



脳死説について

メタデータ	言語: Japanese 出版者: 浜松医科大学 公開日: 2013-08-27 キーワード (Ja): 脳死 キーワード (En): 作成者: 柳沢, 謙次 メールアドレス: 所属:
URL	http://hdl.handle.net/10271/173

脳死説について

柳 沢 謙 次

(法 学)

On the Theory of Cerebral Death

Kenji YANAGISAWA

Law

Abstract. Irreversible functional stoppage of a brain cannot be considered a new concept of human death. The life or death of a human being should be, as ever, recognized from the three indications: stoppage of breath, of heart beating and dilation of pupils. But, for a person whose brain functions are judged to have already stopped, positive medical treatments should not be requested, if the treatments have nothing but an effect to prolong his or her terminal time.

キーワード：脳死

「脳死」論議に関しては、正確な理解と落ち着いた対応が望まれる。現時点に於てマスコミによる「脳死」に関しての情報が頻繁にみられ、各界の有識者の言説があまたみられる中で、敢えて愚考を呈することが僭越となることを恐れるが、医科大学に奉職する法学教官の「業」のなせるところと諒せられんことを。

1. 「脳死」とはなにか

近年の医療技術の発達は大層目覚ましいものがあると伝えられる。その中でも脳死に係わり重要であると思われるのは人工呼吸装置（レスピレーター）と呼ばれるものである。以前は、呼吸停止が必然的に死を招いた。「息が絶える」ことは死ぬことであった。しかし、呼吸停止に陥った人に対して人工呼吸を施せば、或はその内に自発呼吸が回復し、助かるかも知れない。これは従来、人の「手」で行われてきた。近年それが機械化され、より強力に行われるように

なった。人工呼吸装置を、呼吸停止に陥った人や呼吸停止に陥りそうな人に装着し、肺を機械的に動かし酸素を送り続けることでさなければ始まる死への一連の進行を食い止め、更に、自発呼吸の正常化をもたらす種々の加療を施すことで救命が、また延命が図られるようになった。

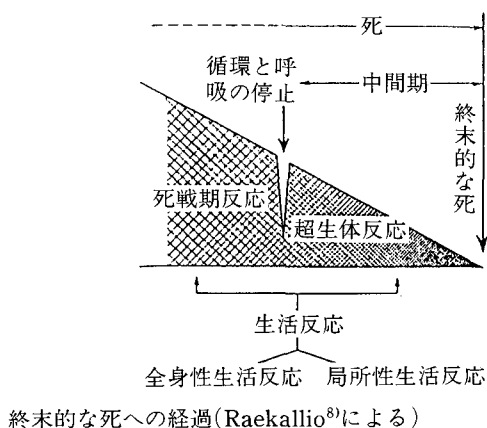
呼吸を司るのは大脳、小脳、脳幹と分けられる脳の諸部分のうち、脳幹であるという。したがって脳幹に障害が生じ機能が喪失すれば自力呼吸はもはや不可能となり、また、現在の医療技術では人工呼吸装置を装着する等の加療をしても、通常は一週間ないし十日で死亡する、という。¹⁾ (「植物状態」とは、これと異なり、同じく脳の障害ではあるが大脳等の障害によるものであり、自力呼吸は可能であるので、適切な延命措置を施せば生存は可能であり、他に合併症等がなければ死に至ることはないという。)

さて、脳幹機能が停止したとき、(その停止は種々の反応テストにより判定できるとされるが)、それが「脳幹死」と称される。また、これと異なり、脳幹部分のみでなく大脳、小脳の機能停止、(この停止も種々の反応テストにより判定できるとされる)を含めての脳全体の機能停止、即ち全脳死を以て「脳死」と称される。そこで、以下の論述においては、必要な場合には、前者の「脳幹死」に対し後者の脳死を「全脳死」と呼び区別する。

2. 医学的な死

従来私達は死を以て画然たるもの、即ち、生と死とは正に一線を画し、生と死の間に連続性はなく、(生と死の間の状態があるとはせず)その断絶が一時点の出来事と考えるのが普通であった。しかし、生から死へは医学上では一連のプロセスを以て進行すると言われる。

「元来、生きている状態と死んでいる状態を明確に区別することに無理があるといわれる。医学者Raekallioは、生から死への変化は移行的なものであって、循環と呼吸の停止のような重要な系統的機能の停止と終末的な死との間に、中間的なintermediaries Lebenという概念を置くべきだとしている。」(八十島信之助「死亡の時期の判定と法医学」医学のあゆみ65巻3号, p.166)



〔同論文 p.167より転載〕

自発的な循環と呼吸が停止した後でも、個々の臓器、組織、細胞は超生体反応と呼ばれる生活反応がある。これは、医師の死の宣告があった後も、「死体」の爪が伸び、髪の毛が伸びる等の事柄で従来、私達が見聞きし認知していたところである。

かくして、死を確認するためには次のことが必要であると言われる。

「個体の死直後から現れる変化を死の徴候或は死徴といい、以下のものがあげられる。

- 1) 心臓拍動の停止
- 2) 自発呼吸の停止
- 3) 瞳孔の散大、対光反射の消失、その他諸反射の消失
- 4) 筋肉の弛緩
- 5) 皮膚の蒼白化
- 6) 体温の冷却
- 7) 皮膚粘膜の乾燥
- 8) 死斑の発現
- 9) 死体硬直の発現

これらのうち死斑と死体硬直以外はしばしば仮死状態においてもみられるもので、死の不確徴という。死斑と死体硬直を死の確徴といい、これらのいずれかが認められれば死は確定的となる。」(矢田昭一、浅野稔他著『基礎法医学』南江堂, p.9)

また、重要なことは、死というものは、不可逆的な、決して後戻りの出来ない現象だと認められるものと言うことである。それ故に、

「法医学的には・・・循環と呼吸の停止をもって個体の死亡の時期を決めるのが普通である。しかし、それにはもう一つ永久性という条件がつく。一時的に停止したものは死亡ではない。」(八十島、前掲, p.169)

3. 医療上の死

医療は、死との関連では、死と積極的に闘い死への移行を防止するが、それにも拘らず終末的な死が確実となるならば以後の努力は無益となる。従来、医療は個体の生命維持につき決定的な働きをする心臓、肺臓、脳等の機能の停止を以て、その営為を打ち切っていた。

「(・・・死とは)いわゆる「死の三徴候」、即ち脳、心臓及び肺臓という生命維持機能につき一義的な機能を有する三臓器の機能が揃って(短時間内に相前後して)停止するに至った状態をいう、という考えが前世紀から今世紀初頭に亘る、いわゆる近代科学の萌出期以来現代に至るまで特別の疑いもなく維持されてきた考え方であることは、周知の通りであります。そこでその三臓器の機能とは別な表現でいえば、脳中枢神経機能、循環機能及び呼吸機能であって、この三つが図式的に言えばそれぞれ三角形の一角を占めた形で相互に牽連して

極く短時間内に（循環機能のみが数分ないし10数分に及ぶことがあるほか）速やかに停止状態に至るものとの理解があったわけであります。」（大阪府医師会編『医事裁判と医療の実際』成文堂，松倉豊治コメント部分，p.240）

