

脳死・臓器移植問題と自己決定権

長沼 淳

はじめに

一昨年（1997年）6月、国会において「臓器移植法」が成立した。これは、脳死患者からの臓器の摘出を認めるという意味で、従前のわれわれの死生観を大きく変えうるものである。つまり、われわれはこれまで、基本的に心臓停止、呼吸停止、瞳孔散大といういわゆる「死の三徴候」をもって、ある者の死亡を確認し、かつ受容してきたが、今後、三つ目の徴候、瞳孔散大という徴候の精密な基準、すなわち脳死の判定基準という契機でもって、死を受容せざるを得ないという状況が生み出されることになったのである。この場合、ある人間が「脳死」であるか否かを判定するためには、前もって本人が脳死を人の死と認め、かつ臓器摘出に同意しているということが明瞭になっていることが条件とされている。つまり、「脳死」自体が臓器の摘出と表裏の概念であり、同意していなければ、治療行為が続行され、これまでと同様の死亡判定を受けるのに対し、同意している場合には「死体」と見做されてしまう。このように「死亡」という言葉が二義的に運用される状況へわれわれを導く問題が孕まれている。

しかし、本稿はそうした「臓器移植法」そのものの持つ欠陥のみを糾弾し、「脳死」問題を入り口のところで処理しようという試みではない。むしろ、「臓器移植法」の導入に際して、「ドナーになるのもならないのも自己決定権に関する問題だ」といった「選択の自由」論的な言説の持つ粗略な脳死推進の議論を取り上げ、死亡判定の基準というものがわれわれの選

扱に委ねられるものなのかといったこと, そもそも「自己決定権」とは何を決定することなのかといったことの分析を行なう。また, 新たな医療技術の確立に伴う「脳死」そのものを取り巻く環境の変化を検討する中で, 「脳死」に到る筋道に, 現在非常に懐疑的な視線が向けられつつある状況を明らかにする。そして最終的に, 目下「脳死問題」がわれわれに提示している課題を解き明かすことを目的とするものである。

1 「臓器移植法」の持つ意味

一昨年(1997年)成立した「臓器移植法」は, 臓器移植の場合に限って脳死を人の死とし, 脳死状態からの臓器の摘出を, 本人が書面で提供の意思表示を行ない, 家族が摘出を拒否しない場合に限り, 認めたものである。臓器移植法の大枠は, ①臓器摘出の条件は書面による臓器提供の意思表示があり, 家族の同意を得たものであること, ②死体は臓器提供の意思表示をして脳死した者を含める, ③脳死判定を行なう条件は書面による意思表示と家族の同意を必要とする, ④判定の手続きは, 脳死判定に必要な知識経験を有する二人以上の医師の一致した判断によって行なわれる, ⑤脳死判定・臓器摘出・移植の記録は5年間保存し, 臓器提供者の遺族の求めに応じて閲覧できるものとする, ⑥脳死した者への治療(処置)費用は, 当分の間, 保険給付の対象とする, ⑦移植臓器の売却は禁ずる, もし行なった者は5年以下の懲役もしくは500万円以下の罰金を科す, ⑧臓器移植法は3年後に見直しを行なう, というものである。脳死の判定基準に関しては, 1985年に厚生省の「脳死に関する研究班」がまとめた, いわゆる「竹内基準」が「厚生省公認」基準として用いられることになっている。この「竹内基準」は, ①深昏睡, ②自発呼吸の消失, ③瞳孔の固定と散大, ④脳幹反射の消失, ⑤平坦脳波, ⑥時間経過, すなわち①～⑤の条件が満たされたのち6時間経過を見て変化のないことをもって脳死と見做すものである。そして, ここで問題となっている「脳死」状態とは, 脳内出血・脳梗塞・脳腫瘍などの脳疾患, 一酸化炭素中毒などの中毒作用, 事故, 自殺等により, 脳全体が損傷し, 呼吸機能や循環機能が機能している一方で, 脳の機能だけが失われている場合を指す。それ以外の通常の場合, 脳,

