

Title	「脳死問題」における二項対立図式
Sub Title	The dichotomy over brain death problem
Author	加藤, 英一(Kato, Eiichi)
Publisher	慶應義塾大学大学院社会学研究科
Publication year	2001
Jtitle	慶應義塾大学大学院社会学研究科紀要 : 社会学心理学教育学 (Studies in sociology, psychology and education). No.52 (2001. ) ,p.7- 15
JaLC DOI	
Abstract	
Notes	論文
Genre	Departmental Bulletin Paper
URL	<a href="https://koara.lib.keio.ac.jp/xoonips/modules/xoonips/detail.php?koara_id=AN0006957X-00000052-0007">https://koara.lib.keio.ac.jp/xoonips/modules/xoonips/detail.php?koara_id=AN0006957X-00000052-0007</a>

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.

## 「脳死問題」における二項対立図式

### The dichotomy over brain death problem

加 藤 英 一\*  
*Eiichi Kato*

Although The Organ Transplant law passed the Diet in 1997, organ transplant from brain death has not taken root in Japan yet. The cultural factor and society institutional factor have been pointed out heretofore as this reason.

However, I understand that the way of dispute of the problem of brain death/organ transplant is quite different, when this problem is observed in comparison with the U.S. where organ transplant from brain death is carried out most frequently in the world. While the problem in the U.S. is taken as the problem of organ transplant, that in Japan taken as the brain death problem.

Although cultural and society institutional factor theory is unable to disregard, the problem of brain death/organ transplant as a social problem itself is one of the main factor that restricts organ transplant in Japan. Especially, the dichotomy over brain death problem (brain death VS cardiac death) is characteristic in the dispute of brain death problem in Japan.

#### 1. はじめに

日本で初めて移植のために脳死状態の患者から心臓を含めた臓器の摘出が行われたのは、1999年の高知赤十字病院においてであった。それまで日本では脳死からの心臓移植手術はおこなわれていなかった。またその後も国内において脳死からの臓器移植が数件行われたものの、未だ日本において脳死臓器移植医療が定着したとは言いがたい状況にある。

しかしこのことは日本において脳死からの臓器移植の必要性がなかった、というわけではない。現在、臓器の移植を希望して待機中の患者は腎臓移植希望者を含めると全国で13,369名いる(2000年10月31日現在)<sup>1)</sup>。また国内で移植を受けることができないために、海外にまで移植を受けに行くケースもこれまでにたびたび報道されてきた。日本においても脳死からの臓器移植の必要性はあるのである。

しかし臓器移植は高度な医療技術を必要とする特殊な医療である。それ故、これまでも臓器移植は先進諸国にのみ存在する医療であるといわれてきた。しかし現在の日本の医療技術をもってすれば既に困難な医療ではない。事実、これまで行われた9件の脳死臓器移植手術において、技術的な問題は生じていない。また心臓以外の移植に関しては、既に十分な実績をあげており、海外諸国と比較しても決してひけをとるものではない。すると国内において脳死臓器移植が定着しないのは、医療技術の問題ではないことは明らかである。

また脳死からの臓器移植はこれまでの医師-患者といった2者関係に留まる医療ではない。そこにはドナー、レシピエント、そして両者を繋ぐ医療従事者がいなければ成り立たない医療である(石原1997:185)。特にここではドナーという第3者が必要不可欠な存在として加わらなければならない。その際、ドナーは臓器を提供することで自らが何らかのメリットを得るわけではなく、むしろそれによって確実に死を迎えることになるのである。1人の生命の下に、他の者の生命が維持され

\* 武威工業大学環境情報学部非常勤講師  
(先端医療と社会)

る。ここでは単に医学上の問題だけでは済まされない社会的な問題も生じることになる。特に脳死状態のドナーからの臓器摘出においては、法的な問題が顕在化するのも事実である<sup>2</sup>。

1997年、国会において『臓器の移植に関する法律』が可決される以前には、「日本において脳死からの臓器移植が進まないのは、それに関する法律がないからである」という意見も多く見うけられた。しかし法律が施行されてからすでに3年が経過したにもかかわらず、国内における脳死からの臓器移植件数は未だ1ケタに過ぎない状況である(2000年11月現在)。

このように法律ができ、医療技術的にも可能であり、尚且つその需要があるにもかかわらず日本では脳死からの臓器移植医療が普及しないのは何故であろうか。

## 2. 日本で臓器移植医療が普及しない要因

日本では脳死・臓器移植問題が、生とは何か死とは何かという大きな社会問題として捉えられてきたことから、それは単に医学や法律の問題に留まらず、宗教、哲学、社会、文化といった幅広い領域にわたる問題として受け止められるようになった(『脳死臨調最終報告』町野1993:245)。このような背景によりたとえ医学的、法律的に問題が解決されても日本では脳死からの臓器移植の普及が困難となってしまったといえよう。特に普及を阻む要因としてはこれまでに大きく分けて主に2つの説が語られてきた。

まず第1の説は、脳死臓器移植医療が進んでいる欧米諸国と比べて日本がこれを受け入れられないのは、日本人の国民性やその死生観、自然観、宗教観にあるとする日本の文化そのものにその要因を求める文化的要因説である。この説はまた死をめぐるものと臓器移植をめぐるものとに分けることができる。

