

竹内一夫『改訂新版 脳死とは何か』講談社ブルーバックス、2004

[1]医師の一人として、私は臨床医学の一分野である移植医療がますます進歩し、それによって救われる患者が一人でも多いことを祈るものである。しかし移植手術にはどうしても臓器の提供が必要であり、そのためには脳死状態をもって個体の死とする考え方が受け入れられなければならない。ただ脳死状態をいかに考えるかは社会の問題であり、また最終的には個人の問題でもあろう。(7)

[2]脳死状態は先に述べたように「生きたからだに死んだ脳」ともいえる状態である。したがって、この段階で比較的新鮮な腎臓や心臓などの臓器をとり出し、これらを必要としている他の個体（患者）へ移植することができれば、心停止後の死体からの臓器を移植するより、成功率が高いに違いない。だが、それには脳死の判定の絶対性という医学・生物学上の正確さと、それを個体の死と等しく認めるか否かという人間社会の認識の問題がある。(26)

[3]では脳死とは、これらの働きの異なる脳の各部分がどのような状態になったことを指すのだろうか。ひと口で応えんとすると、「脳死とは脳のすべての部分が死んだ状態」をいう。…脳死とはあくまで脳が死んでいる状態、すなわち、ただ全脳機能の廃絶状態のみを意味することがある。むしろこのほうが本来の解釈である。…混乱をさけるために「死脳」という言葉を提唱している人もある。(27, 30)

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』、1992

[4] (2) 脳死と「人の死」

「人の死」というのは、何よりも人の身体に生じる現象であるから、その理解に当たってはまず医学、生物学的知見に基づくものと考えるのが自然であろう。

しかし一方、「死」とはこうした身体上の生理学的現象にとどまらず、人々の価値観を前提としたいわば一つの文化的現象でもある。例えば、「魂」というものは医学的にはその存在が確認されたものではないが、魂が肉体から離れた時をもって「人の死」とする考え方は古今東西かなり広く見られる死に対する考え方である。したがって、「人の死」の定義は、単に医学的な見方のみから考えるのでは足りず、より広く哲学、宗教、倫理学、社会学、文化人類学等の様々な立場から総合的に考えられるべきである。

しかし、人々が死に対してどのような立場に立つにせよ、死に対する理解の基礎に医学あるいは生物学的な知見が置かれるべきことは立場を超えて認められるであろう。

[5]2005年1月10日朝日新聞朝刊

脳死が死、現場の半数「わからない」 医師・看護師ら5千人に調査

臓器提供に関連する全国の医療スタッフ約5千人を対象に、「脳死は妥当な死の判定法か」と質問したところ、半数近くが「わからない」と答えたことが、厚生労働省の研究班（班長・大島

伸一国立長寿医療センター総長)の調査でわかった。欧州での同様の調査では8割が「妥当」と答えており、日本の医療現場では、脳死の受け入れや理解が低いことがわかる。(権敬淑)

調査は、脳死や心臓死からの臓器提供が国内でなぜ伸びないのかを探るのが狙い。01~04年にかけて、脳死から臓器提供ができる病院や腎臓移植に携わる全国の病院のうち29施設の医師や看護師、事務職らに質問。欧州8カ国で実施された同様の調査と比べた。

「脳死は妥当な死の判定法か」に「はい」は日本で39%、欧州で82%。「わからない・無回答」がそれぞれ47%、11%、「いいえ」が15%、8%だった(小数点以下四捨五入、以下同)。

「わからない・無回答」を職種別にみると、日本では医師が23%、看護師が50%を占めた。欧州では医師は5%にとどまっており、日本では死を判断する医師でも、脳死の受け止め方に開きが大きいことがわかる。

また、臓器提供の賛否について、「一般論では賛成」は68%だが、自分の家族が提供者になることに賛成は45%、自分が提供者になることに賛成は34%に低下。自分の子どもが提供者になることに賛成の回答者は4%にとどまった。欧州では、自分の子どもの提供に賛成が42%、それ以外はいずれも80%以上の賛成という結果だった。

調査では、脳死判定や臓器提供の申し出に関する訓練を受けたことがある医師は、全体の10%以下との結果も出た。大島班長は「医療者の脳死の理解が予想よりもはるかに低かったのはショックだ。臓器提供の話を進めるには医療関係者への教育が必要だ」と話す。

