

0 はじめに

- ① 抽象的な一般論だけでなく、自分に引き寄せて熟考し、その上で自分たちと同様の具体的な生身の人間の問題として考えなければならない。→賛・否論者への具体的な質問の仕方。
- ② 今後の文化・文明・社会に決定的に係わる（子宮移植！）。こうした巨視的・歴史的な始点が不可欠。
- ③ この問題をめぐって科学的とされてきたことの真偽を、科学的に検証する必要性。
- ④ かくして、完成（①）、文明・歴史（②）、科学・理性（③）の各視点から検討の持続が肝要。

A. 「脳死は人の死ですか」 ⇒ 人の死ではない

- 理由：①心臓が拍動しており、触ると温かく、汗も涙も流し、出産も可能で、時には激しく動き、ラザロ徴候さえ示す者が、何故に死んでいるのか。仮にラザロ徴候が脊髄反射であり脳死判定と矛盾しないとしても、ラザロ徴候のある脳死者を死者に括るか否かは別問題（DVD参照）。
- ②臓器摘出のための執刀時に脳死者は頻脈と血圧上昇を示し、のたうちまわる場合もある。だから、モルヒネ・麻酔・筋弛緩剤の投与が普通のこと。こうした方途の実施は脳死者が生きている証。
 - ③脳波検査で平坦脳波が確認されても意識がないとは断定できない。深部脳波や鼻腔脳波の存在。「無反応＝無意識」というドグマ。
 - ④脳死者は4～5日で確実に死ぬと言われてきたが、「確実に死ぬ」と「すでに死んでいる」とは根本的に異なる。しかも Shewmon[1998]によれば、175人／約12,000人が1週間以上生存。最高は14.5年（その後も生存して結果約21年）。推進論者はこうした実例をすべて脳死判定ミスとしがちだが、だとすると判定ミスのままドナーとなったものがいかに多いか想像されたい。
 - ⑤「脳死＝人の死」とする公式論理が破綻（Shewmon[2001]）。
公式論理：イ）人の死＝有機的統合性の崩壊、ロ）有機的統合性の中枢＝脳、∴ハ）脳死＝死
しかし、①上記④のような慢性脳死者の存在は「脳＝有機的統合性の唯一の中枢」ではない証。
 - ②ホメオスタシス（身体内環境の恒常性）、免疫反応、怪我の自然治癒、エネルギー代謝、感染時の発熱反応…などの代表的な有機的統合性は脳によって統御されていない。
 - ③脳が関わっている有機的統合性に関しても、脳はその調整者にすぎず、創造者は全身。その象徴例として、呼吸と体温発生。
 - ④そもそも、「有機的統合性＝諸部分の相互関係による全体性」という定義と、有機的統合性の中枢を（脳に）求めるという発想は根本矛盾。
 - ⑤しかも、脳死判定基準には全身の有機的統合性の有無を判定する項目はない。ちなみに、「人格の消失＝人の死」という見解もあるが、公式見解ではなく、しかも大脳死に“対応し”、全脳死には対応しない。

B. 脳死移植を行うと、どんな良い点がありますか、またどのような問題点がありますか。

良い点：①脳死・臓器移植によって初めて助かる人がいる（とされている）。しかし、

イ) 心臓移植で待機日数が9ヶ月を越えると、心臓移植をしないほうが1年生存率は高くなる(L.W.Stevenson et al.[1991])。

ロ) 透析患者と腎移植患者を比べると「圧倒的に移植患者の生存率が高い。しかし、移植を受ける患者が一般の透析患者より、若く健康な者が多いため比較が難しい」(柴垣[2004]、349頁)。

⇒移植の延命効果を科学的に統計分析すべき。

②QOLが高くなる(とされている)。しかし

イ) QOLに関しては、臓器や原疾患によってさまざま。特に肝臓では、肝移植後の自己免疫性疾患の再発(尾池・高田・田中[2003]、B型肝炎の再発(副島・島田・前原[2003]、C型肝炎の再発(鍋島・田中・千葉[2003])、江川・田中等[2004]など、最近では移植後の原疾患の再発や限界を指摘する報告が増えてきており、QOLがよいといえるのか。

ハ) もとより移植前後のQOLの比較以上に、QOLという発想と脳死・臓器摘出とを対照すべき。

悪い点：①脳死者からの臓器摘出は医療殺人(DVD参照)。

②ドナー候補者とレシピエント候補者の命の価値を両天秤に→滑りやすい坂道(植物状態、無脳児、重度精神障害者・知的障害者、痴呆性老人…)。例えば「尊厳死法案」

③新たな南北問題(臓器：南→北)

④誰にもわかった死(三徴候死)が「見えない死」(脳死)に

⑤救命医療がなおざり

イ) 高知赤十字病院のケースなど実例多数

ロ) それがシステム化へ。「ドナー管理の専門家を養成し、ドナー発生の早い段階から適切な患者管理を行うことが必要であると思われる(乾他[2001])

C. 現在の日本の脳死移植の状況をどう理解していますか、また今後どのようになるべきだと思いますか。

現況：イ) 救命医療、脳死判定、その検証作業、情報公開された移植では問題がないのはまずない。

ロ) 法改定以外にも、臨床的脳死診断の廃止、ドナーカードの記載不備の拡大解釈、に絶大な異議。

今後：臓器移植法の撤廃。代替医療の研究・開発(受精卵など人体を用いた再々医療には批判的)。なによりも脳死者を出さない、回復させるための尽力。これを切望。人体の資源化・商品化批判。

参考文献：小松美彦『脳死・臓器移植の本当の話』(PHP新書、2004)。ShewmonとStevensonは同書の文献表を参照。柴垣有吾「末期腎不全治療のオプション提示」『日本腎臓学会誌』46巻4号(2004)所収。尾池文隆・高田泰治・田中紘一「肝移植後の自己免疫性疾患再発の検討」『肝臓』44巻suppl.(2)(2003)所収。副島雄二・島田光生・前原嘉彦「生体肝移植後のB型肝炎の再発と予防戦略」同書所収。鍋島紀滋・田中紘一・千葉勉「生体肝移植後のC型肝炎の再発と治療」同書所収。江川裕人・田中紘一他「C型肝炎に対する生体肝移植の現況と対策」『移植』39巻第40回日本移植学会総会臨時号(2004)所収。乾健二他「本邦における肺移植の問題点—システムについての検討」『日本呼吸器学会誌』16巻3号(2001)所収。守田憲二「脳死誤診率100%~0%の間にあるもの」『世界』(岩波書店、2004年)743号所収。