まず死をめぐるものとしては死生観の相違として、西洋人にはデカルト以来の心身二元論という死生観があり、脳とそれ以外の身体とを切り離して捉え、生命の中枢が脳にあると考えている。そのため脳死を人の死として受け入れやすいのに対して、日本人にはそのような死生観がないことから脳死を受け入れ難いのである(小林1988:50、町野1993:245、島田1988:20)。むしろ日本人は身体と魂を統一したものとして捉えているのである(波平1988:20)。

一方、臓器の摘出に関しては、遺体を傷つけることに対する罪悪感をあげることができる。この遺体を傷つけることに関する拒否反応は、日本人が死後も霊は再生さ

れ続け、先祖か子孫へと引き継がれ再び肉体に戻るという考えから生まれたものである。それ故に死後も肉体を傷つけることを嫌うのである。これはキリスト教のように人は神の賜物として捉えられるのとは対照的な考え方である(村上1993:64-66)。また近親者の死に関しては、亡くなった者の幸・不幸は、生き残ったものの幸・不幸に影響を与えると考えることから、その遺体を大切にし、たとえ死んだ後でもその体を傷つけることを嫌うという考えが指摘されている(波平1988:51)。

また臓器を受ける立場においても、日本人は自然を尊ぶことから臓器移植のような人工的な治療は受け入れない、という見解がある。これは日本人の生活には仏教と神道が溶け込んでおり、その中でも特に神道は自然崇拝をもとにした宗教であることから生じることになったとの説明がなされている(梅原1999:210-212)。

それ以外のものとしては、国民性の相違として、西洋人がこの問題を合理的に考えているのに対し、日本人は情緒的・感情的に考えている。西洋人の中でも特に米国人は移民国家ということで開拓者精神があり新しいことに対し積極的であるのに対し、日本人は現状維持的な考えが強く新しい医療を受け入れがたい。西洋人はボランティア活動のように他人を助けるという隣人愛があり、臓器提供に積極的であるのに対して、日本人は自己中心、自分の家族中心の考えが強いことから臓器の提供に消極的であるなどという説がある(加藤1985:49)。

以上これまで述べてきた日本の文化にその要因を求めるさまざまな説明によるものを文化的要因説と呼ぶことができよう。

第2の説は、社会制度的要因説である。たとえ死生観といえどもそれは民族や国民によって決まった固定したものではなく、一定の社会的基盤に依存し、社会の変化に応じて変化するものである。脳死・臓器移植問題においても、それを単に文化的要因という説明で済ませるのではなく、その具体的な社会的条件や制度的要因を考察する必要がある、とするのがこの説の立場である(棚島1991:24)。

まずは司法における臓器移植事件への対応である。日本では、和田心臓移植事件や筑波大脾腎同時移植事件を代表とした臓器移植をめぐる過去の諸々の事件を振り返ってみると、その全てが不起訴となっていることがわかる。ここでは臓器移植をめぐる議論さえ行われなかったのである。日本では司法の場において臓器移植をめぐる問題を解決することができなかったのである<sup>3</sup>。

司法の場において臓器移植をめぐる事件が不起訴と

なった主な理由は、証拠不十分であった。医療の現場においては、起訴に至るだけの証拠を挙げるができないのである。医療の現場における情報は、医師がこれを独占している。ここにおいて「医の密室性」が叫ばれることになった。

「医の密室性」は、日本の医療における社会的制度と密接に関係するものである。特に「医の密室性」は医師が医療を独占するという、医療の排他性から生じる。ここでは「医療は医師に任せておけばいい」とされることから、医療現場における情報を医師が独占することになる。このことはまた医療現場における患者に対する医師の立場の優越性、悪い意味での医師のパターンリズムともつながることになる。するとたとえインフォームドコンセントといえども、それは医師の患者に対する「誘導」でしかなくなってしまうのである（脳死・臓器移植に反対する市民会議 1993: 75, 梅原 1992: 23）。

このように日本の医療における排他性は、「医の密室性」と医師の患者に対する優越性を生み出すことになり、それが人々の「医の不信」へとつながることになった。特に脳死臓器移植においてこの「医の不信」は、医師の都合から臓器移植のために死が早められるのではないか、という「早すぎる死」を招く不安として現われることになったのである（秋山 1991: 52, 石原 1984: 81, 小西 1985: 120, 波平 1988: 147, 梅原 1992: 216）。また一旦、脳死と判定されると、患者やその家族の意思が無視され、強制的に臓器が摘出されるのではないかと、そしてその際、治療が一方的に打ち切られるのではないかと、という懸念を生み出すことになったのである。

また医療における社会的制度の側面は、専門の異なる医師の間の関係にも影響を与え、それが脳死臓器移植の普及の阻害となっている側面がある。医師の世界は縦割りの社会であることから臓器移植を実際に行うことになる外科系の医師が、脳死患者が出る内科系の医師から協力を得ることが困難な点も指摘されている（太田 1994: 27）。

以上これまで述べてきた日本の社会制度にその要因を求め説明を社会制度的要因説と呼ぶことができよう。

以上これまで述べてきた2つの要因説は、一方が正しく他方が誤りというものではない。むしろこれらは、相互に関連するものである。脳死臓器移植というこれまでにない新たな事象は、既存の文化や社会制度を通じて理解され受け止められる。しかしそこで様々な摩擦をもたらすことになった。それが具体的な諸々の事件となって現れた。このように新たに事象が既存の文化や社会制度

