

Ann. Rep. Asahikawa
Med. Coll.
1992, Vol.13, 51~76

脳死問題と〈脳幹死論〉の論理

岡田 雅 勝

一、脳死議論とその規定

はじめに いまなされている〈脳死〉の議論は、〈人が生きていないのはどのような事態なのか〉という議論であって、〈死とは何か〉という死そのものについての議論ではない。当然のことだが、命のある限り誰も死の何かを体験し得ない。死は科学的検証の範囲を越えていて認識されないものである。〈死とは何か〉は、これまで人類にとってきわめて重大な問題であり、それについてさまざまな思い巡らしがなされ、果てしなく議論がされてきた。そのなかでもっとも人々を魅きつけてきたのは宗教であった。宗教は死後の生を説き、よりよき死後の生のために、よりよい生き方を説き、よりよき死のために、必要とされる生き方を説いてきた。しかし現在の人々の関心は、より長くこの世に生きることに向けられ、他人の死によって得られる臓器を利用して生きようとしている。生への何という執着であろうか。この執着には、人間の何かについての思い巡らしや、死後の生のためによりよく生きようとするような姿勢はみられない。生きた時間の長さが生の価値であるかのように人々は生にしがみつこうとしている。この生への執着には、人類がこれまで願望して止まなかった〈不死への憧憬〉が込められていることは確かである。何と倨傲に陥った、不条理な行為なのであろうか。〈汝自身を知ること〉、これが長い人類の歴史を通して私たちに課せられてきた課題であった。しかしこれまで出来なかった何かができると、もっと何かをという闊くもの欲望に生きているのが、現代人である。現代の〈脳死論〉は、こうした人間のヒブリスから発せられているようである。人々は、本当に人類が将来不死の身になれると考えているのであろうか。ともかくもいま〈臓器移植〉などを通して、人々は少しでも長らえることを模索していることだけは確かなようである。

脳死論は人類が生み出した先端医療技術に支えられて提出された。こうして提出された脳死論について、私は賛成とか反対とかの自分の姿勢を述べることよりも、脳死論の展開の過程をたどり、その論理を追求することをもっぱら小論の課題としたい。1991年7月、内閣総理大臣の諮問調査会の臨時脳死及び臓器移植調査会はその中間意見を発表した。そこに添えられた少数意見書（4人）には、多数意見に対する批判点が指摘されている。そ

の批判は貴重で、示唆にとむものであるが、残念ながら論理的ではない。その意見書は、互いに意見を出し合って、討議してそれをまとめ上げたというよりも、一人一人の見解をそのまま述べたという感じで、首尾一貫性にかける。

ただその意見書の最後の章にある、〈われわれが西欧から学んだもっともすぐれたものはなんであったのか。それは真理の感覚と人権の尊重である。真理の感覚とは、論理的に根拠のない命題はいかなる権威によって主張されてもそれを真理として認めないという態度である〉という主張には、私は全面的に賛成である。しかし寄せ集めの意見書では、そうした姿勢を貫くことがたいへん困難であったようである。といっても無論多数意見が筋が通っていて、論理的であるとは思われないし、まさに少数意見において指摘されているように、〈権威〉によって自分たちの見解を受け入れよと述べているような印象を与えている。

私はこの調査会の〈中間意見〉を読み、もっと論理的にこの論議がなされてしかるべきだと考え、この論議をいち早く展開し、〈脳死〉を受容していったアメリカ合衆国での〈脳死規定〉の何かを辿り、そして〈脳幹死〉をもって〈人の死〉とした英国の規定内容を追いつき、そして最後に〈脳幹死説〉の主張の論理を追求することにした。

アメリカにおける脳死問題 周知のように今世紀の後半から脳死の議論がなされ、1967年バーナードによる最初の心臓移植を契機として脳死が注目された。また1968年のハーバード基準といわれるハーバード大学メディカル・スクールの特別委員会が、従来の死の判定である三兆候に、〈不可逆的昏睡〉を入れて死の判定基準を提出して以来、脳死の議論は相次いでなされ、その後殆ど無数といえる膨大な論文が書かれてきた。日本でも1968年に日本脳波学会において、〈脳死と脳波に関する委員会〉が組織され、〈脳死〉を死の判定基準としてを検討する方向づけを行っている。その後1986年に日本医師会・生命倫理想談会ができ、2年後に〈脳死および臓器移植についての最終報告〉を出した。同年7月には日本医師会と厚生省とが、アメリカへ〈脳死および臓器移植に関する調査団〉を派遣し、その報告書を出した。また1990年には内閣総理大臣の諮問委員会として〈臨時脳死及び臓器移植調査会〉が設立され、1年後に調査会の中間意見をまとめ公表している。しかしここでは〈脳幹死論〉の論理を追うことを主要な関心とすることにして、その問題は別な機会に述べたい。

アメリカでは、ハーバート基準が提出されて以来ミネソタ基準として知られている脳死の基準などを始めとして、死の判定基準が検討され、1970年のカンザス州法をかき取り、1978年には18州が〈死の判定基準〉を州法として定めるようになった。1978年には〈死の判定〉について各州で統一が図られるべきだとして、大統領委員会が設置され、同委員会は1981年に〈死の定義〉の調査研究報告書をだした。それは過去十数年この問題に関する

集大成とも言える報告書であった。〈血液循環および呼吸機能の不可逆的停止または脳幹を含む脳全体に及ぶ全機能の不可逆的停止が確認された者は死んだとする。死の判定は、受け入れられている医学基準に従うものとする〉というのがその概要であった。そしてこの規定をアメリカの各州の統一的死の規定 (Uniformed Determination of Death) とするよう勧告した。

ここで注目したいことは、この委員会の名称が正式には〈医学及び生物医学的並びに行動学的研究における倫理的問題の研究のための大統領委員会〉というのであり、その報告書は〈死の定義—医学的、法律的、倫理的諸問題に関する報告〉ということである。つまり〈死の判定基準〉を検討するのにさいして、生物学的、医学的な見地からだけでなく、広く社会的な諸規範を念頭においた調査研究であったことに注目したい。この報告書による各州への勧告により、〈死の判定基準〉に関する州法が制定され、さらに1987年には39の州とワシントン・D.Cが法制化された。そして現在アメリカでは〈デラウエア、ユタ、ミネソタ、北ダコタ〉では脳死を法律で認めていないが、残りの47州で、立法または判例で脳死が〈人の死〉として法的に認められているとされている。

しかしアメリカでの〈死の判定基準〉は、決して統一的ではなく、ある州では、死人であるが、隣の州では生きていられると言われているように、各州によって異なっている。

たとえば、カンザス州法では、「自発呼吸も心臓の機能もなく、直接間接にそれらの機能の停止の原因となった病気、または症状のため、蘇生のころみが望みなしと考えられるなら、医学的にも法的にも死んでいると考えられる」、「自発脳機能がない場合には、同様である」、「自発脳機能が欠如しているが、自発循環機能・呼吸機能の維持または回復の努力をしても、蘇生または保持を試みても成功しないようにおもわれる場合、医師の判断により死が起こったものとする。呼吸機能・循環機能を保持している人工装置が止められる以前に、しかも移植を目的として生命にかかわる臓器が除去される前に、死は宣告されるべきである」〔この法の特徴としてつぎのことがあげられる。死の定義として、伝統的な定義と脳死の定義との二つの定義をあたえている。つまり選択的定義とある。そして心肺機能を人工的に保持しながら臓器摘出できるとしたこと。〕

つぎにカルフォニア州法であるが、「脳機能が全面的不可逆的停止になったことが医師により決定されたなら、その者は死んだとされるものとする。その死は、他の医師により独自の確認がなければならぬ」〔この法の特徴としてカンザス州法とは異なって、複数の死の定義を定めたのではなく、脳死を死の判定基準とするのが合法的であり、ドナーの腎臓を利用できるようにしたということである。またカンザス州法には他の医師による死の確認条項がないが、それが加えられている。〕

ミシガン州法では「自発呼吸機能と循環機能の不可逆的停止が死である。しかし人工生命維持装置を使用し、それらの機能が停止したのかどうか決定されない場合には、医療

に関わっている通常の基準にもとづいて、医師の判断で、自発脳機能が不可逆的に停止するときは、死んだとされる」「生命維持装置を止める以前に死が宣告されるべきである」〔これはまずカンザス州法のように、死の定義を並列しているのではなく、伝統的定義を原則としているが、脳死をとる場合に対して条件付けをしている。つまり二つの死の定義があるのではないということである。〕

テネシー州法では、「医療における通常で、慣例とされている基準に従って、脳機能全体が不可逆的に停止した場合死んだものとする」、と脳死のみを死として定め、従来の死については全く触れていないのが特徴である。

アメリカにおける統一脳死法 その他各州が死の判定基準を法として制定したが、いままできたように州によって異なっていることから、死の判定に対して統一の見解を求める欲求が強く、統一の見解を提案する試みがなされた。たとえば、1975年にアメリカ法律家協会(ABA)が〈死の定義〉を提案している。〈医療の通常の慣例の基準に従い、脳機能(全体)が不可逆的に停止した場合、全ての法目的に対して、死んだと考えられる〉として、全く伝統的な定義に触れずに脳死だけを条文とした死の定義を提案している。しかし1979年には同協会は伝統的な死の定義を含めて、〈脳全体の全機能の不可逆的停止〉を死の定義として提案している。

