

人間学の探究（５）

～脳死・臓器移植と生命の尊厳（上）～

山岡政紀

0. はじめに

——脳死は人の死か？

この問いをめぐって20年以上にわたり、様々な議論がなされてきたことはよく知られている。だが、この問いには前提としてメタ的な問いが付随していることは必ずしもよく理解されていない。

そもそも、この問いは誰に対してなされているのか。言い換えれば、この問いに答えるべきは誰なのか。臨床医なのか、医学・生理学（以下、医学で代表する）の研究者なのか、あるいは代議士なのか、はたまた哲学者のか、宗教家なのか。

このメタ的問題提起には、最初の問題提起が本質的に何を問うた問いであるのかを明確にする役割がある。本稿では、人間学という科学が持つ科学哲学的性格を前面に出して、この問いそれ自体の本質を明らかにし、その次にこの問いに対する答えに迫ってみたいと考えている。

1. 「脳死」の定義と「死」の定義

「脳死」とは、「脳幹を含む全脳の不可逆的機能停止」と定義されるⁱ。要するに、蘇ることのない全脳の機能停止である。すべての人は昔も今も誰しもが最期はこの脳死に至るのだが、かつては脳死と心臓死(=心臓の停止)が同時とされていたために、人の最期には一つの死だけがあって、敢えて「脳死」や「心臓死」という用語を用いる必要がなかった。やがてそれが医療技術の進歩により、脳死となった人の呼吸を人工的に維持し、あたかも眠っているような状態のまま存続させることができるようになった。つまり、人の生命の最も根幹とされてきた脳と心臓——その二種類の停止の間にタイムラグを作り出すことに成功したのである。その結果として、その二種類の停止のいずれを基準とするかによって、「脳死」と「心臓死」という二つの死が併存することとなった。

したがって、今日において社会問題として一般に議論されるのは、医学的に定義される「脳死」それ自体ではなく「脳死状態」(=「脳死」だが心臓は生きているという、死のタイムラグ状態)についてである。

そして、「臓器移植」を推進する立場の医師、研究者たちは、移植の提供者としてこの「脳死状態」の患者に白羽の矢を立てたのである。提供者の犠牲を前提とする心臓や肝臓の移植は、技術的には可能であっても人道的には許されないことであった。他人の死を前提とした生命維持が認められるはずがなかった。しかし、「脳死状態」の人を「臓器は生きているが人間としては死んでいる」と見なしてよいのであれば、「死んだ人から生きた臓器を取り出して、それを必要とする患者に移植する」ことは人道にもとることもなく、優れた救命医療ということになるわけである。問題は、本当に「脳死状態」の人を「人間としては死んでいる」と言ってよいのかどうかである。

結局、問われるのは「死」の定義である。「脳死」と「心臓死」は医学的に定義できるが、そのいずれを人の死と定義するのかについては、医学の中

に答えがないのである。多くの人は病院で死ぬ。患者の臨終の宣告を下して家族に伝えるのは専ら医師の役目である。それなのに、「死」の定義は医学的に行えないという。

臓器移植問題は、医学的には定義できない「死」を、社会的な決めごととして定義しようとする動機づけを与えた。1997年の「臓器の移植に関する法律」（以下、臓器移植法）、2009年の改正臓器移植法は、「脳死状態」の人を条件付きで既に死者であると認定したものであり、まさに「死」の定義を法律で決めたものである。民主的に選出された議員たちによってこの法律が制定された以上、全国民はこの「死」の定義に関与したことになる。

2009年の改正臓器移植法は、患者本人が生前に書面で臓器提供拒否の意思表示を行っていない限り、積極的な臓器提供の意思表示の有無に関わりなく、家族の同意だけで臓器提供できるようになった。つまり、この条文が適用されて臓器提供する患者は死者と見なされることになった。そうすると、同じ脳死状態であっても家族が臓器提供を拒否した場合は、その人は「生きて」おり、家族が臓器提供に合意した場合は、その人は「死んで」いることになる。人の生死が臓器提供との関係で左右されることとなったのである。

人の生死という人生の根本問題が、まるで根無し草のように人々の都合で取り扱われているようにも見える。社会の現実に直面しながらも、私たちは生命の尊厳に立ち返って、本来どのような姿勢で生死と対峙すべきであるのか、真摯に探究しなければならない。本稿はそのための試論である。

