

「脳死」臓器移植から「死なせる医療」への流れ

その思想的系譜

2026年8月29日

弁護士 冠 木 克 彦

第1. はじめに

1. 南アフリカ医師クリスチャン・バーナードは1967年12月世界で初めて、「脳死」による心臓移植を行った。彼は、ドナーが黒人でレシピエントが白人だったことからアパルトヘイトにからんだ批判があった。
2. 日本ではその9ヶ月後、「早く続け」とばかりで和田心臓移植が強行された。これは、後に詳しく述べるように、ドナーの山口氏、レシピエントの宮崎氏2人に対する殺人（但し、証拠不十分で不起訴）である。

この事件を契機に反対大運動が続いた。基本的主張は、「脳死は人の死ではない、生きている人から臓器をとるのか、殺人ではないか」この主張は強烈であり、如何にすれば合法化できるか—推進派が最終的にたどりついたのが、「自己決定」である。本人の意思であるから脳死が人の死でなくても、臓器摘出は合法であるとした（1997年7月16日平9）。この時は、移植術に使用する場合は脳死を死とした。

しかし、すぐ、1999年（平11）「家族同意」で摘出することを合法とし、死体規定は「死体（脳死した者の身体を含む）」規程として、なんとなく、「脳死」を「死」とする表現を使った。

3. この「自己決定」の「うま味」を知った推進派は、今回の「4学会合同ガイドライン」でも採用した。

「生命維持治療終了・差し控え」の判断に決定的な役割を果たす「患者・家族等との共同意思決定（SDM）」では

「医療・ケアチームは患者の意思決定能力の有無を含めて専門的に評価したうえで、適切な情報の提供と説明を患者に行い、合意形成します」

↓

今度のガイドラインでは、「個人の意思」「推定的意思」みたいな「おとなしいもの」ではなく、「医者（医療者）＋家族（等も）＋患者本人」という多数に囲まれた中で意思決定を迫られる形となっている（法的には集団での決定は個人の意思決定の効力は認められないが、現場では通用する）。

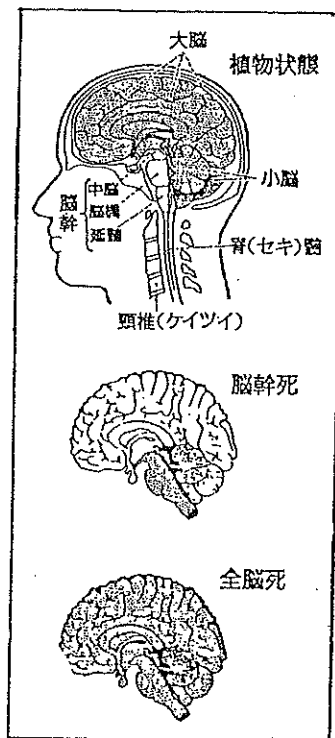
4. 以上のこの流れを見ると、「思想的系譜」としては優性思想が通底に存在していることがわかる。「脳死」移植におけるドナーは、生きている時から、生産性をなくした「命」は、生産性のある他の「命」のために犠牲になれとされ、ガイドラインでは、「共同意思決定」で、生きている生産性のある人たちのために自分の命はあきらめるよう「要求」される。現実の世界では「自己決定」がふりまわされて機能していくことになる。

ただ、「自己決定」は、人間の権利主張の場面で積極的意味を持つ場合があり、どういう場合が「積極的」かを議論しておいて、強制的強迫的に使われる場合を明確に区別して使

用することが重要である。

第2.「脳死」とは

1.「脳死」の定義、一般には「全脳の不可逆的機能不全」



植物状態から全脳死まで

植物状態 大脳の一部または全体、小脳、あるいは脳幹の一部である上部脳幹網様体が損なわれると、知能、運動、情動などの機能を失う。程度によっては回復が可能。

脳幹死 下部脳幹網様体が損傷すると、延髄にある呼吸中枢、血管運動中枢などの生命中枢が侵される。仮に大脳は損傷していなくても、間もなく機能は停止する。英国ではこの状態で脳死としている。

全脳死 脳幹はもちろん、大脳、小脳など脳全体の機能が永久に停止する。

(図の網目の部分が損傷した箇所)

「脳死とは回復不可能な脳機能の喪失である。脳機能には大脳半球のみでなく、脳幹の機能も含まれる」(日本脳波学会 1968年)

