

社会運動における生命倫理： 日本の脳死・臓器移植論争を事例として

田中 丹史

1. 社会運動が依拠する生命倫理とは？

生命倫理は大学や学会などの学術的フィールドだけでなく、社会運動や審議会などの政治的実践の場においても大きな役割を果たす。しかしこれまでの日本の生命倫理研究においては審議会の分析(例:額賀 2009)はなされてきたが、社会運動や市民運動との関わりの中で生命倫理がどのように語られてきたかについては十分な研究例がない。他方、他国の研究に目を転じてみると状況は異なる。例えば Beier et al. (2016) では家族や患者団体といった集団的アクターが生命倫理において果たす役割が論じられ、特に後者の患者団体の活動が 1970 年代末以降、アクターとして公共の場に参加するようになった社会運動と捉えられている。具体的な運動の特徴としては、すべてのメンバーによって共有され、民主主義的な規定によって正当化される価値を必要とすることや、メンバーが同じ疾患を有する点から集団的アイデンティティを形成すること、また私的な関心から生じるメンバーの利益を代理表象したり、政治システムにおける代表の権利を持つことなどが挙げられている。このように他国の研究では社会運動と生命倫理との関係が考察されつつある。本稿は日本における研究の間隙を埋めるべく構想されたものである。

ただし、生命倫理をめぐる社会運動は、上記の Beier et al. (2016) が指摘したような患者の立場から政策の提案などを行うことで政治過程に建設的に作用する運動ばかりではない。必ずしも患者を代表するわけではないが、現在の医療のあり方自体を批判的に問い直す、医療批判運動とも言うべき運動も存在する¹。しかしこれまでの医療に関する社会運動の分析は、Moneira(2014) や Panofsky(2011) など患者団体が科学者や政策形成者と共同して活動していく過

程を考察するものが多く、医療批判運動の役割を捉えたものを確認することは難しい。以上を踏まえ、本稿は日本の脳死・臓器移植論争を素材として、社会運動（とくに医療批判運動）が生命倫理の議論の中で果たす役割を考察することを目標としたい。

ではなぜ日本の脳死・臓器移植論争²を事例に取り上げるのか。それは日本の生命倫理を代表するテーマであることに加え、社会運動が論争の中で重要な役割を果たしていると考えられるからである。先行研究を振り返ると、日本における脳死・臓器移植論争の歴史をめぐる論稿として、Abe(2000)や小松(1999)やロック(2004)などが挙げられるが、論争における社会運動の役割は十分に捉えられてこなかった³。しかし論争の激化には社会運動が盛んであったことが寄与しているように思われる。実際、後述するように複数の団体（それも医療批判運動を展開していると考えられる団体）が設立され、脳死・臓器移植に反対の活動を行った。本稿はそうした活動を踏まえ、特に団体の代表が記した文章に着目しながら、その思想の特徴を分析する。運動を主導した代表は哲学者や倫理学者ではないが、彼らの文章には脳死・臓器移植に対する倫理観が記述されており、各団体の運動をめぐる生命倫理の思想が特に顕著に表れていると考えられるからである。そうした思想分析の作業を通じて、日本の脳死・臓器移植論争における社会運動の意義を捉え、生命倫理において社会運動が果たす役割とは何かについて考察することを目指す。

2. 東大 PRC（患者の権利検討会）企画委員会・本田勝紀代表と脳死・臓器移植論争

まず東大 PRC（患者の権利検討会）企画委員会は、青医連運動等を母体としながら、1983年に設立された団体である。1983年4月より毎月一回「患者の権利検討会」を東大病院各科医師、看護師、職員、患者、および一般市民を中心として開催してきた（本田1984）。脳死・臓器移植に関して、東大 PRC（患者の権利検討会）企画委員会は1984年より公開シンポジウムを開催し、第

1 回から第 5 回までの内容が東大 PRC（患者の権利検討会）企画委員会（1986）にまとめられている。

さらに東大 PRC（患者の権利検討会）企画委員会の代表の本田勝紀は脳死・臓器移植論争の中で刑事告発を実施してきた（本田 1996）。こうした活動が日本の脳死・臓器移植論争の激化に作用したと見てよいだろう。本田は刑事告発を繰り返してきた理由について、脳死者の特徴を踏まえ述べている。

十年間にこの様に連続して告発した理由は、医学的、倫理的そして法律的に、最弱者の権利侵害を許さず、共に討論し決定するシステムそして思想を作れという事にすぎない（同上：116）。

レシピエント患者は弱い患者であろうが、最弱者ではない。もう一方の「脳死」ドナー患者は一切声も出せない「死体スレスレ」に置かれた極限の弱い患者である事を忘れてはならない（同上：117、強調は原文）。

本田はこのように「脳死」ドナーを最弱者と捉える。それもレシピエントという弱者を守ろうとすることから、最弱者である「脳死」者の権利が侵害されると見なしていると推定される。その上で問題は最弱者の権利を侵害せずにとともに討論し決定するシステムを構築することであるという。脳死者が言葉を語ることは不可能である以上、脳死者の家族も重要な決定をする際の討議システムに参加することで、そうした人々の視点も重視すべきだという主張になるだろう。レシピエントの救済を求める声がしばしば語られる中で、ドナー側の状況はあまり明らかにされていない状況を考えれば⁴、重要な見解であると考えられる。さらに本田は東大 PRC（患者の権利検討会）企画委員会での討論を振り返った文章の中で次のように述べている。