各臓器は，臓器中の血管内に送られてくる酸素を消費して働く。従って肺臓の機能が停止すれば血管中に酸素が送られず心臓が，心臓の機能が停止すれば酸素をもたらず血液の流れの停止により肺臓が，それぞれ機能を停止する。脳は酸素の40%を消費するほど酸素に多く依存しているので，肺臓機能停止，心臓機能停止を原因とし，速やかに機能を停止させる。いずれにせよこれらは極く短時間内に引き続いて発生し，その結果としての死は，その起因に従って肺臓死，心臓死と呼ばれる。しかし近年，心臓，肺臓の機能を代替する機器等の発達により，両臓器の機能の停止からはすぐには死に至らず，かなりな期間の延命が可能となっている。これに対し，脳という臓器の機能停止が先立つ場合，レスピレーター等による加療を行っても短時間ないし数日で心臓の機能停止に至り死の確徴をみるという。（先の語法を用いるならば，この死のあり方こそ「脳死」と呼ばれるべきであろう。）

そこで，時間的な幅を持った死への一連のプロセスの中で，回復がどのようにしても不可能で終末的な死へ不可逆的に至る特定の時点を求めるなら，それは，心臓，肺臓と異なり，（現時点では）器械装置を用いて機能を代替することが出来ず移植も不可能である脳の，（或は脳幹の）機能停止の時点ではないかと考え始められてきた。脳が機能を停止すれば，先にもみたように，人工呼吸装置を作動させることにより肺臓，心臓の機能の維持を或る程度図り得るが，血圧の低下等が次第に生じ，遅かれ早かれ終末的な死に至るという。そこで，医療の実際の場合では，脳の機能停止が判定されたならば，a) その判定された時点で，b) 或は人工呼吸装置の作動を打ち切り，その打ち切った時点で，c) 或は打ち切りに引き続いて起こる心臓の拍動の停止がみられた時点で，個体が死に至ったとするか，若しくは脳の機能停止を未だ個体の死と考えず人工呼吸装置の作動を打ちきらずに積極的²⁾或は消極的加療を行い，d) 脳の機能停止から一定の時間の後に不可避免的に生じる心臓の拍動の停止の時点で，即ち三徴候の完成の時点で個体が死に至ったとし，死の宣告並びに加療中止³⁾を行っていると言われる。

4. 「脳死」の判定テストとその有効性

純粋な医学上の所見では，脳幹が機能を喪失すれば，現在の医学，医療ではその機能を回復する手段はなく，結果的に心臓の機能の停止を招き死の転帰をみるとされている。そこから，脳幹，或は脳全体の機能の停止時点¹⁾を以て，人の死の時点であると端的に主張する一つの考えが出てくる。前節のa) , b) の医療の対応はこの考えに基づくものである。そこで，この考えに基づく対応の当否が，脳幹，或は脳全体の機能喪失を人の死とする考えの当否が，問題となる。それは医学のもたらした認識への疑いではなく，医学のもたらした認識の解釈についての問い

である。

脳幹は種々の機能を営んでいる。「先ず脳幹は、大脳の運動中枢神経の命令を・・・手足に伝える上行性神経路の通路となっている。」(C.パリス著、植村研一他訳『人間の死と脳幹死』医学書院、p.1)「脳幹はまた顔面や耳、鼻、咽喉、舌などの知覚や、聴覚、味覚などの情報を受け入れて大脳に伝えると共に、眼球運動、顔面運動、咀嚼、嚥下、発声などの運動に深く関与している。」(同上、p.1-2)更に、「脳幹の中心部を占める部分に「脳幹網様体」と呼ばれる部分がある。脳全体を自動車にたとえた場合に、エンジンに相当する部分がこの脳幹網様体である。」(同上、p.2)この脳幹網様体のうち、下部脳幹網様体が呼吸と血圧を維持する働きを営んでいるという。(「脳幹死」は、まさにこの下部脳幹網様体の働きが不可逆に停止することを注目したものと考えられる。)

従来、三徴候として認められてきた心臓の停止、呼吸の停止と並ぶ瞳孔散大の要素は、厳密には脳幹網様体(の上部の)の働きに注目するものであり、脳の機能の存否のテストとして意味を持つものであったことが判る。(この点に注目して、脳の機能停止による死は決して新しい観念ではなく、従来それとは知らずに人々にも受け入れられてきたものであるとの主張もみられる。)

さて、呼吸機能の停止を脳幹の機能停止の徴表とするならば、それは、下部脳幹網様体へのみ係わることである。しかし現実の判定テストはそれのみを診るのではない。「脳幹死」は脳幹全部の死を言うことは既にみたところである。その理由は、実は、医学、生理学が脳幹の機能について未だ十分に知悉しておらず、更に、脳幹機能存否の判定テストの確実性に不安が残ることにある。即ち、現在言われている「脳幹死」のテストは、脳幹の諸々の機能の残存、喪失を知るサンプル調査であり、刺激に対して反応が有るか否かで判断する間接的、数量的な調査である。そこで、そのサンプル調査で絶対確実なのかという疑いが生じる。勿論、現代の科学は人間の「目」で確認し得るもののみを対象としているのではなく、間接的、数量的な観察に多く依っているものであり、この「脳幹死」においても、実際にその死を「目」でみて、判断するものではないが。

次に、自動車のエンジンに例えられた脳幹は、意識の座である大脳を賦活する。大脳はその活動を脳幹に依存し、意識を保つ。しかし「脳幹死」のテストでは、脳幹が大脳を賦活する機能を失ったか否かを判明し得ない。そのテストで脳幹の機能の、即ちテストし得た限りでの脳幹の諸部分の機能の、喪失が認定されたとしても、それは脳幹の、意識活動を行う大脳を働かす部分の、機能の喪失を示すこととはならない。つまり、「脳幹死」と判断された人がなお表に現れない意識を有することが在るのではないかという可能性は否定できないのである。

一方で「脳幹死」がと主張されるのに対して、「全脳死」が人の死と主張する人々の論拠はそこにあるように思える。私達は意識を持つと思われる人を、何としても、死人と考えることは出来ないからである。しかし、「全脳死」においてもなお問題は残る。と言うのも、意識の有無

は、現在の医学では、刺激を与えての反応の有無を診ること、意識活動に伴って発生するとされる脳波の機械的測定等で行われるが、人の意識活動の有無はそれらで必ずしも確実に判断し得ないからである。実際、刺激を覚知しても反応を為し得ない場合があるという事や、脳波が消失し、再び発現する例や、機械の誤差の範囲と区別し得ないような極く微弱な脳波を発現している例もあるという。(そこで最近では、脳波の有無を脳の機能停止の判定テストから除外しようとする考えもある。)

