

脳死・臓器移植と仏教

川田 洋一 (財東洋哲学研究所)

現代西洋医学の技術革新は、人間の「生」と「死」に関わる多くの難問を宗教者に突きつけている。そのなかにあつて、脳死並びに脳死による臓器移植の問題は、個人の死生観を真っ正面から問い続けている。

古来、日本人の「死生観」の形成に重要な役割を果たしてきた仏教も、他の主要な各宗教と同じく、「脳死」という事態に直面するのは、当然のことながら初めてである。

西洋近代医学の開発したレスピレーターによって可能になった「脳死」状態の人間に、仏教者としてどのように対応すればよいのか、そして、臓器移植という高度の技術の進展をどのように受け止めればよいのか——現代科学技術文明のなかに生きる一仏教者として、この課題を考えてみたい。

私もメンバーの一員である東洋哲学研究所では、1986年に「生命倫理研究会」を発足させ、まず「脳死問題」に取り組んできた。メンバーは、仏教学者、医学者、看護師等から構成されている。私の本日の発表は、この「研究会」での検討を踏まえての、私の見解である。

(一) 仏教はどのように「死」をとらえてきたか

① 原始仏教

仏教の死生観は、呼吸が停止し、心臓停止から、脳の死へとむかう“自然死”の知見の上に成立したものである。直接的に、“脳死”問題に関わる前提として、“自然死”の観察から、仏教者は、人間の死をどのようにとらえていたのかといった点について考えてみたい。ここでは、次の三点に焦点をあてて論を進めることにする。第一点は、仏教者から見て、人間の“死”とは何か、換言す

れば、何をもって人間の“死”とするかということである。第二点は、いかなる生命状態を、人間の“死”としてとらえたかということである。そして、第三点に、人間の“死”をどのように判定してきたかということである。

まず、原始仏教では、寿、煖、識の三点によって人間の生命活動が維持されていると説かれている。ここに寿とは寿命であり、煖とは温かみのあること、即ち体温である。識とは意識とか感覚の作用を意味している。つまり、生きているとは、寿命があり、体温がたもたれ、意識の働きがあるということである。

では、死とは何かということについて、『中部経典』(巻二)には次のようにある。

「尊者、幾何の法が此の身を去る時に、是に此の身は棄てられ、擲出され、無心の本片の如く横たわるや。尊者、寿、煖、識の三法が此の身を去るとき、是に此の身は棄てられ、擲出され、無心の木片の如く横たわるなり」¹⁾

統一性、統合性の喪失をもって、人間の死としたのである。死の状態とはいかなるものか、ということについて、「この身は棄てられ、投げ出され、心なき木片のように横たわる」と記されている。身体は棄てられると、心なき木片のようになる。しかし、身体を棄てる“生命”そのものが、無になるとはいっていないのである。

仏教の基本的な生命観の一つに「五陰仮和合」という法理がある。五陰とは、色陰、受陰、想陰、行陰、識陰の五つである。ここに、色陰とは身体であり、識陰とは心である。想、行、識の三陰が心作用である。この五陰の働きが、仮りに、統合性を保ち、統一・調和ある活動をしているのが、人間の生である。人間の死では、五陰の仮和合、つまり統合性が失われるのであるから、五陰は解体してしまう。当然、色陰(身体)自体も、その統合性、統一的な働きを失い、崩壊のプロセスへと移っていくのであるから、身体にそなわる五根(五つの感覚器官)の働きも失われていくのである。感覚器官が働かなくなり、さらに身体そのものが、各組織、各器官としての死の段階から、細胞の死のレベルにまで解体していくのである。これを、「五陰離散」と表現している。

このように、原始仏教では、寿、煖、識の統合性、五陰の統合性が失われる

ことが死であるにとらえている。換言すれば、身心（生命）の「統合性」に焦点をあてて、生と死を見ていたのである。では、身心の統合性が失われたかどうかを、どのようにして判断したのかという問題であるが、単純に、体温の低下や意識の喪失で見ていたのではなかろうか。また、後述するが、呼吸の有無を、判断基準としていたようである。