問題は、同主治医が当該患者を別の非担当患者への「提供材料」と「見做し」、前者へのそれ迄の生存へ向けた医療（呼吸、循環保障）を縮小、中止し、

臓器受領者治療に向けた加療（当該臓器保存の為に経静脈的挿管⁵、高カリウム液等の薬液注入の後、臓器摘出）対象にした瞬間、前者の「死亡」・後者の治療強化へと生死を操作したことにある。こうして両患者の対等性が、片方の死亡（最弱者化）という形で消失する事になった。原理的に言えば、「差別無く全ての患者の権利万歳」論があつという間に崩壊する内容を突き付けたのであった。「脳死」賛成派から言えば、「ちょっと待って。前者は死んでいて患者でないから、何も万歳論が駄目にならないですよ」という事になるのであろう。当時積極的にそう主張していたのは、明らかに当該利益を受ける移植医等以外には、一部の欧米派・キリスト教知識人とその移植を信じ「させられて」いる心臓病等の患者団体位であり、一般的には「動いたり、温かいのに何故死んでいると言うの？」と受け止める意見が殆どであった（本田 1999: 145）。

このように本田は、移植医の利益、一部の欧米派・キリスト教知識人や心臓病等の患者団体の意向が両患者の対等性、すなわち平等な患者の権利論を破壊し、脳死者を最弱者化すると捉えている。それに対して、一般的な意見は「動いたり、温かいのに何故死んでいると言うの？」という生活感覚に基づくものが多かったと振り返っている。移植医の利益、心臓病等の患者団体の意向については移植による治療を求める声として説明するまでもなく明瞭なものであろう。一部の欧米派・キリスト教知識人の意向については、この文章の中で具体的には説示されていない。一つの可能性としては、キリスト教知識人による隣人愛の概念に基づく脳死・臓器移植肯定論⁶が想定されていることが指摘できる。また東大 PRC（患者の権利検討会）企画委員会でシンポジウムが開かれていた頃の文献である本田（1985）の中で、本田はキリスト教神学者のジョセフ・フレッチャーの名前を挙げ、その生命の質論が「脳死」者から患者の権利を剥奪することを指摘していた。フレッチャーによれば、生命の質の基準は「そうでなければ人ではない」ことを示すものであり、脳の新皮質機能があることが基準リストの中に組み込まれている。フレッチャーがキリスト教神学者であったこと

を踏まえると、本田が脳死・臓器移植の肯定論へのそうしたフレッチャーの議論の影響を意識していたと推測することは強ち間違いではないであろう。そうだとすれば、脳死者は最弱者と主張する本田の議論の背景の一つとして、生命の質論をとくに問題としていることが指摘できる。生命の質論はしばしば生命の神聖論(Sanctity of Life)と対の形で語られてきた。後者が生命至上主義を説き、前者は相対主義を取るものと考えられている。そうした議論の嚆矢として、まさにフレッチャーの名前が挙げられる(田中 2012)。そこからは生命の質が逡巡すれば、その人はもはや人ではないという主張が出現し、脳死者からの臓器摘出が肯定されるに至る。

こうした議論への反論の論拠として本田が挙げたのは、「動いたり、温かいのに何故死んでいると言うの?」という一般の人々の生活感覚であった⁷。また本田がフレッチャーの議論を引いてきたのは、アメリカの医療倫理の文献からである。つまり、医療倫理の言説が生命の質の基準を元に「脳死」者を人ではないと見なす傾向に対して、本田は批判的な態度を取ったとも言えるのである。患者の権利運動を展開しつつも、アメリカの医療倫理を一方向的に受け入れるのではなく、そこには批判的なまなざしが存在したということになる。

3. 脳死・臓器移植に反対する市民会議・篠原睦治代表と脳死・臓器移植論争

続いて、脳死・臓器移植に反対する市民会議は 1990 年 5 月に DNA 問題研究会や子供問題研究会が母体となって、結成された会である(小松 1999: 847-848)。同年 6 月 30 日に集会アピール文を発表し、脳死が新鮮な臓器の提供を前提としている点、新鮮な臓器を獲得するために交通事故による脳死者を期待する点などを批判した(脳死・臓器移植に反対する市民会議 1990)。翌年には脳死・臓器移植に反対する市民会議編(1991)をまとめ、この著作の冒頭で、「なぜ脳死・臓器移植に反対するのか」という文章を脳死・臓器移植に反対する市民会議名義で発表している。その骨子として脳死は臓器移植のために判定されるものであること、医師の判定を誰もチェックできないこと、移植手術に死亡例や副作

用がある点が軽視されていること、移植対象者の選別が始まること、臓器提供者の枠が脳死状態の人から「死んでよい人間」へと拡大されるようになること、生命の質が「価値ある生命」「価値なき生命」に振り分けられることなどが挙げられている。ここでは、医療の秘密主義や生命の選別が問題とされていることが指摘できよう。

