

Ann. Rep. Asahikawa  
Med. Coll.  
1993, Vol.14, 63~77

## 日本における脳死問題と日本人の遺体観

岡田 雅 勝

### 一 医療倫理の日本的現実

日本における医療倫理のアメリカ型のバイオエシックスの受け入れの実情について概括し、そこで論じられてきた問題の何かについて辿り、そして現在トピックスとなっている「脳死臨調最終答申」をめぐって、議論されている脳死問題のなかから、日本特有として挙げられている伝承されてきた遺体観の何かを辿り、医療倫理の根本問題となっているものを論じたい。したがってこれらの問題の取扱い、現在の脳死論議において取り上げられているトピックスに限定されていると予めお断りしておきたい。

日本では、周知のようにアメリカを中心とするバイオエシックスの展開とともに、バイオエシックスの問題も導入されてきた。しかしバイオエシックスの問題の提起の端緒は、日本の医療の現場で必要とされて導入されたというよりも、先端医療技術を生み出しているアメリカで、どんな倫理問題があるのかということに主眼がおかれていた。つまり日本に〈バイオエシックスの諸問題〉がアメリカから紹介された時、アメリカが抱えている様々な医療の問題をアメリカの現実問題から理解することよりも、そうした事象とは切り離し、アメリカで論じられているバイオエシックスとは何かについての理解から始められた。そしてその導入は、哲学者、それに哲学や思想に関心を示してきた一部の医師たちの先導によってなされ、アメリカで生み出された新しい思想として理解される傾向が強かった。それはこれまでの西欧の思想や哲学や科学の紹介と同様な過程を辿ってきたのであった。新しい思想を導入し理解することがまず何よりも優先されてきたのであった。

例えば、〈パターナリズム〉の概念が導入されると、ヒポクラテスの医の倫理にみられる医師のパターナリズムとは何か、そして医師に委ねられる医師の裁量権とは何か、パターナリズムの主眼の理論的根拠になっているのは何か等、それは新しい知見として問われた。その際、問いは直ちに医療現場に適用され、医師のパターナリズム的行為の批判といった医療倫理の変革が目指された形で問われたのではなかった。

それゆえ、また〈インフォームドコンセント〉の問題も同様で、患者の真実を知る権利とは何か、医師の患者への説明義務がどうなのか、患者の自己決定権や医師の患者からの

同意を得る義務とは何か、患者のプライバシー権と医師の秘守権がどうなのかとかが問われた。しかしそれが直ちに医療の現場に持ち込まれたのではなかった。総じて日本のバイオエシストたちの関心は、医師－患者をめぐるヒポクラテスの医学エートス（倫理）に対する根本的な検討にあり、そしてそれが西欧的人間観からどのように正当化されるのかという思想的倫理的問題、あるいは理論問題として論じられる傾向が強かった。

むろん、ホスピス、老人医療、末期ガン患者などの問題など、現実には解決を迫られる問題についても検討され議論を呼んだ。しかしそれらの問題はアメリカ型のバイオエシックスの問題として解決が求められたというよりも、社会政策とか医療体制の問題として解決されるべき問題とされた。パターンリズムとかインフォームドコンセントなどのアメリカ型のバイオエシックスは紹介され学会などで発表されてきたが、医療の現場では深刻な倫理問題として議論されず、ほとんど適用されなかった。医師－患者関係は、基本的にはこれまでも続けた医療の体質を変えるようにはならなかった。日本の医療の理念として、基本的にヒポクラテスエートス（倫理）が保持され、医師の患者に対するメディカル・フィリア（医の愛）が基本とされてきたのであった。

メディカル・フィリアは理念として掲げられたものであり、医療現場ではその実践を建て前としているが、倫理問題に関しては複雑な問題が絡んでいる。この問題に答えるのは大変面倒であるが、この問題に関して一つ言えることは、医師たちはモラル問題について議論することは好きではないということである。医師たちは何よりも集団仲間を意識し、仲間と共に生きることを優先させ、医師個人を反道徳的行為があったとしても、直接的に裁きたがらない傾向にある。日本の医療の倫理への問いは、メディカル・フィリアの理念を掲げるだけで、ほとんどと言っていいぐらいに医療に携わる医療従事者たちからなされることはなかった。彼らの主要な関心は、先端医療技術を追うことにあり、治療に専念することにあり、一方ではその行使にあつて、過誤の責任を逃れることが念頭にあり、ともすれば患者が犠牲にされる傾向にあった。医療行為の具体的な倫理問題に関して、集団として検討したり、在るべき医師の倫理についての討議はほとんどなかった。医師及び医療従事者は、ヒポクラテスエートスのパターンリズムでもって、患者に接することを当然のこととしていて、患者に対して常に優越者の立場にあることを確信し、患者へ恩恵を施すという立場からの医療を通例としてきているのである。