② 部派仏教

次に、部派仏教になると、“命根”という原理を立てる。この命根を寿命として、寿、煖、識の根本において、身心の統合性、統一性の原理を考えていたのである。『俱舍論』には、「命根の体は、即ち寿にして、能く煖と及び識を持す²⁾とある。つまり、命根が、衆生の生命の本質であり、生の時は、煖と識の働きを支えている。しかし、この命根が断たれると、識の働きが消失し、煖も失われていくのである。「五陰仮和合」の法理においても、統合性の原理は命根にあるから、命根が断たれると、五陰が離散、解体へとむかうのである。

死有について、『俱舍論』では、「四には、死有、謂はく、最後の念にして、中有の前に次ぐ³⁾とある。死有とは、最後の念——瞬間——であり、中有へと移っていくのであるが、生命主体そのものが、“死”において無となるのではなく、「有」として、死後へと入っていくというのである。それを「中有身」という。では、この「有」とは何かについて、『俱舍論』では、それは「識」であるとする。

③ 唯識仏教

この「識」——五陰仮和合の法理では「識陰」——を、生命深層にまで探求し、生死を貫く生命主体として、“阿頼耶識”を見いだしたのが、唯識学派である。唯識学派では、説一切有部のような命根をたてず、“阿頼耶識”のなかに心身を統合する機能を託すのである。『成唯識論』には、「此の識（阿頼耶識）を、界と趣と生との体と為すに足んぬ、是れ遍せり、恒に続せり⁴⁾とある。

阿頼耶識は、三界六道⁵⁾・四生⁶⁾の生命の主体となすに十分であり、この識は、偏在し、恒常に存続してゆくものである。故に、唯識学派は、阿頼耶識をもつ

て衆生の生命主体となすのである。『唯識三十論頌』には、この識は、「恒に転ずること暴流の如し」⁷⁾と表現されている。生命深層にあって、生と死を超えて、恒常に激流のごとく動いている。死においても、とだえることはないというのである。

『成唯識論』では、阿頼耶識のうちでも種子を執持する阿頼耶識を具体的に活動する識として「現行頼耶」と呼び、種子としての「種子頼耶」と区別している。「現行頼耶」は、「死有」において身体を捨て、自ら「種子頼耶」となり、大宇宙へと融合していくのである。その「阿頼耶識」が、身体を分離した時が、「死有」である。

④ 出入息の消失

仏教では、以上のように、「識」の消失、即ち昏睡へと入っていく状態を見ながら、“不可逆性”を判断し、「死有」に至る生命を見守っていた立場とともに、出入息をもって寿命となし、その消失が死であるとする立場がある。

南方上座部に属する『清浄道論』には、「死心より前の十六番目の心と共に生死し、死心と共に滅する出息入息は、これ死を最後とする〔出入息〕という」⁸⁾とある。

また、大乘仏典には、『大集経』に寿、煖、識を次のように説いている。「息の出入は名けて寿命と為し、是を煖と名け、是の中の心意、是れを名けて識と為す」⁹⁾。出入息、即ち自発呼吸のあることによって、寿命が維持されるとの立場である。逆にいえば、出入息が消失すれば、人間の寿命も失われるとするのである。

中国の天台の『摩訶止観』(第四上)には、「人命は無常なり、一息追はざれば千載長く往く」¹⁰⁾とある。

日蓮も、諸御抄のなかで、出入息の消失をもって、死の「不可逆性」を判断したようである。『妙法尼御前御返事』には、「人の寿命は無常なり、出る気は入る気を待つ事なし、風の前の露尚譬えにあらず、かしこきもはかなきも老いたるも若きも定め無き習いなり、されば先臨終の事を習うて後に他事を習うべし」¹¹⁾と。

『持妙法華問答抄』には、「出ざる息は入る息をまたず(中略)総て過ぎにし方を・かぞへて年の積るを知るといへども今行末にをいて一日片時も誰か命の数に入るべき」¹²⁾と。

日蓮仏教においても、天台、妙楽と同じく、自発呼吸に着目してきたのである。では、自発呼吸の消失をどのようにして知ったかという、江戸時代の日寛上人は、『臨終用心抄』のなかで、次のようにのべている。