呼吸機能、循環機能の喪失の順序は、次のようになる。通常まず肺が機能を停止し呼吸が停止する。次に酸素の供給が止まることにより、心臓の筋収縮運動が停止する。さらに血液循環が止まることにより、脳において酸素と二酸化炭素の交換、および栄養分と老廃物の交換が行なえなくなるため、脳の機能が停止する、という順序を取る。押さえておく必要があるのは、臓器移植の場面で問題となる「脳死」とは、いわゆる「死の三徴候」の中でも、脳の機能が真っ先に失われた場合の、心肺機能が維持されている段階のことを指し、三徴候の中で最後に脳の機能が失われた段階を指すわけではないということである。ここで言う脳死状態は救急医療の対象となるような急性疾患で生じる場合がほとんどなのである。(因みに1997年の脳死者の概数は約2700人である。) このように脳死移植が着目されるのは、心臓や肝臓といった臓器が、心停止後即座に機能を喪失してしまうために、三徴候死以後の移植では生着する可能性がほとんどなく、したがって、心肺機能が維持されている段階で移植するということに重大な、かつ唯一の意味が存在しているためである。心臓停止以前の段階に死亡の基準を設定しないかぎり、脳死段階での臓器の摘出は殺人と同義ということになるため、死亡判定基準を三徴候死から脳死へと移行させることが要求され、立法化されたのである。

さらに、臓器移植法の①～③から分かるように、「脳死」は臓器移植を行なう場合にのみ判定されるものであり、かつ「生前の」本人の意思と家族の同意がその条件として存在している。死亡の基準の変更に当たって、「脳死」を死亡判定基準とする根拠を与えるために、「死の自己決定権」なる考えが登場しているのである。自分の生命や死は自己に属する、あるいは自己が所有する対象であると思ふわけである。一見すると、この根拠は非常に説得的で、「第三者が脳死・臓器移植にストップをかけていいものか」¹⁾とか、「心臓を提供する人がいるときに、なぜそれが駄目なのか」²⁾といった発言に正当性を与えているかに見える。つまり、死亡の判定に際して、脳死をもって死亡と見做すのか、いわゆる心臓死(三徴候死ではない!)をもって死亡と見做すのかを選択するのは、死ぬ本人に備わっている権利だとする議論は、多くの脳死・臓器移植に対する推進論に決定的な根拠を提示しているように思われる。

そもそこの「生命・死の自己所有」という考え方は、これまでもさまざまなところでなされてきている。例えば、ハイデガーは『存在と時間』第47節において、現存在とは基本的に代理可能な存在であり得るし、否、あらざるを得ないものであると規定する一方で、但し、死亡 (Sterben) は各々の現存在にとって、その都度自分で引き受けざるを得ないものである、死 (Tod) は本質的に「私」のものである、と主張している³⁴⁾。死の代替不可能性と各私性が、死の自己所有を保証するというのである。こういったロジックが脳死・臓器移植推進派にとって、「死の自己決定権」なるものを根底において支える一つの根拠と言うこともできる。また、安楽死・尊厳死といったものを選択するのと同様の考え方に基づいて、脳死状態での死亡判定は患者の自己決定権に属するという考え方も、当然考えられるものである。因みに日本では、その意思の表示は、厚生省と日本臓器移植ネットワークが発行する「臓器提供意思表示カード」(ドナーカード)によって行なえるようになっている。そこでは、次のような選択肢が挙げられ、項目の選択と、本人の署名、家族の署名が必要とされる。その選択肢は、「(1) 私は、脳死の判定に従い、脳死後、移植の為に○で囲んだ臓器を提供します。(×を付けた臓器は提供しません)⁵⁾(2) 私は、心臓が停止した死後、移植の為に○で囲んだ臓器を提供します。(×を付けた臓器は提供しません)⁶⁾(3) 私は、臓器を提供しません。」というものである。この選択肢が、事実上、われわれが脳死か心臓死かの選択と、臓器提供の可否の意思表示の方向性を決定している。

2 「自己決定権」について

したがって現在の脳死・臓器移植の問題を検討するためには、「自己決定／自己決定権」の規定が必要とされていると言える。一般的に「自己決定権」と言えば、(1)「他者に迷惑をかけないかぎりにおいて人は何をもよい」、という権利と考えてもよいかもしれない。また、もっと単純に(2)「自分のことは、自分で決める」権利ということも可能であろう。前者の場合、「他者に迷惑をかけないかぎりにおいて」の内実の把握が不可欠となる。だが、「他者に迷惑をかけない」を具体的に規定しようとする