このような背景からして私たちの社会に巣くっているのは、医師不信であり、医療不信であることをあげなければならない。悪徳医師、密室医療体制、商業主義、特権的態度（高額所得など、医師優遇政策などによる社会的に高い身分の保障）等に対する不信である。それでもアメリカのように、ヒポクラテスエートスの倫理への在り方への批判を呼ぶような形で、社会から激しい非難とか、医療の在り方に改革を求めるような市民運動とはならなかった。またアメリカ型の倫理的問題を医師に直接にラジカルに要求するような問題まで発展

しなかった。その理由は、先端医療技術の発展によって、ボデー（身体）の癒しをはじめとして、いわゆる疾患の癒しが概してかなり効率よくできるようになって、患者の癒しの要求に答えているという背景があったからである。医療倫理よりも治療技術が優先されてきたのであった。

## 二 脳死議論と〈脳死及び臓器移植についての答申書〉

こうした現実にあって、医療倫理についての問題としていま日本ではもっとも国民的な関心を呼んで、新聞、テレビ、雑誌などのジャーナリズムを賑わしている問題は、脳死及び臓器移植問題である。この問題を国民が突きつけられて、自分たちの生死の問題に関わる問題として、自らが引き受けなければならなくなった。これまで国民は西欧の科学や技術をほとんど何のためらいもなく、受け入れてきた。それに何等の抵抗を示さなかった。西欧先端医療技術及び西欧医学は、医師たちばかりではなく、国民にとっても受け入れられるべきパラダイム（範例）であった。

このようなわけで医学研究者や移植医師たちには〈脳死〉が西欧で新たに死の定義として取り入れられ、臓器移植がなされているのであるから、当然そのことも日本でなされるべきであるという発想で、〈脳死〉の判定基準づくりを求め、自らもその基準づくりに携わった。日本で心臓移植が一件だけなされたのは、1968年のことで、その時はバーナードの世界最初の心臓移植が行われた翌年のことであったが、日本でのその移植には、さまざまな形で世間の疑惑と医師不信を呼び、それ以降全く日本では心臓移植は行われなくなった。しかし西欧で移植の成功率が高くなるにつれ、日本でも海外へ移植を希望する人たちが出てきていること、また日本人医師がアメリカなどでその技術を修得する者が増えていることがあって、日本でも何故できないのかという声が起こり、〈脳死〉の検討がなされ、この問題が多くの人々の発言と論議を呼んできた。

そしてこの問題がたんに医療の問題としてだけで解決されるべき問題ではないという認識が高まり、日本人の死生観、とりわけ死の儀式や屍体観についての社会的宗教的風習などを歴史に遡り、死は広く文化的社会的事象として捉えられるべき問題として提起された。こうした問題提起を通して、これまで受け入れられてきた西欧の医療の何かを問い、そもそも〈医療の何か〉という問が発せられたのであった。そのなかで文化人類学的な調査とか医療人類学的な見地から、医療を文化的社会的な事象として捉え、西欧型以外の医療をも積極的に評価すべきだとして、いわゆる多元的医療の存在をも積極的に擁護しようとする立場から、医療の倫理についての発言が活発になされているのが注目に値する。

ここに脳死をめぐる賛否両論を紹介し、現在の日本の医療の抱えている倫理問題に照明を与えてみたい。というのもこの問題を論じることに日本の医療の倫理の根本問題がある

と考えるからである。これまではアメリカ型のバイオエシックスを論ずることで、医の倫理が論じられるとみなされる傾向が強かった。しかしそれはすでに述べたように実行力に欠けていた。脳死の議論を通して、社会に根深く存している日本人の死及び死の儀式とか、遺体観とかが前面に出され、それらの問題と西歐的の死生観とか西歐的な人間観との比較検討がなされ、日本的な精神的文化的社会的な事象をも包摂するようなかたちでの新たな医療の在り方がいま模索されているといえよう。

日本の脳死の議論は、アメリカでの脳死議論及びその死の法令の制定時期とほぼ平行した形で議論されてきた。1974年に日本脳波学会が脳死判定基準を発表。その後1985年に厚生省基準（竹内基準）が発表。1987年日本医師会・厚生省の生命倫理懇談会ができ、88年〈脳死および臓器移植についての最終報告〉を出した。同年6月には日本医師会と厚生省とが、アメリカへ〈脳死および臓器移植に関する調査団を派遣し、その後の報告書を出した。また1990年に内閣総理大臣の諮問委員会として〈臨時脳死及び臓器移植調査会〉が設立され、1年後に調査会の中間意見、1992年1月最終意見をまとめ公表した。そこで答申された脳死は、脳幹死ではなく、アメリカ型の脳死で、基本的に1968年のハーバード基準に従っている。いわゆる従来の死の判定基準と全脳死を取り入れており、〈血液循環および呼吸機能の不可逆的停止または脳幹を含む脳全体に及ぶ全機能の不可逆的停止が確認された者を死んだとしている。死の判定は、受け入れられている医学基準に従うものとする〉というものである。この調査会の答申書には脳死賛成者の多数意見と反対者の少数意見との両方を入れている。