の中で事件や問題を引き起こす過程を、一種の社会問題として捉えることができよう。すると他の先進諸国と比較して日本において何故に脳死からの臓器移植が普及しないのか、という問いに対しては、日本における脳死・臓器移植問題のあり方そのものが他の先進諸国のそれとは異なっているから、ということができよう<sup>4</sup>。そこで次に社会問題としての脳死・臓器移植問題という側面から、日米を比較してそこでの問題のあり方の相違を検討する。

### 3. 「脳死問題」と「臓器移植問題」

移植を目的として脳死状態の患者から臓器を摘出する際に生じる諸問題を、脳死・臓器移植問題と呼ぶ。医学的に言えばこの脳死及び臓器移植は、国や社会が異なったからといって異なるものではない。しかしそこで生じることになる諸問題のあり方が各社会によって異なって現われる。それは各々の社会における文化や社会制度の相違によるものであるといえよう。そこでこの点を世界でも最も多く脳死からの臓器移植が行われている米国とそれとは対照的な日本とを比較し、そこでの問題あり方の違いを探ってみる。結論から述べてしまえば、日本がこの問題を主に「脳死問題」として捉えているのに対して、米国ではこれを「臓器移植問題」として捉えているのである。

ここで「脳死問題」とは、脳死という臨床医学的な現象を人の死と見なすのか否かを問題とすることを意味する。それに対して「臓器移植問題」とは、臓器の移植そのものは是非や摘出された臓器の分配をめぐる問題を意味する。またこの2つの問題は相互に関連するものの、そこには順序が存在する。「脳死問題」は、「臓器移植問題」に先行して現われるのである。

そこで米国においても当初は脳死の扱いに関して議論がなされた。まず初めにハーバード大学医学部臨時委員会 (Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School) より、ハーバード基準 (Harvard criterion) が提出され、脳死の概念として不可逆的昏睡 (irreversible coma) が用いられた。しかしその後、脳死をめぐる死の問題そのものは医学の領域の問題であり、それ故にこの問題は医のプロフェッションに任せる、という方向に議論が展開した。その背景には、専門職集団としての米国医師会 (American Medical Association: AMA) の働きに加え、同様に専門職集団としての米国法律協会 (American Bar Association: ABA) の働きがあった。まず米国法律協会は、死の問題そのものは「医プラクティスの

通常の慣行的基準」に従うことを明らかにした。その一方で米国医師会は、医学界の統一した見解として脳死を人の死であることを言明したのである（唄 1982: 72-73）。

また特に死の問題に関しては、大統領委員会局長のキャプロン (Capron, A. M) が死の概念を 4 つに分類し整理したことで無用の混乱を避けることができた点は注目し値すると言えよう<sup>5</sup>。

これにより米国では、脳死の問題が直接的に社会問題としての脳死・臓器移植問題における中心的な課題となることはなかった。また米国では各地で実際に脳死からの臓器移植が次々とおこなわれ、それをめぐる裁判を通して脳死からの臓器移植が人々の認知を得られるようになっていったのである。むしろそこでは臓器の移植をめぐる問題が顕在化していったといえよう<sup>6</sup>。

それに対し日本の場合、当初から現在にいたるまでこの件は専ら「脳死問題」として議論されつづけてきた。まず日本では米国と異なり、専門職集団としての日本医師会は当初何ら積極的な見解を示すこともなく、和田心臓移植事件においてもその態度を明確にはしなかった。むしろそれどころか臓器移植に対して否定的な姿勢を見せたのである。またその後 1988 年に発表した『脳死及び臓器移植についての最終報告』の中では脳死を人の死と認めたものの、これは医学的な見解として出されたものではないとした。

また一方の専門職集団である日本弁護士連合会は、和田心臓移植事件をきっかけに臓器移植は医師による患者への人権侵害であるとし、その後も医師会とは対立関係にある。米国では、医のプロフェッションと法律のプロフェッションとが協力関係にあったのに対して対照的である。

また日本では、脳死・臓器移植問題が人の死をめぐる問題としてマス・コミ等によってセンセーショナルに取

り上げられたことで、専門家だけではなく、一般の人々の間においても議論が行われるようになった<sup>7</sup>。そのことによってこの問題は、死生観の問題へと結びつけられることになったのである。この議論の過程において人の死を脳死とするのか、それとも三兆候死（心臓死）とするのかという二項対立的な図式が出来上がり、その決着を社会的合意に求めることになったのである。これが日本の陥ることになった「脳死問題」である。このように日本では主に「脳死問題」が議論の中心となってしまったことで、未だに「臓器移植問題」が正面から議論されないままとなっているのである。

以上日米における脳死・臓器移植問題のあり方の相違を、各々「脳死問題」と「臓器移植問題」として捉えてきた。米国が「脳死問題」を乗り越えることができたのは、死の問題を医学の領域に限定したからである。その際、脳死・臓器移植問題は図 1 のように整理されたといえよう。

縦軸には公的-私的、横軸には概念-処置という 2 つの軸を採る。まず縦軸における公的とは、この件に関して公の場において議論されるべき問題であり、私的とは個人的、個別的に問題となる部分である。また横軸における概念とは、この件に関して思想的又は法的側面において議論される問題であり、処置とは医学における具体的なプラクティスをめぐる問題である。