それは非常に困難を極めた作業とならざるを得ない。「迷惑」に関して、多様な解釈があり得る以上、「他者に迷惑をかけない」ということを追求したところで、われわれは一意的な規定を期待することができない。「迷惑」はわれわれのあらゆる行ないの中に入り込む余地がある。そうすると、「他者に迷惑をかけないかぎりにおいて」はむしろ、自分の行ないはすべて「迷惑」であるとして、どの程度の「迷惑」までは、他者に許容されるものなのか、あるいは許容されるべきものなのか、と考えていかなければならないものとなり得る。(2) に関して言えば、「自分のこと」とは何か、という問題が出てくるだろう。「自分のこと」とは「自分のもの」と同義なのだろうか。そう考えるならば、「自分のこと(もの)」の自己帰属性は、論理的正当性によってではなく、法的正当性によって確保可能なものということになるだろう。というのも、あるものが「自分のもの」であるためには、他者の承認がそこに含まれていなければならない、しかしそこで端的な正当性の根拠を見出すことは困難だからである。そして自らの臓器の提供は、自分の所有する臓器の提供と考えることによって、法的に正当化可能と言えるとするわけである。

また、「自己決定」ということに関して、本心からの自己決定と周囲の圧力による自己決定の相違を看過することはできない。もちろんそこでは、真の自己決定、自己以外からまったく影響を受けない自己決定などあるのか、という問題はある。いかなる背景があるにせよ、自分が下した決定は「自己決定」だと言えるという立場も存在することができよう。しかし、そのような自己決定の条件をまったく考慮せず、ある時点におけるある人の自らに関する決定を自己決定と呼ぶこと、そしてそれに絶対的な権限の賦与を承認するということは、次のことを主張することに他ならないと言えることができるように思われる。すなわち、決定の条件を無視することは、あらゆる人間のすべての決定は、そのまま承認されなければならない、またその決定の結果生じたことは、すべて肯定されなければならない、という決定の承認に他ならない、ということである。もちろん現実にはすべての決定が、そのまますべて承認されるということはない。「自己決定」においても、われわれはその決定のあり方、条件というものを考慮しなければならない、ということを知っているのである。したがって、わ

れわれは「自己決定」を論じるに当たり、この場合でも「他者に迷惑をかけない」ということの内実を問うことの必要性とともに、「自己決定」といえどもすべてが無条件で肯定されるわけではなく、その決定の内容に他者が立ち入ることを条件とせざるを得ない、ということをお認めしておかななくてはならない。

そこで、議論の方向性を明瞭にするために、暫定的に自己決定の一つのあり方を提示したい。例えば、当該者の存在を、他者が決定すべきではないということは、容易に認められるだろう。というのも、当該者が決定することは当該者が存在していることの一部と見做すことができるのであれば、自己決定を尊重するということは、その存在を尊重すること、その存在を決定しないことの一部ということが可能となるからである。そして当該者は、多くの場合、自分にとって何がよいのかを知っているから、彼の下す自己決定は肯定されるものと見做される。同時に、周囲の者は、当該者を周囲の者に都合よく取り扱おうとする傾向があるため、自己決定は、そういったものから自らを防御するための、一つ的手段としても機能しうるものでもある。さらに自己決定は、確定されない現実への参入を可能にし、したがって危険を冒す自由を与える。また重要なことだが、決定しないということも選択肢のうちに含まれていなくてはならない。受動的に生きていくという権利は、当然保証されなくてはならないからだ。したがって、ここでは「自己決定権」を単に、他者を排除し、エゴイズムを通そうとする権利として、というよりはむしろ、強制しない・強制されない権利として考えたい。

このように規定した上で、脳死の自己決定権の問題を考えた場合、次のような問題が考えられる。まず第一に、現段階での「脳死」の規定は、脳幹を含む全脳の不可逆的機能停止であるとされ、脳死状態に至ったらあとは心拍と呼吸の停止を待つほかはない状態、とされる。しかしここで、脳死判定の実際を検討してみると、脳死の規定と判定の実態の間に存在する大きな溝の存在に気付かされる。「竹内基準」を考察した場合、まず①～③は仮死状態においても認められることである。④は、角膜反射の消失、毛様脊髄反射の消失、眼球頭反射の消失、前庭反射の消失、咽頭反射の消失、咳反射の消失、というものをすべて検査しなければならないのだが、