2. 医学における「死」

前節で「死」は医学的には定義できないと述べた。より正確には、完全なる「生の状態」と完全なる「死の状態」は確かに存在し、定義が可能だが、その境界線、即ち生の状態から死の状態への移行の瞬間としての「死」が、どの時点なのかを医学的に決めることができない、というのが正しい。

医学者たちの見解はどうか。多田・河合編（1991）は、「死」の概念の曖

味さを一般の読者に示す好著であった。特にその第I部は、錚々たる医学者たちが、声を揃えて「死」の概念の主観性を強調している。分子遺伝学者の本庶佑氏は、「『死』とは連続的なプロセスであって、そこにはファジイな境界線しかない。果たして定義できるのか」と記している。解剖学者の養老孟司氏は、「『死』とは社会的規定に過ぎない」と断定している。生物化学者の中村桂子氏もまた、「『死』はプロセスであって、誕生の瞬間がどこかわからないのと同じである」と述べている。生物学者で岡田節人氏は、「生物学としては『死』は研究対象にならない」としている。そして、プラナリアという小動物は全能細胞を持っており、身体を半分に切ってもそれぞれが分裂して新しい生命となり、死なないという。このように地球上の生物の多くには「個体の死」という概念がないのだという。岡田氏は結論として、「『死』は人間にとってのみ厳粛なものである」としている。

この書において著名な医学者、科学者たちが揃いも揃って「死」の概念の主観性を述べたことは、脳死問題を考える前提としての理論基盤を自然科学のみに求めることは難しいと、自ら告白した重要な意味を持つ。

このように、生命は「生の状態」から「死の状態」へ緩やかに移行するのであって、瞬間的事象としての「死」というものは客観世界には存在しない。つまり、医師が心臓停止、呼吸停止、瞳孔拡散の徴候をもって、「ご臨終です」と「死」の宣告を家族に告げるのは、心臓死の停止をもって「死」の瞬間とする社会的な取り決めによって行っているもので、実際には「生」と「死」の中間段階を人は緩やかに移行していくのである。

人間の肉体において生と死は常に繰り返されている。肉体を構成する個々の細胞が生と死を繰り返していることは、今日の医学において常識とされている。人間は一年も経てば、物質的には90%は入れ替わりほぼ別人となっている。そして、医師が個体の死を宣告したあとも細胞は生き続け、緩やかに死の状態への移行が進む。それは毎日繰り返される現象の延長上にあって特別なことではない。

要は、自然科学が「死」の瞬間を客観的に認定することはできないのである。

人間社会においてこの瞬間を「死」と呼びましようとする決める約束事に過ぎないのである。「死の瞬間」というのは時間概念の産物である。

そもそも「過去・現在・未来」という時間概念も客観的には認定できない。物理学上の時間は「線型時間」と言って、定規の目盛りが始めも終わりもなく続いているように一本の時間軸があるのみである。そこには「現在」という基準点は存在しない。必然的に現在との相対的關係を表す「過去・未来」もまた存在しない。「過去・現在・未来」というのは主観の存在場所を「現在」と定める主観的事象なのである。「死」も「現在」も、人間の主観的事象であるならば、それは「自然科学」の考察対象ではなく、「人間学」の考察対象であって、〈死〉、〈現在〉と表記されるべきものである。

多田・河合編（1991）の編者でもある免疫学者の多田富雄氏も「生命科学では人間の生死に言及することはかえって難しい」としているが、さらに多田氏は一歩踏み込んで脳死について発言している。生物学的には「個体の生命」というものを定義することは可能で、その成立要件を「自己同一性」や「自己組織の維持」としている。したがって、自己同一性が破壊される過程を個体の死と呼ぶことはできるが、その観点から言えば人の脳死状態はまだ自己組織の維持機能が保持されており、個体の死とは言えない、としている。

ここでは生物の生死を考える前提としての「個体」という概念の難しさも提示されている。空を飛ぶ鳥の群れや海を泳ぐ魚の群れが、一斉に方向を変えたりするのは、個体を超えた本能的な意思の働きがあるからだという。植物に至っては、何本もの竹が地下茎でつながっている例もある。環境問題への生態学によって知られるところとなった生態系の連鎖もまた、個体を超えるより巨視的な生命秩序の存在を示している。

「死」も「個体」も、私たち人間の直観から見れば、実にありありとした実体のようなのだが、客観世界を記述した自然科学ではそうはいかないのだということをもまず認識する必要があるだろう。それは〈死〉であり、〈個体〉なのである。