左図の全脳死が日本の場合の「脳死」となるが、この全脳死を確実に判定できる方法はない。「脳死」と判定された妊婦が出産する例もあり、視床下部の内分泌機能も残っていたりする。臓器摘出時に「暴れる」患者には麻酔をかける。「ラザロ兆候」の現象—脊髓反射という説明(しかし、膝蓋腱反射のような機械的な動きではない)、脳死者にメスを入れると確実に血圧の上昇が起こる。外国の論文では、メスを入れると「死体」は激しくのたうちまわるので、筋弛緩剤や麻酔をうつと書かれている。

(1) 深昏迷

Ⅲ-3方式では300、グラスゴー・コーマ・スケールで3でなければならない。顔面の疼痛刺激に対する反応がなくてはならない。

(2) 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。

(3) 瞳孔

瞳孔固定し、瞳孔径は左右とも4mm以上

(4) 脳幹反射の消失

- (a) 対光反射の消失
- (b) 角膜反射の消失
- (c) 毛様体反射の消失
- (d) 眼球頭反射の消失(人形の目現象)
- (e) 前庭反射の消失(温度試験)
- (f) 咽頭反射の消失
- (g) 咳反射の消失

自発運動、除脳硬直・去皮質硬直、けいれんがみられれば脳死ではない。

(5) 平坦脳波

(6) 時間的経過

上記(1)～(5)の条件が満たされた後、6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、6才以上の小児では、それ以上の観察期間をおく。

厚生省・脳死に関する研究班(班長・竹内一夫)による脳死判定基準

判定基準は左記のとおりで、基本は変わっていないが、その経過の中で所要時間などを変更(短く)する動きもある。

<判定基準の簡易なまとめ>

- ①深昏迷で痛み刺激反応なし②自発呼吸なし③瞳孔散大④脳幹反射なし(対光反射などなし)⑤脳波平坦⑥6時間後も同じ状態

2. 現実の手順

全脳機能不全の疑い

↓ 気付く

＜脳死とされる状態＞

↓ 血圧低下、尿崩症

選択肢の提示

↓ ←意思確認

承諾書作成

↓

一次評価

↓

＜第1回法的脳死判定＞

↓

二次評価

↓

＜第2回法的脳死判定＞

↓

死亡診断

↓

摘出手術

↓

おみおくり

↓ ここまで救命の治療がなされたかは重要な問題となる。

切迫脳死の問題

（臨床的脳死判断）

（家族に臓器提供意思を確認）

↓ 脳死判断に至るまで救命治療

抗利尿ホルモン ピトレスシンの大量投与は病状を悪化させる。

3. 脳低体温療法は脳死になる危険性を防止した。

日大病院で開発された低体温療法は、脳の温度を 32～33℃に管理して 2～7 日間続け、その後、3～5 週間脳温を 36℃前後に管理。これが発表された際、大騒ぎとなった。

第3. 和田心臓移植事件

1. 事実経過

(1) 1968 年 (S43)

5.28 宮崎氏札幌医大第2内科入院、僧帽弁狭窄兼性閉鎖不全

7.5 胸部外科へ転科

7月下旬 和田「症状が重いから移植しかない」

⇔ 第2内科宮原 僧帽弁を人工弁にかえるだけでよい

8.3 宮崎氏、移植手術を受ける同意

(2) 8.7 10:05 山口氏 小樽市の海岸で溺水

12:45 小樽市野口病院（上野医師） 意識はないが、自発呼吸あり、心音も
しっかり

13:00～ 血圧 130 に 瞳孔の対光反射がもどる

- 18 : 40 野口院長、札幌医大へ高圧酸素療法を依頼
和田教授承諾
(野口院長は、山口氏の容体が急変、ベッドから落ちそうになる
という…)
(山口氏母 急に悪くはないし、暴れるなんて全然)
(このころ、札幌医大、山口氏と同じ O 型血液 2000 cc の注文
→これは日弁連の調査でわかる)
- 19 : 36 山口氏→野口病院を出て→20 : 05 札幌医大へ
- 20 : 05 札幌医大 和田 限りなく脳死に近い状態
瞳孔散大、大小便失禁
自発呼吸も心音もない
↑
山口氏父 うめき声をあげていた
婦長 大小便のにおいなし
- 20 : 15 山口氏に補助循環装置
静脈麻酔剤、筋弛緩剤
麻酔科医は しっかりした心音、肌はピンク色、肺に「ラッセル音」はなく、規則的自発呼吸あり
- 20 : 30 和田 麻酔科の助手に、「心臓移植をするかも、待機してくれ」
- 21 : 11 宮崎氏の両親に「手術するから来院されたい」
- (3) 22 時 10 分過ぎ 胸部外科、山口氏を「脳死」と判定
和田 脳波の停止、瞳孔散大、全身チアノーゼ
(但し、刑事事件でも脳波資料なし)
- 8.8 00 : 00 和田 弁はいずれも、箸にも棒にもかからない
絶望的な状態。一度に人工弁に置き換える手術は危険
移植にふみきった
↑
第 2 内科 宮原教授 「僧帽弁だけを人工弁に置き換える手術が必要」
- 2 : 08 山口氏 心臓に自動能 (心電図あり)
- 2 : 27 人工心肺による補助循環停止
- 2 : 28 山口氏に不整脈 (心電図)
- 2 : 30 山口氏の心臓摘出 (貧血性の色で細動状態、非可逆的心停止)
- (4) 5 : 37 移植手術終了
- 14 : 30 記者会見 日本初の心臓移植成功と
- 8 月 16 日 宮崎氏 「痛い」と声、ビスケット食べる
- 8 月 29 日 宮崎氏 車いすで病院屋上
- 10 月 29 日 宮崎氏死亡 和田 拒絶反応とは無関係 急性呼吸不全

