に増加することも予想される中で、早急に対策を進めるべき課題と考えられる。

脳死下での臓器提供事例に係る検討会議（臓器移植検証会議）の委員の一人であり、作家の柳田邦男は次のように述べている<sup>15)</sup>。「現行法の制定以来、脳死と移植医療のよりよい姿を確立するために、家族の心情調査をすべきだと私はずっと提唱してきましたが、なぜか役所の抵抗は大きかった。

ようやく「ドナー家族の心情把握等作業班」ができたのは平成十四年十二月。ドナー家族にはコーディネーターと医師しか接触できないので、実際に会えるまでさらに二年かかりました。

移植から時間を経た二十五家族に手紙を出し、精神科医と臨床心理士のグループによる面接調査への協力を依頼したところ。九家族が応じてくれました。

その結果、ドナー家族の心情や移植後に抱える問題は、実に多様で複雑で、一家族ずつ全く違うことがわかったのです。

臓器提供を誇りに思い、ドナーになることの素晴らしさを積極的に発言する家族がいる一方、トラウマとなって引きずり、うつ病やPTSDになったり、運転中にボーッとしていて交通事故を起こした人もいる。しかし過酷な状況にあるドナー家族ほど沈黙を守るので、世間にはその苦しみが伝わりません。

臓器提供者への周囲の目も「立派な行いだ」と讃えるばかりではありません。「可哀想なことをして」「裏でカネでももらったんじゃないのか」などと、心ない噂が流れたりもする。ドナー家族の集まりに必ず大統領夫人が参加するアメリカとは、社会の視線も違うのです。

さらに大切なのは、面接調査に応じなかった、十六家族それぞれの「会いたくない理由」です。理由を書いた十家族には「臓器提供に満足しており、過去のことと思っている」人も、「思い出したくない」「話した

くない」という人もいる。四家族は無回答、残る二家族は臓器移植ネットワークからの連絡そのものを強くお断りになりました。面接に応じてくれた家族は、応じない方の心情を「よくわかる。悲しみや戸惑いが再現されて辛いからではないか」と理解を示された。当事者にしかわからない深い心の闇があるのです。」柳田が述べていることからいえることは、まずドナー家族は、均一な反応をしているのではなく、個性が強い多様な反応をしているということである。すなわち「ドナー家族」を一括りにして見るのではなく、一つ一つの家族を丁寧に大切にみていくことが、医療者のみならず、家族に関わる全ての人に求められているのではないだろうか。とにかく臓器提供の数を増やせばよいという視点ではなく、柳田のいう『五百の臓器には、一つ一つ違う五百の死と五百の悲しみがある』というドナーとドナー家族の側に立った視点が求められているのである。ドナー家族はドナーの死と臓器提供に向い合いながら、自分達の人生を歩まなくてはならない。ドナー家族の苦しみと悲しみを癒す作業、グリーフワークにそっと寄り添うことが私達に求められているのである。いくらドナー家族へのグリーフケアが重要だからといって、上に述べた基本的な視点や思いが身につかぬままドナー家族に関わることは、厳しくいえば百害あって一利なしである。そのためにも、まずドナー家族への対応の重要性と困難さについて、一般の人々に啓蒙していく必要がある。その上で国や行政のみならず、民間も交えて、専任のドナー・コーディネーター等人材の育成、養成を長期的、組織的に実施することが必要となろう。

#### その他問題点

「生体移植」と「組織移植」に関しては、脳死下臓器移植と同様に非常に重要な問題であり、法律によりしっかりとルール作りをするべきと考えるが、今回の改正法でも旧法と同様に法律化は見送られ、ガイドライン<sup>150)</sup>で定められているにすぎない。今後の問題点や方針等詳細については別の機会に触れてみたいと思う。

#### 章のおわりに

今回の改正法には、すでに述べたように様々な問題点が山積しており、多難の船出となった。生前の提供意思表示が不可欠な旧法の元では、臓器提供者が少なく（1999年～2010年3月まで計86例）、移植医療が進まない一方、臓器移植を待ち望む患者が多く、海外への渡航移植が後を絶たなかった<sup>110)</sup>。またイスタンブール宣言（2008年5月国際移植学会）とWHO世

界保健機関の指針改正（2009年1月）によって渡航移植が事実上の禁止とされたことが外圧となり、改正の機運が一気に高まり、改正法が制定された<sup>110)</sup>。この改正法の狙いは“臓器提供を増やし、小児の臓器移植を認める”ということに尽きる。その意味で改正の最も重要なポイントは、家族の代諾を認め、臓器提供意思の制度を変更したことであるが、これについては次章で再びとりあげたいと思う。

## 6. 脳死下臓器移植のゆくえ

前章までは、できるだけ客観的に脳死及び脳死下臓器移植について論じてきた。その理由は、この問題はドナー・ドナー家族の立場、レシピエントの立場、いずれの立場に立つかによって、全く見方、視点が違ってくるからである。ドナー・ドナー家族の立場に立てば、どうしても臓器移植について慎重な立場になるであろうし、レシピエントの立場に立てば、できるだけ臓器移植を推進する方向に向かうであろう。

私がこの論文でまず目指したことは、ドナー、レシピエント双方に一方的に肩入れするのではなく、可能な限り、中立的・客観的に脳死及び脳死下臓器移植について考察し、その本質に近づくことであった。最終章では今までとは逆に、自分自身の経験を通して、一人の人間として、脳死下臓器移植のゆくえについて述べてみたい。

### ① 脳死下臓器移植の過去・現在・未来

前章の終わりに、今回の改正法の最も重要なポイントは、家族の代諾を認め、臓器提供意思の制度を変更したことでありと述べた。そこでまず諸外国との制度と比較し、我が国での制度の変遷を示し、今後の展望について述べてみたい。

