

Title	脳死・臓器移植問題と社会的合意
Sub Title	Brain death, organ transplant and the social consensus
Author	加藤, 英一(Kato, Eiichi)
Publisher	三田社会学会
Publication year	2000
Jtitle	三田社会学 (Mita journal of sociology). No.5 (2000.) ,p.96- 110
JaLC DOI	
Abstract	
Notes	論文
Genre	Journal Article
URL	https://koara.lib.keio.ac.jp/xoonips/modules/xoonips/detail.php?koara_id=AA11358103-20000000-0096

慶應義塾大学学術情報リポジトリ(KOARA)に掲載されているコンテンツの著作権は、それぞれの著作者、学会または出版社/発行者に帰属し、その権利は著作権法によって保護されています。引用にあたっては、著作権法を遵守してご利用ください。

The copyrights of content available on the KeiO Associated Repository of Academic resources (KOARA) belong to the respective authors, academic societies, or publishers/issuers, and these rights are protected by the Japanese Copyright Act. When quoting the content, please follow the Japanese copyright act.

脳死・臓器移植問題と社会的合意

Brain death, organ transplant and the social consensus

加藤 英一

1. はじめに

1997年6月17日、衆・参両院において「臓器の移植に関する法律」が可決された。この法律の成立によって、日本も脳死からの臓器移植における新たな1歩を踏み出すことになったわけであるが、脳死・臓器移植に関する問題がこれで全て解決されたわけではない。事実、法律の施行後においても、提供臓器の不足(=ドナーがなかなか現れない)、意思表示カードの普及、脳死判定後の保険の適用など様々な問題が残されている。しかしこの中でも特に日本において脳死を人の死と見なすか否か、という問題に関して明確な判断が未だなされていない点は特筆に値する。

「臓器の移植に関する法律」においても、その第6条において臓器移植の摘出対象を「死体(脳死したものの身体を含む)」と規定しており¹⁾、その臓器の摘出に当たっては、当該者の意思が書面によって表示されている上に²⁾、その家族が摘出を拒否しないことが条件となっている。これは1988年に日本医師会が「脳死および臓器移植についての最終報告」の中で述べていた「患者またはその家族がそれを人の死として了承するならば、それをもって社会的・法的に人の死として扱ってよいものとする」という考えに沿うものであり、脳死を認める人にはそれを人の死と認めるという見解を踏襲したものである。これは脳死・臓器移植問題において、脳死を人の死と見なすのか否かに関して社会のレベルでその結論を保留したことにはほかならない。

脳死を人の死と見なすのか否かという問題は、人々の死生観にもかかわる問題である。それ故にこの問題は一部の専門家だけのものではなく、万人にとっての問題となる(河上 1987:18)。また従来の死というものは、心臓拍動の停止、自発呼吸の喪失、瞳孔の散大といった徴候をもとにした三徴候死³⁾によって判断されるものであり、ここでの死そのものは「神」や「自然」そして「運命」等によって決定されるものであった。人間は自らの力で死そのものを決めることはできないのである。いわば人間にとって外在的、超越的なものによって死が決められていたものであり、人間はあくまでその際の3つの徴候によってそれを判断していたに過ぎないのである。

それに対して脳死という状態は人工的に創り出されたものであり、自然によるものではない。人工呼吸器によって呼吸を確保し、薬物によって心臓の拍動を確保しているのである。すると

この脳死という状態を人の死と見なすのか否かという点に関しても、人間が自らこれを決定しなければならないのである。

このように脳死を巡る問題は、医学・医療の発達によって現れるようになった新たな事象に対して、人々が社会のレベルにおいてその態度を決定しなければならないところにある。そしてこのような状況の中から現れてきた概念の1つが“社会的合意”である。脳死が人の死であるか否かは、社会的合意に基づいて決定されるべきであるとされるのである。しかしこの“社会的合意”という概念そのものがまた問題なのである。それというのもこの“社会的合意”という概念は、非常に曖昧で不明瞭なものと捉えられているからである。まずその確認方法である。例えばこれまでも脳死・臓器移植問題に関するアンケートにおいて、脳死を人の死と見なすことに賛成か反対かがしばしば問われてきたが、そこで賛成が何%以上ならば社会的合意が形成されているといえるのであろうか。50%を越えればよいのか、70%を越えても認められないのか。そこに明確な判断を見つけ出すことは困難である。

むしろこのようなアンケートにおいて確認できることは、人々の脳死・臓器移植問題に関する知識の普及度である。例えば脳死を人の死と見なすことには反対であるが、脳死からの臓器移植には賛成であるといった矛盾した意見は、この問題に関する知識が不足していることから生じるものである。しかしこのような矛盾した意見は、だんだんと減少してきている。このことは脳死・臓器移植に関する正しい知識が人々の間に普及してきたことを意味するものである。しかしこの問題に関する正しい知識がいくら普及しても、脳死を人の死と見なすのか否かに関しては、その賛否がほぼ半々に分かれることが実証的にも確認されている（中山 1992:218-219）。即ち知識の普及のみによって“社会的合意”は形成されないということである。

この“社会的合意”という概念は、海外においてもその議論の過程で言及はされている。しかし日本のように特にこの問題における中心的な課題として取り上げられることはなかった⁴⁾。それでは日本においてこの概念が如何なる経緯を経て現れ、そしてそれが脳死を人の死と見なすのか否かといった問題において、そこでの判断基準と見なされることになったのであろうか。この点を明らかにすることが本稿の目的である。