「臨終の事を属紘之期と云ふは紘はわた也。臨終の時息が絶へるか絶へざるかを知らん為にわたのつみたるを鼻の口に当てて見るに息絶えぬればわたゆるがざる也」¹³⁾

即ち、わたを鼻孔にあてて、自発呼吸の有無を判断していたのである。

呼吸停止の時点では、まだ、心停止には至っていない場合が多く、一般的には、自発呼吸の消失の後に、心臓の停止が来る。したがって、呼吸停止の段階での死の判定は、現在の心臓死よりも早い時点であったと考えられる。まして、日寛上人の当時、“わたを鼻孔にあてる”という方法で、呼吸停止を判断していたのでは、自発呼吸が本当に停止していたのかどうかの判定も、かなり幅があったと思われる。このような状態から、再び、自発呼吸が回復することも、かなりの頻度であったのである。出入息の消失による死の判断も、識の消失(昏睡)の場合と同様に、現代医学における“死”の確認の時点よりは、かなり早い時点であったと推測される。しかし、それであっても、やがて、「死有」へと向かう「臨終」のプロセスに入っていることは確かであり、当時の医学では、このプロセスを逆転させる効果は望みえなかったのである。

(二)「脳死」問題と仏教

①「脳死」状態とは何か

ここにいう“脳死”とは、いうまでもなく、従来の“心臓死”に対置するものである。従来、死の判定は、医師により“心臓死”を中心にした“三徴候説”にもとづいて行われてきた。呼吸の停止と心臓の停止は、全身の臓器の機能の停止を決定づけるものであり、瞳孔反射の停止は、脳の機能の消失をさし示すものであるから、“三徴候説”は、厳密度の高いものである。心臓の停止を厳密

に判定することは、それほど容易でないことも少なくないが、“不可逆性”という観点からすると、心臓が限りなく停止状態にあるということは、もはや蘇生する見込みはないといえよう。心臓が停止すると、結果的に脳の死にも至るので、“三徴候説”による死の判定には、脳死の判定も含まれることになる。

しかし、ここで問題にしている“脳死”は、まず、脳の死があり、呼吸の停止がひき起こされるが、レスピレーターの設定により、人工的に呼吸が維持され、やがて、心臓の停止に至るものである。こうした脳死の原因としては、交通事故等による脳挫傷、脳内出血、脳梗塞、脳腫瘍によるもの、また、一酸化炭素中毒や毒物によって脳の障害を受ける場合等が挙げられている。脳死は、全死亡者のほぼ1%であるという。

さて、脳死は、これまで、日本脳死学会(1969年)、英国王立医学会連合総会「英国規約」(1976年)、アメリカ大統領委員会(1981年)、厚生省(竹内)研究班(1985年)、日本医師会生命倫理懇談会(1988年)、脳死臨調(1992年)等で定義されてきた。これらの“脳死の定義”のなかで、「英国規約」をのぞけば、ほぼ次のように表現できるであろう。「脳死とは全脳機能の不可逆的停止である」と。

例えば、1992年の脳死臨調の“脳死の定義”の項には、「脳死については、一般に『脳幹』を含む全脳の不可逆的停止」と定義されており、国際的にもこれが広く認められている。(中略)ところで、ここで言う『脳幹を含む全脳の不可逆的停止』とは、先にも触れた脳の主機能とも称すべき意識、感覚等の脳固有の機能と身体各部を統合する機能が不可逆的に失われたことを意味し、必ずしも脳を構成する個々の細胞の代謝その他の生活機能が全くなくなることを意味しているわけではない¹⁴⁾とある。

若干、説明を加えると、“脳死”という状態に関して“全脳死”と“脳幹死”の立場がある。「英国規約」だけは、“脳幹死”の立場をとる。脳幹部分に、生命維持に不可欠な呼吸、体温に関する中枢があり、意識レベルを調節する部分がある。この脳幹が障害をうけると、意識は深い昏睡状態となり、呼吸や体温の調節という生命維持に必要な機能が停止する。ゆえに、脳幹の死はやがて“全脳”の死へと必ず向かうものであるから、脳幹の死をもって“脳死”としてよいとするのが、“脳幹死”である。

