

## 脳死説は安楽死・・・

黒田敏夫

### (1)

安楽死はラテン語でeuthanasia, ドイツ語ではEuthanasie, 「オイタナジー」という。その意味は「美しく尊厳的な死」、「幸せな品位ある死」、「苦しみなき速やかな死」等を表す。

現代的な意味での安楽死の問題は19世紀終わり頃からモルヒネが鎮痛剤として使われるようになり生じた。モルヒネの連用により、患者が中毒になり、人格が完全に崩壊され、ただ寝たきりの植物状態になってしまった。そこで医師は患者本人が希望するなら、早めに多量のモルヒネを注射して安らかに死んでもらえたらどうだろうか考えるようになった。このような動機から、イギリスで医師たちによって、安楽死を合法化しようとする運動が起こった。1935年にはVoluntary Euthanasia Society (任意安楽死協会) ができ、1936年にはVoluntary Euthanasia Legalization Bill (任意安楽死合法化法案) をイギリス上院に提出した。しかし、医師の仕事は患者の生命を引き延ばすことにある、安楽死を公認すれば乱用される、という理由で35対14で否決されてしまった。

安楽死合法化運動は第二次世界大戦中におけるナチス・ドイツの集団虐殺によって一時中断された。1938年頃、ライプチヒの大学小児病棟に、先天性奇形の赤ちゃんが入院していた。赤ちゃんのお父さんかおばさんの依頼で、ヒットラーは自分の侍医を派遣し、赤ちゃんを安楽死させた。これが契機となり、先天性奇形児の出生の届け出が義務づけられ、審査の結果、生きるに値しないと認められた赤ちゃんは安楽死させられた。更に、1939年にはナチスは治る見込みのない患者の届け出の義務を医療施設長に負わせた。その実

態は精神病患者であった。戦時中は何の役にも立たないと考えられた彼らは一人一人麻薬をうたれ安楽死させられた。次に考えられたのは、能率的に安楽死させる方法で、それは青酸ガスによる集団安楽死であった。それは世間に知られるところとなり、1941年8月にヒトラーは中止命令を出した。しかし、この施設はアウシュビッツに移され、今度はユダヤ人抹殺の手段に使われたのである。その時代、その社会の合理的価値観から意味のない生を判断することから安楽死の問題や悲劇が生じたことがよく分かる。ナチス・ヒトラーのこの事実は安楽死論理の問題点を顕在化したとは言えないだろうか。

(2)

第二次世界大戦中のナチスによる強制的安楽死は安楽死合法化運動に水を差し、戦後も長く暗い影を落とし続けた。第二次世界大戦後は抗生物質の発見、普及、人工呼吸器「レスピレーター」の開発、完全栄養輸液が可能となり、延命技術が急速に発達した。これらにより、1960年代は従来なら死んでいた患者が、回復はしないが、死にはしないという植物状態（この時期は脳死との区別はまだない）のまま生き続けた。安楽死合法化運動もこの植物状態の問題に取り組まざるを得なくなる。戦後の安楽死合法化運動は、アメリカにおいて、より著しい発展を示す。1960年代前半までは、あまり大衆の関心を引かなかったが、1967年の「生者の意志 (Living Will、リビング・ウィル)」を宣言する運動に方向転換すると、その運動は急速に広まって行った。リビング・ウィルは「肉体的もしくは精神的な能力からの回復に、確実な見込みがないときは、私に死が許され、人工的処置または特別の処置によって、無理な延命をはからないことを願う……投薬は、たとえそれが死期を早めようとも、痛みをやわらげるため、同情して施して欲しい……」というようなものである。このように安楽死は息も絶えんばかりに苦しむ患者に同情して安楽死を施す「慈悲殺 (mercy killing)」から「品位ある死」、「自然な死」、「尊厳ある死」を求める、いわば「死ぬ権利 (Right to die)」の問題として論議されるようになった。