2. 脳死・臓器移植問題の背景

脳死とは、脳幹を含む全脳の不可逆的機能の喪失を意味する⁵⁾。このような現象は、1902年クッシングによって発見されることになった。しかしこの現象が脳死問題となるには人工呼吸器の発明と普及といった医学・医療の進歩を待たなければならなかった。人工呼吸器によって、脳がその機能を喪失しても、心臓を人工的に駆動させることが初めて可能となるからである。そしてこの人工呼吸器は'50～'60年代、アメリカが朝鮮戦争およびベトナム戦争において発明および普及させることになったのである。このように人工呼吸器の登場によって臨床的現象としての脳死が現れることになったのである。

一方、臓器移植に関しては 1902 年、ウールマンが犬による腎臓移植の実験を成功させたの

が初めてであった。その後 1906 年にはジョブレイがヤギと豚の腎臓を人間に移植し、1936 年にはボロノイが人体間の腎臓移植を行った。そして 1967 年には遂に人体間の心臓移植が行われたのである。このように臓器移植の技術は 20 世紀において急速に進歩を遂げることになったのである。

脳死と臓器移植とは、本来その現れることになった過程そのものが異なる。しかしこの両者が重なりあうことによって、初めて社会問題としての脳死・臓器移植問題が生ずることになったのである。脳死は臓器移植が行われなければ、それ自体広く社会問題として問われる必要は無く、また臓器移植も脳死という状態が無ければ脳死体からの臓器移植は不可能となる。この 2 つが相互に関わりあうことによって、脳死・臓器移植問題という 1 つの社会的問題を生み出すことになったのである。

従来、医学・医療は無条件で“良いこと・正しいこと”と捉えられてきた。しかし体外受精や臓器移植といった生命そのものの根源に触れる問題が現れ始めると、これらが治療技術か否かが疑問視されてくるようになった(米本 1988:4)。それと同時に医師のみによってこれらの問題を解決することができなくなってきたのである。医学問題の社会化である。

ここにおいては文化的側面が特に注目されてくる。例えば脳死からの臓器移植に関しても、日本では死体を傷つけることがタブーとされてきた点や脳だけに人間の存在がすべてある訳ではないとする身体観念がこの問題を複雑にしている(波平 1988:51;61;158)。

脳死・臓器移植問題は純粋に医学的な問題ではないことはこのように明かであるが、そこには 3 つの側面が相互に絡み合った問題として存在している。その 3 つの側面とは、(a)技術的側面、(b)制度的側面、(c)文化的側面である⁶⁾。

(a)技術的側面

脳死・臓器移植問題における技術的側面とは、主に医学的な問題を意味する。例えば脳死判定問題、免疫抑制問題、摘出臓器の保存問題、レシピエントの適合性問題などがある。ここでは如何にして客観的にそして正確に問題を解決するのがその課題となっている。それ故にここでの特徴は普遍性が高いと言える。これらの問題は日本においても海外においても共通性が高く、その解決に関しても普遍性が高い。

(b)制度的側面

制度的側面とは、法律や保険制度といった社会制度、そして医師会や弁護士会のような専門職集団のあり方、または倫理委員会などを巡る問題を示す。ここでは技術的側面とは異なり必ずしもその普遍性が高いとは言えない。脳死・臓器移植問題においては、日本では医療保険に関しては未だ明確な判断がなされていないが、アメリカでは主に脳死段階で医療保険の支払いが打ち切られる。この点などはアメリカで脳死を死と認めざるを得なくなる圧力として働くことにもなったのである(米本 1988:57)。

(c)文化的側面

文化的側面では、各社会毎にそこでの問題の現れ方が異なることになる。脳死・臓器移植

の問題においては、家族の関係や宗教による身体観そしてその社会における歴史との関係からこの問題が扱われることになる。これは富永の言葉を借りると日常生活における生活感情と呼べるものである(富永 1990:61)。それ故にここでは普遍性というよりも、各社会(各国)毎の個性が高いものとなる。

この 3 つの側面は、(a)技術的側面、(b)制度的側面、(c)文化的側面の順にその普遍性が低くなり、個性が高くなるのである。しかしこの 3 つの側面は各々独立にあるのではなく、相互に関連し規定するものである。即ち技術の発展はその社会の制度や文化によって影響を受け、文化は技術や社会制度によってその影響を受け、そして社会制度は技術の発達や文化から影響を受けるというように 3 つの側面は相互作用の関係にあるのである

またこの 3 つの側面の社会的受容には時間的ラグが生じる。技術的側面はその普遍性の高さゆえに他の 2 つの側面に比べその社会的受容が容易であり早い。これに対して文化的側面はその個性の高さゆえに社会的受容の速度が遅く、各社会毎にその受容の仕方が異なる。そしてその両極の中間に位置するのが制度的側面である。

脳死・臓器移植問題はこの 3 つの側面の社会的受容の相違から、そこでの問題の現れ方やその解決も異なる。技術的側面の強い医学の発達によって臨床の状態である脳死という新たな現象が生じることになったわけであるが、この現象そのものは社会や国の相違によって異なるものではない。しかしその脳死を制度的にどう規定するのか(法律上の問題等)に関しては医学上の問題のように海外と同一の規準をそのまま導入することはできない。またそれ以上に文化的側面としてそれを人々がどのように受け止めるのかに関しては更に困難を伴うことになるのである。このように普遍的な臨床生体医学と、それを応用した医療という個性の高い文化との拮抗から生じることになったのが日本の脳死・臓器移植問題なのである(波平 1988:15)⁷⁾。