例えばこの前庭反射の検査は、片側の耳に冷水を注ぐと両眼球とも注いだ側の耳の方向を向き、両耳に冷水を入れると両眼球が下がり、温水を両耳に入れると両眼球は上がるという検査を行なうものである。こうした過酷な検査を、脳死判定が行なわれる重篤患者に対して行なうことに問題はないのだろうか⁷⁾。⑥は、人工呼吸器を外して、自発呼吸の有無を10分間観察するという作業を、6時間以上間をおいて行なうというもののだが、生命維持装置を外すという行為自体、死に瀕している者にとって決定的な行為と見做さざるを得ない上に、「6時間」という数字も、脳死体からの臓器移植にとってリミットとして挙げられている数字と「偶然の一致」を見ている。また、どのタイミングで脳死判定を行なうのかということに関しては基準がなく、現場の医師の恣意に任されている。すなわち、目の前の患者が「治療の対象」から、「移植可能な新鮮な臓器の保管庫」への移行に関して、その判定基準を適用するタイミングに基準はなく、医師の心構え一つにすべてが委ねられているのである。

さらにここに来て、脳細胞が死滅するような環境を取り除き、治療を行なおうとする「脳低体温療法」という医療技術、すなわち心臓死より先に脳死が訪れることを防ぐ医療技術の向上が、脳死判定のタイミングの見極めに対して大きな問題を投げかけることになった。脳に障害が発生すると、脳は腫れてくる。脳は頭蓋骨に囲まれた閉鎖空間であるため、脳圧は上がる。脳圧が上がると、血流が減少する。脳は、酸素を非常に大量に消費する器官であるため、代謝熱も大量に発生している。通常はその熱を、血流によって逃がしているわけだが、脳圧が上がると、脳から運び出される熱量が減少し、さらなる脳温の上昇につながる。また酸素と栄養分の供給も止まり、脳死を待つほかはなくなってしまう。しかしこの時、体温を32℃程度まで下げると、それにより脳温の上昇が抑えられ、脳自体の代謝が低下し、酸欠の影響が少なくなる。同時に、通常ダメージを受けた脳細胞は、他の健全な脳細胞を破壊する物質を放出し始め、それが脳自身を自ら崩壊させる遺伝子を働かせるようになり、脳細胞が自壊していくことになるのだが、低体温であれば、それも抑えられるのである。このように、脳死状態へ移行するのも時間の問題とされてきたような患者に対して、この脳低体温療法は脳血流を維持することで、脳温・脳圧の上昇を抑え、脳

細胞を保護し、脳死状態への移行を防ぎつつ、本来の治療も可能とするものである。これにより蘇生限界点が脳死状態へと接近し、判定のタイミングが必然的に遅くなることになった。また脳低体温療法は、体温を下げる療法であるために、身体の免疫力、心機能の低下を招くため、万一、治療が功を奏さなかった場合に、脳死と心臓死の間隔を短縮させ、あるいは心臓の停止が先に来る可能性を増大させることになった。これにより、臓器摘出の可能性は格段に低くなるのである。

しかし、この治療法はまだ一部の医療機関で実施されているにすぎず、これは同程度の脳障害患者でも、担ぎ込まれた病院によって、治療が行なわれるのか、脳死の判定が行なわれるのか、の差異を生み出すということの意味する。つまり、病院によって蘇生限界点の相違が、誤差で済まされぬほど拡大し、同程度の脳重症患者が一方では社会復帰も可能なほど回復し得る治療患者として取り扱われ、他方では蘇生限界点を越えたものと見做され、まだ心臓が動いている段階での臓器摘出がなされてしまう、という差異を生み出す可能性が、単に医師の恣意で決められかねない現実問題として生じてきているということである。あるいはひょっとすると、心臓死を選択した者と脳死を選択した者とで治療法が異なってくるという可能性もないとは言えまい。こうした脳死の判定技術の粗雑さ、および脳死を抑える治療法の存在、を一体どれほどの人間がきちんと理解しているのだろうか。「自己決定」のための条件の不在、不足を、脳死移植の推進者たちは、いかに解消させようとしているのか。選択のための有用な知識の公開が、まず第一の課題として挙げられなければならない。臓器移植法の①は、脳死の判定を医師に一任し、つまり蘇生限界点の設定を医師に一任するという言質を取るということに主眼が置かれているように見えるのである。