更に問題を一つ挙げてみよう。例えば脳の機能停止の判定テストの基準作成に当たっては薬物中毒患者等を除外して考えようとするものが多い。というのも、薬物中毒等においては脳の機能停止と等しい⁴⁾反応が出るが、後に回復し得るからだという。ならば、薬物中毒等現在の医学が知り得たもの以外にも、未だ⁵⁾知り得ていない原因に基づき誤って脳の不可逆的な機能停止と判断され得るような脳機能の一時的喪失は⁶⁾全く無いと言い切れるものであろうか。(こと人命に関する事柄である限り、私達は、数量的、統計的調査結果等を以て確率等で論ずるべきでない。)

5. 法律上の死

法律上の人の死は、医学的にみた人の死と等しいものではない。法律上の人の死は、単なる個体の生命現象に関する事柄としてみられるのではなく、法的人格者の存否に関する事柄である。即ち、法律に依って保護され、権利、義務を有する主体の取扱であり、その「死」はその者に係わる一切の法律関係を変更、発生、消滅させる原因となる。

法律上の人の死は、もとより、生物学的死という事実の発生を前提として考えられるものであるが、そこへ法の、規範として働くが故の独自の考慮がなされるのである。

例えば、戸籍法第89条における「認定死亡」がある。これは死亡を確認すること無く、行方不明者等該当する者を死んだものと看做してその法的効果を発生させる。また、民法30条の「失踪宣告」を受けた者は、同31条で「死亡したものと看做」される。

また、法的な「死」は、死亡時点を、時分の厳密さを以て定めることを必要とする。(戸籍法第86条は死亡の届出を求めるが、その2項では「届出には、次の事項を記載し、診断書又は検案書を添付しなければならない。一、死亡の年月時分及び場所二、・・・」と規定される。)

このような重要な事柄であるが、現行の法令からは、何を以て或はどの時点で「死」とするかの明文の規定はない。ただ、「死産の届出に関する規定」の第2条に「この規定で、死産とは妊娠第四月以後における死児の出産をいひ、死児とは出産後において心臓搏動、随意筋の運動及び呼吸のいずれをも認めないものをいふ。」とあるだけである。(しかし、これも、その規定の目的そのものが、「死産の実状を明らかにする」ためのものであることから、一般的な「死」の規定として敷衍することはできない。) また判例、学説においても触れられることが少ない。

従来死を判断する基準として考えられたものは、

1. 呼吸の停止
2. 脈搏の停止
3. 呼吸及び脈搏の双方の停止
4. 呼吸、脈搏の停止及び瞳孔散大（三徴候）の完成

等であるが、刑事事件に関しては脈搏停止が、民事事件に関しては呼吸及び脈搏の双方の停止が、従来の判例の中にみられる。また、その後、いわゆる和田心臓移植事件においては、検察庁は三徴候⁷⁾の完成を採るという見解を表した。

6. 脳死説の法的評価

ところが今迄みてきたように、医学、医療の現場から、死の判断基準としての脳の機能停止という新しい考え方が提唱された。脳機能停止ともなればもはや回復不可能であり、終末的な死に至るという事が医学上確定され得、かつ現在の医学では加療が無効であるものなら、それ以後の生物学的な死に至る迄の時間は医療の現場においては無意味となる。それにも拘らず加療が継続されるならば、医学的には無益とされたものを医療が行うこととなる。(科学としての医学はそれを是とも否とも判断するものではないであろうが。)

かくして、脳の機能停止があったと判定され得る終末的な死に移行する過渡期の患者を、私達の社会がどのように遇するか、という問題が生じる。その患者にはまだ心臓の搏動があり、血圧は賦活剤等で人工的とはいえ維持され、血色は良い。そこでその対応は、一つは人工呼吸装置をつけたままにしておき、自然な心臓の搏動の停止を待ち、その時点を人の死と考え、それまで積極的或は消極的加療を求める途であるし、一つは、脳が機能を停止したことを様々なテストに依り判定し、加療の中止を求めるという途である。後者は、終末的な死に移行する時間を人工呼吸装置の作動等の加療によって延ばすことは無意味であり、脳の機能停止が判定された時点で人は死んだのである、脳の機能停止即ち人の死であるとする新しい考えに基づくものである。いわゆる「脳死説」がこれである。(しかし、その際、臓器移植が予定されるならば、判定後も「死体」から提供される臓器を新鮮に保つために、目的の臓器の取り出し迄、引き続き人工呼吸装置を働かせ、血圧維持剤を投与する等の「治療？」が行われる。)

これらの対応の何れを採るのが医療として社会的に認められる途であるかの有効適切な回答は未だ為されておらず、既に一瞥したように各々の医療機関で任意に決定され行われていたのであるが、それらの決行のうち脳死説は誤りであり、脳の機能が停止した患者も未だ生を持つものであり、従って人工呼吸装置の装着を中止する等の行為、また臓器摘出等の行為がなされるならば、それは殺人、死体損壊等の罪に当たるのではないか、という強力な意見が医療従事者の中からも出て、社会的な回答を求め法的紛争にまで至るという深刻な問題が生じてきた。

そこで、一部の医療機関の採るこの後者の途が、社会的に容認され、法的に正当と確認され保護される行為となることを、脳死説に立つ者は要求する。即ち、脳機能停止と判定された患者に対する加療の中止、或は脳機能停止と判定された患者からの（心臓、腎臓等の）臓器摘出行為の積極的正当化を求める。

最近時の急速に発展した科学技術の応用として構想されるこの考えと、それに基づく行為を、では、法はどのように評価するものであろうか。

死は、法的には、国家が保障する基本的人権の享有者である法的人格者の消滅であり、生物学的にみた人の死と必ずしも同一の基盤で語ることができるものでないことは既にみたところである。法的な死は、死者の生前に有した一切の法的社会関係を変動させるだけではなく、死者に関係するあらゆる人々の法的社会関係をも変動させる。それが故に、法的な死は生物学的な死に完全に則ることはできず、法の持つ規範的な意義からして、独自の要素を加味して判断するものとなる。即ち、正当性、合目的性、安定性という法の追求する理念から、当該の脳死説とそれに基づく行為への評価を下すものとなる。（もとよりこれは医学の為すところに容喙するものではない。社会的活動として行われる医学の実践としての医療に対して、法の持つ理念からなされる評価である。）

そこで、法の持つこの三つの要素に従って順次考察していこう。

まず、法は正しくあるべきとの要請がある。「正しさ」は、なによりもまず、私達の道德観、倫理観に根ざすものである。しかし法の正しさは、道德、倫理のもたらす正しさと全く同じものではない。道德、倫理のもたらす正しさが、通常の人に受け入れられ、それに基づいた行動が期待される限りで、法は正しさを語る。そこで私達は、（医師の倫理ではなく）、国民全体が捉える医療の倫理が裁断するところを求めるが、実はその医療の倫理が既に有るものか否かは速断しがたい。医療の在る可き姿、医療の限界等は、脳死説問題に限らず、進歩する現代医学、医療技術の応用の適否として常に問いかけられるところであるが、それらが常に問題となっているということは、とりもなおさず、私達がそれらの新しく生じる問題へ回答し得る基準を、倫理、道德として、前もって持っていないということを表すのではないかとも考えられる。勿論、そのような回答を、現実にある倫理、道德からの演繹で発し得るという考えもあろうが、かような回答をもたらす医療の倫理は、問題の発生に応じてそのつど私達一人一人の考慮を通じて形成されていくものとするのが現実によく適合するものではないだろうか。法がその出自とする倫理、道德がかような状況であるならば、私達はこれら新しい諸問題に対する法的判断を矢庭に現存する法律の解釈として求めるべきではなく、人々のこの問題に対する倫理的、道德的熟慮の醸成とその有効な表明を先ず待たねばならないこととなろう。（しかしそう言うものの、法は判断基準として働くことを常に要求される。そこで、ひとたび法的係争が生じれば、判断する者は、倫理、道德を求め解明し、そこから導かれる回答を顧慮しつつ、これに法独自の考察を加え、法からの判断を現存する法律の解釈という形において示すことを余儀なくされ