臓器提供に関する同意方式については大きく ① OPTING IN ② OPTING OUT の2つに分かれる<sup>151,152)</sup>。① OPTING IN とは本人が生前、臓器提供の意思を表示していた場合、または本人の生前の意思が不明で家族が臓器提供に同意した場合、臓器提供が行われる。これを採用している国は、米国、英国、ドイツ、デンマーク、オランダ、ギリシャ、スイス、韓国などである。② OPTING OUT とは、本人が生前、臓器提供に反対の意思を残さない限り、臓器提供をするものとみなす。これを採用している国は、フランス、イタリア、スペイン、オーストリア、ポルトガル、ベルギー、チェコ、ハンガリーなどである。

日本は旧法では、本人の書面による同意と家族の同

意をも要件とする、世界で最も厳しいとされる同意方式をとっていた。これは推測ではあるが、旧法は「ドナーの自己決定権」をできるだけ尊重するという理念から立法されたというより、“脳死は人の死か？”をめぐる議論に代表される推進派と反対派の対立が激しく、歩み寄りを見出せなかったため、この閉塞した状況を打破し、ひとまず脳死下臓器移植を可能にするための手段として用いられたのが「ドナーの自己決定権」であったのではないだろうか。旧法は一部では高い評価を得ていたが<sup>153)</sup>、移植推進派からはこの同意方式のため、臓器提供が極めて少ないと厳しく批判されていた。そして渡航移植をめぐる国際的圧力が強まり、移植を推進する人の長年の願いである「臓器提供の数を増やし、小児の臓器移植の道を開く」という目的を実現するために、今回改正が行われ、同意方式は①の OPTING IN が採用され、旧法の基礎をなしていた「ドナーの自己決定権」はかなり制限されたといえるであろう。しかし本来ならば、我が国での臓器提供において、①の OPTING IN という同意方式が妥当かどうか、また子どもも含めたドナーの自己決定権をどこまで尊重するのかといった課題を十分議論した上で、次に子どもについてはどうするのかと検討するのが本筋であろう。特に国会では今回このような論議はほとんどなく、非常に強引かつ拙速な審議であったといわざるを得ない。

一方2011年5月時点で18才以上での脳死からの臓器提供は41例と急増し、10代前半の少年からの臓器提供も実施された。一応、改正法の当初の目的は果たされ、表面的には順調に滑り出したとみえるが、前章で示したように様々な問題点が山積しており、そのような問題点の原因となる脳死や臓器移植についての根本的議論を避け、表面を取り繕うような対応を続けていけば、将来に大きな禍根を残すことになる。

その根本的議論の一つが「脳死は人の死の判定基準として妥当なのか」という問いかけである。3章にてその問いを詳細に検討したところ、脳死を死の判定基準とするには、長期脳死の存在等多数の問題点があり、現時点では脳死は死の判定基準として妥当ではないと結論づけた。この結論から論理的に考えれば、死の三徴候のみが死の判定基準であり、脳死患者は生きており、たとえ本人や家族が希望しても、生きている脳死患者から心臓などの臓器を摘出することは殺人行為とみなされることになる。その結果 (i) 脳死患者からの臓器提供は禁止 (ii) 「違法性阻却説」により臓器の摘出行為を正当化する の2つの道しか残らなくな

る。ただ(ii)の「違法性阻却説」は心臓摘出の場合、脳死患者は直ちに死に至り、殺人あるいは安楽死に接近し、違法性阻却が成立しないのではないかという批判や、これを認めれば脳死患者のみならず、「植物状態」の患者、無脳児等対象が広がる危険性があるとの批判もあり、(ii)は妥当でないと考えられる。すなわち(i)脳死患者からの臓器提供は禁止という選択をとらざるを得ないことになる。客観的・論理的に考えれば、脳死下臓器移植は断念せざるを得なくなる。しかし一内科医として、臨床に携わる者として、ひたすら臓器移植を願うレシピエントの切実な思いも理解できるのである。横田も救急医療と移植治療のジレンマについて『結局は人の最期をどうみとるかという問題。一方で医療側は、この臓器があれば助かるという患者も診ている。救急も移植も、現場はジレンマの連続だ。』と述べている<sup>154)</sup>。医療という現場は理屈だけでは通らない、たくさんの人の思いや考えが交錯する、生々しい現場なのである。

三年前、医局の同期の医師が肝不全で亡くなった。最後は肝臓に対しあらゆる内科的治療は無効であり、肝移植のみが唯一の治療方法と判断されたが、その間もなく亡くなってしまった。私自身は以前より臓器移植について慎重な考えをもっていたが、友人が移植しか助かるすべがないと聞いた時、「何とか肝移植ができないものか」「脳死下臓器移植が無理なら、家族の人が生体移植してくれないだろうか。」と真剣に考えていた。今まで持っていた臓器移植に対する考えや信条は一瞬にして吹き飛び、ただ臓器移植ができることを願っていた。友人の死後、ようやく気分も落ち着いてくると、臓器移植に対する以前の自分の考えと、今回の友人への思いの余りの違いの差に気づき、大きなショックを受けた。今まで私は脳死や臓器移植を見知らぬ他者について、すなわち三人称の視点のみで考えていたのであり、友人や家族などの親しい他者、すなわち二人称の視点で全く考えていなかった。いや、あえてその視点を封印していたのかもしれない。医師が求められるのは科学的・客観的な思考や視点、いいかえれば三人称の視点である。二人称の視点は非科学的であり、主観的であり、時に感情に流されてしまうこともある。しかし、医療という現場の本当の主人公である患者や家族が求めているのは、三人称の視点のみならず二人称の視点であろう。患者や家族は、医療側より冷静な客観的対応だけでなく、感情豊かな心のこもった対応を願っているのである。私はそのことに改めて気づかされたと共に、脳死下臓器移植に対する思

いや考えが揺らいでいる自分が情けなく感じさせられた。頭や理屈では脳死下臓器移植には大きな問題があり、認め難いと考えている一方、心情的には移植を待ち望んでいるレシピエントの人たちに対し“何とかできないものか”と思っている自分、研究者として全く首尾一貫性がないと批判されても仕方ないであろう。正直言って、立ち竦んでいるとしか言えないのが、今の自分の状況である。

森岡は、この問題について次のように述べている<sup>155)</sup>。“脳死が人間の死であるかどうかと問うかわりに、私たちは次の三つの問いを投げかけなければなりません。