この著作の中で、脳死・臓器移植に反対する市民会議の代表である篠原睦治は脳死・臓器移植について次のように書いている。

それにしても、人々は、やがて「脳死」を「ひとの死」とすることに「社会的合意」を与えていくのであろうか。とすれば、精神が肉体を支配・統制するという二元的で階層的な人間観や意識障害・意識喪失の持続的状态は「生きるに値しない生命」という生死観が、一般的にそして根深くあるからではないか。私には、脳死・臓器移植の事態は「生きるに値しない」とされた生命を「ひとの死」と決め込みつつ、それを使い込んで「生きるに値する」とされた生命を生かし続けようとする序列的・差別的関係であると思われてくる（篠原 1991a: 94）。

このように篠原が脳死・臓器移植に見ているのは、生きるに値する生命と生きるに値しない生命の弁別である。より具体的に言えば、ドナーとレシピエントの生命の間に序列、差別を持ち込む姿勢である。上記の脳死・臓器移植に反対する市民会議の声明文と同様、生命の価値づけを批判していると言える。さらに生きるに値する生命という表現から、ドイツの法学者カール・ビンディングと精神科医アルフレート・ホッペによる安楽死思想の再現を脳死・臓器移植問題に見ていると判断できるだろう。こうした見解には篠原が優生思想や障害者差別を問題にしてきた（例えば篠原，畦地 1983）ことも関連しているように思われる。

さらに篠原は 1990 年に設立された臨時脳死及び臓器移植調査会（脳死臨調）の議事録も読み込んでいる（篠原 1991b）。この作業の中で、特に医学者の中

川米造の発表に関連し、思想上の問題を篠原が指摘している。中川が述べる西洋近代合理主義では、自我は独立した存在でそこから働きかける主体であり、そうした働きかけがなくなれば、自我ではないという主張になる。そして、人体＝首から下は自然であり、脳の働き＝人格がこの自然を管理・統制できるという考え方で脳死・臓器移植は成り立つという。脳の働きがなくなれば、自我でも人格でもなくなり生きているとは言えなくなるからである。

こうした中川の分析を踏まえ、篠原はこうした「自我」「人格」概念が「生命の質」の序列化を起こすと捉えている。その点に関連して、篠原は次のように述べる。

かくて、この風潮とともに「首の下」しか動いていないとみなされた者（「脳死」者をはじめ、「植物人間」「無脳児」などなど）に対する合理的・合法的抹殺が開始され出して行く。恐怖しないわけにはいかない。

やはり、「脳死・臓器移植」を合理化・合法化する西洋近代生死観は、ここにも貫流する優生思想なのであった（同上：229、強調は原文）。

ここで、生きるに値する生命と生きるに値しない生命の弁別を裏打ちする優生思想の展開を篠原は見ている。首の上（＝自我、人格）と首の下（＝自然）を分けることで、首の上が働かなくなったと見なされる人々の死の決定がドナー・カードやリビング・ウィルを通して行われていくからである。脳死・臓器移植を受け入れることは、こうした生死観を受け入れることにもつながると判断しているのである。このように西洋近代合理主義の生死観の移入を問うことが篠原の議論の特徴と言える。

さらに篠原は医師の魚住徹による「お医者さんを信用して、臓器を差し上げたいという方がいたとするならば、それは尊厳死の状態で臓器を差し上げればいいわけでして、そのときにはまさに生きた身体から生きた臓器を差し上げるようになると思います」という発言を受けて、そこに医療資源としての効用という観点から「役に立つ、したがって尊い死＝尊厳死」という論理が存在する

ことを批判する（同上：233）⁸。こうした効用主義的生命観を前提とすると、生命の質（Quality of Life）の連続性を考えれば、脳死とその他の植物状態や痴呆と区別することができず（同上：236）、いわばすべりやすい坂を落ちていくことにつながり、自己決定権を持ちだしても、尊厳死の対象を脳死だけに限ることができないからである。篠原も本田と同様に生命の質を問題にしていると推測されるが、篠原がさらに西洋近代の生死観や効用主義的生命観を批判対象としている点で差異が存在する。

その後、篠原は「臓器の移植に関する法律」（以下、臓器移植法）改正に関してもやはり生きるに値しない生命と生きるに値する生命の弁別を問題とした。例えば次のような文章がある。

ぼくは、脳死・臓器移植の事態を、一つには「死なす医療と生かす医療の関係」の問題として考えてきた。つまり、ここには「生きるに値しない生命」と「生きるに値する生命」の関係があるのだが、実は、このことを見ようとししない者たちは、脳死状態の者をもはや死体であると言い切ろうとしている（篠原 2006: 430）。

篠原によれば、「脳死」者は生きているにも関わらず、生きるに値しない生命と見なされ、死者と捉えられようとしており、そうした法改正の動きを批判している。さらに篠原の批判は自己決定権という概念にも向けられる。