この議論が世間一般に広く知られるようになったのは「カレン事件」である。1975年4月15日、当時21才のカレン・アン・クインラン (Karen Anne Quinlan) は友人とパーティーをしているとき、ジン、アスピリン、精神安

定剤などの入ったカクテルを飲んだあと、突然昏睡状態に陥ってしまった。病院へ運ばれたカレンは人工呼吸器につながれ植物状態が続いた。カレンの父親は、意識を失い、ただ眠り続けている娘を哀れに思い、せめて「自然に死なせてやりたいので、人工呼吸器を外して欲しい」と病院に要求した。病院はそれを拒否し、裁判で争うことになり、結局、脳死ではない、ということで父親は敗訴した。しかし、父親はニュージャージー州の最高裁に「人工呼吸器を取り外すこと」に論点を絞り上告した。1976年3月31日に全員一致で人工呼吸器の取り外しが認められた。判決が出た後、病院は三週間かけ自発呼吸のテストをしながら、完全に人工呼吸器を外した。父親は人工呼吸器のないナーシングホーム（養護院）に転院させ、病院では栄養輸液であったが、チューブで栄養補給できることがわかった。人工呼吸器を外すと死ぬであろうと思われていたが、その後、10年間眠り続け、ついに1985年6月11日、満31才で永遠の眠りについた。カレン裁判の判決を契機にして、アメリカの多くの州で、「人工呼吸器に頼らない自然死を願う」、「自然の限界を超えて生命を引き延ばすことを拒否する」、「自然死法（Natural Death Act）」とそれに類する法が誕生した。現在、アメリカの安楽死合法化運動は、「安楽死」から「尊厳死」、「死ぬ権利」の問題へと表面上、方向転換されている。

「生命の尊厳（Sanctity of life）」が叫ばれると、「延命」が問題になる。しかし、機械によって非人間的にただ量的な時間を生かさ続けられるより、「生命の質（Quality of life）」を重んじ、自然な死、人間的な死を望んだところに「安楽死」の問題が生じているといえる。ところで、これは私たちの生命のうちに「生きるに値しない生命」の存在を認める思想である。ここに隠された畏があるように思える。英米で安楽死合法化運動は発展していくのであるが、この長年の大衆運動があったからこそ、脳死説や臓器移植を促進させていったといえる。国家がらみの上からの啓発運動ではなく、下からの一般大衆の運動があったからこそ社会的合意ができていったのである。しかし、この普及の背景には功利主義の考えが大きく影響していると思われる。それはベンサム「最大多数の最大幸福」という言葉で表される「功利性の原理（the principle of utility）」に基づいた考えであり、幸福（快）を増大する結果が有用な意味をもつという合理主義的思想である。その思想の延長線上にプラグマティズムの哲学がある。知識は道具であり、生活に対する「有用性」ということがその目的である、と考える。安楽死思想のいう「安

楽」の概念は、功利主義の「幸福（快）」と同じ論理であるように思える。

(3)