心臓死（三徴候死）であれば、少なくとも医学に素人のわれわれでも確認を取ることができる。しかし脳死はわれわれの目にはっきりと見えるようには、現われない。判定のタイミングも曖昧である。その曖昧さを「自己決定」という言葉が持つ、一見他者が関与できないように思われる特徴を逆手にとって、あたかも厳密な判断がなされているかのように見せるのが、臓器移植法の眼目なのではないのか、という嫌疑を、晴らす根拠の提

示が求められていると言えよう。

3 医学の生活世界からの乖離

18世紀の中頃は、溺れたり、落雷にあったりすることで仮死状態に陥った者が、死んだと見做され埋葬されてしまうことが多々あり、棺の中からの生還ということが少なからず存在していた。その時代は、早すぎた埋葬と仮死状態への対応が要請され、それらに医学が介在する形で、死亡判定の徹底化・厳密化や死そのものの医学的研究が一気に進行した時代でもあった。その場合第一の目標は、生と死を一義的に区分する基準の策定のうちに見出されることになった。その際、そうした基準は、「早すぎた埋葬」を受けかねない人たちのうちに存在していたために、結果的に、死にゆく者が「観察の対象」として定立されていくこととなる。つまりこの場合、死にゆく者が、看取りの対象から「生や死にかかわる現象を放つただの客観的存在」へと変質することになったのである。医学において、その客観的存在という性格だけが重視、強調されることによって、生も死も、第一義的に観察対象でしかなくなる嚆矢をここに見出すことができる。

また、生と死の境界を厳密に区切ることができるものと見做されるようになったため、死は生から区切られた状態、決定的瞬間（という理念的形態）へと変貌を遂げることもなった。医学が試みる死の徴候は、「生や死にかかわる現象を放つただの客観的存在」の発する生理現象として捉えられ、また死の判定技術・機器が対象とするのも同様である。したがってそこで登場する死の基準は、生の否定形としてのみ定義されることになった。また、死そのものが知覚できないような場合には、元来は死の判定基準であったはずのものが、死自体に転化することになった。こうして現実的には、死は死にゆく者個人の中に埋め込まれ、局所的な存在者と化し、そのとき死は医学的知見による死亡へと還元されることになったのである。

さらに死の死亡化が大衆化していく過程も、当然存在している。仮死状態での「早すぎる埋葬」を阻止し、死亡確認を行なうために、「検視官（監察医）制度」や「死体安置所」が設けられ、第三者による死亡の確認が行

なわれるようになったのもこの頃である。また埋葬された後で「息を吹き返した」場合のために、棺桶と外界とをつなぐ様々な商品開発が次々に行なわれていたのだが、そうした制度の創設後には、次第に姿を消していつている。こうして死＝死亡は医学的な定義と密接に関わる形で、市中に広まり、かつ医学的な定義自体のみが権威として拡張していく。その他にも、人工蘇生術の進歩、発展にともない、仮死状態からの生還のために様々な研究がなされ、一般にも知られるようになった。ここでは、眼前に存在している者は、仮死状態であるために、生命現象は失われており、そこで蘇生術を施す対象は死者の身体として扱われる。それ故に、われわれはそうした対象を死んだばかりの人と考え、蘇生術は彼に生を取り戻す最後の手段と考えている。そして、その結果、その人が無事蘇生されれば、死者の中に生が舞い戻ったと見做し、安堵し、息を吹き返さなかった場合には、やっぱりだめだったかと、死がその人の中に固定されたと見做すのではないだろうか。ここでのわれわれの眼差しは、蘇生術が生を取り戻すことができるかという技術的な点にのみ向けられ、死に瀕した者は、単に物質的な身体＝ゲームの道具と化してしまっている。これは、死を点で捉えようとする、われわれの志向を具体化し、補強する契機となっている、ということもできるだろう。

こうして、死は基準に過ぎない死亡へと取り込まれことになり、それによって生と死は重なることなく厳密に区別され、個人にのみ帰属するものという考えが拡大していったと考えられる⁸⁾。

そしてこの過程は、まさにフッサールが指摘する「生活世界の喪失」と構造において同種のものということができる。「生活世界」とは、「われわれの全生活が実際にそこで営まれているところの、現実に直観され、現実に経験され、また経験されうるこの世界」⁹⁾のことを指す。しかしこの生活世界は近代科学の方法的操作を経ることにより、二重に理念化され、次第に隠蔽され忘却されていったのである。第一の理念化は、測定技術を理想的に精密化することにより、経験的直観の主観的相対性を乗り越え、精密科学の概念によって規定された第一性質のみからなる「極限形態 (Limesgestalten)」としてのこの世界を作り上げる。第二の理念化は、この科学的精密化の操作を色、音、味などの感性的な第二性質にまで拡張して

