The University of Osaka
Institutional Knowledge Archive

Title	脳死の考察 : シドニー宣言から脳死臨調までの新しい死の系譜
Author(s)	浅野, 遼二
Citation	カンティアーナ. 1995, 26, p. 1-26
Version Type	VoR
URL	https://doi.org/10.18910/66730
rights	
Note	

The University of Osaka Institutional Knowledge Archive : OUKA

https://ir.library.osaka-u.ac.jp/

The University of Osaka

脳死の考察 ―シドニー宣言から脳死臨調までの新しい死の系譜―

浅野遼二

一　死の事実・死の認識・死の概念の変更の企て

この論文では、脳死者からの臓器摘出・移植を可能にする「臓器移植法案」の実質審議（衆議院厚生委員会）の開始（一九九五年六月十三日）を念頭において、脳死の思想的系譜[1]――「シドニー宣言」（一九六八年）、「ハーバートクライテリア」（一九六八年）、「国際脳波学会の脳死の定義」（一九七三年）、「日本脳波学会基準」（一九七四年）、「イギリス規約」（一九七六年、一九七九年）、「アメリカの死の判定ガイドライン」（一九八一年）、「厚生省の脳死の判定指針および判定基準」（一九八五年）、「日本医師会生命倫理懇談会の最終報告」（一九八八年）、「脳死臨調の最終答申」（一九九二年）――を吟味し、脳死と従来の死の基準とその思想を比較し、世紀末の死の概念を検証し、脳死判定の神経学的基準が、医学のみならず人間の営みや死生観に及ぼす影響と意味を哲学的に検討する。

交通事故で心停止した若い女性をドナーとし、中年の男性をレシピエントとしたバーナードの心臓移植手術成功（一九六七年十二月三日、南ア）のニュースは、世界中をかけめぐり、センセーションを巻きおこした。その三日後、ニューヨークではカントロヴィッツが、生後間もなく心停止した無脳症児をドナーとし、心臓奇形の嬰児をレシピエントとした移植手術を行なった。前者は、十八日間生存し、後者は六時間後に死亡している。日本においても、札幌医大の和田教授が溺れて脳死状態になったと見られる青年をドナーとし、心臓に欠陥のある少年をレシピ

エントとした心臓移植（一九六八年八月八日手術〜十月二九日死亡）を行ない、深刻な疑惑を招き、移植医療に対する嫌悪の念を植えつけてしまった。最初の心臓移植から、一年の間に、世界十五ヶ国で、九五例の心臓移植が実施され、その間の生存は四三例と言われている。[2] 世界各地の移植医が一斉に先を競って心臓移植に乗りだしている様子が見て取れる。この移植医療を積極的に行ない促進するために、多くの議論や幾つかの方針が示されたが、その中でも、世界医師会総会で採択された「シドニー宣言」（Declaration of Sydney, Statement of Death）と、ハーバード大学医学部特別委員会が提起した「不可逆的昏睡の定義」（A Definition of Irreversible Coma, Report of the Ad Hoc Committee of the Havard Medical School to Examine the Definition of Brain Death）は、死に関する事実や認識や概念に新たな問題と変更が生じていることを明確に示している。

シドニー宣言は、「死の時刻の決定は、医師の法律上の責任であり」、「通常、古典的な判断基準（死の三徴候、瞳孔の散大・呼吸の停止・心拍の停止）を用いて、ある個人が死んだ」ことを判断できることを言い、「死というものが、細胞段階でのゆっくりと進行する過程」であることを認めている。しかし、真の狙いは、この従来の死の事実や認識や概念では対応できない「医療における二種類の新しい実践のために、死の時刻の問題をもっと研究する必要」があることを強調している点にある。二つの新しい医療行為とは、(1)人工呼吸器などによる生命維持と、(2)腎臓や心臓などの移植手術の実施である。この場合の死亡時刻を研究し判定する理由は、家族との別れの時を告げる医師の最後の崇高な使命でも、相続問題の根拠を示すためでもない。この「死の声明」において重要なのは、「どのような蘇生の技術によっても死の過程がもはや不可逆的であるとの確認」を、時間的に決定することにある。したがって、臨床医にとって関心事は、個々の「細胞の保存状態」や「いろいろな細胞や器官の死の時刻」ではなくて、一人の人間として機能的な活動を営めるか否かという「個人の運命」にある。この「個人の運命」を決定す

るのは、担当医の綜合判断によるとされているが、その時点では、補助手段として脳波計が有効であるとされている。この「宣言」は、まず、臓器移植の需要と実施のために、「死の声明」が出される必要を端的に示している。つぎに、死の過程の不可逆性が確認され、死の時点が判定されたら、蘇生の無用な努力の停止が倫理的に許され、さらに、死の判定に必要な法的措置が講じられるならば、遺体からの臓器の摘出が可能になるとしている。移植の需要から、これまでの心停止を確認した方法とは違う仕方で、死の不可逆性を確認することによって、一方では、不治の患者から人工呼吸器を取り外し、他方では、臓器移植を行なうことを倫理的に正当化し、そのための法的整備を促している。この「宣言」においては、始まったばかりの移植医療に対する反省から、臓器移植が関係する場合には、二人以上の医師による死の判定と、その死の判定に移植医が直接に関係することを禁じている。この禁止条項は、この時期の心臓移植の際に、ドナーの心停止にせよ脳死状態にせよ、死の判定と移植の要請に移植医が深く関与していたことから生じた「早すぎる死」の判定の不評に対処したものと思われる。

「宣言」の中に見いだされる死の事実は、個々の細胞や組織や器官の全ての死（壊死）ではなくて、脳波計の有効利用が言われているように、臓器、その中でも脳機能の不可逆的停止と等置されている「個人の運命」の消失にある。死の認識は、細胞や器官や臓器の異なる持続的消失におかれているのではなくて、個体の死の時点、すなわち個体の死の瞬間におかれている。したがって、死の概念は、死の過程の不可逆性と脳波計による死の時間的判定を根拠に、医師の綜合判断によって新たに作られることになる。死が細胞レベルでの緩慢なプロセスから、脳機能の時間的停止へと変化している。これは、死の概念が心拍の停止を中心においた実感的な死から、脳機能の停止を中心においた非実感的な死への移行を示している。