しかし日本の場合、この問題において移植技術と法的問題、即ち技術的側面と制度的側面のみに議論が集中し、それに終始してしまった観がある(米本 1988:170)。そこでは文化的側面の議論が他の 2 つに比べて疎かにされてきたといえよう。このような状況において“脳死は人の死か否か”といったまさに文化的側面における問題が脳死・臓器移植問題における最終的でまた最も困難な問題として残されることになったのである。このような状況から現れてきたのが人々の受容を示す“社会的合意”という概念である。そこで次にこの“社会的合意”という概念が如何にして現れることになったのかを、日本における脳死・臓器移植問題の歴史的経緯から見えていくことにする。

3. 日本での脳死・臓器移植問題と社会的合意

脳死からの臓器移植に関する議論は 1970 年代の停滞期を境に、第 1 次ブームと第 2 次ブームとに大きく分けることができる。第 1 次ブームは 1960 年代後半に和田心臓移植を巡り巻き起こったものであり、第 2 次ブームは腎臓移植の必要性から再び脳死からの臓器移植の議論が引き起こされたものである。

(1)第1次ブーム

まずその第1次ブームは、1960年にメダヴォアとバーネットが生体内の抗体に関する理論でノーベル賞を受賞したことで、その幕開けを迎えることになった。しかし本格的にそのブームが始まったのは1967年12月に南アフリカにおいてバーナードが世界初の心臓移植を行い、世界に衝撃を与えることになってからである。

脳の死をもって個体の死と見なすことで心臓を摘出してよいのではないかという世界的な流れの中、日本でも1968年8月には世界で30番目、日本では初の心臓移植手術が札幌医大の和田寿郎教授の下で行われた。和田心臓移植は当初医学の快挙として賞賛された。しかし日本においても心臓移植が現実のものとなると、新たな「死の定義」をも含んだ死をどのようにして判定するのかといった死の判定問題が具体的な問題として現れることになった。特に当時2つの説がこの問題をめぐって対立することになった。ここではそれを医学決定論と法律決定論と呼ぶことにする。

医学決定論においては、人の死は従来から医師が決定してきたのであり、その基準は医学に基づくものであるとする(加藤 1968:67,植松 1968:63)。また当時は医学者による国際会議においてだされたシドニー宣言(1968年)においてもこの点が再確認されている。そこで新たに現れることになった脳機能の停止による死の基準に関しても、それが医学的に認められればそれは人の死であると主張する。むしろ必要なことは一般の人々にこのことを啓蒙することなのである(植松 1968:63)。それ故に立法の必要は必ずしもないのである(加藤 1968:73)。

また一方の法律決定論においては、死の認定に関してはそれを医師が行うべきであるが、それを合法化するのは法律家であると主張する(八木 1968:10)。ここでの死の定義とは、医師の行動を規制するための取り決めであり、それはあくまで慣習法的法概念を意味することなのである。それ故に死の定義における基準は「国民感情」によるものでなければならないとするのである。

このように死の判定を巡って2つの説の間において論争がなされたのであるが、その過程に於いて「脳死」という言葉が普及することになった。それというのも死の判定に関する議論は当時海外においても盛んであり、その中でも脳死説が注目されていたからである⁸⁾。そこでこれ以降心臓移植の問題は、脳死説問題と必然的に結びつく形で議論されるようになったのである。

しかし死の判定を巡って医学決定論と法律決定論とが論争を行ったにもかかわらず、ここにおいて死の判定に対して今日問題とされているような社会的合意に関する議論が現れることはなかった。それというのも医学決定論においては、死の判定はあくまで医師が行うのであり、一般の人々が関与するものではないからである。また法律決定論においても、そこで決めるのは法律家である。いわば法による決定なのであり、一般の人々による社会的合意などは考慮されていないのである。但し法律決定論において「国民感情」と呼ばれたものは、後の社会的合意

の萌芽として捉えることができる。

見解の相違はあるものの、和田心臓移植の後しばらくは心臓移植に対しては好意的な姿勢が社会の中で採られてきた。しかし移植を受けたレシピエントが 83 日後に死亡することによってその風向きは 180 度変わることになった。特に 1968 年 12 月に大阪の漢方医によって和田教授が殺人罪で告発されることによって、この件は“和田心臓移植事件”となった。その後医学的にも疑問が提示されると伴に⁹⁾、移植にまつわる手続きに関しても様々な疑惑が明るみにされたのである¹⁰⁾。

その後 1970 年代初期において日本弁護士連合会(以下日弁連)がこの問題を取り上げたことは意義深い。それというのも日弁連はこの件を、医学上の問題からドナーとレシピエントに対する人権問題へと位置付けることになったからである。特に心臓移植手術が始められた当時は、人権という言葉が世界的にも市民権を得つつあった時期とも重なったのである(共同通信社社会部 1998:185)。この点もこの活動を促進させることになった。また医学方面からも心臓移植に対する批判として、心臓移植はいまだ実験段階のものでしかないとの発言が目立ち始めた。そこでこのような実験段階の医療を人体に施すことは患者の人権を無視した行為であると結論付けたのである。即ち心臓移植は、人権の侵害であるとされたのである。

