

脳死問題と日蓮宗教化

山口 裕 光

(現代宗教研究所研究員)

脳死の問題の中心は、それが果たして本当に人の死なのか、という点である。死なのか、それとも生ではないのか。脳死は、宗教の本質である生死観の根本に関わっている。問題の背景は、大きく分けると、末期医療の在り方と、臓器移植が考えられるだろう。すなわち人工呼吸器など高度医療技術の発達によって、まだ心臓が脈打っている身体に、機能が消失した脳が乗っている状態の時代が、二十年ほど前から始まった。そして現在、人は医療施設で最期を迎えることが多くなり、医療スタッフと機器に管理された「死」という様相を深め、このような姿は人間の生命の尊厳を損なうのではないかと叫ばれるようになった。そこへ臓器移植の問題が入り込んできて、移植医が告発されるなど、脳死が社会的に大きく波紋を投げかけている。

以上の事情から、脳死は死であるか否かの観点より「死の定義」を再検討する必要性が指摘され、昭和六十年末には新判定基準が発表されたり、現在も脳死立法化や、逆に反対する動きがある。精神の座が本当に脳に在り、そして脳死判定が確実にできるなら、脳死そのものは個体死であると肯定しなければならないとも考えられる。しかし、医学界の見解や医師の技術、判定基準の確立と共に、心情的にも容認できる国民的合意づくりが先決である。そのため日蓮宗として、生命の座、精神の座、靈魂の問題を含めて、「生命の尊重」を基軸とする見解を示し、タブー視されがちな「死」について、檀信徒や広く社会へアピールし、「生きた教化、魂の救い」を充実させなければならぬ。脳死者は年間約七千人といわれ、全死亡者の約1%に過ぎないから、この問題は非日常的のようである。しかしある日

突然、檀信徒より相談を受け、即答を求められる事態も考えられるのである。

一、脳死の概念

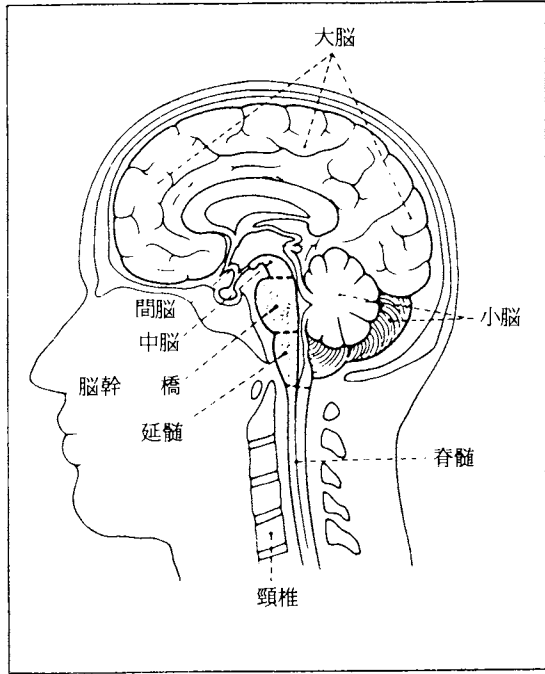
(1) 脳死の定義

日本にはおよそ三つある。①「脳死とは回復不能な、脳機能の喪失である。この場合の脳機能には、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、一九六八年)、②「脳死とは小脳、脳幹、第一頸髄までも含めた全脳機能の不可逆的停止である」(第八回国際脳波・臨床神経生理学学会、一九七三年)、③「脳死とは脳幹を含む全脳髄の不可逆的な機能喪失の状態である」(厚生省・脳死に関する研究班、一九八五年)。説明に広略はあるが、三つとも全脳死を概念とし、脳の働きが永久に失われることを表現しているという。但し留意しておきたい点は、「機能喪失」であつて、全脳髄の全ての細胞が死んだということではない。例えば、腕の神経が切れて機能が喪失したとしても、血流があれば腕そのものは死んだことにはならない。人間の細胞は三十兆とも六十兆あるともいわれ、脳だけで千億以上と考えられている。脳については未解明部分が多く、科学最後のフロンティアの場と呼ばれており、現在の医学水準で、全ての機能が失われたとか、不可逆に蘇生しないと断定できない。

またアメリカでも全脳死(大統領委員会、一九八三年)を用いているが、これに対し、イギリスでは脳幹死(英国規約、一九七六年)、北欧諸国では全脳梗塞(脳循環の停止)を定義としている。定義によって判定基準や検査方法、判定時期(死の時期)等は異なるのであり、出発点の定義そのものから多くの問題が含まれているが、これらは後述する。