さらに1978年にはアメリカでは、統一州法委員会(NCCUSL)が〈統一脳死法〉をまとめた。それによれば、〈脳幹を含む脳の全機能の不可逆的停止〉となっている。また1979年にはアメリカ医師会(AMA)は〈循環および呼吸機能の不可逆的停止、または脳全体の全機能の不可逆的停止〉を死の判定とする〈死の判定を規定する法律〉案を発表した。1980年には、統一州法委員会(NCCUSL)は統一死判定法(UDDA)を提案している。それによると、これまで出されたアメリカ法律協会(ABA)、アメリカ医師会(AMA)、統一州法委員会(NCCUSL)の三つの〈死の判定〉について合意をえて〈循環機能及び呼吸機能の不可逆的停止、または脳幹を含む脳全体の全機能の不可逆的停止〉をあげた。

その後アメリカでは〈医学および生物医学的及び行動科学における倫理的問題の研究のための大統領委員会〉が発足し、1981年には報告書が出された。それは過去十数年にわたる〈死の定義や判定に関するものの集大成というものであった。その結論を出すにあたり、前述のABA,AMA,NCCUSLと共働し、結論として〈死が起こった〉ということの判定にあたって、伝統的に承認されてきた基準を改めて取り上げ、それを言い替えたり、各州の間の統一を図り、心肺機能の不可逆的停止と脳全体の全機能の不可逆的喪失とのどちらの根拠からも明らかにし、そして死の定義と臓器移植の法を区別することなどが提案されたのであった。

ウィクラの脳死論議 この報告書には経過内容をも示されているが、それによると、〈脳死〉を論ずるにあたって哲学者ウィクラからは〈パーソナル・アイデンティティ〉が新たに概念として提出され、ビーチからは、〈脳死〉には、〈脳機能の停止〉という意味と〈その停止による人の死〉という意味との二つの意味があるのでその区別がなされなければならないという証言者の意見が出された。こうした点と併せて、この問題について多くの人たちの証言を求めているが、証言が哲学者から始められたことも注目される。ウィクラは、〈死の定義〉を法・道徳・事実の三つの問題を区別し、それぞれの問題として具体的につきの問を出して、異なる専門家からのデータに基づいた回答の必要性を訴えた。

- 1) 〈脳死者は法的に死んだとされるのか〉、
- 2) 〈脳死患者は如何に扱われるべきか〉、
- 3) 〈脳死患者は事実死んでいるのか〉という問題であった。

ウィクラは、これらの問題を提起するにあたり、死の定義の問題は医療の経験問題ではなく、〈概念的哲学的問題〉であるとしていることに特徴がある。つまり医師が死についての医学的、生物学的状態についてよく知っているのであるから、〈死の定義〉をも当然医師に任せるべきであって、したがって〈脳死〉を〈人の死〉とするかどうかという問題は医師に任せるべきだということよりも、この問題は、医学的、臨床的判断を越えた問題であるというのであった。このウィクラの主張は、また1970年代から以降の脳死論議においてすでに展開されていたことでもあり、一般的に承認されていたことでもあった。

たとえば、〈妊娠中絶の問題〉に関する議論として〈胎児がいつ人間となるのか〉といった議論があるが、こうした問題は基本的には医学の問題ではないし、また医師の意見によって最終決定とされるような問題ではないことを認めるとすれば、当然〈死の定義〉もたんなる生物学的、医学的問題ではないものとして承認されなければならないであろう。

ウィクラはこうした論点から彼の見解を展開している。よく脳死論につきまとう議論は、自発呼吸がなく、レスピレーターに繋がれて呼吸している者を死んだ者とするが、しかし問題は、人工生命維持装置に繋がれなければ、生命が維持されない者は死んだ者であるという判定は基本的に間違いであろう。救急医療室に運ばれた患者たちの多くはレスピレーターによって蘇生している。それゆえ、自発呼吸ができなくとも人工的装置によって蘇生可能な者を死んだと言わないとすれば、問題は、〈死の判定基準〉となるのが人工的装置に繋がれているのかどうかということにあるのではない。〈死の判定基準〉は、生命維持にとって重要な機能をはたしている、その機能の不可逆的喪失に求められなければならない。そうすると生命過程を総合的に規制している機能として〈脳〉があげられる。その働きなしに生命の統合的な機能は喪失してしまう。脳こそ人間を人間たらしめている機能を果たしている。人が人間として生きているということは、たんなる生物的生命体としてではなく、人間的生命体として生きていることにある。こうした問題を含めて人の死が論じられなければならない。

ウィクラーはこうした論拠から、人間的生命体としての〈パーソン〉という概念をとりあげる。彼は〈パーソンであることの本質 essence of personhood〉として〈意識をもっているもの〉〈社会的関係を営むことのできるもの〉をあげる。〈脳死〉には、ウィクラーによると〈二つの機能の破局的変化〉があり、一つは〈意識の喪失〉、つまり〈上部皮質の死〉であり、このことによって〈パーソンの死〉が起こるとする。もう一つは〈オートマティックな身体のプロセスを規制する機能の喪失〉、つまり〈脳幹の死〉である。通常意識の喪失の後に脳幹機能の喪失が起こり、脳の全機能が喪失することをもって、〈全脳死〉と呼んでいる。しかし〈パーソンの喪失〉が直ちに〈人の死〉であるということには問題があるとして、彼は、ここで〈パーソンの死〉をめぐった問題として、まず〈パーソナル・アイデンティティ〉の問題を提出した。

「ある人間が同一のパーソンである限り、パーソンと言えるのであり、それが主張されない場合ではパーソンではない」という議論である。つまり〈脳が機能しなくなった身体は、それ以外の諸機能が保たれていても、脳が機能しなくなった場合には、パーソンが同一であるとはもう言えない〉、それゆえ〈身体は存続し生命の活動があったとしても、そのものは存在しておらず、生きてもいない〉〈脳死と同時にそのものは存在することを止める〉。第二に、大脳の新皮質の機能喪失後には〈生命の価値となっているものが喪失する〉、その機能喪失したものは〈パーソンとして死んでいる〉というのである。さらに第三に、倫理的、道徳的観点からパーソンの死を論じている。たとえば、〈生命の価値が喪失した場合、ケアを打ち切り、臓器を摘出することが道徳的に正しい〉〈脳死者に何をすることが適切であるのかということの道徳的な観点から判断して死を決定しようとするものである〉と論じている。

ウィクラーはさらに死の問題を〈事実、道徳、法〉との関連から展開している。事実問題と道徳問題は異なった問題であることを指摘し、〈事実問題〉は〈この人は脳死者である〉ということの判断の問題に関わり、〈道徳問題〉は〈脳死者は治療されるべきではない〉という判断を下すことの問題に関わり、そして〈法の問題〉は〈脳死者からケアを打ち切ったとき、医師を法的刑事的責任から救済する〉ことに関わる問題であると述べている。

公共政策問題—ビーチの提案事項 さらに大統領委員会での報告審議事項として、〈公共政策問題〉がビーチにより報告されている。それは〈いつから人を死んだものとして扱うか〉という〈死の行為の社会的体制〉についての問題である。つまり死の社会的文化的問題のことである。伝統的には死と判定されたときから、治療が中止され、葬儀とか遺産相続などの社会的な問題が生じた。過去において死の判定にさいして、特に公共政策の問題は生じなかったが、治療の新しい技術の展開とともに事態が変わり、〈死にいく過程〉を長くさせることによって、死の標識を定めることの問題、臓器摘出に関する諸問題に対す

る対応が具体的に詳細に規定せざるを得なくなった。そういう意味で、〈死〉の概念の変更が求められたということである。〈生きているものに死を認めること〉（たとえば、昏睡者、老衰の者、あるいは植物状態にあるものとか）〈人の死を決定すること〉とを区別し、前者に関してはレスピレーターの取り外しを合法化する問題が新たに生じてきたというのである。

ビーチは死の判定基準の問題を科学的・技術的な問題と道徳的・政策的・法問題とに分けた。科学的・技術的問題は、医のプロフェッションに携わる者によって決定され、生命の終わりとなるもののテスト、尺度、基準についての適切な知識と技術によって決定されなければならない問題である。道徳的・政策的・法的問題は、公共政策の問題であり、〈立法、判例法、あるいは社会的合意によって決定されるべき問題〉である。〈公共的政策目的のために生命の終わりの決定にあたって、どの死の基準を選択するか〉が公共政策の問題である。具体的には〈全体としての人の死とするのは、脳のどの機能の不可逆的喪失とするか〉という問いに対して、それにふさわしい〈死の判定基準〉を選択することにある。