シドニー宣言と同じ時期に公表されたハーバートクライテリアは、「宣言」に間接的にしか表現されなかった脳

死の言葉と思想を明確にだしている。前記の副題が示すように、このクライテリアは、「脳死の定義を検討するために」だされた「不可逆的昏睡の定義」である。それも、脳死を不可逆的昏睡として定義することだけを目的にしたものではない。この報告の冒頭にあるように、「不可逆的昏睡を死に対する新しい基準として定義すること」になった「われわれの本来の目的」の二つの理由が重要な意味をもっている。第一の理由は、人工呼吸器などの蘇生的維持方法における改善が、個人の心臓は鼓動し続けるが、その個人の脳は、不可逆的なほどダメージを受けていたという部分的な成功にしか終わらないことにある。その際の負担は、知性の永久的喪失を受けている患者や、家族や病院に重くのしかかり、しかも、病院のベットの必要数は昏睡患者に占領され、他の患者の治療に支障をきたすというわけである。第二の理由は、死の定義のための時代遅れの基準（三徴候法）が、移植のための臓器を入手することに議論を巻きおこし得ることにある。

死の新しい「クライテリア」は、「宣言」よりも明確にかつ具体的に、二つの理由――(1)医療経済的効率を主眼にして、脳機能に不可逆的なダメージを受けた患者の処遇を図ること、(2)移植臓器の入手方法の確立――を示し、この難問を解決するために不可逆的昏睡の特徴を大胆かつ卒直に提示している。その特徴を列挙すると、(1)無感受性と無応答性（強い痛みの刺激に応答のないこと）、(2)運動ないしは呼吸の消失（自発的な筋肉運動や自発的な呼吸のないこと）、(3)無反射（瞳孔の散大固定、各種反射の消失）、(4)平坦脳波となる。これらのテストを少なくとも二四時間後に反復して変化のないことを確認した、ただ一人の医師によって患者の状態は決定される。患者がここで定義された通りのダメージを絶望的に受けている時には、主治医は、その患者に関する主要な決定に関与した家族や全ての同僚や全ての看護婦を含めて、以下のような手順を踏む。「死を宣告し、つぎにレスピレーターを取り外し」て終わり、この死の決定とそれへの責任は、主治医が取ることになる。

このハーバート報告に対して、唄孝一教授[3]は、「それをクライテリアとなし、（レスピレーターの）取り外しの前に死を宣告しろと勧告しているところが大きな特色」であり、「単なる医師の行為規範指針であることを超えて、死の概念の変更の提言」になっていることを指摘している。彼は、「死の概念の変更の提言」にまで及ぶ死の判定に関する医師の専権的権威の復活に憂慮の念を示している。脳外科医三輪和雄[4]は、「ハーバート基準は新しい死の定義をしたというよりも、医師の死の判定の内容と権限を拡大」すると共に、これが「死の判定者の保護基準」になっていると、一層、厳しい批判を展開している。二人は、死の概念について、少し異なった見解を示しているが、医師による「死の概念の変更の提言」と医師による「死の判定の内容の拡大」の指摘は、「クライテリア」を見る限り、両方とも存在する。特に「クライテリア」による「医師たちの保護」のみならず、同じ次元で「患者の人権や生命倫理と一致」する医療を求めた三輪医師の主張は、この「クライテリア」の根本的欠陥を明らかにし、ドナーというより、通常の患者として本来の「倫理的・法的・医学的保護」が移植医療の基本となることを明確にしている。彼は、ハーディ、バーナード、クーリィ、カントロヴィッツの心臓移植と死の判定を考察して、「はじめに〈脳死＝人の死〉があったというのが、ある種の神話にすぎないこと」と、「〈脳死〉は先験的に、また哲学的に人の死と認められたわけではなく、また倫理的に移植に対してゴーサインが出たのでもなく、臓器移植の先行と並んで、実用的に〈脳死〉が求められた」にすぎないことを症例に基づいて分析している。「宣言」と「クライテリア」からは、臓器移植の優先思想と移植のための死の判定をはっきりと知ることができる。ヨナス[5]は、「クライテリア」に移植の利益先行を見ており、ウィクラーとグリーン[6]は、「クライテリア」の神経学的基準に、下部脳の機能喪失（脳幹死）と上部脳の機能喪失（大脳死）の両方が示されているが、しかし、そのどちらなのか、また、全体の機能喪失（全脳死）なのかを指示しておらず、不明であると指摘している。「クライテリア」は「脳死の定義を検討

する」段階に終わり、「死に対する新しい基準」としては混乱している。

二　日本および国際脳波学会の「脳死の定義」とイギリスおよびアメリカの「脳死の判定基準」の哲学的考察

日本脳波学会は、「心臓移植をめぐって〈死の判定〉がクローズアップされ、それに関連して、脳死の判定に対する有用性が世界的に問題に」されており、「ことに脳波の有用性ということ」なので「脳死と脳波に関する委員会」を[7]発足させて、一九六八年十月に「脳死とは、回復不可能な脳機能の喪失である。脳機能には、大脳半球のみではなく、脳幹の機能も含まれる」というように脳死の定義を行なっている。この他に、「大脳半球の機能喪失の判定に脳波が有用であるが、その判定と回復不可能性の決定については今後の検討」課題としており、また「現時点では、脳波だけから脳幹の機能をうかがうのは困難」として、これも検討課題として、それぞれ、小委員会を設け、その結論を一九六九年三月に承認している。大脳半球の機能喪失の指標として脳波の有効性を念頭に入れながら、平坦化までの脳波パターンの分析が有用であるとしている。脳幹機能を認識する指標に、呼吸・血圧・体温の状態を挙げて、特に自発呼吸の不在を確認する方法として血中ガス分析が重要であるとしている。また、延髄の呼吸・血管運動中枢を脳幹の重要な機能として、観察と検討が加えられるべきことを報告している。日本脳波学会は、このように、心臓移植に触発されて脳死の判定に関係したことを言い、有用とされた脳波を医学的に再検討すると共に、脳死の判定に脳幹機能の臨床的基礎医学的検査の必要性を示している。一九七四年には[8]、第一次調査による六つの必要条件が、第二次調査の結果、十分条件であることが確認されたとして、原疾患を急性一次性粗大病変に限定し、脳死判定基準の六条件を、(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)急激な血圧降下とそれに引き続く低血圧、(5)平坦脳波、(6)以上の五条件が揃った時点より六時間後まで継続的に、これらの条件が充たされていること、として示している。脳血管撮影の非造影所見（non-filling angiogram）は、参考条件として挙げているが、脊髄反射の消失は必須条件とはしていない。一九八五年に「厚生省・脳死に関する研究班」からだされた報告書は、この全脳死の定義を「脳死とは脳幹を含む全脳髄の不可逆的な機能の喪失状態である」とし、「きわめて簡単、明瞭」であるとして評価している。しかし、この厚生省脳死判定基準（竹内基準）では、脳死の原疾患の判定対象に心停止や窒息などの二次性障害を加えて、その範囲を広げており、脳死の判定基準に関しては、血圧降下の項目を廃し、脳幹機能を検査する項目に、五つの脳幹反射を付加している。原疾患と、必要十分条件とされた六条件の一部とが早くも訂正されている。特に注意を引くのは、日本脳波学会が参考条件とした「脳血管撮影」を脳死判定から除いていることである。