及ぼし、いっさいの事象の間接的な数学化を目論む過程のことである¹⁰⁾。これによってすべての死は、医学によって判定されるかぎりにおいて、そして判定されたもののみが「死」とであるとされることになる。死は医者に判定されることによって、「死」になる。われわれによって捉えられる死にまつわる様々な現象は、前科学的／科学外的な素人判断として、ほとんど省みられず、医者の死亡判断をもって、「死」がそこに存在しているものと見做されてしまうのである。

こうした二段階の理念化を通じて、いわゆる「自然の数学化＝死の医学化」が達成されることになる。その結果として「数学と数学的自然科学という理念の衣〔…〕は、科学者と教養人にとっては、客観的に現実的で真の自然として、生活世界の代理をし、それを覆い隠すようなすべてのものを包含することになる。この理念の衣は、一つの方法に過ぎないものを真の存在だとわれわれに思い込ませる」のである¹¹⁾。この「真の存在」と「一つの方法に過ぎないもの」の混同は、学問が人間性に対する指導力を失ったこと、つまり生の自己理解としての学問の危機の原因にほかならないとフッサールは指摘するが、「死」においては、今なお、われわれを生活世界から引き離す役割を演じている、と言うことが可能であろう。医学における死亡判定は、絶えず地平ないしは意味基底として機能している非主題的な生活世界における具体的な人の「生き死に」を地盤にして、一定の主題的関心に即して構成された「特殊世界」でしかないはずなのに、それだけが唯一有意味なものであるとされる。これが特殊状況に過ぎないことが忘却されると、「死亡」は自己肥大化し、「死」をも覆うべく、われわれの死生観を強圧的かつ、それと知られることなく、支配していく。

精密な幾何学的形態が産み出されたのは、直観的な空間形態の空想的な変形によるものではなく、直観的に与えられるものを観念化するという方法にもっぱらよること、そして存在者そのものを支配するとされる自然科学的規定のすべてについて、そのことが当てはまると了解されたはずである。しかし実際には、根源的な意味付与の行為に関心が払われなかったために、この観念化の方法が最終的には、経験のうちに期待されるものの見込みを無限に拡大したものにほかならないこ

とが看過された。¹²⁾

これはまさに、死を、経験的直観の主観的相対性を乗り越え、精密科学の概念によって規定された極限形態、すなわち死亡の厳密な規定と見做そうとすることにより、死が死亡の定義へと収斂されていかざるを得なかった過程を端的に言い表している。この自然の数学化の結果、確かに「死亡」は客観的なものになったかに見えたが、それが「前もって与えられた直接経験（＝「死」）に基づく認識方法の一つの実現であるということは、もはや忘れ去られ」¹³⁾る状況にわれわれを導く結果ももたらした。ここでは、死は様々な意味でわれわれの経験の対象ではなくなり、単なる定義と化す。

しかし、死亡の定義が「直観的に与えられるものを観念化するという方法にもっぱらよるもの」であり、「根源的な意味付与の行為に関心が払われなかったためにこの観念化の方法が最終的には、経験のうちに期待されるものの見込みを無限に拡大したものにほかならないことが看過された」ものであるとはいえ、われわれに与えられる「死」は結局のところ、「死亡」の定義以上の意味を見出せないところまで、死亡に侵食されている、という見方も否定されるべきではないだろう。少なくともこれまで、われわれにとって「死亡の定義」なるものが、自己決定権の及ぶものとは考えられておらず、先験的に与えられたものであるが如くに見做されてきた以上、われわれが「死」に対して、自然主義的な先入見を絶対視していたとしても、それは咎められることではないように思われる。他方で脳死問題で主題化されている「死」を点で捉えようとする試みは、われわれの日常的な感覚からいえば、大きな価値の転換を含むことである、ということも否定できない。そもそも医学的に見ても、死の徴候は「心拍動停止、自発呼吸停止、瞳孔散大、諸反射の消失、筋肉の弛緩、皮膚の蒼白化、皮膚・粘膜の乾燥、体温降下、死斑、死体硬直等を認めるがこのうち、死斑と死体硬直以外は仮死状態でも認めうる所見であり、死斑と死体硬直が発現するとその死は確実となる。したがって、この両者を死の確実徴候といい、慎重な医師では、この所見が現れてから死を宣告する」¹⁴⁾というような状況が長く続いてきた。ということは、そこでは「死」が「われわれには」