それについて議論されたことは、一つは死を〈全脳機能の喪失であり、低次脳の統合の機能があれば、生きている〉とすることであり、もう一つは、ウィクラーの〈パーソン論〉に見られるように、〈人間の本質の何か〉を念頭において、その機能の喪失を持って死とするということであった。これは高次脳中枢の機能—記憶、推理、思考、感情、言語などのいわゆる意識活動をつかさどる機能—の喪失をもって死とするということを意味した。つまり西欧の伝統的な〈人間の本質〉として、〈理性的存在〉〈社会的存在〉などがあげられてきたが、精神の活動と併せて社会的交流ができるような能力の喪失をもって、死とするということであった。このようにしてビーチは死の一般的基準としてつぎのものを結論としてあげた。（それを公共政策とする）〈自発呼吸並びに循環機能の不可逆的停止、自発全脳機能の不可逆的停止、自発大脳機能または高次脳機能全体の不可逆的停止〉—この三つの主要な候補が私たちの認めたものである〉。

宗教問題と最終報告書 大統領委員会はさらに専門医たちによる〈死の定義〉についての証言を求め、討論会を開催し、脳死の諸事例の判定と脳死と似たような mimic な状態などを検討した。また宗教的観点からの発言の場を設け、ユダヤ教、キリスト教からの証言を求め、その討論会を開いている。そしてその後報告書草案の会合が数度にわたってもたれ、第十一回の委員会（1981年7月9日）に最終の報告書が承認された。

その大要を述べると、以下の六点にまとめられる。1) 医療技術の進歩に伴って死の判定基準の見直しが必要とされた。2) 新たに立てられた基準は、法として制定されることが望ましい。3) 州が法を制定し、各州で統一が図られるべきであること。4) 死の判定基準は生物医学の知識や検査法ではなく、一般的な生理学的基準に基づくこと。5) 死は、

心肺機能の不可逆的停止であるという従来の基準、あるいは脳の全機能の不可逆的喪失という基準のどちらかを用いて正確に証明できる単一の現象であること。6) 法律上、死の定義は臓器移植や生命維持の中止の決定と明確に切り離して論じられなければならないこと。

大統領委員会は、以上の内容を基本として、〈死の判定統一法〉を法律案として提出した。それによれば、まず医師が死亡したとの判定のさいの基準として五点あげた。

- 1) 生きている個人を絶対誤認しないこと。
- 2) 死体を生体と誤認する間違いをできる限り少なくすること。
- 3) 死亡の設定を遅延なく行えること。
- 4) 臨床的に柔軟に用いることができること。
- 5) 明確かつ容易に確認できること。

さらに死の判定基準として、

1) 血液循環および呼吸機能の不可逆的停止、または、2) 脳幹を含む脳全体に及ぶ全機能の不可逆的喪失が確認されたとき〔神経学的基準と呼ぶ〕、その者は死んだものとする。

1) と2) それぞれについて、ガイドラインが示されているが、ここでは脳死に関するガイドラインだけを取り扱うとしよう。まず〈脳全体の機能〉については、臨床的に確認できるというコメントが付けられている。それには〈脳全体の機能の停止とは、大脳機能および脳幹機能の喪失していること〉と示されている。大脳機能に関しては、大脳が外界の刺激に対して反応を示さない状態で、深い昏睡状態であること、その確認の手段として脳波あるいは脳循環検査が必要とされることもあるとしている。また脳幹反応を確実に検査するためには、瞳孔対光反射、眼球頭反射、前庭眼球反射、口腔咽頭反射、呼吸（無呼吸）反射が検査されるべきであり、特に無呼吸反射の適切な検査方法が極めて重要で、その方法として一般的に認められているものとして純酸素または酸素と二酸化炭素混合気を人工呼吸器の接続を切る前に吸入させ、酸素を受動的に吸入させる方法があげられている。そして十分な経験をもった医師による検査が必要であることが強調されている。

また不可逆性の判定として、つぎの三点があげられている。

- 1) 昏睡の原因が確認され、それにより脳機能の障害が起こったとする十分な根拠があること—神経学的基準において問題が生じるのは診断の基本的条件に十分な注意が払われていないことにある。したがって、慎重な診断と病歴の検討、CTスキャン、体温測定、薬物スクリーニング、脳波、血管造影などによる所見が得られることが望ましい。
- 2) どの脳機能も可逆的ではないこと不可逆性のある脳機能の停止として鎮静剤の過剰投与、低体温、神経・筋遮断薬投与、ショックがある。病因が確定できない場合—徹底的な薬物中毒、検査、通常以上の観察時間やその他の検査が必要である。脳血流の消失は不可逆的な状態を十分に示すものとして用いられる。

3) 全脳機能の停止は適切な観察と治療期間にわたって持続していること—昏睡に関して、十分に全脳機能の停止が確認されなければならない。これまでの神経学的診断の報告によると、脳機能停止の宣告の後で、6時間以上経って回復した症例の報告はない。確認の検査をしていない場合、少なくとも12時間の観察期間が望ましい。障害の程度の判断が困難な低酸素性脳障害の場合、24時間の観察期間が望ましい。臨床所見を脳波で確認することは望ましい。脳波の大脳単位の消失は、薬物中毒、低体温の患者を除いて大脳皮質の不可逆性消失を証明する。脳全体への血流消失を診断するには脳骸内血管造影が重要であるが、相当の困難と危険が伴う。大脳半球の血流だけの測定として放射性同位元素脳血管撮影とガンマカメラによる画像診断があり、合併症がなければそれらの検査によって脳血流の消失がみられて、少なくとも6時間以上で全脳機能の不可逆的停止としての臨床的判定として、死が診断される。

以上がアメリカでの十数年にわたった脳死論議の結論である。そして現在数州（デラウェア、ユタ、ミネソタ、北ダコタ）を除いて脳死が立法または判例で死として法的に認められている。

英国における脳幹死の定義 英国では1978年に〈British Medical Journal, 11, October, 1978〉に王立医学会と王立医科大学および医学部の専門部会が〈英国規約〉として〈死の診断〉に関する見解を発表した。

この基準は、アメリカではハーバード基準を基本とした伝統的な死の判定と〈脳幹死を含む全脳の死〉をとっているのに対して、〈脳幹死〉をとったもので、欧米諸国の〈全脳死〉をとっているのとは違った基準を設定している。

1976年の、いわゆる〈英国規定〉によると、つぎのようである「医療技術の発展とともに、重症の脳損傷のために、深昏睡で、全くの無反応の患者がベンチレーターに繋がれ、人工呼吸で維持されているのが病院で日常普通にみられるようになった。そこで回復の可能性のないのを確実に知り、人工呼吸器を外すことのできる厳格な診断基準を確立することが医のプロフェッションの関心となったこと、〈いつ人工呼吸維持装置を外すか〉が公共的関心となったことからそれらのことに対処するために、〈脳幹が永久的機能的に死することが脳死〉であり、〈それ以上の人工的維持は無益であり、それを取り外すべきである〉ことに合意をえた。〈いつ脳死になったのかを認定し、それに即した行動し、親族が不毛の希望のために、それ以上情緒的に痛手におちいらないようにすることが、医療のよき慣行である〉として、以下の脳死の基準を定めた。

脳死の診断が考慮されるべき状態

- 1) 患者は深昏睡である。
 - a) この状態は神経抑圧剤によるものであってはならない。

- b) 昏睡として一次性低体温は排除されるべきである。
- c) 昏睡の主因または副因となる代謝障害および内分泌障害は排除されるべきである。
- 2) 患者の自発呼吸はすでに適性に保たれなくなっているか、またはまったく停止し、患者は人工呼吸器によって維持されている。
 - a) 筋弛緩剤（神経筋肉遮断剤）や他の薬剤が呼吸不全または喪失の原因となっていることは排除されるべきである。
- 3) 患者の状態が治療しがたい構造的な脳損傷によるものの疑いがあるとはならない、脳死に到るような障害は全く確実でなければならない。

脳死確認のための診断学的検査法

すべての脳幹反射が消失していること。

- 1) 瞳孔の直径が固定し強い入射光線に明確な反応がない。
- 2) 角膜反射がない。
- 3) 前庭眼球反射がない。
- 4) 脳神経分布範囲内の運動性反応がない。
- 5) 嘔吐反射がなく気管支刺激に対する反射反応もない。
- 6) 人工呼吸器を外すと動脈血炭酸ガス分圧 $P_a CO_2$ が呼吸の刺激閾を超えることを確認するだけの呼吸運動がない。

その他の考慮事項

- 1) テストの反復—エラーのないように確認するテストを反復すること。テストの間隔は患者の経過によるが、24時間程度。
- 2) 背髄反射の統合—不可逆的に脳幹機能を破壊する侵害後でも背髄機能があることは十分に証明されている。
- 3) 確認検査法—脳液検査が脳死の診断に必要ではないことが受け入れられている。脳血管撮影法や脳血流測定のような検査法は脳死の診断に必要ではない。
- 4) 体温—診断テストが行われる前は35度以上であるべきである。
- 5) 専門家の意見と関係医師の身分—ICU・緊急医療・救急部門で経験のある臨床家は、原則として専門家の助言を要しない。

同合同会議はさらに1976年規約の公表にさいして検討されなかったものを追加報告として公表した〔British Medical Journal, 15 January 1979〕。それが英国規約（1979）である。その趣旨はつぎのようである。