日本における安楽死についての論議を眺めてみよう。安楽死合法化を推進する人達は、1962年（昭和37年）12月22日の名古屋高等裁判所の判決を高く評価する。……父親が脳溢血でたおれ、3年後に再発し全身不随となった。食欲は減退し、激痛を訴えるようになり、息も絶えんばかりに悶え苦しみ、「早く死にたい、殺してくれ」と父親は叫んだ。その苦悶の様子を見かねた息子はその依頼に応じて、牛乳に有機燐殺虫剤E・P・Nを混入して父を死亡させた。第一審の判決は尊属殺人事件として懲役3年6カ月を言い渡した。しかし、名古屋高裁はその判決を破棄し、自殺関与の嘱託殺人罪（刑法第202条）を適用し、懲役1年、執行猶予3年を言い渡した。これは驚くべき寛大な判決であり、被告人に対し同情的な事実認定であるとして、推進派は評価した。日本の安楽死合法化運動はこの判決を基準にして①不治の病に冒され、死が目前に迫っていること、②病者の苦痛が甚だしく、何人も見るに忍びない程度のものなること、③もっぱら病者の死苦の緩和の目的でなされたこと、④病者の意識がなお明瞭であって、意思を表明できる場合には、本人の真摯な嘱託又は承諾のあること、⑤医師の手によることを本則とし、これにより得ない場合には医師によりえない首肯するに足る特別な事情があること、⑥その方法が倫理的にも妥当なものとして認容しうるものなること、<sup>(1)</sup> 以上のようなこれからの合法化運動の道標を得た。安楽死運動はこれらの要件を満たせば、積極的安楽死<sup>(2)</sup>も違法ではない、合法化されるべき、と考えている。世界的傾向として、積極的安楽死はまだまだ批判が強いので、まずは消極的安楽死<sup>(3)</sup>の立法化を当面の目標としている。その内容の概略は①治る見込みのない難病の治療をやめること、並びに他の人工的延命装置の中止、②回復見込みのない意識不明（6カ月以上）の人為的な延命処置の中止、③本人または本人が意識不明の場合は最近親者の強い要望によること、である。このような安楽死の合法化を目指して1976年1月に「日本安楽死協会」が誕生した。初代会長は太田典礼である。「安楽死」という言葉はナチスによる強制的安楽死（殺人）を連想するので、その名称は1983年8月に「日本尊厳死協会」とかえられた。ここで忘れてはならないのは、この運動の出発点が

そうであったように、この発想の延長線上には「積極的安楽死」があることである。

最近の「積極的安楽死」の事件をみてみよう。1991年4月13日に東海大付属病院で、痛みを苦しむ末期ガン患者58才に対して、主治医（34才）が、患者の家族からの「早く楽にさせて欲しい」という再三の要請により、心臓麻痺を引き起こす塩化カリウムという薬物を静脈注射して、患者を安楽死させた。この医師は4月25日付けで懲戒解雇された、という記事が新聞に載った。日本尊厳死協会はマスコミのインタビューに答えて、このような積極的安楽死は決して認められない、と語っていた。しかし、そうだろうか。尊厳死協会の積極的安楽死もこの東海大付属病院の積極的安楽死も論理的には同じに思える。

1991年11月17日のサンデー毎日によると、この事件が違ったトーンで取材されている。……4月13日には患者は昏睡状態にあり、いかなる刺激に対しても反応しない、苦痛を訴える体ではなかった。長くても「一兩日」の生命だった。13日の朝、医師は人工呼吸器や点滴セットなどの生命維持装置を外し、栄養などを送り込むチューブを抜く「抜管」を行った。ところがその夜、患者の家族から「早く楽にして下さい。早く連れて帰りたい」と強く懇請を受け、死期に追い討ちをかける心停止を起こす薬剤を静脈注射した。患者は数分後に死亡した……（記事の内容の要約）。これは最初に人工的な生命維持装置を取り外す消極的安楽死が施され、後に更に積極的安楽死（静脈注射をする）が施されたことになる。後者の行為が医師にあるまじきこととして懲戒解雇されたのである。勿論、日本では前者の消極的安楽死も合法化されていない。しかし、消極的安楽死は日本でも患者の家族と医師の同意において施されていると聞く。とすると積極的安楽死に近い処置も全く施されていないとはいえないかもしれない。患者が一兩日の内に死ぬのが確実なら、この一兩日の時間は、患者の家族にとっても、医師にとっても無意味な時に思えたのであろう。人間が人生の最後に陥る昏睡は全く意味のない眠りであろうか。

(4)