以上の 2 つの軸によって 4 つのセクションが創られる。この中で左上は脳死・臓器移植問題における法的及び社会システム上の問題が、右上は医学界における合意の問題が、右下は個別の医師における処置の問題が、そして左下は個人の死生観の問題が各々当てはまる。

米国においては脳死をめぐる人の死の問題は、右側の 2 つのセクション、即ち医学の領域に当てはまるものである、ということで整理された。ここで特に重要なことは、脳死をめぐる問題を左下セクションの個別の死生観

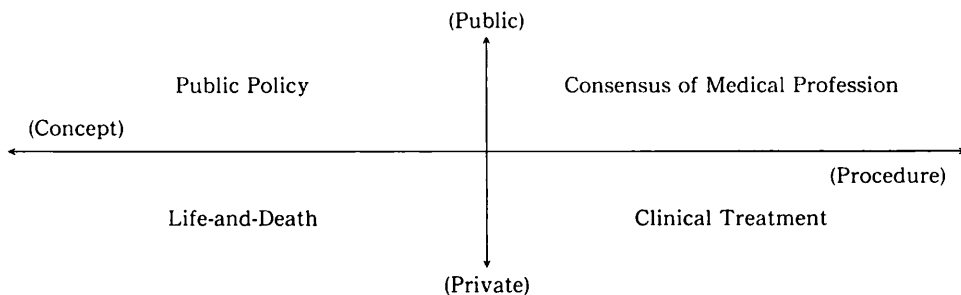


図 1 米国における脳死・臓器移植問題の整理

とは切り離れた点である。これによって米国では、日本のように人の死を巡って公と私の問題が混同されるような事態を回避することができたのである。死生観というものは本来、人によって異なる個別のものであり、社会において合意するものではないはずである（下村 1989: 113）。むしろ日本において叫ばれているような社会的合意というものが必要となるのは左上の公共政策としての「移植問題」である。米国はこの点に関しては大統領委員会 (President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research) が最終的な結論をだしたことで一応の決着がついた形となっている。

一方、日本の場合、医のプロフェッションが自らその態度を明確にすることなく、法律や行政に頼ることによって、図1で示された右側の2つのセクションが左上のセクションに融合することとなった。またその上で前述の通り左上のセクションが左下の個別の死生観にまで結びつくことになってしまったのである。その結果として日本における脳死・臓器移植問題は、図1で示した縦の軸や横の軸を引くことが困難となってしまった。ここでは米国のようにこの件に関する問題の整理そのものできない状況に陥ったのである。日本では脳死・臓器移植問題が、「人の死とは何か」を巡って医学、法律、行政、そして個人の死生観にまで跨った出口の見えない巨大な1つの「脳死問題」となってしまったのである。そしてこの日本に特徴的な「脳死問題」が、臓器移植の普及に大きく負の影響を与えていることを否定することはできない。実際にアンケート調査等の結果を見ても、日本で脳死からの臓器移植が進まない理由としては、「脳死の問題が解決されていないから」という項目が常に上位を占めている<sup>8</sup>。

そこで次には、日本において如何なるプロセスを経てこの「脳死問題」が構築されていくことになったのかその詳細を探ってみる。

## 4. 日本の「脳死問題」

### 4.1. 三兆候死の再確認

1967年12月に世界で初の心臓移植手術が行われたのをきっかけとして、心臓移植が世界的なブームとなった。そこで日本でもその準備の必要性が専門家の間において語られるようになった。当初は日本でも、死をめぐる問題は医学の領域の問題である、との法律家による意見が有力であった（唄 1978: 364, 植松 1966: 1; 1968: 60-64）。しかしここで米国などと比べて大きく異なっ

たのが、まず初めに脳死臓器移植に関わる法律を創ろうとした点である<sup>9</sup>。

しかしその矢先に和田心臓移植事件が起ったのである。和田心臓移植事件の影響は、医学及び法律の両領域において臓器移植の完全否定という形で現われた。医学の領域からは臓器移植は医療ではなく「人体実験」であるとのレッテルが貼られ、法律の領域においては、「人権問題」として取り上げられることになったのである。

しかしこの時点で注目すべきは、この事件を通して脳死そのものが十分に議論されたわけではなかったということである<sup>10</sup>。むしろここでは臓器移植への否定が定着することで、人の死というものを従来の一兆候死として捉えるという点が再確認されたることになったのである。

### 4.2. 脳死概念から脳死判定基準へ

臓器移植医療が完全に否定されることによって、臓器移植は社会の表面に現われることはなくなった。心臓移植は、「生きている心臓」を摘出するものであり、医学的には反省期にあり、法律的には人権の否定として捉えられることになった<sup>11</sup>。

しかし移植術とは別に、脳死の研究そのものは、医学の一部の領域において継続された。そこでは脳死という新たな臨床医学的現象を、医学的に明確にすることが求められた。脳死はまずその概念として「脳機能の喪失」が前提とされた。そのことから脳幹の働きと状態としての「不可逆性」とに焦点が向けられた。それは医学的に確認することが可能な対象としての脳波、呼吸、血圧という具体的な現象へと結びつくことになったのである。ここで脳死は、「脳が死んでいる」という抽象的な観念から医学的に具体的な現象へと絞り込まれていくことになった。

このような経緯を経て脳死の判定基準としての『脳の急性一次性粗大病変における「脳死」の判定基準』が日本脳波学会『脳波と脳死に関する委員会』から提出されることになった<sup>12</sup>。ここにおいて脳死は、医学的に判定が可能な具体的な現象となったのである。