る。かくして法判断の先行という事態が生じ、法判断に対する評価という形で当該の問題に対する倫理、道徳が鮮明になるという奇妙な事態も或は生じ得るのであるが。)

更にまた、脳の機能停止が人の死の判断として科学的に適切なものであるか否か、医学上、一部の疑問も生じないほど確定され得るのか、を私達は第四節「「脳死」の判定テストとその有効性」で検討した。法の正しさは、本来科学的な認識に基づくことが要請されつつも、通常の人に受け入れられた認識のフィルターを通して見た正しさを自らの正しさの源とするのであるが、科学的認識の誤りがないことをそもそもその前提として期待するのは当然であり、緊迫した必要が無い限り私達は慎重に決定に至るべきである。人々の間に疑念が少しでも残り反対の声があるならばそれを圧して、多数決等を持ってしても結果的に専断的と言われ得る方法では、押し進められるべき事柄ではないと思われる。

その際、脳の機能停止の判定においては通常の(脈搏停止、呼吸停止、瞳孔反射消失の)三徴候に依るよりも綿密なテストをするのであるから判定に信憑性がある、と主張されることもある。しかし、従来の三徴候による死の判定と異なり、脳の機能停止を以てする死の判定では、その後の取扱に差異があることを忘れるべきではない。脳の機能が停止したと判定されて人工呼吸装置が外されるならば、その時点での終焉の強制となる。しかし若し脳が機能を停止したと判定されても、直ちに死と為すことなく、心臓の拍動の停止まで待つことが出来るならば、従来の三徴候の完成をみて死を確認することが出来る。(更には「死の確徴」を、「死の不確徴」ではなく「死の確徴」を、全ての人が認め得る可能性が残される。)正確さを言うなら、それは、脳の機能の停止を新たな人の死の概念と為すために確実性を期して行われるその判定への如何なる綿密なテストよりも確実なものであり、明白なものであろう。

次に私達は、脳死説に基づく行為の受容が、私達が既に法律という形で基準を持って進めている社会の維持、発展に対しどのように調和するのかを、第二の法の合目的性⁹⁾の見地から考えていこう。先ず私達の死の受容の現在からみていく。最初に捉えておかねばならないことは、私達は死に対して情緒的反応をするのが普通であり、それを非難することはできないということである。(大抵の人々は死に接する機会が少なく、その出来事に対して全人格的に反応するのが普通である。)死は私達の世界が継続することの否定であり、私達の恐れであり、悲しみである。(この情緒を否定し、理性的な反応のみを良しとすることは、死に接することでもたらされる私達の世界に対する深い洞察と理解を欠いた「死を観ない」態度とも言えよう。)私達のこの情緒は、当然のものとして、法でも保護されていると考えられる。即ち、刑法第190条における「死体損壊、遺棄、領得罪」の規定、或は献体に際しての遺族の同意、労働法における忌引の規定等は、私達のそのような情緒を保護する役目を果しているとも考えられる。

私達は、自らの死に対してそうであると同様に、人の死を受け入れることも難しい。私達は死を理解するのではなく止む無く納得して受け入れるのである。人はその態度を批判することはできないであろう。更に、私達のその納得は、必ずしも説明に因るものではないことにも留

意すべきであろう。

脳の機能停止が必然的に終末的な死に至るという事実、それ故、脳機能が停止していると判定された患者の心臓の動きと血色の良い皮膚は見せかけのものであり死体の一つの在りかただという説明を以て、人々に死を強制的に、速やかに受け入れさせる必要性はどこに在ろうか。人々は死という事実をいずれ受け入れなければならない。息が絶えたこと、呼べど答えぬこと、脈が無くなったこと等を、自らの目で観、触って確かめ、そして最後に諦めて死を納得し受容してきたのであり、これを未だ医師という役割、職業の者を持たぬ昔から何千年の永きに亘って行ってきたことは看過すべきものではない。医師の死の宣告を人々が受け入れるのも、医師の人体に対する専門的知識に対する畏敬と共に、それが人々の自ら確認し得ることに合致していたからではないか。

脳死説には一つの影が付きまとう。それは臓器摘出である。脳の機能停止が人の死と法的に認められたならば、脳の機能が停止したと判定された患者から未だ機能を失っていない「新鮮な」「生きている」腎臓、鼓動を続ける心臓などを合法的に取り出す途が開ける。それらを腎臓疾患、心臓疾患などで明日をも知れぬ患者に移植することで、「二つの死よりも一つの生」がもたらされると主張される。しかし、注意すべきは、それが脳の機能が停止したと判定される患者に利益をもたらすものではないということである。(脳機能停止に陥る以前に、その患者が自己の臓器を提供したいという希望を表明しているならば、その希望が叶えられるという利益が考えられようが。しかしそれはあくまでも個人的な利益である。)私達は他の者の利益のために、一方の利益を犠牲にするような社会に住んでいるのではない。ましてや問題は生命であり、それは如何なる利益の比較衡量に合うものではない。即ち、「二つの死より一つの生」という考えは、個人に絶対的価値を認める現行の法制からは積極的に推進されるものではない。臓器移植を受ければ生命を永らえ得る患者の存在は、脳死説を受け入れさせる論拠とはなり難い。即ち、脳死説に立つ者が移植を必要とする患者の生命追求の権利を主張擁護するのと等しい配慮を以て、法は脳の機能停止に陥ったと判定される患者の権利をもまた護ろうとするのである。

次に私達は脳死説を社会的要素から考えていこう。脳死説を推進せんとして語られるのは、脳の機能停止に陥った患者が人工呼吸装置等の設備機器を無意味に使用する、或は脳機能停止状態の患者への医療が他の者の医療サービスの利用を妨げる、或は健康保険者や患者側の経済的負担をいたずらに増す等々の効率的、経済的見地からの言葉である。しかしこれらは、人の生命問題を経済で考えるものであり、論点が噛み合うものではない。

また、患者の家族、医師、看護婦や付添い人の、脳機能停止患者に接する精神的苦痛が主張されることもあるが、私達はその声を、実際、積極的な大きな声を耳にしていない。患者の家族等が人工呼吸装置のスイッチを切ることを求めることも実際あると伝えられる。脳の機能が停止したと判定された患者が脳死説に従って死者であると認められたならば、家族の求めの有無を問わずそれ以前に医師にスイッチを切ることが求められるであろうが、それは医師と患者