第八回国際脳波学会において示された「脳機能の停止に関する委員会報告」は、「脳死とは小脳や脳幹や第一頸髄までも含めた全脳組織の不可逆的停止である」と定義した後、脳死状態についてさらに詳細に、「患者の他の臓器の機能は、人工的なベンチレーターや薬物療法や、輸液や電解質等々により維持される」し、「この脳死状態は決して慢性化することはない。脳機能停止に引き続いて、大抵、一～五日以内に心機能も停止する」と規定している。脳死の対象症例として、一次性と二次性の病変を挙げている。脳死の原因は、これらの症例の際に見られる脳の瀰慢性の無酸素症などにより、脳組織の代謝異常を招いて、頭蓋内圧亢進を起こし、その結果、頭蓋内の血液循環が停止したことにあるとしている。脳死の主要な原因は頭蓋内の血液循環の停止にあるというわけである。

イギリスは、「脳死の診断」(Diagnosis of brain death) の「声明」(Statement, 1976)と「死の診断」(Diagnosis of death)の「覚書」(Memorandum, 1979) とをだし、唯一、「脳幹の永久的機能死が脳死を構成する」説を

取り、脳幹死と脳死とを同義語として使用している。イギリスは、脳幹死の立場からの「脳死の診断」が「経験から得られた知識を秩序正しくまとめたものとして洗練されている」ことに自信を示し、ハーバートクライテリアより、はるかに役立つとしている。脳幹死の判定が必要になった理由については、「声明」の冒頭で「重度の脳損傷を受けて機械的ベンチレーターによって人工的に呼吸が維持されている深昏睡で無反応の患者を見かけることが、病院にとっては、ありふれた事になってしまった」長年の事実に対して、その患者が「回復の可能なチャンスが全くないことを知り、かつそれを充たせば機械的ベンチレーターのスイッチを切ることのできる厳格な診断基準を確立することが、医プロフェッションの関心（concern）」になってきたことと、「呼吸と循環の生命維持機能を人工的に維持する技術的能力と共に、いつ、ベンチレーターのスイッチを切るかというジレンマが大きな公共上の利害関係（interest）の主題となってきた」ことを合わせて示し、医プロフェッションの関心と公共上の利害関係の一致から、脳死の診断方法を確立したことを明らかにしている。脳死診断の確立は、現代医療が自ら招いた矛盾（呼吸と循環の生命維持装置によって人工的に生命を維持する功罪）を解消し、医プロフェッションの関心と公共上の利害関係とを宥和し、家族の絶望的な情緒的パニックを防止する効果が十分にあるとしている。

「声明」の「脳死の診断」の条件を要約すると、(1)深昏睡、(2)自発呼吸の停止、(3)救済不可能な構造的な脳損傷診断の確定となる。脳死の確認のテストとして、まず、すべての脳幹反射の欠如を言い、脳波検査が重要な価値を有するのは、患者をケアする際に本来の診断が疑われている早期の段階にあると限定し、脳血管撮影や脳血流測定は不要であるとしている。「覚書」では、「声明」で問われなかった問題「死の診断」、すなわち「脳死になったときに、死そのもの（death itself）が、推定されるのか、或いは、他の結論になるのか」について検討し、以下のように回答している。(1)例外的には死は瞬間的に（instantaneously）或いはほとんど瞬間的に、強度の外傷の結

果として起こる。通常は、死は過程（process）であり、出来事（event）ではない。(2)呼吸の停止と心臓の停止は死に行く際の過程であり、心拍の停止の瞬間（moment）は臨床的に簡単に認めることができるので、死そのものの瞬間として受け入れられてきたが、この過程の評価は一切なされてきていない。(3)現在、医プロフェッションにも一般大衆にも受け入れられていることは、死そのものを心停止と等置することはできないということである。議論を超越した死の唯一の視座は、その不可逆性（irreversibility）にある。(4)多くの事例においては、死という不可逆的段階に至る過程を経るが、最後は脳死の起こる「不帰の点」（the point of no return）に達する。(5)少数の事例において、脳死が自発呼吸の停止をもたらし、これに続いて酸素不足による心拍の停止が起こる。その際に人工的ベンチレーターによって酸素を供給すれば、数日間、心拍は継続する。(6)脳死は患者が本当に死んだ段階を言い表わしている。なぜなら、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。これが「精神の肉体からの分離」（the departure of the spirit from the body）である。

臨床上の経験的知識がイギリス規約の根本となっている。呼吸と循環機能の中枢としての脳幹機能の観察と検査を継続することによって得られた経験的知識に基づいて、脳幹死を脳死とする立場から、脳波検査や脳血管撮影や脳血流測定の不要が言われている。すでに、「〈脳死〉は、それが起こったときには、確実に診断され得る」ことを医学会の全員一致で表明していたことを引き継いで、特に「覚書」では、従来の考え方とは、死の事実・死の認識・死の概念に関して、決定的に異なる見解を提出している。通常、多くの事例であった死の事実としての呼吸や心臓の停止が人工呼吸器や心蘇生術の技術的進歩により、人為的に維持されることが明らかになった現在、それは、死に行く単なる過程であり、最後の瞬間ではない。特に心拍の停止は心音の消失の瞬間として把握しやすかっただけで、それは死の瞬間ではなく死への契機にすぎない。したがって、死の認識は、死の唯一の視座としての不可逆

性を知ることにある。つまり、不可逆性を意味する脳死を認識することが死の認識となる。それゆえ、「覚書」において、死の概念は、不可逆性を意味しない呼吸や心臓の停止から、「不帰の点」、すなわち不可逆性を指し示す脳死に、明確に変更されている。患者が本当に死ぬのは脳の全機能が永久的に不可逆的に停止する脳死にある。その時が、「精神の肉体からの分離」となり、死の概念が完成する。脳死の瞬間が、死、「不帰の点」、不可逆性を意味する。しかし、この脳死の瞬間は、ほんの少数の事例である頭部への強度の外傷において経験的に知ることが可能なだけであって、脳死における死の瞬間を、一般的な神経学的検査で確認することができるとは、イギリス規約では言ってはいない。この少数の経験で得た死の瞬間を、他の多くの死の事例に妥当させることが、おそらく、可能であるとの経験的な推定があるのであろう。こうして、「覚書」では、死の概念を、呼吸の停止や心臓の停止ではなく、脳死によって新たに統一して一元化している。