3. 言語学における「死」

我々人間は「死」の瞬間が存在するとどこかで思っている。言語学の視点から見ればどうだろうか。

動詞が表す出来事の、生起から完了までの時間局面を表すアスペクトという文法範疇がある。現代日本語の各動詞語彙を、動詞テイル形の意味というアスペクト上の特性によって分類する考え方を示したのは金田一春彦(1950)であった。これにより、動作性をもつ動詞は大きく継続動詞と瞬間動詞に二分される。即ち、動詞テイル形の意味が動作の継続を表す場合、その動詞は継続動詞であり、動詞テイル形の意味が動作結果の存続を表す場合、その動詞は瞬間動詞であるとした。例えば、「車が走っている」、「私は本を読んでいる」はそれぞれ主体の動作が継続しているので、「走る」、「読む」は継続動詞である。一方、「彼は服を着ている」、「電気が点いている」においては、主体の動作は既に終わっており、その結果が存続している状態であるので、「着る」、「点く」は瞬間動詞である。さて、「この男は死んでいる」という文の意味は動作結果の存続と解釈されるため、死ぬは瞬間動詞に分類されることになる。この見解に従えば、日本語話者は「死」を瞬間的事象と捉えていることになる。

しかし、奥田靖雄(1977)はこの瞬間動詞との呼称に疑問を投げかけた。「彼は太っている」のテイル形の意味は動作結果の存続であるが、「太る」という動作は瞬間的とは言えないという指摘である。代案として、動作結果の存続というのは、ある状態から別の状態への変化を表すという。「着ている」は非着用状態から着用状態への変化、「点いている」は消灯状態から点灯状態への変化、「太っている」は痩身状態から肥満状態への変化を表すとして、「変化動詞」の呼称に改めることを提案し、今日では日本語教育の現場でもこの呼称が多く採用されている。

この観点から日本語の「死ぬ」という動詞を捉え直してみると、それは「生

の状態」から「死の状態」への変化であって、「点く」のように瞬間的なのか、「太る」のように時間をかけての移行なのかは定まらないことになる。結果として、日本語話者の「死」のとらえ方は医学的な「死」の知見と矛盾しないものとなっている。

4. 記号学における「死」

第2節では医学における「死」や「個体」の定義の難しさを見た。なぜ、このように難しいのか。それは、「死」も「個体」も純粹に医学の理論の産物として生まれたものではなく、もともと人間の経験の中で実感として捉えられていたものであって、それを医学に当てはめて定義しようとしたところにある。「死」も「個体」もその本質が主観的なものであるとすれば、それは医学的に定義できるものではなく、主観世界を考察対象とする人間学の観点から定義し直すべきものということになろう。その上で、人間学の理論的基礎を構成する分野として記号学の知見を用いて考えてみたい。

一人の人間を「個体」として自覚するものとなっているのは、明らかに〈自我〉の存在である。物質的にはそっくり入れ替わったとしても、〈私〉は〈私〉でありつづける。自我の存続こそ我々人間が自分自身を「個体」として認識する基準となっている。

人間自身の「生」と「死」もまた、〈自我〉の観点から見れば歴然としている。〈自我〉の存在が「生の状態」であり、〈自我〉の非存在が「死の状態」のである。したがって、「死」とは〈自我〉の喪失を意味することになる。これは自己同一性や自己組織の維持を基準とする生物学的な「個体」や「死」の概念とは全く異なる。

「生の状態」から「死の状態」への不可逆的な移行は、生物学的には連続的なものであった。しかし、〈自我〉を基準として考えれば、「生の状態」と「死の状態」との間には不連続な断絶がある。それは、「生」も「死」もある種の記号であるがゆえに、意識の中で差異化され、断絶しているからである。

もっとも、人間は〈自我〉の存在を経験することはできるが、〈自我〉の非存在を自ら経験することはできないため、自分と同じ〈自我〉の表象を見せなくなった人の姿をもって〈自我〉の非存在、即ち「死」と捉えることになる。

これは、〈死〉という記号がいかにかに生成されるか、という問題である。私たちは人生の中で自分自身の「死」の瞬間には立ち会えなくても、他者の死にはたびたび遭遇する。私たちは肉親の死を受け入れ、気持ちを整理してその人と別れるために、「自分とは異なる」姿になったその人の有り様を〈自我〉を喪失した人の姿として経験し、記号化する。

その一つは呼吸をせずに動かなくなった〈不動〉という記号である。心臓停止それ自体は身体の外からは見えないが、医師による心臓死の宣告が、外から見える呼吸の停止によって裏付けられる形で記号化される。