- 1) 脳死になったとき死そのものが起こると推定されると考えるのかどうか、あるいは何か他の結論となるのかどうかは、1976年の時点では回答を同会議としては求められていなかった。このことに関して検討するものである。したがって以下のものは前の報告の追加である。

- 2) 死は例外として強度の外傷の結果として瞬間的に、あるいは殆ど瞬間的に起こる。しかし通常は、死は出来事〔event〕ではなく、過程〔process〕であり、生命の持続を支えている種々の臓器やシステムが異なる時点で機能しなくなり、最終的に全く機能停止する。
- 3) 呼吸停止と心臓停止は死にいく過程〔the process of dying〕の間に起こる臓器不全の例である。心拍の停止の瞬間は通常臨床的方法で容易に認められるので、それが死の瞬間そのものとして承認されてきた。
- 4) 死そのものが心拍停止とは同じではないことが大衆や医プロフェッションにも現在一般的に承認されている。今日開心術による意図的心拍停止とは全く別に自発心拍停止の後でも成功率の高い蘇生術を施すことができるようになっている。
- 5) 大抵の事例では、死にいく患者は、不可逆の状態に到る過程を通過し、そこでは臓器の不全が起こって、最終的には脳死が起こる点に達する。その点は折り返しが無い。
- 6) 少数の事例では脳死は他の臓器や組織の不全によるのではなく、頭部外傷や突発性頭蓋骨内出血による脳そのものの損傷から起こる。心拍や呼吸のような機能不全が脳死を起こすのではなく、脳死によって自発呼吸停止となるのである。通常それにひきつづいて数分内に酸欠による心拍停止となる。人工呼吸器が維持されれば心拍は数日続き、血液漑流は当分の間肝臓や腎臓などの他の臓器を十分に維持できる。
- 7) 脳死は患者が真に死に到る段階を示す。そのときまでに脳の全機能が永久に不可逆的に停止しているからである。これを多くの宗教でいう〈肉体からの魂の離脱〉という考え方と同じようにとって困難もなく非論理的でもない。
- 8) 大抵の事例では、脳死は全生命機能の不全の部分または到達点であるので、医師は患者の死を下す前に、個別的に脳死を特に同定する必要はない、少数事例においては、脳死の後でも、他の臓器やシステムが人工的に維持されるので、脳死を確実に同定する診断のルーチンを確立することが重要となってきた。
- 9) 結論—心拍のように臓器の機能がまだ人工的手段で維持されていようがいまいが、脳死の同定が患者の死を意味するというのが当会議の結論である。

以上の規定で示されているように、一般国民にも分かりやすく、臨床的判定にあたる医師にも実行できやすい規定である。ここには臓器移植の問題について全く触れられていないが、それでも臓器移植への道がすでに示されている。この規約は死の定義や判定基準について、論理的な手順が踏まれていることが注目される。死の判定にあって、アメリカの〈死の判定基準〉に見られるような、複合的な、あるいは混合的な、従来の伝統的な死の判定と脳死の二本立てとか、あるいは脳死にさいしても、脳幹を含む全脳の機能全体の不可逆的停止というような複合的なものではなく、〈死〉をもっぱら脳幹死だけで定義し、

その判定基準を設定したものである。この意味では、この規定は生命維持装置などで示されているように高度に発達した医療技術に対応して、従来の死の規定を見直さなければならないという主張は、広く国民のコンセンサスを得ることであろうし、従来の死をも〈脳幹死〉によって、説明できるような取り組み方をしている。〈脳幹死説〉が妥当か否かは別にして、基本的に思想の経験主義的基盤と功利主義的基盤にたつ、英国の人たちには倫理的にも、脳死をもって宗教が唱えてきた〈身体と魂との分離〉という面から主張しても、決して矛盾するものではないとするなど、国民の宗教的感情をも配慮した。説得力のある新たなノモス〔慣行〕の制定であるように思われる。

二、脳幹死論の展開とその倫理

医学的判定と哲学的問題との区別 これまでアメリカ型とイギリス型との二つの〈脳死〉規定をみてきたが、いずれにしてもまず欧米でなされている〈脳死論議〉には〈死の定義〉の問題がたんに医学的に解決される問題ではないということが前提とされている。条文として公表された条項は、もっぱら医学的に規定されているようにみえるが、その条項の基盤となっている〈死の概念〉については、彼らの長い歴史を通して培われ伝承されてきた思想的、哲学的見解によっていると言える。その意味で、それらにみられる死の規定は文化的社会的事象として解釈学的に規定されていることが了解されなければならないであろう。周知のように、脳死論が論文の形であれ著述の形であれ、無数と言っていいぐらい、公にされてきた。そうした多くの著述のなかから、脳死論を明晰なかたちで論じたデイビット・ラムの『死、脳死、倫理』を手引きとして〈脳幹死説〉をとるに到った論述を追ってみたい。

すでにアメリカでの脳死論議において紹介してきたように、ともすれば〈死の決定〉は本来的に医療の世界の仕事であると考えられがちであるが、医師ならび医学研究者たちが主張していることの主旨は、「〈死の概念〉の決定は自分たちの仕事ではないこと」「哲学者や神学者あるいは法律学者のように、医師および医学研究者たちは、人間の何か、死後の世界の何か、法の何か等について、特別な訓練を受けているものではない。そもそも〈死の概念〉は医学の範囲を超えたものである」「つまり〈死の概念〉の問題は、哲学的、倫理的問題である」「医師および医学研究者の役割は、定義された死に従って、死の判定基準に関わり、そのテストを引き受けることにある」ということにある。

このようにして脳死論議において人々のコンセンサスを得ていることは、死の決定の問題が生物学とか医学に還元されえない問題であり、それは哲学的問題であるということであった。このことはアメリカの場合にも基本的に言えることであるが、脳幹死論をとる英国において前提とされたことでもあった。このことは英国の哲学が伝統的に経験論的基盤

にたち、しかも実践的なものへの適用を基本としてきたことへの国民の信頼感のあらわれでもあろう。それを現代哲学の表現を借りれば、ウィトゲンシュタインの「〈新しい概念を与えること〉は、もっぱら概念の新しい適用、つまり新しい実践を導きだすことを意味する」（『数学の基礎』）というように表現できよう。〈脳死〉という今世紀においてはじめて出現した概念を現実の〈人の死〉へ適用する企てにあたっては、たんに医学的に解決されるべき問題ではなく、死の文化的事象のことをも含め、死の問題について国民の英知が結集されなければならない問題であろう。こうした側面をも考えながら、彼らがどのようにして〈脳幹説〉を採用するに至ったのかその論理をたどってみたい。

これまでの伝統的な死の概念とは異なった脳死に関連した〈死の定義〉がなされる以上、死の定義にさいしてそれによって人々が納得できるような、筋の通った定義が要請されている。それに必要とされることは、〈生命体が生きていないこと〉を明確に決定づける諸条件をみたますような判定基準をつくることであろう。しかし〈生きている状態〉が明瞭に了解されていない限り、〈生きていない〉ということは判定されえないであろう。ウィクラー、エンゲルハートが脳死を論ずるにさいして、〈パーソン論〉を展開したのは、人が生きていると言えるのは、ただたんに生物学的な生が持続していればということではなく、人間として生きていることの条件がみたまされなければならないということであった。彼らは、その条件の何かを西欧の伝統的思想において主張されてきた人間の規定から問い、〈パーソンをパーソンたらしめているもの〉本質的なものの不可逆的喪失とし、そしてそれが具体的に一体どの機能が喪失した場合のことなのかを同定しようとしたのであった。

かつて死の判定にさいして〈パーソン論〉がいまほど論議を呼ばなかった。それは心肺機能が永久不可逆的に停止してしまうと、意識の働きも停止してしまい、パーソンであることを止めたからであった。少なくともそのように了解していたのであった。しかし高度な生命維持装置の開発によって、人工的に心肺機能を持続させることができる事態が生じて、心肺機能の喪失という伝統的な死の概念そのものが懐疑にふされたのであった。心肺機能が喪失しても、生命維持装置でもってなお生きている状態が持続されているときに、問われたのは一体どの機能の喪失をもって〈人の死〉とするのかということであった。

これまでの死の定義においても、私たちの生命体を組織している全ての臓器の機能が停止したときをもって死とはされなかった。ましてやすべての細胞のレベルで死を認めるようなことはなかった。これまで心肺機能が生命を司る重要な臓器として、その機能の停止をもって死として認容したのは、それらの不可逆的機能停止によって生体全体の総合の機能が喪失し、瞳孔が拡散し、その後死斑、硬直、腐敗等が認められたからであった。以前にはこれに対してそれを自明のこととされ何等疑問が出されなかった。しかし生命維持装置の開発によって心肺の機能の喪失が厳密に言って〈全体として生体の機能喪失〉になっ

ているのかどうかという問題が提起されたのであった。

人々の関心は〈全体として生体の総合的機能〉をはたしているのは一体どの機能なのかへ向けられ、そして脳機能の何かへ分析の目を向けられた。そして生理学的に神経学的に脳の機能が吟味され、多くの論議がなされた。大脳や大脳皮質等の高次脳、あるいは脳幹や網様体などの低次脳、あるいは脳全体がどのような機能をし、そして生体全体に対してそれらがどのような機能をはたしているのかが、専門家たちから報告され論議された。こうした問題を生物学的、医学的問題とするとしよう。