(2) 脳の構造と働き

構造は次頁の図の通りである。脳と脊髄を合わせて中枢神経系と呼び、間脳・中脳・橋・延髄を脳幹という。機能は概ね、次のようである。①大脳 運動・感覚・精神の中枢。「精神の座」とされる。また私達が物を見るのは、眼で



はなく、脳細胞の働きによる。②脳幹 内臓の働きや感覚器管の働きを管理し、また生命の中枢であつて、意識保持、呼吸、血液循環を司る。③小脳 姿勢と運動の制御機能。

(3) 脳の損傷部位による区別

脳死と紛らわしい用語があるので、脳死を正しく理解する為には注意しなければならない。大脳死、皮質死、植物状態などがそれで、医師でさえ誤つて用いられることがあるという。全脳死は前述の通りで、脳幹死は大脳はまだ生きているが、脳幹機能が失われている状態。この二つは、深く昏睡し、自発呼吸がない等いわゆる脳死である。また植物状態は、脳死とは全く異なり、大脳の殆どどの機能が失われているので大脳死と

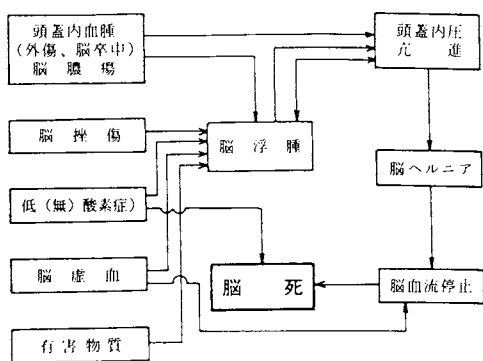
もいわれるが、上部脳幹は損傷を免れているので、自発呼吸や刺激に対する反応痛はある。日本には約七千人いるが高齢化と救命医療の進歩で急増している。

(4) 脳死発生の原因とメカニズム

原因は一次性(脳卒中、外傷などに拠る頭蓋内病変)と、二次性(一酸化炭素中毒、窒息による低酸素症、心肺停止による脳虚血、有害物質による脳浮腫等)がある。いずれにしても血流と、それが運搬する糖と酸素の途絶が脳死をもたらすことになり、通常は脳ヘルニア(脳内圧力が増して脳が壊われること)に拠り、脳内に血液が流入しなくなって生じる(図

解参照)。

各種の原因による脳死発生のパターン



(5) 脳死出現の背景

現代の最先端医療機器、特に人工呼吸器ベンチレーター(最近まではレスピレーターといわれていた)の普及による。一九六〇年代から普及し始め、総合病院、救急病院の集中治療室(ICU)、脳神経外科等の呼吸器がある所でのみ、脳死患者は生まれる。顔の表面の血管だけは、血が流れるので血色がいいといわれるが、それ以外は生気が全く欠け、死体の脳を呼吸器で上下動かさされているとの感じ。ベンチレーターの英名通り、単に空気を出し入れするだけであって、「人工呼吸器で生きている」といわれる患者も、実際には心肺両機能が残っている間のみ生きているのである。

(6) 脳死問題の経緯

紙数の都合で要点のみ羅列すると、次の通り。一九〇一年アメリカで脳死状態の報告。一九五九年フランス人医師が脳死の用語を使用。一九六七年南アフリカで世界初の心臓移植、関連して脳死の語が世界に知れ渡る。一九六八年和田札幌医大教授心臓移植、脳波学会「脳死の定義」決定、世界初の判定基準ハーバード大基準作製。一九八一年サイクロスポリンA実験。一九八三年厚生省「脳死に関する研究班」発足。一九八五年国会「生命倫理議員連盟」発足。一九八六年厚生省「脳の救急蘇生法研究班」発足。

(7) 脳死問題焦点化の背景

①臓器移植の立場からの要請 移植手術の成功率を高める為には、脳死段階での提供が望ましい。特に拒絶反応を抑えるサイクロスポリンA開発後の心臓移植、慢性腎不全患者に対する透析療法の拡大による財政負担(年間約三六〇