点的に把握されるもの、すなわち極限形態として、必ずしも扱われてきたわけではないということを意味している。そうした状況下で、突然、死亡の定義を拡大させ、どちらか一方を選択せよ、と要求されたところで、当惑する以外に方途はないであろう。「死の自己決定権」というものも同様である。

これをフッサー流に言い換えれば、客観的実証科学は自立的なものであり、それが適切に根拠づけられ、したがって模範的と考えられている方法によって、自己完結的であると信じられてきたにもかかわらず¹⁵⁾、客観的実証科学は、突然われわれに選択権なるボールを投げてよこしたのである。しかし、そのボールが生活世界の隠蔽に対する反省から投じられたのかは、かなり疑問である。むしろ、生活世界の隠蔽の延長線上において、定義の徹底化を図るべく、一見、民主的な方法で妥当の変更を企てようとしたと見ることもできる。しかし、そこには問題があった。

一つには、先に挙げた脳死の判定技術の粗雑さ、および脳死を抑える治療法の存在がある。こうした技術的な不完全さをカバーするために、前述の「第三者が脳死・臓器移植にストップをかけていいものか」とか、「心臓を提供する人がいるときに、なぜそれが駄目なのか」というような、「本人の意思」＝「自己決定権」が脳死状態からの臓器摘出の根拠として提出されたと思ふことは容易なことであろう。少なくとも、生活世界の隠蔽に対する反省といったものがここにあるという議論がなされてきたという痕跡は見られない。むしろ、医学、医療行為の自己完結性の不足を、その行為の当事者となる者の「自己決定」の名の下に隠蔽するという、生活世界の隠蔽と合わせて二重の隠蔽化を図ろうとしている、と考えざるを得ない。臓器移植法案では、脳死か心臓死かという選択がわれわれに要求されているのであるが、そもそも心臓死自体、われわれがこれまで選択の結果、受容してきたものなのではなく、また医学界においてもそれをもって死亡と見做していたわけでは必ずしもない。少なくとも三徴候死で判定されていたものをドナーカードでは心臓死のみを取り上げ、論点を恣意的に自らの方へと引き寄せているのではないかという嫌疑すら持たれている、という状況を鑑みれば、死とは自分にとって何であるのかという議論さえ、あらかじめ合意された解決済みの問題ではなかった。その意味では、

過去に遡って死が点として捉えられてきたかのように強力に主張することで、脳死を取り巻く状況だけでなく、生活世界の隠蔽自体をも現在において完成させようとしている、と考えることも可能なのである。

二つ目が「自己決定権」解釈の問題である。もちろん自己決定権導入の医学界全体の動機は、「インフォームド・コンセント」や「尊厳死・安楽死」といった事柄に対する「リビング・ウィル」、患者の人権の尊重といった風潮を考慮しなければならず、それが脳死問題に対しても少なからぬ影響を及ぼしていると言わざるを得ないだろう。しかし、前者の治療方針に対する自己決定権と後者の死亡判定に対する自己決定権とは明確に区別されるべき事柄である。前者では、治療の瞬間に本人の意思を確認することができるのに対し、後者では事実上不可能である。また前者は生き方の選択であるのに対し、後者は定義というやや次元を異にする選択でもある。また、これは全体を通していえることだが、医療における自己決定権は、「インフォームド・コンセント」であれ、「脳死」の問題であれ、患者側に対する情報開示の不足、欠如が顕著に見られ、その上での形式的な同意が最終的に患者側にのみ押し付けられるという構造がある。しかも、選択肢は二つ¹⁶⁾であり、「自己選択権」とは言いながらも、選択せざるを得ない状況へとわれわれを追い込みつつある。さらには、上で提示した臓器移植法の大枠の①、③のように家族の同意が不可欠と見做されていることは、「自己決定」そのものの持つ実現の困難さを暴露し、自己決定権の根拠を自ら希薄にしているということもできる。