生物学的医学的研究により、それぞれの脳の機能喪失により、どのような状態になるのかが報告されたにもかかわらず、どの機能の喪失をもって〈全体としての生体の総合的機能の不可逆的喪失〉とし、〈人間の死〉の決め手とするのかという問題は、たんに医学的には決定されない問題であるとして〈死の概念〉が論じられたのであった。つまり〈死の概念〉は〈医学的判断を超えた問題〉であり、〈哲学の問題〉であるとして、〈医学的判断の問題〉と〈哲学的問題〉とを区別し、この問題に取り組むこととなった。〔たとえば、Capron&Kass (1980, p.47) は、「医学的判断と医学を越えた判断との区別を明瞭にされなければならない」と述べている。さらにHighによると、「本質的に哲学的問題は生物学とか医科学に還元されない問題である」(1972, p.456)ということである〕。

たとえば、脳死に関してその神経学的定義をする場合、それは純粋に操作的であり、医学的事実を踏まえ臨床的診断においてなされ、医師の役割はもっぱら死の判定に関わる。これは医師の技術的熟達によってなされる問題で、これは医学的判断の問題である。

この二つの問題が明瞭に区別されなければならないが、しかしまた同時に〈死の定義〉にさいして、両者の寄与が重要であることが強調された。医学的知識と医学的判断が哲学的議論の前提要件となっていなければ、たんに抽象的議論に陥るだけであり、死の概念は科学的知識や医学的事実に基礎付けられなければならない、ラムは両者の関係についてつぎのように述べている。「どの病気の診断も臨床的であり経験的であるが、その診断にさいして、健康とか疾患の基本的概念がなければ、重要なものが欠落してしまう。一人の人間の生死の決定は、〈死の概念〉に基づいて決定され、哲学的判断を必要とし、その判断が生きていることの必要条件となっている」(Lamb, p.11)。哲学的判断として要請されたものは、医学的事実をも受け入れ、さらに社会的相互活動に必要とされる能力とか身体の統合的な機能を維持する能力とかの考察であった。死の概念は、医学的な問題の他に〈社会的相互作用のための能力の喪失〉〈魂と身体との分離〉〈意識の不可逆的喪失〉〈身体の総合的機能の喪失〉など、さまざまな文化的、社会的、宗教的問題に関わっている。こうした諸領域にまたがる問題に論理的に全体的見地から死の定義に取り組むのが哲学の役割とされた。

それは、「死の定義は本来的に哲学の仕事である。基準の選択は本来医学の仕事である。

そしてその基準が満たされたということを証明するための検証の選択はもっぱら医学の問題である」という、バーナット、カルバー、ガート（1981, p.389）の見解に要約されよう。

死の適切な定義に必要とされる要件 脳死論の展開においてこれらの諸問題を踏まえて〈死の定義〉がなされ、そのうえで適切な〈死の判定基準〉がつくられるということが基本に据えられていた。それはつぎの言葉に示されている。「死の基準が意味があるのは、それが死の適切な概念から論理的に導かれるということが示される場合である。それゆえ死の明瞭に規定された概念に由来しない〈漠然とした基準〉を使用することは無意味である。（Browne, 1983, & Pallis's critique, 1983）」

死の定義のための要件は、ラムによれば「他の概念に優先する概念を選択することへの要求である」（Lamb, p.12）。このために曖昧に定式化され不確定な概念は避けられるべきである。ラムは不確定な定義としてつぎの場合をあげている。

1) 〈人間の本性にとって本質的に重要であるものの喪失〉を〈死の概念〉とするのは不十分である。患者は本質的に重要なものを喪失したが、それでもまだ生きていると言える場合がある。これは〈本質的に重要である〉というような概念が不確定的であるからである。したがって、ウィクラーなどの〈パーソン論〉では不十分であるというのであり、〈死のパーソン論は英国の医師には受け入れられていない〉（Lamb, p.85）ということである。また〈この問題の哲学的論議が数世紀にわたってなされてきたが、パーソン論の問題は未解決である〉（同）、〈パーソン喪失の概念は抽象的で、明瞭な経験的基準を欠いている〉（同, p.86.）

2) 〈本質的に重要であるものの喪失〉といった場合、それをビーチの言うように、〈社会的相互作用の能力の喪失〉という意味に受けとったとしよう。この能力の喪失は〈パーソンの喪失〉と同じであるようにみえるが、それよりもさらに拡大解釈され、〈slippery slope〉論が適用され得る可能性があり、その場合さまざまな解釈が可能となる。性的不能、盲目、痴呆等への適用のことがあげられる。このような解釈を許すような定義は避けられなければならない。

3) 永続的に昏睡している者、あるいは植物状態にある者もこの概念を適用すると〈死んでいる者〉となる。これについて、カルバー、ガートのつぎのような見解がある。〈意識とか認識とかが人間にとって本質で必須の能力であることは疑問の余地はない。それらの能力の喪失によって、人生の意味が失われる。長期にわたって植物状態にある者は、基本的に生物学的意味だけで生きているとみなされる〉。しかしこうした生物学的にのみ生きている者はパーソンであることを喪失して、人間として死んだ状態にあると言っても、〈人の死〉として〈死の定義〉のなかに入れるなら、その神経学的判断とか尊厳死の問題

などさまざまな困難な問題が生じる (p.183)。それゆえ、生物学的に生きていることが確認される限り、〈パーソンの喪失〉が確認されたとしても、〈死んだもの〉とみなすような〈死の定義〉であってはならないとした。つまり〈植物状態にある者〉を〈死者〉とみなさないことを〈死の定義〉に先だって承認しなければならないとした。

以上の理由でパーソンの喪失をもって死の決め手としないとすると、それでは一体何の喪失をもって、〈死の概念〉にかなったものとするかが問題となろう。まずある死の概念に従えば、生きているが、他の概念に従えば死んでいると言われるような異常な状態を避け、死の概念が論議の余地のない死の判定を生み出すようなものでなければならない。したがって、まだ生きていると誰かが言う余地を残しているどの基準も不十分であるし、全体としての生体が生命の機能を続けるような余地を残すどの基準も不十分である。

また死の基準にはあっているが、その人間はまだ生きていると言えるようなことはあってはならないし、死の基準にはあっていないけれども、その人間は死んでいると言うようなこともあってはならないということである。

こうしたことの考慮に基づいて、ラムはつぎのように論述する。妥当な〈死の概念〉の定義にあたって、まず第一に〈生きていることにとって本質的なものの不可逆的喪失〉ということが言われなければならない。ただし〈まだ生きている〉とは言えるような不確定的要素があってはならない。その定義の必要要件がいったん満たされたなら、死の基準と判定は、生命維持装置の助けがあろうとなかろうと、生体の以前の状態に決して戻ることがありえないと言えるように定められていなければならない。

このように論点を整理していくと、妥当な〈死の規定〉として、〈全体としての生体の機能の不可逆的喪失〉が否定できない命題として定立されてくる。ただしこのことと〈全生体の死〉ということと混同してはならない。〈死〉は、決まった判定によって事実的に確認されるような明確な時点というものを持たない過程であり、〈死〉は出産のように母胎から出たときをもって誕生とするような出来事ではない。〈死〉は〈過程〉であり、ある組織での細胞の生が他の組織が機能しなくなっても長い間持続できるので、しかも全体としての生体が機能することをやめた場合でも長い間持続できるので、〈全生体の死〉が検証されるのは最終的には〈腐敗〉によってのみである。しかし〈腐敗〉ということは、これまでにおいて死の定義として本気になって提出されたことがなかった。

それと対照的に〈全体としての生体の機能の不可逆的喪失〉という規定は、〈全体としての身体の組織の機能の統合的にしているものの〉その機能の不可逆的喪失ということである。それは脳以外にはないというので、〈死〉はその機能の不可逆的な喪失というように規定されることとなった。そしてその機能の不可逆的喪失によって、〈パーソン〉論でもとりあげられた意識の能力の不可逆的喪失とか、また従来死の定義にも適用されている呼吸の能力とか自発的心臓の鼓動の維持の不可逆的喪失をも含むような〈死の規定〉

でなければならないことであった。さらに宗教的観点からも異論のない〈死の規定〉として〈全体として生体の機能の不可逆的喪失〉が決定された。

この〈死の定義〉は、まさに生物学的概念によって規定されたものであり、それゆえ、その判定にさいしては医学的、臨床的基準と検証とによって十分に確認されるものでなければならないということであった。このようにして〈死の定義〉にふさわしい規定として脳に関係づけた〈全体としての生体の機能の不可逆的喪失〉が選ばれたのであった。