○億円)の軽減や、患者の社会生活上の拘束から解放するため。

②末期医療の在り方 脳を損傷した患者やその家族、治療方針に悩む医療スタッフの苦痛を除くと共に、高額医療費抑制のため。

③死の概念の混乱 慣習として定着していた心臓死に、新たな概念として入り込んできたのが脳死。遺族等、誰にも理解できる死ではなく、脳機能停止を個体死とするか否かの答えは、未だに出されていない。

④脳死判定現場への疑問 脳死判定の臨床現場では、判定基準の細部まで、必ずしも一〇〇%満足させるケースばかりとは限らない。新判定基準も拘束力はなく、医師の間で基準の運用、判定作業の進め方にばらつきが見られる。例えば、脳死宣告の数時間前から、消極的治療に切り替えることなどは、いわば常識だという。

⑤医師への不信 脳死判定する医師が判定の熟練者とは限らない上、誤診もある。また活性度の高い臓器摘出を急ぐ場合も考えられる。更に医者というのは命を助けてくれるものだったのに、脳死を認めるとするのは逆行的で、特別な臓器である脳の機能喪失だけは回復不能というのは、治療放棄しているとさえ思える。結核でも盲腸でも、回復不能といわれていたのが、長い年月をかけて治るようになったのである。

二、脳死の判定基準

(1) 従来の死の概念

近代医学において死の診断方法が確立したのは、十九世紀なかばの聴診器の発明以降といわれる。それまでは、「早過ぎる埋葬」がしばしば問題となって、診断の確立が叫ばれ、聴診器の発明で三徴候説にたどりついた。死の三徴候説とは、①心拍停止(心臓)、②呼吸停止(肺臓)、③瞳孔散大・対光反射消失(脳)。日本には、法律上、定義された個体死の概念、判定基準はなく、この説が慣習法的効力をもって判例上も成立し、心臓死と呼ばれる。

(2) 各種の脳死判定基準

日本には脳波学会基準、阪大基準、厚生省基準(新判定基準)があり、世界にも様々な基準があるが、どれも一連の条件がセットになっている。一番新しい厚生省基準は、①深昏睡、②自発呼吸の消失、③瞳孔固定、④脳幹反射の消失、⑤平坦脳波、⑥時間的経過の六つ。その外の基準では、脳血流消失や低血圧などが含まれているものもあり、世界のどの基準も似ているようで、実は随分異なる面がある。例えば、イギリスを代表とする脳幹死は脳波検査を不要としている。また判定時間も二十五分から二十四時間までの差があり、どのような症例に対して基準を適用するかという、判定対象例も全く無条件のものから、細かい制限を加えたものまで様々。更に同項目のようであっても、内容や判定方法に多くの違いが見られる。これらを考えると、基準によつて脳死と判定されたり、されなかつたりする上、各項目が麻酔等の脳死以外の原因でも満たされてしまうといった問題点が数多くある。

(3) 新判定基準の問題点

①班員構成 作成した脳死に関する研究班員は、国が一方的に任命した人々である。その班員が非公開で会議を重ねて作られた基準であるから、脳死判定について中心となるべき医学界の合意とする根拠に乏しい。

②画一的な浸透の懸念 法的強制力を持つものではないが、国レベルの唯一の基準ということで、問題点が多いにもかかわらず画一的な浸透が懸念され、立法化にもつながりかねない。

③個体死の討議の場 報告書に個体死の概念については別の幅広い論議を求めており、早急に討議の場を設ける必要があるが、未だに企画の発表がない(昭和六十二年一月現在)。

④移植の推進 発表まで移植を控えていた医師も多く、個体死の概念が認定される前に、移植が推進されてしまう可能性がある。現に各大学倫理委員会への申請が続々提出されたり、日本移植学会が心・肝移植に動き出している。既成事実が重ねられていき、やがてそれが当たり前になるという、日本的「合意形成」の過程が進められてしま

うである。

⑤他の基準との関係 拘束力がないので、異なる基準でもよいことになる。研究班の実態調査報告(昭和六十五年五月)では、脳死判定後、学会基準を踏み出している瞳孔等への独自判断が四二%もあつた。

⑥不可逆的機能の喪失 機能停止をもつて脳死というのは非常に疑問である。脳組織の器質的変化(壊死)になつてこそ、死といえるのではないか。腎不全で腎臓の機能が失われていても、腎臓それ自体は血流もあつて臓器としては生きていたのである。脳死は、血流が止まるといわれるが、血流が写真に写る脳死もあり、新判定基準に血圧降下の項目を削除しているのは、恣意的な感じさえする。又、機能停止の確認はできても、不可逆性の確認については決めてがなく、医療技術の進歩によって可逆の可能性もある。