したがって、ここで必要とされているのは、所与のもの＝死の自己決定権に対してわれわれが必要な態度を刹那的に表明することではなく、むしろ個々人の「単に主観的—相対的」と見做されがちな生活世界における判断を、客観的科学のために使用する方法を考えていくことであるように思われる。「生活世界」は、「単純に目の前に与えられるものではなく、それが構成されてくるありさまを問題としうる形成体」¹⁷⁾であるため、さらに、フッサールの言葉をそのまま使えば、超越論的主観性による「死」の構成が主題化されなければならない。

4 結 論

以上の考察より、現在の態勢のままでの脳死体からの臓器移植に関しては、その技術的課題や提供意思の確認方法等に関して、あまりに多くの改善されるべき点が残されていることが明らかになった。そもそも「自己決定」は、特権的な優越性を所持するものではなく、むしろ決定する主体に対する周囲の承認、配慮といったものが確保されることに意味があるものである。したがって「本人がよいと言っているのだから、しかじかを行なってもよいではないか」という理屈は、自己決定を尊重する態度というよりもむしろ、決定主体に対する眼差しが当該主体そのものの承認ではなく、当該主体の持つ機能等に向けられたもの、あるいは投げやりなものと見做されかねない危険性を持っている。まして、当の自己決定に関して、その条件、すなわち当該事象の置かれている状況等の情報の開示が、著しく不足していたり、欠如していたりする現状に照らし合わせれば、自己決定は、まさに自らの完結性の不足を補うための詭弁の道具と言われても仕方ないのではないか。脳死推進派の論拠には、もう一つ、臓器を待つ患者を見殺しにすることは許されるのか、というものがあるが、ドナーになる可能性がある人を救える技術があるのに、それを行なわないことは許されることなのか、という疑問が逆に生じてくる。

実際われわれが、「臓器提供意思表示カード」を前にしたときにある種、居心地の悪さを感じる。それは単に自分が死ぬのを待っている人が大勢いる、あるいは国すら待っているように見える、ということにのみ起因するものなのではない。むしろ、今まで考えたことのないことに対する判断、しかも重要な情報は移植推進派からはあまり聞こえてこない上に、美辞麗句で一定の方向に向けられた判断を「自己決定」として下すよう求められている、という圧力があるからではないだろうか。医者がドナーの方を向いて治療に当たるのか、レシピエントの方を向いて治療に当たるのか、という治療方針の立て方一つで、まったく異なった、しかも非常に重大な結果が得られるにもかかわらず、その判断は自分には委ねられていないという「自己決定」の内容とそれがもたらす結果の大きな乖離、このこともわれわれに不信感を与えているように思われる。われわれがいかなる決定を

下そうとも、それに先立って、まず脳死・臓器移植が、実際にどのような状況に置かれているのか、いかなる可能性がそこに存在しているのか、何が行なわれるのか等々といった情報の脳死推進派による開示が、まず求められていると言うことができるのではないか。

注

- 1) 太田和夫日本移植学会前理事長による発言。
- 2) 戸嶋裕徳日本循環器学会心臓移植適応検討会前会長による発言。
- 3) Vgl. M. Heidegger, *Sein und Zeit*, S. 240f.
- 4) 本稿では、われわれが通常把握しているものを「死」と呼び、医学的・法的に決定されるものを「死亡」と呼ぶことにする。
- 5) ここで挙げられている臓器は、心臓・肺・肝臓・腎臓・脾臓・小腸・その他、である。
- 6) ここで挙げられている臓器は、腎臓・眼球（角膜）・脾臓・その他、である。
- 7) 立花隆『脳死』中央公論社，247 頁参照。
- 8) この議論に関しては，小松美彦『死は共鳴する』勁草書房，に詳細な記述がある。
- 9) E. Husserl, *Die Krisis der europäischen Wissenschaften und die transzendente Phänomenologie*, *Husserliana* Bd. VI, S. 51.
- 10) Vgl. VI, § 9.
- 11) VI. S. 52.
- 12) E. Husserl, *Erfahrung und Urteil*. S. 42.
- 13) Op. cit. S. 41. 但し括弧内筆者。
- 14)『大日本百科全書』項目「死」の記述。
- 15) Vgl. VI. S. 115.
- 16)「臓器提供意思表示カード」は，臓器移植の問題がからんできているため，選択肢は三つ用意されている。
- 17) EU. S. 49.

参考文献

NHK 林勝彦&人体プロジェクト『これが脳低体温療法だ』，NHK 出版。
立岩真也「空虚な～堅い～緩い・自己決定」，『現代思想』第26巻第8号所収，青土社。