アメリカ大統領委員会からだされた『生命倫理総括報告書』[9]によると、「死の定義の統一性」という望ましい目標のために必要な法律の修正は、現行法を改正することによって可能であるとし、新しい判定基準を統一された州法によって定め、法律で規定される死の定義は、変化し得る医学的基準ではなくて、一般的な生理学的基準に基づくことが勧められている。さらに、死は心肺の不可逆的な機能停止か、或いは全脳の全機能の不可逆的消失かのいずれかの基準による単一現象であること、そして法律で規定された定義は、死体の臓器提供に関する規定および生命維持のための治療の中止決定に関する法的ルールから、明確に区別されるべきことを示している。この方針に沿って「死の診断」医療専門家グループは、(1)心肺基準（呼吸と循環が不可逆的に停止したときに、脳機能を直接に検討する必要がない場合）と、(2)神経学的基準（心肺機能が人工的に維持されていて、脳機能が不可逆的に停止していることを検討する場合）の二つの基準を示し、アメリカ各州での混乱（人工的処置であれ生命徴候がすべて消え

るまで死としない州と脳機能の不可逆的消失を死とする州の存在）を防ぐために、前記の二つの基準のいずれかが確認された個人は死亡したものとして認める法律案を提案している。

そこで「死の判定ガイドライン」に示された「死の判定基準」は、(1)「血液循環及び呼吸機能が不可逆的に停止した個人は、死亡したとする」心肺基準と(2)「脳幹を含めて脳全体の全機能が不可逆的に停止した個人は、死亡したとする」神経学的基準とから成立している。この神経学的基準が、ハーバートクライテリアに代わって「受け入れられた医学的基準」である。(1)心肺基準では、①機能停止は臨床上の診断により、②その不可逆性は観察や治療により、また機能の永久的停止により確認する。(2)神経学的基準に基づく診断で言われる「脳全体の諸機能」とは、臨床的に確認できる機能のことである。神経学的基準での①機能停止は、深昏睡（無感受性と無応答性）による大脳機能の消失によるが、確認の手段に脳波や脳循環検査が必要となるかも知れない。脳幹反射の検査項目に、瞳孔対光・角膜・眼球頭・前庭眼球・口腔咽頭・呼吸反射の検査を入れており、特に動脈血ガス分析による無呼吸検査が重要であり、除脳・除皮質肢位・痙攣があれば死の診断と両立せず、末梢神経系の活動や脊髄反射は死後も残存する。②まず、その不可逆性は、昏睡の原因を臨床上の診察と病歴の検討によって確定し、その際、脳波、脳血管撮影等の検査による判定が望まれる。つぎに、脳機能が回復する可能性のないことを確定するためには、最も重要な可逆性のある症例（鎮静剤使用、低体温、神経・筋遮断薬使用、ショック）を除外し、薬物中毒を徹底的に検索し、脳血流の消失の判定は、十分かつ不可逆的条件を示すものとして用いることが可能である。さらに、全脳の機能停止が観察と治療の期間に永続していること、脳機能の消失が証明されてから、六時間後に回復した例はなく、確認の検査が証明されていない場合は、少なくとも十二時間の観察が必要となる。大脳電位の消失は大脳皮質の不可逆性の証明となり、平常体温の成人脳の血液循環が十分間以上途絶することは脳組織の生存と両立しない。それ

ゆえ、この循環障害を示すことは、脳全体の死の明白な証拠となる。脳全体への血流の停止を診断することは、決定的であるが、実施するには相当の困難とリスクが伴うことを示している。

このガイドラインは、二つの死の基準を設定し並列しているように見えるが、実は、その冒頭において、死の原因は「肺および心臓、或いは脳のいずれかの不可逆的破壊が、他方の機能の継続を不可能にした」ことにあるとし、人間の統合的な有機体説を言うことによって死が肺と心臓と脳の有機的リングの切断にあることを指摘し、並列の弊害を生理機能的意味において解消しようとしている。ガイドラインは、ハーバートクライテリアに基づいたカンサス法の欠点（「二つの異なる死の現象が存在すること」）を除去し、カプロンとカスによると[10]、「臓器移植を容易にする」だけではなく「患者の幸福も」重要であることに配慮をしている。ガイドラインの死の概念を基礎づけているのは、主要臓器の有機的関係の途絶にある。有機体説は、カプロンとカスがカンサス法の代案として出した死の法的な捉え方の基礎概念――「呼吸および循環の最終的停止を死とし、これらの機能が人工的に維持されている場合には、自発的脳機能の不可逆的停止を死とする」――を生理機能的に作成し直したものと考えられる。カプロンとカスは、二種類の死の存在によって、臓器移植の先行と早まる死の判定の疑惑をさけるために、「脳にのみ依拠すれば、伝統からの不必要な鋭い断絶が生じ」、「伝統との連続から離脱することは、良い立法のもう一つの原理を破ることになる」として、伝統的基準（心肺基準）に基づいた妥協的で宥和的な死の概念を示している。彼らは、心肺の不可逆的な機能停止が死であり、これが人工的に維持されて死が妨げられている場合は、心肺の停止に代わる指標として、脳の不可逆的な機能停止を用いたにすぎないというわけである。なぜなら、人間は肺と心臓と脳とが有機的に統合された存在であるから、その有機的統合を作り上げている機能のどれが破壊されても死となるからである。しかも、法として社会に受け入れられて安定するには、伝統との絶縁を意味するかも知れない新しい基準

（神経学的基準）に基づくより、伝統的基準を生かした方が、混乱が少なく定着率が高いと判断したからであろう。伝統との関わりの中で、死の概念に統一した意味を与えて、公平な法として実施するという考え方の根拠は、ガイドラインにおいて、生と死の生理機能的な有機体説が担っている。しかし、心肺基準および神経学的基準の不可逆性というレベルの異なる二種類の不可逆性の存在は、二つの異なる死の現象ではなく、二つの異なる死の根拠を残してしまっている。イギリスが死（脳死）の医学的診断に限定したのに対して、アメリカは死の法制化にまで及んでおり、国情と国民性の違いを如実に反映している。死の定義や死の判定基準には、脳循環検査を必須としたスウェーデン基準があるように、全くバラバラで死の多様性と死の受容の仕方の違いを、端的に示している。