ぼくは、この権利〔筆者註：自己決定権〕は臓器移植法を成立させるための政治的便法だと思ってきた。そもそも、この権利は誰にでも認められているものではない。自殺幫助は今なお犯罪である。「脳死」状態の者を「死なす」ときのみ、「死ぬ」本人の承諾が権利として生きるのである。国家・社会が「生きるに値しない生命」と判定した場合に限って、この権利を行使してよいというのだから、この権利行使は、強要を潜ませた、自発的な行為であり、優生思想の新しい形であると自覚しなくてはならない（同上）。

このように自己決定権と優生思想の関係を篠原は語り、自殺幫助を例に挙げながら、自己決定権が誰にでも認められるわけではない点に触れている。ここの自己決定権は逆説的にも国家・社会による強要に基づいており、単純に自発的な行為ではないのである。つまり自己決定権とは各人の選択に任せることを指すように思われるが、そうとは言い切れない面がある。篠原が臓器移植法の成立のために自己決定権が擁護されたと指摘している通り、単なる自己決定とは異なり自己決定権と権利の権が付く場合は、国家・社会的に認められるべき権利として法制化されることがある。そして実際に法制化されれば、ルールに従うべきだとして、「脳死」者を死者と判断することへの障害が減少し、脳死・臓器移植も促進されることになる⁹。しかし法制化されるためには、脳死者をそもそも「生きるに値しない生命」と国家・社会が見なししていなければならない。つまり国家・社会の生命観が自己決定権の背後に存在するのである。そうした意味で自己決定権の擁護と国家・社会の強要は繋がっている。そのため篠原は脳死・臓器移植は法制化という過程を経て、国家・社会の強制力に基づき実施されるものであり、そこには生命の価値付け（差別化）が介在している、そうした点を繰り返し批判しているのである。

4. 現代医療を考える会・山口研一郎代表と脳死・臓器移植論争

続いて1992年には、現代医療を考える会が設立されている。設立の趣旨は医師や医学者に委ねられがちな医療や医学の流れを常に市民の目で監視し、必要と認められたら意見も出していくための情報交換の場を構築することである（山口1998: 274）。この会は必ずしも脳死・臓器移植だけを主題として議論する会ではないが¹⁰、会の代表である脳外科医の山口研一郎は脳死・臓器移植問題に対して厳格な批判を展開してきた。

まず山口は、1992年に『有紀ちゃんありがとう：「脳死」を看続けた母と医師の記録』を関藤泰子と共著で表し、脳死状態にある人をどのように家族が看

取っていくかを自らの体験に基づいて提示し、安易な脳死・臓器移植賛成論への批判的な姿勢を取った。

その後も、脳死・臓器移植に対して反対の姿勢を取り、1995年の著作の中で山口は脳死・臓器移植の問題点として三点を挙げている（山口1995: 52-58）。第一に、他人の死を待って初めて成り立つ医療であり、ドナーの死そのものはまったく無視され、レシピエントの生のみが強調されやすい点を挙げている。第二の点は、脳死＝人の死という見方は社会的「弱者」、高齢者や障害者への差別・偏見を引き起こし、彼らの人権を脅かすことである。厚生省の医療費抑制政策によって、「生きる価値のある生」と「価値なき生」が対置され、自ら生きる力のない者は命を絶って当然という考え方が出てくる。第三の点は、医療の荒廃を招き、特に救急医療（看護）や集中治療室での医療（看護）に大きな影響を与えることである。脳死患者を臓器を保存した死体であるとしてしまった場合に、医師や看護師はもはや声かけすることも、身の回りの世話をすることもなく、ただ横たわらせているだけになる可能性があるとしている¹¹。

このように山口はドナーとレシピエントの間における生命の尊重の度合いの差異、救急医療・集中治療への影響を挙げつつ、医療費抑制政策による生きるに値しない生命と生きるに値する生命の弁別を指摘している。本田や篠原と同様に、こうした生命の弁別を問題としつつも、医療政策との関係を強調するのが山口の特徴と言えよう。

さらに山口は脳外科医としての経験から次のように述べている。

私は、これまで百名以上の「脳死状態」の患者さんを診てきた立場から、まさに「脳死の医療現場」の一場面一場面が、きわめて真剣な人生のドラマであること、そこには患者さんの一生が凝縮され、人々の気持ちが一とつとなり、それは残された人々の将来へとつながっていくであろうことを確信している（同上: 80）。

「脳死」患者をどのようにして看取るかが患者、家族にとってきわめて重要で

あり、脳死・臓器移植はそうした場面で治療を一方的に打ち切ることであり、問題が多いと考えているように思われる。この点は脳死・臓器移植を批判する上で一般の人々の感覚を重視した本田の見解と重なるところがあると言える。ただし、とくに家族が看取る時間の重要性を指摘した点で本田とは異なる部分がある。