その見解の大要を以下に示しておきたい。

#### 1) 〈脳死〉賛成者の見解

この見解にしたがえば、〈人の死〉が、社会的、法的なものでも、哲学的、宗教的なものであることを認めながらも、〈人の死〉は何よりも人の身体に生じる現象である。それゆえ〈死の決定〉は医学的・生物学的知見に基づいて定められるべきであると言うのである。この知見によれば〈人間を意識・感覚を備えた一つの生体システムあるいは有機的統合体として捉える〉。それゆえ〈意識・感覚等、脳のもつ固有な機能の喪失とともに脳による身体各部に対する統合の機能が不可逆的に喪失する場合〉、つまり脳の機能が永久的不可逆的喪失した場合、すなわち脳死をもって〈人の死〉とするというのである。

脳死を〈人の死〉とすべき理由はつぎのようである。欧米ではすでに脳死が認められており、臓器移植が多くなされている。日本でも諸外国の例にならって、脳死を〈人の死〉として認め、脳死体からの臓器移植の道を一刻も早く開くべきである。また日本では臓器を必要としている多くの人たちがおり、しかも臓器移植以外には治療の道が閉ざされてい

る人たちがおり、それらの人たちを救うために一刻も早く脳死を〈人の死〉として認めるべきであるというのである。

## 2) 〈脳死〉反対者の見解

これまでの三徴候（心拍停止、呼吸停止、瞳孔拡散）をもって死の判定基準として医師がその判定にあたってきた。しかし死の判定の真偽はその家族なり周りの人たちが確認してきた。それに対して〈脳死〉は従来の死の概念の重大な変更を意味し、〈脳死〉の場合は（人工呼吸器に繋がれている間）心臓が鼓動し、体温もあるのに死と判定され、しかもこれまでの死とは違って、脳死の判定は密室のなかでなされ、一般の人たちによっては確かめることが容易ではなく、〈脳死〉は専門医たちによる密室のなかの〈見えない死〉と言える。

医学的・生物学的観点から、脳死賛成者は有機的統合機能の喪失をもって〈脳死〉とするが、それは西欧の人間観から帰結された哲学的見解の一つにすぎない。果たして全体としての有機的統一体だけが生命と言えるのか。有機的統一体を司る器官が、脳か心臓かは一概に決定されない問題である。また人工呼吸器と人工心臓の開発が三徴候説を疑問にしたと脳死賛成者が主張しているが、これまでの死の判定基準で十分であり、脳死賛成論者の主張は説得力に欠けている。彼らの本当の狙いは、死の厳密な定義にあるのではなく、脳死を人の死とすることによって臓器移植を容易にすることにある。

さらに脳死は死として〈実感できない〉という日本人の死についての通念および感情があげられている。脳死の人が人工呼吸器をつけているが、呼吸があり体温もあり、また20日以上もそうした状態であった人の例もあり、そしてその状態で出産した例もある。そうした状態にある人間を死者として〈実感できない〉という主張である。太古から人間は親しい人の死に直面し、生命が死者に蘇ることを願ってきたし、また可能な限り死の判定を遅らそうとしてきた。近代になり、死の三徴候説が採用された時でもそうであったし、現代の法律も、24時間、茶毘にふすことを禁じている。それに対して脳死は新鮮な臓器を取りだそうとするために、死を可能な限り早めようとするものであり、これは太古から守り続けてきた人間の生命に対する尊厳への冒瀆である。したがって実感からしても脳死を人の死として認められないというのである。

さらに生命体を物質視し、それを医療資源とすることについての非難が挙げられる。脳死を人の死として認める瞬間から、人間は物になり、医療資源として利用されたり、医学実験の材料とされる。死の概念を変えようとする試みは移植を目的とする以外の何物でもない。このように功利主義的な、生命体についての近代西欧の人間理解についての強い反感が脳死反対論者の主張の根底になっている。また脳死が社会的合意を得られていない、というのが脳死反対論者の主張である。読売新聞（1991年11月）の世論調査では、脳死を

人の死と認める人が、前年の50%から46%に減り、認めない人23%から26%に増えており、依然として27%の人が分からないとしていることが報告されている（また東京女子医大救命救急センターの脳死者の家族に対してのアンケートによれば、脳死を認める人34%、認めない人29%、分からない人37%となっている）。さらに脳死の説明を受けた人たちからのアンケートでは、57.1%が脳死反対で、説明を受ける以前よりも反対が増えていることも報告されている。このことは脳死の何かを知ればそれだけ一層、賛成者が減少していることを示している。

### 3) 少数意見の多数意見に対する批判とその思想的立場。

さて、以上の報告からまず多数意見の思想的立場（少数意見からみた）はつぎのようにまとめられる。

- 一、科学主義－医科学の成果が重んじられるべきであること。それに基づいて法律が制定され、思想が基礎づけられるべきである。
- 二、理性主義－人間の生命の中核となっているのは有機的統合を司る脳にあるとし、西欧の人間の本質を理性に見る立場に立った人間論である。
- 三、人間機械論－脳を除いて人間の身体は機械であり、交換可能であるという立場から積極的に臓器移植を進めようとしていること。
- 四、西欧主義－西欧で行われていることは、可能な限り日本にも取り入れるべきであるという立場に立っている。