の家族にとって新たな心理的葛藤を、社会的問題と呼び起こすものと思われる。患者が死者でないと考えるならばスイッチを切るとは患者の生命の短縮であり、また患者が「堪え難い苦痛の中にある」とは考えられないので、不憫さゆえのこととしても、患者そのものを思っの言動とはならず、安楽死の要件を欠くものとして一つの刑事問題になるであろう。

また、脳が機能を停止していると判定できる患者への加療を続けるのは無意味であり、医療を行う医師にそれを強いることは出来ないと主張されることもあろう。それに対しては医療がそもそも何を目的とするかの反省が言われることもあろうが、いずれにせよ死に至ることが確実となった後何らかの死の徴表を診るまでの時間は医学的には無意味であっても、社会的には無意味なものではない。治療に当たる者は最後まで患者の命を救う努力を続けるものとの期待を人々は抱くのである。その期待は飽くまで人の死の徴表が診られる迄であるが、正にその期待をどの様に評価するという問題は解決されるべきであり、脳死説が認められることがないならば、判定テストの実施は「人」に対する加療の中止時点を判断するために行われる、結果的に医療に携わる者が生命の打ち切り時点を求めるものとして一義的に考えられるのではなく、期待への社会的保護の範囲の限定という意義を持つべきものとして考えられよう。(現時点では「判定」は通常、医師ではなく医学者の行うことと観念されるであろう。確かに、死を確認することは医師に法上要求されているが、脳の機能の停止の判定を消極的にせよ行うということは、どのような責務に基づいて医師が行うものであるのか、或は治療の一部として位置づけられ得るのか或は法上の確認義務の行使の一部とみられるものかどうか現時点では疑義を生ずると思われる。)

しかし、それと共に私達の社会が認め護ろうとする「人」がどのようなものであるかに付いて法が「人」の規定を於ていない限り一応考えておかねばならないであろう。私達がこの社会に於て「人」として考えるのは私達が法的に「人」と見なすことが妥当としたものである。それ故、社会意識が変化するにつれ、或は「人」を理性を持つものとして考えることもあろうし、或は自発的ななんらかの「動き」を持つものに限ることもあろうし、或はその生命の維持存続を他人の手を借りずに果たす能力を可能性として持つものに限ることもあろう。それらは「人」としての積極的定義を求めるものであるが、かような定義を求めることはここではふさわしくない。しかし、社会が護ろうとはしない「人」という面から消極的に考えていくならば、それは、その「人」が存在することが私達の社会にとって極めて異常な高度の負担をもたらす、私達の生命を危うくする、或は私達の生きる場としての社会の存続を危うくするものと考えられる「人」であろう。私達の社会はそのような「人」の生命の保護存続については積極的には配慮しないであろう。それ故私達の社会の法はその様な状況に於ては、その「人」の生命の保護をもはや語らなくなるものと考えられる。

最後に第三の法の安定性に係わる事柄として、私達は、死の新しい概念としての「脳死」が認められ、作り出される法的状況を考えていこう。先ず、それは、今まで認められてきた三徴

候説による死の概念と両立するものであろうか。それとも、三徴候による死の概念は無くなり、脳の機能停止だけが新しい単一の死の概念となるのであろうか。当然、考えられるのは、二重の概念は立て難いということである。脳の機能停止が判定された者は「脳死」という死の概念で、その他の者は三徴候説による死の概念で、とするならば、私達は三つの主要臓器の停止が揃うことが必要とする原則と、(脳という)一つの臓器の停止で十分とする原則の、二つの原則を持つこととなろう。確かに技術的に受け入れられないものでもないが。また、「脳死」という単一の概念ではどうであろうか。そうすると私達は皆、脳の機能停止の有無を判定されて死なねばならない。それは一考するだけでも非現実的なことである。(更にまた、なぜ脳という臓器のみか、という疑問も生じてくる。脳という臓器の機能の存否が人の生命にとってfatalなものだからと言うならば、私達は他の全てのfatalな状況に陥っている者に対しても、同じ取り扱いをするよう要請されよう。即ち、輸血ができず出血多量で死が確実な者、もはや有効な治療手段の尽きた末期の患者などに対しても。しかし私達は決してその様には考え得ない。或は、脳という臓器に人の価値の依り場を観るからと言うならば、それは理性の有無を以て人であることの表徴を観るものとなり、無脳児、植物状態患者、重度の脳障害者さらには知能の発育が著しく劣り理性的な言動の出来ぬ者の処遇という問題に結び付くものとなろう。) 現在、これらの問題を無視して従来の死の概念を改める強い必要は、臓器移植の必要以外に無いように思われる。しかしその「必要」が、脳の機能が停止したと判断される患者の処遇を決定すべきものでないことは、既にみた通りである。従って脳の機能停止が診られた場合であっても、従来通り引き続いて起こる心臓の機能停止を観て、死に至ったと観念すべきものと考ええる。脳の機能が停止したと判定され回復への加療が無意味と考えられても、それは、心臓の停止に至る僅かな期間を無意味な期間とする一つの考えに基づくものである。心停止に至るまでの加療に関し、私達の社会は、終末に至る期間を延伸させるだけであればそれを過剰な積極的加療と考え、認められ得ぬものとして拒否するであろうが、少なくとも消極的加療とそれによってもたらされる自然な心停止に至るまでの時間は、医療としては例え無意味であろうとも医療上の価値とは異なった価値をまた持つものとして認めるものと考ええる。私達の社会がその価値に対抗する価値を以てその価値を強力に否定し尽くし得るものとは考えられない。その期間を患者並びに患者の家族等から取り上げねばならない強力な理由を見いだせない。私達の社会は、かような医療を負担し容認し得るものであり、脳機能停止の判定から即座に加療を中止することを求めるものではないと考える。(またここで、過剰な積極的加療の範囲と消極的加療の範囲が問われようが、当然それは医学と社会の変化に伴なって変遷するものであろう。)

仮に、一度脳の機能停止が法的に人の死と認められたならば、かような価値を奪うのみならず、脳の機能が停止した患者を救命、延命させる医療努力—(努力は常に不可能を可能にしてきた)—をも中止させることに、延いては医学の進歩を止めることともなろう。なぜならば、その場合、回復の可能性を求めて脳機能停止患者へ加療が引き続き行われることがあっても、

それは死体に加えられる行為とされ、医療と認められないだけでなく、加療自体が死体に対する損壊行為とも考えられ、場合に依っては死体損壊罪に該当することにもなるからである。

法律は一旦制定されたならば、その趣旨に従って安定した現実状況を力を用いて作り出す。法律の作り出した世界と現実とに大きな歪が生じて初めて改正されるまで、それは有効に働く。医学の進歩により、例え今日、脳の機能停止を人の死とする「脳死法」が制定されたとしても、いつの日か「脳死」から回復する途が開けたならば、私達は再びコンセンサスを得て「脳死法」を廃棄し、その後、加療することを認め、法律で死んだとした者を法律で再び生き還えらせることとしなければならない、という奇妙な事態に直面するであろう。