その後、山口は「脳死・臓器移植がもたらす未来」と題された論文（山口2007）の冒頭を、死の思想の変遷というタイトルの節で開始し、富山県射水市民病院安楽死事件というニュースから安楽死・尊厳死問題が話題となり、厚生労働省が延命治療中止に関する指針を提示したこと、日本救急医学会が延命中止の指針案を発表し、対象を脳死や数日以内に死亡が予測された場合としたこと、日本尊厳死協会が延命中止の条件を明示したことを指摘している。そしてリハビリの日数制限、維持期リハビリの診療報酬の逓減性、療養型病床の削減といった医療・福祉抑制政策の流れを踏まえ、高齢者や障害者から「早くこの世とおさらばしたほうが楽」「これ以上社会に迷惑をかけるのも忍びない」といった声が聞かれるようになり、世の中の人々は自ら死を選ぶ方向に向かいつつあるという。その上で、「社会に迷惑をかけないための死」は「社会に役立つ死」に容易に変化すると述べ、臓器移植法の改正案はその布石であると述べる。さらに改正案の問題点は本人の意思表示が必要でなくなる点にあるとしている。その根拠は既述の研究報告「臓器移植後の法的事項に関する研究（一）——特に『小児臓器移植』に向けての法改正のあり方」である。この中で「我々は死後の臓器提供へと自己決定している存在である」と述べられており、今や死して臓器を残すことが最大の社会貢献であり「崇高な愛の行為」として絶賛され、脳死・臓器移植はその世論操作のために利用されている。このように脳死・臓器移植に関連した議論の中で、私たちの死に対する思想は大きく変遷を遂げているという（同上：861-862）。

ここでも山口は費用抑制政策の動向と脳死・臓器移植のあり方を重ね合わせて考察している。その上で医療に加え、福祉政策にも目を配るようになったのが新たな点である。さらに言えば、ここでの山口の議論の特徴は安楽死・尊厳

死問題と脳死・臓器移植の問題をより明確に関連付けている点にある。そして死の思想の変化として、人々は積極的に自ら死を選ぶようになり、臓器を残すことが社会貢献であるという発想が出現していると述べている。社会貢献という点から、篠原と同様、効用主義的な身体観が登場していると山口が見ていると言って大過ないだろう。また自己決定権の拡張的な理解に対しても批判的であり、こうした自己決定権批判に関しても篠原の論と重なっている。その上で、ある人の身体からさまざまな臓器・組織が摘出され、すぐに利用されない場合、保存加工処理されるという人体の資源化の動きが登場し、人体の商品化により利潤を挙げる企業が表れてきていることを篠原よりも強調している点（同上：862）が山口の特徴となる。

さらにその後、山口は改正された臓器移植法の思想について次のように述べている。

改定法の根底には以下のような「思想」が流れる。まず第1に、(脳死)臓器移植を個々人の愛の行為による営み（そのためには本人の意思表示が不可欠）とするのではなく、国策として「人体リサイクル」を推進しているというものである。万民が「脳死状態」になれば、すべからず臓器や組織を困った人に提供しなさいということである。ただし、「臓器提供拒否」の意思をあらかじめ表明している人に限って提供を免れるとしている（山口 2010: 34）。

このように山口によれば、改正された臓器移植法では、臓器移植はもはや愛の行為でもなく、人体リサイクル社会を構築するための法律となっていると評価されている。提供拒否の意思をあらかじめ表明していなければ、他の困った境遇にある人へ提供するように強制されているからである。人体リサイクルという表現から人体の資源化の展開をここでより厳しく批判していると見てよいだろう。

5. むすびにかえて：生権力批判としての社会運動の役割

以上の社会運動（とくに医療批判運動）の代表による議論を踏まえると次のようにまとめることができるだろう。まず東大 PRC（患者の権利検討会）企画委員会の本田は、「脳死」ドナーを最弱者と捉えることで、その保護の重要性を訴えた。その上で、フレッチャーの生命の質論に反対の立場を取り、アメリカの医療倫理の言説に対しても批判し、人々の生活感覚に基づく見解を重視した。

続いて、脳死・臓器移植に反対する市民会議の篠原は、脳死・臓器移植によって生きるに値する生命（レシピエント）と生きるに値しない生命（ドナー）の弁別が優生思想に基づいて行われること、およびその生死観を批判した。また医療資源としてドナーを見る立場の中に効用主義的生命観を見出している。その上、臓器移植法改正論議の中で自己決定権という考え方についても、国家・社会が脳死者を生きるに値しないと規定した場合のみ、認められる考え方であると批判した。

さらに、現代医療を考える会の山口は脳死者を看取る一般の人々の感覚を重視しながら、生きるに値する生命と生きるに値しない生命が医療費抑制政策を背景としながら区別されていくことを問題視した。臓器移植法改正論議の中では、福祉政策まで視点を広げて、費用抑制政策の影響を捉えている。その上で、人体をリサイクルするという人体の資源化を促進する見解が生じてきていると語っている。

これらの主張は当然のことではあるが、移植推進の医療関係者や患者・家族の言説とは明らかに異なっている。そうした医療関係者や患者・家族は脳死を死と見なしており、移植待機患者の生命の保護を第一に捉えているからである。そこでは長期脳死者の存在等に基づく脳死者を死と見なすことへの懐疑論を重視しない立場が透けて見える。これに対し、本田、篠原、山口の三者の見解を振り返ると、生きるに値しない生命と生きるに値する生命の弁別が共通して問題となっていることが見えてくる。ただし論者により、弁別の基準は共通