この件をきっかけに脳死・臓器移植問題は、完全に和田心臓移植事件に置き換えられることになり、日本においては心臓移植は悪いこととして位置付けられることになった。このように心臓移植は人体実験であるとのラベリングがなされ、1970 年代においては心臓移植に関しては発言することさえもはばかれるようになった。いわゆる心臓移植のタブー視化である¹¹⁾。ここにおいて第 1 次ブームは終焉を迎えることになった。

(2)第 2 次ブーム

1970 年代ににおいて脳死・臓器移植に関する議論はほとんどなされることはなかった。唯一この件に関する出来事といえば、日本移植学会が「臓器移植法案」をまとめる際、日本脳波学会に依頼していた脳死の判定基準が発表されたことぐらいである。しかも 1974 年 11 月に発表されたこの「脳の急性 1 次粗大病変における『脳死』の判定基準」も結局は 1 学会における判定基準としてしか受け取られず、広く日本の医学界において普及することはなかった。

確かに 1970 年代は脳死からの臓器移植に関する議論についてはその進展を見ることはできなかったが、こと臓器の移植、それも腎臓移植に関してはその件数を着実に伸ばしていった。脳死からの臓器移植が人体実験であるといわれたのに反して、腎臓移植はむしろ実験的な段階を終え、治療手段として確立していったのである(稲生 1973:1227)。

1980 年代に入ると再び脳死からの臓器移植に関する議論が活発になった。その原因には腎臓病患者の増加があった。腎臓病患者が増加することで人工透析の需要が高まることになった¹²⁾。そこで人工透析による健康保険の請求は年々増加し、保険財政を圧迫しだしたのである(日本医師会 1976:597)。また人工透析は患者への社会生活において大きな負担になるだけで

はなく、長年透析を続けることで本人の健康にも支障をきたすことが問題視されるようになったのである。

また腎臓移植は前述のごとく 1970 年代にはほぼ確立され、成功率も向上した。しかし日本における腎臓移植の多くは近親者間に於ける生体間移植であった。腎臓は 2 つのうち 1 つを失っても生命には問題がない。しかし健康な者の体に傷をつけることが医療として疑問視されるようになった。そこで再び浮上したのが脳死からの臓器移植だったのである。

このような経緯によって脳死からの臓器移植の問題が再び表面化し、1982 年には日本移植学会のシンポジウムにおいて日本でも既に 2 例、脳死からの臓器摘出があったことが報告された。医療の現場ではもう既に脳死からの臓器移植が行われたということでの件は社会に衝撃を与えることとなり、脳死議論を促進させることになったのである。またこのころ日本人が海外から臓器を輸入していることが明るみにになったこともこの議論に拍車をかけることになった。ここに脳死・臓器移植に関する議論の第 2 次ブームが始まったのである。

厚生省は早くもこの問題を「生命と倫理に関する懇談会」において取り上げた。そこでは脳死・臓器移植の問題においては国民全体のコンセンサスを得ることは困難であることが指摘されると共に、死の判定基準に関しては新たなものの必要性が指摘された(厚生省医務局 1983:59-60;67-69)。それによれば日本脳波学会の基準はその後の医学の進歩からして時代遅れのものとなっていること、そしてなによりもそれは 1 学会が発表したものにすぎず社会的に権威を持った承認が必要であることが指摘された。国民の間の合意を得るにはまず医学界全体のコンセンサスが必要不可欠だからである。そこで厚生省は「脳死に関する研究班」を発足させ、新たな判定基準の作成に着手することになったのである。

1980 年代における脳死・臓器移植問題ではこのように国民の間の合意、即ち“社会的合意”というキーワードが重視されるようになってきた。この概念が現れることになった背景としては、生物現象としての死と個体の死とが区別されたことをあげることができる¹³⁾。生物現象としての死とは、医学的な死、即ち脳の機能死を意味し、個体の死とはそれとは異なり、社会的な意味での人間の死を意味する。第 1 次ブームにおいては、脳死は人の死であるかという問題の提起の仕方がなされており、脳死をそのまま個体の死とみなしていたのである。

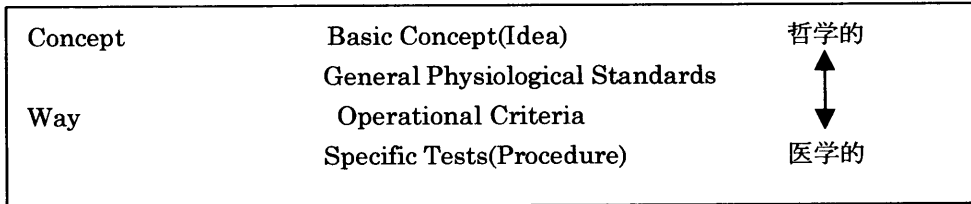
生物現象としての死は、医学的に、客観的に正確に判定することが可能とされる。ここでは脳死判定の正確さが問題になるのである。それに対して個体の死は社会において人々が受容する死である。脳死説問題においては、人々が生物現象としての死である脳死を人の死であるとして受け入れるか否かが問題とされるのである。それ故にそこには社会的合意が必要とされるのである。