7. 結びに代えて

なぜ私達は死の確徴を待つのでなく、それ以前の、早い時期での死を求める必要があるのだろうか。医学的に確実に可能と考えられている認定の早さ、またその実行を何のために私達は必要としよう。生と死に係わる事柄は、万人が、人類発生以来の永い間に亘って共有してきたものであり、医療従事者のみの専断の事項ではなかった。何を以て死と看做し何を以て生と看做すかは、万人の決定してきたところである。

私達は生命の誕生と同様、生命の消失を、大いなる厳粛な事実として受け止めてきた。それは人間存在の根本にある「生」による「生」の評価であり、一切の宗教、思想、信条を超えて万人が等しく有する感懐である。そこでは死は永遠の静寂の訪れた時と考えられてきた。人工呼吸装置につながれていても、脳が機能を停止すれば、日をおかずして心臓の停止に至るという。永遠の静寂が訪れる。私達はその瞬間まで耐えて待つことができるであろうか。それとも(他人の)死を待つことに耐えきれず、或はかような死を無駄な死として、早い決断とそのもたらす「利益」を求めていくのであろうか。

(かくして筆者は脳死説に組しないのであるが、現実問題として、脳の機能が不可逆的に停止した患者への加療の中止或は移植目的の臓器の摘出行為の現行法制下での法的許容性を全く否定するものではない。十分な条件が整うならば、それらの行為は違法性或は期待可能性を欠くものとして容認される途があると考ええる。このことに関してはいずれ別稿で詳しく論じることとしたいが、その条件には少なくとも、一)脳の機能が停止した患者自身が脳機能停止に陥ってから治療を拒否する、或はかつその場合に自己の臓器を提供するとの有効な意思表示を生前に為していたことが確認し得ること、二)脳機能停止の判定の際の材料が、求められれば白日の下に晒され、判定の当否が後に検討され得る可能性を残すこと、の二点を欠くことは出来ないであろうと考えている。¹²⁾)

註

- (1) 「「脳死」はあらゆる治療——脳賦活剤、ステロイドホルモン、脳圧下降剤、などの薬物療法、物理療法、手術療法——などに対して全く無効であり、・・・」小柏元英・竹内一夫「「植物状態」の臨床像—植物と脳死を分けるもの—」脳と神経28巻9号, p.910
- (2) この消極的加療の例として、「治療の現場では、脳死をもって死亡ということには実際はしておりませんが、少なくとも積極的な治療はしないことにしております。すなわち、人工呼吸管理は続け、その人にとって最小限の一日に必要な水分量は補給する。しかし、原則として、血圧が低い場合でも昇圧剤の使用はしないし、貧血のある場合でも輸血や造血剤の投与はしない。つまり、その人は必要最小限の治療で生きているということです。」三井香児「救急医療現場における脳死判定」技術と人間：臨時増刊号（S.60,3）p.17-18
- (3) この例として、「・・・現在、私の科〈東大脳外科〉で死の判定をどうしているかということについて話します。もちろん脳死という事実があることは認めるわけです。患者さんが脳死の状態になった時、ご家族に伝える場合はあります。しかしそうなったからといって、故意にレスピレーターをはずすということは行なっておりません。心臓死まで待っているわけです。死亡診断書に書かれる死亡時刻は、すべて心臓死の時刻です。
したがって、脳死の事実を認める場合はあっても、現在死の判定は慣習法によって行なっているというのが、私達の現状ですし・・・」高倉公明「脳外科の立場から死の判定を考える」技術と人間：臨時増刊号（S.60,3）p.62, < > 内筆者、引用文の筆者名は出典記載のまま
- (4) その例として、「たとえば低体温の患者さんは脳死と間違えられる。脳幹機能が低体温によって一時停止します。薬物中毒になっていると、神経は生きていても神経伝達物質が動かないので、一見、外からは脳幹機能が消失したように見えます。したがって薬物中毒の患者さん、それから代謝障害、内分泌障害の患者さんの二次的な脳幹機能障害は、全く議論をしない・・・。
脳幹脳炎という脳の病気を起こすウィルスは、いろいろな、わけのわからないことをします。この場合は回復可能であったりしますから、これも入れてはいけません。特発性神経炎もだめです。「閉じ込み」症候群（Locked-in Syndrome）という脳梗塞の場合も使ってはいけません。」植村研一「脳死の病理と診断方法」日本移植学会編『続：脳死と心臓死の間で』所収, p.173
- (5) 筆者の疑問に思うことであるが、以下の記述、即ち「・・・米国のcollaborative studyの503例の検討がある。ただし、この調査はprospective studyであり、44例の脳死状態よりの回復例を含んでいる。」（塩貝敏之・竹内一夫「脳神経外科における脳死の実態—過去11年間121症例の検討—」脳神経36巻8号, p.785）に於ける、回復例を診る「脳死状態」とは脳死とどのように異なるものであろうか。「・・・もし蘇生するようなことがあれば、それは脳死ではなかったことになる。」（竹内一夫「脳死の思想をめぐって」未来研究1971年6月号, p.22）とも述べられているからである。
- (6) 脳の不可逆的な機能の喪失を論ずる場合、次のような慎重な発言が散見されることが、注目される。
 - (a) 「・・・脳死における「脳機能の喪失」は、種々の検査成績や症状から総合的に判定できるものと思われるが、「その機能の不可逆性」を判定できる検査法がまだ見出されていない。」藤森聞一・半田肇「「脳死」における基礎的問題の研究報告」日本医事新報No.2592, p.15
 - (b) 「今日では医学的、自然科学的事実こそ死の判定のすべてであります。・・・非可逆性といいますが、不可逆性とかいうことの100%の確認は自然科学では不可能です。」宮城音弥「全体としての「個」と脳」日本移植学会編『脳死と心臓死の間で』所収, p.98
 - (c) 「しかし、その後も新しい診断基準が出されている現実には、より完全でかつ簡便な方法が求められているということを意味するとともに、治療医学の進歩が従来の基準では脳死の