点もあるが異なっていた。本田は生命の質論と医療倫理の言説を問題視し、篠原は効用主義的生命観という功利主義的な発想を批判しており、山口は費用抑制政策を中心に生命の弁別の基準として把握している。こうした多様な生命の弁別論を展開してきたことが一定の説得力を持つことで、脳死・臓器移植論争が激化し、脳死・臓器移植への反対論が現在も継続して存在することとなったと考えられる。こうした点に脳死・臓器移植に反対する社会運動の批判の意義があったと言えるだろう。より一般化して生命倫理における社会運動の役割という観点から見ると、社会運動の代表は脳死・臓器移植論争を通じて、フランスの思想家ミシェル・フーコーが主張した生権力（生かし続けるか、死へと廃棄するかを弁別する権力）批判を展開していると思われる。

こうした本田、篠原、山口の見解は生権力論のさらなる展開とも符合するものである。イタリアの思想家ジョルジョ・アガンベンはフーコーの生権力論を踏まえつつ、フーコーが集団としての人間を議論の対象としていたのに対し、人間個々人の生命の弁別にも焦点を合わせ、権力の核心を法律上の殺人罪に問われることなく殺害できるホモ・サケル＝例外者の産出と見なし、脳死者を現代におけるホモ・サケル＝例外者と捉えた（小松 2010）。その上で、アガンベンは脳死に関連し「生と死が完全には科学的概念ではなくむしろ政治的概念であり、そうである以上、何らかの決定によってはじめて正確な意味を獲得する」（アガンベン 2003: 224）と書いている。本田が脳死者を最弱者と見ている点や篠原と山口が脳死者は生きるに値しない生命と見なされていると主張している点はアガンベンのホモ・サケル論と軌を一にするものがある。また脳死＝死と論じられる際に影響する要素として本田が生命の質論と医療倫理の言説を、篠原が効用主義的生命観を、山口が費用抑制政策を強調している点には脳死を純粋な科学的概念ではなく、何らかの決定が関与した政治的概念と見なすアガンベンの主張と重なる部分があると言ってよい。このようなアガンベンとも共通するような生権力批判にこそ日本の脳死・臓器移植をめぐる社会運動の運動としての意義があると考えられる。さらにこうした点は従来の日本の生命倫理の議論と比較した際にきわめて重要となる。廣野（2014）が述べているように、

日本の生命倫理の議論の中では、生権力批判の欠落が特徴としてあるからである。アカデミックな生命倫理の議論が実践してこなかった批判を社会運動（とくに医療批判運動）の代表が行ってきたと言える。メタバイオエシックス（生命倫理のメタ批判）の観点に立てば、日本の脳死・臓器移植論争における社会運動による反対論にはそうした特徴があり、この意味でも重要であると言えるだろう。

しかし彼らの運動は政策形成そのものに大きな影響を及ぼし続けたとは言い切れない面がある。1997年の議会における臓器移植法の形成過程では、脳死を人の死と見なさない批判的立場も考慮され、脳死からの臓器提供はドナー本人の同意と家族の拒否の不存在という厳しい制限が課せられたが、2009年の法改正で脳死を一律人の死と見なす傾向が強まり、脳死下の臓器提供の条件が大幅に緩和されていく中で、彼らの見解は看過されていった。廣野(2014)によれば、生権力は生物学的な切り分け（生命科学、生物学、自然科学的な観点から人々の集団を二つに分割すること）が作動する一種のシステムとして把握されるものであるとされる。そうした生権力システムは自らの権力の在り方そのものを批判する勢力をシステムの外部に置き、自らを温存しようとする性質を帯びていると言える。そのような生権力システムの作動が確認される中で、医療批判運動としての社会運動は脳死・臓器移植をめぐる最新の知見や世界各国の状況を踏まえながら、再度脳死・臓器移植論争を活性化することができるかどうか今後の課題として指摘できるだろう。

註

1 梶田(1988: 177-178, 189-190)によれば、産業社会における労働運動が科学技術の進歩を一種の聖域としていたのに対し、1960年代後半以降の脱産業社会の「新しい社会運動」は科学技術のあり方それ自体を議論することが特徴であるという。

また患者団体の分類として、補助団体（専門家に研究課題の決定を任せるか、研究上の重要事項を議論するために必要な知識を自身で持つ団体）、パートナー団体（研

究のために資金を直接集める団体)、対立団体(患者のアイデンティティを疑問に付すものとして既成の科学の介入を非難し、それを防ごうとする団体)の三種類の団体が挙げられることがある(Epstein 2008, Rabeharisoa & Callon 2002)が、最後の対立団体の活動が患者団体の中では医療批判運動に該当しよう。

2 日本の脳死・臓器移植論争はおおよそ次のような経過を経た。1960年代の心臓移植をめぐる議論に端を発し、1980年代には日本医師会生命倫理懇談会、日本学会会議が見解を発表した。1990年から活動した臨時脳死及び臓器移植調査会(脳死臨調)によって、多分野の委員・参与による討議が行われて答申が発表され、1992年から本格的に法律の作成の準備が開始された。その後、議会での審議を経て、1997年に「臓器の移植に関する法律」が成立している。論争の激しさを反映してか、臓器移植を実施する場合にのみ脳死が死とされ、脳死・臓器移植の実施にはドナー本人の事前の同意と家族の拒否の不存在の双方が必要とされるようになるなど、きわめて厳格な条件が設定された。さらに2009年には法改正がなされ、脳死・臓器移植の推進の方向に大きく舵を切り、ドナー本人の事前の同意が脳死・臓器移植の必須の条件ではなくなった。