三　厚生省・脳死研究班の報告、日本医師会生命倫理懇談会の最終報告、脳死臨調の最終答申の吟味

厚生省・脳死に関する研究班は、昭和六〇年度研究報告書において、「脳死は全中枢神経系の死とする」ハーバートクライテリアを「古典的記述」であるとし、「脳死の概念」としては前述の日本及び国際脳波学会の脳死の定義（全脳死）を継承している。特に脳死の概念において重要なこととして、「全脳髄の機能喪失は決して全脳髄のすべての細胞が同時に死んだことを意味しない。それは、ちょうど従来の心停止による死の判定がからだ全体のすべての細胞が同時に死んだことを意味しないのと同様である。脳死はあくまでも臨床的概念である」ことを宣言している。「しかし、このことは脳における病理学的所見の欠如を意味するのではない。あくまでも〈全脳死〉の概念に基づいた脳死の状態の判定指針および基準であり、わが国において、脳死をもって〈死〉とするという新しい死の概念を提唱しているのではない」ことも明言している。つまり、全脳死の概念は、細胞の壊死（器質死）ではなく機

能死を意味しており、構造的に、従来の心停止における死の概念と変わらず、したがって、新しい死の概念を確立していないと主張している。

「脳死の判定と関連して生命徴候を論ずるときは、呼吸・血圧・心拍に限定される」として、呼吸は無呼吸テスト（血液ガス分析）で調べるが、血圧はすでに心・血管作動薬を使用しているために低血圧の症例は脳死判定には不十分であり、また「心拍の調節には血圧と同様に、中枢性と末梢性機序があり、心臓の自動能があるために判定基準として考慮するには不適切」としている。それゆえ、脳死判定には、無呼吸テストと共に、「深昏睡と脳幹反射消失の確認が極めて重要」であると言う。「深昏睡とは外的刺激に対する無反応を意味」し、脳幹反射消失の確認には、以下の神経学的検査を必須とし、「ハンマーと簡単な道具」で検査できる臨床的方法を指示している。

(1)深昏睡は、Ⅲ－三方式で三〇〇、グラスゴー・コーマ・スケールで三が妥当しなければならない。虫ピンで顔面に刺激を与え、疼痛刺激に無反応か否かを確認する。(2)瞳孔に関しては、室内の通常の明るさで瞳孔径を測定し、左右共四ミリ以上であること。対光反射の有無は懐中電灯で確認する。(3)姿勢・運動に関しては、(a)除脳硬直・除皮質硬直の場合は、頸部付近をつねり、四肢に反応があれば脳幹機能が残存し、(b)痙攣があれば、脳死は否定される。(c)ミオクローヌス、筋の短時間での不随意な収縮があれば脳死は否定される。(4)脳幹反射に関しては、つぎのような方法で反応があれば、各反応があり脳死は否定される。(a)綿棒を細くして眼球角膜部に触れて瞬目があれば角膜反応があり、(b)頭を急速に左右・上下に回転し、眼球が逆方向に偏位すれば眼球頭反射（人形の目現象）があり、(c)カテーテルで外耳道に冷水を注入し、眼球が刺激側に偏位すれば前庭反射があり、(d)吸引用カテーテルで咽頭後壁を刺激し、咽頭筋が収縮し、嘔吐のような運動があれば咽頭反射があり、(e)気管吸引用カテーテルで気管を刺激し、咳があれば咳反射があり、(f)頸部付近をつねるか針で疼痛刺激を加えて、瞳孔散大が起これば毛様脊髄反

射があり、いずれも脳死は否定される。(5)脳波・誘発電位に関して、(a)脳波検査は全脳死を確認するためには必要であり、大脳機能の喪失の平坦脳波は客観的指標となる。(b)脳幹誘発反応を調べる場合、短潜時体性感覚・聴覚脳幹誘発電位の検査の所見で、ただちに脳死を判定することはできない。しかし、両検査は脳死の補助診断法として有効である。(6)脳循環・代謝検査に関しては、脳循環測定法として脳血管撮影、X線－CT、放射性アイソトープがあり、それによって脳循環の完全停止が分かれば、脳死の客観的証明法の一つとなるが、機器の精度から判断し、絶対確実な検査方法ではなく一般的検査とはならない。(a)脳血管撮影による非造影所見は頭蓋内への血流が遅延している場合にもあることから、必ずしも脳血流の停止を意味しない。この検査は侵襲的であり、脳死判定だけのために脳血管撮影を行なう必要はない。原疾患の非造影所見は脳死判定の参考資料となる。DSAは新しい比較的安全な方法であるが、この所見でも脳血流の停止を導くことはできない。(b)X線－CT検査は原疾患の診断に重要で有効であるが、脳血流の途絶と脳死の証明にはならない。(c)放射性アイソトープ・シンチグラムによる方法、非放射性ゼノン増強X線－CT、SPECT、PETの検査により、脳血流停止測定は可能であるが、設備の点と患者の肉体的負担から、脳死の一般的検査となっていない。(d)脳代謝検査に関しては、PET、MRIには、課題が残っており、現段階では判定基準に入れていない。

前提条件となる症例は、(1)器質的脳障害により深昏睡および無呼吸をきたしている場合と、(2)原疾患の確実な診断がなされ、現在可能なすべての適切な治療によっても全く回復不可能な場合である。判定基準は、前記のことから、(1)深昏睡、(2)自発呼吸の消失、(3)瞳孔の散大固定（左右四ミリ以上）、(4)脳幹反射の消失、(5)平坦脳波となる。除外例に、①小児（六才以下）、②類似症例（急性薬物中毒、低体温、代謝・内分泌障害）を示している。

この報告書の最終部分で、全脳死を取った理由として、脳幹死を強調することによって「早すぎる脳死の判定に

なることをおそれた」ことと、「人々の生命観」に関する問題なので「慎重な配慮」をしたと述べている。脳死が医学の進歩におけるアンビバレンツ（両面価値）を、そして生と死、医学と人間存在ないし人間性の対立葛藤を新に示しており、死の判定には医師が最終責任を負うが、死の定義には医学以外の分野からの参加と討議が必要であるとし、「本指針では脳死をもって人の死とは決して定めていない」ことを謙虚に語っている。この報告書における脳死判定の最大の特徴は、アメリカやイギリスの死の概念や死の判定方法のエッセンスを取りだし、判定方法を簡素化し、臨床医ならばだれでも誤りなく判定できる単純な技術的指針となっている点にある。そのために、この判定方法で死が本当に分かるのかという技術的疑問が出て、同じ医療技術の次元から、器質死の立場を取り、脳血流の測定の必須を言う立花隆の見解と真っ向から対立している。しかし、技術的対立ならば、病理学的方法を取らずに細胞の融解を知り、侵襲的ではない脳血流の検査方法が確立すれば解消する。技術上の対立は真の対立とはならなくなる。真の対立は、この報告書が技術的機能的問題にのみ集中し、日本脳波学会の中間報告の冒頭に書かれていた問題を意識的に回避した点にある。それは、心臓移植の先行によって脳死判定が新しく提起された事実の検証を避けたことと、その補強に脳死が新しい死の概念ではないとした考え方にある。この二つの問題は生命倫理懇談会のテーマとなるはずである。