### 4.3. 脳死判定基準から「死の定義」へ

脳死判定基準における「不可逆性」という特徴は、判定の際の検査が医学的に困難であることから現われてきたものである。ここでは判定のために時間軸が導入されることになった。本来は脳死の判定の基準として出された1つの特徴であったこの「不可逆性」ではあったが、

このような時間軸という概念の導入によって死という現象は1時点の出来事ではなく、「プロセス」であることが医の領域において認識されるようになった。すると脳死とは、死のプロセスの一時点であると捉えられるようになったのである。

このようにここで現われた「プロセス」という概念は、脳死を越えて死という現象そのものに適応されるようになった。その際に引用されたのが「固体の死、臓器の死、細胞の死」という3つの死の「プロセス」である(中村1974: 128)。死は一時点の出来事ではなく、まず固体の死が訪れ、次に臓器の死が起こり、最後に細胞の死に至るとこの3つの過程を経るものであるとされた。この段階から「プロセス」としての死という概念が普及しはじめたのである。するとこの「プロセス」においてどの時点をもってして人の死とするのが医の領域において問題とされるようになった。

このように脳死の判定基準は、本来は文字通り脳死を判定するための基準の1つでしかなく、「死の定義」に用いられるものではなかった。しかし「プロセス」という概念が導入されたことで、脳死をめぐる議論そのものが人の死を定義する議論へと転換することになったのである。また米国においては死という現象を、「生でないこと」と捉えたのに対して、日本では「人の死とは何か」という死そのものの定義を求めることになったのである。ここで日本の脳死・臓器移植問題は、人の死をめぐる問題となってしまったのである。

するとこの人の死をめぐる問題という観点から、脳死・臓器移植問題は単なる医学上の問題や法律上の問題では済まされず、個人の死生観にまで関わる問題として拡大されることになった<sup>13</sup>。その際に死の概念そのものも、それを捉える主体によって異なる3つのレベルに分けられることになった。医学における「生物的死」、法律における「法的死」、そして日常生活における「社会的死」がそれである<sup>14</sup>。死とはこの3つのレベルが重なり合った3重層として捉えられるようになった。これまでの三昧候による死では、この3つのレベルが一致していたが、脳死の出現によって死の認識のズレが生じるようになったのである。

このように脳死をめぐる問題そのものが人の死をめぐる定義の問題となることでこの問題を議論する主体そのものが拡大し、このことが上記の3重の死の概念を生み出すことになったのである。しかし概念としてはこの3つのレベルの死が述べられてはいたものの、それぞれのレベル内において死の概念というものが一致していたわ

けではなかった。また当然のことながらこの3つのレベル間における死の概念は、各々重なり合っているもの、全く一致するものではない<sup>15</sup>。そこで各レベル内、及び各レベル間において「死とは何か」に関する「合意」の必要性が叫ばれはじめたのである。

#### 4.4. 「社会的合意」の出現

死の問題を巡って「合意」が叫ばれ始めたが、それが「社会的合意」という概念として現われることになったきっかけは、筑波大胝・腎同時移植事件である。脳死に陥ったドナーは精神的な障害をもち、本人の意思表示が不明のまま臓器が摘出された。そこでこれは医師の患者に対する優越性によるものであるとの批判がなされ、このような医の独断を避けるために広く人々による「社会的合意」の必要性が叫ばれることになったのである。

また一方で治療問題としての生命維持装置の取り外し時期が問題視されるようになった。ここでは「脳死問題」と「尊厳死問題」とが、QOLをめぐる問題として同一線上で議論されることになった(保木1987: 29)。しかしQOLといえども生命に関しては全てを自己決定できるわけではないとの観点から<sup>16</sup>、ここでも「社会的合意」の必要性が叫ばれるようになったのである。

このように脳死をめぐる「社会的合意」は、いわば患者の自己決定の限界として現われることになったといえよう。確かに脳死状態の者は、その時点において自らの意思を表示することはできない。そこで脳死臓器移植においては、自己決定権が制約を受ける側面がある。それが筑波大胝腎同時移植事件をきっかけとした医師-患者関係とあいまって「社会的合意」の必要性として広まることになったのである。

この「社会的合意」は、前述した「生物的死」、「法的死」、「社会的死」の3重層のいわば一致を求めるものであった。しかしまず初めに「合意」の必要性が特に求められたのは、他の2つの死の概念の基盤となる医学の領域における「生物的死」であった。それまで医学における「生物的死」に関しても医師の間では「合意」がなく、死の判定が個々の医師に任せられ不統一であることが問題視されてきた。確かに日本脳学会による脳死判定基準は存在していたものの、医学界においてそれは単なる1学会によるものとの評価しか受けていなかったのである。ここで必要とされたのが国による「権威」であった(加藤1985: 46)。そこで厚生省『脳死に関する研究班』によって『脳死の判定指針及び判定基準』(竹内基準)が提出されることになったのである<sup>17</sup>。しかしこの中で

「死の概念に関しては改めて別の場所で討議されるべき」（町野 1993: 174）と述べられているように、ここでは脳死の判定基準が公的に明らかにされただけであり、「生物的死」をめぐる医師の「合意」が成立したわけでもなく、いわんや「脳死問題」が解決されたわけでもなかった。