こうした多数意見の脳死推進の見解に対して、少数意見の批判がつぎのようになされている。

西欧近代哲学の主流は、この二の命題を思想的基盤として展開され、近代医学は三の命題を基礎として展開された。多数意見は脳死を〈人の死〉として論証するために、二の命題を基礎として、それに三の命題の人間機械論が近代文明を生み、発展させてきた。しかし脳があり、理性的である人間を特別視し、そのことにより（「知は力なり」という合い言葉のもとに）自然（世界）を人間に従わせようとして、ひたすら科学的技術を発展させた近代西欧文明がいままさに問われ、現に自然の復讐を受けていることが反省されなければならない。

原爆の発明は、アインシュタインやオッペンハイマーなどに科学や技術の反省を与えたが、現代の生命科学の発展は、このままで放置すれば人間の生活に危機をもたらし、人類の存亡にかかわる問題となっている。現にいま地球の温暖化とか、酸性雨というように、さまざまな形で地球環境破壊の危機が起こっている。それゆえ人間と他の生命体との種差としての理性をもつことが人間の特性だということを強調することよりも、他の生命体と

の共通性を認識し、他の生命体との共存を図らなければならない。

こうした問題を生み出している西欧的な人間観とか科学主義が徹底的に吟味されなければならない。それゆえ人間機械論という発想ではなく、その部分においてさえ、それぞれが情報体系をもっているという認識に立ち、それぞれの器官も他の器官に代え難い価値を持っているということへの畏敬の念をもたなければならない。私たちは西欧主義に傾き、無条件に〈脳死および臓器移植〉を受け入れることなく、自己の文化的伝統を重視し、つまり身体を精神とともに独自のかけがえのない個的生命が宿っているという考えを重要視し、科学主義の行き過ぎを退け、近代西欧科学主義を批判的に受容すべきである。西欧科学主義ばかりではなく、他の思想や文化も同じくレゾンデートルをもつ、というのが脳死反対論者たちの基本的見解である。

### 三 脳死の問題点

1) 日本の脳死論者は、基本的にアメリカ型の脳死論を受け入れ、臓器移植を積極的に押し進めることができるような法律の制定を求めている。そのさい医学的・生物学的知見に関して、当然にも専門家に任せるべきだとしている。しかしこの主張には思想が表明されていない。彼らの脳死推進の要点は、西欧で行われていることは日本でもできるようにすべきであり、西欧に遅れをとってはならないということである。その他の理由づけは第二義的なものにすぎないと言えよう。

というのも彼らの主張を繰り返し読んで、人間の何か、死の何か、病の何かについての真剣で、深い省察があるようにはおもわれないからである。例えば、〈生は必ず死に終わる〉〈この世において死の力の及ばない処はない〉〈生と死の接点について、思いめぐらしてきた人類の過去の文化や歴史や宗教についての認識〉〈生の意味と価値〉など、人間の何かについての省察に欠けているとしか言いようがない。しばしば指摘されているように、多くの医師たちには、悩める人間の癒しに対処するよりも、病める患者の身体の治療に対処し、あたかも人間のボデーの故障のように病気を取り扱い、思想や倫理によって病は癒されない、という発想が日常の医療の根にあるようである。臓器移植は、さらにラジカルに人間の身体性に向けられている。移植医たちは、自分たちを人間の臓器の故障を修理する熟達した修理工、あるいは臓器を取り替える高度な技術者に位置づけているようにしかおもわれない。

2) 脳死をもって生物学的に不可逆的死であると判定され、臓器移植の成功率が高いとされるときも、過去に行われた臓器移植についての医師不信、医療不信は国民に根強くあり、信頼を獲ち得るような努力は医師側からは殆どなされていない。通常日本では、医療は医師個人の良心に従ってなされるよりも、医師同士が連携して集団として行為すること

が多い。そして医師集団に倫理性が期待されないという過去を引きずっており、その延長に脳死者からの臓器移植摘出のことが考えられている、としばしば指摘されてきている。

この医師の倫理性の不信の一つは医師の行為の密室体質へ向けられている。例えば、最近ある大学の附属病院で生体肝移植がなされたが、その関係者となった附属病院のスタッフには、全く個人的発言を封じ、代表者一人だけが、ジャーナリズムに対応し、治療室の中で何が行われているのかまったく分からない態勢をとって臨んだ。臓器提供者にも一切何を聞かれても何も答えないといいた密室治療が行われ、訴えられて裁判沙汰になることに極度の警戒をしている。医学界は閉鎖的で、内部ですべて処理しようとしてきたことなどで、集団としての医師のモラル感の欠如として世間から非難を受けている。

ところで、周知のように心臓移植が行われたのはわずか一件（1968年の和田心臓移植）で、その時にドナーは脳死者ではなかったのではないかという嫌疑を受け訴訟された。それに対して治療にあたった医師たちからの告発がなく、証拠となる証言者がなく、うやむやにされ、その訴訟が取り下げられた。これは一件だけで例外の事例であるとは、多くの国民にはけっして受け取られていない。