医学的、社会的に人の死をどこで線引きするかは臓器提供のみならず、終末期医療のあり方にも通じる。医療現場の意識は、今後の臓器移植法や尊厳死法案の論議の中で重要なポイントとなる。

■脳死は妥当な死の判定法か(小数点以下四捨五入。厚生労働省研究班病院意識調査から)

	日本	欧州
はい	39	82%
いいえ	15	8%
わからない・無回答	47	11%

スターツル『ゼロからの出発—わが臓器移植の軌跡—』講談社、1992[1992]

[6]「残る道は死体臓器しかない。1966年のロンドンの会議で、ルーヴァン(ベルギー)のギー・アレクサンドルがはじめて「脳死」の概念を持ち出した。彼は「心臓が鼓動する」死体からの腎臓移植について語り、ヨーロッパ諸国でのユニークな実例を報告した。最初この話を聞いたとき、正直いって私はぞっとした。臓器ドナーになりそうだといって、救急患者の治療に支障をきたす恐れがあるとおもったからだ」(187)

[7]「この心配は杞憂に過ぎなかった。脳機能の消滅を死とすることによって」、重症患者すべてが公平に蘇生の試みを受け、しかるのちに「心臓と肺は機能しているが患者は死んでいるのか、あるいは脳機能は回復の見込みがあるのか」が決定される。医療の質の向上と、質の高い医療の公正な適用は、移植医学がもたらした偉大な副産物の一つである」(187-188)

「脳死の定義を吟味するためのハーバード大学医学部特別委員会」委員長ヘンリー・ビーチャー

[8]「死の新しい定義には潜在的な救命能力が確かにあります。というのはこの定義が認められれば、移植に不可欠な臓器が移植に適した状態で、これまで以上に獲得可能となり、今は死ぬしかない、数え切れないほどの生命が救われるからです。どのレベルで死と呼ぶことにしたとしても、それは恣意的な決定です。心臓の死でしょうか。毛はまだ成長します。脳の死でしょうか。心臓はまだ動いています。必要なことは、脳がもはや機能しない不可逆的な状態を選ぶことです。能は死んでいるけれども、他の臓器がまだ使えるというレベルを選ぶのが最もよいのです。死の新たな定義と呼んできたことで、私たちが明らかにしようとしてきたのはこの点なのです」
(1971年の講演「死の新しい定義」)

[9]「回復の見込みなく無意識状態にある患者の組織や臓器が、それを使わなければ絶望的な病状にあるが、しかしまだ救助可能な個人を回復させるために使うことができる場合、社会はそれらの組織や臓器を捨てることを容認しうるか」(1969年の論文「希少資源と医学の進歩」)

シンガー『生と死の倫理』昭和堂、1998[1994]

[10]少なくとも西洋では、「脳の機能が不可逆的に停止した人は死んでいる」という考えを日本が受け入れようとしないのは、日本が西洋に遅れているからにすぎないと一般に信じられている。この死の再定義に関しては、「死とは何か」についての新しい科学的発見が20年前になされたかのように語られることが多い。本書のはじめの数章で明らかにされているように、私の見解はそれとは非常に異なっている。死についての新しい科学的理解があったわけではないのである。西洋では、脳に修復不可能な損傷を受けたために意識を決して回復しないことが明らかな患者から臓器を摘出できるように、死の定義が故意に操作されたのである。臓器の摘出という行為を正当化する十分な倫理的論拠を与えることは可能である。しかし、患者は「死んでいる」と主張することによってその目的を達成しようとしたことは誤解を招くもとであった。そのようなことがなされたのは、西洋では二千年にわたるキリスト教信仰に深く根差した「生命の神聖性(サンクティティ・オブ・ライフ)」という伝統的倫理にあえて挑戦しようとする者がいなかったからにほかならない。脳の機能が不可逆的に停止した患者の臓器を利用したい人たちが「その患者はまだ生きているが、意識を回復することはないし、私たちが何をしてもまもなく死ぬだろう。それなら、患者が死んで臓器が傷む前に、いま臓器を摘出するべきである」とはっきりと言っていたなら、そのほうが正直であつただろう——もっともその場合にはもっと多くの反対にあつていただろうが。(日本語版への序文)