

# 死と生——臓器移植と脳死をめぐる——

中 村 玄 二 郎

## 序

戦前・戦中生まれの人々の中には、家庭で家族の一員の臨終の場に立ち合った経験を持つ人も多いにちがいない。そして、地方と都会の違いは多少あるにしても、昭和二十年代から三十年代の中頃までは、家庭で、家族と応診の医師・看護婦に看取られて死を迎えた人は多勢いたはずである。

このことは、昭和二十五年に病院と家庭で死んだ人の比率と昭和五十六年のそれを比較してみても明らかなことである。<sup>(1)</sup>

また、文学作品や演劇・映画等に描かれた臨終の場面も、洋の東西を問わずだいたい同様のものではあった。

そこでは、苦しい息の下から残される家族に対して後事を託して、この世への未練を切々と訴えながら無念の死をとげた死にゆく人の姿が描かれていたものである。一方これを看取る医者、脈拍をとるためにしばらくの間握っていた手を、患者の手首から離し、更に確認するように患者の鼻先に手を当てがって見て、更に念入りに患者の目を見開かせて小さな懐中電燈でのぞき込みながら、最後に敲かに患者の死を告げたものである。

一瞬の静寂、続いて起こる家族の悲しみの声、泣き叫ぶ声、死の場面を一層厳粛かつ悲痛なものとした。しかし、ここには同時に、苦しみがあるにせよ悲しみがあるにせよ、まさに人間的なものが充滿していたように

思われるのである。

死に往く人は、まさに死出の旅へと旅立っていったのである。少なくとも枕辺に居並ぶ家族や親しかったものはそのように感じていたはずだし、確かめる術はないにしても、死に往く人もまた、この世に別れを告げながら、そして新たな旅立ちを予感しながら意識を失なっていたに違いがない。無念さ、未練、苦痛、悲しみ、そして恐怖を、枕元につめかけている身内の者に励まされながら、乗り越えていったのであろう。彼等は、社会の中に生まれ、社会人として生き、そして社会の中で死んで往くことができたのである。このような死を、私は人間的な死と呼びたい。

また、人が一番孤独にならざるをえないところ、臨終の場面を、たくさんの親しい人、あるいは慣れ親しんだ住いが癒してくれたにちがいない。人が最も孤独であるはずの死は、逆に他人が自分に最も心を開いて善意をもって接してくれる場面となったことだろう。人は多く、死に往く人に対しては特別の感情ですべてを許す暖かさを持っているようである。その意味でも、私は、死は人間的な死であったと思うのである。

しかしながら、このような死の場面は今日では大きく様変わりしてしまっている。ほとんどの人にとっては、今日では家庭で家族に囲まれながら死を迎えることは許されない。自分の住み慣れた家を去るときは、救急車の到着によって家中大混乱のさ中であり、人生の最後に臨んで静かに生に

別れを告げることなど不可能といってよい。次に自分が置かれる所、そこは見知らぬ人たちが忙しそうに行き交い、そして冷たい医療器機が林立する白い壁の中なのである。

最後の瞬間は、意識もなく、誰れにも励まされも、見送られもせず一人で死んでいかなければならないのである。この傾向は、第二次大戦後、それも昭和四十年代より顕著になったものであるが、その理由は何なのであろうか。

死の場面が、家庭から病院へと移った大きな理由に、医学の急速な進歩が挙げられるであろう。以前なら救命がほとんど不可能であったような患者の多くが、今では進歩した医療によって、命を救われるようになった。特に救急医療はその最もよい例であろう。しかし、その代りにこれら救命の多くは、大掛りな施設と人的手段を必要とするものとなり、従って、もはや個人の家庭、個人の医師の手に負える限界をはるかに超えるものとなつてしまった。そして、その結果、病院こそが究極の救命の場となつてしまったのである。幸運にも命を救われて無事社会復帰できた人もいる代りに、多くの人は病院での手当ての甲斐もなく、そこが臨終の場となつてしまふことになる。

人生の最後の場が、家庭から病院へと移った理由については、医療機関の整備、救急体制の整備、家族構成の変化、そして法律上の問題、現代人の意識の変化等々なお詳しい分析を必要とするが、それは本論に譲つて、ここでは臨終の場が家庭から病院へと変わってしまったということ、それに伴つて、死も人間的なものから大きく変質してしまつたということを指摘しておきたい。この変質を、死の非人間化と私は呼びたい。

この非人間的な死の最もよい例は、今日我が国で判定基準づくりとその国民的承認が求められている脳死である。この脳死こそは、変貌した死の

究極の姿であるといえるだろう。

脳死とは、現代（特に一九五〇年代以降）に現われてきた新しいタイプの死である。死であると言つたが、我が国では現段階では公式に死と認められてはいないので、状態であると言つた方が適切かも知れない。