診断が確実にはできなくなったことも示唆していると考ええる。」島津邦男・濱口勝彦「植物状態と脳死」臨床成人病14巻4号, p.12

- (7) 「刑法における「死」の概念と脳死説—最近のヨーロッパの動きをふまえて—」斉藤誠二, ジュリストNo.853, p.80, 参照
- (8) 私達はここで「脳死から必ず死に至る」という見解が真実なのかどうか知りたいと思う。(勿論, 経験的な正しさと, 科学的真実との差異を, 医学, 医療の面でどの様に捉えるかという問題が生じようが。)以下に, 種々の見解を列記する。比較して見ていただきたい。
- (a) 「脳幹死は, 脳死の生理学的なキーポイントを示す概念であり, . . . , かつ数時間あるいは数日以内に心停止に陥るという不変の心臓の予後の主要な決定因子である。」「脳幹が死亡したからには, 心臓は遅かれ早かれ停止する運命にある。」C.パリス著, 植村研一他訳『人間の死と脳幹死』p.10,16
- (b) 「. . . 脳の機能が完全に停止してもなお数時間から1—2日位は心拍動が残ることを実際に経験していた。」竹内一夫「「脳死」のメモ」脳神経外科11巻9号, p.895
- (c) 「. . . 生存期間, つまり心拍動が消失するまでをみますと, 脳死はせいぜい——二週間ですけれども, . . . 」竹内一夫「脳死の判定をめぐって」日本移植学会編『脳死と心臓死の間で』所収, p.26
- (d) 「. . . 脳の機能が停止してから肺と心臓の機能が停止するまでの時間が, . . . , 人工的に心, 肺機能を維持している場合では, 一週間くらいにもなる. . . 」錫谷徹「脳死と個体死」日本移植学会編『脳死と心臓死の間で』所収, p.71
- (e) 「. . . , 脳死というか, <植木> 試案にぴったりの状態になって, . . . 。そういう状態に陥っている場合に, 経験的に申しても, その状態から生き延びてもせいぜい10日ぐらいですね。だから, その状態であると, 診断された患者さんは, ほとんど100%亡くなります。」太田和夫・中村紀夫「対談: 死体臓器提供の問題点」(中村発言)臨床成人病14巻4号, p.46 < > 内筆者
- (f) 「一方, 脳死のNatural historyに関しても, ほぼ解明し尽くされ, 脳死状態になれば確実に心停止・死亡に至るとされている。また, Jennettもひとたび脳幹死に陥ると, 人工呼吸が行われていても, 必ず1-2週間以内には心停止に陥ると述べている。」塩貝敏之・竹内一夫「脳神経外科における脳死の実態—過去11年間121症例の検討—」脳神経36巻8号, p.784
- (g) 「ところで脳死と判定されたら数週間以内(多くの場合2週間以内)に心停止に至るのが常であるが, Parisiらは心臓停止後蘇生した患者(昏睡・無呼吸・平坦脳波)で呼吸器を止めるまで68日間生存した希な症例を報告している。」半田肇・長沢史朗「脳死の診断とその問題点—脳神経外科医の立場から—」臨床成人病14巻4号, p.30-31
- (h) 「. . . 脳死になると, だいたい10日以内に心臓が止まる。しかしそれは治療のやり方によって, ある程度延び得るわけですね。」太田和夫・中村紀夫「対談: 死体臓器提供の問題点」(中村発言)臨床成人病14巻4号, p.50
- (i) 「. . . 但し, その脳死の状態がどの位継続するかは疑問であり, 心臓死に至るまでの時間は現在のところ, およそ一週間内外である。しかし, 今後蘇生術の進歩によって, この時間は更に延長される可能性がある。」竹内一夫「脳死の思想をめぐって」未来研究'71年6月号, p.20-21
- (j) 中日新聞(1985/3/3)の報道によると, 「薬で長期“延命”に成功」の見出しの下に, 「大阪大学医学部特殊救急部の杉本侃教授らの研究グループは」「<脳死> 患者六人に, 脳死判定後, 心機能を維持する抗利尿ホルモン剤(ADH)と循環機能を高める交感神経刺激剤のアドレナリンを投与した。」ところ「従来のアドレナリンだけの治療法では, 平均一日間しか心機能を維持させられなかったが, 「. . . 最短で九日間, 最長で五十四日間, 平均二十三日間にわたって心機能を維持させることに成功した。」「. . . そのままの治療を

続ければさらに長期間「生存」させることが可能という。」〈 〉 内筆者

最後の(j)に見られた方法は確立された医療技術となり、将来これにより脳の機能停止の状態から、必然的に心臓停止に至るといふこともなくなるものと思われる。それにより私達は、脳の機能停止から短時間の間に必然的に死の確徴に至りそれを防ぐことはできない、という従来の説明に基づいてなされた脳死説に対する判断を、まさに脳の機能停止状態にある患者そのものの生命の価値をどのように評価するかという純粋な判断として呈示することを求められることとなる。しかし、かような加療が、回復を可能とする途に連なるものではなく、単に、脳の機能が不可逆的に停止し回復不可能である患者に対し心臓の搏動を技術的に維持させるだけである限りは、その加療は従来の延命への積極的加療の高度のものとして考えられ、筆者の基本的な考えは変わるところはない。患者及びその家族、社会に対して積極的な利益をもたらさないとされる限り、社会はこの種の加療を負担するものではないであろうし、患者及びその家族は、更に、拒否することも出来るのではないかと考える。

(9) 私達は今まで「脳死」判断の技術という面について論じることはなかったが以下のような記述があることに留意しておく必要もあろう。「アメリカの神経内科医が、イギリスの「脳幹死基準に合致した状態」があったにもかかわらず14例の脳死患者が生存したという報告をした。……〈パリシはその見解を否定し〉……このような事例が国際的な論議の中で(脳死から生き返った)証拠として用いられることは、器械中心的な環境の中で、いかに臨床的診断技術が衰えているか、あるいは基本的な前提条件という概念を伝えることがいかに難しいかをよく示している。」と、嘆ずるが、(C.パリシ著、植村研一他訳『人間の死と脳幹死』p.50-51)その嘆きは同時に一般の人々にとって不安を呼び起こし危惧の念を抱かせるものである。〈 〉 内筆者

(10) 「墓地埋葬等に関する法律」の第3条は「……他に法令に別段の定めがあるものを除く外、死亡または死産後二十四時間を経過した後でなければ」埋葬または火葬を行ってはならないと規定する。

(11) 「……時実利彦先生は、人間の死は医者が決めるものではなくて、民族、もっと極端に言えば個人が決めるべきものなのではないかとよくおっしゃっていました。医者は医学の見地から死んでいるか死んでいないかを判定するだけでいいのだとね。」(竹内一夫「脳死をめぐる一死の判定はどう変わるか」『現代医学の視点』メヂカル・フレンド社)の内、水野肇発言(p.164)) また、

「時実先生は「水野君、死を決定するのは、ひょっとしたら民族かもしれないよ」とよくおっしゃっておられたけれども、死を決定するのは民族(あるいは国民)だと思う。」(高倉公朋他、「座談会：新脳死基準と死の容認」医療2巻2号(1986/2))の内、水野肇発言(p.33-34)

(12) 大谷實「末期医療と医師の刑事責任」警察研究56巻7号、等参照

参考文献表

(脳死を第一義的テーマにするもののみ。本文、註に引用したものを除く。順不同)

「脳死論に関する一試論」石原明、ジュリスト826号

「脳死問題への提言」大谷実、ジュリスト822号

「死の判定に関する脳死説の一寄与」植松正、団藤重光博士古希祝賀論文集第1巻

「脳死と国民の法意識」原秀男、法の支配58号(1985)

「脳死問題をめぐって」米沢慶治、判例タイムズ552号

「脳死の社会的承認について」加藤一郎、ジュリスト845号

「最近の脳死論議の問題点」中谷瑾子、法律のひろば38巻8号(特集：脳死をめぐる諸問題)

「「脳死」の医学的概念規定」長野敬、法律のひろば38巻8号(特集：脳死をめぐる諸問題)

「「脳死」と人権」原秀男、法律のひろば38巻8号(特集：脳死をめぐる諸問題)