これに対して、多くの国では、脳幹の死を含む全脳（大脳・脳幹・小脳）の死で“脳死”とする“全脳死”の立場をとっており、「脳死臨調」も、この立場である。

なお、脳死と混同されることもある“植物状態”では、大脳の主な機能は停止して昏睡状態に陥っているが、少なくとも脳幹部分は生きている状態である。

次に、“機能死”と“器質死”という問題がある。先ほどの「脳死臨調」の定義では、“機能死”の立場をとっている。“機能死”とは、脳の動きが死の状態、つまり何ら機能が発揮されていないことを意味する。“器質死”とは、脳の器質、つまり脳を構成する神経細胞やグリア細胞の死を意味している。現在、脳死を“機能死”で判定するのが大勢をしめている。“器質死”では、脳細胞の破壊や溶解をみきわめることになり、“心臓死”以上の厳密性を要求され、過剰であるとの感を否めないのではなかろうか。

次に、脳死の定義を「全脳機能の不可逆的な停止である」とすると、それを、どのようにして判定するのかという“判定基準”が問題になる。「脳死臨調」が基本的に採用している“竹内基準”についてみると、次のようにある。

“厚生省研究班・竹内基準”

対象 一次性および二次性の脳障害、6才未満の乳幼児、急性薬物中毒などを除く

判定基準 ①深昏睡

②自発呼吸の消失

③瞳孔が固定し、瞳孔径が左右とも四ミリ以上となる

④対光反射、角膜反射、毛様背髄反射、眼球頭反射、前庭反射、咽頭反射、咳反射の消失

⑤平坦脳波

⑥以上の条件が満たされた後、6時間経過をみて変化がない。

二次性脳障害、6才以上の小児では6時間以上観察する。

このように竹内基準は、“全脳死”“機能死”の立場に立っている。なお、「脳死臨調」では、補助検査として、“聴性脳幹反応”や“脳血流検査”の意義を認

めているので、もしそれらを適正に実施すれば、より厳密な脳死判定になる。

東哲生命倫理研究会の一員である木暮信一氏は、国際的な判定基準をも視野に入れて、次のような見解を発表している。「脳血流検査」が患者に与える「苦痛」を考慮に入れながらも、「しかし、だからといってわが国の脳死判定基準が正当であるとはいえない。むしろ、そうした不完全性を補完する研究努力の積重ねや、苦痛を軽減できる方向への設備面の開発や改良に努めるべきだと思われる。それまでの間においては、あくまで慎重な態度を貫くべきであって、脳死判定基準としては安全性の高いところ、すなわち、「脳血流消失」も検査項目の中に入れること、また不可逆性の判定時間として、“24時間以上”という規準に設定すべきではないかと考える¹⁵⁾と。

同じく、同研究会の一員である筆者も、現場の医師、看護婦の意見、討議の結果、現状としては、「脳死とは全脳機能の不可逆的な停止である」との定義を採用しつつ、「脳血流消失」の項目を加えることにより“器質死”に近い立場に立ち、さらに、“不可逆性”の検討を“24時間”以上とすることが、最も「整合性」をもち、かつ「現実的」であると考えている。

②「脳死」状態と仏教

「脳死状態」の患者を看とる場合、大別して次の二つの立場を慎重に考慮に入れておくことが要請されるのではなかろうか。一つの立場は、脳死状態に陥っていることを判定してから再確認までの時間を十分にとれば、すでに生命主体は身体を去っていると考えられるような立場である。換言すれば、「現行の阿頼耶識」は身体を離れ、「種子の阿頼耶識」となって、宇宙生命へと融合していくということである。この立場は、現代の脳科学などの知見をも組み込んでの判断である。というのは、現代脳科学では精神と身体の“統合の座”は脳にあるととらえられており、脳が完全な死に至れば、精神と身体の“統合性”は全く失われてしまい、再び回復することは不可能であると考えられているからである。また、人工心臓での生存のケースを考えると、精神と身体の“統合の座”は脳にあるとみるほうが妥当性があるように思われる。このようなとらえ方は、「五陰仮和合」の“統合性”が失われることを“人間の死”とする仏教の考