⑦信頼性 判定基準が完全かどうかの評価は未だ先のことである。脳死判定されて生還した例も医療現場ではあり、確実性を更に検討すべきである。厚生省の実態調査の疑問点(脳死発生メカニズム等)に解答を出せないまま報告を發表しているくらいだから、尚更である。

三、臓器移植との関係

脳死論議を複雑にしているのは、臓器移植の問題があるからに外ならない。逆にいえば、臓器移植の為に脳死論争があるといつても過言ではない。しかし脳死という死の定義と、死者を移植という利用の仕方してもよいかどうかは、全く別の問題である。治療の美名のもとに、新鮮な移植用臓器を確保するため、提供者側の死を早めているのではないか等の懸念があり、人間の尊厳、人権が問われている。同時に、他人の心臓を移植してまで生きたくないという人は意外と多く、心臓移植は、日本人の倫理や宗教観に合わないから認めるべきではなく、従つて脳死説にも反対という医者もいるようである。その一方で、臓器の生まれながらの欠陥等により、一刻も早く移植によって生命を保

ちたいと希望する人も多く、移植でしか助からぬ人は、年に一万人以上といわれる。

(1) 臓器移植の現状

①角膜 アイバンクが全国に普及し、移植は年間千眼を超える。三十七万人の提供登録者がいるが、希望してから平均一年はかかる。摘出には心停止より半日の余裕がある。

②腎臓 移植はこれまで三千数百回行なわれたが、現在も約六万人が人工透析を受け、その内三万人が移植を待っている。日本では生体腎移植が多く、家族間の成功率は一〇〇%に近い。死体腎では、免疫抑制剤の進歩、脳死者からの摘出(昭和五十五、六十年一月まで約一〇〇例)などで、最近の成功率は八割に高まった。またアメリカからの輸入腎が多い点にも注意しなければならない。

③心臓 外国では一九六七年の南アフリカ、日本では一九六八年の札幌医大和田教授が最初の例。国内ではその後行なわれてないが、海外では二千例以上に達している。脳死が定着したとしても、「生命のシンボル」といわれる臓器だけに、遺族の同意を得るのが難しい。心停止後の移植は困難で、成功していない。脳死による摘出が、最も期待される臓器。

④肝臓 酸素不足に非常に弱く、心臓と同様、脳死による摘出が期待されている。日本では一九六七年頃、二例が失敗したきり。世界の移植例は、一千例を超える模様。

⑤すい臓 摘出に時間がかかるので、心臓が動いている脳死患者でないとい提供者になれない。昭和五十九年までに、世界で四八五例あったが、三年生存率は三人に一人で、成績はまだ悪い。

その外、骨・骨髄の移植があり、WHOの定義では、輸血も臓器移植の一種。また将来的には、脳の移植さえ可能性があり、精神の座が胸にあるとすれば、移植された人は誰になるのか等、ますます倫理問題を検討する必要性に迫られている。

(2) 臓器移植の問題点

①拒絶反応 移植の最大の障害は体の拒絶反応。これは生体の一種の防衛反応で、抑えるために免疫抑制剤が使われている。サイクロスポリンAが有名だが、高血圧、腎臓障害などで副作用も大きい。昭和六十一年に新抗生物質FK506が発表され（茨城県の土中より発見）、有力視されている。

②法律問題 生体から臓器を摘出する場合、血液、骨髓、片方の腎臓については許可制。死体からの摘出は、角膜腎臓移植法で制定される角膜・腎臓を別にすると、死体損壊罪、または脳死が否定されれば、殺人罪に問われる可能性もある。現に告発されている。

③ドナーカード 臓器提供の意志を表示し、本人のサインのある証明カードで、日本のカードは角膜と腎臓だけ。登録してあっても、システムの未整備や、家族の不同意などで実際の提供にはなかなかつながらない。

④文化的、宗教的相違 欧米では移植の抵抗感が少なく、日本ではまだまだ多い。欧米の考え方は、心と体を別々に見る二元論であり、体は部品と考えるようである。日本は、色心不二の傾向が多く、体の全てに靈性が宿ると考えがちである。また死体を傷付けることへの畏怖、死後も現在のままの体が続くような考え方があつた。