安楽死は「合理主義的発想に支えられて、他者の生命を意識的に死の方向

にコントロールしようとする行為 (Hilfe zum Sterben)』<sup>(4)</sup> であると定義される。合理主義的発想によって判断される「生きるに値しない生」、ここでは特に「人格の尊厳」を強調する「尊厳死」について少し考えてみよう。「尊厳死」の思想の基礎になっている人間観は「人間は理性と自由意志をそなえたものとして何よりもまず人格である。自己の生存や行為の意味を理解し、自由に自己のあり方を選びとることができる。技術をもって自然に働きかけ、これを自らの考えに従って変えていくことができる。言葉を用い、社会関係のなかに生き、学習し、諸価値を追及し、その実現をめざして努力することができる。このように意識をもち、高等な精神諸活動ができ、“うまく”そして“よく”生きていくことのできる自由な存在であるゆえに、人間は他の諸事物、諸生物に見られない尊厳をそなえている。

したがって、人間の生命はただ生命であるがゆえに価値をもつのではなく、ひとえにこのような精神的・人格的すなわち人間的生がそこに実現しているがゆえに意味をもち、尊重されるに値するということになる。胎児や乳幼児も現時点においてこそ意識はないが、少なくとも将来、精神的・人格的生を実現していく可能性があり、その能力をもちかぎりにおいて可能態における人間と見られる。それゆえ現実においても可能態においても、人格性をもたず、単なる生物学的生命にすぎない肉体は、その外形がいかなるものであれ尊厳も伴っていないし、特別の価値もふくまれていない。それは人間ではないのである。」<sup>(5)</sup> というものである。人間としての尊厳をもたない非人格的生命とは重度の痴呆症の老人、植物状態、脳死状態の患者、重度の精神病患者、重度の異常新生児等が考えられている。従って、「尊厳死」の問題は必然的に「死ぬ権利」、「死なす権利」の問題に及んでいく。しかし、問いたい。人間の生命の価値は「意識能力」、「人格性」にあると考えて本当にいいのだろうか。近代以降、確かに人間の合理主義的精神が重んじられ、科学が急速に発展し、物質的な生活のレベルは上がってきたといえる。だが経済的利潤のみを追及し、効率主義に支配された合理主義精神は人間生命の価値を正しく理解し、評価しているといえるだろうか。

次に自殺について考えてみたい。自殺は安楽死ではないが、両者の論理には多くの共通点がある。また、自殺に対する社会的評価が変わってくると安楽死に対する社会的評価も変わってきたという事実がある。①自殺は、何らかの合理的判断により自らの生に生きる意味を見失い、②自らの意思により

(自殺者の心理は多種多様であり、様々な原因を考えなければならないが)、③なるべく苦しみを伴わないと思われる方法がとられる等の安楽死との共通点が考えられる。キリスト教では生命は神によって与えられたものなので、それを人は奪ってはならない。勿論、自らの生命についても同様である。キリスト教社会で自殺が犯罪であると考えられるようになったのは、ローマ帝国がキリスト教を国教とした頃(A. D. 313年)と言われている。自殺者とその死体は罰せられた。街中を引きまわされ、汚名をきせられ、財産は没収されたりした。最近まで、カトリックは自殺者の埋葬を拒否していた。イギリスでは1870年に自殺者の財産没収が廃止され、1961年によりやく自殺法が廃止され、自殺者は罪人でなくなった。イギリスやアメリカにおけるリビング・ウィル(生者の意志)の運動の急速な発展もこの自殺法廃止によるところが大きい。しかし、自殺が法的に認められ、個人に自己の生命の生死を選ぶ権利(自己決定権)が認められたわけではない。

人間は自由意志をもち、自ら考えて行動する個的存在である。自己の尊厳性を自ら破壊してしまう自殺は、自己矛盾の行為である。自殺は自己決定権の下に正しい判断力によって下された行為であるとは思われない。自殺未遂体験者のアンケートによると、未遂者の約80%の者が「助けられて良かった」と述べている。<sup>(6)</sup>リビング・ウィルに示された患者の同意も依頼も死ぬ瞬間まで同じであるかどうかは疑問である。