日本医師会生命倫理懇談会が出した「脳死及び臓器移植についての最終報告」は、死を定義して「従来の心臓死のほかに、脳の死（脳の不可逆的機能喪失）をもって人間の個体死と認めてよい」としている。最終報告は、従来の死の構造が「肺、心臓、そして脳の機能の不可逆的停止を確認して死の判定」（呼吸停止、心拍停止、瞳孔散大および対光反射の消失を確認し、脳機能の喪失の判断）をしたことにあると言い、特に「心臓の停止は、他の臓器の機能喪失を確実にもたらし、また容易に判定できることから、死の判定の最も重要な徴候とされてきた」と説明

する。この三徴候法による判定には、長い歴史と伝統があり、今後も臨終に際しては、通常、死の判定に使われるが、人工呼吸器などの生命維持装置の高度化により、新しい問題――(1)生命現象の回復する見込みのない事実上の死者を人為的装置によりあたかも生きているかのような状態におくことは死の尊厳を汚すことにならないか、という「人間の尊厳」の問題と、(2)臓器移植の技術が発達し、ドナーの臓器の機能が維持されている間にレシピエントに移植する必要があるという問題――が生じてきたことを言い、脳の死の判定を確立し、そこから臓器移植の方策を示している。最終報告は、「死の判定ガイドライン」の死の有機的解釈を基に、錫谷教授の「脳、心、肺の生命のリング説」[11]を分かりやすく説明し、見せかけの生命は「人間の尊厳」を侵すということを加えて、諸外国では患者本人の意思表示がなくても家族の同意があれば、臓器の摘出・移植が行なわれているから、脳の死による死の判定方法を確立しなければならないことを強調している。他方、脳の死と臓器移植とは別問題との見解を示しながら、両者を分離するのは現実的ではないと主張しているのは、脳死判定の真の理由がどこにあるのか、一見すると曖昧に見える。それは、初期の移植に見られた臓器移植の必要から、脳死判定の確立へ、最後に「人間の尊厳」となった順序を逆転し、「人間の尊厳」（同意の問題）から、脳死判定の確立へ、最後に臓器移植の順序にしなければ、移植医療が成立しないことが分かってきたからである。しかし、「人間の尊厳」とは、患者（ドナーとレシピエント）を手段（臓器提供者）と目的（臓器被移植者）とに分割して選別するのではなく、ドナーを含めて患者の「倫理的・法的・医学的保護」が一切に先立ち、優先することにある。これが理解されない限り、移植医療は日常的には実施され得ない。それは、最初に臓器移植（目的）があって、つぎに死にからむ「人間の尊厳」の問題を単純に脳死判定という法制化（手段）で片づけてしまおうとする体質が未だに改善されていないからである。

個体の死については、細胞や臓器機能の統合能力の完全に消滅した状態が「生物学的な個体死」であり、「社会

的・文化的伝統の中における死」は、この「人間の生物学的な死」に基づいていると言う。この「人間の生物学的な死」の共通理解とは、大脳及び脳幹を含めた脳全体の機能の完全な喪失を個体死（脳の死）とすることにある。「人間の生物学的な死」の判断は、脳の器質的変化や脳血流の停止の確認後、脳の器質死を推定すべきであるという意見に対して、懇談会は、必要な診察と臨床検査の組合せと臨床経過の観察とにより、「脳の死」（人間の生物学的な死）の判定として十分に可能であるとしている。したがって、個体とは生物学的存在を言うことになり、この生物学的意味における個体死が「社会的・文化的伝統の中での死」を帰結し、脳の死は人間が全てを喪失することを意味する。

脳死判定においては、生物学的存在としての人間の死が、社会的文化的存在としての人間の死に対して、圧倒的な優位を保っている。しかし、これが臓器移植になると、「患者と家族の感情の尊重と同意」という、いわゆる自己決定権を第一義とし、人間の社会的文化的存在の優位をためらいもなく主張している。脳死判定（生から死）においては生物学的存在の優位を、そして移植（死から生）においては社会的文化的存在の優位を言う。人間における生物学的意味と社会的文化的意味（人格的意味）を便宜的かつ功利的に使い分けている。そこには、その時の都合によって、人間の生命の価値に上下の区別を設定し利用する差別的な価値観の危険な徴候が現われている。精神科医辻悟は、人間を生物学的身体的存在、人格的存在、社会的存在の三つの水準から等しく、その死を考察し、生物学的（医学的）事実だけではなく他との関係や影響の重要性を語っている。なぜなら、「脳死〔生物学的医学的死〕をもって個体死とすることは死の定義の根本的変更」[12]を含意しているからである。

最終報告は、脳死の社会的承認（同意）に関して、脳死判定に社会的合意か国民のコンセンサスかの必要を主張する人々の見解を時期尚早論と解し、時期尚早論者の社会的合意論は、国民の大多数の納得が必要だという心情の

表現にすぎず、社会的合意の基準・確認の方法・具体的要件・手続きが示されておらず、先送りの議論であると批判する。これに対して、立法による社会的合意の成立方法を示し、その立法手続きの効果によって、国民に議論を喚起し、成立すれば多数決原理による国民全体の意思の反映となり、反対者をも拘束し、また医師の脳死判定の合法性を証明できる利点を言う。世論調査の結果からも、脳死の社会的合意は、かなりできていることを指摘する。

人間の生物学的理解とか、多数決原理とか、法による拘束とか、世論調査の都合の良い判断とか、脳死判定は患者や家族の意思や同意を得るのが「現状では適当である」とした一時逃れの手法に見られる医師の専権的権威の温存を図った点を観察しただけでも、人間の自己決定権に対する理解の欠落がはっきりしている。脳死問題から提起された、この自己決定権という本質的な問題をめぐって、脳死臨調では、意見が戦わされるはずである。

「臨時脳死及び臓器移植調査会」のだした「脳死及び臓器移植に関する重要事項について」（最終答申）では、脳死及び臓器移植に賛成の多数意見（A）と、脳死に反対、臓器移植に賛成の少数意見（B）とが対立し、両方が記載されている。