⑤人工臓器 人工心臓などが盛んに研究されており、アメリカで六一九日の生存例がある。臓器移植への取り組みは、人工臓器の開発に力を注ぐべきだとの意見が多い。なお、動物からの臓器移植も行なわれている。

⑥移植の倫理（後述）

四、生命倫理と関係諸問題

(1) 生命倫理とは

人間の良心に基づいて作り出された、生命に対する社会的な行動規範である。但し、倫理というのは強制力がない

上に、見地が人によって異なるから、具体的に人間の尊厳、個人の生命、人権の尊重を基本とする。脳死や臓器移植の問題は、この生命倫理の観点からでなくては、最終的な答えは出せない。これは、一九五〇年代に、伝統的倫理では律しきれない難問が増加し、七〇年代のアメリカで成立した新しい学問で、その特徴は、①生命に関する諸問題を超学際的に取り上げる。医療的倫理だけでなく、法律、経済、社会学、宗教など広範囲の参加によってコンセンサスをつくる。②個人的な次元の倫理にとどまらず、社会問題として捉え、人類の生存に重点を置く。更には人間を含めた生物全体の生存に責任を持つ。以上のため、研究対象は生命の始まり、質の向上、生命の終りに渡る広範囲である。但し生命倫理Ⅱバイオエシックスは、キリスト教社会から出された為、例えば遺体観など、日本的に考えなければならぬ面が数多い。以下は、医療的生命倫理を中心に、関係する諸問題の概観のみをまとめてみる。

(2) 医療的生命倫理

① 医師以外の第三者の導入 生命倫理そのものがこの考えに立っている。医学界は閉鎖的体質が強いといわれるが、現代の問題は広い分野からの参加がなければ解決しないから、医療の決定に際して、医師以外、学者等の参加を得て進められるべきである。

② 患者の権利 アメリカでは、「十分に情報を与えられた上での患者の自己決定権」の確立、という方向に進んでいる。日本でも、医師と患者の関係をもっと対等に近づける努力が必要。

③ 社会的合意の上での代理人 例えば、臓器死等は医学界の問題だが、人間の死の判定というものは、社会的合意に基づき、医師はその代理人として判定を任かされている関係にある、と認識すべきである。

④ 治療方法 脳死や臓器移植の場合、脳死患者に関係ない事情で積極的延命治療がされたり、されない傾向がある。提供する患者側の権利保護を優先させるべきである。

⑤ 臓器提供の圧力 病院の密室では、説得という形で、何時間も提供を依頼され、圧力になることがある。「ドナー

カードによる意志表示などがある場合に限定すべきではないか。また提供が片寄らぬようオープンにするシステムや、医師自身が臓器提供の意志を示す必要もある。

⑥ 尊厳死への配慮 脳死患者を医療器具から解放し、人間らしい最後の死を迎えさせる考え・方法・環境の確立も課題となる。

⑦ 医療経済 高額医療費への対応も重要。

⑧ 功名心 先端医療への貢献、生者優先の考えから、治療方法が確立されていないのに、先走つての行為も見られる。

⑨ 臓器売買 貧しい人達やアジア系外国人から臓器を売買したとのニュースもあり、金持ち優先を防ぐ手段も考えなければならない。

(3) 脳死立法化への動き (略)

(4) 宗教界からの発言

① ローマ法皇ピオ十二世の談話(一九五七年) 死(脳死)判定に関連して、「個々の場合の死の確定に関する限り、ここは宗教上、あるいは倫理上の原則と関係はない。したがって、この点に関して発言することは、教会の事柄ではないと考える。すなわち、いつ、ある患者の死が起るか、あるいは起っているかは、医学の判断すべき問題である」。また人工呼吸器の取り外しについては、「長い期間、人工的な手段で生の機能が維持されている深い昏睡状態の患者では、靈魂はすでに肉体から去っていると考えられている。心拍が停止する前に蘇生器のスイッチを切ってもよい」。

② 藤井正雄(大正大教授) 「仏教者が医師との連携を深めながら、仏教者自らが、脳死判定し、臓器移植問題について、人助けという観点から信徒への啓発運動を展開すべきだと思う」。(朝日新聞昭和59年12月14日)

③ 佐伯真光(相模工大教授) 「仏教は生の意味、死の意味を教える宗教であって、生と死の境目が厳密にどこであるかを論ずる教えではありません。それを決定するのは医師の役目であって、仏教の目標ではありません」。(『よくわか

る脳死・臓器移植一問一答と)