ここで宗教的見地からこうした規定についての見解を補足しておきたい。ラムによればこの〈不可逆性〉という規定は宗教的見地からしても異論を引き起こさない。彼はその理由をつぎのように主張している。〈死後の存在〔魂の生など〕を認める宗教理論とはまったく矛盾するが、身体をもった人間の死の判定基準に定められた生理学的基準と検証とは矛盾しない〉。また〈宗教は死が魂の身体からの分離を説き、そして大抵の宗教は、死の最終点という考えを拒否し、死を過渡的な段階として解釈するけれども、それにもかかわらず死が不可逆的な変化（神の介入を引き起こす奇跡を除いて）であると主張している。それゆえ、宗教はそのような主張をしたとしても、全体としての生体の死の判定のための医学的基準が受け入れられることには何等の異論も引き起こさない。宗教においてもその不可逆的な変化が起こるのは生物学的に基礎づけられた基準によって判定されることに異論が唱えられないであろう〉（Lamb, p.13）。

脳死への問い 〈死の定義〉は概念的問題と実践的基準との相互の関わりによってなされなければならないという基本的姿勢から脳に関係づけられた〈死の定義〉の基本となるものが選ばれた。そして脳に関係づけて〈全体としての生体の機能の不可逆的喪失〉とするというのがそうであった。しかしそれにはさまざまな問題が横たわっていた。このことに関してつぎのような問題が問われた。この問題をラムの分析に従って、明らかにしてみたい。それらは、

1) 〈脳死は死の基準概念なのか〉, 2) 〈脳死は技術概念なのか〉, 3) 〈脳死は新しい概念なのか〉, 4) 〈脳死は伝統的な死の概念と共存できるのか〉という問題であった。

1) 〈脳死は死の基準の概念なのか〉 まず脳に関係づけて〈全体としての生体の機能の不可逆的喪失〉とすることがはたして適切な〈死の定義〉であるのかという問題である。KoreinとRoelofsとの二つの見解が対立した。Korein (1978, p.20)によれば、〈脳死が死の概念として定義される〉、その理由を〈脳の破壊が個体を死んだとみなす必要十分条件であるからである〉とした。それに対してRoelofs (1978, p.40)は反対した。彼によれば、〈脳死という語は一連の死の基準を示しているが、死の概念にはならない〉、その理由を〈脳死状態にあるというこの記述は彼が死んだという命題とは同じでないからである〉とした。彼は〈脳死と大脳死は、死の新しい概念あるいは死の新しい定義ではない〉

〈脳死と大脳死が死の種類とか死の別な概念としては用いることはできない〉〈しかしそれらが死の基準として用いられることは少なくとも最初の段階ではありうる〉と述べている。このようにして、Koreinの〈脳死が個体の死と同義である〉という見解に対して、Roelofsは死の基準として、脳死として記述された状態は〈人の死〉の判定となる基準に相当すると主張している。このようにして、脳死を〈死の定義〉と受け取る見解とそれを否定し、ただか〈死の基準〉としかかなり得ないという見解が対立したのであった。

2) 〈脳死は技術的概念か〉 この問題の解決の一つとして、妥協案がWaltonによって提案された(1980, p.53)。脳死は彼によれば〈死の一連の特殊な判定基準以上のものであるような死の概念〉であり、それはまた〈まったく死の概念以上に医科学の概念である〉というのである。たいへん複雑な表現をしているが、つまるところ、〈脳死〉という表現は死の概念と死の規定のための判定の基準との間の〈橋渡し〉として機能しているということである(ibid)。Waltonによれば、〈脳死は医科学に特有なターゲット概念であるので、それは死の基準とは厳密には同じではない〉(ibid, p.25)。〈脳死〉という言葉が医療技術の展開によって必要とされている概念ではあるが、しかし〈脳死〉という言葉が用いられたとしても、人はそのことによって〈新しい死に方〉をやるのではない。この言葉は、医科学における特有の技術的概念にすぎないというのである。

3) 脳死は新しい概念か それではここで〈脳死〉は死の〈新しい概念〉なのかどうかに関する吟味が問題となろう。

1950年代まで死の心肺概念が優勢であり、脈拍と呼吸の停止が死の妥当な基準とされてきた。蘇生技術、心臓切開手術、生命維持装置の使用の展開が死の伝統的概念に疑問を投げかけてきた。こうした高度の医療技術の展開にともない、心臓の停止に続いて死と宣告された何千という患者は生き残り、完全に回復した人たちがでた。それ以来短期間に心臓よりも脳を重要な組織とみなすこととなった。以前には医師は誰にも明瞭であったものを確認しただけで〈死の判定基準〉には疑問がだされなかった。新しい技術の開発によって〈脳死〉という概念が導入され、その判定の基準と診断が問題となってきた。しかし〈脳死〉は新しい〈死の概念〉であるのかということについては殆ど問題とされなかった。ラムによると、〈脳死の基準は伝統的基準とは異なっているが、それにもかかわらず、脳死はかなりの人たちに死の新しい概念を表してはいないと言うのが正当であるとされている。いま状況は(これまでの死とは)異なった基準が要求されているのである。〉(Lamb, p.18)。Korein(1978)も〈脳死は新しい概念を表しているのではなく、むしろ死の現存の概念のより厳密な基準の適用である〉と述べている。つまり〈新しい概念〉ではないというのが彼らに共通した認識である。

4) 脳死は死の伝統的概念と共存できるか 脳死の概念はいくつかの点で伝統的概念からの出発であることは明白であり、「〈脳死〉は、〈新しい死に方か〉とか〈新しい死にゆ

〈状態か〉といった問いがそもそも意味があるのか。〈人の死〉に新しい死にはない」というのがラムの見解である（p.18）。〈脳死〉と表現することによって、誤用と混乱へと導かれ、何か特殊な死に方のような誤解へと導かれている。それゆえ〈脳死〉という言葉を用いるときには、これまでの死の概念に対応したかたちで定義することが必要であり、また脳死以外の死の概念が不十分であることを明らかにすることが重要なことである。そのためまず〈脳死〉は決して新しい死の概念でないということが承認されなければならないであろう。ラムによれば、「脳死は、死んだという新しい仕方は存在しないので、新しい概念というよりも死の伝統的概念の徹底的な再規定化である」（Lamb, p.18）ということであり、「脳死は、ある状況では心肺の規定が可逆的であるので、心肺規定の改訂した言い方と言える。脳死という言葉が死の概念のよりよい規定として用いられるのはこの意味である」（ibid）。

これまで辿ってきた論点からつぎのような結論が導かれる。

- 1) 死の概念は〈全体としての生体の状態における不可逆的身体の変化〉として定義されるということ。
- 2) 生命維持装置などで、伝統的な心肺概念と結びついた状態が可逆的であることが事実である以上、脳と関係した死の概念だけが全体としての生体の死の必要にして十分な基礎を与えるということ。
- 3) 脳死という表現は、医科学における最近の展開のコンテキストにおいて現れたものであるが、脳死は死の一つの別な形態ではないということ。
- 4) それゆえ、脳死は新しい概念というよりも、以前には存在しなかった死の定義と説明との両方であるということ。
- 5) 伝統的な心肺概念は死の十分な基準を与えていないので、脳死の機構についての現代の知識に照らして、〈死の起こるプロセス〉を解明することによって、判明されたことは、〈不可逆的な心肺停止は、脳死が差し迫っているということのたんなる指示であった〉ということ。これまでのどの死も〈全体としての生体の統合的機能の不可逆的喪失〉として判定され、それゆえ、脳に関係づけた死は伝統的概念の徹底的な再規定化であるということである。

三、脳幹死論の論理

死の規定(1) — 伝統的规定に対する批判 死の概念の定義において脳死に関係づけた死が〈人の死〉の定義の必要にして十分であるという論述を辿ってきた。それはつぎのようにまとめられる。1) 脳死の概念は死の新しい方法ではないこと。2) 死んだというのは一つの方法しかないということ。3) それゆえ、ある基準では死で、他の基準では死んでい

ないというような死の判定基準であってはならないということである。

ところで、すでにみてきたようにアメリカの死の定義には二通りあった。一つは伝統的な心肺機能の不可逆的停止であり、一つは脳幹を含む全脳の機能の喪失である。はたしてこの死の規定は妥当な規定であろうか。まず最初の伝統的の死の規定である〈循環機能と呼吸機能の不可逆的停止〉という規定は、カルバー、ガートによって厳しい批判を受けたのであった。

まず〈この表現は曖昧で、「自発的循環機能と呼吸機能の不可逆的停止」という意味にも「人工的に維持された循環機能と呼吸機能の不可逆的停止」という意味にもとることができる〉〈自発循環機能と呼吸機能の不可逆的停止は、死の基準ではない。それらが人工的に維持されているものを〈死んだもの〉とは呼んでいないからである〉〈自発的な心肺機能の不可逆的停止は死の必要条件であるが、決して十分条件ではない〉〈また人工的に維持された循環機能と呼吸機能の不可逆的停止は死の基準ではない。それは死の十分条件であるかもしれないが、必要条件ではない〉(Culver&Gert,p.187,1982)。彼らに従えば、かりに兩者のこと(自発的と人工的)としても、また他にどのように解釈しようともこの基準を死の判定基準として受け入れられないというのである(ibid,p.192)。〔その理由は人工的に維持されている循環機能と呼吸機能の不可逆的停止が死の必要条件となるからである〕。問題は自発循環機能と呼吸機能があるということは、少なくとも脳の一部が機能していることを示しているし、また人工的にそれらの機能が維持されているときには、脳の機能がどうなっているのかが検査されなければならない。以上の意味において、伝統的な心肺機能の不可逆的停止は死の判定基準として不十分であるというのがカルバー、ガートの結論である。