しかし脳死に関する公的な基準がここで明らかにされたことで、「脳死問題」は新たな展開を向かえることになった。

#### 4.5. 「社会的合意論」の展開

前記『脳死に関する研究班』による竹内基準が提出されたことによって「脳死問題」は、人の死がこれまでの三兆候による死から脳死へと変更されることを認めるのか否かという議論へと向かうことになった。即ち「死の概念の変更」として脳死をめぐる議論がなされるようになったのである（加藤 1985: 43）。特に竹内基準をきっかけとして、脳死をめぐる「社会的合意論」が活発となった。ここでは「死の概念の変更」故に、人々の社会的合意がなければ、脳死を人の死と認めることはできないのであり、そのことにより脳死からの臓器移植ができないという議論が展開された。そこでこの社会的合意を確認するために各種の世論調査等が頻繁に行われた。しかし「社会的合意論」においては、社会的合意そのものをどのように確認するのか、そもそも社会的合意など存在するのか、といった社会的合意そのものをめぐる議論へとその対象が逸れてきてしまったのである。そのことから脳死をめぐる議論そのものに関しては、実のある議論がなされずにいた。

またこの「社会的合意論」の過程において、前述した文化的要因論となった日本人の国民性、死生観や宗教観が持ち出された。ここでは「息がある」、「暖かな体」という言葉によって日常生活における「社会的死」のレベルにおいて議論が活発となった。特に脳死とは「見えない死」である（中島 1985: 9）、という表現はその最たる例であるといえる。

脳死をめぐる「社会的合意論」が展開されているその最中、日本医師会は、脳死を人の死と認める見解を示した<sup>18</sup>。ここにおいて一応、医学における脳死への合意、即ち「生物的死」をめぐる合意は成立したといえよう。しかしそれに対して日本弁護士連合会は、脳死を人の死と認めることに関して反対の見解を表し、日本医師会との対立姿勢を示した<sup>19</sup>。このことを通して「脳死問題」は、三兆候死対脳死という二項対立図式が生まれることに

なった。特に「生物的死」が「プロセス」であるのに対して、「法的死」は一時点であることで両者は死亡時刻を巡り対立を強めることになった。

#### 4.6. 二項対立図式と「脳死問題」の棚上げ

「社会的合意論」における二項対立図式を解決する目的からも厚生省は『臨時脳死及び臓器移植調査会』（脳死臨調）を設け、脳死に関する公の認知を得ようとした<sup>20</sup>。脳死臨調でもやはり議論の中心となったのは、「臓器移植問題」ではなく「脳死問題」であった（市川 1989: 122）。しかし脳死臨調は当初のもくろみとは異なり、全会一致の見解を示すことはできなかった<sup>21</sup>。ここでは脳死を人の死と認める多数派と、それを認めない少数派とが分かれることになったのである。

脳死臨調を通じて三兆候死対脳死という二項対立図式は、解消されるどころか少数派對多数派という形でより鮮明にその対立点を明白にすることになった。これは後に法案として中山案（脳死肯定）と金田案（脳死否定）という具体的な形をとり、国会の場において対立することになった<sup>22</sup>。

脳死の問題は、三兆候死対脳死という二項対立図式のまま政治の場に持ち込まれることになった。しかし脳死を巡っては対立が存在していたものの、臓器移植に関してはさしたる反対論は存在していなかった。むしろ両者は、臓器移植を進めるにあたり法律が必要であるとの認識に関しては一致していたのである。そこで最終的には、法案の原文第6条第1項において「死体（脳死体を含む）」という表現を「死体（脳死した者の身体を含む）」に替えることで両者が妥協することになったのである。前者では脳死はあくまで人の死であるとされるが、後者では「身体」という生体を示す表現を用いることで、脳死≠人の死であると解釈することができることになったのである。

このように脳死に関してはあいまいな表現を用いることで『臓器の移植に関する法律』は1997年に可決されることになった。しかし「脳死問題」における二項対立図式は解決されたわけでもなく、脳死が人の死であるのか否かに関しても不明瞭のままとなっている。「脳死問題」は棚上げ状態にされているのである。この点が世論調査等を行っても脳死臓器移植が普及しない理由として、脳死問題の未解決が常に上位に挙げられていることとは無関係ではないといえよう。



## 5. ま と め

日本において脳死からの臓器移植が普及しない主要因の1つとして、社会問題としての「脳死問題」が解決されていない点がある。そしてこの「脳死問題」は文化的小および社会制度的な要因を背景に、社会問題として構築されていったといえよう。その際、初めは主に脳死の判定を巡り「生物的死」が医学の領域において問題化した。その後には公的な脳死判定基準が提出されると、これを巡り社会的合意の問題が顕在化した。そこでは主に「法的死」が議論された。しかしそれとともに社会的合意論を通じて日常生活における「社会的死」が問題となっていた。

「脳死問題」の構築過程においては、「死とは何か」→「脳死とは何か」→「脳死を人の死と認めることができるのか」→「脳死と三兆候死のどちらを人の死と見なすのか」というように問題そのものの焦点が具体化していったといえよう。しかしその一方で、議論の対象領域そのものは逆に拡大していった。米国においては、問題が具体化されるとともにその対象領域も整理され、絞られていった。脳死・臓器移植問題において死の定義やその判定に関しては医の領域における合意と現場の医師の判断、移植をめぐる公的な問題、主に法的な問題は公共政策として、そして死生観に関しては個人の問題とされたのである。それが図1で示した4つの領域である。それに対して日本では、問題そのものは具体化していったものの対象領域に関しては拡大するだけであった。そこから生じるようになったのが「社会的合意論」であった。