死には図 1 のように複数のレベルが存在する。左側はそれを Concept と Way という 2 つに分けたものであり、右側はそれを更に 4 つに分けたものである。

ここでは上方ほど哲学的な概念における死となり、逆に下方ほど医学的な概念の死を意味する¹⁴⁾。医学的な概念の死に関しては、医学界におけるコンセンサスが得られればそれは成

立する。即ちそれが生物現象としての死である。しかしそれを人の死として受容するか否かは、哲学的概念における死の問題を含むことになるのである。

図1 脳死概念のレベル



(唄 1983:18)

1980 年代前半においては医学的死の概念に関してさえも日本の医学界でのコンセンサスは得られていなかった。それ故に厚生省はまずこれを得ようとして先の「脳死に関する研究班」を発足させたのである。

このように脳死からの臓器移植を行うには、社会的合意が必要であることが確認されと共に、未だその合意が形成されていないことが最大の問題点として指摘されることになったのである(石原 1984:78;84,大谷 1984:71,金川 1984:27,内藤 1984:89)。しかしこの時点での脳死議論においては、それが臓器を摘出するために必要であるとする議論というよりは、むしろ尊厳死との関係から回復不可能な患者における生命維持装置の取り外しの問題として議論された。それというのも脳死説問題と臓器移植問題とを分けて考えるべきであるという意見が強かったからである(石原 1984:78;80,厚生省医務局 1983:48-49)。脳死と臓器移植とを結びつけると不純な動機があるものと思われたからである。ここにも和田心臓移植事件の後遺症を見て取ることができるのである。

しかし 1984 年 9 月に筑波大において脳死状態の患者から臍臓と腎臓が同時に摘出され、他の患者に移植されたことをきっかけに脳死からの臓器移植として脳死問題が議論されることになり、再び脳死説問題と臓器移植問題とが結び付けられた。特にこの件は東大病院の医師らによって告発され、“筑波大臍腎同時移植事件”となったのである。

筑波大臍腎同時移植事件は、厚生省が「脳死に関する研究班」において脳死判定基準を作成している最中に行われた。この事件は脳死からの臓器移植の問題が医療現場において如何に差し迫ったものであったのかを社会に知らせることになり、脳死議論を活発化させることになった。特にこの件を通じて問題となったのは、ドナーの意思の問題であった¹⁵⁾。ここにおいて患者自身における自己決定権の問題がクローズアップされると共に、臓器の提供に関しては「社会的に受け入れられる共通の基準」(池田 1999:84)の必要性が認識されていくことになったのである。また和田心臓移植事件において問題とされた人権問題も、この点と結びつくことになった。

このような社会的背景において、社会的合意の必要性が更に叫ばれることになった。特にここでの社会的合意という概念においては、具体的な条件が提示されることになった。そこではまずなによりも脳死判定の確実性が条件として挙げられた。当時の段階では前述のごとく医師の間でさえ脳死判定基準に対する合意が形成されていなかったからである。このことは一般の人々に脳死の判定に関する不安を抱かせ、社会的合意の形成を妨げることになるからである。

次には医に対する信頼がその条件として挙げられた。医に対する不信は和田心臓移植事件及びその後の医師会の姿勢によって印象付けられた。また和田心臓移植事件においても医の密室性が指摘されたが、脳死からの臓器移植には情報の公開性もその条件として挙げられることになった。この医の信頼と情報の公開性という 2 つの条件は、相互に密接に結びつくものである。医の密室性は医の不信を招くことになる 1 つの要因だからである¹⁶⁾。

最後にはドナーの意思の尊重という条件が挙げられた。移植はいわばドナーの犠牲の上に成り立つ医療である。そこでは当然のことながらドナーの意思が最大限に尊重されていなければならない。医の信頼と情報の公開性という 2 つの条件は、ある意味でこのドナーの自己決定権を保証するためのものでもある。

社会的合意に関する議論が沸き起こる中、1985 年に厚生省「脳死に関する研究班」から「脳死の判定指針及び判定基準」、いわゆる竹内基準が発表された。しかしその中では、「本指針では脳死を持って人の死とは決して定めていない」と述べられており、脳死を人の死と見なすか否かという脳死議論に関しては言及を避けたのである。むしろこの基準は社会的合意を形成するための第 1 の条件である医師の間での合意を形成する働きをしたのである。この段階において脳死議論における技術的側面はクリアーされることとなった。脳死という状態が明確に定義され、医学的にはその状態を持って死であると認められることになったのである(曲直部 1988:1167)。そこでその後の議論は、この脳死という臨床の状態を人の死とみなすか否かという点に集中することになったのである。

竹内基準が発表されたことで脳死説に対する反論も活発になった(中谷 1988:52)。もし脳死を認めるとなると、脳死状態になった場合、臓器を提供することが強制されるのではないかという不安がその根底にあった(厚生省健康政策局 1985:251)。特に日本の場合、医の密室性から医師の側からの患者やその家族に対する強制力が働くのではないかという懸念が考えられた。保木はこれを「ヒューマニズムに藉口した専門化集団のパターナリスティックな一億総ボランティア的倫理の押し付け」(保木 1987:29)と表現した。