そしてその結果としての体温の喪失も、決して瞬間的ではないが、医師による死の宣告を肉親が徐々に受け入れていくプロセスと相まって、死者の身体もまた徐々に冷たくなっていく。そして完全に冷たくなったその人には〈冷体〉という記号が与えられる。

客観世界にはない〈死〉を主観世界において定義するならば、このように主観的に把握された〈不動〉、〈冷体〉という記号をもって〈死〉を定義したとして何ら不自然はない。

わが国における脳死問題の争点の所在はここにあるとも言える。すなわち、脳死患者はまだ自分と同じように動いているし、温かいのである。その姿は私たちが眠っている姿と何ら変わらない。「脳死状態」になったからと言って、その状態のままの人を医師に「ご臨終です」と言われても、家族にとっては受け入れがたい。家族にとってその患者の寝姿は、日常的に接してきた姿である。毎朝起きては毎晩床に就き、そうやって何十年も共に暮らしてきて、その姿のままの人を「死んだ」と果たして受け止められるだろうか。それは家族にとっては「生きているように見える」姿なのではなく、「生きている」姿なのである。

家族にとって脳死患者は単なる遺体でないことはもとより、単なる医療対象でもない。それは様々な人生を生きてきた歴史を背負う、尊いその人そのままなのである。そのことを丁寧に記述した森岡正博（２０００）は出色の書である。タイトルの「脳死の人」は脳死患者の尊厳に配慮した表現である。

また、そこにも引用されている中島みち（１９９０）の記述が印象深い。

私は、五ヶ月間のICU通いの中で、はじめなんとも奇妙に思ったことがあった。夫の、妻の、そして愛児の脳死を聞いても、誰一人として、患者の手をとるものがなく、涙一粒こぼさないのである。最初のうち私は、たまたま、つめたいというか、理性的というか、そういう人々ばかりにめぐりあったのかと、思ったりもした。しかし、やがてわかったのは、脳死している人を見ても、誰しも、死の実感が湧かないのだということであった。（中略）

しかし、そんな人々が、ほとんど例外なしに、脳死者の心臓が停止して呼吸器を外した時、はじめて、ワッと泣き出したり、涙をぬぐったりするのである。この時、はじめて、死を実感するのであろう。

人の「死」に最も強烈に直面するのはその人の家族である。そして、その人の人格や尊厳をいちばん深く知っているのが家族でもある。その家族にとっては、医師の宣告よりも記号としての生死の方が遙かに重みがあるのである。

自然科学は喜びや悲しみといった情緒的要素を対象から排除することで成立してきた。しかし、「死」の定義を自然科学が与えられない以上、情緒的要素を排除しない人間学が私たちの実感の中にあるこの尊厳観をもって「死」を定義することは許されるはずである。この期に及んで科学的、非科学的という言葉を用いて家族が抱く患者の尊厳観を軽視したり、侮蔑したりすることは厳に戒めなければならない。

日本人には潜在的に、肉体と精神とをはっきり区別しない心身一如的な生命観があるとされている。つまり、肉体の動きに心を見るのである。

脳死患者の肉体の動き、即ち「生命徴候」は、その人が「まだ生きている」

ことを家族に確信させる尊厳がある。例えば、脳死患者の体に内臓摘出のためにメスを入れると血圧が急変動し、それを安定させるために麻酔を使うことがあるという。脳死患者も「痛がっている」のではないかと見える。そのとき家族はその人を「遺体」であると見ることができるだろうか。

具体事例を紹介したい。東京都在住の中村さん一家は、2005年に愛娘の有里ちゃんが脳死状態の宣告を受けて以降の家族の奮闘をインターネット上に公開されている。ベッド上の有里ちゃんを取り囲む家族の写真には次のようなキャプションが記されている。

有里ちゃんの状態を知る唯一の手段は、血中の酸素濃度と心拍数を示すモニターの数値。たんが溜まるなど、不快な状態にあると数値が下がる。そうした変化を有里ちゃん言葉や気持ちとして読み取って、介護にあたる。

有里ちゃんの身体に表れる変化は有里ちゃんの心の動きであると家族は感じている。また、有里ちゃんの入院当初の出来事として、こんな記述もある。

「病院から『もう長くない。』と宣告され、涙が止まりませんでした。その時、信じられない事が起こりました。兄弟たちが娘の手を握って体をさすり、『有里！ お兄ちゃんだよ！ 頑張れ！ 元気になって早くうちに帰ろう！』と語りかけ続けていると、下る一方だった血圧が徐々に上がり、この日を境に状態が良くなっていったんです。医師・看護師さんたちも大変驚き、家族の深い愛を感じたと話しておられました。その後、気管切開手術をした時も、微量の麻酔で手術したところ、急激な血圧の変化があり、麻酔の量を増やしたそうです。きっと、痛く、怖かったのでしょう。心がとても痛みました」と暁美さんは振り返る。