この脳死状態は、人工呼吸器の出現によって生み出されたものである。重い脳障害により脳幹部の機能が停止し、その結果呼吸停止を来した患者も、今日では人工呼吸器のおかげで、少なくとも呼吸と心拍動を維持することが可能となつた。しかし、脳が死んでいる点に関しては不可逆的であるので、いずれは心臓も停止し文字通り死を迎えることになる。

このように脳は死んだ状態にあるが、医療器機のおかげで、脳を除いた残りの身体部分の血流が確保されて、その意味では体はまだ死んでいない状態が、簡単にいうと脳死の状態である。これを一般に「a dead brain in a living body」と呼んでいる。

この脳死の状態を維持するためには、単に人工呼吸器を装着すれば済む訳ではなく、ICU<sup>(3)</sup>における濃厚治療が不可欠となっている。そして、患者は早ければ一日後、遅くとも二週間後には、心臓停止つまり個体の死を迎えざるをえない。もちろん、人工呼吸器のスイッチを切れば、たちまちにして心臓が停止してしまうことはいふまでもない。

この期間は、患者はICUの中で、全く意識も無く、家族にも親しく世話もされず、孤独の内に死を迎えることになるのである。あるいはもっと適切に表現すれば、すでに個体としては、人としてはすでに生を終了してしまつていふのもよいだろう。もし脳死状態が、すでに生を終了してしまつていふのだとしたら、この期間の医療行為はいつたい如何なる意味を持ちうるのだろうか。少なくとも、もう二度と元へ戻る可能性のない患者への治療行為は、言葉の上からも矛盾したものと言わざるをえない。

あるいは、医師の使命を逸脱したものであるということもできるだろう。

しかし、実際のところはそんなに簡単なことではないと現場の医師の多くは報告している。人間の体について、特に脳について、回復不可能の絶対性は、決して簡単には決定できないものであるということだ。九九%が不可能であっても1%の可能性があるならば、最善の努力をするのが、医師の義務であるとも言えるから、治療の停止の決定はそんなに素人が考える程、簡単なことではないようである。そこで、脳の死によって引き起こされた脳死状態に関しては、非常に難しい問題が生じてくることになる。

脳死の状態は、個人の死といえるのか、それともまだ生きていると考えるべきなのか。もし生きていると考えるべきならば、医師は人工呼吸器のスイッチを切ることできない。というのは、スイッチを切るとは、すぐに呼吸停止、心臓停止を引き起こし、文字通り個体の死がやって来るから、医師のその行為は一種の殺人とも言えるわけで、これは刑法上の問題へと発展する可能性があることになる。ならば、人工呼吸器のスイッチを切らずに、遠からず到来する心臓停止を待って、その時点でスイッチを切ればよいではないかということになる。しかし、極めて稀に回復する可能性のために、そのほとんどが無駄となってしまう治療を続けることは、物的にも人的にも極めて大きな損失といわざるをえない。ましてや、数に限りのあるICUを、ほとんど回復する可能性のない患者が占め続けるということは、助かる可能性のある生命を救えない事態を招くことになり、これもまた大きな問題ということになる。

更に、もう助からないのに器械によって、人工的に呼吸と心臓を動かしておくことが、本当に人の最後を送るにふさわしいやり方なのか、人間的行為といえるのかという問題がある。そういう意味で、器械によって維持されている生命の終点が厳密に判定される必要が生じてくることになる。

スイッチを切ってもよい時点はどこに定めるかということで、脳死の厳密な判定基準づくりが急がれているのである。

このように、人間の死の時点が非常に厳密に求められるようになったことは、現代人の死において極めて特徴的なことであると思う。私はこれを**死の厳密化**と呼びたいと思う。先に私は、**死の非人間化**と呼んだ事態と**死の厳密化**とは密接な関係にあるといえよう。

かつて死は三つの条件によって決定されていた。これを死の三徴候説という。一つは心臓停止（いわゆる脈が触れなくなる）、一つは呼吸停止、もう一つは瞳孔散大（対光反射の喪失）、この三つがそろった時点で、医師は患者の死を宣告したのである。私が先に述べた、かつての臨終の場面とは、この三徴候を確認する手続きだったのである。ただし、この場合だと、いわゆる生きかえるということが稀にあったようである。しかし、そのための慎重な措置として、死亡時刻からの二四時間の火葬は法律が禁止してきたのである。そしてこの時間の経過の中で死はまぎれもないものとして、残された家族にその姿をはっきりと現わしてきたものである。

さて、今や死は厳密に決定されなければならない事態を迎えているが、この厳密化を要求する最も大きな要因として、臓器移植を挙げることができる。そして、今日我が国でも脳死の判定基準づくりが急がれ、脳死をもって**個体の死**としようとする世論づくりを促がしている最大の理由は、**臓器移植**—特に心臓移植—の推進である。