え方と相反するものではないと思われる。

また、「呼吸」を重視し、「出入息」即ち自発呼吸の消失をもって、「人間の死」を看とってきた考え方も相反するものとは思われないのである。

木暮信一氏は、「呼吸」重視の立場を現代的知見に照らして「外呼吸」と「内呼吸」にわけて、次のようにのべている。

「言うまでもなく、『外呼吸』としての呼吸は大気中の酸素と体内から出てきた二酸化炭素とのガス交換といえる。しかし、それだけでなく、『内呼吸』という側面に目を向ければ、心臓・循環系を介する細胞レベルでのガス交換でもあり、そのことが身体を構成する細胞の生存を保持する最重要な機構である。脳を構成する細胞もまた然りである。したがって、たとえば外呼吸がレスピレーターによって維持されていても、脳循環、すなわち脳への血流が停止してしまえば脳の内呼吸は不可能になっていることは明確である。ゆえに、『呼吸』を重視する立場からは、必然的に内呼吸をも考慮した『自発呼吸消失』の徹底的な検討と、厳密さを増すために『脳血流停止』の検査が要請されるのである。後者の検査については、すでに言及したので、前者について具体的に述べるならば、最初の脳死判定後、十分な時間を経過したのち再検査を行うべきだと考える。その再検査の時『自発呼吸消失』をあらためて検討するためにレスピレーターを外すことになる。その時、再び脳死判定がなされれば、もはやレスピレーターを再び装着させないことへの抵抗はかなり低いものと予想され、レスピレーターを外したことが死に至らしめたという思いは薄れるものと考えられる。この場合、大事な点は“十分な時間”の経過があり、その間治療が尽くされることは当然であるが、家族への説明や家族の死の受容ということに対する配慮である。それは『脳死』といえども、単なる『ヒトの死』ではなく、『看取り』ということをも含む『人間の死』へ接近されるための経過時間とも言えよう。したがって、6時間という不可逆性の判定時間は言うに及ばず、24時間でも短いというならば、48時間や72時間ということも検討に値すると思われる」¹⁶⁾

次に、慎重を期すために、脳死状態になっても、まだ生命主体は身体にとどまっており、身体の“統合性”を維持していると考えられることも考慮に入れてお

くことが必要であろう。つまり、「阿頼耶識」が、まだ身体を分離するまでには至っていないとの立場である。身体の“統合性”は次第に低下し続けていくのであるが、人工呼吸器などの生体維持の医療により、ある場合には統合力を回復させ、蘇生へと導くこともあり、またそれが不可能であったとしても、統合力の低下の速度を緩めて、生命主体が身体を去る時点を遅らせることは十分に可能であろう。それであっても、脳死状態の再検査までに十分な時間をとれば——例えば、24時間から、木暮氏がいうようにさらに長い時間——その間に“統合性”が全く失われる時点、即ち「死有」を経過することが考えられる。

しかし、心臓が動いている間は“生きている”ものとして付きそっっていたいという心情もある。

そうはいつても、一方では脳死状態になってからは、時間が経過すればするほど、生命主体が身体にとどまる確率は着実に低下していくことだけは確かなことである。“心臓死”に固執しすぎると、大阪大学医学部の症例¹⁷⁾があるように、すでに脳細胞の融解をおこしているのに、60日もの間心臓だけが動いていたというケースもある。このようなケースでは、その心臓循環器系の働きに生命主体の本来的な“統合力”が関与する割合は次第に低下していき、ほとんどゼロに近づいていくものと考えられる。つまり、最終時点では、医療処置の力によって、心臓が動いていたとしても、身体に生命主体の働きが残っているとは期待でないということである。

このように考察してくれば、現実問題として、「全脳の機能」の「不可逆」的な消失が、厳密に判定されれば、かりに“心臓”が動いていても、それぞれの立場で、人間としての“死”を看とることも容認できるのではなかろうか。

(三)「脳死による臓器移植」と仏教

① 臓器移植の現状と未来

次に、“臓器移植”の問題に移っていきいたい。

現在、一般に行われている臓器移植には次のものがあげられる。

①腎移植

②心臓移植

- ③肝臓移植
- ④膵臓移植
- ⑤角膜移植
- ⑥骨移植
- ⑦骨髄移植

この中で、角膜移植、骨移植、骨髄移植等は、“脳死の状態”からでなくとも可能であるが、心臓や肝臓は“脳死状態からの移植”が必須条件である。腎移植に関しては、生体からの移植や死体からの移植も現実に行われているが、これも現在の技術水準では、“脳死状態での移植”の方が成功する率が高いとされている。また腎移植、角膜移植、骨移植、骨髄移植については、わが国でもすでに日常的に行われるようになってきている。