脳死説に反対する意見において常に主張されたことの 1 つが社会的合意の未成立である。このころから今日に到るまで脳死説に反対する者は、この社会的合意の未成立を掲げるようになったのである。しかしこれに対して脳死説に賛成する意見では、この社会的合意という概念そのものの不確実性、不明瞭性を批判するようになった。社会的合意とは単なるムードであり内容はない、ただ脳死説に反対する者が引き伸ばし的手段として利用しているにすぎないと批判するようになったのである(厚生省健康政策局 1985:44;225,町野 1988:60)。しかしこの両

者の対立において、社会的合意という概念は、先の具体的な条件としてではなく、人々が脳死を受け入れるのか否かという意味へと、その後変遷していくことになった。このことは社会的合意という概念が、制度的側面から文化的側面におけるものへと変わっていったと捉えることができる¹⁷⁾。

脳死説を巡り賛否両論が対立する中、1988年に日本医師会の「生命倫理懇談会」が「脳死および臓器移植についての最終報告」を発表した¹⁸⁾。この中で脳死説反対論者が主張する社会的合意の未成立に対しては、その確認方法や内容に関して曖昧であり単なる心情を表しているにすぎないと批判する一方で、世論調査の結果を引き合いに出し、実際にはかなりのところまで社会的合意は成立していると主張した。そして社会的合意を成立させ、確認する最も明確な方法は、国会による立法であると主張したのである。

これに対して即座に反応したのが日弁連であった。日弁連は立法の必要性を認めながらも、日本医師会が社会的合意の不明瞭性を批判した点に対して反論をしている。それによれば法においては、慣習、社会的通念、条理などといった社会的合意に類似した概念が用いられ、重要な役割を果たしている。それゆえ社会的合意における確認方法や内容の不明瞭性によってそれを批判するのは受け入れがたいとするのである。ここにおいて脳死・臓器移植問題は、日本医師会对日弁連という専門職集団間の対立として人々の注目を浴びることになった。

またここでの日本医師会と日弁連との論争は、法に対する姿勢の相違であると捉えることができる。その相違とは法を国家制定法やその法規の解釈によりなる技術体系と捉えるものと、伝統的法文化や生ける法と捉えるものとの違いである(河上 1987:22)。日本医師会は前者の立場を、日弁連は後者の立場をとっているのである。得に日本医師会が社会的合意において啓蒙の重要性を説いている点は、この姿勢から生じたものであると捉えることができる。

すると続いてこの社会的合意を確認する手段が議論の焦点となっていった。ここでは特にその手段としての立法の是非が問われることになった(星野 1988:58, 中谷 1988:53, 野田 1988:55)。社会的合意の確認手段として立法の重要性を主張する説は以前からも存在していた。日本の特殊性として法律がないと前に進まないというのがその理由である(厚生省健康政策局 1985:121;181)。しかし 1960 年代後半における立法の必要性とは異なり、ここではあくまで立法は社会的合意を確認する手段として捉えているのである。

そこで社会的合意の問題が立法との関係で議論されるようになると、国会にもわかに動き出すことになった。生命倫理研究議員連盟が組織され、活動を始めたのである¹⁹⁾。

しかし社会的合意と立法との密接な関係は認めるものの、法律と社会的合意は別のレベルであるとの認識も 1990 年代ごろから現れ始めた。そこで厚生省と国会は国民の社会的合意の形成を意図して 1989 年に「臨時脳死および臓器移植調査会」を設置したのである。しかしこの始めの意図とは異なり、その最終報告(1992 年)には脳死説に賛成派(多数派)と反対派(少数派)の両論が併記されることになってしまったのである。社会的合意に関しても賛成派が「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」としているのに

対し、反対派は「現在の日本において社会的合意が成立したと言えないばかりか、近い将来において社会的合意が成立するということすら難しい」と真っ向から対立することになった。

しかし脳死臨調においては脳死を巡り意見が対立したが、移植医療を進める必要性に関しては意見が一致した。そこで各大学や医療機関は臓器移植の具体的準備に入ることになった²⁰⁾。またそれに促される形で、生命倫理研究議員連盟が立法化へ具体的な活動を行うことになったのである²¹⁾。この問題が国会(=立法)というアリーナに、本格的に移されることになったのである。

立法化はその後紆余曲折の道を歩んだが、結局各党協議会においてその法案が作成された。この際においても脳死問題及びその社会的合意に関する問題は議論の中心となった。しかし最終的には国会の本会議において広く議論することが社会的合意を形成することにつながるとの意見から、1994年4月に法案が提出されたのである(山本 1998:101)。但しその際、社会党は法案の中で脳死を人の死としないという前提でこれに賛成した。即ち移植医療を進めることに関しては賛成したが、そこでの脳死問題に関しては問題を保留したのである。

その後様々な社会、政治的混乱によってこの法案はたな晒し状態となり、かつ対案も出され、幾度かの修正を経て衆・参両院で可決された²²⁾。この法律が成立することによって脳死・臓器移植問題における制度的側面の問題が一応クリアされたのである。しかしここでの脳死の位置付けは、脳死を認める者にはそれを人の死と認めるというものであった。それは脳死説に対する社会的合意の問題を避ける形をとったのである。脳死・臓器移植問題における最終的側面、即ち文化的側面における合意は保留されたままとなったのである。