人間は社会的存在である。共同体の一員として、他者との関係のなかにおかれている存在である。自己が自分自身の存在の意味づけをすること以外に、社会が自分の存在の意味づけをするという側面をもつ。生命の所有権が自己にあるという自己決定権とは別に、生命の所有権を社会がもつという意味も生まれる。それは国家が徴兵制や戦場へ派兵をする権限をもつということではなく、社会は個人の生命を守らなければならないということである。個人が社会的に生きる意味を見失ってしまったなら、その人個人の問題と共に社会の構造、社会の在り方が問い直されなければならない。安楽死の問題が絡むと、国家は生命の所有権をもつか、ということは悲しい問題的状况を生む。社会的存在として、みんなに迷惑をかけるだけで生きる価値がないと絶望し、安楽死を依頼する「放棄死」、社会の繁栄にとって有害であるとして安楽死させられる「淘汰死」などが生まれる。個人の権利として自己決定権が議論されるが、国家の権力にくらべると、個人ははるかに弱いものであり、「放

棄死」、「淘汰死」においては、個人をそこまで追い詰めていく社会の在り方がまず考えられなければならない。

(5)

安楽死思想は「人間の尊厳性」について正しく理解しているだろうか。「人間の尊厳性」について深く洞察し、ヨーロッパ社会に大きな影響を与えたカントの思想を中心に少し見てみよう。人間は個的存在として、それ自身が「尊厳 (eine Würde)」をもつ。カントは「人格 (Person)」の尊重が、あるべき行為の根底に置かれるべきだと考える。カントにおいては、理性が自らに課した道徳律「汝の意志の格率が常に同時に普遍的立法の原理として妥当し得るように行為せよ。(Handle so, dass die Maxime deines Willens jederzeit zugleich als plinzip einer allgemeinen Gesetzgebung gelten könne.)」<sup>(7)</sup>に自らがしたがう「自由 (Freiheit)」が「自律 (Autonomie) の自由」と呼ばれる。これは現在のバイオエシックスでいわれるところの「自己決定権」の考えにつながるものである。カントの「自律の自由」の論理的延長線上に「自己決定権」があるわけではないが思想史の流れの延長線上にあるといえる。

人間は自己の生命の生死を選ぶ権利として「自己決定権」をもつかどうかは疑問である。自己の生命は神に属するのか、自己自身に属するのか、国家に属するのか、と問うことができる。生命は与えられたもの、直接には自己の管理下にあり、国家はこれを守るために存在すると考えるべきであろう。

カントの道徳律の第一の派生形式は「汝の行為の格率が汝の意志によって、普遍的なる自然法則となるべきであるかのように行為せよ。(Handle so, also ob die Maxime deiner Handlung durch deinen Willen zum allgemeinen Naturgesetze werden sollte.)」<sup>(8)</sup>である。これは意志の格率が「普遍性」をもつことが要求されていることを示す。その例として、カントは自殺について次のようにいう。「ある人が、重ねがさねの不幸に打ちひしがれてついに絶望状態に陥り、生きることさえ物うくなりはしたものの、それでも自殺は自分自身に対する義務に背きはしまいかと自問するだけの理性をまだ残しているとする。そこで彼は、自殺という行為の格率がよく普遍的法則になり得るかどうかを調べてみる。彼の格率というのはこうである、——『生

命をこれからさき、しばらく延ばしてみたところで、それは私に安楽を約束するどころか、もっとひどい不幸が私の生を脅かすとすれば、私は自愛の念から自分の生命を絶つことを私の行為の格率とする。そうすると次の問題は、この自愛の原理が、よく普遍的自然法則になり得るかかどうかということだけである。すると次のことが直ちに明らかになる、——感情の本分は生の促進を図るにある、それなのにこの同じ感情〔自愛の念〕によって生命そのものを傷害するのが自然法則だとすれば、自然は自己矛盾に陥り、もはや自然として存立し得ないであろう、それだから上掲の格率は、普遍的自然法則として通用し得ないし、従ってまたまた義務の最高原理にまったく反することになる。」<sup>(9)</sup> このようにカントの人格の尊厳性の考えからは安楽死や自殺を肯定する考えは出てこない。つまり、人格の尊厳性や理性を重んじる思想から安楽死思想は生まれえない。安楽死思想は功利性や経済効率を重んじる合理主義から生まれてきたといえるだろう。