3 ただし、ロックは後に触れる東大PRC(患者の権利検討会)が出版した『脳死：脳死とは何か、何が問題か』に言及はしている(ロック2004:127)。

また美馬(2016)は、1960年代から1980年代までの脳死・臓器移植論争を考察する中で、後に取り上げる三つの団体のうち、東大PRC(患者の権利検討会)の活動に関してのみ分析している。

4 小松他編(2010)の2章では、ドナー家族の匿名インタビューが掲載されている。

5 医学的には挿管という用語は気管内にチューブを入れて気道を確保することを指し、経静脈的という用語は薬物投与や臓器へのアプローチ(カテーテルなど)の経路を指し、針を刺して血管内にアクセスして医療行為をする際に使用されるため、経静脈的挿管という表現は医学的には誤りの可能性が大きく、移植に関するどの行為を指しているか不明である。なお移植の際に、心停止後に臓器の冷却を行うために生前よりカテーテルを挿入しておくことがある。

6 そうした論の批判的検討として、土井(2000)がある。

7 本田は医師・作家の加賀乙彦との対談の中でも、

私はわざと、さっきから子どもにさえわかるわかりやすい死が死なのだという
ことを申し上げているのです。お父ちゃん、冷たい、どうしてなのだといって泣
く。ああもう戻らないと。いちいち脳死でいう「ポイント・オブ・ノー・リターン」
なんてわざとらしい英語を使うことなんかない。（本田，加賀 1990: 193）

と発言しており、人の死を判断する上で一般の人々の感覚を重視している。

8 なお脳死・臓器移植に反対する市民会議は老人、重傷者、障害者への医療の打ち
切りを扇動することなどから、日本医師会が発表した『『末期医療に臨む医師の在り
方』についての報告』も批判対象としている（脳死・臓器移植に反対する市民会議
1992）。

9 さらに別の個所で篠原は自己決定権の問題点として、自己決定権の行使にあたっ
てはそのための能力が求められ、精神障害者等が対象外となり、能力差別を前提と
した制度であること、自己決定の中身が社会的・体制的に要請されるか称揚される
かのいずれかに方向づけられており、高い価値の行為（臓器提供）への自己決定と
そうでない自己決定（提供の拒否）があらかじめ段階づけられていることも指摘し
ている（福本他 1999: 48）。

10 現代医療を考える会は 1992 年から 2011 年まで計 24 回開催され、1992 年 4 月、
1996 年 11 月、1997 年 10 月、2000 年 1 月、2000 年 7 月、2004 年 10 月に脳死・臓器
移植をテーマに会が開かれた（ただし 1992 年 4 月の会は 24 回のうちに含まれてい
ない）（山口 2013: 180-181）。

11 2008 年度に行われた政治家・河野太郎との対談の中で、山口は次のように述ベ
ている。

現在のように救急医療現場が医者不足で、一人の医者が一カ月間に十数日も当
直するという状況では、医師はできるだけ仕事を減らさざるを得ない。脳死の人
を長々と診ているわけにいかない。助かるべき命も助からなくなる可能性があり

ます（河野，山口 2009: 25）。

このように救急医療の現場の状況を踏まえ、脳死患者を診ている余裕がない状況に言及している。実際、日本救急医学会は 2007 年に終末期医療に関する提言（ガイドライン）を発表し、終末期の定義の中に、不可逆的な全脳機能不全（脳死診断後や脳血流停止の確認後なども含む）と診断された場合を挙げ、延命治療停止を条件付きで認めている。しかし山口の発言は、救急医療の現場を改善する施策を取れば、必ずしも脳死患者に積極的な措置を取ることも不可能ではないと判断しているように解釈できる。ここでも山口は医療政策の変化が必要と述べていると言ってよいだろう。

文献

- Abe, T. “Philosophical and Cultural Attitudes Against Brain Death and Organ Transplantation in Japan.” M. Potts et al. (eds.) *Beyond Brain Death: The Case against Brain Based Criteria for Human Death*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 191-199, 2000.
- ジョルジョ・アガンベン『ホモ・サケル：主権権力と剥き出しの生』高桑和巳訳，上村忠男解題，以文社，2003.
- Beier K. et al. “Understanding Collective Agency in Bioethics.” *Medicine, Health Care and Philosophy*. 19(3), 411-422, 2016.
- 土井健司「隣人愛の美名のもとに：脳死移植に対するキリスト教的視点からの問題提起」『現代思想』28(10), 242-263, 2000.
- Epstein, S. “21 Patient Groups and Health Movements.” E. J. Hackett et al. (eds.) *The Handbook of Science and Technology Studies*. third edition, Cambridge & London: The MIT Press, 499-539, 2008.
- 福本英子他「シンポジウム II 先端医療の中の自己決定権とカウンセリングを考える」『社会臨床雑誌 7(2), 41-63, 1999.