密室のなかでの〈見えない死〉に関して、医師側から医療不信に答える努力はほとんどなされていない。脳死は、一般の人たちには分からず、自分たちで確認したいとしても出来ず、脳死の判定は医師に全て委ねられていて、その判定を信用する以外にない。しかし医師の判定を信頼しきれないということに脳死の問題の一つがある。一般の人にとって脳死を〈人の死〉とするのに何か欠けている。こうした漠然として不安が脳死を〈人の死〉と多くの人が認めることを阻んでいる。以上のように少数意見者の見解としてまとめられる。

#### 四 脳死反対者の見解と日本人の遺体観

1) 社会的合意 脳死をめぐるさまざまな形で世論調査が企画されて、それが公表されており、その一つをすでにこの小論においても述べておいたが、ここで日本で最も全国的なネットワークをもち、半ば公的な役割を果たしているNHKの調査（1990年11月）によれば、

「脳死を人の死と思うか」（18歳以上の者に対して）－「思う、40.7%」、「思わない、22.5%」、「分からない、36.7%」

「医師による脳死の判定に不安があるか」（同上）－「ない、22.2%」、「ある、44.3%」、「分からない、33.4%」

「医療体制に問題があるか」（医師に対してなされた）－「ある、48%」、「ない、52%」（総理府調査、1987、脳死を人の死として認めていい、24%。それを本人・家族の意思に

任せる、37%。心臓死が人の死である、24%。わからない、16%。脳死状態での臓器移植の提供に賛成、18%。本人・家族の意思に任せる、52%。反対、14%。分からない、23%。賛成者及び意思と答えた者で自分の臓器を提供する、53%。反対、23%。分からない、23%。1992年NHKの調査では、答申後脳死を認める人がかなり減っていることを報告している)

国民はかなりの人が脳死を人の死にすることに、数字の上では賛成しているように思われるが、現実には医療体制とか医師不信がかなりあり、脳死の判定に問題を抱えていることをこのデータは明らかにしている。そして臓器移植を自分の家族や自分の問題として引き受けなければならないと考えれば、それだけいっそう脳死に対して賛成できない人たちが多くなることが予想されることを示唆している。

2) 社会的合意が得られない理由および日本人の生死観—何故社会的合意が得られないのかについては、さらに一層重要な問題があるように思われる。それは古来伝承されてきた日本人特有な生死観が国民感情に根深くあることが指摘される。以下は何人かの脳死反対者の発言、あるいは日本人の生死観についての著述からまとめたものである。

一) 日本人の生活感覚には根深い西欧近代合理主義に対する批判があり、西欧的合理主義が理性的人間論、科学主義に基づいて、死の問題を取り扱い、この世にだけに価値をみて、死の向こう側をみていないことに対して感覚的な抵抗がある。日本人は生命観は、西欧的な意識の統合作用の喪失とか、自己同一性の喪失をもって生命体の死とは受け取ってこなかったという見解である。

この見方からすれば、また脳以外の身体が生きているのに、脳機能の喪失をもって死とするのは、脳に特別な生命価値を与えることになり、生命にそのようなランクづけが許されない。脳が知性、理性を司る座であるとする見解は、知性、理性に劣るものはより低い生命価値しかもたないということになる。人間は、脳の損傷、あるいは機能停止によって人間でなくなるのではない。〈人間とは全身的なもので、爪の先から髪の毛に至るまでが人間である〉〈精神は足の指にも、身体の至るところに宿っている〉。これが日本人の心の何処かに共通感覚としてきた生命観であったというのである。

二) また〈古代日本人は太陽を毎日生死を繰り返す生命体とみなしてきた〉のであった。そして死にあっても命の蘇りを信じてきた。それゆえ、〈心臓死すら実感としての死ではない。体が冷たくなって、死後硬直し、周りのものが死者に別れを告げて、儀式を行い、火葬や土葬をして徐々に死が周りのものに認知される。このように死が理解されていた〉。日本には〈もがり〉といって人が死んでも埋葬しないで、棺(7-10日間)に入れて安置し、命の蘇りのことを考えてきたのであった。したがって、死の判定は遅ければ遅いほど良いとされてきた。

三) 日本人にとって、死は開かれた儀式であり、葬儀をし、埋葬や火葬によって死を日常生活のなかで実感してきた。日本人の死の儀式は、死者の魂、靈魂へ捧げられた〈祈り〉である。葬儀にさいして〈謹んで・・・みたま（靈魂）に申し上げます〉〈みたま（靈魂）の安らかな眠り〉などの弔辞が捧げられるが、葬式は、亡くなっても、その人の魂が屍体の近くにいるので、その人の魂へ語りかけて、魂が安らかな眠りにつくことを祈願する儀式でもある。死者の魂は屍体を粗末に扱われることを嫌っており、敬意をもって奉られなければ、荒ぶる悪霊となって、祟りがあり、そして残された人たちに災いをもたらすと語り継がれてきた。