- (1) 脳死が私の死であるかどうか。
- (2) 脳死が親しい他者の死であるかどうか。
- (3) 脳死が見知らぬ他者の死であるかどうか。

そしてこれら三つの問いが、そもそも全く性質の異なった問いだということを、私たちはもっと自覚する必要があります。この三つの問いは、それぞれ脳死についての、一人称の問い、二人称の問い、三人称の問いと名づけてもよいでしょう。また別の見方をすれば、(1)と(2)は脳死についての「当事者の問い」、(3)は「傍観者の問い」と考えることもできます。この当事者の問いと傍観者の問いの区別は、生命倫理を考える時に必ず出てくる問題です。～中略～当事者の立場からの問いは、傍観者の立場からの問いと同じくらい貴いのです。～中略～日本の脳死論議は科学的であろうとするあまり、一貫して傍観者の問いが主流を占めてきたといえるでしょう。”

私が今後なすべきことは、森岡のいう「当事者の問い」と「傍観者の問い」を対立的に捉えるのではなく、また安易に妥協するものでもない、両者を止揚させるような新しい視点や考え方を確立することである。なかなか険しい道であるが、医師として当事者、傍観者両者の思いが理解できる立場だからこそ、努力すべきであろう。一般的には脳死下臓器移植は、iPS細胞等による再生医療の実用化と普及までの過渡期の医療であるといわれるが、人への再生医療の応用はまだまだ程遠い状況にあり、今後も私たちは脳死下臓器移植という多くの問題を孕んだ医療と向き合っていく必要がある。そのためにも上に述べた新しい視点、考えを確立することが求められている。

また現実問題として、我が国では米国と違い、死の判定基準をどうすべきであるかという根本的議論<sup>54)</sup>は避けたまま、本人の自己決定と家族の代諾があれば脳死患者からの臓器提供は可能という法律を制定し、

脳死下臓器移植を実施している。臓器移植の数を増やすためには、仕方がないと目をつぶるのではなく、このようなやり方、考えが本当に法的・倫理的に問題はないのか、更に検討は続けるべきである。さもなければ近い将来、死をめぐる様々な問題が噴出してくることが十分に考えられるであろう。

## ② 社会的合意と本人の決断

脳死と臓器移植の問題では、しばしば「社会的合意」<sup>156,157)</sup>という言葉が用いられてきた。移植慎重派や反対派の人々は、常々「まだ社会的合意は未形成であり、実施は適当ではない」と語り、賛成派の人々は、20年以上前の脳死臨調以来、現在に至るまで「世論調査からみれば、社会的合意は成立している」と語ってきた。このように移植に賛成反対を問わず、自分達の主張を補強する一つの原則として、社会的合意は用いられてきた。しかし本当に社会的合意は達成可能なのだろうか。その際、問題となるのは ① 社会の規模と構成内容 ② 提示される課題は合意対象として適切か否かの2点である。

まず①についてであるが、古代ギリシャの都市国家のように比較的規模が小さく、人々の考え方や価値観が比較的均一であった場合は、社会的合意の形成は容易であったろう。しかし日本のように人口が多く、考え方や価値観も多様な社会で、社会的合意が成立し難いのは誰の目にも明らかであろう。それでも合意を達成しようとするなら、世論調査や可能ならば国民投票という方法をとらざるを得ない。しかし全員一致は現実的に不可能であり、多数の支持をもって社会的合意の達成とすることになろうが、その場合、単純多数決でよいのか、そうでなければどんな比率で決めるのか非常に困難であり、いずれの場合でも「多数意見の専制」の危険性は常に伴うといえる<sup>156)</sup>。

次に②についてであるが、死生観、人生観、生命観あるいは宗教観が大きく影響を及ぼす脳死と臓器移植の課題は、政治や経済の問題とは違って、元来、合意を求めべき性格の事柄ではないのではなかろうか。また死生観、人生観、生命観は、一人一人それぞれ差異が著しく、社会や環境の変化に大きく影響を受ける。更に個人によっても、年齢を重ねるにつれて、考え方や感じ方が変わることは珍しいことではなく、20才の人が、10年後30才になって脳死に対する思いが一変することすらありうる。少なくとも脳死と臓器移植の問題で社会的合意が成立することはほとんど不可能であろう。また、もし強引に社会的合意を達成しようとするなら、尊重すべき少数意見は抑圧され、多数意

見を人々に強制する「社会的抑制」とでもいうべき危険な状況に陥る可能性もあるであろう。新聞やテレビ等マスコミで正論として用いられる「社会的合意」という言葉に甘い期待をしてはいけないと思う。実際、はじめに、でも述べた臓器移植法改正直後の朝日新聞の全国調査<sup>5)</sup>でも、脳死に対する考え方は完全に二分され、とても社会的合意が成立しているとはいえない状況の中で、国会では十分な論議を尽くさぬまま、少数意見はほとんど無視され、多数決によって改正法が成立したのである。その結果、私たちは一人一人が否が応でも脳死下臓器移植に向かいあわざるを得なくなっているのである。

このような状況の元で、私たちに必要なのは抽象的・客観的な「社会的合意」ではなく、具体的な「個人の決断」ではないだろうか。額田によれば、加藤周一は脳死問題について次のようにコメントしたという<sup>158)</sup>。“……だからこの問題は非常に難しい問題です。解決はないです。倫理学や哲学の専門家を連れてきたからといって、それについて答えがあるというわけのものでもない。……おそらくどんな専門家だって答えられないでしょう。しかし、どういう問題があるか、ということは言えますね。それは決断の問題です。どっちをとるかというのは、その人の個人の最後の決断だけです。そしてその決断におそらく理由はないでしょう……。”私たちは、誰もがドナーあるいはレシピエントの立場になりうる。その時、私たちが最後の拠り所とするのは、自分自身の考えや経験、そして感性に基づいた決断なのではないだろうか。しかし、個人の決断ほど難しいことはない。脳死や臓器移植について十分な情報や知識を持つ医師でも、私もすでに述べたように、いざ自分が当事者になれば、すぐには決断できず、くよくよ迷うのである。いわんや情報や知識に乏しい一般の人が決断するのは大変なことであり、その決断を支える社会的サポートが必要である。まず脳死や臓器移植について情報や知識を得る機会や場、例えばテレビ、新聞等のマスコミによる啓蒙活動、職場や学校での教育活動が大切となる。しかしここで注意すべきことは、一方の立場に肩入れするのではなく、できるだけ中立的立場から活動を行うということである。臓器移植は人に役立つ素晴らしい医療であるから、臓器提供の意思を示すのが善いことで、臓器提供しない意思を示すことが悪いことであるといったような、一方的な思い込みで接することは慎むべきである。あくまで本人の意思表示は決して外から強制されるのではなく、本人の自主的で自由な意志からなされるべ