A　多数意見は、三徴候法による死の判定を批判し、(1)三徴候法は、死の意味も理解も十分にないままに説明抜きで慣習として人々に受け入れられてきたが、(2)近年、人工呼吸器の登場で呼吸停止が死の徴候とは必ずしも言えなくなっている。(3)将来、人工心臓が開発されたら、死の最も普遍的な徴候であった心停止という現象が生じなくなる可能性がある。したがって、呼吸停止と心停止を重視する死の三徴候法を人の死とする理由を「改めて根源的に考え直す必要」があると同時に、「新しく脳死が人の死」か否かが問題となっている、と言う。

人の死の意味について、(1)人の死は、人の身体に生じる生理学的現象であり、何よりも医学、生物学的知見に基づいた、立場を超えた死に対する理解が基礎となる。(2)人の死は、人々の価値観を前提とした一つの文化的現象で

あり、その例として古今東西、魂が肉体から離れた時をもって死とする考え方がある。(3)それゆえ、人の死の定義は、医学、哲学、宗教、倫理学、社会学、文化人類学等の立場から綜合的に考えられるべきである。(4)人の死をプロセスとする考えがあるが、死が身体のどのような変化から始まり、どのような変化をもって完成するのかは決めがたいので、プロセスとしては捉えがたい。人の細胞死説は、従来の三徴候法による死の考え方とも相異し、合理的な考え方とは言えない。そこで、(5)人を意識・感覚を備えた一つの生体システムと見なし、この、有機的統合体としての個体の死を、人の死とする考え方が主流となっている。つまり、(a)身体の基本的な構成要素としての各臓器、各器官が相互依存性を保持し、(b)それぞれが精神的肉体的活動や体内環境の維持のために合理的かつ合目的的に機能を分担し、このように、(c)有機的統合性を全体として保っている状態が人の生であり、(d)この統合性の失われた状態が人の死である。(6)脳幹を含む脳を中心とした神経系が各臓器・器官の統合・調節をしている。したがって、(a)意識・感覚等の脳固有の機能と共に、脳による身体各部への統合機能を不可逆的に喪失することが脳死である。(b)人が個体としての統一性を失い、人工呼吸器を装着しても、数日内に心停止となる。個々の臓器や器官がバラバラに機能していても人の生ではない。(c)これは植物状態ではなく、死の形態として脳死であるが、脳死は例外的であり、心臓死が通例である。この二つの死の共通性は個体としての有機的な統一性の喪失にある。

脳死の定義および説明と判定に関しては、まず、脳死を「脳幹を含む全脳の不可逆的機能停止」と定義する。(1)これは、脳の主機能である意識・感覚等の脳固有の機能と身体各部を統合する機能の不可逆的喪失とを意味し、(2)脳を構成する個々の部位の代謝とその他の生活機能がすべてなくなることは意味しない。(3)脳死を全脳細胞の壊死とは解しない。つぎに、脳死の判定について、(1)脳死判定は、脳の不可逆的機能停止を医学的に確実に知ることにあり、(2)個々の細胞のすべての死を確かめることではなく、(3)脳死下での病理学的検査による脳細胞の観察は許さ

れない。(4)竹内基準は現在の医学水準からして妥当であり、適用した症例で「生き返った」ものや「生命徴候」の現われたものはない。(5)脳血流の測定は補助検査であり、必須ではない。しかし、(6)社会の安心感を強めるために判定の結果を目に見えるようにする努力と、そのための実施可能な補助検査が必要である。

脳死を社会的法的に人の死として認知することに関しては、脳死を人の死とするのが医学的に合理的であるが、社会の受容を無視できないので、脳死をめぐる国民感情と社会的合意に対する配慮を言う。まず、脳死を心身二元論の考え方とし、わが国の伝統的な死生観と相容れないとする有力な「脳死批判」に対する反批判を展開し、(1)意識・感覚・身体の有機的統合性の喪失を死とする「脳死」論は、心身二元論とは無関係であり、(2)わが国の伝統的宗教・倫理観から見ても、脳死の考え方が殊更に否定されるべき具体的論拠はない。(3)文化・伝統の異なる諸外国において脳死は受け入れられており、国際社会の認識と一致しており、脳死を社会的法的に人の死とするのが妥当である。その社会的合意の正当性や説得性を示す具体的現実的論拠として、「臨調の意識調査」の相当数の国民の合意の事実を挙げて、概ね社会的に受容され合意されていることを証明している。

脳死か心臓死かの選択を認める死の自己決定権と、違法性阻却による臓器移植の容認とに対しては、以下のように、厳しい批判を展開する。(1)死の主観的な選択権は、人の客観的な死とは馴染まないし、(2)法律問題の複雑化・不安定を招来し、(3)社会規範として不適切である。(4)本人の事前の同意があれば違法としない違法性阻却説は刑法に抵触し、(5)生きている人の心臓の摘出は、積極的安楽死への加担となり、(6)一方に高い質の生命を有する患者の救済を、他方に低い質の生命の患者の犠牲をおく生命の価値の差別を生み、(7)法的に処罰されないにしても、社会的に死とされない者からの臓器摘出は医のモラルに反した行為となる。現状において、これらの問題は臓器移植法案を可決し成立させることによって、強引に解決の目安はつくと思われるが、これまでの検討からして、第六番目

の生命倫理の最重要課題（生命の質や価値の差別問題）は未解決のまま放置されることになるであろう。

B　少数意見は、多数意見とは脳死の根本的理解や人間の解釈において決定的な違いを見せており、死の判定における医学・生物学的知見の優先について、死の判定は、医学の専権事項であり医師が主役を果たすが、それは死か生かの判定だけの主役である。いま、問題なのは脳死が死なのかどうかにあるとして、脳死肯定の論理に対して、(1)脳死の是認は、三徴候説における死の概念に対する重大な変更を意味し、哲学、宗教に少なからぬ影響を与えることになり、(2)脳死判定の正否は普通人によって容易に確認できず、開かれた儀式としての死から、密室での見えない死の儀式へと変わる。それゆえ、(3)死は医学の特権的決定のみではなく全国民の叡知により解決されるべき問題であるとして反論している。

生命の有機的統一体説に関しては、(1)有機的統一体説は、医学的見解ではなく、大統領委員会の概念の転用である。(2)有機的生命体説は生の哲学に属するが、生の統一の概念には乏しく、特殊な一哲学的見解にすぎない。そして、(3)有機的統一論による死の論証は不可能であるとして、(a)生命は全体として有機的統一体なのか、(b)その有機的統一を司る器官が部分としてあるのか、それが脳か心臓かは不明であり、(c)生命を有機的統一体とする論証もなく、統一を司る器官を脳とし、脳死を死と断定する論理には、幾重もの論理の飛躍があることを指摘している。