死の規定(2) - 高次脳規定 アメリカでのもう一つの〈規定〉は、脳に関係づけた規定である。それは〈脳幹を含む全脳の機能の不可逆的停止〉というのである。全脳規定は通例高次脳と低次脳と両方の機能の不可逆的喪失のことを指している。そこでまず高次脳規定について見てみるとしよう(〈高次脳規定〉という表現を〈高次脳の機能の不可逆的喪失をもって死とする〉という意味に用いている。以下〈低次脳規定〉とか〈脳幹規定〉なども同様の意味に用いている)。すでに見てきたように、アメリカでの〈脳死論〉の展開において〈パーソン論〉が展開されたように、パーソンの機能、つまり認知や意識等々を司る統合的機能の喪失をもって〈高次脳〉規定としている。無論こうした類型的な区分については脳科学的に問題があるようであるが、脳死論者たちが主張していることを紹介する意味で便宜的にパーソンの機能を司るものとして高次脳をあげてみた。

〈高次脳規定〉は〈人間にとって本質的に重要なものの不可逆的喪失〉ということである。この問題についてはすでに論じてきたので省略するが、〈パーソン〉とか〈パーソン

フッド（人格同一性）などの概念については、哲学者、神学者、一般の人々によって論じられる問題であって、人によって見解が異なるし、また文化や時代などによっても変わる要素をもっており、細部まで規定することは困難である。また人格の同一性が持続していることを生物学的に判定することの問題点も指摘されている。ラムは「神経学者たちは高次脳機能の停止が意識とか覚醒の統合的な喪失を引き起こしているのかどうかを確信しているわけではない。脳幹が依然として機能しており、ある組織が脳の深部で機能を続けているとき、知覚が総合的に不在であることを証明することは極端に難しい」（Lamb, p. 43）と指摘している。また〈高次脳規定〉はダウン症候群とか重度の精神障害のようなボーダーラインのような症例では厄介である。低次脳が維持されている場合には、〈自発呼吸と循環を維持している新皮質あるいは低次皮質の領域に損傷のある患者をどう分類するか〉という問題やカレン・クインラインの例のような植物状態にあるものの取扱いを含めて、〈新皮質の死の判定（広範囲の新皮質の損傷とは区別）は極端に難しいという指摘もなされている。

こうした事情を承知で、ビーチは「私たちはメンタル過程の不可逆的喪失について精密に生理学的測定ができないという可能性に、それが蓋然的であるということに取り組みなければならない。こうした場合に、たとえ死んだ患者が活着しているものとして取り扱われるようなこととなろうとも、私たちは生命にとって必要とされる身体的な基礎が喪失していることが確信できる事例のみに関して、死を宣告するのに用いられる、測定できる確実な手引きを示す方針に従わなければならない」（1978b, p. 314）として高次脳規定をもって死の規定としようとした。しかしこの主張は、脳幹の喪失を待たないで、〈パーソンをパーソンたらしめているものの不可逆的喪失〉を〈死の規定〉としているゆえ、〈棺桶のなかで呼吸している死者〉とか、〈長期間植物状態での死者〉という死者が出てくることを認める規定となる。この発想は〈臓器移植〉のことが念頭におかれているようにおもわれるし、〈不確かさ〉の要素があっても〈死の判定〉へと拡張解釈を許す規定であろう。つまり〈滑る坂slippery slope〉への第一歩であり、倫理的にも、これまで現在の宗教からも、さまざまな社会で行われている死の文化からも認められないとして批判を受けた見解であった。

死の規定(3) —全体脳規定 アメリカ大統領諮問委員会は、すでに見てきたように高次脳規定だけの〈死の定義〉ではなく、全脳死をもって脳死とした。同委員会は、〈死の定義を拡張して、認知機能を失っているが、まだ自発呼吸のあるものを死と判定する〉ことに反対した。そしてこのような死の定義は〈現存の宗教的信念に反することになる〉と主張し、高次脳規定の提案を退けた。しかし〈全脳規定〉に関しては、伝統的な宗教の概念との間には親近性があると解釈していたのであった。

ラムはユダヤ教、カソリック教、プロテスタントの教義と全脳死との親近性を指摘している。ユダヤ教徒は、死を首のない状態とみなしてきたので、全脳機能の完全な停止は、アナロジーによって〈生理学的に首のない状態〉とみなし、したがってそれが死の宣告のもとになるものとして受け入れることができるというのである（p.46, 1982）。カトリック教義もプロテスタントの教義も人間の本質である〈魂〉は死の瞬間に離れると主張し、〈魂が離れる〉という教義と神経学的な死の判定と矛盾しないとしている。法王は〈「死」の明瞭で、精密な定義を与えることと、意識のない状態で死する患者の〈死の瞬間〉は医師に任せられている〉（Pope Pius, XII, 1957）と述べ、脳死に対して、その処置を医師に委ねていることを認めた。

〈全脳規定〉は、〈脳幹を含む全脳の機能の不可逆的停止〉ということで、伝統的な死の規定をみだし、高次脳規定をみだし、さらに低次脳規定をみだしているゆえに、十全な死の規定であるようにおもわれる。

しかしこうした規定にもかかわらず、全脳の不可逆的機能停止を細部にわたって診断することはきわめて困難とされている。〈全脳規定〉にあたって、諮問委員会は周到とおもわれる検査法とか測定法をあげたが、しかし実行できないものを求めているとされている。

〈全脳規定〉に関して高次脳規定支持者から非難を受けた。今述べたように、この規定は、実行不可能な規定をかかげ、その実行を要求していること、高次脳規定は、パーソン論に基づいて、高次脳の不可逆的喪失をもって、死の定義としたのに対して、自発呼吸と心拍があるものを死んだものとしなないというのは、そういうものを感情的に好まないという理由で退けたことなどに対してである。確かに〈全脳規定〉には整合性に欠けていることが指摘できよう。しかし高次脳規定支持者たちの主張にもすでに述べたように、判定法などに難点があるし、〈パーソンの喪失〉という基準は、〈植物状態にあるもの〉などを含めて死についての拡大解釈の可能性が予示されている。高次脳規定は明らかに臓器移植のことを念頭においていると言える。それはともあれ、〈全脳規定〉は検査法などを含めて難点をかかえているが、それでも伝統的死の規定や高次脳規定をも包括する規定であろうと言えよう。

死の規定(4) - 脳幹（低次脳）規定 この規定の詳細についてはすでに前節で取り扱ったので問題点だけを指摘するとしよう。ハーバード基準が提出されてから、間もなくしてミネアポリスの脳外科医が〈回復不可能な頭蓋骨内病変をもつ患者においては、脳幹の不可逆的損傷こそ不帰の点である〉とし、〈脳幹死〉をもって〈人の死〉とした。そしてミネソタの研究者たちが頭蓋骨内障害の患者の症例にあたり、いわゆるミネソタ基準として知られる〈死の判定基準〉を提案した。その基準のポイントとなっているのは、1) 回復不可能な頭蓋骨内病変、2) 自発運動の欠如、3) 無呼吸（4分間）、4) 脳幹反射の喪失

などある。この基準が英国の脳幹死規定作成に影響を与えたと言われるものであった。

1976年と1979年において、すでに示したように英国規約が提出されたが、そのさいの基本となった提言はつぎのものであった。「脳幹機能の不可逆的喪失は死の判定基準として心拍停止と同様の妥当性をもつ」「脳幹機能の喪失は臨床の手順で判定できる」「喪失した機能の不可逆性は、〈脳幹機能を可逆的に喪失させる原因の除外〉〈回復不可能な気質的脳損傷があること〉により判定できる」(Pallis 1983)

この提言の狙いは、脳幹死が全脳死の必要にして十分条件をみたすものであることを示すことであり、そしてこの稿の最初に述べたような〈死の定義〉に求められた哲学的問題にも、医学的問題として定められるべき妥当な〈死の判定基準〉にも応えることのできることを示すことにあり、それゆえ、〈脳幹規定〉は、伝統的な死の規定あるいは全脳死規定とも矛盾しないということを示すことにあった。

脳幹は、呼吸を維持するのに必須であるばかりではなく、大脳皮質の機能にも必要であり、脳幹の中心部である網様体なしには意識内容を司る大脳半球の機能を語るができないものである。また脳幹は血圧を維持する機能もあり、大脳半球からの運動経路はすべて脳幹を経由する。脳幹の検査は脳神経反射の検査によって適切に調べられるし、また呼吸機能も正確に評価できる(以上、Pallis 1983b)。不可逆的な脳幹病変が発生すれば、脳の一部がしばらくの間、生物学的活動を示したとしても、脳全体としての有意義な機能は喪失してしまう(同)。アメリカの大統領諮問委員会の全脳規定は、すべての主要な頭蓋骨内の組織の機能喪失を証明できると考えているのに対して、英国の神経学者たちや神経生理学者たちは、〈全脳のすべての機能停止を証明することが不可能である〉としている。