脳死判定の厳密な基準作成に関係している専門家の多くは、脳死と臓器移植とは、切り離して考えられるべきであるとしてくり返し主張している。しかし、現実の問題としては、果たして切り離して考えることなど可能なものであろうかと思わざるをえない。

臓器移植についても、その詳細については、本論で述べることにして、脳死に関係する点だけ、ここでは触れておきたい。

臓器移植は、現在では角膜・腎臓・肝臓・脾臓・心臓・骨髄と各種の臓器について行われているが、世界の状況と日本のそれとは大きな違いがある。角膜移植と腎臓移植については、両者に大きな相違は見られないが、心臓・肝臓・脾臓では顕著な相違が見られる。心臓移植はアメリカでは一九八六年一、三六八件行われているが、日本では一九六八年の和田寿郎による札幌医大の移植以後は一件も行われていない。肝臓については同じくアメリカでは一九八六年九二四件を数えているが、日本では一九八九年十一月の島根医大で行われた生体肝移植を第一号に、その後一九九〇年十月十六日現在で五件の生体肝移植が行われたにすぎない。この違いは、脳死に対する理解の違いに基づくものであることは、明白な事実と思われる。脳死が個体の死と認められているアメリカと、未だ脳死を個体の死とする社会的合意の得られていない日本の違いが、心臓・肝臓移植となつて表われているのである。つまり、生きた体からの移植でなければ臓器の生着が望めない心臓・肝臓に関しては、脳死以外からの移植は考えられないのである。

そこで、日本でも心臓移植を行おうとすれば、どうしてもその前に手続きとして、脳死を個体の死として認めるといふ作業がなされなければならない。特に、一九六八年の和田寿郎による心臓移植手術が、訴訟事件（結局証拠不十分で不起訴になったのだが）となった経験から、出来ることから、脳死を立法化しようという要請が医師サイドから起こってくることになる。また、移植を待ち望む患者サイドについても、脳死立法の成立によって移植手術の促進を切望する気持ちは十分すぎる程理解できるところである。

このように、脳死と移植は切り離して考えるべきだとする専門家の声にもかかわらず、現実には、脳死は、臓器移植との関係から、日本では早急に解決すべき課題となつてきていることは間違いないところである。

このことは、アメリカを例にとつても、アメリカ合衆国の脳死に関するガイドラインの基本となつた、ハーバード基準<sup>(4)</sup>が出されたのが、一九六八年のことであること、この年はその前年世界で初めて行われた南アフリカのバーナード博士による心臓移植手術を受けて、移植手術が急増した年であることから明らかである。もちろん、アメリカは日本とは全く違った事情をかかえていることは差し引いても、心臓移植がハーバード基準の作成を急がせたことは明らかである。そして、脳死に関するガイドラインの確立が、アメリカの心臓移植手術を毎年急増させたこともまた事実なのである。

さて、問題の一つは、個人の死の決定——ここでは脳死であるが——が臓器移植という、その個人とは全く違った要件によって促がされて決定されてよいのか、ということである。このことの是非は、本論で詳しく論ずる積りであるので、ここでも問題を指摘するだけにとどめておきたい。

もう一つ大きな問題は、臓器移植そのものは是非である。個々の臓器移植については、移植によって再び健康を取り戻した人の幸福は、我々をもうれしい気持ちにしてくれるものである。心からその人に祝福を贈りたいと思う。しかし、一方臓器移植が普遍化して、日常的に世界中でごく当然のように行われるようになったとすれば、我々はそれを医学の進歩として手ばなしで喜んで良いのであろうか、と私は強い疑問を以前から持っているのである。

もちろん、諸々の問題点が指摘されているのであるが、その多くは臓器移植自体に強く反対するものは少なく、また死生観の変化により生まれて

くるであろうと予想される深刻な事態に言及している人は多くはない。

私が一番問題としたいのは、安易な臓器移植によって生ずるであろう、人間存在の非神聖化なのである。人間の肉體は、単なる物体と考えてよいのであろうか。全体としてはもう用済みの物体として、あとは使用に耐える部品は取り外し、他の製品の部品として使用する、そのようなものによってよいのかということなのである。人間は肉體も含めて全体として神聖なものを見なすべきなのではないのだろうか。

この事は、最初に述べた現代人の最後の場面についても言えることである。つまり最後の場面が非人間的なものであってよいのかということである。

これは、人間を科学的に解明した結果を問うものではない。そして、人間存在は決して科学的分析の対象とせらるべきものではないと私は考えるのである。人間に関して学問的真理を究明することと、人間の幸福とは同じ事を意味する訳ではないと思う。そして、人間は幸福を追求すべき存在なのであると思う。このことは言葉をかえれば、人間は生きがいを求める存在だということである。生き甲斐を持たない、あるいは持てない人は多数存在するであろうが、生き甲斐を求めている人がそれ以上にどんなに大勢いるかということを考えても、人間は生き甲斐を求める存在だと言いたいと思う。