4. まとめ

日本における脳死・臓器移植問題の経緯は、これまで述べてきたように様々な事件や出来事を経ながらも、3つの側面の時間的ズレとして現れてきたものと捉えることができるであろう(図2)²³⁾。初めは1960年からはじまった技術的側面、即ち医学的問題としての脳死判定問題がこの問題における中心的な課題となった。その後1970年代の停滞期を経、そして第2次ブームに入った1985年の「脳死の判定指針及び判定基準」によって、この課題は一応の決着を見ることになった。

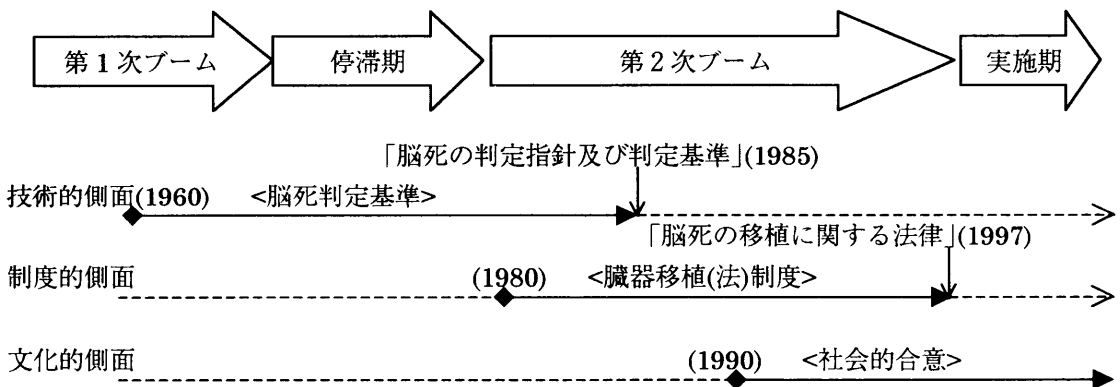
しかし1980年代になると生物現象としての医学的な死と社会的な個体の死とが区別されるようになった。この時点から脳死・臓器移植問題の制度的側面が中心的な課題となっていくのである。この制度的側面は、第2次ブームと伴に始まったが、ここでは脳死からの臓器移植を行う為の制度的な取り決めが課題とされた。これは1997年「臓器の移植に関する法律」が成立したことで、一応の決着を見ることになった。

しかしここでもその過程において、社会的合意という概念が1990年ごろを境に法律の概念とは分けられるようになっていった。即ちそれまでの社会的合意を立法によって確認するとの考え方から、立法はあくまで制度的側面として捉え、社会的合意はむしろ文化的側面として捉

えるようにこの2つを分けるようになったのである。

このように脳死・臓器移植問題における3つの側面は、初めから3つの領域として存在していたというよりは、そのプロセスにおいて脳死に対する概念が3つの側面として分離していった結果として現れることになったと捉えることができるであろう。そしてその中で最後に未決着として残ったのが文化的側面であり、その象徴が“社会的合意”という概念であったのである。

図2 日本における脳死・臓器移植問題の経緯



【註】

- 1) 脳死の場合は身体と表現されているおり、死体とは区別されている点に注意。
- 2) 脳死判定を受ける意思と臓器を摘出してよいという2つの意思表示。
- 3) 三徴候死に関しては、明治40年に漆山恒治という法医学者が『東洋医事新報』で循環、呼吸及び反射の3機能で死を判定することを述べ、このころから三徴候説が医学的に定着し始めたといえる(船尾1985:1800)。
- 4) 加藤はこの社会的合意に関して日本特有のものであることを指摘している(厚生省健康政策局1985:226)。
- 5) これは日本を含むほとんどの国々における全脳死の定義であるが、イギリスにおいては脳幹死の定義を採用している。またこの全脳死の定義は、1968年のハーバード基準がその基盤となっている。
- 6) これは富永(1990)による近代化(社会変動)の理論の3つの領域(技術・経済的領域、政治・民主化的領域、社会・文化的領域)を参考とした。技術的側面が技術・経済的領域に、制度的側面が政治・民主化的領域に、そして文化的側面が社会・文化的領域にそれぞれ対応する。
- 7) 日本に比べ西欧では、自然科学体系(医学)と世界観(死生観や身体観)、そしてユダヤ＝キリスト教とが