きものである。「同意」の意思だけでなく「拒否」の意思も同じく尊重されるべきであろう。そのためにも5章問題点④小児脳死下臓器移植⑤小児の人権を護るためにでも述べたように、臓器提供に対する「同意」だけでなく「拒否」も含めた一元的な意思登録システム等の整備といったハード面も重要となろう。またマスコミの啓蒙活動や学校での教育活動等から受動的に情報・知識を得るだけでなく、家族や友人の間で、脳死や臓器移植について積極的に話し合えるような場をつくることも、これからますます大切になっていくのではないだろうか。

### ③ いのちの視点から脳死と臓器移植をみつめる

今回の法改正をめぐる状況の中で明らかになったことは、1997年臓器移植法が制定され10年以上たった現在でも、ドナーとドナー家族の実状が明らかではなく、またドナー家族に対する心情的な配慮が十分なされていないということである。私たちはドナーのいのちよりレシピエントのいのちの方が重いと捉えがちである。しかし、限りなく死に近いドナーのいのちと、生を希求するレシピエントのいのちは長さの違いはあっても、決して両者のいのちに重い・軽い、あるいは価値ある・なしといった差はないのである。このことが理解できなければ、ドナー家族の心情に共感し、寄り添うことは絶対に不可能である。

最近、脳死患者にとって延命治療ではなく、臓器提供することが患者にとって意味のある生ではないかといったように、生や死に意味のある・なしを求めるような風潮に少し危惧している。いのちを犠牲にして他の人に役立つことが意味のある生であり、自分のいのちを他に役立つことがなければ意味のない生なのだろうか。その裏には、人のいのちすら何かに役立つか、役立たないかといった「効率至上主義」とでもいうべき考えが隠されているのではないだろうか。いのちに意味のあるいのちと意味のないいのちなどないはずである。あらゆるいのちは尊重されるべきであり、効率や価値などでいのちを差別することは決して許されないと確信している。

今後、私たちは脳死と臓器移植の問題だけでなく、生殖医療や尊厳死といった様々ないのちについての課題と向き合わねばならない。それは、私たち大人以上に将来のある子どもたちにとって、切実な問題となるであろう。そのためにも子どもに対する「いのちの教育」がますます求められることになる。その場合、上に述べたように、いのちを決して差別しないという視点をもつことが非常に重要であると考えられる。

## おわりに

本論文では脳死をできるだけ客観的・論理的に見つめ直すと同時に、医療という現場の視点を持つことの重要性を示した。脳死とは抽象的・観念的なものではなく、救急医療という現場で起きているからである。しかし医療という現場は多くの矛盾とジレンマの連続である。特に脳死下臓器移植は、人の死を前提とした特殊な医療であり、常に“生”を追求してきた私たち医療者にとって、人の死をめぐる問題等様々な難問を突きつける、一筋縄ではいかない医療である。すでに述べたように論理的に考えれば、脳死下臓器移植には根本的に大きな問題があり、安易に許容できないと思われるが、一方でレシピエントにとっては唯一の光明なのである。脳死下臓器移植が私たちに示すこの絶対的な矛盾性から目を背けてはいけないと思う。そこには普段、なかなか意識することのない関係性の問題、生と死をめぐる問題、いのちと差別の問題等多くの課題が存在しているからである。「国民のほとんどは移植について納得しているし、議論はもういらぬだろう。」と思考停止するのではなく、脳死下臓器移植について、まだまだ深い論議が必要だと考える。

実際に改正法は施行され、改正法の元、脳死下臓器移植は実施されている。一旦法律が施行されれば、いくら問題のある法律だからといって簡単に手直すことは不可能である。脳死下臓器移植の根本的な議論と同時に、改正法施行により生じる恐れのある弊害をできるだけくい止めるためにも、今後も脳死下臓器移植に対する監視、検証作業が必要となるであろう。またガイドラインによる補足だけでなく、将来的には法改正を含めた抜本的な再検討が望ましいと考える。

## 引用文献

- 1) 厚生省脳死に関する研究班. 脳死の判定指針及び判定基準 (厚生省厚生科学研究費特別研究事業『脳死に関する研究班』昭和60年度報告書). 日本医師会雑誌 1985; 94 (11): 1949-72.
- 2) 立花隆. 脳死. 東京: 中央公論社; 1986.
- 3) 立花隆. 脳死再論. 東京: 中央公論社; 1988.
- 4) 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). In: 立花隆. 脳死臨調批判. 東京: 中央公論社; 1992. p. 279-325.
- 5) 「脳死は死」賛否二分. 朝日新聞. 2009 Jul 23.
- 6) 日本臓器移植ネットワーク. 日本の移植事情: 2010年臓器移植法改正版. 東京: 日本臓器移植ネットワーク; 2010 [cited 2012 Jan 8]. p. 14. Available from: <http://www.jotnw.or.jp/donation/pdf/trans->