第4. 阪大病院「脳死」移植殺人事件（4つの死亡時刻）

「変死体からの移植用腎臓摘出例について」若杉長英（阪大）

事件の概要

平成2年8月29日午後10時30分ごろ、被解剖者である40歳の男性が公衆電話をかけるために順番を待っていたところ、電話をかけていた男が後ろからせかされたものと勘違いし、やにわに腹部を蹴り、引きちぎった受話器で顔面を殴打した。

解剖までの経過

〔8月29日〕

22時52分：救急隊現場到着。すでに心・呼吸停止。

23時06分：病院到着。DOA。開胸心マッサージにて心拍動再開。

〔8月30日〕

3時00分：入室。意識レベルはグラスゴウ・コーマ・スケールでE1、M3（異常屈曲運動）。瞳孔1.5mm。対光反射左右とも不明瞭。自発呼吸わずか。咳嗽反射なし。

9時20分：ルンパールで脳圧亢進を確認。

19時00分：頭部CTで脳浮腫確認。

20時00分：意識レベルE1、M1、時にE1、M2。瞳孔左右とも2mm。対光反射あり。自発呼吸認めるも、一時出現した咳嗽反射はない。

〔8月31日〕

11時00分：意識レベルはE1、M1。脳圧亢進。

20時00分：瞳孔不同出現。

21時00分：瞳孔散大固定。対光反射なし。自発呼吸、咳嗽反射なし。多尿。血圧低下。

〔9月1日〕

12時00分：脳血管造影で non-filling 確認。

14時ごろ：家族に脳死状態と説明。

〔9月2日〕

14時ごろ：家族に脳死状態と説明。

〔9月3日〕

10時00分：平坦脳波確認。

11時00分：聴性脳幹反射全波平坦。

12時ごろ：家族に脳死状態と説明。

19時00分：第一回脳死判定。B群とみなし、24時間後再判定。

〔9月4日〕

12時ごろ：移植用腎臓の提供を依頼するこもある旨話す。

17時30分：HLA検査用採血。

19時00分：第2回脳死判定開始。

19時35分：第2回脳死判定終了。

20時30分：腎臓提供を依頼。

〔9月5日〕

8時ごろ：主治医から連絡が入り、刑事調査官室へ取り次ぐ。

11時ごろ：再度警察へ連絡。カテーテル挿入のための皮切するも中止。

14時ごろ：主治医から警察へ脳死判定終了時刻を死亡時刻として、届け出。

15時15分：カテーテル挿入。

16時ごろ：警察は脳死を死と認めず、対立。医師は死体として扱う旨通告。

17時20分：検事、警察官にベッドサイドで脳死を説明。一旦退室。

17時40分：レスピレータを止める。直後から心停止まで検事、警察官と観察。

18時00分：心停止。直後から還流。

18時10分：外表検査開始。写真撮影。

18時30分：手術室で解剖開始。検事、警察官立ち会う。腎臓摘出。その後病理解剖室で解剖継続。

21時15分：解剖終了。

〔事実経過と重要な「脳死」特有の医療行為〕

1. 1990年（平2）8月29日 午後10時45分

近鉄難波駅構内で奈良在住2人のケンカがあった。

津山氏（40才）自宅に電話、妻と大声で文句をいう。その隣の電話口で仁藤氏（30才）も自宅に電話。隣の大声の怒声に苛立ち、右手コブシで津山氏の顔面を殴りつけ、鼻骨が砕け、しばらくして動かなくなった。