こうした怖れのために、人々は死者の魂を儀式で祀る。日本人にとって、葬儀は死者の魂を鎮める鎮魂歌である。〈安らかにお眠りください〉という言葉に日本人の靈魂観が秘められている。さらに屍体が火葬され、灰になると魂は遺骨と共にある。そのために遺骨を祀った墓が大切にされてきた。それは遺骨に靈的な力、宗教的な神聖性が備わっていると信じられてきたからであった。

四) 日本人の生命観とか宗教心からして、心臓移植に感情的についていけない。屍体を傷つけたり屍体から臓器を取り出すことに倫理的に反感を抱くのは、精神だけではなく、身体側でも神聖性や靈性があるという先祖からの伝承に基づいている。日本人の靈魂観は身体に則して考えられており、死後の靈魂を怖れることに起因している（これは直接仏教から来ているのではない。スリランカ、タイなどは臓器移植には反対ではない）。仏教伝来以前の日本人の宗教心、靈魂観にある。

私たち日本人の一般の庶民感情として、〈他人の心臓を臓器移植してまで、長生きをしたくない〉という感情があるが、それは心は〈魂〉にあり、心臓に宿っているという古来の日本人の生命観に基づいている。したがってどの臓器も大切であるが、特に生きている心臓を摘出することに、私たち庶民の多くは反倫理性を感じ、脳死や臓器移植に反感を抱いている。

五) 何よりも興味深いことは、積極的に臓器移植を押し進めようと努力してきた移植医自身が日本人として自分の脳裏にあるものを語っていることである。その移植医（岩崎洋治、日本で初の臍臓肝臓同時移植をするために脳死者からの臓器を摘出した行為に対して告発された。1985年の筑波大学事件と言われている）は、一日本人として〈得体の知れない〉漠然とした思いではあるが、〈心臓への恐れ〉のあることを表明している。

彼に従えば、私たち日本人には心臓に対して何か恐れのようなものが心にあり、心臓への恐れが〈科学的な思考を妨げているものとして私たちのなかに巣くっている〉。そこで移植にあたり、そうした〈何かへの恐れを感じるから切り離して〉科学的に納得して、移植しなければ助からない人のために、つまり人間への愛情を基本として移植を進めるべきであるという決断を取ってし、脳死を認め、移植を積極的に推進すべきであるというので

ある。

彼は臓器移植を〈悲しい医療〉〈祈りの医療〉と語っているが、それには彼が臓器移植をすることを医学の発展に尽くす移植医師の使命と考え、そのために一日本人として肌で感じている〈心臓への怖れ〉を断ち切ることを自分に言い聞かせて、臓器移植をしなければならないという思いを表明している。しかし〈心臓への怖れ〉という彼の告白に重要な問題が隠されていると考える。つまり〈心臓への怖れ〉という告白から、岩崎医師が日常生活において、西欧的な理性をもって人間の本质とする人間観をもって生きているのでもなく、西欧近代主義的な人間機械論をもって人間を捉えているのでもないことが表明されている、と受け取ることができるということである。

岩崎医師が自分で意識しているかどうかは別にして、西欧型の近代医療が人間の聖性と言われた〈魂〉とか、〈靈魂〉とかにまで踏み入ろうとしていることに対する怖れが、〈心臓への怖れ〉という表明となったのであろう。彼の〈悲しい医療〉〈祈りの医療〉という表現はまさに漠然とした形であれ、医師としてではなく、一日本人の心に巣くっている生死観を表明しているのである。また心臓外科医で人工心肺装置を用いて心臓を開く手術を日本で初めて成功させた曲直部壽夫が日本で心臓移植が遅れていることの原因について、日本独自の精神風土に触れて、日本人の考え方は、何事につけサイエンティフィックではなく、エモーショナルな面が多いと述べているが、こうした日本人の生き方が医師の心に巣くっていると言える。一部の医師を除いて、医師側からもこれまで積極的に臓器移植を推進させようとしなかった理由にあげられよう。

六) 現代の日本人の遺体観を示す一例として、日本航空ジャンボ機の墜落事故(1985年8月、死者520名)をあげたい。この事故で犠牲者の遺族たちや身近な人たちが遺体の収容に奔走し、遺体を葬った。その時の彼らの振る舞いに日本人の遺体観が示されている。この調査にあたった文化人類学者、波平恵美子の報告から遺族の人たちの思いをつぎのように要約してみた。(「日本人の遺体をめぐる観念と信仰」、1986年)。

- 1) 死後も霊が存在すると信じており、それがあの世(死後の世界)などと言われ、そこでも生前と同じく身体をもち、生きた人間の感じる感覚をもつ、と考えている。
- 2) 残った遺族とか親しかった者は、死者が死にさいして感じた不快感、悔しさ、怒りや苦しみの感情を取り除いて、出来る限り安らかな状態にさせなければならないという義務観を抱いている。
- 3) 死者が自分の親しい人が自分が亡くなった所に来て欲しいと望んでおり、そこへ行って初めて死者の魂を慰めることができると信じている。
- 4) 死者が自分が住んでいた家に帰りたがっているので、そうする義務がある。また葬儀をしても、死んだ場所へ行ってそこでもお参りをする。