(5) 国民的合意

現段階の合意とはこのようなものかとの例として、各種世論調査を見ると、①昭和59年読売新聞||脳死は認三七・八%、否認三八・八% ②昭和60年朝日新聞||是認五二%、否認二九% ③昭和61年総理府||是認二九・六%、否認四五・九%。まだ揺れ動いている状態である。合意とするには、最低三分の二以上が必要だろう。

五、日蓮宗教化

(1) 脳死判定への私見

人の生と死に対しては当然ながら、慎重の上に慎重を期することこそ第一と考えられる。故に、以下のような不明部分が未だ多過ぎると思われるので、現段階では、脳死を人間の死とする論には反対すべきだと考える。但し、後述するように、脳死には関わらない臓器移植までも否定するものではない。

①定義・判定基準のあいまいさ 機能喪失を死とする見方や、判定後五十四日以上も心臓が動いていたり、脳血流がある例、多くの基準が併存する点等である。

②死亡診断の時期 脳死と判定した時か、呼吸器をはずした時か、心臓死に至った時かなど、死亡時間の特定が不明で、法律、社会問題を引き起こしかねない。

③生命の座 これが脳にあるとは、仏教的にはいえないのではないか。靈魂なり、仏性なりが人間の生命の中心であると考えられる場合、脳だけではなく、身体全体に宿るべきではないだろうか。であるなら、「特別な臓器」ではあっても、脳死||個体死とはいえない。

④患者の権利 薬害や人体実験など大きな医療被害がある。ボケ老人、障害者等をも含めて、弱い者を切り捨てる

「早すぎる死」を迎えさせる危惧がある。

⑤臓器移植と切り離す 移植の為だけに脳死が必要とされる面は、本当に無いのか。

⑥高額医療費 大きな財政負担を軽くし、医療費・福祉費を切る為に、脳死があるのではないか。

⑦移植偏重 移植だけを考えるのではなく、難病への更なる研究、人工臓器の開発に視点を向けるべきではないか。

⑧業の否定 移植による延命のみを考えると、業、三世因縁の否定にもつながるのではないか。

(2) 我々の課題

①死の判定にどう答える 社会的に「死の認定はどうあるか」が提起されており、仏教にとって、死の境い目がどこにあるかは第一義的ではないとしても、答えていく必要がある。まず生命の座は、日蓮聖人が、「我等が色心依正ともに一念三千自受用身の仏にあらずや」(『四条金吾殿御返事』)と述べられている如く、脳だけではなく、身心の全てに渡ると考えるべきだろう。また寿命の条件、死の判定の基準は、『阿毘達磨俱舍論』に拠れば、体温の有無、意識の有無と説明している。意識については、十二因縁でも識が受胎の初一念とされており、生命の芽生えは識から始まると考えられているだろうか。であるなら、意識の終りを捕捉できれば、死を判定できることになる。

また、死の判定は医師に任せるべきであり、我々は判定する医師の倫理面の指導・教化に専念するべきではないかとの考えもできる。

②臓器移植についての教化 国に依つては、明確な拒否が無ければ臓器を摘出しているので、本人と家族が是認する以外は、死の判定の明確化と、提供者の意志表示を最優先するべきである。但し、脳死に関係なく、可能な移植や、献体には応じていくよう教化するべきである。「命と申すは一身第一の珍宝也」(『可延定業御書』)で、命は一番尊いものではあるが、「百二十まで持たて名をくたして死せんよりは、生きて一日なりとも名をあげん事こそ大切なれ」(『崇俊天皇御書』)と、日蓮聖人が教示されるように、法華経の教え、信仰こそ第一であり、臓器提供は尊い菩薩行である。法

華経の教えにかなうなら、捨身供養した薬王菩薩が仏身を得たように、体の一部を傷付けても、成仏は疑いがないのである。また、移植を待つ側への教化も考えなければならない。

③生命の尊厳 生の可能性の高いほうを優先させる等、弱者切り捨てにつながるように、「いのちの尊さ」の意識を徹底させる。

④医療倫理への関与 功名心とか移植のために、積極治療・消極治療というさじ加減、安易な治療放棄なども見られるので、医療倫理について監視するのも、教化の一環である。

⑤継続的な生命倫理の研究 生命科学は益々進歩し、同時に、生命倫理の早急な確立が必要である。故に、案内にも生命倫理を研究する機関の設置を考えるべきだろう。この場合、生死観の確立が、そのまま生命倫理になるはずである。