2. 11時6分 阪大病院特殊救急部到着

5～6分心マッサージでも心拍が甦らない

↓

メスで胸の皮膚を裂き、大胸筋をはがし、肋骨のすき間をこじあけて、動きを失った心臓を取り出し、直接マッサージ。

↓ 病院到着から約30分後

津山氏の心臓は自力で鼓動を開始、散大瞳孔も縮小しはじめた。やがて自発呼吸も回復蘇生に成功！

①ところが、→開胸は、胸だけでなく腹部まで開け腹腔内を調べている。なぜ？

3. 8月30日

2:00 津山氏の胸、腹を閉じ、脳浮腫（くも膜下出血に伴う水分によって脳が腫れた状態）の治療開始

治療法は脱水療法—脳室に穴をあけてチューブを入れ、髄液を体外へ（脳室ドレナージ）

9:20 ルンバールで脳圧亢進確認

19:30 脳浮腫（CT）確認

20:00 自発呼吸認めるも、一時出現した咳嗽反射なし

4. 8月31日

21:00 血圧低下、瞳孔散大固定、尿量増加

（以前切迫脳死という言葉があつて、この状態を指していた。以下はこの言い方はない??）

尿崩症—23:00 尿 665 cc

5. 9月1日

2:00 イソゾール中止

3:00 ADH（抗利尿ホルモン）の点滴の開始

前記4時間前は「脱水療法」

1:00 尿量は140 cc ↓真逆の

「輸液療法」へ

②これはいったいなぜか？

まだ、脳死判定もされていない

脳浮腫が「脳死」の原因になっているから、基本的治療は、脱水にして浮腫をとることにあつたが、この9月1日3:00時点で、脳への治療を放棄。

放棄だけでなく、逆に浮腫を強める「加水」へ

↓

首から下の状態をよくして、臓器の状態をよくするための措置
＝臓器保存法

この時点で、患者津山氏は「提供臓器を保存中の脳死体」とされた。

|

この時点「脳死状態として家族に説明」

|

川上医師、妻へ「体の方は回復してきましたが、体と脳は別です」

6. 9月2日（日）

2:00 脳死状態と説明

7. 9月3日

10:00～12:00 脳波と聴性脳幹反応の検査、平坦脳波

脳死判定をしてもいいかを妻にたずねる。

その時の話「大阪府下で600人もの腎臓病の患者さんが移植を待っている。」

19:30 第1回脳死判定

24 時間後もう一度

8. 9 月 4 日 昼、川上医師 妻に「臓器提供を依頼することもある」

19:00 第 2 回脳死判定で「脳死」確定

↓

川上医師、妻へ 「人工呼吸器ですが、家族が望むならこのままの状態を続けることができます。ただし、治療としては何もしようがない。だから、今後は治療ではなくなり、かなり、医療費がかかります。」 「もし、ご主人の腎臓をいただくと、他の 2 人の患者が助かります」

この「かなりの医療費」 → 大ショック

→臓器提供を承諾 「でも、脳死は認めますが、臓器摘出は心臓が止まってからにしてください」

9. 9 月 8 日

8:00 若杉「脳死した変死体から腎臓を移植したい、司法解剖の手続を早く取ってほしい」 ←警察拒否

12:00 すぎ 警察「心停止を確認後、鑑定処分許可状をとり、司法解剖する」確認
午前 11 時 妻、腎提供の同意書にサイン。

→すぐ、臓器保存用の冷却水、コリンズ氏液を体内に還流させるカテーテルを挿入しようとメスを入れた—死亡届もまだなので中止（若杉）

15:15 死亡通告の後、右足付け根にコリンズ氏液還流用カテーテルを入れた

③ →なぜ？

若杉は脳死状態で移植をすることに固執し、警察が司法解剖の手続をしないなら、司法解剖の必要のない遺体とみて腎摘出する。

↓

しかし、妻の「心臓が止まってから」の申出があるので、

↓

人工呼吸器を外して、すかさず、臓器摘出と司法解剖を並行して行う、として

5:40 中田検事、津山氏父、など見守る中、人工呼吸器を取り外した。それから 20 分も拍動続いた。

6:00 心停止

検死を終え、死亡時刻 — 若杉 9 月 4 日（第 2 回脳死判定）午後 7 時 35 分
警察 9 月 5 日 午後 6 時

第 5. 阪大事件の問題点

1. 被害患者（津山氏）

3 種類の大きな傷あと・・・開胸マッサージの左乳首の下

その直角下の傷

右足の付け根の傷

2. 8 月 31 日 21:00 瞳孔散大固定・・・等 「臨床的脳死状態」とは

医師が脳死と判断

この時点で現実には「脳死者」と扱われる。

3. 若杉—臨床医が脳死だと判断したら、そこが死亡時刻 脳死判定はセレモニー
4. いつまで治療を続けるか 若杉 「判定」まで「治療的行為」を続ける
5. 若杉「脳死は日本ではいたずらに貴重な医療費と人的資源を空費する。レスピレーター付きの屍体に過ぎない」 → 臓器提供者たる資格がある。
6. 首から下の治療
移植用ドナーとして臓器保存術
脱水 → 加水 への転換