- plant201009.pdf
- 7) 第 51 回日本神経学会. 神経内科領域における終末期の倫理的問題について. *Medical Tribune* 2010; 43 (27): p. 19.
  - 8) 竹内一夫. 脳死とは何か：基本的な理解を深めるために. 東京：講談社；2009. p. 59-69.
  - 9) 横田裕行. 脳死再定義あなたはどうか考える：臓器提供の現場直視せよ. *朝日新聞* 2009 May 10.
  - 10) 竹内一夫. 家族感情配慮した施策を. *朝日新聞*. 2009 Jul 14.
  - 11) A Definition of Irreversible Coma-Report of the Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine of the Definition of Brain Death. *JAMA*. 1968; 205 (6) : 337-40.
  - 12) 竹内一夫. 脳死とは何か：基本的な理解を深めるために. 東京：講談社；2009. p. 134.
  - 13) 佐藤章. 臓器提供家族への対応と支援. *日本医師会雑誌* 2011; 139 (12): 2551-5.
  - 14) 木村道子. 臓器移植：緩和より脳死概念の浸透を（私の視点）. *朝日新聞*. 2004. May 13.
  - 15) 柳田邦男. 「臓器移植法改正」を問う：ドナー家族の過酷な現実を直視せよ. *週刊文春* 2009; 51 (27) : p. 133-5.
  - 16) マーガレット・ロック. 脳死と臓器移植の医療人類学. 東京：みすず書房；2004. p. 35.
  - 17) マーガレット・ロック. 脳死と臓器移植の医療人類学. 東京：みすず書房；2004. p. 58.
  - 18) 小松美彦. 脳死・臓器移植の本当の話. 東京：PHP 研究所；2004. p. 164-5.
  - 19) 佐々木恵雲. いのちの処方箋. 京都：本願寺出版社；2006. p. 112.
  - 20) 佐々木恵雲. 死とは. *藍野学院紀要* 2010; 23: 3-4.
  - 21) 前野竜太郎. 生命倫理事典. 東京：太陽出版；2010. p. 770.
  - 22) 梅原猛. 「脳死」と臓器移植. 東京：朝日新聞社；2000. p. 278.
  - 23) 中島みち. 新々見えない死. 東京：文藝春秋；1996.
  - 24) 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）. In: 立花隆. 脳死臨調批判. 東京：中央公論社；1992. p. 282-3.
  - 25) 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）. In: 立花隆. 脳死臨調批判. 東京：中央公論社；1992. p. 289.
  - 26) 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）. In: 立花隆. 脳死臨調批判. 東京：中央公論社；1992. p. 307.
  - 27) 中村桂子. 生命誌の世界. 東京：日本放送出版協会；1999. p. 84-6.
  - 28) 小松美彦. 脳死・臓器移植の本当の話. 東京：PHP 研究所；2004. p. 161-2.
  - 29) 中村雄二郎. 臨床の知とは何か. 東京：岩波書店；2000.
  - 30) V. ジャンケレヴィッチ. 死. 東京：みすず書房；1978.
  - 31) 佐々木能章. 生命倫理事典. 東京：太陽出版；2010. p. 418.
  - 32) オリバー・リーマン. 死を考える事典. 東京：東洋書林；2007. p. 313.
  - 33) 山折哲雄. 死とは何か. 東京：日経 BP 社；2010. p. 52.
  - 34) マーガレット・ロック. 脳死と臓器移植の医療人類学. 東京：みすず書房；2004. p. 108.
  - 35) 竹内一夫. 臓器移植. *アニムス* 2000; 5 (2) : 6.
  - 36) 竹内一夫. 臓器移植. *アニムス* 2000; 5 (2) : 7.
  - 37) 竹内一夫. 脳死とは何か. 東京：講談社；2009. p. 136-8.
  - 38) 田中英高, 玉井浩, 榊原洋一, 宮島祐, 星加明德. 子どもの脳死と死：脳死概念や定義の不整合性について — UCLA 小児神経学・アラン・シューモン教授来日記念講演の概要と解説 —. *小児科臨床* 2001; 54(10) : 1935-8.
  - 39) Shewmon DA. Chronic “brain death”. meta-analysis and conceptual consequences. *Neurology* 1998; 51 (6) : 1538-45.
  - 40) 小松美彦. 知っておきたい, 考えたい, 脳死・臓器移植 13 のこと. In: 小松美彦, 市野川容孝, 田中智彦編. いのちの選択. 東京：岩波書店；2010. p. 18.
  - 41) 小松美彦. 知っておきたい, 考えたい, 脳死・臓器移植 13 のこと. In: 小松美彦, 市野川容孝, 田中智彦編. いのちの選択. 東京：岩波書店；2010. p. 24.
  - 42) 田中秀治. 子どもの脳死・小児科医に聞く. *中日新聞*. 2009 Jul 11.
  - 43) 脳死と移植. *朝日新聞*. 2009 Jul 8.
  - 44) President’s Commission for the study of Ethical problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research. Defining death: Medical, legal and ethical issues in the determination of death. Washington, DC; U. S. Government Printing Office. 1981.
  - 45) マーガレット・ロック. 脳死と臓器移植の医療人類学. 東京：みすず書房；2004. p. 312.
  - 46) 立花隆. 脳死. 東京：中央公論社；1998. p. 115-8.
  - 47) *朝日新聞* 1999. 3. 魚住徹
  - 48) 小松美彦. 知っておきたい, 考えたい, 脳死・臓器移植 13 のこと. In: 小松美彦, 市野川容孝, 田中智彦編. いのちの選択. 東京：岩波書店；2010. p. 22-3.
  - 49) 森岡正博. 脳死の人. 京都：法蔵館；2000.
  - 50) 森岡正博. 生命学をひらく. 東京：トランスビュー；2005.
  - 51) 魚住徹. 脳死問題に関する私見と提案. In: 梅原猛編. 「脳死」と臓器移植. 東京：朝日新聞社；2000. p. 106-32.
  - 52) 日本救急医学. 救急医療における終末期医療に関する提言（ガイドライン）について. 2007 Nov 16. [cited 2012 Jan 8]. Available from: <http://www.jaam.jp/html/info/2007/info-20071116.htm>
  - 53) マーガレット・ロック. 脳死と臓器移植の医療人類学. 東京：みすず書房；2004. p. 313-5.
  - 54) The President’s Council on Bioethics. 脳死論争で臓