このように、家族は有里ちゃんの血圧の変化も「生命徴候」として読み取っている。それは家族にとって有里ちゃんが「生きている」証なのである。

梅原猛(2000)にも次のような記述がある。ここでは血圧の変化に加えて、「涙」という「生命徴候」も記述されている。

作家の柳田邦男氏は、次男が脳死状態になったときに、看護婦さんか

ら「いっぱい声をかけてあげてください」と言われたそうです。声をかけると、血圧が上がった。他の患者さんでも、脳死状態になった娘さんの髪を梳いてあげると涙が出てきたそうです。

このように、脳死状態の人は、私たちの認識における〈死〉の定義、即ち〈不動〉や〈冷体〉という姿ではないばかりか、逆に〈生〉の定義に該当する〈生命徴候〉が見られる。人間学の立場から言えば、その人は「生きているように見える」のではなく、その姿それ自体が「生きている」のである。

「心臓死」と「脳死」はただ単に二つの「死」として併存しているわけではなく、そこには質的な相違がある。梅原猛（2000）はこうも指摘している。つまり、人類が何十万年と受け入れてきた「心臓死」には「公開性」があって、そのことが遺された家族における「死の受容」に重要な役割を果たしてきた。これに対し、「脳死」には「公開性」がなく、その人が脳死となったことは医師にしかわからない。家族は医師の言葉に従うしかない。もし、脳死を人の死とするならば、死が秘儀の世界に閉じ込められることになる、と。生死の境をさまようその人の尊厳をいちばん知っているのは医師よりも、むしろ家族である。梅原氏は死の認定が家族の心を離れて、医師の秘儀の世界に閉じ込められてしまうことに強い警鐘を鳴らしているのである。

5. 文化論としての「死」

前節では「死」の定義を記号学的な観点から行った。記号というものは文化的に受容されるものであるから、記号学イコール文化記号学でもある。その観点から言えば、文化間による「死」の定義には差異があり得る。たしかに東洋と西洋とでその感覚に相違があることはこれまでも指摘されてきた。

脳死・臓器移植問題の社会的議論も、欧米と日本における「死」の意識の差異を指摘する声が強かった。つまり、日本では脳死をヒトの死と認めない傾向が強く、長年、脳死移植法の成立に対しては慎重論が強かったのに対し、欧米・豪州などでは、臓器提供に関係なく脳死をヒトの死とし、本人の

意思が不明であっても、家族の承諾で臓器提供が可能となっているという違いである。最終的には法律論の問題となるが、民主国家における臓器移植法の成立ということは、結局のところその国民の意識を反映したものという観点からの文化論である。

このような状況に対して、諸外国の移植医療に比して日本の医療は「遅れている」と主張する人も少なくなかった。特に移植医療を推進したい人は、積極的にマスコミを利用し、臓器移植を受けるために海外に渡航する患者の姿をメディアに登場させたりした。「進んでいる」欧米の移植医療こそが、日本が目指すべき目標であるというベクトル設定がいつの間にかなされたのである。

これに対して反論を表明してきた筆頭格として哲学者の梅原猛氏が挙げられる。梅原氏は1990年に厚生省の「臨時脳死及び臓器移植調査会」（以下、脳死臨調）の委員となり、以降、臓器移植慎重派の代表格として、マスコミでも積極的に発言している。その考えは梅原(2000)などにまとめられている。

それによると、典型的な西洋的思考はデカルトの物心二元論的な生命観であり、〈自我〉の喪失を「死」と捉える傾向がある。つまり、「私」の死は私の死である」ということである。一方、日本の価値観には山川草木への自然崇拜を説いた神道や、平等の精神を説いた仏教の思想が底流にあり、その価値観から見れば何十万年もの間、自然に受け入れられてきた「死」の概念を、現代において不自然な形で変更することは容認できないと主張する。臓器提供は利他の行為だから仏教の精神にも通じるが、それはあくまでも本人の明確な意思によるものでなければならず、家族の同意だけではとうてい認めがたいとしている。