第6. 臓器移植法立法における闘い

1. 和田移植後、医療者からの反対運動が強められ、東大小児科本田氏は、徹底的に刑事告訴手段をとり、「脳死」臓器移植に対し、「直ちに告訴」した。筑波大学の事件では、その大学の医師が多数告訴者になった。

この事件は、ドナーの夫が同意者になって実行されているところ、そのドナーは精神障害者であり、多くの批判が集まった。

2. これらの事態に対し、立法的解決がなければすすめられないことから、臓器移植法の立法活動が進められた。

(1) 推進論者の当初の方針

「脳死は医学的な死である」と自分たち専門家が主張すれば長年の禁忌を突破できる。

↑

唄孝一氏 「脳死が仮に医学的に見た死であるとしても、社会に認知され実際に執り行われていくためには、専門家だけでは足りない」「広範な社会的合意が形成される必要がある」

- (2) 各種のアンケートを利用して、脳死を人の死とする割合を弾き出し、その比率が高ければ社会的合意となる

どの調査でも、脳死を人の死と訴える人は半数を越えることなし

- (3) いくつかの学会で宣言させようとしたら、紛糾して宣言など出せなくなった。
- (4) '88年1月、日本医師会下の生命倫理懇談会「脳死及び臓器移植についての最終報告」(加藤一郎座長)で、脳死を認めるも、認めないのも、臓器移植を可とするもしないのも「患者や臓器提供者の自己決定権によって決めてよい」
- (5) 立花隆氏は、脳死判定既定の6項目だけではダメで、「脳に少しでも血流があれば、脳の神経細胞が生きている可能性があり、したがって、外から見てわからない場合でも、実際には意識や感覚がある可能性を否定できない」、したがって、判定基準に「脳血流の停止」を加えるべきと主張。

(これは重要な問題で、血流が残ると脳は死んでいないから、脳死にならないが、これを貫くと、心臓死だけしか認められない)。

- (6) 結局、「自己決定権」は生き残った。

自己決定権は、もともと、アメリカで80年代に出て、日本へもたらされたが、新自由主義において、個人の自由を前面に押し出す一方で、これと自己責任をセットにした。

↓福祉国家の隠した本音

「脳死・臓器移植は推進したい。出生前診断も進めたい。障害をもって生まれてくる人間はできるだけ早い段階でカットしてコストは削りたい。尊厳死・安楽死をしてもらえば老人医療費の負担が減るのでよろこばしい」

|

自己決定権はフェミニストの抵抗の武器になったが、他の分野では国家の個人への攻撃となった。

(7) 結局、臓器移植法は個人の自己決定権を根拠として、やっと、立法された。

この自己決定権」のうま味を今度は4学会のガイドラインでは、さらに加重して採用されている。

第7. 立法後の人権救済申立等（もし、時間があれば）

1. 高知日赤事件

(1) 1999年（平11）7月申立。立法後の最初の事件。

特筆すべき明らかになった事実は、臓器摘出時に「血圧上昇」

アメリカでの研究報告「……メスを入れた途端、まるで生きている人間が激痛を感じるかのように、「脳死者」の血圧が上昇」

摘出しようとメスを入れた瞬間、患者は激しく動きだし、笑気ガスによる麻酔をかけて摘出手術をした。

脳死判定手順の間違い等、多数のミスあり。

(2) 高知弁護士会勧告書を出す。

2. 宮城県古川市立病院事件

(1) 移植3例目（'99年6月）

治療の問題では、交通事故の被害者が9時間も治療を受けずに放置されたことから、脳低温療法の治療がない。

(2) 脳死判定の諸テストに不備がある。

(3) 日弁連からの勧告書がでる。

3. 射水市民病院事件

(1) 申立は2007年（平19）11月

これは射水市民病院での延命治療の中止により7人が死亡した事件。中島みち氏の岩波新書が出されている。

(2) 富山弁護士会から勧告書。

(3) この事件後から、厚労省は「ガイドライン」方式をとるようになった。