- 廣野喜幸「第1章 日本の生権力システム：1970-80年代」香川知晶，小松美彦編著『生命倫理の源流：戦後日本社会とバイオエシックス』岩波書店，13-42, 2014.
- 本田勝紀「『患者の権利』をめぐる・資料」『技術と人間』13(9), 46-57, 1984.
- 「患者の無権利としての「脳死」：〈資料構成〉もの言えぬ患者の権利を守るために」『技術と人間』（臨増），145-158, 1985.
- 「過去十年間に殺人罪で告発された本邦「脳死」移植八例の医学的，倫理的問題についての総括的分析」『医学哲学 医学倫理』14(0), 107-120, 1996.
- 「医療現場における弱者・最弱者論：「脳死」臓器移植（受領患者・被摘出患者）と血友病エイズ（患者・医師）の場合」『医学哲学 医学倫理』17(0), 144-155, 1999.
- 本田勝紀，加賀乙彦「『脳死』か『心臓死』か」加賀乙彦編『脳死と臓器移植を考える』岩波書店，175-212, 1990.
- 梶田孝道『テクノクラシーと社会運動：対抗的相補性の社会学』東京大学出版会，1988.
- 小松美彦「8-3 臓器移植の登場と展開：その技術史的・社会史的考察」中山茂他責任編集『[通史] 日本の科学技術：5-II』学陽書房，834-856, 1999.
- 「序章 メタバイオエシックスの構築に向けて」小松美彦，香川知晶編著『メタバイオエシックスの構築へ：生命倫理を問いなおす』NTT 出版，3-38, 2010.
- 小松美彦他編『いのちの選択：今，考えたい脳死・臓器移植』岩波書店，2010.
- 河野太郎，山口研一郎「対論」高草木光一編『連続講義「いのち」から現代世界を考える』岩波書店，23-27, 2009.
- マーガレット・ロック『脳死と臓器移植の医療人類学』坂川雅子訳，みすず書房，2004.
- 美馬達哉「第六章 不完全な死体：脳死と臓器移植の淵源」金森修編著『昭和後期の科学思想史』勁草書房，339-393, 2016.

Moreira, T. “Understanding the Role of Patient Organizations in Health Technology Assessment.” *Health Expectations : An International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy*. 18(6), 3349-3357, 2014.

脳死・臓器移植に反対する市民会議「集会アピール」『技術と人間』19(9), 67-69, 1990.

———「医師会・生命倫理懇談会報告に抗議する」『技術と人間』21(6), 82-84, 1992.

脳死・臓器移植に反対する市民会議編『脳死・臓器移植を問う』技術と人間, 1991.

額賀淑郎『生命倫理委員会の合意形成：日米比較研究』勁草書房, 2009.

Panofsky, A. “Generating Sociability to Drive Science: Patient Advocacy Organizations and Genetics Research.” *Social Studies of Science*. 41(1), 31-57, 2011.

Rabeharisoa, V. & Callon, M. “The Involvement of Patients’ Associations in Research.” *International Social Sciences Journal*. 54(171), 57-63, 2002.

篠原睦治「脳死・臓器移植への疑問：問われる生死観」脳死・臓器移植に反対する市民会議編『脳死・臓器移植を問う』技術と人間, 92-94, 1991a.

———「『脳死臨調』議事録を読む」脳死・臓器移植に反対する市民会議編『脳死・臓器移植を問う』技術と人間, 223-240, 1991b.

———『脳死・臓器移植, 何が問題か: 「死ぬ権利と生命の価値」論を軸に』現代書館, 2001.

———「なぜ, 臓器移植法「改正」の動きを批判するか」『児童青年精神医学とその近接領域』47(5), 429-431, 2006.

篠原睦治, 畦地豊彦「優生保護法『改正』反対の日常的視座: 女と男, そして子産み, 子育て」『技術と人間』12(4), 132-143, 1983.

田中智彦「第8章 人間の尊厳と人権: 私たちはどのように問い, そして語るべきなのか」香川知晶, 檉則章責任編集『生命倫理の基本概念』丸善出版, 124-139, 2012.

東大 PRC (患者の権利検討会) 企画委員会編『脳死: 脳死とは何か? 何が問

題か?』増補改訂版, 技術と人間, 1986.

山口研一郎『生命をもてあそぶ現代の医療』社会評論社, 1995.

——「結び 私たちに与えられた課題」山口研一郎編『操られる生と死：生命の誕生から終焉まで』小学館, 273-287, 1998.

——「脳死・臓器移植がもたらす未来」『科学』77(8), 861-865, 2007.

——「第1章 人体リサイクル社会の行き着く果て」山口研一郎編著『生命：人体リサイクル時代を迎えて』緑風出版, 11-61, 2010.

——「医療現場の諸問題と日本社会の行方」高草木光一編『思想としての「医学概論」：いま「いのち」とどう向き合うか』岩波書店, 151-233, 2013.

山口研一郎, 関藤泰子編『有紀ちゃんありがとう：「脳死」を看続けた母と医師の記録』社会評論社, 1992.