他にも仏教の視点から脳死臨調を批判した書として田代俊孝編（1992）がある。本書で示されている見解は、編著者田代俊孝氏を中心とする学際的研究機関「死そして生を考える研究会」の一貫した立場で、現代社会は仏教的倫理観を喪失したがゆえに、①生命をモノ化し、経済的価値のシステムに組み込んでしまっている、②生死の問題をタブー視し、教育現場で扱わない、

③生命を自らの所有物のように考える，等の問題に直面していると指摘している。また，肉親の死を受容していくために必要なプロセスを重視したり，患者の人権の保護を強調したりなど，脳死を死とすることに対する慎重な立場が一貫して主張されている。

脳死臨調をめぐるこのような言説から，西洋文化を背景とする推進派と東洋文化を背景とする慎重派の対立に二分されるような構図となったことは紛れもない事実である。

文化間における「死」の定義の差異は，十分に検証してみる必要のある興味深いテーマである。東洋と言っても，中国，韓国，東南アジア，インドなど，地域の文化によって微妙な差異があるだろう。しかしながら本稿は，そのことを記述するのが目的でもなく，またその用意もないので，別の機会に譲ることにする。

6. 中間まとめ

本テーマはここからが重要なのだが，執筆の都合上，続編を次号以降に譲ることとする。

続編に向けて問題提起をしておきたい。読者各位には続編までの間，共に思索し，議論していただけたら幸いである。

本稿第4節で記号としての〈死〉について述べた。脳死患者の「呼吸」や「体温」，あるいは血圧変動などの生命徴候は，〈生〉の記号であるとした。しかし，記号というのはコミュニケーションを前提とするものであり，つまりそれは家族や他者からその人を見た尊厳であった。

それでは，他者から切り離されたその人自身には尊厳を認めることができるのだろうか。例えば，天涯孤独で家族も親戚もなく，たった一人で脳死状態となった人がいたとして，その人の尊厳は，家族から愛されて大事にされてきた人に比べて尊厳が軽いと言えるだろうか。

この問題を考える上でもう一步深く生命の尊厳を探究する方途を模索しな

ければならない。その一つは、私たちが日頃直観的に感じる生の喜び、あるいは生命力のようなものを脳死患者は発現するのかもしれないか、という視点である。

もう一つは、仏法には色心不二、あるいは心身一如と称される生命観がある。身体と精神とは一体不二と考える思想である。この思想の観点から脳死状態の人を見たとき、どうなるのか、という視点である。その答えは、単なる文化的背景や倫理観の源泉としての仏法ではなく、生命哲学としての仏法思想の中に求めていかなければならない。

続編では、こうした視点から脳死臓器移植問題を探究するとともに、日本における臓器移植法成立過程や実際に実行された臓器移植手術を巡る諸問題などを振り返りたいと考えている。

注

(Endnotes)

- i 大脳・小脳が機能停止となって重度の昏睡となっても、脳幹の機能が維持されていれば自発呼吸が行われる。この状態は植物状態・植物人間と呼ばれ、脳死とは区別される。

参考文献

- 浅野健一 (2000) 『脳死移植報道の迷走』 創出版
- 池田大作 (1987) 「脳死問題に関する一考察(1)」『東洋学術研究』第26巻第2号
- 池田大作 (1988a) 「脳死問題に関する一考察(2)」『東洋学術研究』第27巻第1号
- 池田大作 (1988b) 「脳死問題に関する一考察(3)」『東洋学術研究』第27巻第3号
- 梅原猛 (2000) 『脳死は本当に人の死か』 PHP 研究所
- NHK 脳死プロジェクト編 (1992) 『脳死移植』 日本放送出版協会
- 奥田靖雄 (1977) 「アスペクトの研究をめぐって—金田一の段階—」『国語国文』第8号
- 金田一春彦 (1950) 「国語動詞の一分類」『言語研究』第15号
- 近藤誠・中野翠他 (2000) 『私は臓器を提供しない』 洋泉社
- 田代俊孝編 (1992) 『脳死・臓器移植を考える』 同朋舎出版
- 多田富雄・河合隼雄編 (1991) 『生と死の様式 脳死時代を迎える日本人の死生観』 誠信書房

人間学の探究（５）～脳死・臓器移植と生命の尊厳（上）～（５３）

立花隆（1992）『脳死臨調批判』中央公論社刊

中島みち（1990）『見えない死——脳死と臓器移植』文藝春秋

森岡正博（2000）『増補決定版 脳死の人 生命学の視点』法蔵館

（やまおか・まさき，本学教授）