- 器移植はどうか：生命倫理に関する米大統領評議会白書。東京：篠原出版新社；2010。
- 55) 会田薫子。脳死診断後は看取り医療へ。朝日新聞。2009 Jul 11。
- 56) 磯貝晶子。生命倫理事典。東京：太陽出版；2010。p. 548。
- 57) 磯貝晶子。生命倫理事典。東京：太陽出版；2010。p. 549-50。
- 58) 日本臓器移植ネットワーク。日本の移植事情：2010年臓器移植法改正版。東京：日本臓器移植ネットワーク；2010 [cited 2012 Jan 8]。p. 23。Available from : <http://www.jotnw.or.jp/donation/pdf/transplant201009.pdf>
- 59) 横田裕行主任研究者。脳死下での臓器移植の社会的基盤に向けての研究（平成17年度厚生科学研究費総合研究報告書）。2006。
- 60) 中村俊介。脳死移植：提供側における諸問題。日本消化器病学会雑誌 2011；108（5）：13-8。
- 61) 臓器移植関連学会協議会。臓器移植法改正後の移植医療の体制整備に対する提言改訂版。臓器移植関連学会協議会；2010。
- 62) 有賀徹，奥地一夫，奥寺敬他。改正臓器移植法が施行されるにあたっての諸問題。脳死・脳蘇生 2010；22：69-74。
- 63) 朝居朋子。ドネーションに関する欧米の相違：日本はどこを学ぶべきか：特に米国のドネーションと比較して。Organ Biology 2010；17（1）：15-9。
- 64) 福島教偉。改正臓器移植法と移植外科医。日本医師会雑誌 2011；139（12）：2541-4。
- 65) 黒須三恵。生命倫理事典。東京：太陽出版；2010。p. 942。
- 66) 隈本邦彦。ナースが学ぶ「患者の権利」講座。東京：日本看護協会出版会；2006。
- 67) 日本臓器移植ネットワーク。日本の移植事情。東京。2010。p. 19。
- 68) 佐々木恵雲。仏教と女性心身医学。In：日本女性心身医学会。女性心身医学。大阪：永井書店；2006。p. 414-21。
- 69) レネイ・フォックス。ジュディス・スウェイジー。臓器交換社会：アメリカの現実・日本の近未来。東京：青木書店；1999。
- 70) 医療社会学者フォックスさんに聞く。朝日新聞。2001 May 30。
- 71) マーガレット・ロック。脳死と臓器移植の医療人類学。東京：みすず書房；2004。p. 41-2。
- 72) McConnell JR 3rd. The ambiguity about death in Japan: an ethical implication for organ procurement. J Med Ethics 1999；25(4)：322-4。
- 73) Bowman KW, Richard SA. Culture, brain death, and transplantation. Prog Transplant 2003；13：211-7。
- 74) 中村雄二郎。臨床の知とは何か。東京：岩波書店；2000。p. 194。
- 75) 波平恵美子。脳死・臓器移植・がん告知。東京：福武書店；1990。p. 20-68。
- 76) The President's Council on Bioethics。脳死論争で臓器移植はどうか：生命倫理に関する米大統領評議会白書。東京：篠原出版新社；2010。p. 91-100。
- 77) 森岡正博。臓器移植法改正 A 案可決：先進米国にみる荒涼。朝日新聞。2009 Jun 27。
- 78) The President's Council on Bioethics。脳死論争で臓器移植はどうか：生命倫理に関する米大統領評議会白書。東京：篠原出版新社；2010。p. 18。
- 79) 臓器移植法改正案で意見陳述「脳死した者の身体」の定義の踏襲を要望。日医ニュース。2009 Jul 20。
- 80) 松尾さとみ。脳死臓器移植をめぐる法的問題に関する一考察：臓器移植法施行10年目の再検討。現代社会文化研究 2007；40：9。
- 81) 星野一正。インフォームド・コンセント。東京：丸善；1997。
- 82) 大野善三訳。患者の権利宣言と医療職の倫理綱領集。東京：興仁社；2003。p. 113-8。
- 83) 大野善三訳。患者の権利宣言と医療職の倫理綱領集。東京：興仁社；2003。p. 3-6。
- 84) 樋口範雄監訳。WMA 医の倫理マニュアル。東京：日本医師会；2007。p. 102-7。
- 85) 樋口範雄監訳。WMA 医の倫理マニュアル。東京：日本医師会；2007。p. 108-11。
- 86) 星野一正。インフォームド・コンセント。東京：丸善；1997。p. 90-5。
- 87) 棚島次郎。先端医療のルール。東京：講談社；2001。p. 55。
- 88) 高原史郎。新・臓器移植法施行に際しての課題と腎臓移植の現状と展望。大阪医学 2011；43（1）：17-22。
- 89) 松尾さとみ。臓器移植医療における代諾の可否について：成年後見制度を手がかりとして。現代社会文化研究 2008；43：73-88。
- 90) 日本臓器移植ネットワーク。日本の移植事情：2010年臓器移植法改正版。東京：日本臓器移植ネットワーク；2010 [cited 2012 Jan 8]。p. 5。Available from : <http://www.jotnw.or.jp/donation/pdf/transplant201009.pdf>
- 91) 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）。In：立花隆。脳死臨調批判。東京：中央公論社；1992。p. 295。
- 92) 臓器の親族優先提供可能に。朝日新聞。2010 Jan 15。
- 93) 棚島次郎。優先提供は公平性損なう。朝日新聞。2009 Jul 14。
- 94) 水野紀子。改正臓器移植法の問題点と今後の展開。医学のあゆみ 2011；237（5）：357-8。
- 95) 粟屋剛。「自己決定」が提供の原則。朝日新聞。2009 Jul 17。
- 96) 水野紀子。改正臓器移植法の問題点と今後の展開。医学のあゆみ 2011；237（5）：358-9。
- 97) 一家綱邦。脳死・臓器移植法の改正を巡る医事法・法医学的考察。京府医大誌 2010；119（8）：511-21。
- 98) 田中哲郎，内山有子，石井博子。わが国の全死因と不慮の事故の死亡率の国際比較。日本小児救急医学会誌 2005；4：127-34。
- 99) 植田育也。小児集中治療室（PICU）の実効性。日本小児救急医学会誌 2008；7：48。
- 100) 坂井裕一。重症患児搬送に関する研究。小児重症