日本において脳死からの臓器移植が普及しない要因としては、これまで主に文化的要因や社会制度的要因が語られてきた。しかしその直接的な要因は、社会問題としての「脳死問題」であり、そこから生じるようになった既存の死の概念としての三兆候死対新たな死の概念としての脳死という二項対立図式であった。脳死が既存の死の概念と対立するものと捉えられたことによって、「脳死問題」は社会全体における既存の価値体系の変化を要求する重大問題となってしまったのである<sup>23</sup>。それ故、日本における脳死臓器移植の普及には、この二項対立図式を乗り越える新たな概念枠組みの提示が不可欠であるといえよう。

## 【註】

<sup>1</sup> 臓器移植希望者の内訳は、腎臓が13,237名、心臓が46名、肺が22名、肝臓が34名、脾臓が29名、小腸が1名

である（日本臓器移植ネットワーク HP）。

<sup>2</sup> 法的には、脳死の状態を生きているものとした場合は、ここからの臓器（特に心臓）の摘出は殺人罪の可能性が生じ、また脳死を死んだものとした場合も、死体損壊罪の可能性が生じる。

<sup>3</sup> 米国の社会において臓器移植が人々の間で認知を得ようになった1つの理由として、臓器移植をめぐる事件を通して、それが司法の場において十分に議論され、その過程で医師がその正当性を獲得していった点をあげることができる。この点は日米における大きな相違である。この両国間の差は法の制度の違いから生じたものとも思われる。米国が司法の場において判決を出し、それが積み重なって法律となる判例法であるのに対し、日本の場合は初めに法律を決めておいて、司法はそれに照らして判決を行う制定法であるというのが大きな相違である（金澤1988: 36）。

<sup>4</sup> しかし現実の問題としては、他にも保険の支払いも含めた医療費の問題、ドナーの家族へのケア問題、子供の脳死判定や臓器移植の問題などを挙げることができるが、ここではその中の1つとして社会問題としての脳死・臓器移植問題を取り上げる。

<sup>5</sup> キャプロンは、死の概念を以下の4つのレベルに分けたキャプロン=カスモデルを提示した（Capron and Kass, 1972 (=1988), 276）。

①基本的概念あるいは観念（the basic concept or idea）

②一般的生理学的基準（general physiological standards）

③操作上の基準（operational criteria）

④特定のテストあるいは手続き（specific tests or procedure）

この中で③と④のレベルは医学的基準であり医師が決めるものであるとした。また①のレベルは哲学的概念であり、公での議論からは除かれるとされた。むしろ公の場において明らかにしなければならないのは②のレベルであることをキャプロンは指摘したのである。

<sup>6</sup> 米国における「臓器移植問題」の中でも代表的なものは、提供臓器の不足問題である。その為、米国の各州では、脳死患者が現われた場合に医師はその家族に対して臓器提供の意思を確認しなければならないとする趣旨の臓器提供意思確認法（Required/Request Laws）が制定されるようになった。

<sup>7</sup> 日本とは対照的に、米国では脳死臓器移植に関する議論は主に専門家の間で専門誌上において行われ、一般の人々の間において議論され始めたのはむしろ臓器移植が普及した後であった（Lock 1996: 144）。

<sup>8</sup> 例えば朝日新聞による世論調査の結果によると、日本において脳死からの臓器移植が進まない上位3つの理由として、1位-脳死が受け入れられていない（45人）、2位-死後の体を傷つけない（39人）、3位-法律の条件が厳しい（31人）が挙げられている（朝日新聞 1998年10月13日）。また筆者が医療関係者約2,300人に対して行ったアンケート調査でも、24.2%が日本で脳死臓器移植が進まない理由に脳死問題の未解決を挙げている。

<sup>9</sup> この役割を担ったのが「臓器移植法制定準備委員会」であり、日本移植学会の発議によるものであった。しかしこの委員会には法律家や厚生省の職員が含まれており、専門職集団としての医学者の集まりとしてこの問題に取り組むというものではなかった。むしろ当初から移植医療に関しては、事前に法律を決めておいてもらい、その上で医師が安心して臓器移植をしたいということであった。