(6)

死の定義や死の判定法について、現在の法律は何も触れていない。ただ、死に関する記述は厚生省令42号「死産の届出に関する規程」に「……死産とは妊娠第4月以降における死児の出産をいい、死児とは出産後において、心臓搏動、随意筋の運動及び呼吸のいづれをも認めないものをいう」とあるのみである。法的な死の定義づけはないが、死の判定法として、「三徴候説」が社会通念としても法律上も認められている。「三徴候説」とは①呼吸の不可逆的停止、②脈拍の不可逆的停止、③瞳孔散大の三つの現象によって、肺、心臓、脳幹機能の停止を確認するものである。脳幹機能が停止すれば呼吸中枢が動かなくなり、心臓も止まる。心臓が止まれば血液が流れなくなり、各細胞の壊死が進んでいく。つまり、三徴候による判定は全細胞の死による生命現象の終わり（器質的な死）を確認するのではなく、これらは生命現象を支える代表的な機能であり、これらが停止すれば生命現象はやがて終わることを表している。この判定法は医学的に判断しやすく、医師のみでなく居合わせた人にも分かる「見える死」であり、社会的合意を得た方法である。

第二次世界大戦が終わると医学は急速に進歩した。抗生物質が普及し、1950年代になると長期間使用可能なレスピレーター（人工呼吸器）が開発さ

れ、1960年代には炭水化物、蛋白質、脂肪にビタミン等を加えた栄養輸液を静脈から補給することが可能になった。

脳幹機能が喪失すれば呼吸中枢の機能が止まり、心肺機能も停止し、死に至る。しかし、レスピレーターによって呼吸機能を代替すれば生命を維持できるようになった。基本的にはこのようにして「脳死」状態が生じた。ところで脳は運動、知覚、言語、記憶、情動等の中枢をなす「大脳」と体の姿勢、つりあい、運動の調整等を司る「小脳」、血液循環、呼吸中枢、血管運動、対光反射等を司る「脳幹」からなる。「脳死」とは「不可逆的な脳機能の喪失」をいう。「脳死」の概念は必ずしも一定ではなく、イギリス等は「脳幹死」（脳幹機能の不可逆的な停止）の立場をとっている。勿論、これは新鮮な臓器を必要とする臓器移植にとっては好都合である。日本は「全脳死」（大脳半球、小脳、脳幹を含むすべての脳髄機能の不可逆的喪失）の立場をとっている。「脳死」とよく間違われるのは「植物状態」である。これは既述したカレン・アン・クインランのように生命を維持する脳幹の植物機能は残っている状態であり、昏睡状態であっても心肺機能は正常で自発呼吸が可能である。脳死状態では自発呼吸はできない。

南アフリカのバーナード博士によって世界初の心臓移植が行われたのは1967年で当時はまだ明確な「脳死」概念はなかった。1968年8月7日には不透明な様々な疑惑を残した札幌医大の和田教授による心臓移植が行われた。<sup>(40)</sup> その後は、今なお心臓移植は行われていない。「脳死 (brain death)」という表現は1968年になってやっと我々の目に触れるようになる。この年に、ハーバート大学で世界で初めて「脳死判定基準」がつくられた。

日本では1974年に日本脳波学会の次のような判定基準が作られた。

#### 日本脳波学会の判定基準

対 象	急性一次性の脳の粗大病変
判定基準	①深昏睡 ②両側瞳孔散大、対光反射および角膜反射の消失 ③自発呼吸停止 ④急激な血圧低下とそれに引き続く低血圧 ⑤平坦脳波 ⑥以上の条件が満たされた時から6時間後まで継続的に条件が満たされている