- 患者の救命には PICU への患者の集約が必要である (平成 18 年度～平成 20 年度厚生労働科学研究総合報告書「小児救急のあり方に関する研究」) 2009 : p. 141-6.
- 101) 市川光太郎. 改正臓器移植法と小児科医. 日本医師会雑誌 2011 ; 139 (12) : 2537.
- 102) 里見昭. 臓器移植法改正成立 : 子どもの脳死・臓器移植を考える. 日本小児科学会雑誌 2010 ; 114 (1) : 1-6.
- 103) 鹿野恒. 救急医療現場における“看取り”の医療について考える. 週刊医学界新聞. 2010Feb 8 ; 2866.
- 104) 植田育也. 子どもの脳死・臓器移植を考える. 朝日新聞 2009 Jul 6.
- 105) 水口雅. 小児脳死判定とその基準. 日本臨床 2010 ; 68 (12) : 2318.
- 106) 厚生労働省小児の脳死判定及び臓器提供等に関する調査研究班. 小児法的脳死判定基準に関する検討 (平成 21 年度厚生労働科学研究費補助金〈厚生労働科学特別研究事業〉報告書). 2010.
- 107) 水口雅. 小児脳死判定とその基準. 日本臨床 2010 ; 68 (12) : 2319.
- 108) 水口雅. 小児脳死判定とその基準. 日本臨床 2010 ; 68 (12) : 2320.
- 109) 日本小児科学会. 子どもからの臓器提供と移植に対する日本小児科学会の基本的姿勢. 日本小児科学会 ; 2010 [updated 2010 Dec 24 ; cited 2012 Jan 8]. Available from : [http://www.jpeds.or.jp/saisin/saisin\\_101222.pdf](http://www.jpeds.or.jp/saisin/saisin_101222.pdf)
- 110) 田中英高. 臓器移植法. Modern Physician 2010 ; 30 (10) : 1262-5.
- 111) 掛江直子, 田中英高, 星井桜子他. 小児脳死臓器移植に関するアンケート調査 : 日本小児科学会会員に対する意識調査 2007. 日本小児科学会雑誌 2009 ; 113 : 1181-93.
- 112) 水口雅. 小児の脳死. 臨床麻酔 2010 ; 34 (1) : 17-25.
- 113) 飯沼一字ほか. 厚生省小児における脳死判定基準に関する研究班平成 11 年度報告書小児における脳死判定基準. 日本医師会雑誌 2000 ; 124 (11) : 1623-57.
- 114) 日本小児科学会小児脳死臓器移植基盤整備ワーキング委員会第三分科会, 日本小児神経学会小児脳死診断基準検証会議. 小児脳死の実態と診断についての全国医師アンケート調査 (2004 年). 日本小児科学会雑誌 2004 ; 108 (11) : 1434-7.
- 115) 伊藤純子, 片山啓, 渡辺博, 他. 18 日間生存し, 経過中に尿崩症となった 2 才の「脳死」の 1 例. 日本小児科学会雑誌 1988 ; 92 : 2244.
- 116) 伊藤玲子, 小澤武司, 折居恒治, 他. 脳挫傷による脳死状態で 7 ヶ月以上心停止を来さなかった 2 才男児の 1 例. 日本小児科学会雑誌 1999 ; 103 : 1163.
- 117) 伊藤浩明, 松下ゆかり, 吉田潤. 二人の主治医を重複受診して重症度を過小評価されていた喘息死の一例. 日本小児アレルギー学会誌 2001 ; 15 : 311-6.
- 118) 菊池正広, 埴田卓志, 大沼祥子, 他. Human herpes virus 6 による急性壊死性脳症の 1 例. 小児科臨床 2000 ; 53 : 248-52.
- 119) 今村勝, 山崎佐和子, 岩谷淳, 他. 脳死状態で長期生存した急性脳症の 2 例. 日本小児科学会雑誌 2000 ; 104 : 482-3.
- 120) 村山隆志, 成松幾代, 山根千英子, 他. 長期にわたって管理し得た脳死の 1 女児例. 臨床小児医学 1986 ; 34 : 39-47.
- 121) 田辺卓也, 田中英高, 原啓太, 他. 小児の長期脳死自験例 5 例とわが国における小児脳死判定の問題点. 日本小児科学会雑誌 2009 ; 113 (3) : 508-14.
- 122) 松石豊治郎, 山下裕史朗, 市川光太郎, 他. 小児の脳死. 小児科 2001 ; 42 : 880-7.
- 123) 高山留美子, 加藤高広, 二階堂弘輝, 他. 長期臨床的脳死の 4 小児例. 日本小児科学会雑誌 2009 ; 113 : 1418-21.
- 124) 吉川秀人, 山崎佐和子, 上原由美子, 他. 小児長期脳死症例における体動について. 新潟市民病院医誌 2003 ; 24 : 25-8.
- 125) 厚生労働省雇用均等・児童家庭局総務課. 児童虐待相談対応件数及び児童虐待等要保護事例の検証結果 (第 6 次報告概要) : 平成 21 年度中の児童虐待相談件数, 過去最多の 44,210 件 (速報値). 厚生労働省報道発表資料. 2010 Jul 28.
- 126) 岡田真人. 臓器提供施設としての虐待対応. 日本医師会雑誌 2011 ; 139 (12) : 2557-61.
- 127) 日本小児科学会小児脳死臓器移植基盤整備ワーキング委員会. 脳死小児から被虐待児を排除する方策に関する提言. 日本小児科学会雑誌 2004 ; 108 : 1538-47.
- 128) 杉木健郎, 他. 小児脳死の実態と診断についての全国医師アンケート結果. 日本小児科学会雑誌 2004 ; 108 (11) : 1434-7.
- 129) 日本臓器移植ネットワーク. 日本の移植事情 : 2010 年臓器移植法改正版. 東京 : 日本臓器移植ネットワーク ; 2010 [cited 2012 Jan 8]. p. 28. Available from : <http://www.jotnw.or.jp/donation/pdf/transplant201009.pdf>
- 130) 日本臓器移植ネットワーク. 日本の移植事情 : 2010 年臓器移植法改正版. 東京 : 日本臓器移植ネットワーク ; 2010 [cited 2012 Jan 8]. p. 31. Available from : <http://www.jotnw.or.jp/donation/pdf/transplant201009.pdf>
- 131) 脳死下臓器提供者から被虐待児を除外するためのチェックリスト. In : 貫井英明研究代表者. 小児の脳死判定及び臓器提供等に関する調査研究 (平成 21 年度厚生労働科学研究費補助金〈厚生労働科学特別研究事業〉). [cited 2012 Jan 8]. Available from : <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000000c011-att/2r9852000000c8x2.pdf>
- 132) 臓器移植法に基づく虐待を受けた児童への対応について (案) (第 32 回厚生科学審議会疾病対策部会臓器移植委員会議事次第参考資料 4). 2010 [cited 2012 Jan 8]. Available from : <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/04/dl/s0405-4i.pdf>
- 133) 山田不二子. 脳死下臓器提供者から被虐待児を除