<sup>10</sup> 和田心臓移植事件で問題となったのはレシピエントが脳死であったかどうかではなく、心臓の摘出時に心臓の拍

- 動が残っていたか否かであった。検査はあくまで三兆候死を前提として捜査を行ったのである
- 11 実際、当時の心臓移植の成功率は、1ヶ月生存率が28%程度であった。
- 12 この判定基準によれば脳死とは、「深昏睡、瞳孔散大、呼吸停止、血圧低下、脳波平坦、6時間状態の変化なし」という兆候を意味するとされた。「深昏睡」と「瞳孔散大」が「脳幹」（機能の喪失）に、「呼吸停止」が「呼吸」に、「血圧低下」が「血圧」に、「脳波平坦」が「脳波」に、「6時間状態の変化なし」が「不可逆性」に対応するものであった。
- 13 特にこの際、ジャーナリスト（例えば立花隆氏）などによるマス・コミ等の一般の人々に対する影響は大きかったといえよう。
- 14 ここで挙げた3つの死の概念は唄(1983: 18)を参考にした。
- 15 3つのレベルにおける死では、各々そこで問われる観点が異なっている。「生物的死」においては脳死判定の客観性が、「法的死」においては既存の法体系との整合性が、そして「社会的死」においては価値判断が問われた。
- 16 自らの生命全てに対して自己決定権を認めてしまうと、極論として自殺までも認めてしまうことにもなる（澤登1988: 42）。
- 17 内容的には日本脳死学会の基準を踏襲したものであった。
- 18 日本医師会生命倫理想談会『脳死及び臓器移植についての中間報告』（1987）及び『脳死及び臓器移植についての最終報告』（1988）
- 19 日本弁護士連合会『日本医師会生命倫理想談会「脳死及び臓器移植についての中間報告」に対する意見書』（1997）及び『日本医師会生命倫理想談会「脳死及び臓器移植についての最終報告」に対する意見書』（1998）
- 20 脳死臨調は米国の大統領委員会をモデルとしているが、その内容はかなり異なるものであった。その中でも最も顕著な相違は、大統領委員会では審議が全て公開されていたのに対して、脳死臨調では原則非公開であった点である。
- 21 臨時脳死及び臓器移植調査会答申『脳死及び臓器移植に関する重要事項について』（脳死臨調最終報告）（1992）
- 22 法案の提出から可決までの政治的な活動に関しては加藤（1999）に詳しい。
- 23 米国では、既存の三兆候死も脳死も同一の死の概念として捉えられ、脳死によって既存の死の概念が変更をもたらすとは捉えられていない。むしろ死の判定方法が新たに付け加わったものとして捉えられた。
- ＜参考文献＞
- Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School 1968 A Definition of Irreversible Coma, *JAMA* Vol. 205, No. 6: 85-88
- 秋山暢夫 1991 『臓器移植をどう考えるか』講談社ブルーバックス
- 唄 孝一 1978 「医療問題」『現代の社会問題と法』（野村好弘、宮沢浩一、唄孝一編）329-457 筑摩書房
- 1982 「続・『死』に対する医事法的接近(4)」法律時報 Vol. 54, No. 4: 69-77
- 1983 「『脳死論』の当面する諸問題」『自由と正義』Vol. 34, No. 7: 14-23
- Capron, A. M. & Kass, L. R. 1972 A Statutory Definition of the Standards for Determining Human Death: An Appraisal and a Proposal, *University of Pennsylvania Law Review* 121 「死の決定基準の法制的定義」森岡正博（訳）『バイオエシックスの基礎』加藤尚武、飯田巨之（編）東海大学出版会 1988: 275-288
- 福本英子 1987 「脳死と臓器移植」『技術と人間』Vol. 16, No. 5: 90-97
- 保木本一郎 1987 「臓器移植とバタナリズム」『ジュリスト』No. 882: 29
- 市川 浩 1989 「西洋人、日本人の脳死観」『技術と人間』Vol. 18, No. 7: 121-127
- 石原 明 1984 「脳死論に関する一試論」『ジュリスト』No. 826: 78-85
- 1997 「臓器移植の法律問題」『医療と法と生命倫理』: 185-299, 日本評論社
- 金澤文雄 1988 「脳死及び臓器移植」『ジュリスト』No. 904: 35-37
- 加藤英一 1999 「党議拘束外しのパラドックス—臓器移植法の成立を巡って—」『社会学年報』第28号: 123-142
- 加藤一郎 1985 「脳死の社会的承認について」『ジュリスト』No. 845: 43-49
- 1988 「脳死問題・社会的合意は蟹気様だ」『文芸春秋』1988年4月号: 106-115
- 小西熱子 1985 「医療被害者からみた脳死と臓器移植」『技術と人間』Vol. 14, No. 9: 120-123
- Lock, M. 1996 *Deadly Disputes: Ideologies and Brain Death in Japan, Organ Transplantation*. Youngner, S. J., Fox, R. C. (eds.): 142-167, The University of Wisconsin Press.
- 町野 朔、秋葉悦子 1993 『脳死と臓器移植（第2版）』信山社
- 村上瑛一 1993 「日本人の宗教観と臓器移植」『日本医事新報』No. 3618: 63-66
- 中島みち 1985 『見えない死』文藝春秋
- 中村 隆 1974 「死を考える—1 内科医の手記」『日本医師会雑誌』Vol. 71, No. 2: 126-133
- 波平恵美子 1990 『脳死・臓器移植・がん告知』福武書店
- 棚島次郎 1991 『脳死—臓器移植と日本社会—』弘文堂
- 太田和夫 1994 「わが国における臓器移植の現状と課題」『外科治療』Vol. 70, No. 1: 25-29
- President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research 1983 *Final Report on Studies of the Ethical and Legal Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research*.
- 澤登俊雄 1988 「脳死および臓器移植」『ジュリスト』No. 904: 42-44
- 島田輝子 1988 『生命の倫理を考える』北樹出版
- 下村正明 1989 「脳死臨調をどう考えるか」『技術と人間』Vol. 18, No. 11: 110-115
- 信楽峻磨 1989 「仏教者から見た脳死」『技術と人間』Vol. 18, No. 3: 50-59
- 植松 正 1966 「特別講演 臓器移植に関する法律問題」*Japanese Journal of Transplantation* Vol. 2, No. 2: 1
- 1968 「心臓移植・死体損壊・死の判定」『ジュリスト』No. 407: 60-64