5) 遺体は〈五体満足〉でなければならない。死者が生前の身体になっていなかったり、あるいは身体の部分が欠けたり、傷つけているのは、死者はそうした者を恨むと信じている。

このように波平が指摘していることに信憑性があることをさまざまな文献から裏付けることができる。ここで日本人の古来もち続けてきている靈魂観から、日本人の死及び遺体観をまとめてみたい。

七) 日本人は〈死は不浄で、汚れである〉という観念をもち、死の取扱いに細心の注意を払い、その処置を誤るとさまざまな厄難をもたらすというように受け取ってきた。死者に湯灌、身体の隅々まで洗い清める。死は異常な出来事で、忌むべきものとされた。死は、死が起こった場所とかそこに居合わせた人々とか物を不浄にする。それが危険で、遺体から離れて間もない靈魂は不浄であり、出来る限り早く死の世界へ行くことを願った。死の不浄を取り除くことが、さまざまな形でなされた。死者の汚れを清め、自分に降り懸かる汚れを祓うことがなされた。たとえば、『源氏物語』には、死の穢れ、物の怪へのおびえ、はかなく死んだものの死霊、怨霊への怖れ、仏事鎮撫すべきであり、安らかな死を望み、そのために髪一本乱れることのない死に、静かな死、祟りのない死のことが描かれている。このように古来日本人は死の不浄を清めることを願ってきたのであった。

また異常死についての遺体の取り扱いについては、その死の不浄は普通の死よりも強い。異常な死を遂げた者の靈魂は〈成仏し難い〉とされ、より手厚く弔わなければならないとされてきた。そうでなければ、その靈魂は生きている人たちに何等かの形で災いをもたらすと考えられた。日本の精神文化を専門とする梅原猛は日本歴史に新たな解釈を与え、〈怨霊と鎮魂〉の思想を展開しているが、日本人の死の儀式には〈死の汚れ〉を祓い、〈靈魂の祟りのないよう靈魂を鎮めることが祈願されているのである。いまなおこうした考えが日本人の日常の生活のなかに浸透しており、死者供養などが手厚くなされている〉。

こうした死とか遺体についての日本人の観念とか遺体観は社会の大きな変化にもかかわらず、基本的に変わっておらず、〈屍体を傷つけることをタブー視する傾向がある〉こと、死は近親者たちに見守られることが〈よい死に方〉であり、近親者による確認が慣例となっているし、そもそも死はある瞬間に起こるのではなく、死はいろいろな形で確認され、死者が死の装束を着せられ、葬儀され、埋葬ないし火葬され、生者の世界へ戻らないといわれる儀式がとどろりなく終えるまで確認されないという風習の中で生きている。それは一人の人間が共同体に存在しないということの重要性を確認するための手続きとも言える。このようにして死者を送った後でも、死者の供養がいろいろな形でなされる。たとえば、お盆の供養の儀式があるが、それは姿は見えないとしても死者を生きている者のなかに迎え、そして何日か経ると死者を送る儀式である。この儀式を通して、死者は葬られた後で

もその子孫たちと交わっている。こうした習慣が現に今も社会に深く根ざしている。

医師にこれまで死の時期の判定をすべて任されてきた。むろん医師はその専門的な知識に基づいて死の判定をするが、その場合に医師は社会から託された何かを基準として社会の代理人として死を決定し宣言している。その遺体には社会における死の観念と人間観が根底にあり、それに基づいた判定がなされてきており、それゆえに医師が勝手に死を判定はできなかった。死の最終的な判定は死の儀式を通して共同体でなされてきた。

## 五 遺体観・脳死及び臓器移植・医療倫理

これまで辿ってきたように、日本人の遺体観からすれば、屍体からの臓器摘出は屍体を冒瀆するもの、屍体はたんなる物体ではないのであり、死者の死後の世界での幸不幸が、残されて生きている者の幸不幸を左右するという民間の信仰がある。この遺体観が日本人に臓器移植を困難にさせている。こうした民間に伝承されている死の儀式とか、屍体についてのイメージは、これまで私たちが西欧文明を摂取し、高度の科学技術の展開と社会への普及という現実があるにも関わらず、私たちの日常生活に伝承され、滲みいって、私たち日本人の多くはこうした遺体観を因習的に受け入れて生活をしている。

日本人は、1867年の明治維新以降和魂洋才という姿勢で西欧の技術を取り入れてきたのであったが、敢えてそうしたというよりも、そういう受け入れ方しかできなかったのであった。長い歴史を通して伝承された心や心情や生活感覚を変えようとしても感覚的に不可能であった。それゆえに西欧の科学技術もいつのまにか、日本的なものへ変容されて、日本独自の形で展開されて今日に至っている。日本人は猿真似的に技術を受け入れたという批判がされてきたが、それは表層的にそう見ただけで、実は決してそうではなかった。日本的な精神あるいは日本人の感覚がその受け入れとか、展開にさいして何処かに働いていて、西欧的な物質文明が日本的なものへと変容されていったのであった。