今日、移植医療は国際的な情報のネットワークもできており、脳死状態での臓器移植についても、次第にその技術も向上し、新しい免疫抑制剤等も開発され、現在では移植を受けた人の多くがある程度の健康を取り戻し、社会生活を営むことが可能であるとの報告も寄せられている。

② 脳死状態からの臓器移植

現代医療の現場に焦点をあてて、脳死状態とそれに関わる臓器移植の状態を記述してみたい。現代医療では、さまざまな原因によって自発呼吸が停止した場合、人工呼吸器を装着する 경우가一般的である。人工呼吸器を用いなければそのまま死に至るわけであるが、人工呼吸器の装着により、ある場合には蘇生させうるし、そうでない場合でも延命効果は期待できるであろう。しかし、その一部の人々が結果として脳死状態に陥ってしまうのである。

人工呼吸器をつけた生命が、脳死状態に陥った場合、どのように対応すべきかということは、現場の医師にとっても、また家族にとっても、極めて切実な問題となっている。

この場合、意識が消失し、その回復が望めない「不可逆」の状態での治療を続けることは、かえって患者本人の人格ないしはその尊厳性を傷つけるものであるという人もいる。一方には、たとえ脳死状態で医師から絶望的と言われて

も、心臓は動き、皮膚はピンク色で体温も保たれているので、死のイメージがわからず、せめて心臓が止まるまで付き添っていたいという立場をとる人もいる。

具体的に、医療の現場でどのような態度をとるかは、患者個人の意思、生き方、家族の死生観などにより左右されるであろうが、治療方法の可能性としては、次の4つのケースが考えられる。

- ①これまで行ってきた治療をそのまま続ける。
- ②積極的な治療を消極的な治療に変える。必要最小限の治療のみとし、心臓の停止を待つ。
- ③人工呼吸器のスイッチを切り、心臓の停止を待つ。
- ④臓器移植のために、臓器を取り出す。

脳死判定後の治療のあり方について、現実には、医療者側は、家族の意向を最大限に尊重しつつ判断しているようである。それは、家族に伝えられ、また推測される「患者の意思」を尊重する姿勢の表れでもあろう。

脳死状態になっても、その段階で家族が死を受容することが困難である場合が多い。そこで医療者側は、脳死状態になっており「不可逆」であることを説明した後にも、その患者に家族をしばしば面会させ、一時的に人工呼吸器を外してみせて自発呼吸のないことを示しながら、家族が死を受容し納得するのを待つという配慮を示すこともある。

仏教者にとっては、脳死状態になってからの治療方針を決める時、死にゆく生命が脳死状態において、どのような経過をたどっていくかということが重要な示唆を与えられると思われる。

そのうえで、脳死状態での「不可逆性」が確実なものとなれば、家族の意思、心情を十分に尊重しつつ、賢明に治療のレベルを決めていいのではなかろうか。

例えば、家族が脳死状態を受容できない場合は、これまでの治療をそのまま続けて様子を見ることもありうる。これは、前述した治療方針の①に当たる。しかし、このような場合でも、脳死状態になって日時も経過し、家族の心も変わってくれば、治療のレベルを下げることもあり、さらに人工呼吸器を外して

心臓の停止を待つ場合もある。これは、治療方針②あるいは③への転換である。

どのような治療方針をとるにしても、医療関係者は家族との心の交流を深めつつ、温かいまなざしで患者や家族に対し、一方、家族のほうも患者への愛情と自らの死生観に根ざした智慧を発揮しつつ、共に協力し合って、患者の生命が安穏で慈愛に満たされた人間らしい尊厳なる「臨終」を迎えられるように援助していくことである。

家族達が十分に別れを告げ、死を受容した場合には、人工呼吸器を外すことも、ありうると思われる。

さらに、患者の生前における自発的かつ自由な意思表示があれば、脳死状態における臓器移植という④の立場も考慮されるべきではなかろうか。脳死状態における臓器移植は、以上のようなプロセスのなかで、その選択肢の一つとして取り上げるものである。