この相違は〈全体脳の死〉と〈全体としての脳の死〉として区別されている。英国規約は後者の立場に立っており、〈脳幹の機能なしには全体としての脳が機能できないゆえに、脳幹機能喪失という基準がみたられば、患者は死んだと判定される〉。アメリカの死の判定統一法で示されたような全脳規定は〈大脳の機能あるいは視床の機能の喪失が直接的に証明されない〉にもかかわらず、その検査が可能として、検査を求めたことに対して、〈脳幹規定〉は異論を唱え、脳幹の機能の不可逆的喪失によって統合された生命の持続は不可能であることを十分に示す、生物学的、医学的な検査によって裏付けを得られるとした。具体的にどのような判定基準となっているかについてはすでに詳述したので省略したい。

脳幹死—その規定の論理 以上のように〈脳幹規定〉をみてきた。これまでの論述からすでに理解されるように、〈脳幹(低次脳)規定〉は、伝統的な死の規定、高次脳規定、全脳規定などの必要条件をみたし、十分に〈人の死〉の判定基準を示すことができるということである。

〈脳幹規定〉によって、まず〈伝統的な心肺機能の不可逆的喪失〉という定義をもみたくすることができることに関して、〈伝統的規定〉は、脳幹死支持者によれば、全体として生体の死を決定する一つの間接的方法にすぎない。言い換えれば、心臓や肺臓の停止に基づいた死の判定は、脳死が結果として起こるのであろうとか、起こったということのたんなる予見にすぎない(Lamb, p.28)。心肺機能が永久的に停止すると、脳死が差し迫っていることを知らせているのであって、まだ脳幹の機能が喪失しているのではない。脳と心臓と肺臓は通常の場合には、相互に密接に機能しており、人の死に関してはそれらはほとんど区別されない。しかしPuccettiが「人が心臓麻痺とか溺れてとか肺癌で死ぬと言うのは厳密に言えば、正しくない。むしろこうした事柄は呼吸機能とか循環機能の麻痺あるいは破壊を引き起こし、それが脳に酸欠を引き起こし、そのことから脳とその人の死を引き起こす」(p.250, 1976)と指摘していることから分かるように、死は心臓あるいは肺臓の死ではない、それらが死の原因となるが、それらの死が死の状態ではないのである。Puccettiの「心臓を貫く弾丸は数秒で人を殺すが、脳幹を貫く弾丸は瞬間に人を殺す」(p.259)という指摘に示されているように、心肺機能の不可逆的喪失はその自体死ではなく、全体としての脳の機能の不可逆的喪失の標識にすぎないのである。死は全体としての脳機能の不可逆的喪失である。カルバー、ガートは、心肺機能の喪失ということには、必ず全体としての脳機能の不可逆的喪失があることを指摘している(p.187, 1982)。つまり〈自発心肺機能の喪失の判定は死の一つの予見にすぎず、それは死の必要な標識ではあるが、十分な標識ではない〉(Lamb, p.30)と結論できるのである。そうすると〈死の定義〉は〈脳機能の不可逆的停止〉ということにならざるを得ないであろう。

〈脳の機能の不可逆的喪失〉と言う場合、それは〈高次脳〉、〈全脳〉、〈脳幹〉のうちのどの機能の不可逆的喪失のことを指すのかが問題となるようにおもわれるが、しかしすでに〈死の規定〉(1-4)においてみてきたように、〈脳幹機能の不可逆的喪失〉をもって〈死の規定〉とすれば、〈全体としての脳機能の不可逆的喪失〉という規定にも適用されるし、前者二つの〈脳規定〉のもつ、さまざまな難点を哲学的にも生理学的にもまた臨床検査上においても説明できるのである。

今日の脳死論議には、〈臓器移植〉の問題が絡み、多様な解釈がなされているが、まず死の定義にさいしては〈臓器移植〉の問題とはまったく切り離して、医科学の開拓した知見をもって死の決め手として、私たちに明瞭に説明できるような〈死の定義〉がなされなければならないであろう。医科学的に脳幹の機能とかその喪失ということに関して、私はまったくの素人であり、それについて説明している専門の人々の発言を受け売りしているにすぎない。しかしそれらに関する文献を読んで私が理解した限りでは、〈脳幹死〉をもって〈人の死〉としようとする論述が論理的になされており、私たちに示されている、どの死の定義よりも説得力があるようにおもわれる。

如何に医療技術が進んでも、人は〈新しい死〉を死ぬのではない。これまでと同様な仕方では人は死ぬのである。しかし死という不帰の一点の解明の仕方は医学の進歩によって当然変わってくると言えよう。従来心肺機能の不可逆的喪失が死の決め手であったことに對して、現在は脳科学の進歩とともに、脳の機能が解明され、脳幹機能の不可逆的の喪失に〈不帰の一点〉が求められたのである。これを否定するためには、新たな医科学的に確証される事実が必要とされるようにおもわれる。しかし、その場合であっても死はただたんに医学の知見によってのみ定義されるべきものではないことも強調されなければならない。死は文化的社会的現象であることを忘れてはならないであろう。

文 献

- 本文のなかでの引用文献は、著者名と発行年を入れて記載した。
- American Bar Association, House of Delegates Refines Death, American Bar Association Journal, 61, 463-464, 1975.
- Beauchamp, Tom and Walters, LeRoy (eds.), Contemporary Issues in Bioethics, Wadsworth Publishing Company, Belmont, 1989.
- Bernat, Culver and Gert, On the Definition and Criterion of Death, Annals of Internal Medicine, 94, 3, 389-94, 1981.
- Browne, A., Whole Brain Death Reconsidered, Journal of Medical Ethics, 9, 28-31, 1983.
- Capron, A. M. & Kass, L. R., A Statutory Definition of the Standards Determining Human Death, University of Pennsylvania Law Review, 121, 1972. (1980)
- Culver, Gert, Philosophy in Medicine, Oxford University Press, New York & Oxford, 1982. (岡田雅勝監修訳, 『医学における哲学の効用』, 北樹出版, 1984年.)
- High, Dallas M. 'Death : Its Conceptual Elusiveness', Soundings, Winter, 1972.
- Engelhardt, Tristram, The Foundation of Bioethics, Oxford University Press, Oxford, 1986. (加藤・飯田監修訳, 『バイオエシックスの基礎づけ』, 朝日出版社, 1989年)
- Korein, Julius, Brain Death, Annals of the New York Academy of Science 315, 1978.
- Korein, J. 'The Problem of Brain Death', Annals of the New York Academy of Sciences, 315, 19-38, 1978.
- Lamb, David, Death, Brain and Ethics, Croom Helm, London & Sydney, 1985.
- Pallis, Christopher, The ABC of Brainstem Death, British Medical Journal, 1983. (植村・中谷・西川訳, 『人間の死と脳幹死』, 医学書院, 1984年)
- Pallis, Christopher, Whole Brain Death, In Reich, Warren(ed.), Encyclopedia of

- Bioethics. New York, Free Press, vol.1, pp. 292-296, 1978.
- Pope Pius XII 'The Prolongation of Life', An Address of Pope Pius XII to an International Congress of Anesthesiologists, 24 Nov. 1957 ; The Pope Speaks, 4 Nov. 1958
- President's Commission for Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research, "Defining Death", a Report on the Medical, Legal and Ethical Issues Determination of Death, Washington, D. C., 1981.
- Puccetti, R., 'The Conquest of Death', *Monist*, 59, 2, 249-63, 1976.
- Roelofs, R. 'Some Preliminary Remarks on Brain Death', *Annals New York Academy of Sciences*, 315, 39-44, 1978.
- Veatch, Robert, The Whole-Brain-Oriented Concept of Death, *Journal of Thanatology* 13, 1975.
- Veatch, Robert, Death, Dying and the Biomedical Revolution, New Haven, London, Yale University Press, 1989 (Revised ed.).
- Veatch, Robert (ed.), *Medical Ethics*, Jones & Bartlett Publishers, Boston, 1989.
- Walton, D. N., *Brain Death*, Purdue University Press, Indiana, 1980.
- Wickler, D, et al., *Brain Death and Personal Identity*, *Philosophy and Public Affairs*, 9, 1980.
- 厚生省健康政策局医事課編, 「生命と倫理について考える - 生命と倫理に関する懇談報告」, 医学書院, 1985年。
- 日本医師会・厚生省, 「脳死および臓器移植に関する調査団報告書」, 1988年。
- 立花隆, 『脳死』, 中央公論社, 1986年。
- 立花隆, 『脳死再論』, 中央公論社, 1988年。
- 唄孝一, 『脳死を学ぶ』, 日本評論社, 1989年
- 唄孝一, 『臓器移植と脳死の法的研究』, 岩波書店, 1988年。
- 鷲田小彌太, 『脳死論』, 三一書房, 1988年。
- 加藤尚武, 飯田亘之編, 『バイオエシックスの基礎』, 東海大学出版会, 1988年。
- A.E.ウオーカー (太田富雄訳), 『脳死』, メディカル・サイエンス・インターナショナル, 1987年。