今日アメリカ的なバイオエシックスが紹介され導入されているが、しかしそれは日本の社会へほとんど適用されていないし、またこれからも適用されないであろう。もし適用されるとすれば、日本的な変容を通じた独自の形の適用となろう。いま日本でも、患者の自己決定権を尊重する形で、アメリカ型のインフォームドコンセントが論じられているが、それがたとえ法制化したとしても決してアメリカ型の実施内容とはならないであろう。

脳死や臓器移植に関しても同様な過程を辿ることであろう。そのような意味で、かりに脳死が立法化され、臓器移植が法的に認められたとしても、現在の西欧で行われているほど普及していくようには思われない。それよりも人工臓器の開発へ向けられるように思われる。遺体観に示されているような、日本人の精神構造及び日本人の感覚がその実施に感覚的に反発することであろう。それにしても〈脳死及び臓器移植についての法律化〉の

問題は、私たちに生の何か、人間の何か、死の何かという問を呼び起こした。そしてそのことを通して、医療倫理の問題を伝承されてきた日本の精神構造及び精神的感覚の何かを考える契機を与えたのであった。その意味でこの問題は〈日本人論〉でもあるのであろう。これまで先端の科学技術の開発を科学者や研究者たちに委ねてきて、それを受け入れてきたのであったが、それは直接に自分たちの生命観とか靈魂観に関わらなかったからであった。〈脳死や臓器移植の問題〉の特殊性は、それに直接関わっていることが国民に徐々に浸透しつつある。そしてこれがたんに医科学だけの問題ではないという認識が生まれようとしている。こうした認識から、始めて医療倫理問題が問われることであろう。

最後に私がここで述べた日本人の遺体観が、今日脳死論議がなされている、そのなかで取り上げられている範囲内に限られていることを述べておきたい。そしてこれらの議論は、本格的な日本人論ではないにしても、私たちの社会生活に深く巣くっている遺体観に基づいていると言えよう。ここでは触れることは出来なかったが、遺体観と併せて、日本人の生死観に特徴とされるものとして、ただ命を長らえるということではなく、よい死に方を求めた生き方が鏡とされてきたことも挙げておかなければならないことであろう。そのために、生をあくせくと求め続けるのではなく、死すべき身であることを自覚することであり、死とは自然の営みの一つであり、宇宙のなかへと帰還することである。そして自然に従って生き、自然に帰ることを自然体とした、安らかな穏やかな死を迎えることが、日本人一般の死についての共通感覚であろうということである。

さらに日本の多くの古典や書物に語り継がれている死にぎわのよさの称讃とそれに対して生に固執して、恥の多い生を送ることへの非難などが多く語り継がれてきており、そうした人生観を含めて、死の問題が議論されていかなければならないであろう。本当の意味での医療倫理は、伝承された文化的社会的現象を基盤として、現場の医療問題とのさまざまな格闘からつくりだされるものであろう。いまその端緒が開かれようとしている。

## 関 連 文 献

### 1 脳死と臓器移植関係

- 加賀 乙彦、『脳死と臓器移植を考える』、岩波書店、1990年  
立花 隆、『脳死』、中央公論社、1986年  
立花 隆、『脳死再論』、中央公論社、1988年  
中島 みち、『見えない死』、文芸春秋、1990年  
中山 太郎、『脳死と臓器移植』、サイマル出版会、1989年  
波平恵美子、『脳死・臓器移植・がん告知』、福武書店、1988年  
鷲田小弥太、『脳死論』、三一書房、1988年  
東大医学部脳死論争を考える会編、『解剖日本の脳死』、筑摩書房、1991年  
岡田 雅勝、『脳死問題と〈脳幹死〉の論理』、旭川医大紀要13号、1992年

### 2 日本人の生死観と病气観関係

- 安蘇谷正彦、『神道の生死観』、ペリかん社、1989年  
W・G・アストン（安田一郎訳）『神道』、青土社、1991年  
（W.G.Aston, The way of the God, Longmans Green & Co. London, 1905.）  
大貫恵美子、『日本人の病气観』、岩波書店、1985年  
川村 湊、『言霊と他界』、講談社、1990年  
加藤 周一 他、『日本人の死生観』上下、岩波書店、1977年  
相良 享、『日本人の死生観』、ペリかん社、1984年  
佐々木宏幹・鎌田 東二、『憑霊の人間学』、青弓社、1991年  
多田 富雄・河合 隼雄、『生と死の儀式』、誠信書房、1991年  
田村 芳朗・源了圓編、『日本における生と死の思想』、有斐閣、1977年  
新村 拓、『日本医療社会史の研究』、法政大出版局、1985年  
新村 拓、『死と看護の社会史』、法政大出版局、1989年  
波平恵美子、『病气と治療の文化人類学』、海鳴社、1984年  
波平恵美子（編）、『伝説が生まれるとき』、福武書店、1991年  
藤原 成一、『日本往生術』、法蔵館、1992年  
保坂 正康、『臓器移植と日本人』、朝日ソノラマ、1992年  
楨 佐知子、『今昔物語と医術と呪術』、築地書館、1984年