③ 仏教は臓器移植技術にどう関わるか

私自身は、将来的には、脳死患者からの臓器提供によって生命を延長する医療は、他の方法によって、次第に代えられるべきものであり、臓器移植を必要としない方向へと進むべきだと考えている。また、脳死患者の発生数には限界があり、各臓器とも提供者の不足は免れえないことであり、この点からいっても脳死患者からの臓器移植は本質的な解決策にはならないと思う。しかし、現状を直視して、脳死患者からの臓器移植によってしか生命を延長できない患者を、今、日本国民としてどのようにして救っていくのかということが、社会的合意のめざす具体的な内容となるであろう。自他ともに幸福をめざすという仏教者の立場からは、現実において臓器移植技術を絶対的に必要としている患者から目をそむけることはできない。

臓器移植は各臓器によって事情が異なってはいるが、いずれの移植の場合も、まず第一に原因疾患に対する研究に全力をそそぐことが肝要であろう。臓器移植という最終段階の治療にだけ着目するのではなく、臓器移植を必要とする病態に陥る前の段階でくい止める予防的な治療が一段と研究される必要があ

る。

第二に、各臓器ごとに代替手段の開発に全力をそそぐ必要がある。人工臓器の開発、改良が必須であろう。

第三に、臓器移植のなかには、腎臓のように死体(心臓死)臓器でも可能なものがあり、すでに法律も制定されていることであり、今後とも死体腎移植の成績を向上させる努力をなすべきであろう。

このようにして、脳死患者への臓器要請の数をできるだけ少なくしていく努力を積み重ねていく過程で、臓器によっては、ある一定期間であっても、適応となる患者の存在を直視し、その苦悩を真正面から受け止めていかなければならないと思う。

(三) 結

仏教には、釈尊の遺言の一つとして、「自州(島)」「法州(島)」¹⁸⁾という法理がある。「自州」は、「自己」をよりどころとせよということである。即ち、自由意思の尊重である。しかし、その自由なる意思を決断する「自己」は、「法州」—即ち、宇宙の法にのっとった「大いなる自己」であることを理想としている。宇宙と生命をみつめた「大いなる自己」を形成しつつ、そのような「自己」による自由なる決定を仏教では求めている。そこに、日頃から「自己」を鍛え、死をみつめる人生を心がけていく必要がある。

さて、「脳死における臓器移植」においての前提は、患者本人の「自発的かつ自由な意思」であるといえよう。したがって、本人が生前に脳死を「人の死」と認め、脳死における臓器移植の意思をもっていたことが確認できていない場合は、たとえ家族にその意向があっても、現段階ではただちに臓器の提供に踏み切ることは、慎重でなければならないであろう。

しかし、患者自身が生前に「脳死と診断された場合は自分の臓器を他者のために役立てたい」という、はっきりした意思を示していた場合は、できるだけその意思に添うような努力が望まれる。それは本人の生き方の選択の一つと言えるからである。死にゆく生命主体の意思を尊重し、その通りに行われていることに安心して「死有」をこえるのが、尊厳なる“良き死”のあり方である。

もちろん家族が臓器提供に反対の場合には実施は困難であるが、できるだけ本人の意思を尊重して生前の希望を叶えるような配慮を望みたいものである。

日頃から、脳死や臓器移植の問題について各人が自分自身の問題として考え、自由なる意思で選択しゆく努力が要請される。

その上に立って、現在の緊急課題となっている移植環境の整備充実 — 法の整備や、ネットワークづくり — という問題についても、各人の自由な選択が生かされ、尊重されるような形で進められなければならないであろう。例えば、ドナーカード制度、移植ネットワークの整備、コーディネーター制度の策定等である。「臓器移植法」(1997年6月1日)の可決により、10月16日から施行されるに及んで、移植環境の整備が進んでいるものの、以下に述べる倫理委員会の原則的な考え方は変わっていない。

「社会的合意」の形成への障害になっているのが、現代日本における“医療不信”である。医療関係者と患者、家族の間の信頼感こそが、臓器移植や脳死問題の大前提である。

“医療不信”の要素として、第一には、医師や医療関係者の倫理性、資質への疑問・不信感である。

第二には、医療関係者の生命観・身体観への不信である。

「人を診ずして病のみを診る」といった類いの医療行為に対する不信感が生じ、この点についての医師批判が近年よくなされるところである。ここから、脳死者との関わり方や、その身体取り扱いについて「単なる物体として扱われてしまうのではないか」といったような不安感、不信感が生じてくる。