一九世紀の思想家ニーチェは、すでに一〇〇年も早く、科学は人間の幸福を素通りするという意味のことを言っている。人間は生こそ最初にあるべきものなのに、科学はあたかも知が先に存在するかのごとく見なすとも言っている。これはまさに今日の我々の状況にも言いうるし、また私が今言わんとしている事柄の正鵠を射たものでもある。

死が非人間化されることは、実は生が非人間化されることではないのだ

らうか。そして、人間が人間的に扱われるためには、人間が神聖なものとして扱われなければならないと私は考えるのである。これは、宗教的信念に基づいたものでも何でもない。むしろ、そのようなものと無縁だからこそ、一層強く人間の神聖視を主張するのである。そして、死の神聖視なくして生の神聖視はありえない、つまり人間の神聖視はありえないと考えるのである。

度々ことわって来たように、本稿はあくまで問題点を指摘したにすぎないものであるので、詳論については、次稿で展開するつもりである。

最後に、私は、現代医学の最先端を行く臓器移植のめざましい成果を見るにつけても、永生という見果てぬ夢を追い続ける我々現代人と、「ただ生きるのではなく、善く生きることが人間にとって重要なのだ」と言い残して、従容として毒杯を仰いでこの世を去っていったソクラテスを思い合わせるのである。

注

(1) 昭和二十五年に自宅と病院で死んだ人の割合は約八九%対五%であるが、昭和五十六年にはそれは、逆転して約三五%対六〇%となった。(なお数字が一〇〇%にならないのは、その他を除いてあるからである。)

(2) 札幌医大の和田教授による心臓移植手術がきっかけとなって、日本脳波学会に「脳死と脳波に関する委員会」が、一九六八年に発足して、一九七四年に、最初の脳死の判定基準が出された。この委員会の出した脳死の定義は、「脳死とは、回復不可能な脳機能の喪失であり、この場合の脳機能には、大脳半球のみでなく、脳幹の機能も含まれる。」となっている。そして、次の六項目を脳死判定の基準とした。

(一) 深昏睡、(二) 両側瞳孔散大、対光反射および角膜反射の消失、(三) 自発呼吸の停止、(四) 急激な血圧降下とそれはつづく低血圧、(五) 平坦脳波、(六) 上記(一)～(四)の条件がそろった時点より六時間後まで継続的にこれらの条件が満たされていること。

となった。

(短大助教授)

一九八三年、厚生省はより厳密な判定基準の作成のため、脳死に関する研究班Vを設け、日本脳波学会基準の見直しをはかった。一九八五年十二月杏林大学の竹内一夫教授を班長とする研究班は、新しい判定基準を発表し、これが今日、日本では最も新しい判定基準となっている。以下、報告にある判定基準を挙げておく。

(一) 深昏睡

Ⅲ—三方式では三〇〇、グラスゴー・コーマ・スケールで三でなければならぬ。顔面の疼痛刺激に対する反応があってはならない。

(二) 自発呼吸の消失

人工呼吸器をはずして自発呼吸の有無をみる検査(無呼吸テスト)は必須である。

(三) 瞳孔

瞳孔が固定し、瞳孔径は左右とも四mm以上。

四 脳幹反射の消失

- (a) 対光反射の消失
- (b) 角膜反射の消失
- (c) 毛様脊髄反射の消失
- (d) 眼球頭反射の消失
- (e) 前庭反射の消失
- (f) 咽頭反射の消失
- (g) 咳反射の消失

自発運動、除脳硬直、除皮質硬直、けいれんがみられれば脳死ではない。

(四) 平坦脳波

上記の(一)～(四)の項目がすべて揃った場合に、正しい技術基準を守り、脳波が平坦であることを確認する。最低4導出で、三〇分間にわたり記録する。

(五) 時間経過

上記(一)～(四)の条件が満たされた後、六時間経過をみて変化がないことを確認する。二次性脳障害、六歳以上の小児では、六時間以上の観察期間をおく。

(3) Intensive Care Unit の略で、集中治療治療室、集中治療施設、集中監視施設

などと呼ばれる。救急患者や重篤な状態に陥った患者を収容し、心拍、呼吸、血圧を連続的に監視しながら、人工呼吸器や大量の薬剤・栄養剤を使用して治療を行うが、医師や看護婦の長時間にわたる労苦を必要とする。

(4) 米国のハーバード大学・脳死特別委員会は、自発呼吸の停止、意識および反射

の喪失、脳波の平坦直線化をもって「不可逆性昏睡」と名づけ、新しい死の定義と判定基準を発表した。これが、世界各国における脳死判定基準の最初のひな型