そして1985年には厚生省研究班による次のような脳死の判定基準が作られた。

厚生省研究班の判定基準

- 対 象 一 次 性 及 び 二 次 性 の 脳 障 害 。 6 歳 未 満 の 乳 幼 児 、 急 性 薬 物 中 毒 等 を 除 く
- 判 定 基 準 ① 深 昏 睡 ② 自 発 呼 吸 の 消 失 ③ 瞳 孔 が 固 定 死 、 瞳 孔 径 が 左 右 と も 4 ミ リ 以 上 に なる ④ 対 光 反 射 、 角 膜 反 射 、 毛 様 脊 髄 反 射 、 眼 球 頭 反 射 、 前 庭 反 射 、 咽 頭 反 射 、 咳 反 射 の 消 失 ⑤ 平 坦 脳 波 ⑥ 以 上 の 条 件 が 満 た さ れ た 後 、 6 時 間 経 過 を み て 変 化 が ない 。 二 次 性 脳 障 害 、 6 歳 以 上 の 小 児 で は 6 時 間 以 上 観 察 す る

これらの判断基準がどのように変わったかという、①判定対象が一次性急性粗大病変に限定されていたのが、二次性病変まで含む様に拡大された。②対象患者の年齢が15歳以上に限定されていたのが6歳以上に拡大された。③血圧降下が除外された。このように判定基準は以前のより緩いものになった。素人の私達は専門的なことは全く分からない。だからこそ納得のいく客観的な判定基準が示され、その変更の根拠が十分に説明されなければならない。更にこの厚生省の研究のメンバーは当初8人のうち2人が移植推進医であった。これも私達を納得させるものではなかった。

現在、移植医たちは臓器移植の一刻でも早い再開を切望している。1990年2月には東大医科学研究所の肝臓移植グループが、7月には大阪大学医学部の心臓移植グループ等が各々の大学の倫理委員会の承認を得ている。他の大学や民間の病院も倫理委員会を設け、移植へ向け準備を整えている。1992年1月22日政府の脳死臨調（臨時脳死及び臓器移植調査会）の脳死移植容認の最終答申を受けて今後具体的な動きがでると予測される。

次に私なりに、これらの問題に対する疑問点をまとめてみよう。

- ①現在の判定基準そのものが、脳機能の不可逆的停止を客観的に判定できるものか。（脳波検査、脳血流測定や脳幹聴覚反応等を加える必要はないか）  
②脳死説は死を「線」としてとらえ、その死の過程のなかで、「ポイント・オブ・ノーリターン」を判定する。しかも、密室での医師の判断と、説明

を信頼するより仕方ない。法は、死を「点」として「死亡時刻」を同一基準で判定することを必要とする。脳死を実際に判定する場合、個人によってばらつきが大きくなると考えられ、法的安定性を満たさない。