脳死肯定の立場からなされた三徴候説批判に対する反批判を、(1)人工呼吸器を装着している人は死者ではなく、(2)あの人工心臓をもってする批判は開発のメドもないことから不可能で論理に矛盾があり、(3)はじめに臓器移植があって、そのために脳死を死とする実用の論理は故意に作られた論理であり、(4)呼吸、体温、二〇〇日以上の生存、出産の事実を挙げて実感的批判を展開する。(5)死のゆかしい伝統的風習（もがりの風習）を破壊することになり、(6)現行法の死における猶予の問題（二四時間後の茶毘）にも抵触し、(7)人権侵害の恐れを、(a)脳死宣言の瞬間に人

間が物となる点に、(b)死者への医療と生者への医療との間には格段の違いが生じる点に、(c)末期医療への努力に怠慢が生じる点に、(d)人体が医学資源化され、医学実験の材料となる点に、それぞれ見ている。(8)その他に現行法との整合性の問題やすべての移植の利益（ヨナスの批判）に帰することを指摘している。

脳死の社会的合意が成立したとする多数意見に対しては、世論調査の逆転現象と脳死を死と認める人が半数にも達しないことから、社会的合意が成立したとは言えないとする。このことから、脳死理解の深まりが、必ずしも脳死是認の楽天的見解に結びつかないと主張する。

少数意見は、自らの思想的立場を、(1)科学主義、(2)理性主義、(3)人間機械論、(4)西欧主義の批判を通じて明らかにし、科学主義の行き過ぎを修正し、過去の伝統的な精神文化を重視し、人間の身体には精神と同様に独自の個性的生命が宿り、西欧の文物を批判的に摂取し人間を理性とのみ考えず、生命は生きとし生ける者に共通であることを自覚することが必要であると主張している。

生命の質から脳死および臓器移植を合理的に肯定する立場と、伝統的な生命の尊厳から脳死を否定し、臓器移植を不条理なものとして肯定する立場とが真っ向から対立し、現時点において解決の糸口は示されておらず、不明のままである。前者は、「最終報告」と同じように、死の生物学的意味を過大視し、死の社会的文化的意味を問うことにより紛糾して脳死から臓器移植への道が閉ざされることを恐れており、後者は、死の伝統的解釈によりすがり、いずれも、期待したほど自己決定権を全面にだして論争はしていない。死（脳死）から再生（臓器移植）への問題は、日本人一人一人が対決しなければならない問題であるがゆえに、残された解決の道は、国会の決議によるのではなく、国民投票によって各自の自己決定権に従う方法が残された妥当な道であろう。

注

（1）本稿における「ハーバートクライテリア」、「国際脳波学会の脳死の定義」、「イギリス規約」、「アメリカの死の判定ガイドライン」に関する外国語および邦訳文献、「シドニー宣言」、「厚生省脳死判定基準」、「日本医師会生命倫理懇談会の最終報告」、「脳死臨調の最終答申」の出典は下記の通りである。

(1) *A Definition of Irreversible Coma*, JAMA, Vol. 205, 5 Aug. 1968, pp. 337-340.

(2) *Report of the Commitee on the Cessation of Cerebral Function*, Electroenceph: a. clin. Neurophysiol. Vol. 37, Nov. 1974. pp. 530-531.

(3) *Diagnosis of brain* death, British Medical Journal, 13 Nov. 1976, pp. 1187-1188.

(4) *Diagnosis of death*, British Medical Journal, 3 Feb, 1979, p. 32.

(5) *Guidelines for the Determination of Death*, JAMA, 13 Nov. 1981, pp. 2184-2186.

(6) 「死の宣告」〈シドニー宣言〉（エチオーニ、木原弘二訳『人間生物学の衝撃』、新曜社、二五七－五八頁）。シドニー宣言は、この書からの引用である。

(7) 読売新聞社解説部編『いのちの最先端・臓器移植』、読売新聞社、一九八五年、二〇〇－二二〇頁。厚生省健康政策局医事課編『生命と倫理について考える』、医学書院、一九八五年、二七四－八四頁。

(8) 「脳死の判定指針および判定基準」〈厚生省・脳死に関する研究班・昭和六〇年度研究報告〉（星野一正・斎藤隆雄編『脳死と臓器移植』、蒼穹社、一九九一年、一三一－六七頁）

(9) 日本医師会生命倫理懇談会「脳死および臓器移植についての最終報告」〈昭和六三年一月一二日〉（立花隆『脳死再論』、中央公論社、一九八八年、二九七－三二六頁）

(10) 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〉」（『医療，九二』、メジカルフレンド社、一九九二年三月号、四四－五七頁）

(2) 吉村昭『神々の沈黙』、文春文庫、一九八四年、三〇二頁、参照。

(3) 唄孝一『脳死に学ぶ』、日本評論社、一九八九年、二三二頁。

(4) 三輪和雄『脳外科医の独白』、朝日新聞社、一三二、一三四、一三六頁。

(5) ヨナス、谷田信一訳「死の定義と再定義」（加藤尚武・飯田亘編『バイオエシックスの基礎』、東海大学出版会、一九八八年、二二四頁、所収）

(6) グリーン、ウィクラー、円谷祐二訳「脳死と人格同一性」（前掲訳書、二三六頁、所収）

(7) 時実利彦「脳死と脳波に関する委員会」中間報告、日本医事新報、No. 2358, 一九六九年七月五日号、一〇六頁。

(8) 植木幸明「脳の急性一次性粗大病変における〈脳死〉の判定基準」、日本医事新報、No. 2636, 一九七四年十一月二日号、三一－三四頁。

(9) 厚生省医務局医事課監訳『アメリカ大統領委員会生命倫理総括レポート』、篠原出版、一九八四年、一八頁。

(10) カプロン、カス、森岡正博訳「死の決定基準の法制的定義」（前掲訳書、二八三、二八五、二八八頁、所収）

(11) 錫谷徹「脳死と個体死」（日本移植学会編『脳死と心臓死の間に』、上巻、メジカルフレンド社、一九八三年、六五、六六頁、所収）

(12) 辻悟「脳死容認は慎重に」（中山太郎編著『脳死と臓器移植』、サイマル出版会、一九八九年、五六頁、所収）

付記　本稿は、第二十六回大阪カントアーベント例会（一九九五年七月十五日、大阪大学待兼山会館）において口頭発表した草

稿に加筆し、修正を施した論文である。

（大阪大学文学部教授）