共生的関係にあることから、脳死・臓器移植問題も整合的な関係を保つことができる(米本 1988:32-33)。

- 8) 脳死説は、ドイツの法医学者シュパン(Spann-Liebhardt)によって提唱されたものであり、「脳の臓器死」をもって固体の死とするとともに、脳はの一定期間の停止をもって脳死を判定しようとするものである(金沢 1969:4-5)。
- 9) 札幌医大の内科医である宮原は和田の行った心臓移植が医学的にも問題がある点を指摘(宮原 1969)。また藤本はレシピエントの剖検の結果、和田が当初否定していた拒絶反応が見られた点を指摘(藤本 1969)。
- 10) 和田心臓移植における様々な問題点に関しては、『人権事件報告・要望例集』(日本弁護士連合会 1996)691 ページ以降及び『凍れる心臓』(共同通信社社会部 1998)に詳しい。
- 11) 日本では人体実験という否定的に捉えられるが、米国などでは必ずしもそれはあてはまらない。むしろ医学においては人体実験は不可欠であり、人体実験であるからこそしっかりしたルールを作るべきであるという認識をもっている。このような差異は第2次大戦で日本軍が行った人体実験に対する戦後の処理の方法の相違といった歴史的要因にある点を米本は指摘している(米本 1988:91-92;105-107)。
- 12) この現象は腎臓病となる患者そのものの数が増えたことにもよるが、健康保険制度の改定によってより多くの人が透析を受けることができるようになったことが大きな要因といえよう。
- 13) 唄はこれを脳死概念の二層性と呼んでいる(唄 1983:20)。
- 14) この概念は普遍性と個別性という軸において、先の技術的側面、制度的側面、文化的側面とも対応する。即ち文化的側面程 Concept に近く、技術的側面ほど Way に近くなる。そしてその中間が制度的側面である。
- 15) ドナーは当時、意思表示能力に問題があり、明確な意思表示もないまま脳死状態からその臓器が摘出された点が問題視された。
- 16) 但し情報の公開性は患者のプライバシーの問題とも関わることから、そこでの問題の複雑性が今日新たな問題として認識されている。
- 17) しかしそれと伴に社会的合意という概念は、かえって曖昧なものとなっていった。
- 18) この懇談会は、1983年の厚生省「生命と倫理に関する懇談会」による要請で設けられた。
- 19) 特に医師を中心とした国会議員によって構成され、その後立法過程において中心的役割を果たした。また中山案を提出した中山太郎議員も当初からこのメンバーであった。
- 20) 移植関係学会合同委員会の組織化、学会による移植施設認定や各大学の倫理委員会の設置などをあげることができる。
- 21) 医師会側からも関連する議員に対して、臓器移植法に関する推進の要望がなされた。
- 22) 法案の作成から可決までの経緯については加藤(1999)を参照。
- 23) 但しここでの3つの側面は相互に関連していることから、1つの側面がクリアされたとしても、その側面における問題が完全に解決されたということではない。むしろその後、その側面における問

題の質が変化することである。そこで図 2 においても各側面が脳死・臓器移植問題において中心的課題となっている場合は実線、そうでない場合は点線によって示している。

【参考文献】

- 唄孝一 1983 「脳死論の当面する諸問題」『自由と正義』Vol.34No.7:14-23
- 藤本輝夫 1969 「剖検所見からみた心移植」『最新医学』Vol.24No.3:709-720
- 船尾忠孝 1985 「法医学の立場から」『日本医師会雑誌』Vol.94No.11:1800-1803
- 池田良彦 1999 「移植医療と医の法律学」『なぜ日本では臓器移植がむずかしいのか』:77-124 東海大学出版
- 稻生綱政 1973 「『移植免疫』をとりあげて」『日本医師会雑誌』Vol.70 No.10:1227
- 石原明 1984 「脳死論に関する一試論」『ジュリスト』No.826:78-85
- 金川琢雄 1984 「脳死と法」『法学セミナー』No.356:22-28
- 金沢文雄 1969 「死の判定をめぐる」『判例タイムズ』No.233:2-7
- 加藤一郎 1968 「心臓移植手術をめぐる問題点」『ジュリスト』No.407:65-74
- 加藤英一 1999 「党議拘束外しのパラドックスー臓器移植法の成立を巡ってー」『社会学年報』第 28 号:123-142
- 河上倫逸 1987 「社会問題としての脳死と法ー新しい死の概念の受容のためにー」『法律時報』Vol.59No.12:18-22
- 厚生省医務局 1983 『生命と倫理に関する懇談』薬事日報社
- 厚生省健康政策局 1985 『生命と倫理について考える』医学書院
- 共同通信社社会部 1998 『凍れる心臓』共同通信社
- 町野朔 1988 「脳死論の覚書」『ジュリスト』No.904:60-62
- 宮原光夫 1969 「心臓移植時における生死の判定」『内科』Vol.23:850-853
- 内藤謙 1984 「尊厳死(1)」『法学教室』No.43:85-90
- 中山研一 1992 『脳死論議のまとめ』成文堂
- 中谷瑾子 1988 「若干の提案ー混迷の脳死論争收拾のために」『ジュリスト』No.904:52-54
- 波平恵美子 1988 『脳死・臓器移植・がん告知』福武書店
- 曲直部壽夫 1988 「対談・臓器移植の条件」『日本医師会雑誌』Vol.100 No.8:1167-1173
- 日本弁護士連合会 1977 『人権事件警告・要望例集』明石書店
- 1988 『日本医師会生命倫理想談会「脳死および臓器移植についての最終報告」に対する意見書』
- 日本医師会 1976 「腎臓移植術の保険点数」『日本医師会雑誌』Vol.76 No.5:597
- 1988 『脳死および臓器移植についての最終報告』
- 野田寛 1988 「脳死および臓器移植」『ジュリスト』No.904:54-56
- 大谷實 1984 「脳死問題への提言」『ジュリスト』No.822:69-73

星野英一 1988 「脳死問題を考える筋道と『社会的合意』論」『ジュリスト』No.904:57-59

富永健一 1990 『日本の近代化と社会変動』講談社学術文庫

植松正 1968 「心臓移植・死体損壊・死の判定」『ジュリスト』No.407:60-64

山本孝史 1998 『議員立法 — 日本政治活性化への道』第一書林

保木本一郎 1987 「臓器移植とバターナリズム」『ジュリスト』No.882:29

米本昌平 1988 『先端医療革命』中公新書

（かとう えいいち 慶應義塾大学大学院社会学研究科博士課程単位取得）