生命倫理研究会では、脳死状態における医療を信頼の場とするための具体的提案をしてきた。

第一に、脳死の判定の手續きにおける“公開性の保持”である。複数の医師による判定、家族の立ち会いの容認、後日確認することができるような記録の保存等は法的に義務づけしておくことが必要とされる。

第二に、脳死患者の家族に対する医療関係者の対応の重要性である。

家族に対して、患者の脳死状態を十分に納得いくまで、詳しく説明するという配慮、死を看取る家族の心理状態にも細心の注意を払って、家族の不安や要

望にこたえるという医療関係者の姿勢が要請されてくる。家族が医療者側の姿勢の誠意ある一念を感じた時にはじめて脳死の宣告は受け入れられるのではなかろうか。

第三に、医療関係者の生命観・死生観を養いゆくためには、西洋医学の専門分野に熟達するのみならず、心理学や文学・哲学、さらに宗教から謙虚に学ぶことである。

生と死の問題は古来、文学や哲学のメインテーマであったし、特に宗教はこの永遠の課題に真正面から取り組んできた内実をもっているからである。

第四に、マスメディアが、この問題に対し、精力的に取り組むことが強く期待される。たとえば、医療従事者、患者側代表、法律家、一般参加者などが参画した公開シンポジウムである。

また、ここではとくに患者側代表の役割の重要性を指摘しておきたい。脳死患者の家族こそ、医療の現場で苦闘した貴重な体験をもつ専門家というべき存在である。この人達の声に謙虚に耳を傾け、そこから学びとる姿勢をもつところに、人間生命の尊厳を基調とする、よりよき合意に向けての流れがつくられていくものと思われる。

このような脳死や臓器移植についての正確な認識と、医療不信の解消がともなって、各自が「自己」の意思で“生き方”“死に方”を考え、そのなかで、脳死・臓器移植の態度も決められるのではなかろうか。

注

- 1) 「有部大経」南伝大蔵経、中部經典卷二、一八頁。
- 2) 阿毘達磨俱舍論卷五、「大正蔵」二十九卷、二六頁上。
- 3) 阿毘達磨俱舍論卷九、「大正蔵」二十九卷、四六頁上。
- 4) 成唯識論卷一、「大正蔵」三十一卷、五頁中。
- 5) 三界とは欲界、色界、無色界、六道とは地獄界、餓鬼界、畜生界、修羅界、人界、天界。いずれも、当時の仏教で考えられた現象世界。
- 6) 四生は、卵生、胎生、湿生、化生で、衆生の生まれ方の四種。
- 7) 「唯識三十論頌」(「大正蔵」三十一卷、六〇頁中)。
- 8) 「清浄道論」第八品(「大正蔵」六十三卷、一二二頁上)。
- 9) 「大方等大集経」(「大正蔵」十三卷、一六四頁中)。

- 10) 「摩訶止観」巻四上（「大正蔵」四十六巻、四〇頁上）。
- 11) 『日蓮大聖人御書全集』1404頁、創価学会。
- 12) 『日蓮大聖人御書全集』446頁、創価学会。
- 13) 「臨終用心抄」（『富士宗学要集』三巻、創価学会、259頁）。
- 14) 「脳死臨調および臓器移植調査会」（平成4年1月22日）「脳死および臓器移植に関する重要事項について」（答申）
- 15) 木暮信一「大脳生理学より『脳死』を考える」12頁、（平成7年3月1日）、『宗教法』第十三号。
- 16) 木暮信一「大脳生理学より『脳死』を考える」14～15頁、（平成7年3月1日）、『宗教法』第十三号。
- 17) 杉本侃・吉岡敏治・横田順一郎・上西正明・板野勉「脳死患者における循環機能の長期安定化に関する研究」（昭和60年）、『外科治療』vol.36. No.4。
- 18) 「ブツダ最後の旅」（大パリニツバーナ経）中村元訳、63頁、岩波文庫。
「それ故に、この世で自らを鳥とし、自らをたよりとして、他人をたよりとせず、法を鳥とし、法をよりどころとして、他のものをよりどころとせずとあれ」