- 外するマニュアル改訂版. 小児科臨床 2010 ; 63 (7) : 1561-70.
- 134) 谷澤隆邦. 小児臓器移植と虐待問題. 日本臨床 2010 ; 68 (12) : 2339-46.
- 135) 町野朔. 臓器移植法の展開. 刑事法ジャーナル 2010 ; 20 : 2-10.
- 136) 谷澤隆邦, 仁志田博司, 清野佳紀, 他. 小児脳死臓器移植はどうあるべきか. 日本小児科学会雑誌 2003 ; 107 (6) : 954-8.
- 137) 総務省. 月刊世論調査 2003 ; 35(404) : 60.
- 138) 宮坂道夫. 倫理学の立場からみた看取りの医療. In: 船戸正久編. 新生児・小児医療にかかわる人のための看取りの医療. 東京: 診断と治療社; 2010. p. 101-11.
- 139) 森岡正博. 子どもにもドナーカードによるイエス、ノーの意思表示の道を. 論座 [Internet] 2000 [cited 2012 Jan 8]; 59 : 200-9. Available from: <http://www.lifestudies.org/jp/kodomo.htm>
- 140) 武下浩. 小児脳死の課題. 臨床麻酔 2007 ; 31 (1) : 49-57.
- 141) 森岡正博, 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. [cited 2012 Jan 8]. Available from: <http://www.lifestudies.org/jp/moriokasugimoto-an.htm>
- 142) 甲斐克則. 治療を選択する権利と法的根拠. In: 船戸正久編. 新生児・小児医療にかかわる人のための看取り医療. 東京: 診断と治療社; 2010. p. 112-22.
- 143) 城下裕二. 改正臓器移植法の成立と課題. 刑事法ジャーナル 2010 ; 20 : 11-7.
- 144) 岩志和一郎, 他. 座談会: 改正臓器移植法の意義と課題. Law & Technology 2009 ; 45 : 17-8.
- 145) 日本臓器移植ネットワーク. 日本の移植事情: 2010年臓器移植法改正版. 東京: 日本臓器移植ネットワーク; 2010 [cited 2012 Jan 8]. p. 31. Available from: <http://www.jotnw.or.jp/donation/pdf/transplant201009.pdf>
- 146) 日本臓器移植ネットワーク. 日本の移植事情: 2010年臓器移植法改正版. 東京: 日本臓器移植ネットワーク; 2010 [cited 2012 Jan 8]. p. 30. Available from: <http://www.jotnw.or.jp/donation/pdf/transplant201009.pdf>
- 147) 臓器提供に係る意思表示・小児からの臓器提供等に関する作業班. 改正臓器移植法の施行に係る論点について (第32回厚生科学審議会疾病対策部会臓器移植委員会議事次第 資料1-2). 2010 [cited 2012 Jan 8]. Available from: <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/04/dl/s0405-4b.pdf>
- 148) 日本医師会. 終末期医療のガイドライン. 東京: 日本医師会; 2007.
- 149) 杉本健郎. 「子の意思」こそ基本では. 朝日新聞. 2009 Jun 19.
- 150) 日本臓器移植ネットワーク. 日本の移植事情: 2010年臓器移植法改正版. 東京: 日本臓器移植ネットワーク; 2010 [cited 2012 Jan 8]. p. 32. Available from: <http://www.jotnw.or.jp/donation/pdf/transplant201009.pdf>
- 151) 岩志和一郎, 他. 座談会: 改正臓器移植法の意義と課題. Law & Technology 2009 ; 45 : 22-3.
- 152) 日本臓器移植ネットワーク. 日本の移植事情: 2010年臓器移植法改正版. 東京: 日本臓器移植ネットワーク; 2010 [cited 2012 Jan 8]. p. 23. Available from: <http://www.jotnw.or.jp/donation/pdf/transplant201009.pdf>
- 153) 中島みち. 脳死再定義あなたはどう考える. 朝日新聞. 2009 May 10.
- 154) 横田裕行. 改正法1年待機1万2千人. 朝日新聞. 2011 Jul 26.
- 155) 森岡正博. 脳死の人. 京都: 法蔵館; 2000. p. 125-6.
- 156) 平石隆敏. 生命倫理と社会的合意. In: 加藤尚武, 加茂直樹編. 生命倫理学を学ぶ人のために. 京都: 世界思想社; 2002. p. 254-63.
- 157) 後藤正治. WEBRONZA から臓器移植の社会的合意とは. 朝日新聞. 2011 May 24.
- 158) 額田勲. 医療の進歩と死生観の変化. In: 樺山絃一, 坂部恵, 古井由吉等編. 20世紀の定義 [7] 生きること/死ぬこと. 東京: 岩波書店; 2001. p. 11 (読書案内).