- ③臓器提供の意思確認の問題であるが、ドナーの明確な意思の確認が不可欠であると思う。それでは現実問題としてドナー不足は明らかということで、意思不明の場合でも、家族が意思を代行、推測、承諾する場合も認めるといことになるだろうが、それは問題があると思う。心臓移植、肝臓移植はドナーの死の代償によって成り立つ。生死を選ぶ自己決定権があるかどうかとも疑問であるし、ましてや本人の意思確認のない移植は考えるべきでない。
- ④精神障害者差別につながるか。患者の意思不明のときの家族等による意思の代行、推測、承諾で移植が可能ということになれば、障害者差別の可能性は十分有り得る。<sup>(41)</sup>
- ⑤臓器移植における移植技術、術後管理（拒絶反応を抑える免疫抑制）は医療として確立した技術といえるか。
- ⑥臓器移植は費用的にも公平な医療といえるか。アメリカで、心臓移植は最初の1年間で約14万ドル（約2000万円）、肝臓移植で約21万ドル（約3000万円）かかる。その後の術後管理に心臓移植で年間約3万3000ドル（約450万円）、肝臓移植で約5万ドル（約700万円）かかるといわれる。この費用を一般の人は払うことができるか。公費の補助があるとしても、他の病気で補助を必要とし、生命の危機にさらされている患者がたくさんいる。公平な補助になり得るか。
- ⑦アメリカでいわれているように、高額な医療費と臓器提供が交換条件になることはないか。
- ⑧臨死体験<sup>(42)</sup>でいわれているように、人間は死ぬ直前まで深い意識のレベルの夢を見ていると考えられる。つまり脳死段階でも内部意識が残存していると考えられる。それを中断させることは殺人に値しないか。
- ⑨脳死臨調の議論は純粋に脳死の議論をしているとはいえない。単に臓器移植にゴーサインを出すための実績作りの議論に過ぎないのではないか。  
日本にはアメリカの多くの州で立法化されているような自然死法はない。にもかかわらず医療現場では、植物状態で自発呼吸・循環機能が可能である時は、基本的な処置や看護義務は残るが、生命維持装置をはずすことはできると聞いている。脳死状態が判定されたときは、医師の説明と患者の

同意があるときや、患者の意思が不明のときは、家族の同意によって生命維持装置を取り外していると聞く。従って、脳死状態で、機械につながれ、ただいたずらに無理に生かされ続けている現実があり、それが切実な問題になっているとは思われない。ところで現在の法では脳死状態と判定されても、死と判定されたわけではないので、その状態で死に直接結び付く心臓や肝臓を取り出すことは違法行為（積極的安楽死）となる。それゆえ、脳死を法律で個体死と認めてもらえば、死体からの移植ということで違法ではなくなる……これが脳死臨調の意図ではないか。

安楽死合法化運動のいう「尊厳死」は功利主義的発想であり本来の意味での人間の尊厳を議論しているとは思われない。脳死臨調の議論も純粋な意味での脳死の議論をしているとは思われない。ましてや脳死を個体死とするための社会的合意作りの議論にもなっていない。脳死説は決して客観的に個体死とはなり得ない。今こそ安楽死問題の積極的意味、消極的意味を率直に「上からの議論」ではなく「下からの議論」として積み重ねていくことが必要である。更に安楽死思想の隠された罅を暴露しつつ、その個人において、その社会において、なによりもかけがえのない生命が本当に大切にされているかどうか、そして大切にするにはどうしたらよいかを問われなければならない。

## 註

- (1) 日本安楽死協会編「安楽死とは何か」（三一書房、1977年）198頁－199頁
- (2) 現実に死を引き起こすため積極的行為をもって働きかけるもの。作為安楽死ともいう。（例）血管に薬剤を注射して殺すこと等。
- (3) 生命が間近の死へのプロセスを歩んでいるとき、延命できな処置を行わないで死の経過を眺めること。不作為安楽死ともいう。（例）長くは生きられない重度の奇形の新生児を手術をしないで、結局死亡せしめること等。
- (4) 宮川俊行「安楽死の論理と倫理」（東京大学出版会、1979年）6頁
- (5) 同書 24頁
- (6) 大原健士郎「生と死の心模様」（岩波新書、1991年）122頁－123頁
- (7) Kritik der praktischen Vernunft, S. 54. (頁は1788年版の原典のもの)
- (8) Grundlegung zur Metaphysik der Sitten, A. 421.
- (9) Ibid. A. 422.

- (10) 中島みち「見えない死」(文藝春秋、1985年) 参照
- (11) 筑波大臍腎同時移植事件(1984年)でドナーは精神障害者で、夫の証言だけで臓器を提供したという疑惑がもたれた。森野一樹「脳死Q&A」(風濤社、1986年) 205頁-206頁参照
- (12) 立花隆「臨死体験」『文藝春秋』(1991年8月号より連載)  
立花隆「脳死」(中央公論社、1986年) 135頁-155頁、294頁-316頁参照