- 「刑法における脳死問題」大谷実, 法律のひろば38巻8号(特集:脳死をめぐる諸問題)
- 「外国における脳死問題の現状」河村博, 法律のひろば38巻8号(特集:脳死をめぐる諸問題)
- 「脳死問題について」河村博, 研修44号(1985)
- 「脳死の哲学的考察」宮川俊行, (上智大学)カトリック研究48号
- 「脳死論議雑感」寛榮一, 罪と罰22巻8号
- 「脳死, その問題点」竹内一夫, 臨床成人病14巻4号(特集:脳死, その問題点)
- 「脳死の診断とその問題点—神経内科医の立場から—」篠原幸人, 臨床成人病14巻4号(特集:脳死, その問題点)
- 「脳死, 臓器移植と刑法」中山研一, 新法学会内(p.199-)
- 「死の確認と判断」錫谷徹, 臨床成人病14巻4号(特集:脳死, その問題点)
- 「新状況下での「脳死」論—法律家の苦吟—」唄孝一, 臨床成人病14巻4号(特集:脳死, その問題点)
- 「脳死についての考え方」竹内一夫, 国民医療年鑑(昭和58年版)
- 「脳死と法」金川琢雄, 法学セミナー356号(1984/8)
- 「脳死に関する意見1, 2」近畿弁護士会, ジュリスト828号(1985/1/1)
- 「「脳死と脳液に関する委員会」中間報告」時実利彦, 日本医事新報2358号(昭和44年7月5日)
- 「脳死問題に対するわが法学者の対応(一)(二)(三)」唄孝一, 法学教室61-63号(1985/10,11,12)
- 「脳死の基準と死の宣告」福岡誠之, 法律時報55巻4号(1983/4)
- 「脳死と民法(上)」唄孝一, ジュリスト828号(1985/1/1)
- 「脳死をめぐる法律上の諸問題—ドイツ神経学会における講演—」アドルフR., 判例タイムズ565号(1985/11/15)
- 「「脳死論」の当面する諸問題」唄孝一, 自由と正義34巻7号
- 「脳死の認定と社会的合意」松倉豊治, 治療学14巻4号(1985)
- 「近弁連:脳死立法化要求決議」(昭和59年11月17日)
- 「ICUの立場から」坂部武史他, ICUとCCU9巻5号(特集:脳死について)
- 「内科の立場から」葛原茂樹他, ICUとCCU9巻5号(特集:脳死について)
- 「脳死の科学と倫理(座談会)」C.パリス・植村研一他, 医学界新聞(1985/9/9)
- 「特集:脳死と臓器移植」NIKKEI MEDICAL(1985/9/10)
- 「対談:脳死をめぐる」竹内一夫・唄孝一, クレアター69号(1983/6/15)
- 「脳死と患者の権利」福岡誠之, EXPERT NURSE1巻1号(1985/5)
- 「討論:脳死と臓器移植」竹内一夫・永瀬正己・藤井正雄, 医の道2巻6号(1986)
- 「生と死:混同しやすい死の定義と死の確認基準」吉田敏雄, 法学セミナー364号(1985/4)
- 「脳死と臓器移植の承諾」原秀男, 法の支配60号(1985)
- 「動き出したデンマークの脳死」唄孝一, 理想631号(1985/12)
- 「科学技術社会における死—脳死概念の成立と文化」米本昌平, 法律時報57巻12号
- 「脳死をめぐる諸問題」渥美東洋, 判例タイムズ565号(1985/11/15)
- 「「脳死」一揺れ動く「死」の定義—」石村健, 警察時報40巻10号(1985)
- 「脳死説に対する若干の疑問」丸山英二, ジュリスト844号(1985/9/150)
- 「脳死の判定指針および判定基準」脳死研究班, ジュリスト852号(1986/1/1)
- 「大阪大学の脳死判定基準について」杉本侃他, 外科治療51巻3号(1984/9)
- 「脳死調査は何を語るか—厚生省「脳死に関する研究班」報告書の意義—」唄孝一他, ジュリスト844号(1985/9/15)
- 「脳死—脳外科の立場から」竹内一夫他, Current Concepts in Critical Care1巻3号
- 「医療行政の一考察—脳死をめぐる患者の権利—」山上賢一, 名城法学別冊35(長尾遷暦記念, 1986)
- 「植物状態患者の社会的背景と今後の問題」鈴木二郎他, 神経進歩20巻5号(1976/10)

脳死説について

- 「国際脳波協会における「大脳機能の停止に関する特別委員会」報告書」R.リヒター，臨床脳波12巻2号（1970）
- 「死の概念と人工蘇生術の中断について」齊藤誠二，研修352号（昭和52年10月）
- 「植物人間と死の判定」植松正，『安楽死論集1巻』人間の科学社，所収
- 「臓器移植と刑法」大嶋一泰，福岡大学法学論叢24巻1号
- 「法律の立場より」大谷実，治療学14巻4号（特集：脳死）（1985）
- 「法律からみた脳死の問題」中山研一，病態生理4巻10号（特集：脳死）（1985/10）
- 「死の判定に関する私見」錫谷徹，日本医事新報3022号（昭和57年3月27日）
- 「〈死〉/医療/法」唄孝一，エビステーメー1971/5
- 「刑法における「出生」と「死亡」」平野龍一，警察研究51巻8/11号（昭和55年8月10日）
- 「脳死の判定」竹内一夫，『脳神経手術管理法』第二版，佐野・半田編所収（初版1974）
- 「再び脳死の問題点について」武下浩，麻酔24巻4号
- 「脳死の研究—最近の進歩—」竹内一夫，神経外科18巻2部6号（昭和53年8月）
- 「頭蓋内圧亢進による脳死の実験的研究」山本俊介他，臨床と研究50巻6号（1973）
- 「遷延昏睡と脳死」竹内一夫，現代外科学大系：年刊追補1977-B，中山書店
- 「脳死の一判定法—脳無酸素症を含む脳機能喪失症例に対する Apnea 検査—」石黒健夫他，神経進歩19巻2号（1975/4）
- 「急性一酸化炭素中毒による脳浮腫の発生とその経過」近藤孝他，脳神経30巻5号（1978/5）
- 「臓器移植の法的問題」小柏元英他，脳と神経28巻9号（1976/9）
- 「脳死」竹内一夫，脳神経外科3巻6号（1975/6）
- 「脳死の研究の展望」竹内一夫，臨床脳波13巻4号（1971/4）
- 「血圧の神経系維持機構に関する実験的研究」宮崎雄二他，最新医学32巻11号（1977/11）
- 『脳死』立花隆著，中央公論社，昭和61年
- 『よくわかる脳死・臓器移植一問一答』黒川利雄監修，合同出版，昭和60年
- 『いのち最先端，脳死と臓器移植』読売新聞解説部編，読売新聞社，昭和60年
- 『誤解が多すぎる「脳死」の時代』藤田真一著，朝日新聞社，昭和59年
- 『脳死・臓器移植と人権』加藤一郎他著，有斐閣，昭和61年
- 『医療と人権』加藤一郎他著，有斐閣，昭和59年
- 『医療と法と倫理』唄孝一著，岩波書店，昭和58年

昭和62年2月28日受理